

Année 2023/2024

N°

## Thèse

Pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

par

**Cristina DE OLIVEIRA**

Née le 06 juin 1996 à ORLEANS (45)

---

### TITRE

**IVG médicamenteuse au cabinet de médecine générale : quels sont les déterminants, personnels ou liés à la formation, des jeunes médecins généralistes associés à leur projet de pratiquer l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en région Centre Val de Loire ?**

---

Présentée et soutenue publiquement le **16 février 2024** date devant un jury composé de :

Président du Jury : **Professeure Caroline DI GUISTO, Gynécologie obstétrique, Faculté de Médecine – Tours**

Membres du Jury :

**Docteure Isabelle ETTORI, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours**

**Docteure Laurence WITTKE, Médecine Générale, Saint Jean de Braye (45)**

**Docteure Flora MASCART, Médecine Générale, Ligny-le-Ribault (45)**

## RESUME

### **IVG médicamenteuse au cabinet de médecine générale : quels sont les déterminants, personnels ou liés à la formation, des jeunes médecins généralistes associés à leur projet de pratiquer l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en région Centre Val de Loire ?**

Introduction : L'Interruption Volontaire de Grossesse est légale depuis 1975 avec de nombreuses évolutions dont l'autorisation de sa pratique par les médecins généralistes en ambulatoire depuis 2011. En Région Centre Val de Loire en 2020, moins de 20% des IVG médicamenteuses sont pratiquées hors établissement de santé contre 30% au niveau national. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs personnels ou liés à la formation associés au souhait ou non de pratiquer l'IVG chez les jeunes médecins généralistes ayant fait leur internat en Région Centre Val de Loire.

Matériel et méthode : Étude quantitative observationnelle descriptive à l'aide d'un questionnaire en ligne chez les médecins généralistes ayant fait leur internat en région Centre Val de Loire après la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle de 2017. La variable principale est de savoir si le médecin pratique ou souhaite pratiquer des IVG médicamenteuses à son cabinet dans les 5 prochaines années versus celui qui ne le souhaite pas.

Résultats : L'échantillon étudié représente 15% de la population cible. Il n'a pas été retrouvé de différence significative à propos des caractéristiques socio-professionnelles. La pratique de consultation d'IVG dans les stages de gynécologie et de médecine générale entre les deux groupes présente une différence significative (respectivement p-value 0.016 et p-value 0.003). L'obtention d'une formation complémentaire en gynécologie retrouve une différence significative entre les deux groupes (p-value 0.0017, OR 20.8). La proportion d'internes étant passée dans un stage de gynécologie ambulatoire est plus importante chez les répondants du groupe « OUI ».

Conclusion : Lors de notre étude, nous avons donc identifié que les déterminants associés au projet de pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire des jeunes médecins généralistes semblent plutôt liés à la formation qu'aux caractéristiques personnelles. Ainsi, l'augmentation des terrains de stages permettant d'acquérir cette expérience, notamment la pratique de consultation de demande d'IVG en ambulatoire, paraît une piste à approfondir pour sensibiliser davantage les internes de MG à réaliser des IVG médicamenteuses à leur cabinet.

Mots-clés : *Interruption Volontaire de grossesse, méthode médicamenteuse, internat, formation, ambulatoire, médecine générale*

## ABSTRACT

### **Medical Abortion in General Practice: What Are Determinants, Personal or Training-Related, of Young General Practitioners Associated with Their Intention to Practice Ambulatory Medical Abortions in the Centre-Val de Loire Region?**

Introduction: Abortion has been legal since 1975, with various developments, including the authorization for general practitioners to practice ambulatory abortion since 2011. In the Centre-Val de Loire region in 2020, less than 20% of medical abortions were performed outside healthcare facilities, compared to 30% nationally. The main objective of this study is to identify personal and training-related factors associated with the desire to practice abortion among young general practitioners who completed their internship in the Centre-Val de Loire region.

Method: Quantitative observational descriptive study using an online questionnaire among general practitioners who completed their internship in the Centre-Val de Loire region after the 2017 3rd cycle reform. The main variable is whether the physician currently practices or intends to practice medical abortions at their clinic within the next 5 years versus those who do not.

Results: The studied sample represents 15% of the target population. No significant differences were found in socio-professional characteristics. There is a significant difference in the experience of abortion consulting during gynecology and general medicine internships between the two groups (respectively p-value 0.016 and p-value 0.003). Obtaining additional training in gynecology shows a significant difference between the two groups (p-value 0.0017, OR 20.8). The proportion of interns who underwent training in ambulatory gynecology is higher among respondents in the "YES" group.

Conclusion: In our study, we identified that the determinants associated with young General Practitioners which plan to practice ambulatory medical abortion seem to be more related to training than personal characteristics. Therefore, increasing the availability of training opportunities to gain this experience, particularly in ambulatory abortion consultation, appears to be a promising avenue to further sensitize general practitioner interns to perform medical abortions at their clinics.

Keywords: Abortion, medical abortion, internship, training, ambulatory, general practice

UNIVERSITE DE TOURS  
**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 Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l’Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC’H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**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 Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
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

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

### **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas .....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
KERVARREC Thibault .....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie .....	Dermatologie
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien .....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas .....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline .....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain .....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle .....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie .....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'éthique médicale*

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

### *Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale*

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

### *Pour l'orthophonie*

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste  
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste  
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste  
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste  
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste  
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste  
SIZARET Eva.....Orthophoniste

### *Pour l'orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes  
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 aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs  
si j'y manque.

---

## REMERCIEMENTS

Au **Professeure Caroline Di Guisto**, je vous remercie d'avoir accepté la présidence de mon jury de thèse et je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Au **Docteur Isabelle Etori**, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie également d'avoir été présente lors de mon internat lorsque j'avais besoin de conseils.

Au **Docteur Laurence Wittke**, mille milliards de merci (et encore, ce n'est pas suffisant) pour tout ce que tu m'as apporté pendant mes deux semestres de SASPAS à ton cabinet. Je suis heureuse de te compter parmi mon jury de thèse, cela était une évidence pour moi.

Au **Docteur Flora Mascart**, merci de m'avoir fait confiance en tant que ta première thésarde mais aussi pour tous tes conseils pour ma future installation. En espérant avoir été à la hauteur.

A **mon mari, Erwan**, qui a été présent jusqu'à ce jour de soutenance de thèse malgré les années difficiles d'étude de médecine. Merci d'avoir été patient, bienveillant et soutenant pendant toutes ces années. Tu sais apaiser chacun de mes tourments et tu sais également me rendre plus forte. Merci d'être l'homme qui partage ma vie et grâce à qui je vais bientôt être maman.

A **mes parents** qui m'ont accompagné et soutenu depuis la première année de médecine. A vous qui n'avez jamais douté de mes choix et de mes capacités alors que je n'avais pas confiance en moi. Merci de me considérer toujours comme votre petite fille même si j'approche tranquillement de la trentaine. J'ai pu grandir et m'épanouir à vos côtés et j'espère pouvoir transmettre au mieux votre enseignement.

A **ma sœur Amélie**, même si tu as eu du mal à comprendre toutes mes heures acharnées de révision, tu l'as toujours respecté. A toi qui es mon opposé mais qui me connaît par cœur. Merci d'être toi.

A **ma famille**, qui ne m'en a jamais voulu des repas manqués ou écourtés à cause des révisions/stages/gardes et j'en passe. Merci d'avoir pris des nouvelles et de m'avoir soutenu à chaque étape.

A **ma belle-famille**, qui m'a accueilli les bras grands ouverts et m'a fait une place rapidement comme un membre à part entière de la famille alors que je semblais être un extra-terrestre à me lever à 8h du matin le dimanche pour réviser. Merci de m'avoir fait découvrir la montagne bien que je ne sois pas un as sur des skis.

A **mes ami(e)s**, toujours présents auprès de moi aujourd'hui qui seront se reconnaître derrière ces mots. Que ce soit depuis la primaire, le collège ou le lycée, votre amitié est sans faille malgré la distance et les années qui passent.

A toi, **Justine**, qui est celle qui me comprend le mieux car nous avons partagé nos années de médecine depuis la P1. Tu sais que ton départ à Brest pour l'internat fait que tu me manques beaucoup mais te voir épanouie est un sentiment indescriptible pour moi.

A **Pauline et Adrien**, vous êtes une véritable famille. Notre quatuor avec Erwan a beaucoup d'importance pour moi.

A **Guillaume, Amaury, Noé**, mes acolytes de la spé physique, vous êtes devenus mes damoiseaux d'honneur le jour de mon mariage

A **Gaëlle**, ma sœur de cœur, à toutes ces années basket mais surtout à nos années tourangelles. Tu es la personne qui m'a fait vivre des moments de danse, de chant, de rires et de gastronomie.

A **Noémie et Eline**, mes vraies amies d'enfance. Malgré le temps qui passe, je sais que je peux compter sur vous-même à des kilomètres.

A **Aude, Maxime, Benoît et Vivien**, les copains qui sont restés fidèles à notre Orléans natal. Vous savoir auprès de moi ici est un vrai bonheur.

A **Marie**, ma copine de faculté dont je me rappellerai toujours notre première conversation car inattendu mais qui a fait naître une belle amitié.

**A tous mes co-internes, Quentin, Daphné, Marie, Estelle, les urgentistes de pédiatrie, les gynéco-obs.** A nos fous rires, nos conseils/tips, nos moments de doute. Même si certains n'ont été présents que le temps d'un semestre, vous avez tous marqué mon cursus à votre manière.

**Aux médecins** que j'ai croisé lors de mon cursus, vous avez tous apporté une touche au médecin que je suis. De Chinon puis Loches/Saint Flovier, en passant par Amboise et en finissant par l'Orléanais. Un merci en particulier au **Docteur Marion Cussot** qui m'a sensibilisé à la pratique de l'IVG et donc était à l'initiation de ce travail et de mon dévouement pour aider toutes les femmes en demande.

**A mes futurs collègues de Sandillon,** Quentin, Catherine, Alexandra et Thierry, qui m'ont tout de suite fait me sentir bien au sein de leur cabinet médical. Merci de m'accepter parmi vous.

Merci à vous tous.

## Table des matières

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>16</b>
1. Cadre législatif .....	16
2. Épidémiologie .....	16
3. Protocole .....	17
4. Formation à l'IVG .....	17
5. Justification de l'étude .....	18
<b>II. MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>19</b>
1. Objectif de l'étude .....	19
2. Choix de la méthode .....	19
a. Questionnaire .....	19
b. Population source .....	20
3. Analyse statistique .....	20
4. Aspects éthiques et juridiques .....	21
<b>III. RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
1. Diagramme de flux de l'échantillon .....	22
2. Critère de jugement principal .....	22
3. Caractéristiques socio-professionnelles .....	23
a. Sexe .....	23
b. Mode d'exercice .....	23
c. Zone d'exercice .....	24
d. Temps de trajet avec le centre d'orthogénie référent .....	25
e. Réalisation de gestes gynécologiques dans la pratique .....	26
f. Conviction(s) personnelle(s) .....	28
g. Histoire personnelle .....	28
4. Caractéristiques liées à la formation .....	29
a. Lieu de stage de gynécologie .....	29
b. Formation complémentaire en gynécologie .....	31
c. Réalisation de gestes en stage de gynécologie ou de médecine générale .....	33
d. Sensibilisation à la pratique de l'IVG en stage de gynécologie ou de médecine générale .....	33
e. Assister à une consultation d'IVG en stage .....	34
f. Pratiquer une consultation d'IVG en stage .....	35
g. Rencontre de praticiens anti-IVG .....	37
h. Éléments manquants lors de la formation .....	38
5. Objectifs secondaires .....	39
a. Motivations .....	39
b. Freins .....	40
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>41</b>
1. Validité de l'étude .....	41
a. Force de l'étude .....	41
b. Limite de l'étude .....	41
2. Répercussions du cursus de formation sur la future pratique .....	42
a. L'influence du terrain de stage .....	42
b. L'expérience de l'ambulatoire .....	43

c.	<i>Le choix de se former à la gynécologie</i> .....	45
d.	<i>Éléments inhérents à la formation</i> .....	45
<b>3.</b>	<b>A propos des caractéristiques socio-professionnelles</b> .....	<b>46</b>
a.	<i>Sexe</i> .....	46
b.	<i>Mode et zone d'exercice</i> .....	46
c.	<i>Durée de trajet avec le CIVG référent</i> .....	46
d.	<i>Réalisation de gestes gynécologiques</i> .....	47
e.	<i>Convictions et histoire personnelle</i> .....	48
f.	<i>Praticiens anti-IVG</i> .....	48
<b>4.</b>	<b>Objectifs secondaires</b> .....	<b>48</b>
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>51</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>52</b>
<b>VII.</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>55</b>
<b>VIII.</b>	<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>62</b>

*« Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame. C'est pourquoi, si le projet qui vous est présenté tient compte de la situation de fait existante, s'il admet la possibilité d'une interruption de grossesse, c'est pour le contrôler et, autant que possible, en dissuader la femme. »*

Simone Veil

*« Rien n'est jamais définitivement acquis. Il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Votre vie durant, vous devrez rester vigilantes. »*

Simone de Beauvoir

## I. INTRODUCTION

### 1. Cadre législatif

Il s'est écoulé 49 ans depuis le vote de la loi dite loi Veil autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Parue le 17 janvier 1975 au Journal officiel puis reconduite définitivement en 1979 (1), elle a été modifiée à plusieurs reprises par la suite pour mieux correspondre à la demande sociétale.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, dite loi Aubry (2) a instauré le recours à l'IVG par voie médicamenteuse en ville dans le cadre d'une convention passée entre un médecin de ville et un établissement de santé et c'est le décret n°2002-796 du 3 mai 2002 (3) autorisant la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville qui va fixer les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé par les médecins généralistes ou gynécologues.

Depuis 2016, nos collègues sages femmes ont eu également l'autorisation de pratiquer des IVG médicamenteuses en libéral (4), sous la même convention avec l'établissement de santé hospitalier que pour le médecin libéral.

Socialement, la dernière mesure permet la prise en charge à 100% de toutes femmes demandant une IVG (5).

En mars 2021, à la suite de la pandémie COVID, le délai légal pour l'IVG médicamenteuse, qu'elle soit hospitalière ou non, est passée de 7 semaines d'aménorrhées (SA) à 9 SA (6). La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement prolonge le délai de la période pour une IVG jusqu'à la 16ème semaine d'aménorrhée et pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse (7).

### 2. Épidémiologie

En 2021, 223 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France (8). Très marquée à partir de mai 2020, la baisse du nombre des IVG réalisées dans les établissements de santé s'est poursuivie (146 700 en 2021, contre 154 200 en 2020 et 171 000 en 2019), tandis que les IVG hors établissement continuent leur progression (76 600 en 2021 contre 62 100 en 2019).

76 % du total des IVG sont médicamenteuses, qu'elles soient réalisées en établissement ou non, et seulement 1 IVG médicamenteuse sur 3 est réalisée en cabinet de ville ou centre de planification. Cette dernière statistique s'est accentuée notamment lors de la crise sanitaire.

En Région Centre Val de Loire, 1453 IVG hors établissement hospitalier ont été réalisés sur les 6646 IVG, ce qui représente 21% alors que le chiffre national environne les 32%. Ces chiffres sont stables par rapports aux années 2019 (9) et 2020 (10)

### 3. Protocole

L'IVG peut se pratiquer de 2 façons différentes : la méthode médicamenteuse ou instrumentale. Le choix de la méthode utilisée est fonction de l'âge gestationnel, du désir de la patiente et de l'offre de soins. Nous n'entrons pas dans les détails de la méthode instrumentale car non réalisable en cabinet de ville. A savoir qu'elle est possible dans les centres de planification.

La procédure dite médicamenteuse est, elle, réalisable par un médecin ou une sage-femme conventionnés jusqu'à 9 SA en cabinet, en centre de planification familial ou dans un établissement hospitalier.

Sur le plan de la stratégie médicamenteuse, le protocole est variable selon l'âge gestationnel (6) mais dans tous les cas il associe la prise d'un anti-progestérone à celle d'une prostaglandine 24 à 48 heures plus tard.

En France, les interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse sont de plus en plus souvent réalisées par des médecins généralistes, qui ont validé la plupart du temps un diplôme universitaire ou une formation dans le domaine de la gynécologie-obstétrique organisé par les facultés de médecine, non nécessaire. Cette formation initiale doit être complétée obligatoirement par la disposition réglementaire (11) qui impose aux établissements, dans le cadre de la convention signée entre celui-ci et le médecin de ville, d'organiser une ou des formations pour actualiser l'ensemble des connaissances requises pour la pratique de l'IVG médicamenteuse. La convention est valable un an et doit être renouvelée chaque année.

### 4. Formation à l'IVG

Multiplés thèses ou travaux de médecine générale ont cherché à mettre en évidence les différents motivations et freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse au cabinet de ville ((12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)). Quel que soit l'échantillon ou la méthode utilisée, les éléments retrouvés sont souvent les mêmes. Le manque de formation est un des obstacles à la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville rapporté par les médecins généralistes, que ce soit lors de l'internat ou pour les médecins en exercice. Par exemple, dans la thèse du Dr Vincent (13) le manque de formation et donc de compétences spécifiques liés à l'acte de l'IVG représentait le premier frein éprouvé par les médecins.

Dans le cursus de médecine générale, la part réservée à la formation gynécologique, obstétrique et orthogénique a longtemps été quasi inexistante. En 2018, des internes de médecine générale de troisième année ont été

interrogés sur leur formation en orthogénie (20). La moitié avait eu une formation à l'IVG et se sentait capable de réaliser la première consultation mais 87 % étaient demandeurs d'une nouvelle ou première formation. Également, 45,4 % de l'échantillon d'internes avait réalisé un stage en gynécologie lors de l'internat.

La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle (R3C) en 2017 a instauré l'obligation de passer en gynécologie pour tous les internes du DES de médecine générale.

Dans une thèse parlant des attentes des internes de MG sur les stages ambulatoires de gynécologie pédiatrie (21), les internes estiment que leur formation principalement hospitalière est inadaptée à leur future pratique ambulatoire. Seuls les stages hospitaliers aux urgences, gynécologiques et pédiatriques, leur semblent pertinents. Ils leur paraissent nécessaire de coupler des terrains de stage ambulatoires et hospitaliers pour l'acquisition des compétences propres à la médecine générale dans ces deux domaines. Malheureusement, ceci est idyllique, sachant que les stages ambulatoires sont trop peu nombreux (exemple à la faculté de Tours, le nombre de terrains de stages ambulatoire est au nombre 8 pour des demi-promos d'environ 50 personnes). Dans la revue *exercer*, il a été publié une liste d'objectifs spécifiques de formation des IMG au cours des stages hospitaliers dans la perspective d'une pratique ambulatoire pour pallier ce manque et aider au mieux les internes de MG à se former au mieux à leur future pratique (22).

Néanmoins, cette réforme n'était pas du goût de tous les internes de médecine générale car toujours dans cette même thèse, il était mis en évidence que les internes masculins n'étaient pas forcément pour cette obligation, à l'inverse du stage de pédiatrie.

## 5. Justification de l'étude

Un des freins qui revenaient le plus souvent était la non-sensibilisation et la non-formation à l'IVG lors de l'internat ((13), (14), (15), (17), (19)).

- Y'a-t-il des facteurs personnels qui attire le professionnel à la pratique de l'IVG ?
- L'obligation de passage en gynécologie pendant l'internat permet-il de former plus de médecins généralistes à la pratique de l'IVG ?
- Le fait d'y être sensibilisé en stage est-il plus propice à pratiquer l'IVG après ?

Autour de ces questions, nous nous sommes alors interrogés sur les déterminants, personnels ou liés à la formation, des jeunes médecins généralistes associés à leur projet de pratiquer l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en région Centre Val de Loire.

## II. MATERIEL ET METHODES

### 1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs personnels ou liés à la formation avec le souhait ou non de pratiquer l'IVG chez les jeunes médecins généralistes.

Les objectifs secondaires sont de reprendre les motivations et les freins d'anciennes thèses pour comparer les différents groupes puis de revoir les points à améliorer au niveau de la formation pour l'expansion de cette pratique au cabinet de médecine générale

La variable principale est de savoir si le médecin pratique ou souhaite pratiquer des IVG médicamenteuses à son cabinet dans les 5 prochaines années versus le médecin qui ne le souhaite pas.

### 2. Choix de la méthode

Nous avons choisi une étude quantitative observationnelle descriptive afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires.

#### *a. Questionnaire*

Ce questionnaire (Annexe 2) a été élaboré secondairement à l'analyse des données de la littérature ((15), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)) mais également d'éléments divers qui nous ont parus pertinents avec ma directrice de thèse et les personnes qui m'ont aidé à sa réalisation.

La bibliographie a été établie grâce à plusieurs moteurs de recherche PubMed®, Google Scholar®, ScienceDirect®. Les thèses ont été recherchées sur le SUDOC, Système Universitaire de Documentation édité par l'Agence bibliographique de l'enseignement supérieur (abes).

Il est composé de 23 questions, à choix unique ou multiples, et d'une question libre. La majorité des questions sont à réponse fermée pour faciliter l'analyse quantitative mais il y avait la possibilité sur toutes les questions de répondre « Autre » et que le répondant écrive un commentaire libre.

Il est composé de 4 parties dont les 2 premières permettent de répondre à l'objectif principal et les 2 dernières pour un des objectifs secondaires :

- Facteurs personnels
- Facteurs liés à la formation
- Motivations
- Freins

Le questionnaire a préalablement été distribué à six personnes pour tester de sa faisabilité et de s'assurer la clarté des questions.

Le questionnaire a été mis en ligne sur la plateforme Google Form, transmis aux participants via le groupe Facebook des internes de médecine générale de la région Centre Val de Loire. Les réponses au questionnaire sont anonymes.

Le questionnaire a été mis en ligne le 27 mai 2023 et la dernière réponse a été collecté le 11 septembre 2023.

#### *b. Population source*

La population source est composée des MG ayant réalisé leur internat après la réforme de 2017 et ayant terminé leurs six semestres d'internes. Elle comprend donc les MG des promos 2017, 2018 et 2019, qu'ils soient thésés ou non, exerçant hors établissement hospitalier (libéral ou salarié) ou ayant une activité mixte.

Les critères d'exclusion sont les internes, les MG ayant fait leur internat avant 2017, les médecins spécialistes (notamment les gynécologues médicaux et les gynéco-obstétriciens) et les MG exerçant exclusivement en milieu hospitalier.

La ville de subdivision autre que Tours est également un critère d'exclusion.

### 3. Analyse statistique

Nous avons sollicité le Service d'Information Médicale, Épidémiologie et Économie de la Santé du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours grâce à leur consultation méthodologique, notamment le Dr Tassi Marc-Florent et Mme Vieillot Marie, interne du service, pour nous aiguiller sur la méthode statistique.

Chaque participant a été placé dans un groupe selon leur réponse à la première question du questionnaire :

- Si le participant pratique ou souhaite pratiquer dans les 5 prochaines années des IVG médicamenteuses à son cabinet, il intègre le groupe « OUI »
- Si le participant ne souhaite pas pratiquer dans les 5 prochaines années des IVG médicamenteuses à son cabinet, il intègre le groupe « NON »

Pour répondre à la question de l'étude, nous avons utilisé deux types d'analyses :

- Des analyses descriptives à l'aide d'histogrammes et diagrammes en secteurs sur Excel
- Des analyses comparatives avec des tests Chi2 ou de Fischer quand le nombre de réponses était inférieur à 5 sur le site biostatGV. Les résultats sont significatifs lorsque  $p \text{ value} \leq 0,05$ .

#### 4. Aspects éthiques et juridiques

Cette étude est une recherche non interventionnelle, classée « Non- RIPH » (Recherche Impliquant la Personne Humaine) d'après la Loi Jardé et le dernier arrêté s'y rapportant. Elle n'a donc pas nécessité d'accord préalable auprès d'un Comité de Protection des Personnes.

### III. RESULTATS

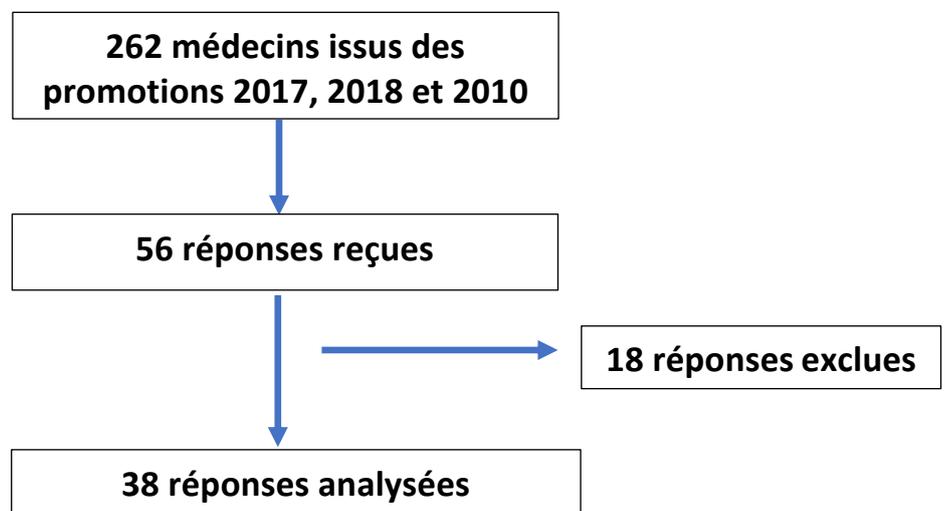
#### 1. Diagramme de flux de l'échantillon

En se basant sur les données du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours, 262 internes ont effectué leur formation dans les promotions 2017, 2018 et 2019.

Sur les 56 réponses enregistrées, 38 remplissent les critères d'inclusion, 13 ont été exclues (13 étant dans des promotions antérieures, 5 ayant fait leur internant dans une autre subdivision que Tours).

L'échantillon représente 15% de notre population source.

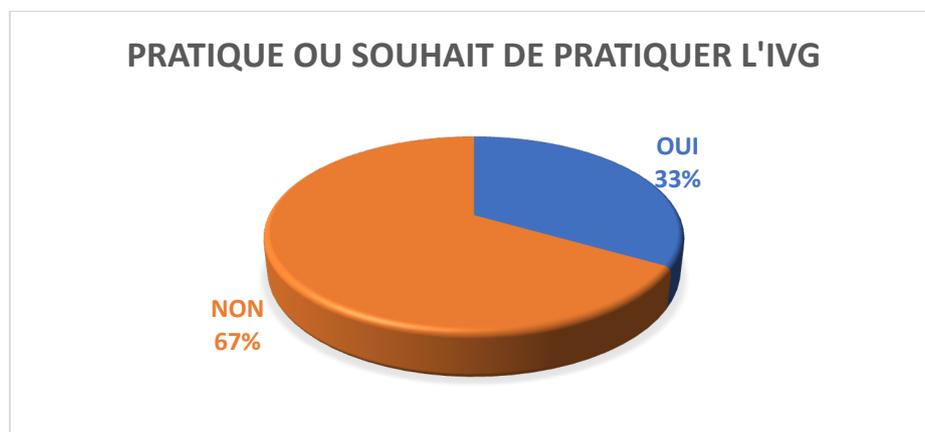
Figure 1 : diagramme de flux



#### 2. Critère de jugement principal

Dans notre échantillon, 33% des participants ont répondu qu'ils pratiquent ou souhaitent pratiquer l'IVG médicamenteuse dans les 5 ans à venir.

Figure 2 : Répartition des participants dans chaque groupe pour le critère de jugement principal en pourcentage



### 3. Caractéristiques socio-professionnelles

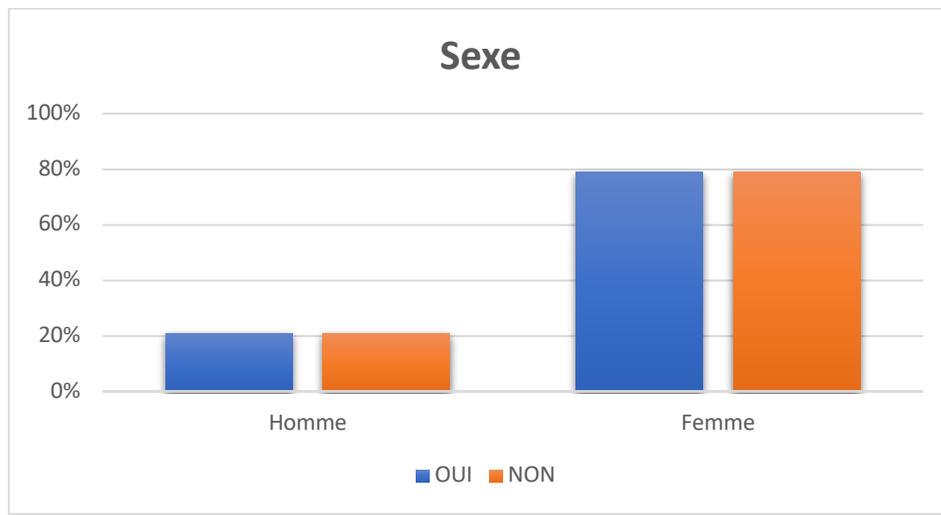
#### a. *Sexe*

De manière identique dans les 2 groupes, les femmes représentent 79% de notre échantillon.

Tableau 1 : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur sexe

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 1</i>
Sexe	Homme	3	5	
	Femme	11	19	

Figure 3 : Répartition dans chaque groupe des hommes et des femmes en pourcentage



#### b. *Mode d'exercice*

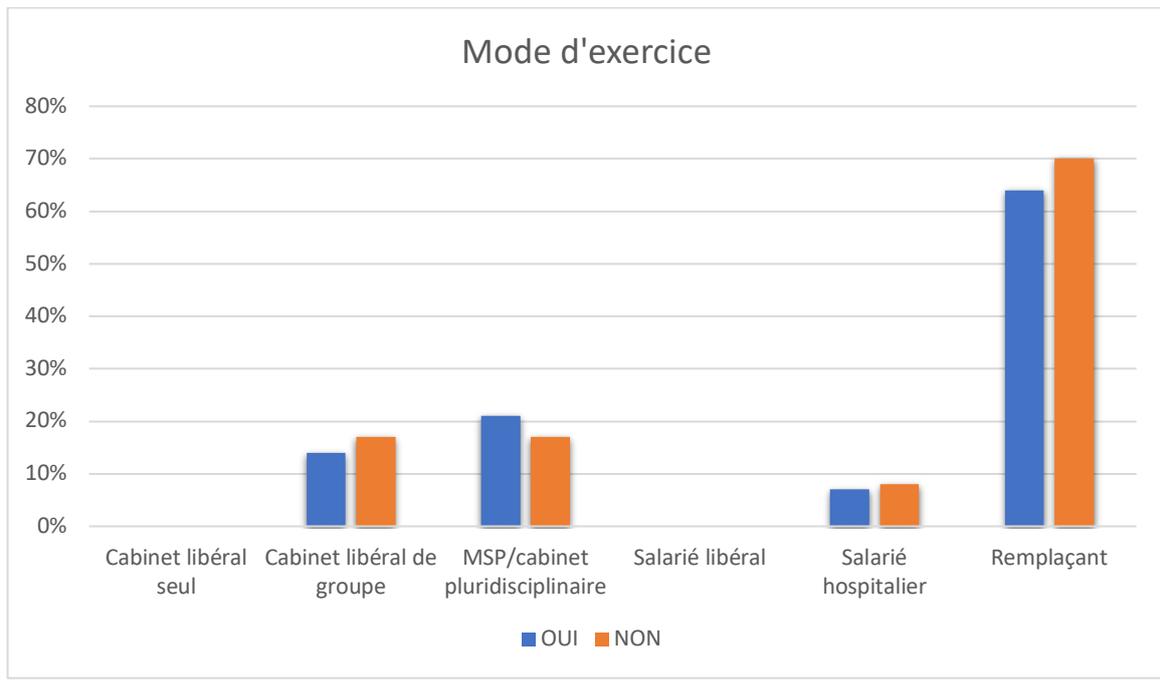
Nous retrouvons une répartition semblable dans chaque groupe.

Aucun test statistique n'a été effectué devant la possibilité de réponses multiples sur cette question.

Tableau 2 : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur mode d'exercice

Pratique de l'IVG		OUI	NON
Mode d'exercice	Cabinet libéral seul	0	0
	Cabinet libéral de groupe	2	4
	MSP/cabinet pluridisciplinaire	3	4
	Salarié ambulatoire	0	0
	Salarié hospitalier	1	2
	Remplaçant	9	17

**Figure 4 :** Répartition des participants dans chaque groupe en fonction de leur mode d'exercice en pourcentage



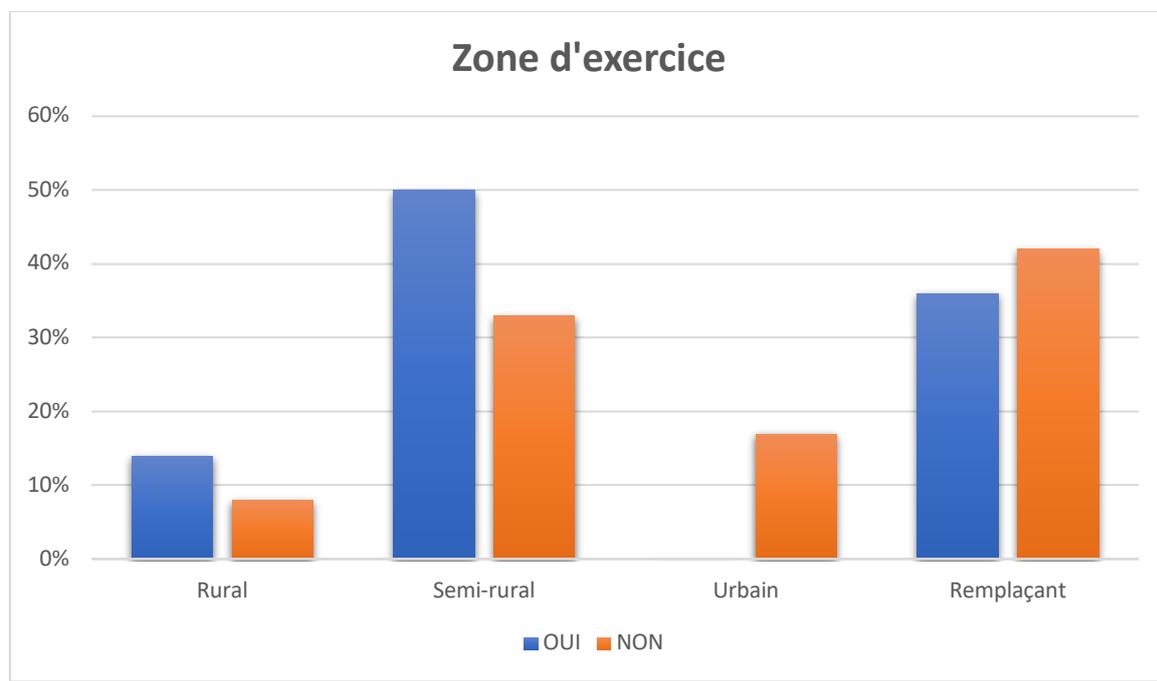
*c. Zone d'exercice*

Il y a une proportion de médecins en zone semi-rural plus importante dans le groupe « OUI » et plus de remplaçants dans le groupe « NON » sans différence significative.

**Tableau 3 :** Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur zone d'exercice

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.43</i>
<b>Zone d'exercice</b>	Rural	2	2	
	Semi-rural	7	8	
	Urbain	0	4	
	Remplaçant	5	10	

**Figure 5 :** Répartition des participants dans chaque groupe en fonction de leur zone d'exercice en pourcentage



*d. Temps de trajet avec le centre d'orthogénie référent*

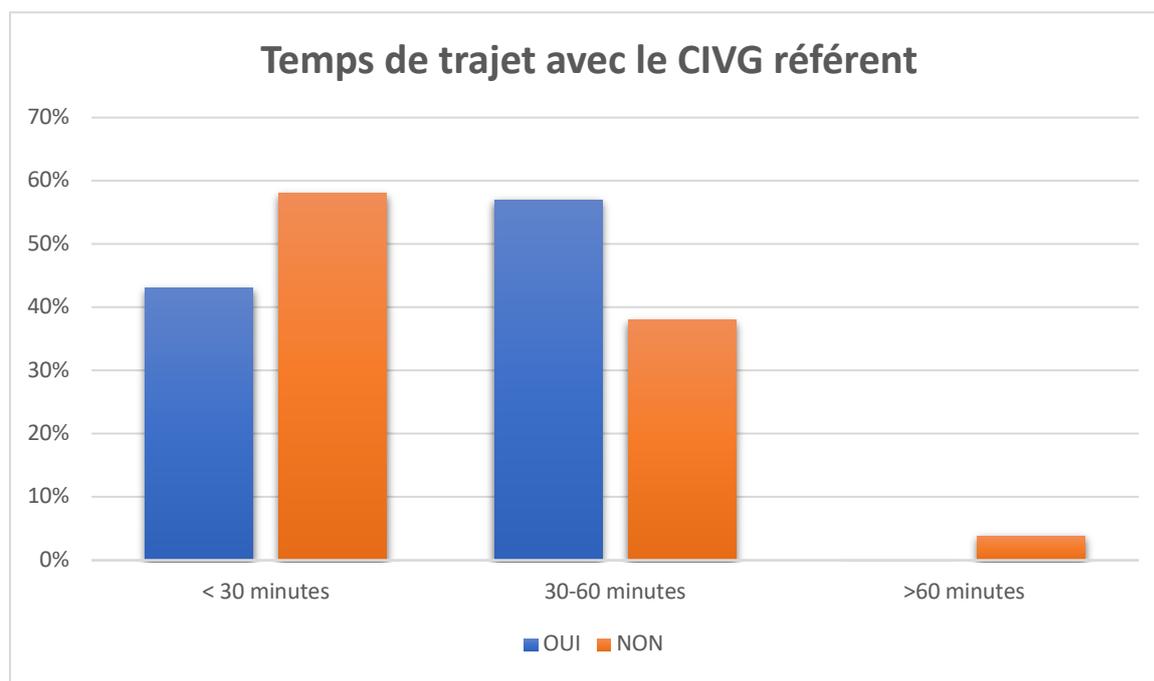
Il y a une proportion plus importante de participants dans le groupe « NON » qui sont à moins de 30 minutes du centre d'orthogénie le plus proche, sans différence significative.

Seul un participant issu du groupe « NON » se trouve à plus d'une heure de son centre d'orthogénie référent.

**Tableau 4 :** Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leurs minutes de trajet avec le centre d'orthogénie référent

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.48</i>
<b>Temps de trajet avec le CIVG référent</b>	< 30 minutes	6	14	
	30-60 minutes	8	9	
	>60 minutes	0	1	

**Figure 6** : Répartition des participants dans chaque groupe en fonction de leur temps de trajet avec le CIVG référent en pourcentage



*e. Réalisation de gestes gynécologiques dans la pratique*

Dans les figures 7 et 8, nous pouvons voir que dans le groupe « OUI », 42% des répondants pratiquent la gynécologie tous les jours ou plusieurs fois par semaine en comparaison au groupe « NON » où 29% font des gestes gynécologiques moins d’une fois par mois ou n’en font jamais.

Aucun répondant du groupe « OUI » a déclaré ne jamais faire de gestes gynécologiques.

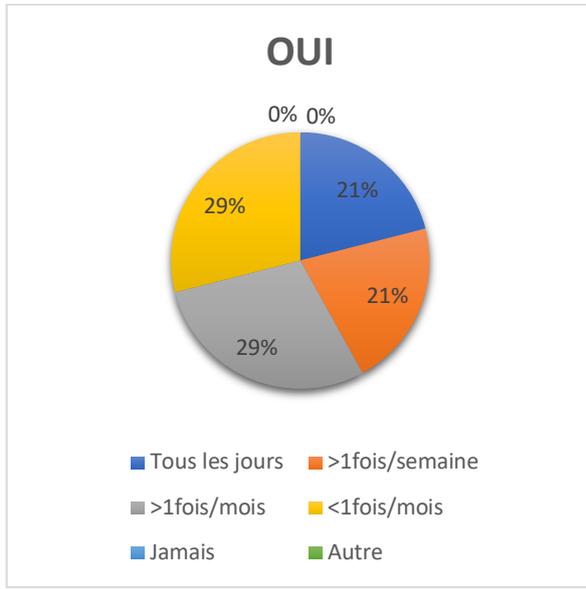
Une seule réponse « autre » dans le groupe « NON » mentionnant : « seulement des frottis » sans préciser de fréquence de réalisation (tableau 5).

Il n’est pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes.

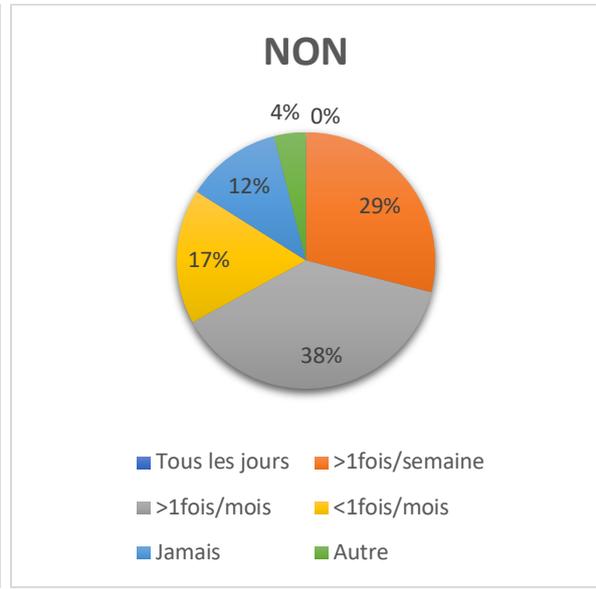
**Tableau 5** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur fréquence de réalisation de gestes gynécologiques

Pratique de l’IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.15</i>
<b>Gestes gynécologiques</b>	Tous les jours	3	0	
	>1fois/semaine	3	7	
	>1fois/mois	4	9	
	<1fois/mois	4	4	
	Jamais	0	3	
	Autre	0	1	

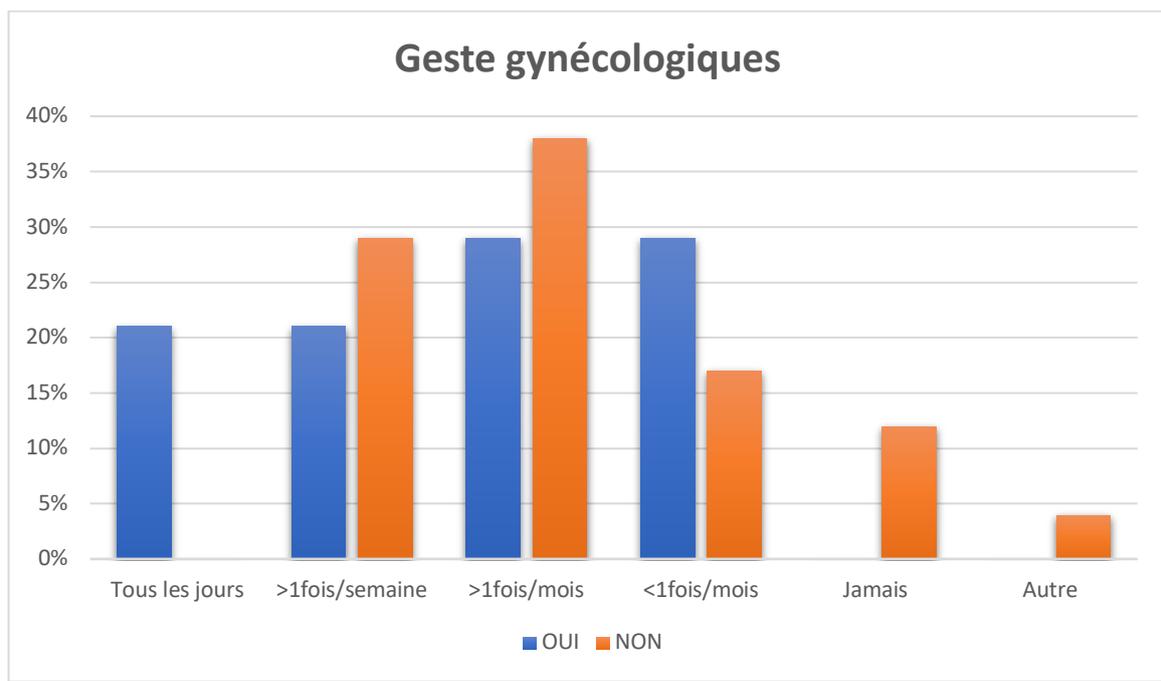
**Figure 7** : Répartition des participants du groupe « OUI » en fonction de leur fréquence de réalisation de gestes gynécologiques en pourcentage



**Figure 8** : Répartition des participants du groupe « NON » en fonction de leur fréquence de réalisation de gestes gynécologiques en pourcentage



**Figure 9** : Répartition des participants dans chaque groupe en fonction de leur fréquence de réalisation de gestes gynécologiques en pourcentage



*f. Conviction(s) personnelle(s)*

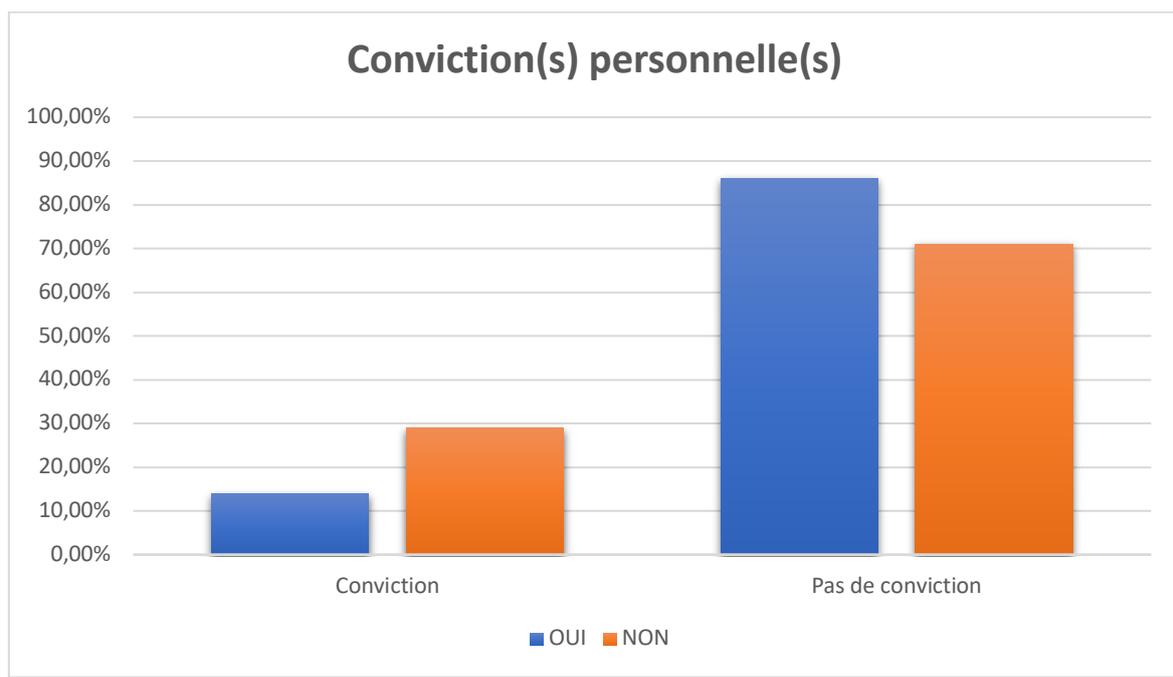
14% des répondants du groupe « OUI » et 29% du groupe « NON » déclarent avoir une ou des convictions et/ou croyances personnelles en rapport avec la pratique de l'IVG.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée.

Tableau 6 : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur convictions/croyances personnelles en rapport avec la pratique de l'IVG

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.44</i>
Convictions/croyances	Oui	2	7	
	Non	12	17	

Figure 10 : Répartition des participants dans chaque groupe en fonction de leur convictions/croyances personnelles en rapport avec la pratique de l'IVG en pourcentage



*g. Histoire personnelle*

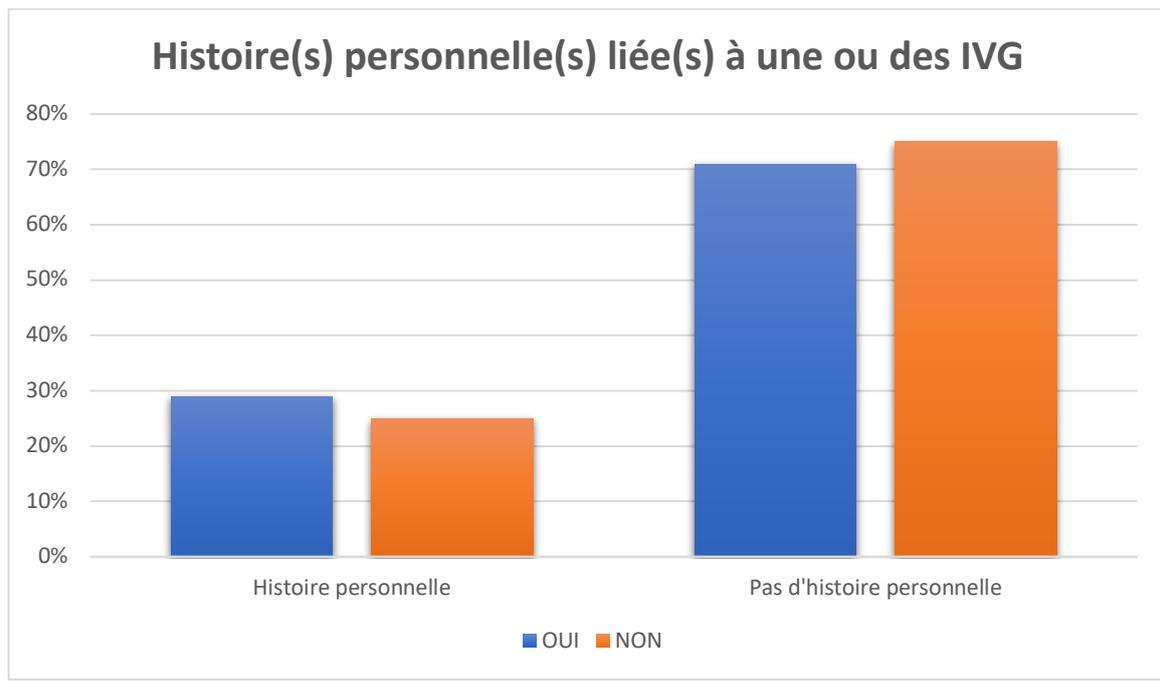
29% des répondants du groupe « OUI » et 25% du groupe « NON » déclarent avoir vécu une ou des histoires en rapport avec une IVG, directement ou indirectement.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée.

**Tableau 7** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction du vécu d'histoire personnelle en rapport avec l'IVG

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 1</i>
<b>Histoire personnelle</b>	Oui	4	6	
	Non	10	18	

**Figure 11** : Répartition des participants dans chaque groupe en fonction du vécu d'histoire personnelle en rapport avec l'IVG en pourcentage



#### 4. Caractéristiques liées à la formation

##### *a. Lieu de stage de gynécologie*

Dans chaque groupe, il y a proportion similaire de participants qui ont réalisé leur stage en libéral et en orthogénie.

Le taux de participants ayant réalisé leur stage en centre de santé sexuelle et aux urgences gynécologiques est plus important dans le groupe « OUI ».

La réalisation d'un stage en service de gynécologique est plus importante dans le groupe « NON ».

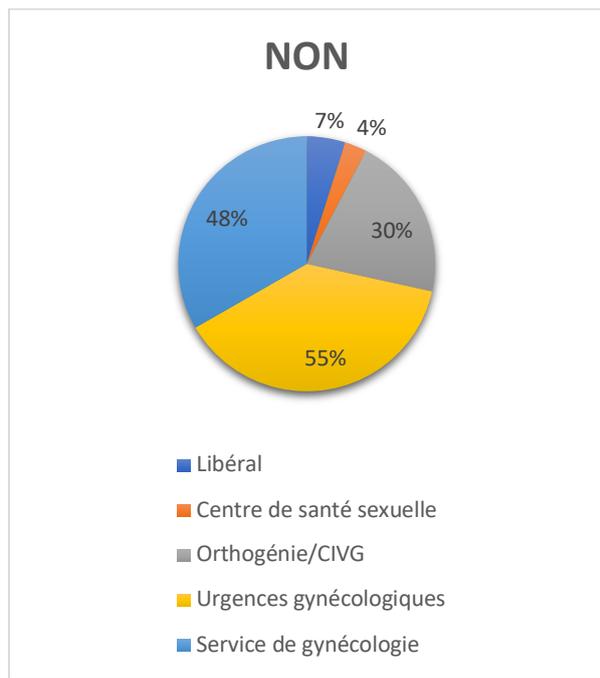
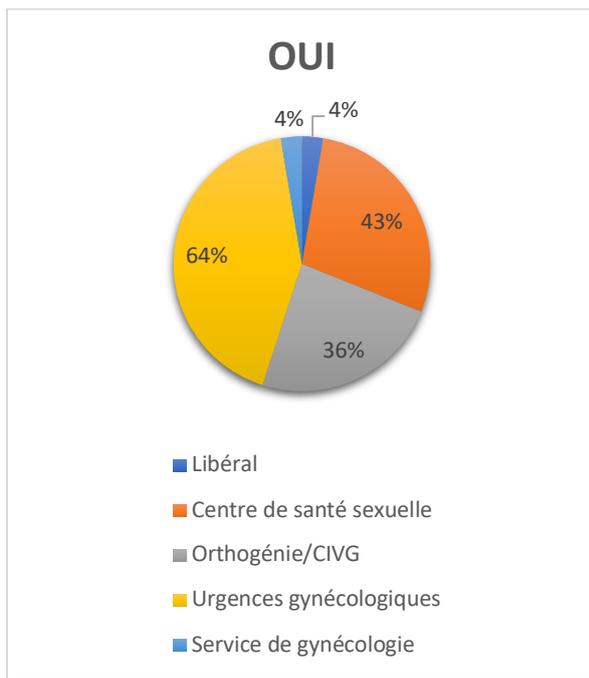
Aucun test statistique n'a été effectué devant la possibilité de réponses multiples sur cette question.

**Tableau 8** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur lieu de stage du ou des semestres en gynécologie

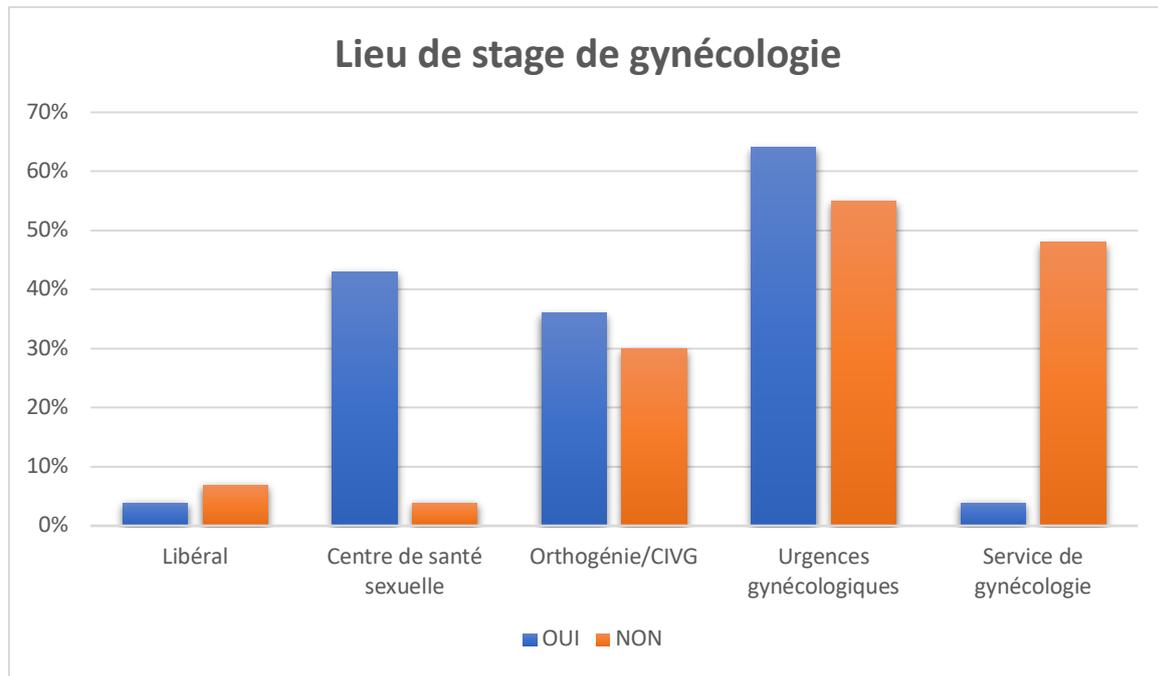
Pratique de l'IVG		OUI	NON
<b>Lieu de stage de gynécologie</b>	Libéral	1	2
	Centre de santé sexuelle	6	1
	Orthogénie/CIVG	5	7
	Urgences gynécologiques	9	12
	Service de gynécologie	1	10

**Figure 12** : Répartition des participants du groupe « OUI » en fonction de leur lieu de stage du ou des semestres en gynécologie en pourcentage

**Figure 13** : Répartition des participants du groupe « NON » en fonction de leur lieu de stage du ou des semestres en gynécologie en pourcentage



**Figure 14** : Répartition des participants dans chaque en fonction de leur lieu de stage du ou des semestres en gynécologie en pourcentage



Nous pouvons regrouper ces stages en 2 groupes :

- Les stages ambulatoires composés des stages avec des médecins libéraux et ceux des centres de santé sexuelle.
- Les stages hospitaliers avec les stages du CIVG, des urgences gynécologiques et des services de gynécologie.

La proportion d'internes étant passée dans un stage de gynécologie ambulatoire est plus importante chez les répondants du groupe « OUI » : 47% des réponses dans ce groupe contre seulement 11% dans le groupe « NON ».

#### *b. Formation complémentaire en gynécologie*

Nous avons initialement posé la question en laissant la possibilité au participant de répondre "en cours" au cas où celui-ci était en attente d'obtention du diplôme ou de la formation. Ce résultat est statistiquement significatif.

Si le participant répondait « oui », il pouvait à la question suivante donné le nom du diplôme ou de la formation.

Les réponses étaient les suivantes : « DIU de gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste » (n = 3), « DIU de gynécologie obstétrique » (n = 1), « DIU gynécologique » (n = 1), « DIU gynécologue de l'enfant et de l'adolescente » (n = 1), « DIU » (n = 1). Il y a 1 personne qui n'a pas précisé le nom de sa formation. Un des participants possédait 2 types de DIU.

**Tableau 9** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur formation complémentaire en gynécologie

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<b><i>p-value = 0.0007</i></b>
<b>Formation complémentaire en gynécologie</b>	Oui	5	0	
	Non	7	23	
	En cours	2	1	

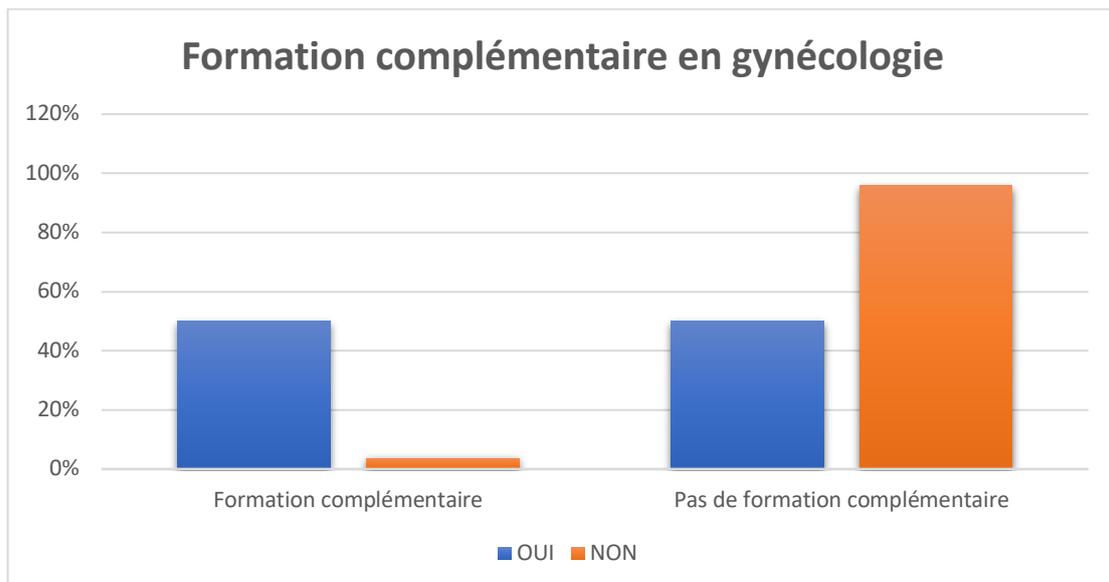
Puis nous avons supposé que la réponse « en cours » pouvait être équivalente à « oui » en accentuant sur le fait que si le participant passait un DIU de gynécologie ou autre formation, c'est qu'il avait une appétence pour la spécialité.

Le résultat est également significatif avec un rapport de cotes à 20 ( $p= 0.0017$  ;  $OR = 20.8$ ).

**Tableau 10** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur formation complémentaire en gynécologie

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<b><i>p-value = 0.0017</i></b> <b><i>OR = 20.8 (2.1315 ; 1072.1972)</i></b>
<b>Formation complémentaire en gynécologie</b>	Oui	7	1	
	Non	7	23	

**Figure 15** : Répartition des participants dans chaque en fonction de leur formation complémentaire en gynécologie en pourcentage



*c. Réalisation de gestes en stage de gynécologie ou de médecine générale*

La quasi-totalité des participants ont réalisé des gestes lors de leurs stages. Il n'y a pas de différence statistique entre les deux groupes.

**Tableau 11** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur réalisation de gestes en stage de gynécologie

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 1</i>
<b>Réalisation de geste en stage de gynécologie</b>	Oui	14	23	
	Non	0	1	

*d. Sensibilisation à la pratique de l'IVG en stage de gynécologie ou de médecine générale*

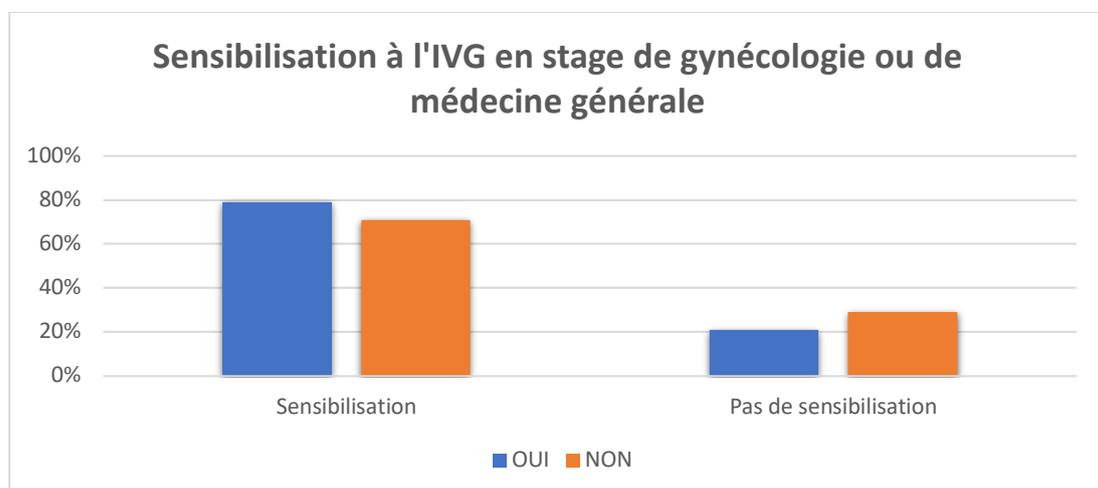
Environ trois quarts des participants de chaque groupe ont été sensibilisé à la pratique de l'IVG lors de leur internat.

Il n'y a pas de différence statistique entre les deux groupes.

**Tableau 12** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur sensibilisation à la pratique de l'IVG en stage

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.71</i>
<b>Sensibilisation à la pratique de l'IVG en stage</b>	Oui	11	17	
	Non	3	7	

**Figure 16** : Répartition des participants dans chaque en fonction de leur sensibilisation à l'IVG en stage de gynécologie ou de médecine générale en pourcentage



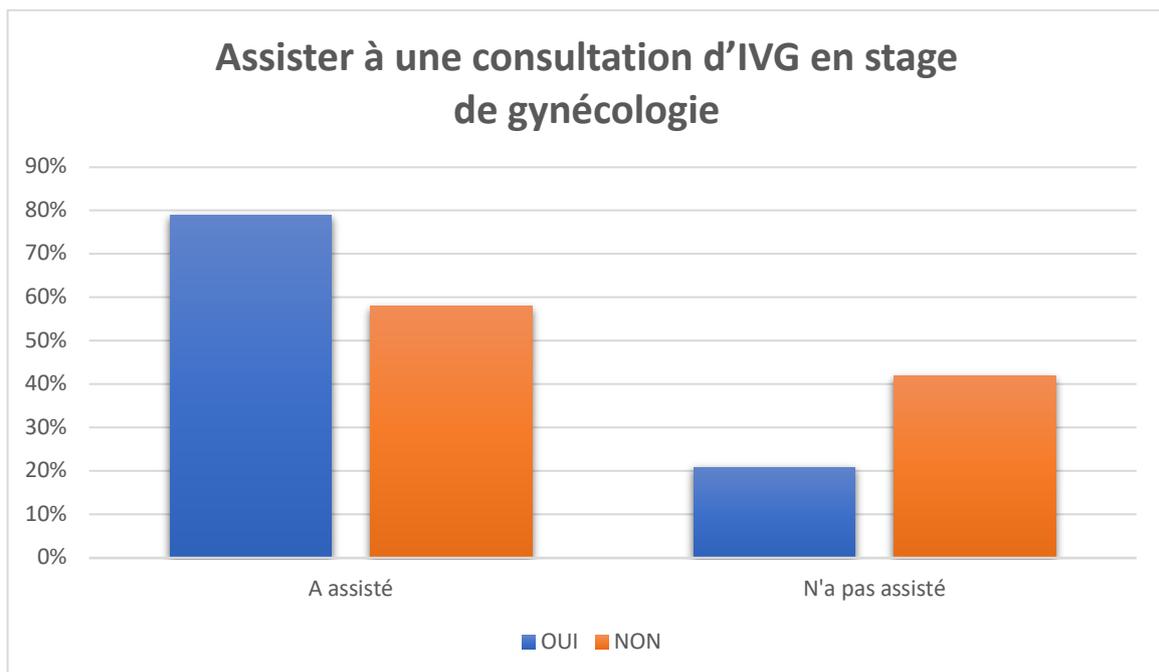
*e. Assister à une consultation d'IVG en stage*

79% des participants du groupe « OUI » ont assisté à une consultation de demande d'IVG en stage de gynécologie contre 58% dans le groupe « NON ». Il n'est pas noté de différence statistique entre les deux groupes.

**Tableau 13** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur présence à une ou des consultations de demande d'IVG en stage de gynécologie

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.29</i>
<b>Assister à une consultation d'IVG en stage de gynécologie</b>	Oui	11	14	
	Non	3	10	

**Figure 17** : Répartition des participants dans chaque en fonction de leur présence à une ou des consultations de demande d'IVG en stage de gynécologie en pourcentage

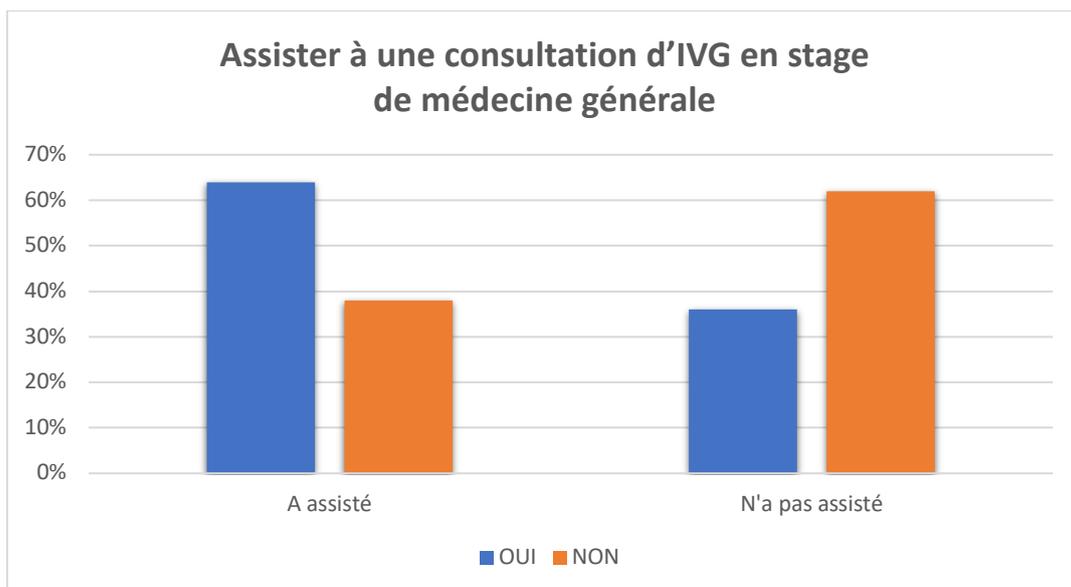


En stage de médecine générale, 64% des participants du groupe « OUI » ont assisté à une consultation d'IVG contre 38% dans le groupe « NON ». Il n'est pas noté de différence statistique entre les deux groupes.

**Tableau 14** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur présence à une ou des consultations de demande d'IVG en stage de médecine générale

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.18</i>
<b>Assister à une consultation d'IVG en stage de médecine générale</b>	Oui	9	9	
	Non	5	15	

**Figure 18** : Répartition des participants dans chaque en fonction de leur présence à une ou des consultations de demande d'IVG en stage de médecine générale en pourcentage



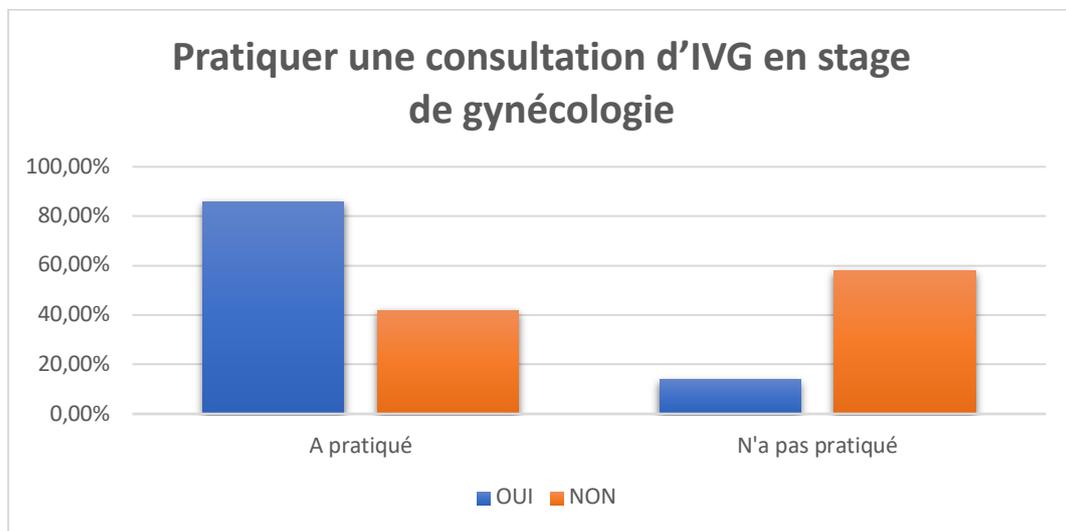
*f. Pratiquer une consultation d'IVG en stage*

86% des participants du groupe « OUI » ont pratiqué une ou plusieurs consultations d'IVG en stage de gynécologie contre 48% dans le groupe « NON ». La différence était statistiquement significative ( $p = 0.0016$  ;  $OR = 7.93$ ).

**Tableau 15** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur pratique d'une ou de consultations de demande d'IVG en stage de gynécologie

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.016</i> <i>OR = 7.93 (1.3225 ; 88.61599)</i>
<b>Pratiquer une consultation d'IVG en stage de gynécologie</b>	Oui	12	10	
	Non	2	14	

**Figure 19** : Répartition des participants dans chaque en fonction de leur pratique d'une ou de consultations de demande d'IVG en stage de gynécologie en pourcentage



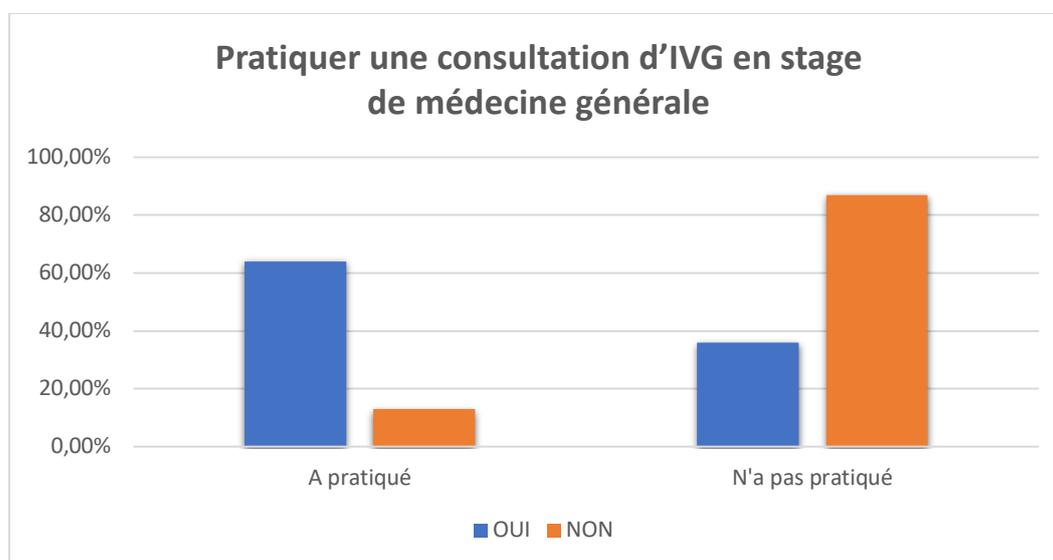
64% des participants du groupe « OUI » ont pratiqué une ou plusieurs consultations d'IVG en stage de médecine générale contre 13% dans le groupe « NON ».

La différence était statistiquement significative ( $p = 0.003$  ;  $OR = 11.53$ ).

**Tableau 16** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur pratique d'une ou des consultations de demande d'IVG en stage de médecine générale

Pratique de l'IVG		OUI	NON	<i>p-value = 0.003</i> <i>OR = 11.53 (1.9911 ; 92.6865)</i>
<b>Pratiquer une consultation d'IVG en stage de médecine générale</b>	Oui	9	3	
	Non	5	21	

**Figure 20** : Répartition des participants dans chaque en fonction de leur pratique d'une ou de consultations de demande d'IVG en stage de médecine générale en pourcentage



**g. Rencontre de praticiens anti-IVG**

43% des participants du groupe « OUI » et 17% du groupe « NON » avaient déjà rencontré un ou plusieurs praticiens anti-IVG au cours de leur parcours.

Pour les participants ayant répondu « oui », il leur était ensuite demandé si cela avait eu un impact sur leur futur pratique de l'IVG. A cette question, 66% des répondants du groupe « OUI » ont déclaré que cela avait eu un impact alors que 100% des répondants du groupe « NON » ont dit qu'il n'y avait pas eu d'impact sur la suite de leur parcours.

Une seule réponse « oui » précisait : « entendre une gynécologue juger une femme voulant une IVG, ça renforce le souhait de vouloir rendre l'IVG accessible à toutes dans la bienveillance ».

Il n'y avait pas de différence significative sur ces deux questions.

**Tableau 17** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction de leur rencontre de praticiens anti-IVG lors de leur cursus et de son impact

Pratique de l'IVG		OUI	NON	
<b>Rencontre de praticiens anti-IVG</b>	Oui	6	4	<i>p-value = 0.13</i>
	Non	8	20	
<b>Si oui, impact sur la future pratique de l'IVG</b>	Oui	4	0	<i>p-value = 1</i>
	Non	2	4	

### h. Éléments manquants lors de la formation

Il était demandé aux participants de déterminer les points qui ont pu leur manquer à propos de l'IVG au cours de leur formation.

Les cours pratiques (71% dans le groupe « OUI » et 50% dans le groupe « NON »), les terrains de stage (respectivement 57% et 50%) et la présentation du réseau ville-hôpital (respectivement 57% et 50%) sont les réponses cochées par la majorité des répondants.

43% des répondants du groupe « OUI » et 42% du groupe « NON » ont exprimé un besoin de formation à l'échographie lors de l'internat.

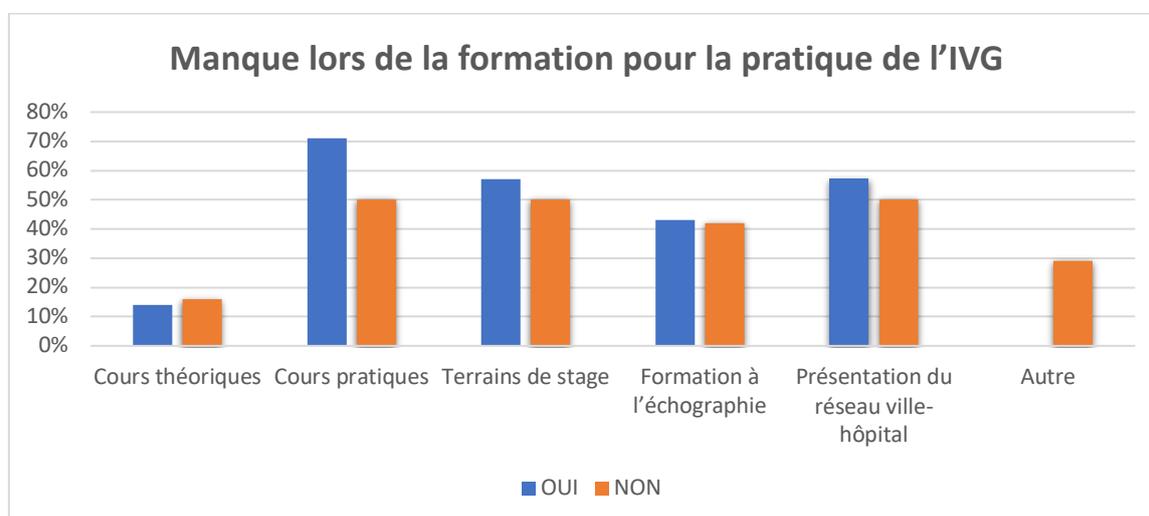
Peu de participants ont déclaré que les cours théoriques ont manqué lors de leur cursus (14% dans le groupe « OUI » et 16% dans le groupe « NON »).

4 participants du groupe « NON » ont répondu « Autre » en précisant : « bonne formation » (n = 3) et « choix de la non pratique pas en lien avec la formation » (n = 1)

**Tableau 18** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction des éléments manquants lors de la formation pour la pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire

Pratique de l'IVG		OUI	NON
<b>Manque lors de la formation pour la pratique de l'IVG</b>	Cours théoriques	2	4
	Cours pratiques	10	12
	Terrains de stage	8	12
	Formation à l'échographie	6	10
	Présentation du réseau ville-hôpital	8	12
	Autre	0	4

**Figure 21** : Répartition des participants dans chaque en fonction des éléments manquants lors de la formation pour la pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en pourcentage



## 5. Objectifs secondaires

### a. Motivations

Les participants devaient indiquer le ou les critères qui sont pour eux des motivations à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en médecine générale parmi une liste pré faite selon notre bibliographie.

Ils pouvaient également ajouter un ou des critères dans la case « Autre ».

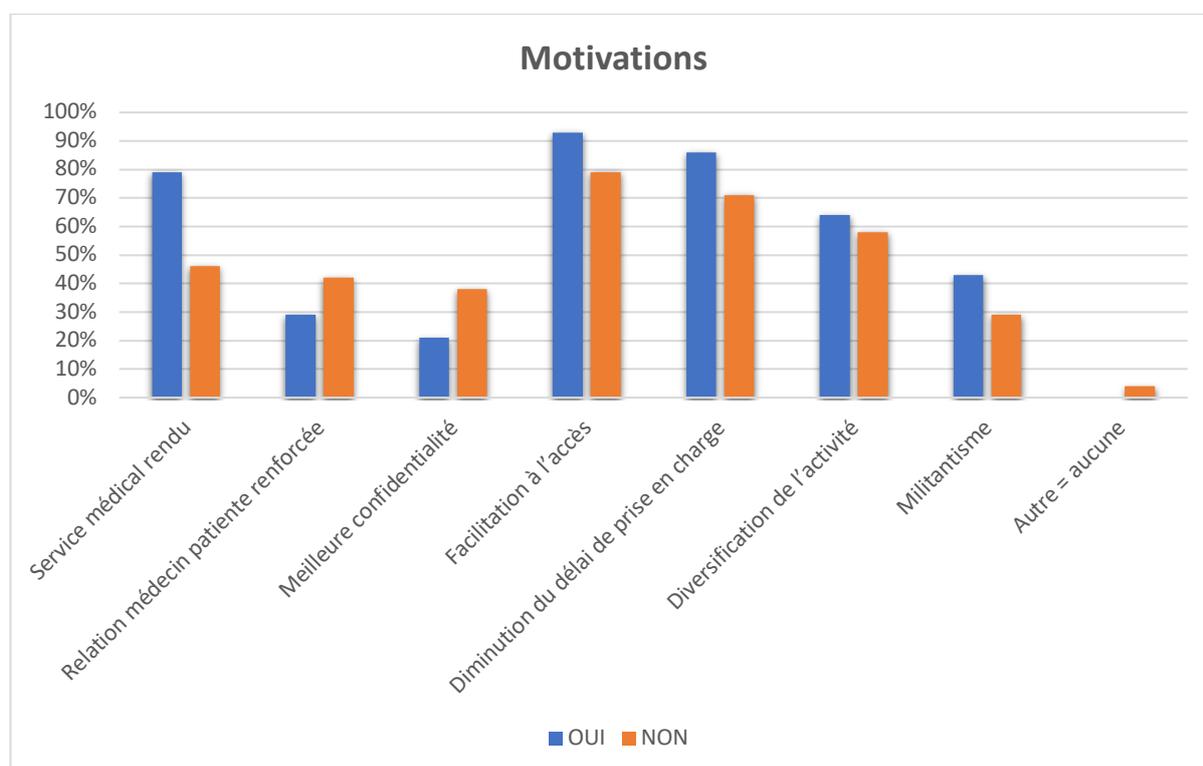
Les réponses sont indiquées dans le tableau 18 et la figure 21.

Une seule personne du groupe « NON » a coché « Autre » en répondant « aucune ».

**Tableau 19** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction des potentielles motivations à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire

Pratique de l'IVG		OUI	NON
<b>Motivations</b>	Service médical rendu	11	11
	Relation médecin patiente renforcée	4	10
	Meilleure confidentialité	3	9
	Facilitation à l'accès	13	19
	Diminution du délai de prise en charge	12	17
	Diversification de l'activité	9	14
	Militantisme	6	4
	Autre = aucune	0	1

**Figure 22** : Répartition des participants dans chaque en fonction des potentielles motivations à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en pourcentage



### b. Freins

Comme pour la question précédente, les participants devaient indiquer quels sont pour eux les potentiels freins à la réalisation d'IVG médicamenteuse en médecine générale, soit avec la liste pré faite soit en remplissant la case « Autre ».

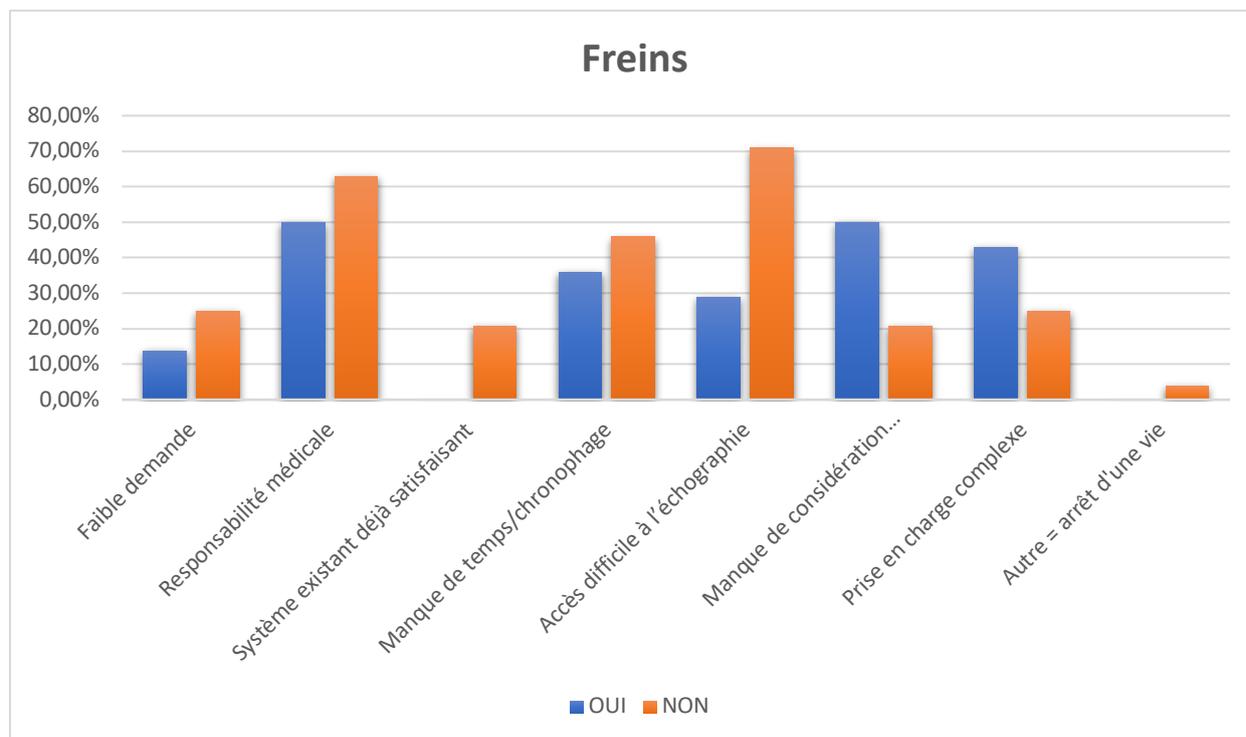
Les réponses sont indiquées dans le tableau 19 et la figure 22.

Une seule personne du groupe « NON » a coché « Autre » en répondant « arrêt d'une vie ».

**Tableau 20** : Effectifs des participants dans chaque groupe en fonction des potentiels freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire

Pratique de l'IVG		OUI	NON
<b>Freins</b>	Faible demande	2	6
	Responsabilité médicale	7	15
	Système existant déjà satisfaisant	0	5
	Manque de temps/chronophage	5	11
	Accès difficile à l'échographie	4	17
	Manque de considération financière	7	5
	Prise en charge complexe	6	6
	Autre = arrêt d'une vie	0	1

**Figure 23** : Répartition des participants dans chaque en fonction des potentielles motivations à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en pourcentage



## IV. DISCUSSION

### 1. Validité de l'étude

#### *a. Force de l'étude*

Premièrement, nous pouvons dire de notre étude qu'elle est originale car il existe surtout des études qualitatives sur le sujet. Ces études relatent un défaut de formation et notre étude paraît en accord avec ce constat.

La recherche quantitative permet de mieux tester des théories ou des hypothèses. Elle est appropriée lorsqu'il existe un cadre théorique déjà bien reconnu, ici les études qualitatives sur le sujet.

En effet, l'avantage de l'étude quantitative est d'obtenir des résultats mesurables statistiquement en intégrant plus de personnes et ainsi pouvoir renforcer voire confirmer les constats faits dans les précédents travaux.

De plus, dans notre étude, nous avons pu comparer les MG pratiquant ou souhaitant pratiquer les IVG médicamenteuses en ambulatoire contre ceux qui ne le souhaitent pas en fonction de leur parcours de formation ce qui a permis relever à l'aide de chiffres le manque de terrains de stages adaptés à la future pratique du MG.

Ensuite, notre étude peut être décrite comme une étude « pilote ». De fait, il n'a pas été retrouvé d'étude comparant ces deux groupes de médecins.

Notre travail a permis de relever de manière significative que c'est l'expérience de la pratique de consultations d'IVG médicamenteuses et l'obtention d'une formation complémentaire en gynécologie qui favorise le projet de pratique d'IVG médicamenteuse en ambulatoire sans pour autant affirmer de liens de cause à effet.

Il serait intéressant de refaire cette étude avec un plus grand nombre de participants, jusqu'à l'étendre sur l'ensemble de la France en cherchant à observer ou non des différences de formation entre les différents terrains de stages existants mais aussi les différences selon les régions.

#### *b. Limite de l'étude*

Le petit effectif de notre étude entraîne des résultats plus fortement impactés par la variabilité aléatoire et un possible manque de puissance statistique sur les résultats non significatifs.

Notre étude est déclarative, elle est fondée sur les réponses des participants sans que celles-ci ne soient vérifiées. Le critère de jugement principal « pratique ou souhait de pratiquer l'IVG médicamenteuse en ambulatoire ou non » est un critère subjectif. Le souhait de pratiquer ou de non pratiquer peut évoluer avec les années et donc fausser a posteriori nos résultats actuels.

Nous avons un biais de sélection : les répondants ne sont pas forcément représentatifs de la population étudiée.

Il existe également un biais « de rédaction » sur certaines questions qui nous ont empêché de réaliser des tests statistiques.

Malgré ces limites, les résultats de notre étude permettent d'évaluer le besoin des internes et de pouvoir discuter sur ce qui semblerait pêcher au niveau de la formation.

## 2. Répercussions du cursus de formation sur la future pratique

### *a. L'influence du terrain de stage*

Nous avons décidé de mettre cette question à choix multiples car certains internes ont la possibilité de réaliser un deuxième stage de gynécologie sur leur stage libre. Il n'a donc pas été possible de réaliser de tests statistiques.

Néanmoins, nous pouvons noter plusieurs choses.

Premièrement, la proportion de répondants ayant fait un stage dans un service de gynécologie est plus importante dans le groupe « NON ». A l'inverse, le pourcentage de participants étant passé en centre de santé sexuelle est nettement plus conséquent dans le groupe « OUI » (43% versus 4%).

L'expérience de la pratique de l'IVG en ambulatoire, dans des conditions proches de celles que peut avoir un MG au cabinet, semble être un facteur favorisant pour que des internes envisagent d'intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique future. Le stage hospitalier ne semble pas exercer cette influence.

Deuxièmement, dans les 2 groupes, nous retrouvons 4% et 7% de participants étant passé en stage dans des cabinets libéraux. Cette donnée ne permet pas de dire que le passage dans ce type de stage favorise ou non la future pratique. Mais on peut relever la difficulté d'accès à ce type de stage pourtant parfaitement en adéquation avec la pratique de la médecine générale.

Comme dit dans l'introduction, le nombre de stages en libéral est de 4 pour la subdivision de Tours (23) ce qui peut faire 8 internes par promotion pouvant passer en ambulatoire. Le stage en ambulatoire est composé la plupart du temps par un trinôme ou un quadrinôme de médecins, l'interne passe donc une à deux journées chez chaque médecin par semaine tout un semestre.

Sur le site du Réseau Périnatal Centre Val de Loire, nous retrouvons la carte des structures et praticiens ambulatoires proposant des IVG dans la région (24). En ce qui concerne la pratique ambulatoire, il est recensé 12 médecins généralistes,

11 gynécologues (gynécologue médical ou gynécologue obstétricien) et 18 sages femmes.

Ces effectifs offrent une piste pour créer plus de stages ambulatoires. Par exemple, au DUMG de l'université de Nantes, des sages femmes libérales peuvent accueillir des internes de MG dans le cadre du stage de gynécologie.

Bien entendu, il faut que le stage femme-enfant soit pertinent pour l'interne et permettant d'atteindre les objectifs attendus par le DUMG. Nous connaissons bien les difficultés à recruter des maîtres de stages universitaires (MSU), autant pour ce stage que pour les stages de médecine générale (niveau 1 et SASPAS) et de multiples travaux traitent du sujet en cherchant des pistes d'amélioration pour leur recrutement.

Dernièrement, nous pouvons voir que le passage au centre d'orthogénie est équivalent dans les deux groupes. Sans pouvoir conclure, nous pouvons supposer les raisons pour lesquelles les internes de MG étant passé en CIVG ne font pas plus d'IVG en ambulatoire que les autres. Au CIVG, les journées sont quasiment dédiées à des consultations d'IVG ou de suites d'IVG. Il est probablement difficile pour un interne ayant choisi la MG de se représenter une journée « type » à son cabinet.

Également, l'accès au spécialiste en gynécologie est plus rapide et plus simple dans le cadre hospitalier en cas de prise en charge difficile, ce qui peut faire peur au jeune généraliste s'il transpose la situation à son cabinet.

Cette question pourrait être très intéressante à étudier de manière qualitative pour explorer l'influence des stages dans le souhait de pratiquer les IVG en ambulatoire, ce qui permettrait d'axer sur les avantages et inconvénients ressentis de chaque type de stage et de proposer des pistes d'amélioration.

#### *b. L'expérience de l'ambulatoire*

En ce qui concerne la réalisation des gestes gynécologiques et la sensibilisation à l'IVG lors du stage de gynécologie, le nombre de réponses étaient semblables dans les deux groupes. Nous pouvons dire que peu importe le type de stage réalisé, une grande majorité des internes était initiée à la gynécologie et avait entendu parler d'IVG.

Il est cependant impossible de noter les différences entre chaque participant : pratique de gestes réguliers en stage ou seulement quelques fois ? Une ou plusieurs sensibilisations à l'IVG ? Quel type de sensibilisation (consultations, cours théoriques, patiente vue aux urgences à la suite d'une IVG...) ?

A propos des deux premières questions sur les consultations d'IVG, la formulation de cette question n'était pas assez précise : parlons-nous d'assister à une demande d'IVG ou d'une prise en charge d'IVG ? Le médecin généraliste peut être le premier interlocuteur d'une femme ne sachant pas où se diriger pour la réalisation de son IVG. Le praticien pourra alors l'informer et lui donner les informations pour se diriger vers la ou les structures spécialisées. Pour autant, il n'aura pas pratiqué l'IVG.

Néanmoins, la question suivante abordait la pratique de consultation donc pouvait laisser supposer la prise en charge totale de l'IVG.

La différence était statistiquement significative pour les deux types de stage avec une force d'association encore plus importante lors de la pratique en médecine générale.

Nous pouvons alors supposer que ce n'est pas seulement l'expérience mais l'expérience de l'ambulatorio qui est un déterminant marquant dans le choix de prendre en charge des femmes en demande d'IVG médicamenteuse au cabinet lors du futur exercice.

Effectivement, il est probablement plus simple pour un interne de se projeter dans une journée type de généraliste en alternant des motifs de consultations différents plutôt que des consultations d'IVG toute la journée.

Avoir vu son MSU pratiquer des consultations de demande d'IVG en ambulatorio ou en avoir soi-même pratiquer permet de se libérer de certains freins. Par exemple, nous pouvons nous rendre compte que la demande existe pour des patientes habitants proches de notre lieu d'exercice. Également que cette activité ne semble pas plus chronophage que les autres consultations de médecine générale, au même titre qu'une prise en charge et une évaluation d'un état dépressif ou qu'un suivi d'insuffisance cardiaque, à condition d'une bonne préparation du déroulé de la consultation.

Le Dr Deseille s'est intéressée lors de sa thèse à la différence d'autonomisation des internes lors des stages de gynécologie (25). Elle compare les stages hospitaliers et les stages ambulatoires. Elle a interrogé ses participants sur des groupes de situations dont un groupe qui se nommait « Contraception et IVG ». Dans ses résultats, elle ne trouve pas de différence significative entre les stages hospitaliers et les stages ambulatoires vis-à-vis de l'autonomie sur les consultations de demande d'IVG mais le nombre de consultations réalisés en autonomie pour ce motif était plus important pour les internes en stage ambulatorio.

De plus, les internes en stages hospitaliers sont significativement plus nombreux à avoir cité le manque de similitude des situations avec la médecine générale que les internes en stages ambulatoires. C'est la seule raison qui présente une différence significative entre les deux groupes dans son travail.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude sur la différence entre les stages gynécologiques et le SASPAS sur la pratique de consultations d'IVG.

### *c. Le choix de se former à la gynécologie*

Le fait d'avoir réalisé une formation ou obtenu un diplôme en gynécologie est un des critères les plus importants de notre étude car le résultat est significatif avec un rapport de cotes nettement supérieur à 1. Cette donnée est en accord avec les données de la littérature.

Dans le travail de thèse du Dr Ferré, nous passons de 2,5 demandes par an à 4,3 demandes directes lorsque le praticien possède un DIU mais ne pratique pas d'IVG (26). Il est donc clair que plus le médecin est formé et informé, plus il a une activité gynécologique importante, plus on constate que la demande est formulée directement auprès de ce praticien.

Néanmoins, le fait de réaliser ces formations sont extrinsèques aux stages d'internat. Il émane de la volonté du médecin à réaliser ce DIU ou la formation en plus de son internat ou lors de son exercice. De plus, la possession d'un DIU n'est pas obligatoire pour exercer la gynécologie en tant que médecin généraliste et c'est surtout l'information de la patientèle femme sur l'exercice gynécologique qui pourrait moduler le nombre de demandes.

### *d. Éléments inhérents à la formation*

Dans notre échantillon, les deux éléments qui manquent le plus aux internes semblent être les cours pratiques et les terrains de stage. Ces deux points rejoignent les résultats antérieurs en appuyant le fait que c'est bien le savoir-faire en ambulatoire qui pourrait motiver les futurs généralistes à exercer les IVG à leur cabinet.

Dans l'ensemble des études effectuées sur l'IVG médicamenteuse en ville, les craintes des professionnels de santé sont principalement liées à une mauvaise connaissance de la méthode. Il est évident qu'en augmentant le nombre d'étudiants pouvant être encadré lors des premières consultations d'IVG en ambulatoire, ces derniers seront plus à l'aise pour le proposer à leurs patientes ou à ouvrir des créneaux à des patientes en demande.

### 3. A propos des caractéristiques socio-professionnelles

#### *a. Sexe*

En comparaison avec les chiffres de l'atlas démographique 2023 du conseil de l'ordre des médecins (27) et du constat démographique de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) en 2021 (27) qui recense 68% de médecins femmes de moins de 40 ans, la population de notre étude est plus féminine : 79 % des participants sont des femmes, de manière similaire dans les deux groupes.

Pourquoi les médecins femmes sont-elles plus intéressées par ce sujet ? Les médecins femmes sont-elles plus confrontées à des demandes d'IVG ? Nous pouvons également nous demander comment sensibiliser plus de médecins hommes à la question de l'IVG, ceci permettrait d'améliorer les connaissances de l'ensemble des médecins sur l'IVG.

#### *b. Mode et zone d'exercice*

Nous n'avons pas pu réaliser de test statistique sur la question du mode d'exercice devant la possibilité de réponses multiples.

Également, la question sur la zone d'exercice étant à réponse unique, il y avait des incohérences entre les réponses aux deux questions notamment pour le statut de remplaçant.

Nous notons tout de même un nombre important de remplaçants, cohérent au vu du critère d'inclusion des années d'internat en 2017 et 2019 ce qui fait des fins d'années d'études entre 2020 et 2022.

Cependant, il nous est impossible de savoir dans quelle proportion les remplaçants ont répondu une zone précise d'exercice ou non. Il est possible que les remplaçants étant sûrs de leur lieu d'installation aient répondu plus précisément que les autres.

De plus, chaque répondant estimait sa zone d'exercice comme « rural », « semi-urbain » et « urbain ». Nous ne donnions pas de critère objectif car lors de la rédaction de cette question, nous avons cherché une définition précise de catégorisation que nous n'avons malheureusement pas trouvé.

#### *c. Durée de trajet avec le CIVG référent*

Dans notre étude, les participants du groupe « NON » exercent dans une proportion un peu plus importante à moins de 30 minutes du CIVG référent (43% dans le groupe « OUI » et 58% dans le groupe « NON »). Cela peut-il expliquer leur non-souhait de pratiquer l'IVG médicamenteuse à leur cabinet ?

Mais si nous partons de ce principe, n'y aurait-t-il pas plus de femmes dans les zones urbaines qui bénéficieraient d'avoir davantage de praticiens qui exercent les IVG médicamenteuses en ambulatoire ?

Dans la plupart des travaux sur le sujet, certains médecins expriment une absence de besoins dans leur zone d'exercice (12) (17). Mais l'IVG médicamenteuse à domicile n'a pas pour seul but de désengorger les centres d'orthogénie. Cette méthode permet en effet de proposer aux patientes une méthode adaptée à leurs besoins et d'être suivies par leur médecin pendant toute la démarche.

Effectivement, il est tout à fait possible de réaliser l'IVG médicamenteuse à domicile après être passé en consultation à l'hôpital mais dans la thèse du Dr Galvagnon S. où elle étudie les différences de prises en charge à domicile et à l'hôpital (28), la principale motivation des patientes ayant choisi de bénéficier d'une IVG médicamenteuse à domicile était de ne pas devoir aller à l'hôpital. Cette motivation est récurrente dans la littérature. Les patientes expliquent dans ces travaux qu'elles associent l'hôpital à la maladie, que ce lieu les renvoie à des peurs ou des traumatismes.

#### *d. Réalisation de gestes gynécologiques*

Sans trouver de différence significative, nous pouvons observer que les participants du groupe « OUI » ont tendance à faire plus de gestes gynécologiques au quotidien.

En effet, 21% de participants du groupe « OUI » déclarent en réaliser tous les jours contre 0% dans le groupe « NON ».

A l'inverse, 12% des participants du groupe « NON » ne font jamais de gestes gynécologiques contre 0% dans le groupe « OUI ».

Le type de gestes gynécologiques n'a pas été précisé. La liste est non exhaustive : frottis cervico-vaginal (FCV), pose/retrait de dispositif intra-utérin (DIU), pose/retrait d'implants... Mais nous aurions pu élargir notre question comme « réalisation de consultation avec motif gynécologique » qui prendrait en compte la prescription de contraception, de suivi de ménopause, de douleurs pelviennes, de prise en charge des IST, troubles de la fertilité et/ou de la sexualité et bien entendu, la réalisation d'IVG médicamenteuse...

Dans un contexte où le nombre de gynécologues médicaux tend à diminuer, le médecin généraliste a une place légitime dans le suivi gynécologique des patientes.

Dans une revue de la littérature sur l'état des lieux du suivi gynécologique en médecine générale (29), la gynécologie est une discipline pratiquée par le plus grand nombre puisque 64 à 96% des MG déclarent avoir une activité gynécologique (comparable à notre étude). Toutefois lorsqu'elle s'intéresse à la fréquence de cette activité, les disparités augmentent puisque selon les études entre 30 et 77% des MG déclarent voir des patientes pour motif gynécologique au moins une fois par semaine. Dans notre échantillon, nous retrouvons 35% des participants qui réalisent des gestes gynécologiques ce qui nous positionne dans la fourchette basse. Mais peut être aurions-nous trouvé un résultat plus important si nous avions parlé « d'activité gynécologique » au lieu de « gestes gynécologiques » ?

#### *e. Convictions et histoire personnelle*

Ces deux critères personnels n'ont pas l'air d'avoir un impact sur la pratique ou le souhait de pratiquer des IVG médicamenteuse en ambulatoire.

Il n'a pas été demandé de détailler les convictions et histoires personnelles.

#### *f. Praticiens anti-IVG*

Cette question est non interprétable car nous n'avons pas connaissance du sens positif ou négatif de l'impact chez les participants ayant rencontré un ou des praticiens anti-IVG au cours de leur formation.

### 4. Objectifs secondaires

Que ce soit pour les motivations ou les freins, les données ont été extraites de la bibliographie effectuée lors du travail préalable à cette étude, citée dans la partie « Matériel et méthode ».

Les résultats de la littérature étant très hétérogènes, une comparaison en points de pourcentage n'est pas pertinente. Néanmoins chaque item a été coché par plusieurs participants, ce qui semble alors concorder avec cette littérature.

De manière générale, les participants du groupe « OUI » ont tendance à soulever plus de motivations. A l'inverse, les participants du groupe « NON » relèvent plus de freins

En ce qui concerne les motivations, 80% des participants du groupe « OUI » ont exprimé un service médical rendu, contre moins de 50% des participants du groupe « NON ». Nous retrouvons également un écart de pourcentage entre les deux groupes sur l'item du militantisme (43% versus 29%).

Dans le travail du Dr Vincent sur les motivations et les freins des MG sur la pratique des IVG en ville en Haute Savoie (13), elle identifie ces deux éléments

entre les praticants de gynécologie (ceux qui réalisent les FCV, prescrivent les pilules patchs et anneaux, posent et retirent les DIU et les implants sous cutanés, éventuellement prescrivent les méthodes naturelles, suivent et/ou diagnostiquent les grossesses, prescrivent les THS et/ou les dosages hormonaux, et organisent les dépistages) et ceux qui n'en font pas.

Ces éléments soulignent l'aspect particulier de cet acte et participent aux difficultés de recrutement des médecins engagés dans cette offre de soin.

Au sujet des freins, les deux éléments qui semblent mettre en difficulté les participants sont la responsabilité médicale et l'accès à l'échographie.

A propos de la responsabilité médicale, les complications liées à l'IVG médicamenteuse en ville sont rares puisque leur survenue est proportionnelle à l'âge gestationnel (en ville jusqu'à 9 SA). Nous citerons l'échec défini par une grossesse vivante évolutive (1,1 % des cas), les hémorragies (1 %), les complications infectieuses (0,1 %) (30). Concernant les craintes médico-légales, la pratique générale de l'IVG en France s'inscrit dans un cadre réglementé et les recommandations professionnelles sont strictes, précises et rigoureuses. Aucun acte médical n'est encadré de manière réglementaire aussi stricte et précise que l'IVG médicamenteuse en ville. L'IVG est un acte à déclaration obligatoire. La responsabilité du médecin n'est pas engagée si l'ensemble des conditions légales est rempli. La loi (31) protège les médecins pour réaliser ces IVG et les recommandations de pratiques cliniques offrent à cet acte une procédure précise et cadrée. Les poursuites judiciaires associées à une IVG médicamenteuse en ville sont exceptionnelles.

Pour ce qui est de l'échographie, c'est une étape indispensable pour dater et localiser la grossesse avant l'IVG puis permet de s'assurer de la vacuité utérine après l'IVG. Les médecins généralistes peuvent disposer d'un échographe dans leur cabinet. Sinon, il faut avoir accès à un rendez-vous dans un délai compatible avec la réalisation de l'IVG, ce qui peut représenter une difficulté supplémentaire.

Dans la thèse du Dr Bransol (19), elle interroge des médecins généralistes réalisant des IVG médicamenteuses en leur demandant comment ils ont dépassés les freins inhérents à cette pratique. Concernant l'accès à l'échographie, la totalité des médecins sondés relate la création d'un réseau d'échographistes avec des délais raisonnables. Néanmoins, ils souhaiteraient réaliser leur propre échographie afin de bénéficier d'une plus grande liberté de pratique, et éviter aux femmes d'avoir recours à différents professionnels de santé.

Le manque de considération financière est davantage exprimé chez les participants du groupe « OUI ». Dans l'un des travaux utilisés pour élaborer cette question (14), il est observé que les médecins ne pratiquant pas les IVG médicamenteuses ne connaissent pas les cotations de l'acte (83% des médecins de l'échantillon) . Cela pourrait expliquer la différence de réponses entre les deux groupes.

Seuls les participants du groupe « NON » ont répondu que le système existant est satisfaisant. Cela rejoint ce que nous avons constaté plus haut sur la proximité des praticiens des CIVG. Ces praticiens exercent proche d'un CIVG qu'ils considèrent « fonctionnel » donc ils ne pensent pas avoir besoin de répondre à la demande.

## V. CONCLUSION

Tandis que la proposition de loi constitutionnelle visant à protéger le droit fondamental à l'IVG n'a pas encore été voté (32), près de 200 000 femmes ont recours chaque année à l'IVG en France.

Cela représente donc une femme sur trois en France au cours de sa vie (33). L'orientation de la patiente dans la filière adaptée relève des missions de soins primaires du médecin généraliste.

En 2018, il y avait seulement 3 généralistes qui pratiquaient des IVG médicamenteuses en ambulatoire dans la région Centre. En 2024, ce chiffre a été multiplié par 4 mais ces praticiens restent peu nombreux proportionnellement au nombre de femmes en demande d'IVG.

Lors de ce travail de thèse, nous avons mis en évidence que **l'expérience des consultations d'IVG lors de l'internat notamment dans les stages ambulatoires** (gynécologie ou médecine générale) est un facteur essentiel dans le souhait de les pratiquer au cabinet de MG. Il semble plus que nécessaire d'augmenter le nombre de stages de gynécologie ambulatoire. Une des pistes à explorer serait l'ouverture de terrains de stage chez des sages femmes réalisant des IVG médicamenteuses en ambulatoire comme pratiqué à l'université de Nantes.

L'autre notion soulignée est **la possession d'une formation ou d'un DIU en gynécologie** qui reste une composante propre à chaque interne/généraliste d'avoir un attrait pour cette spécialité.

Les motivations et les freins exprimés par les participants sont semblables à ce qui est retrouvé dans la littérature. Renforcer les stages de gynécologie en ambulatoire pourrait permettre de lever certains freins, notamment le caractère chronophage, la faible demande, la responsabilité médicale ou l'accès à l'échographie.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse - Legifrance.gouv.fr
2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception- Legifrance.gouv.fr
3. 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 - Legifrance.gouv.fr
4. Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sage-femmes - Legifrance.gouv.fr
5. Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale - Legifrance.gouv.fr
6. Muriel D. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour. HAS. mars 2021;14.
7. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295 mars 2, 2022 - Legifrance.gouv.fr.
8. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. Septembre 2022 ; n°1241. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
9. Fiche 26 - Les interruptions volontaires de grossesse. Les établissements de santé ; édition 2021. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
11. Code la Santé Publique. Annexe : Convention type fixant les conditions dans lesquelles les médecins réalisent, hors établissement de santé, les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse mentionnée à l'article R.2212-9. Legifrance.gouv.fr

12. Chefeg Ben Aissa R, Brocaïl PE, Cottet J. L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi : quels sont les freins chez les médecins généralistes ? Thèse d'exercice. Université de Tours. UFR de médecine ; 2013.
13. Vincent P. Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville. :68.
14. Vasseur J. L'IVG médicamenteuse en ville, 16 ans après la loi : quels sont les freins au développement de cette pratique ? Enquête auprès des médecins généralistes du secteur Est-Hérault. 2020;117.
15. Marguerite C. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise : freins et pistes d'optimisation. :65.
16. Leroy H, Creutz-Leroy M, Boivin JM. Médecine générale de ville et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en région Grand Est, France. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. Nov 2018;66(6):355-62.
17. Guilbot A. Quels sont les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Vaucluse ? 2020 ; 97.
18. Caillé M. Les freins à la réalisation des interruptions volontaires de grossesse en médecine générale dans les Bouches du Rhône. 2018 ; 63.
19. Bransol M. Comment les médecins généralistes réalisant des IVG médicamenteuses en médecine générale au sein de la région Centre Val de Loire et Poitou-Charentes dépassent-ils les freins relatés inhérents à cette pratique? Ces freins sont-ils finalement fondés ? Tours ; 2018.
20. Fartelj LJV. Les internes de médecine générale en fin de cursus se sentent-ils compétents pour la prise en charge d'une demande d'interruption volontaire de grossesse ? Université Claude Bernard, Lyon. 2018 ; 75.
21. Id H. Quelles sont les attentes des internes du DES de MG vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie ? Rennes. 2018 ; 40.
22. Lerouge P, Leruste S, Cunin M, Deleplanque D, Stalnikiewicz B. Objectifs de stages hospitaliers pour les internes de médecine générale. Exercer. 2013;(106) :60.

23. Commissions/choix semestre novembre 2023. Répartition des postes et procédure de choix pour le semestre. Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire
24. Carte des structures et professionnel.le.s réalisant des IVG en région CVL. Réseau Périnatal Centre-Val de Loire
25. Deseille N. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. 19 oct 2017;103.
26. Ferré D. Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne. :167.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023 ; Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2023. Juin 2023 ; 137.
28. Galvagnon S. Étude quantitative sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire: différences entre une prise en charge à domicile et à l'hôpital. 9 décembre 2021 ; 146.
29. Héloïse G. ETAT DES LIEUX DU SUIVI GYNECOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE : REVUE DE LITTERATURE. 29 novembre 2018 ; 66.
30. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. 3<sup>ème</sup> édition. Edition Vuibert. Janvier 2018. 144p.
31. Partie législative. Articles L111-1 à L523-6. Code de l'artisanat - Légifrance
32. Assemblée nationale française. Proposition de loi constitutionnelle n°15 visant à protéger le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse - 16e législature. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 juillet 2022
33. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Sociétés. 1 déc 2004;N° 407(11):1-4.

## VII. ANNEXES

### Annexe I : exemple de convention entre un médecin libéral et un établissement de santé



**Chemin :**

**Code de la santé publique**

▶ Annexes

▶ ANNEXE DE LA DEUXIÈME PARTIE CONVENTION TYPE FIXANT LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES MEDECINS REALISENT, HORS ETABLISSEMENT DE SANTE, LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE MENTIONNEE A L'ARTICLE R.2212-9.

#### **Annexe 22-1**

▶ Modifié par Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 6

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

Ou

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

Ou

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

Ou

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

Art. 1er. - L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11.

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

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le cosignataire de la présente convention. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Art. 2 - En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

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

Art. 4 - L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Art. 5 - Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

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

Art. 6 - L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique ou, à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, au médecin inspecteur de santé publique, ou, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au médecin inspecteur territorialement compétent.

Art. 7 - La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

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

Par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'à la direction des affaires sanitaires et sociales ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au représentant de l'Etat ainsi qu'au service des affaires sanitaires et sociales ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au représentant de l'Etat ainsi qu'au service des affaires sanitaires et sociales territorialement compétent ;

Et

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

1° Pour Mayotte, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

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

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par le centre de santé, au conseil départemental de l'ordre des médecins, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la direction des affaires sanitaires et sociales, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au service des affaires sanitaires et sociales, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par le centre de planification familiale ou d'éducation familiale, au conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre

des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil général, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par la commune, au conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil général, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par le conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

1° Pour Mayotte, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents.

## Liens relatifs à cet article

Cite:

Code de la santé publique - art. R2212-6

Cité par:

Code de la santé publique - art. R2212-9 (V)

## Questionnaire sur l'IVG médicamenteuse au cabinet de médecine générale

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaiterais identifier les facteurs personnels ou liés à la formation en lien avec le souhait de pratiquer l'IVG ou non chez les jeunes médecins généralistes.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes ~~thésés~~, installés ou remplaçants, et les médecins remplaçants non ~~thésés~~ avec validation de leurs 6 semestres et ayant réalisé leur 3ème cycle depuis la réforme de 2017 en Région Centre Val de Loire, exerçant en ambulatoire en temps plein ou partiel.

### Question initiale

1. Pratiquez-vous ou souhaiteriez-vous pratiquer des IVG médicamenteuses dans votre cabinet dans les 5 prochaines années ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

### Déterminants socio-démographiques

2. Êtes-vous : (réponse unique)

- Un homme
- Une femme
- Autre

3. Quelle est l'année de votre 1<sup>ère</sup> année d'internat ? (Réponse unique)

- 2016 et avant
- 2017 et après

4. Quel est votre lieu d'internat ? (Réponse unique)

- Tours
- Autre : préciser

5. Quel(s) est/sont votre/vos mode(s) d'exercice actuel(s) ? ((Plusieurs réponses possibles)

- En libéral, installé seul
- En libéral, dans un cabinet de groupe médical
- En libéral, dans un cabinet de groupe pluridisciplinaire ou MSP
- Salarié en ville (centre de santé, autre)
- Salarié hospitalier
- Remplaçant
- Autre : préciser

6. Quelle est votre zone d'exercice principal ? (Réponse unique)

- Rural
- Semi-rural
- Urbain
- Remplaçant non installé

7. Quelle est la durée de trajet entre le cabinet et le centre d'orthogénie de référence le plus proche ? (Réponse unique)

- < 30 minutes
- 30-60 minutes
- > 60 minutes

8. Réalisez-vous des gestes gynécologiques (frottis, pose DIU/SIU, pose implant...) lors de votre pratique quotidienne ? (Réponse unique)

- Tous les jours
- > 1fois/semaine
- > 1 fois/mois
- < 1 fois/mois
- Jamais
- Autre

9. Avez-vous des convictions ou des croyances qui pourraient interférer avec cette pratique ? (Réponse unique)

- Oui
- Non
- Autre

10. Avez-vous directement ou indirectement une histoire personnelle liée avec une IVG ? (Réponse unique)

- Oui
- Non
- Autre

#### Déterminants liés à la formation

11. Où avez-vous réalisé votre/vos stage(s) de gynécologie pendant l'internat ? (Plusieurs réponses possibles)

- Libéral
- Centre de santé sexuelle (ex CPEF)
- Centre d'orthogénie (CIVG)
- Urgences gynécologiques
- Service de gynécologie
- Autre

12. Avez une formation complémentaire en gynécologie ? Si oui laquelle ? (Réponse unique)

- Oui
- Non
- En cours

13. Si oui laquelle ? (Réponse libre)

14. Avez-vous réalisé des gestes gynécologiques (frottis, pose DIU/SIU, pose implant...) lors de votre stage de gynécologie ou de médecine générale ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

15. Avez-vous été sensibilisé à l'IVG lors de votre stage de gynécologie ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

16. Avez-vous assisté à une ou plusieurs consultations de demande d'IVG lors de votre stage de gynécologie ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

17. Avez-vous assisté à une ou plusieurs consultations de demande d'IVG lors de votre stage de médecine générale (niveau 1 ou SASPAS) ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

18. Avez-vous pratiqué une ou plusieurs consultations de demande d'IVG lors de votre stage de gynécologie ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

19. Avez-vous pratiqué une ou plusieurs consultations de demande d'IVG lors de votre stage de médecine générale (niveau 1 ou SASPAS) ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

20. Avez-vous rencontré des praticiens (généralistes ou spécialistes) étant contre l'IVG lors de votre internat ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

21. Si vous avez répondu oui à la question précédente, est ce que cela a impacté votre souhait ou non de pratiquer des IVG en ambulatoire ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

22. D'après vous, que vous a-t-il manqué au cours de votre formation de médecine générale par rapport à la pratique de l'IVG ? (Plusieurs réponses possibles)

- Cours théoriques
- Cours pratiques sous forme de mise en situation
- Terrains de stage permettant la mise en pratique
- Formation à l'échographie gynécologique
- Présentation du réseau ville-hôpital
- Autre proposition : préciser

#### Motivations

23. Pour vous, les critères suivants sont-ils des motivations à la réalisation d'IVG médicamenteuse en médecine générale ? (Plusieurs réponses possibles)

- Service médical rendu
- Relation médecin/patiente plus forte
- Meilleure confidentialité par rapport à une IVG faite à l'hôpital
- Facilitation de l'accès à l'IVG
- Diminution du délai de prise en charge
- Diversification de son activité
- Militantisme
- Autre : préciser

#### Freins

24. Pour vous, les critères suivants sont-ils des freins à la réalisation d'IVG médicamenteuse en médecine générale ? (Plusieurs réponses possibles)

- Faible demande
- Responsabilité médicale
- Système déjà existant satisfaisant
- Manque de temps/pratique chronophage
- Accès à l'échographie difficile
- Manque de valorisation financière
- Prise en charge complexe/spécifique
- Autre : préciser

## **VIII. ABREVIATIONS**

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecine Générale

MSU : Maitre de Stage Universitaire

SA : Semaines d'Aménorrhée

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a final vertical stroke.

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le

## DE OLIVEIRA Cristina

65 pages – 20 tableaux – 23 figures – 2 annexes

**Résumé :** INTRODUCTION : L'IVG est légale depuis 1975 avec de nombreuses évolutions dont l'autorisation de sa pratique par les médecins généralistes en ambulatoire depuis 2011. En Région Centre Val de Loire en 2020, moins de 20% des IVG médicamenteuses sont pratiquées hors établissement de santé contre 30% au niveau national. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs personnels ou liés à la formation associés au souhait ou non de pratiquer l'IVG chez les jeunes médecins généralistes ayant fait leur internat en Région Centre Val de Loire. MATERIEL ET METHODE : Étude quantitative observationnelle descriptive à l'aide d'un questionnaire en ligne chez les médecins généralistes ayant fait leur internat en région Centre Val de Loire après la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle de 2017. La variable principale est de savoir si le médecin pratique ou souhaite pratiquer des IVG médicamenteuses à son cabinet dans les 5 prochaines années versus celui qui ne le souhaite pas. RESULTATS : L'échantillon étudié représente 15% de la population cible. Il n'a pas été retrouvé de différence significative à propos des caractéristiques socio-professionnelles. La pratique de consultation d'IVG dans les stages de gynécologie et de MG entre les deux groupes présente une différence significative (respectivement p-value 0.016 et p-value 0.003). L'obtention d'une formation complémentaire en gynécologie retrouve une différence significative entre les deux groupes (p-value 0.0017, OR 20.8). La proportion d'internes étant passée dans un stage de gynécologie ambulatoire est plus importante chez les répondants du groupe « OUI ». CONCLUSION : Lors de notre étude, nous avons donc identifié que les déterminants associés au projet de pratique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire des jeunes médecins généralistes semblent plutôt liés à la formation qu'aux caractéristiques personnels. Ainsi, l'augmentation des terrains de stages permettant d'acquérir cette expérience, notamment la pratique de consultation de demande d'IVG en ambulatoire, paraît une piste à approfondir pour sensibiliser davantage les internes de MG à réaliser des IVG médicamenteuses à leur cabinet.

**Mots clés :** IVG, méthode médicamenteuse, internat, formation, ambulatoire, MG

**Jury :**

Président du Jury : Professeure Caroline DI GUISTO

Directeur de thèse : Docteure Flora MASCART

Membres du Jury : Docteur Isabelle ETTORI  
Docteur Laurence WITTKE

Date de soutenance : 16 février 2024