



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

*Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans
la région Nord-Pas-de-Calais ?*

Enquête auprès de 300 médecins libéraux.

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2012

au Pôle Formation de la Faculté

Par Églantine Bécue

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Subtil Damien

Assesseurs : Monsieur le Professeur Amouyel Philippe

Monsieur le Docteur Messaadi Nassir

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Perez Stéphane

TITRE

Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais ?

Enquête auprès de 300 médecins libéraux de la région.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

I. Historique : de la légalisation de l'avortement à l'autorisation de pratiquer des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) médicamenteuses en cabinet de ville	6
II. Épidémiologie	7
2.1 Taux de recours à l'IVG en France : disparités régionales et générationnelles	7
2.2 L'IVG médicamenteuse en ville : une pratique encore marginale.....	8
2.3 Les chiffres de l'IVG médicamenteuse dans la région Nord-Pas-de-Calais.....	9
III. Les avantages de l'IVG médicamenteuse en ville.....	10
3.1 Pour la patiente : plus d'autonomie et une intimité préservée.....	10
3.2 Pour le médecin, l'IVG médicamenteuse s'inscrit dans les soins primaires	10
IV. Objectifs de l'étude.....	11

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Objectifs de l'étude	13
1.1 Objectif principal.....	13
1.2 Objectifs secondaires	13
II. Élaboration du questionnaire.....	13
III. Description de l'étude	14
3.1 Type d'étude.....	14
3.2 Population	14
3.3 Définition des deux sous-populations	14
3.4 Nombre de questionnaires envoyés	14
3.5 Critère d'exclusion.....	14
3.6 L'échantillonnage : la sélection randomisée des médecins.....	15
3.7 Le recueil des données	15
IV. Analyse statistique.....	16
4.1 Nombre de questionnaires reçus	16
4.2 Nombre de questionnaires analysés	16
4.3 Méthodes statistiques.....	17

RÉSULTATS

I. Profil des médecins sondés.....	19
1.1 Spécialité du médecin.....	19
1.2 Pratique d'actes de gynécologie au cabinet pour le médecin généraliste.....	19
1.3 Sexe du médecin.....	19
1.4 Âge du médecin.....	20
1.5 Zone géographique d'exercice du médecin.....	20
1.6 Lieu d'implantation du cabinet médical.....	21
II. Avis des médecins sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.....	22
2.1 Opinion des praticiens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.....	22
2.1.1 <i>Concernant la prise en charge des patientes.....</i>	<i>22</i>
2.1.2 <i>Concernant la réalisation de l'acte en lui-même.....</i>	<i>22</i>
2.2 Opinion des médecins généralistes sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.....	23
2.2.1 <i>Concernant la prise en charge des patientes.....</i>	<i>23</i>
2.2.2 <i>Concernant la réalisation de l'acte en lui-même.....</i>	<i>24</i>
2.3 Opinion des gynécologues médicaux et obstétriciens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.....	25
2.3.1 <i>Concernant la prise en charge des patientes.....</i>	<i>25</i>
2.3.2 <i>Concernant la réalisation de l'acte en lui-même.....</i>	<i>26</i>
2.4 Information reçue par les praticiens sur les modalités pratiques de l'IVG médicamenteuse en ville.....	27
2.4.1 <i>Dans la population globale des praticiens interrogés.....</i>	<i>27</i>
2.4.2 <i>Influence de la spécialité des médecins sur le fait d'avoir reçu une information à propos de l'IVG médicamenteuse en ville.....</i>	<i>28</i>
2.5 Utilité d'assister à une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville.....	29
2.5.1 <i>Dans la population globale des médecins interrogés.....</i>	<i>29</i>
2.5.2 <i>Influence de la spécialité des médecins sur le souhait d'assister à une séance d'information à propos de l'IVG médicamenteuse en ville.....</i>	<i>29</i>
III. Avis des médecins refusant de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville.....	30
3.1 Dans la population globale des praticiens interrogés.....	30
3.2 Dans la sous-population des médecins généralistes.....	32
3.3 Dans la sous-population des gynécologues médicaux et obstétriciens.....	34
IV. Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville.....	37
4.1 Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de la spécialité du médecin.....	37
4.2 Intérêt des médecins généralistes pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de la pratique d'actes de gynécologie.....	38
4.3 Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction des autres critères.....	39

V. Opinion des médecins souhaitant réaliser des IVG médicamenteuses en ville	39
5.1 Les motivations des médecins favorables à la pratique de l'IVG médicamenteuses dans leur cabinet	39
5.1.1 <i>Dans la population globale des médecins interrogés</i>	<i>39</i>
5.1.2 <i>Dans les deux sous-populations : médecins généralistes et gynécologues</i>	<i>40</i>
5.2 Type de formation plébiscitée par les médecins souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville	41
5.2.1 <i>Dans la population globale des praticiens interrogés</i>	<i>41</i>
5.2.2 <i>Dans les deux sous-populations : médecins généralistes et gynécologues</i>	<i>42</i>

DISCUSSION

I. Critique de l'étude	44
II. Analyse des résultats.....	44
2.1 Profil des médecins sondés.....	44
2.2 Opinion et niveau d'information des praticiens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville	44
2.2.1 <i>Avis des médecins concernant l'IVG médicamenteuse en ville</i>	<i>44</i>
2.2.2 <i>Niveau d'information des médecins sur l'IVG médicamenteuse en ville.....</i>	<i>45</i>
2.2.3 <i>Souhait d'assister à une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville.....</i>	<i>46</i>
2.3 Les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville	47
2.3.1 <i>Manque de disponibilité des médecins.....</i>	<i>47</i>
2.3.2 <i>Craintes médico-légales.....</i>	<i>49</i>
2.3.3 <i>Lourdeur de la charge de travail administratif.....</i>	<i>52</i>
2.3.4 <i>Manque de formation pratique</i>	<i>53</i>
2.3.5 <i>Manque de formation théorique.....</i>	<i>54</i>
2.3.6 <i>Gestion des complications médicales.....</i>	<i>56</i>
2.3.7 <i>Convictions personnelles.....</i>	<i>57</i>
2.3.8 <i>Nombre de demandes.....</i>	<i>59</i>
2.3.9 <i>Désintérêt pour l'IVG.....</i>	<i>60</i>
2.3.10 <i>Acte peu valorisant.....</i>	<i>61</i>
2.3.11 <i>Crainte d'avoir une « étiquette ».....</i>	<i>64</i>
2.3.12 <i>Désintérêt pour la gynécologie.....</i>	<i>64</i>
2.3.13 <i>Obtention de l'échographie.....</i>	<i>64</i>
2.3.14 <i>Acte mal rémunéré</i>	<i>65</i>
2.4 Portrait des médecins souhaitant réaliser des IVG médicamenteuses en ville	66
2.4.1 <i>Proportion de professionnels intéressés.....</i>	<i>66</i>
2.4.2 <i>Profil des médecins intéressés</i>	<i>67</i>
2.4.3 <i>Les motivations des médecins favorables à la réalisation de l'IVG médicamenteuses dans leur cabinet</i>	<i>68</i>
2.4.4 <i>Type de formation plébiscitée par les médecins souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville</i>	<i>68</i>

CONCLUSIONS.....70

BIBLIOGRAPHIEí í 73

LISTE DES ABRÉVIATIONSí í 77

ANNEXES

I. Questionnaire	79
II. Compléments de résultats	83
2.1 Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction des autres critères	83
2.2 Motivations des médecins généralistes et gynécologues pour réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet	85
2.3 Type de formation plébiscitée par les médecins généralistes et les gynécologues souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.....	87
III. Autres résultats du questionnaire non détaillés dans la thèse portant sur l'évaluation des connaissances des médecins à propos de l'IVG médicamenteuse en ville	89
3.1 Procédure d'IVG médicamenteuse possible en ville	89
3.2 Connaissance d'un médecin correspondant qui pratique des IVG médicamenteuses en ville	90
3.3 Adresser une patiente à un médecin correspondant pour une IVG médicamenteuse en ville	90
3.4 Connaissance des délais légaux pour réaliser une IVG	90
3.5 Connaissance des conditions légales nécessaires pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville	94
3.6 Connaissance des examens complémentaires nécessaires pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville	95
3.7 Connaissance des conditions environnementales nécessaires pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville	96

RÉSUMÉ EN ANGLAISí ...98

INTRODUCTION

I. Historique : de la légalisation de l'avortement à l'autorisation de pratiquer des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) médicamenteuses en cabinet de ville

La loi dite « Veil » du 17 janvier 1975¹ a légalisé la pratique de l'avortement en France, bouleversant ainsi la société et permettant aux femmes d'accéder à cette démarche en se détournant de la clandestinité.

Dans son autobiographie², Mme Veil illustre avec quelles réticences, particulièrement dans le corps médical, a été accueillie cette loi et quel profond changement pour la liberté des femmes elle a engendré.

Cette loi est définitivement adoptée le 1^{er} janvier 1980³, puis le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale est appliqué dès 1983⁴.

Depuis, de nombreux textes législatifs⁵ viennent compléter et encadrer la pratique de l'IVG.

Deux techniques peuvent être proposées aux patientes : l'IVG dite « chirurgicale » par aspiration endo-utérine et l'IVG dite « médicamenteuse », consistant en la prise de deux médicaments de façon séquentielle : la mifépristone (hormone stéroïde anti-progestérone) et le misoprostol (analogue synthétique de la prostaglandine).

La loi du 4 juillet 2001⁶ allonge le délai légal de recours à l'IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse. Ce texte autorise également l'IVG médicamenteuse dans les cabinets de ville, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, proposant une alternative à une offre de soins jusqu'alors uniquement hospitalière.

Les médecins collaborant à ce dispositif doivent être conventionnés avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG. Pour obtenir cet accord, il leur faut justifier d'une expérience professionnelle adaptée, à savoir une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement ou une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique.

II. Épidémiologie

2.1 Taux de recours à l'IVG en France : disparités régionales et générationnelles

Les chiffres publiés en France depuis 1975⁷ démontrent que le nombre d'IVG n'a que peu fluctué.

Les données de la DRESS⁸ comptent 225 127 IVG en France en 2010, soit un taux de recours à l'IVG de 15,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

De grandes disparités au niveau régional sont remarquées avec des taux de recours à l'IVG variant du simple au double : de 10,7 IVG pour 1 000 femmes dans les Pays de la Loire à 21,7 pour 1 000 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Dans les départements d'outre-mer, le taux de recours est également très élevé : 27,2 IVG pour 1000 femmes.

En France métropolitaine des inégalités sont constatées entre les différentes générations, allant de 26,9 IVG pour 1 000 femmes dans la tranche 20-24 ans à 6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 40 à 44 ans. Chez les mineures âgées de 15 à 17 ans, le taux de recours est chiffré à 10,6 IVG pour 1 000 femmes.

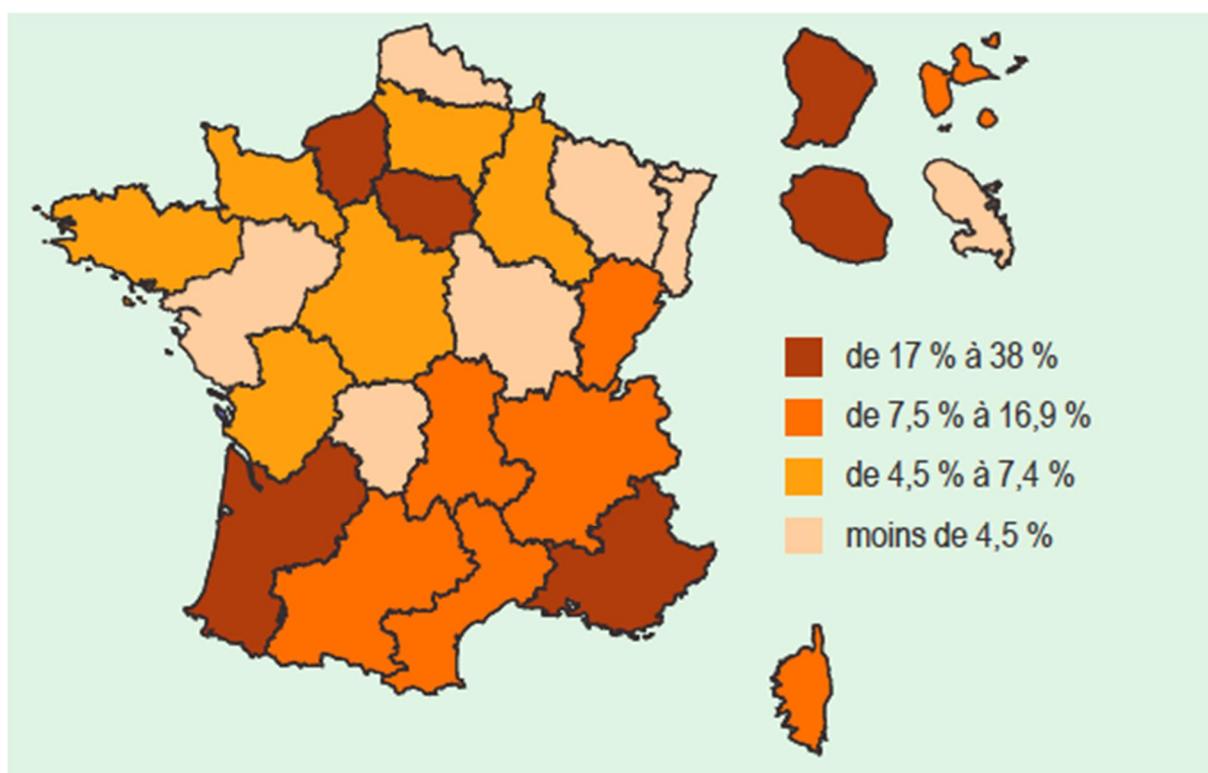
La proportion d'IVG médicamenteuses continue d'augmenter, atteignant 54 IVG sur 100, qu'elles soient pratiquées ou non en établissement de santé.

2.2 L'IVG médicamenteuse en ville : une pratique encore marginale

En 2010⁸ **12,1 % des IVG ont été réalisées en cabinet de ville**, soit **une IVG sur huit**.

Le **développement de cette technique est très inégal en fonction des régions** (cf. carte ci-dessous)

Carte : Proportion des IVG réalisées hors établissement de santé (par rapport au nombre total d'IVG réalisées en 2010).⁸



La moitié des médecins conventionnés⁸ pour la pratique des IVG médicamenteuses en ville est concentrée dans deux régions : l'Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces zones sont caractérisées par des délais de prise en charge dans les services hospitaliers plus longs que sur le reste du territoire, expliquant aussi le développement de cette nouvelle offre de soin pour les patientes.

Les médecins ayant signé une convention avec un établissement hospitalier, condition requise par la réglementation pour pratiquer l'IVG en ville, sont en majorité des gynécologues (57 %) et

exercent majoritairement dans trois régions : Ile de France (331 conventions soit 30 % du total), PACA (120 conventions) et Haute Normandie (100 conventions) ⁹.

Nous constatons que **l'activité des praticiens conventionnés est très variable : les trois quarts d'entre eux réalisent en moyenne 5 IVG par mois et 11 % ⁹ n'en déclarent aucune.**

2.3 Les chiffres de l'IVG médicamenteuse dans la région Nord-Pas-de-Calais

En 2010, 12 512 IVG ont été pratiquées dans la région, soit un taux de recours de 13,2 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. **En ville, les médecins ont réalisé moins de 4,5 % du total des IVG.**

Depuis 2005¹⁰, **23 médecins conventionnés avec un ou deux établissements de santé sont comptabilisés dans la région : 12 médecins généralistes et 11 gynécologues médicaux ou obstétriciens.**

À l'échelle régionale, il existe également de **grandes disparités selon les zones, avec une concentration de médecins sur la Métropole lilloise** (18 médecins conventionnés) alors que les territoires du Hainaut (quatre conventions), du Littoral (une convention) et de l'Artois (aucune convention), sont peu concernés par cette pratique.

En 2010, 576 IVG médicamenteuses en ville ont été réalisées : 466 en Métropole, 80 sur le Littoral, 30 dans le Hainaut et aucune dans l'Artois¹⁰.

Les médecins généralistes ont pratiqué 408 IVG soit 70 % de l'activité, les gynécologues médicaux ou obstétriciens 168 IVG soit 30 % des actes.

L'activité pratiquée par ces médecins est très variable ; certains ne déclarent aucune IVG tandis que d'autres ont un exercice important pouvant être comparé à celui des établissements hospitaliers, avec par exemple 247 IVG en 2010 pour l'un des médecins généralistes.

III. Les avantages de l'IVG médicamenteuse en ville

3.1 Pour la patiente : plus d'autonomie et une intimité préservée

Les avantages de la méthode médicamenteuse¹¹ sont :

- la **confidentialité** pour la femme qui rencontre un interlocuteur unique lors des différentes consultations ;
- une **implication du partenaire possible** si la patiente le souhaite ;
- la **praticité en termes de déplacements**, puisque les trajets itératifs domicile-hôpital sont évités ;
- la **disponibilité du médecin pour la recevoir** : les horaires de consultations en cabinet de ville étant plus souples et les délais d'attente plus courts ;
- la **possibilité de choisir le jour de l'IVG pour la patiente** (jour non ouvré : dimanche).

3.2 Pour le médecin, l'IVG médicamenteuse s'inscrit dans les soins primaires

La pratique d'IVG médicamenteuses en ville assure pour le médecin¹¹ :

- une **prise en charge plus rapide des patientes** grâce à une offre de soins de proximité ;
- une **prise en charge globale des femmes** ;
- une **meilleure observance** des patientes **pour la venue à la visite de contrôle** ;
- un **suivi personnalisé de la patiente**, facilité par leur relation privilégiée, permettant une **adaptation de la contraception**.

L'efficacité de la méthode en ville est comparable à celle de la technique médicamenteuse pratiquée en centres hospitaliers¹².

IV. Objectifs de l'étude

L'IVG n'est pas un évènement exceptionnel dans la vie des femmes, puisque près d'une sur deux¹³ y aura recours dans sa vie.

L'IVG constitue donc un élément structurel de la vie sexuelle des femmes et à ce titre ne peut être pensé comme un acte isolé.

La prise en charge globale des patientes par le médecin généraliste en fait donc un acteur capital pour les accompagner dans l'éducation sexuelle, le choix de la contraception, et l'éventuelle prise en charge de l'échec de contraception.

Cependant la technique médicamenteuse en ville ne connaît pas l'essor escompté, ni auprès des médecins généralistes, ni auprès des gynécologues libéraux et ce notamment dans notre région.

De plus, cette offre de soin primaire est centralisée dans la Métropole lilloise, alors que c'est dans cette même zone que le réseau hospitalier est le plus développé.

Une réflexion est actuellement en cours au niveau de l'ARS Nord-Pas-de-Calais pour favoriser le développement de la pratique médicamenteuse en ville dans les territoires sous dotés en structures hospitalières : le Littoral, l'Artois et le Hainaut. Cette démarche a pour but d'éviter l'engorgement des centres d'IVG et de réduire les délais de prise en charge des patientes dans ces trois zones.

Par cette enquête s'adressant à 300 médecins libéraux, nous cherchons à comprendre les obstacles à l'exercice de l'IVG médicamenteuse en ville dans le Nord-Pas-de-Calais.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Objectifs de l'étude

1.1 Objectif principal

L'objectif principal est de **connaître les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville, pour les médecins libéraux du Nord-Pas-de-Calais.**

1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de **évaluer le profil et les motivations des médecins libéraux qui souhaiteraient éventuellement réaliser des IVG médicamenteuses en ville et d'apprécier leurs attentes quant au type de formation souhaitée.**

II. Élaboration du questionnaire

Il est élaboré en 3 parties :

- la première dressant le profil des médecins sondés,
- la seconde concernant l'évaluation des connaissances des médecins sur l'IVG médicamenteuse en ville,
- la dernière interrogeant les praticiens sur leurs souhaits de pratiquer cet acte dans leur cabinet et les raisons de ce choix.

Le questionnaire a été validé par les statisticiens avant son envoi.

Chaque questionnaire a été expédié aux médecins sélectionnés avec une enveloppe pré-timbrée pour le retour.

III. Description de l'étude

3.1 Type d'étude

Cette enquête est **une étude quantitative** et **descriptive**, basée sur **un questionnaire anonymisé**.

3.2 Population

Le questionnaire est envoyé à un **échantillon de 300 médecins libéraux** de la **région Nord-Pas-de-Calais**.

3.3 Définition des deux sous-populations

Deux sous-populations sont préalablement distinguées :

- les **médecins généralistes**
- les **gynécologues médicaux** et **gynécologues obstétriciens**.

3.4 Nombre de questionnaires envoyés

Le nombre de questionnaires nécessaires a été défini pour que l'étude soit statistiquement significative : **200 questionnaires** ont été envoyés pour **les médecins généralistes** et **100 pour les gynécologues médicaux et obstétriciens**.

3.5 Critère d'exclusion

Les médecins libéraux : généralistes, gynécologues médicaux ou gynécologues obstétriciens ayant signé une convention pour la réalisation d'**IVG** médicamenteuses en ville avant 2011¹⁰ sont exclus.

3.6 L'échantillonnage : la sélection randomisée des médecins

La sélection des 300 médecins est réalisée de façon aléatoire par une randomisation, pour chacune des deux sous-populations.

Le nombre total de médecins pour chaque sous-population, exerçant dans la région Nord- Pas-de-Calais est calculé à partir du site internet des « *Pages Jaunes* »¹⁴ comme suit : le nombre de médecins par page, multiplié par le nombre de pages. Nous avons compté 4 305 médecins généralistes et 287 gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens.

La technique utilisée pour l'échantillonnage consiste en la création de deux tableaux *Excel*, un pour chaque sous-population.

Le premier tableau pour la sous-population des médecins généralistes comporte trois colonnes. La première colonne « *identifiant* », comprend le nombre de médecins généralistes (de 1 à 4 305) exerçant dans la région Nord- Pas-de-Calais. La fonction = *alea* () est appliquée à la seconde colonne « *tirage au sort* », indiquant à Excel de choisir un nombre au hasard entre 0 et 1. Puis un tri par ordre croissant est appliqué à la colonne « *tirage au sort* » pour obtenir dans la troisième colonne une liste d'identifiants triés selon des numéros aléatoires. Enfin, les 200 premiers numéros sont choisis puis recherchés à partir du site internet des « *Pages Jaunes* »¹⁴, pour définir la liste des 200 médecins généralistes sélectionnés au hasard.

Puis un second tableau *Excel* est réalisé sur le même principe pour la sous-population des 287 gynécologues médicaux et obstétriciens de la région Nord- Pas-de-Calais, afin d'en choisir 100 de façon aléatoire.

3.7 Le recueil des données

Chaque questionnaire reçu est identifié par un numéro, pour le retrouver facilement en cas de besoin pour les statistiques.

La saisie et le codage des données anonymes sont exécutés dans un tableau *Excel*.

IV. Analyse statistique

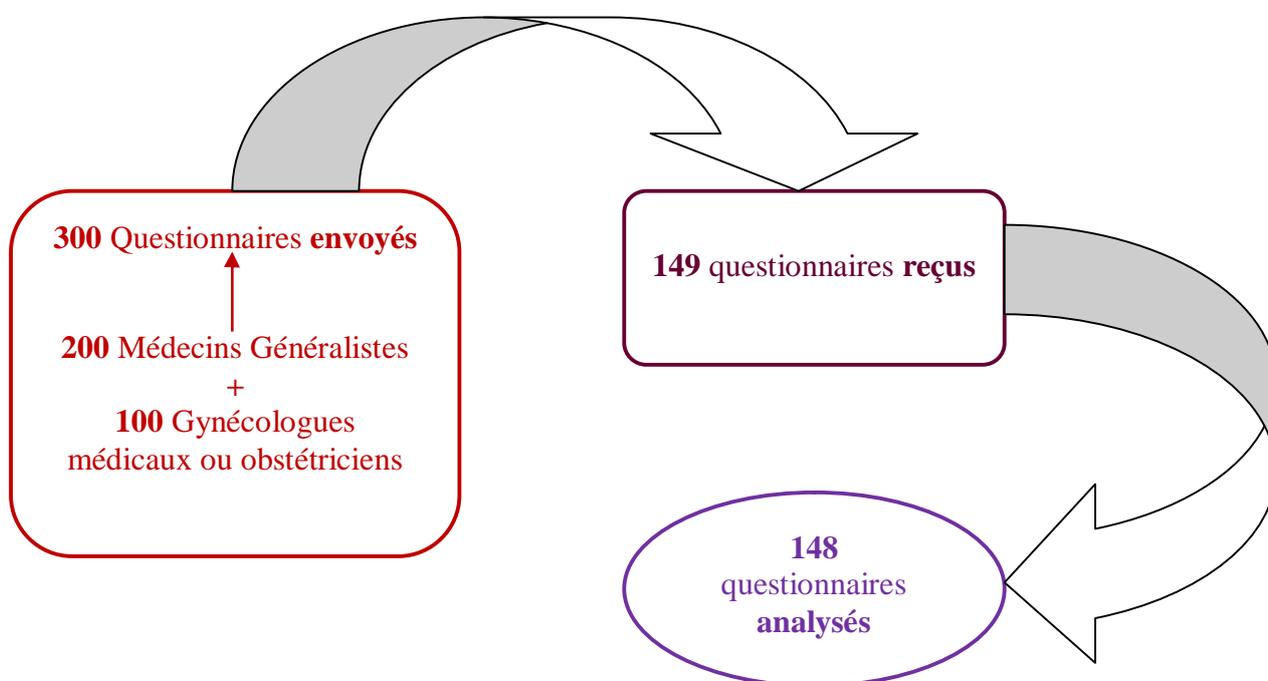
4.1 Nombre de questionnaires reçus

Le **taux de réponse est de 49,6 %**, soit 149 questionnaires reçus.

Deux questionnaires nous ont été retournés par voie postale, pour motif de non-distribution.

4.2 Nombre de questionnaires analysés

Un questionnaire est exclu de l'analyse car le médecin gynécologue médical effectue déjà des IVG médicamenteuses à domicile. Le **taux d'analyse est chiffré à 49,3 %**.



4.3 Méthodes statistiques

Les statistiques n'intègrent pas les réponses manquantes aux questions, par souci de clarté des tableaux.

Les analyses statistiques sont de deux sortes : descriptive et bivariée.

Nous utilisons quatre types de graphiques pour l'étude statistique descriptive : diagramme en barre, boîte à moustache, histogramme et diagramme en bâton.

Le test de Student, le test du Khi 2 et le test exact de Fisher sont employés pour l'analyse statistique bivariée.

Les résultats de ces tests sont significatifs lorsque $p < 0,05$.

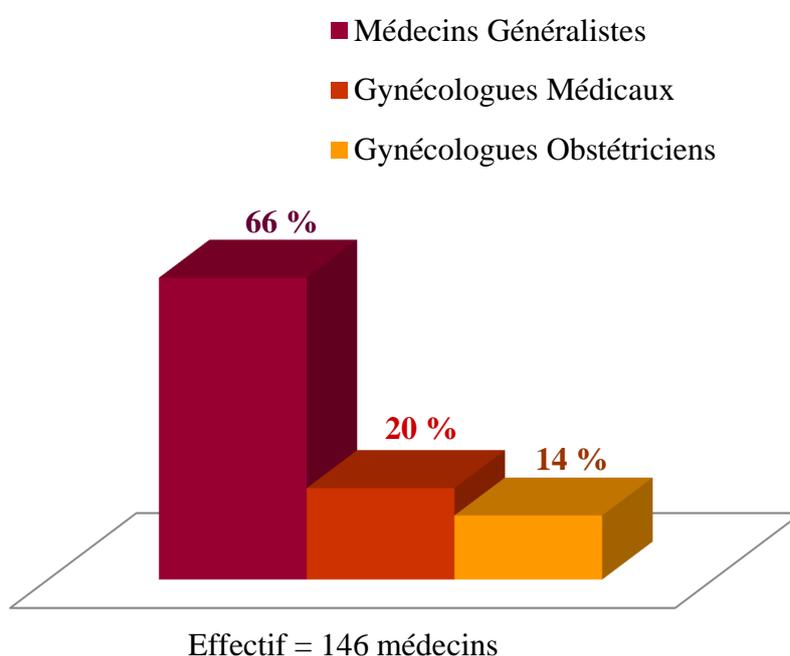
RÉSULTATS

I. Profil des médecins sondés

1.1 Spécialité du médecin

66 % de médecins généralistes (effectif = 96), 34 % de gynécologues dont 20 % de gynécologues médicaux (effectif = 29) et 14 % de gynécologues obstétriciens (effectif = 21) sont interrogés (Figure 1 ci-dessous).

Figure 1 : répartition des médecins par spécialité



1.2 Pratique d'actes de gynécologie au cabinet pour le médecin généraliste

Les médecins généralistes sont 58 % (effectif = 56) à pratiquer des actes de gynécologie dans leur cabinet.

1.3 Sexe du médecin

Il y a 58 % d'hommes (effectif = 84) et 42 % de femmes (effectif = 62) parmi les médecins sondés (effectif = 146).

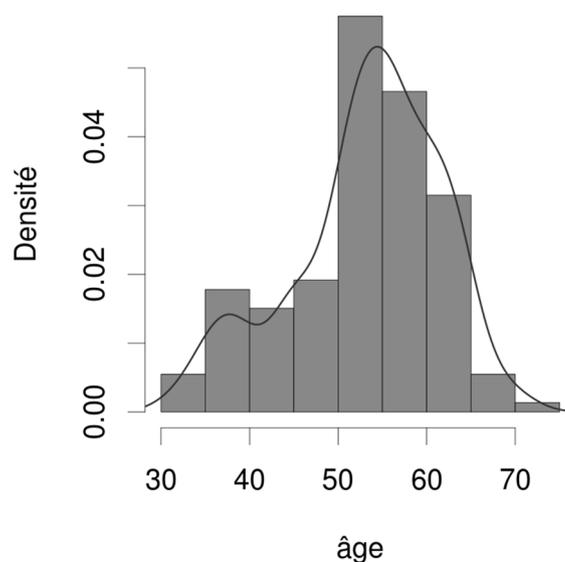
1.4 Âge du médecin

L'âge médian des médecins est de 54,5 ans (**Tableau I** ci-dessous et **Figure 2** ci-dessous).

Tableau I : âge du médecin

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Quartile.1	Médiane	Quartile.3	Maximum
Valeur	146	53.274	8.381	31	50	54.5	59.75	71

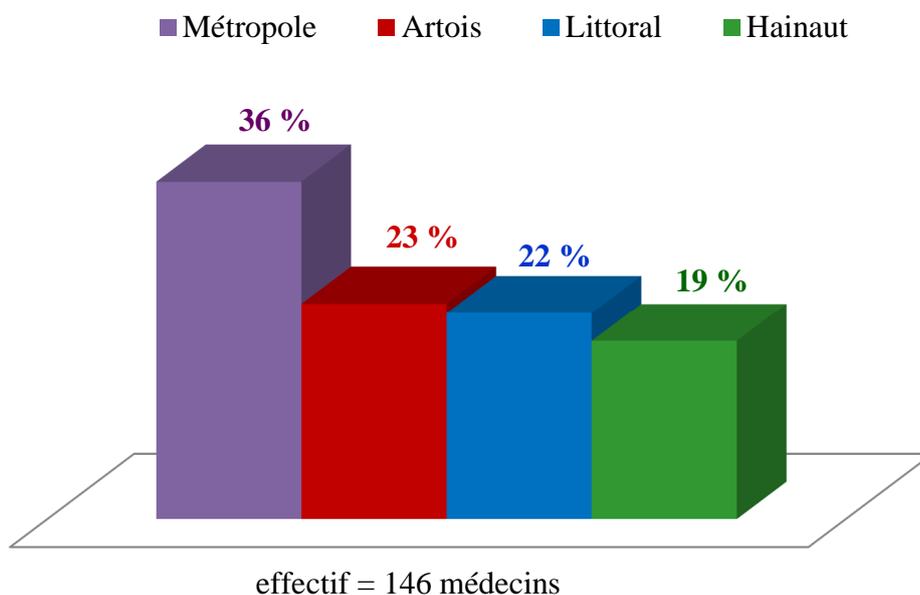
Figure 2 : répartition des médecins par tranche d'âge



1.5 Zone géographique d'exercice du médecin

Nous recensons 36 % de médecins installés en Métropole lilloise (effectif = 52), 23 % dans l'Artois (effectif = 34), 22 % sur le Littoral (effectif = 32) et 19 % (effectif = 28) dans le Hainaut (**Figure 3** ci-dessous).

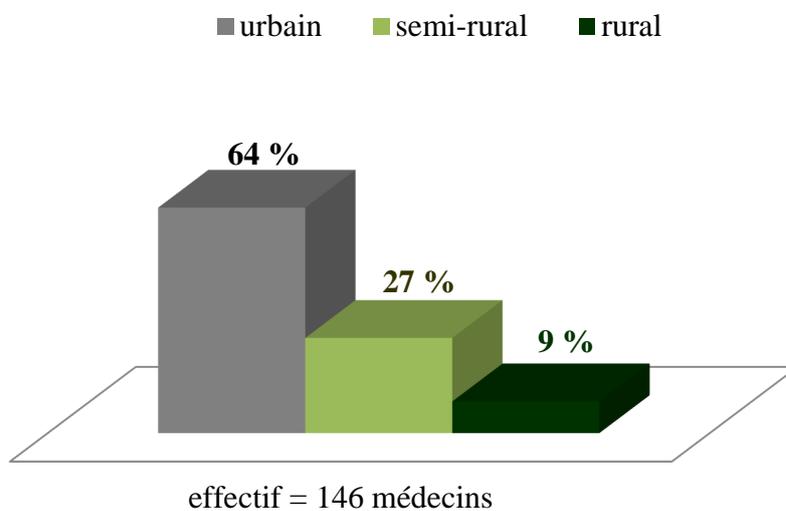
Figure 3 : répartition des médecins selon leur zone géographique d'exercice



1.6 Lieu d'implantation du cabinet médical

Nous constatons que 64 % des médecins sont installés en milieu urbain (effectif = 93), 27 % en territoire semi-rural (effectif = 40) et 9 % (effectif = 13) en zone rurale (Figure 4 ci-dessous).

Figure 4 : répartition des médecins par lieu d'implantation



II. Avis des médecins sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

2.1 Opinion des praticiens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

Tableau II : opinion des praticiens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, effectif = 136

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
moins de délai d'attente	82	60	[51.55-68.58]
risque médico-légal	69	51	[42.03-59.41]
plus confortable pour la patiente	68	50	[41.31-58.69]
plus confidentielle pour la patiente	62	46	[37.03-54.34]
contrainte administrative	58	43	[34.21-51.41]
contraignante en termes de disponibilité	54	40	[31.42-48.45]
plus personnalisée pour la patiente	46	34	[25.94-42.43]
contrainte médicalement	44	32	[24.59-40.9]
dangereuse pour la patiente	17	12	[7.45-19.26]
contraignante pour la patiente	12	9	[4.64-14.91]
autres remarques	6	4	[1.64-9.36]

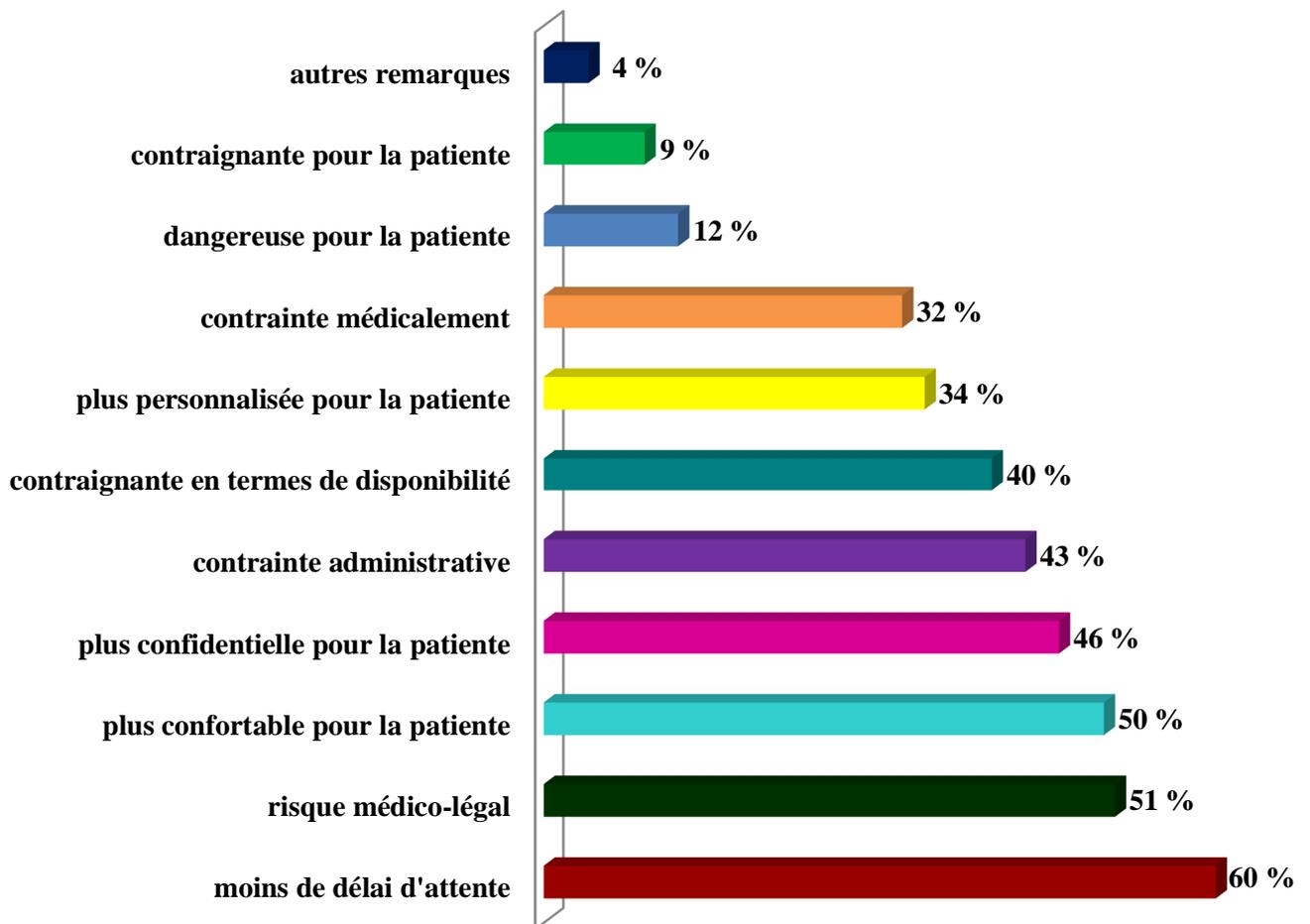
2.1.1 Concernant la prise en charge des patientes

Sur les 136 médecins, nous constatons que 60 % jugent le délai d'attente pour la prise en charge d'une IVG plus court en ville, 50 % considèrent cette pratique plus confortable pour la patiente et 46 % plus confidentielle (**Tableau II** ci-dessus et **Figure 5** ci-dessous).

2.1.2 Concernant la réalisation de l'acte en lui-même

La pratique de l'IVG médicamenteuse en ville est jugée risquée du point de vue médico-légal pour 51 % des médecins, contraignante sur le plan administratif pour 43 % et contraignante en termes de disponibilité pour 40 % d'entre eux (**Tableau II** ci-dessus et **Figure 5** ci-dessous).

Figure 5 : répartition des médecins selon leur opinion sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville



2.2 Opinion des **médecins généralistes** sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

2.2.1 Concernant la prise en charge des patientes

Sur les 92 médecins généralistes ayant répondu, nous constatons que 61 % jugent le délai d'attente pour la prise en charge d'une IVG moins long en ville, 53 % considèrent cette pratique plus confortable pour la patiente, 46 % plus confidentielle et 32 % plus personnalisée (Tableau III ci-dessous et Figure 6 ci-dessous).

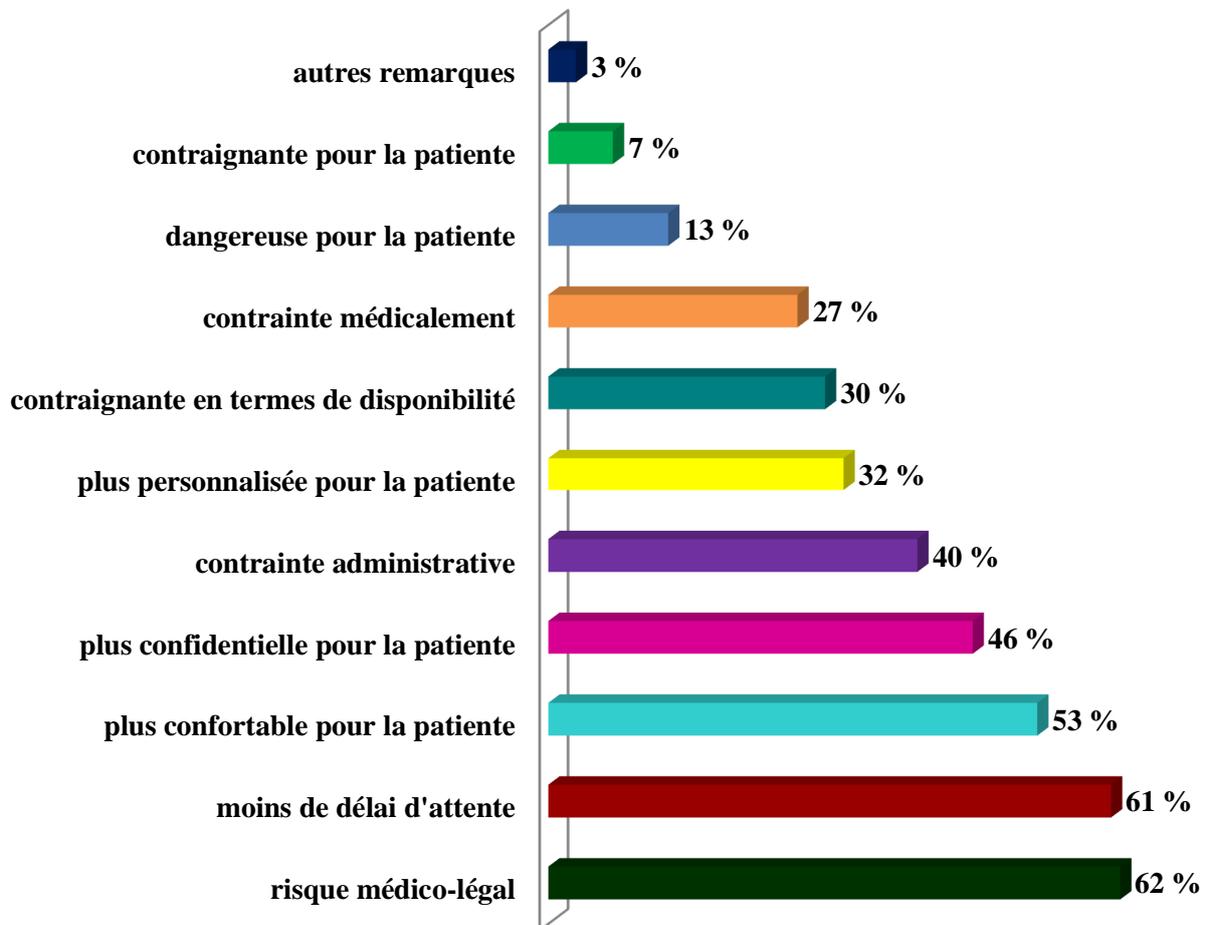
2.2.2 Concernant la réalisation de l'acte en lui-même

La pratique de l'IVG médicamenteuse en ville est jugée risquée du point de vue médico-légal pour 62 % des médecins généralistes et contraignante sur le plan administratif pour 40 % d'entre eux (**Tableau III** ci-dessous et **Figure 6** ci-dessous).

Tableau III : opinion des médecins généralistes sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, effectif = 92

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
risque médico-légal	57	62	[51.24-71.88]
moins de délai d'attente	56	61	[50.14-70.88]
plus confortable pour la patiente	49	53	[42.56-63.74]
plus confidentielle pour la patiente	42	46	[35.22-56.37]
contrainte administrative	37	40	[30.12-50.96]
plus personnalisée pour la patiente	29	32	[22.23-42.04]
contraignante en termes de disponibilité	28	30	[21.27-40.9]
contrainte médicalement	25	27	[18.42-37.45]
dangereuse pour la patiente	12	13	[6.93-21.68]
contraignante pour la patiente	6	7	[2.43-13.66]
autres remarques	3	3	[0.68-9.23]

Figure 6 : répartition des médecins généralistes selon leur opinion sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville



2.3 Opinion des gynécologues médicaux et obstétriciens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

2.3.1 Concernant la prise en charge des patientes

Sur les 44 gynécologues ayant répondu, nous constatons que 59 % jugent le délai d'attente pour la prise en charge d'une IVG plus court en ville, 45 % considèrent cette pratique plus confidentielle et 43 % plus confortable pour la patiente (**Tableau IV** ci-dessous et **Figure 7** ci-dessous).

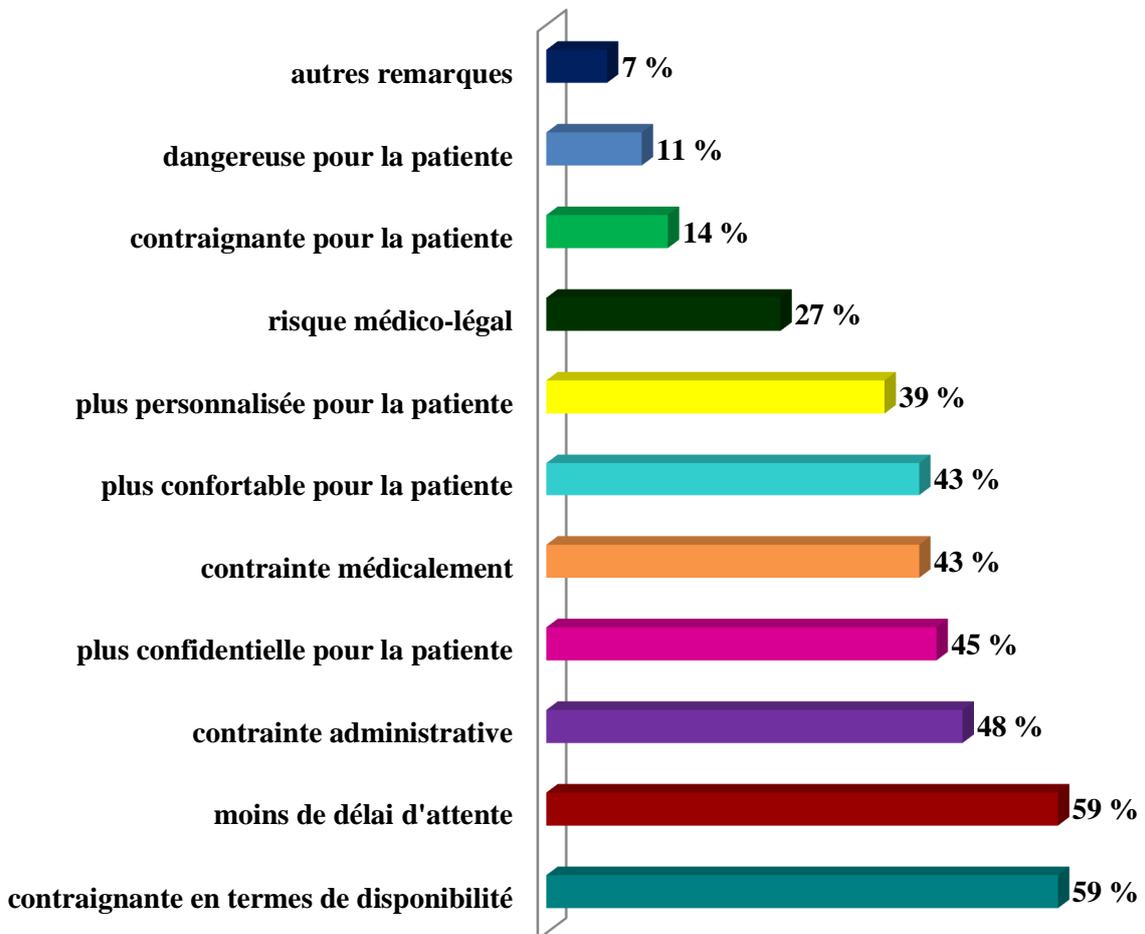
Tableau IV : opinion des gynécologues médicaux et obstétriciens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, effectif= 44

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
contraignante en termes de disponibilité	26	59	[43.25-73.66]
moins de délai d'attente	26	59	[43.25-73.66]
contrainte administrative	21	48	[32.46-63.31]
plus confidentielle pour la patiente	20	45	[30.39-61.15]
contrainte médicalement	19	43	[28.35-58.97]
plus confortable pour la patiente	19	43	[28.35-58.97]
plus personnalisée pour la patiente	17	39	[24.36-54.5]
risque médico-légal	12	27	[14.96-42.79]
contraignante pour la patiente	6	14	[5.17-27.35]
dangereuse pour la patiente	5	11	[3.79-24.56]
autres remarques	3	7	[1.43-18.66]

2.3.2 Concernant la réalisation de l'acte en lui-même

La pratique de l'IVG médicamenteuse en ville est jugée astreignante en termes de disponibilité pour 59 % des gynécologues, contraignante sur le plan administratif pour 48 % et sur le plan médical pour 43 % d'entre eux (**Tableau IV** ci-dessus et **Figure 7** ci-dessous).

Figure 7 : répartition des gynécologues médicaux et obstétriciens selon leur opinion sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville



2.4 Information reçue par les praticiens sur les modalités pratiques de l'IVG médicamenteuse en ville

2.4.1 Dans la population globale des praticiens interrogés

32 % des médecins (effectif = 46) sont informés sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.

2.4.2 Influence de la spécialité des médecins sur le fait d'avoir reçu une information à propos de l'IVG médicamenteuse en ville

Tableau V : influence de la spécialité des médecins sur le fait d'avoir eu une information à propos de l'IVG médicamenteuse en ville

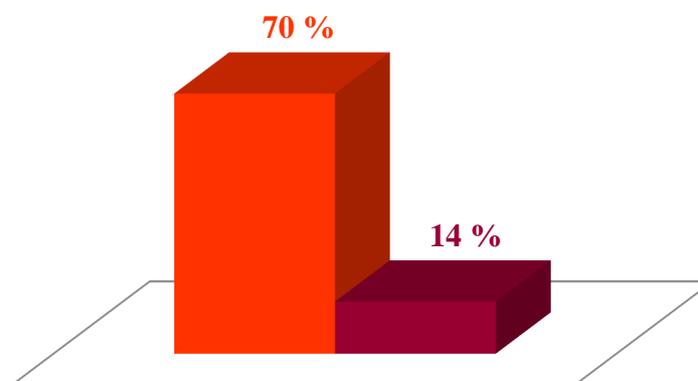
	Non	Oui	total
Gynécologues Médicaux et Obstétriciens	14 (30 %)	33 (70 %)	47
Médecins Généralistes	82 (86 %)	13 (14 %)	95
total	96	46	142

Test du Chi2 : $p = 1.26e-11$

Nous remarquons que 14 % des médecins généralistes (effectif = 13) et 70 % des gynécologues médicaux ou obstétriciens (effectif = 33) sont informés sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville (Tableau V ci-dessus et Figure 8 ci-dessous). Ce résultat est statistiquement significatif.

Figure 8 : répartition des médecins informés sur l'IVG médicamenteuse en ville en fonction de leur spécialité

■ Gynécologues Médicaux et Obstétriciens ■ Médecins Généralistes



effectif = 46 médecins

2.5 Utilité d'assister à une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville

2.5.1 Dans la population globale des médecins interrogés

Nous constatons que 51 % des médecins (effectif = 74) sont intéressés par une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville.

2.5.2 Influence de la spécialité des médecins sur le souhait d'assister à une séance d'information à propos de l'IVG médicamenteuse en ville

Tableau VI : influence de la spécialité des médecins sur le souhait d'assister à une séance d'information à propos de l'IVG médicamenteuse en ville

	Non	Oui	total
Gynécologues Médicaux et Obstétriciens	34 (71 %)	14 (29 %)	48
Médecins Généralistes	36 (37.5 %)	60 (62.5 %)	96
total	70	74	144

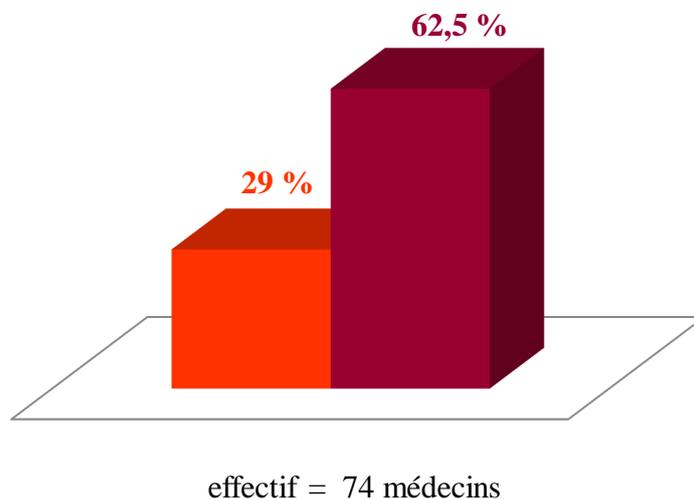
Test du Chi2 : $p = 0.000161$

62,5 % (effectif = 60) des médecins généralistes et 29 % (effectif = 14) des gynécologues médicaux ou obstétriciens veulent participer à une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville (**Tableau VI** ci-dessus et **Figure 9** ci-dessous).

Ce résultat est statistiquement significatif.

Figure 9 : répartition des médecins qui souhaitent assister à une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville en fonction de leur spécialité

■ Gynécologues Médicaux et Obstétriciens ■ Médecins Généralistes



III. Avis des médecins refusant de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville

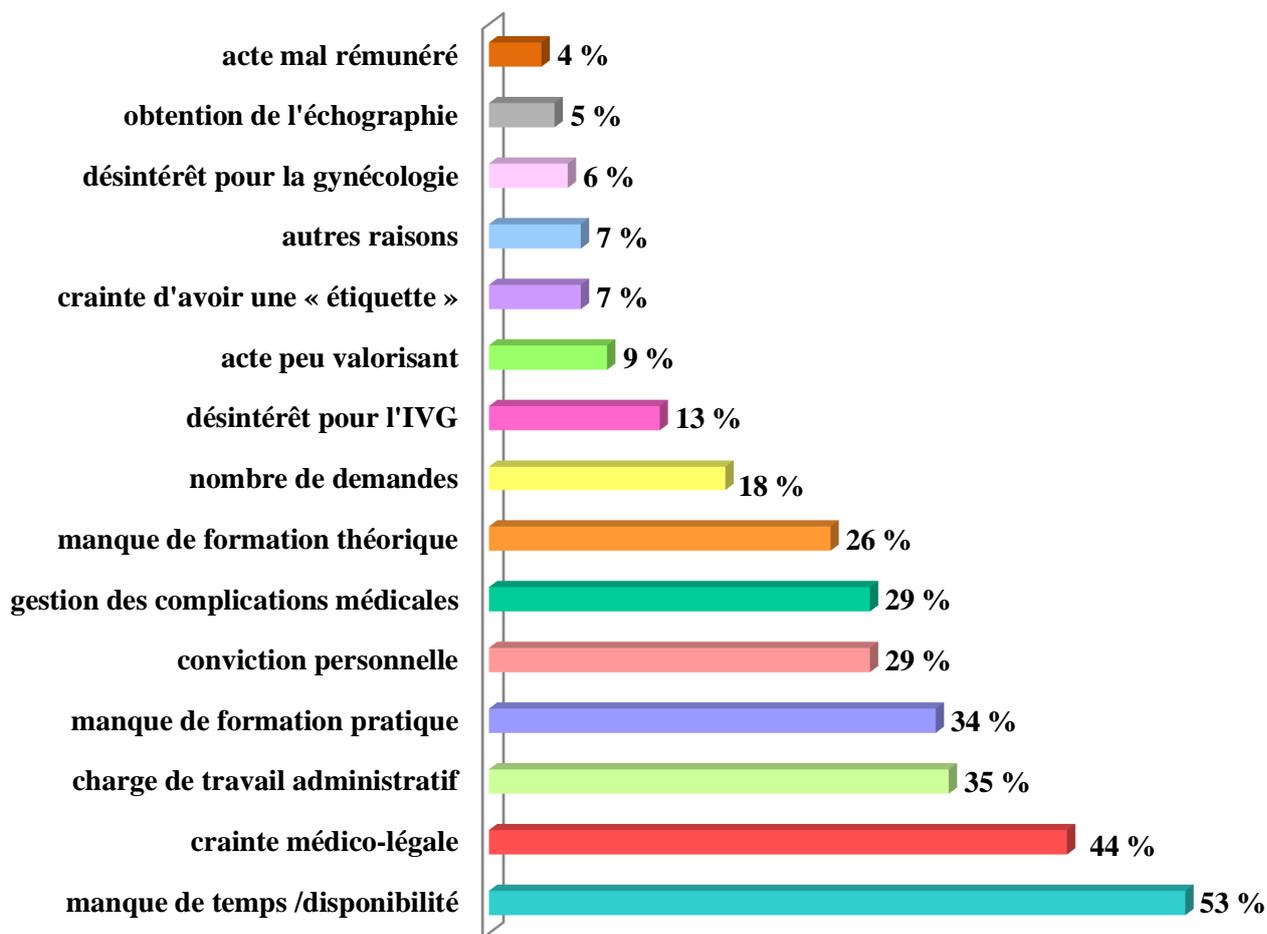
3.1 Dans la population globale des praticiens interrogés

Le manque de temps pour 53 %, les craintes médico-légales pour 44 %, l'importance de la charge de travail administratif pour 35 %, le manque de formation pratique pour 34 %, la gestion des complications médicales pour 29 % et les convictions personnelles pour 29 %, sont les principaux arguments des médecins (effectif = 112) qui ne souhaitent pas réaliser d'IVG médicamenteuses en ville (**Tableau VII** ci-dessous et **Figure 10** ci-dessous).

Tableau VII : arguments des médecins ne souhaitant pas réaliser d'IVG médicamenteuses dans leur cabinet, effectif = 112

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
manque de temps /disponibilité	59	53	[43.02-62.19]
 crainte médico-légale	49	44	[34.39-53.44]
charge de travail administratif	39	35	[26.07-44.4]
manque de formation pratique	38	34	[25.25-43.48]
 conviction personnelle	33	29	[21.23-38.82]
gestion des complications médicales	33	29	[21.23-38.82]
manque de formation théorique	29	26	[18.08-35.03]
 nombre de demandes	20	18	[11.26-26.22]
désintérêt pour l'IVG	15	13	[7.69-21.13]
 acte peu valorisant	10	9	[4.36-15.81]
crainte d'avoir une « étiquette »	8	7	[3.13-13.59]
 autres raisons	8	7	[3.13-13.59]
désintérêt pour la gynécologie	7	6	[2.55-12.45]
obtention de l'échographie	6	5	[1.99-11.3]
 acte mal rémunéré	5	4	[1.47-10.11]

Figure 10 : répartition des médecins en fonction de leurs arguments pour refuser de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville



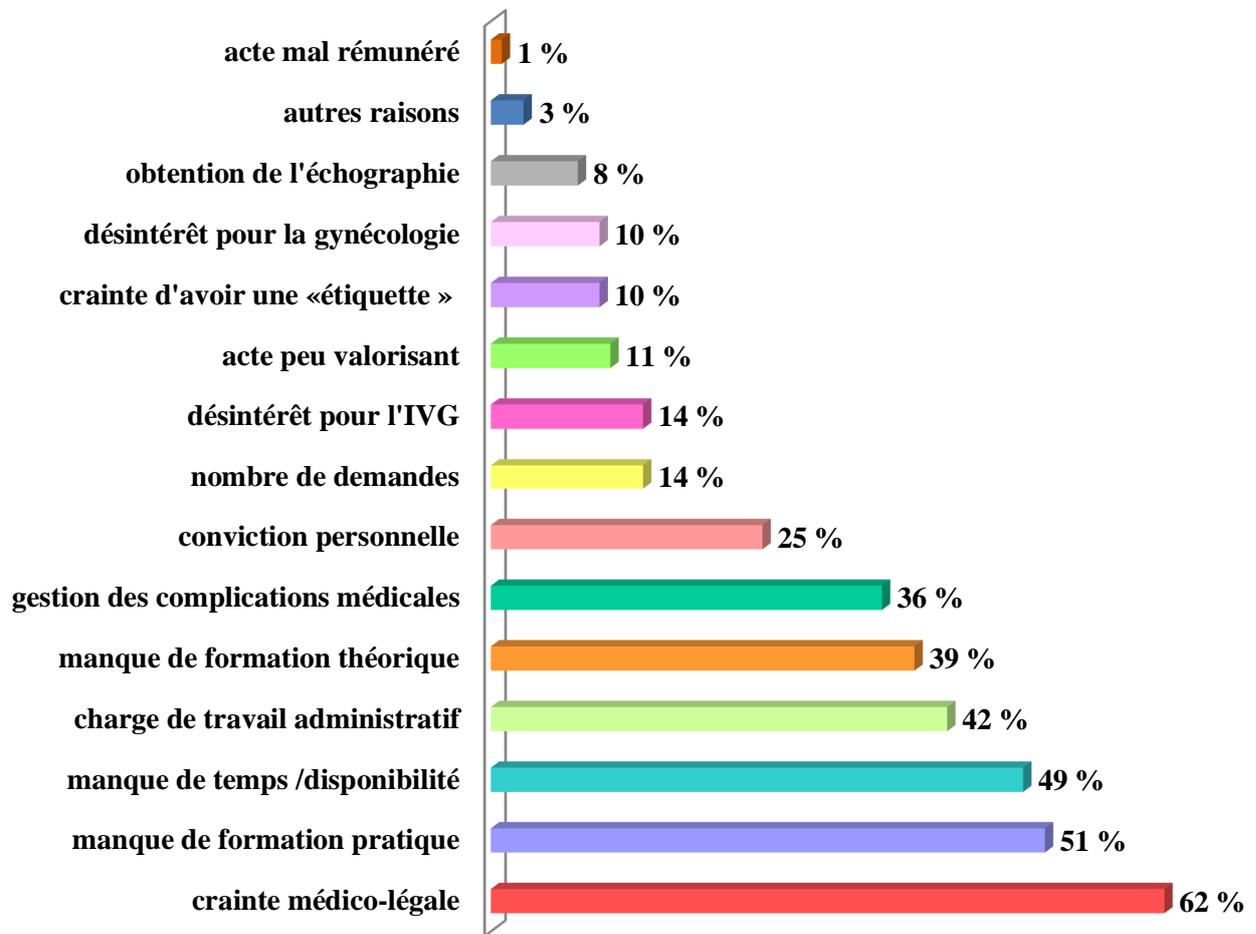
3.2 Dans la sous-population des **médecins généralistes**

Les raisons majeures invoquées par les médecins généralistes (effectif = 72) ne souhaitant pas réaliser d'IVG médicamenteuses dans leur cabinet sont : les craintes médico-légales pour 62 %, le manque de formation pratique pour 51 %, le manque de temps pour 49 %, l'importance de la charge de travail administratif pour 42 %, le manque de formation théorique pour 39 %, et la gestion des complications médicales pour 36 % (Tableau VIII ci-dessous et Figure 11 ci-dessous).

Tableau VIII : arguments des médecins généralistes ne souhaitant pas réaliser d'IVG médicamenteuses en ville dans leur cabinet, effectif = 72

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
 crainte médico-légale	45	62	[50.3-73.64]
 manque de formation pratique	37	51	[39.31-63.35]
 manque de temps /disponibilité	35	49	[36.65-60.69]
 charge de travail administratif	30	42	[30.15-53.89]
 manque de formation théorique	28	39	[27.62-51.11]
 gestion des complications médicales	26	36	[25.12-48.29]
 conviction personnelle	18	25	[15.54-36.6]
 nombre de demandes	10	14	[6.87-24.06]
 désintérêt pour l'IVG	10	14	[6.87-24.06]
 acte peu valorisant	8	11	[4.92-20.72]
 crainte d'avoir une « étiquette »	7	10	[4-19.01]
 désintérêt pour la gynécologie	7	10	[4-19.01]
 obtention de l'échographie	6	8	[3.12-17.26]
 autres raisons	2	3	[0.34-9.68]
 acte mal rémunéré	1	1	[0.04-7.5]

Figure 11 : répartition des médecins généralistes en fonction de leurs arguments pour refuser de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville



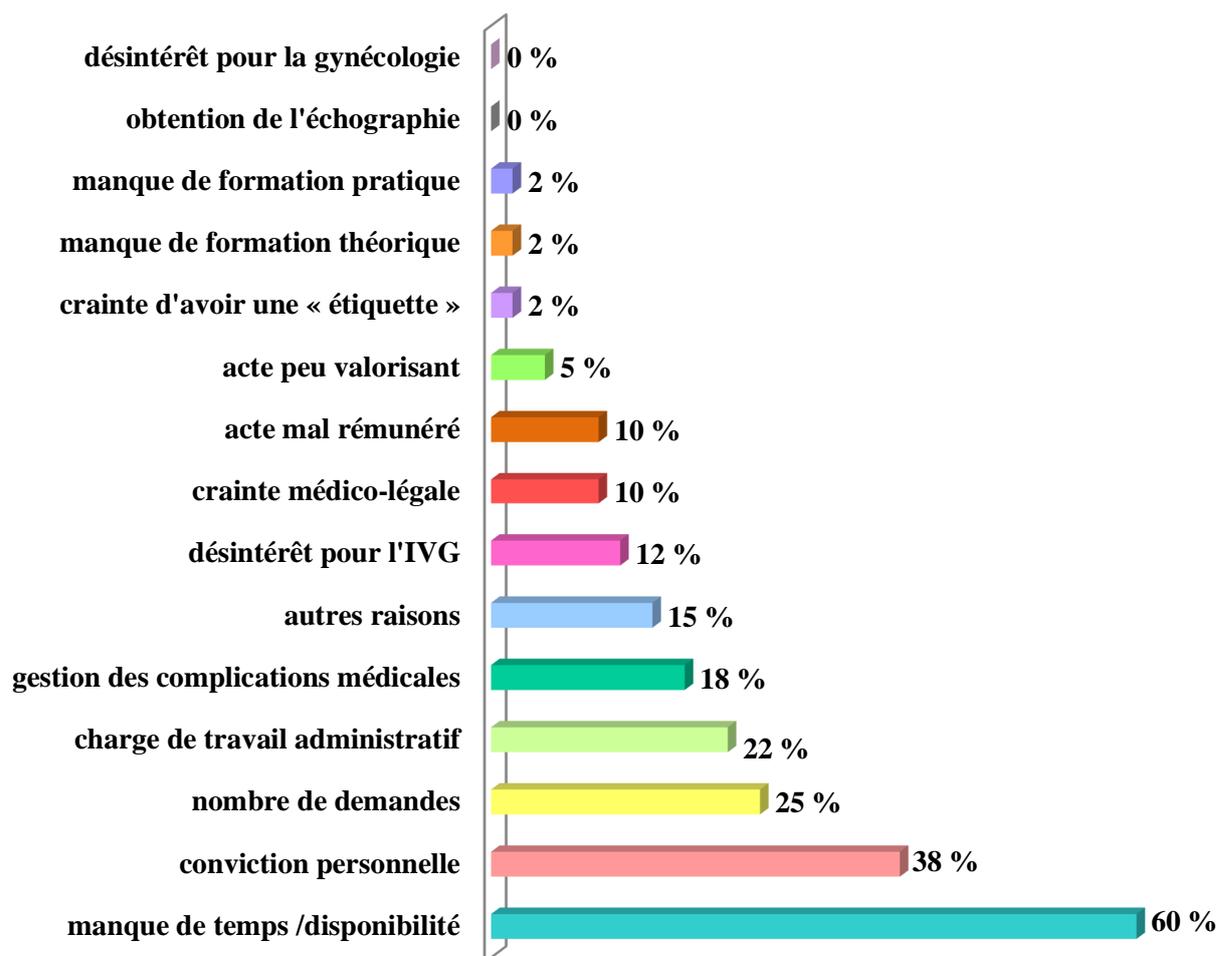
3.3 Dans la sous-population des gynécologues médicaux et obstétriciens

Parmi les principales explications fournies par les gynécologues médicaux et obstétriciens (effectif = 40) n'aspirant pas à pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet, nous notons : le manque de temps pour 60 %, les convictions personnelles pour 38 %, la crainte d'avoir un nombre élevé de demandes pour 25 %, l'importance de la charge de travail administratif pour 22 %, la gestion des complications médicales pour 18 %, et d'autres raisons pour 15 % (**Tableau IX** ci-dessous et **Figure 12** ci-dessous).

Tableau IX : arguments des gynécologues médicaux et obstétriciens refusant de réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet, effectif = 40

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
manque de temps /disponibilité	24	60	[43.33-75.14]
conviction personnelle	15	38	[22.73-54.2]
nombre de demandes	10	25	[12.69-41.2]
charge de travail administratif	9	22	[10.84-38.45]
gestion des complications médicales	7	18	[7.34-32.78]
autres raisons	6	15	[5.71-29.84]
désintérêt pour l'IVG	5	12	[4.19-26.8]
crainte médico-légale	4	10	[2.79-23.66]
acte mal rémunéré	4	10	[2.79-23.66]
acte peu valorisant	2	5	[0.61-16.92]
crainte d'avoir une « étiquette »	1	2	[0.06-13.16]
manque de formation théorique	1	2	[0.06-13.16]
manque de formation pratique	1	2	[0.06-13.16]
obtention de l'échographie	0	0	[0-8.81]
désintérêt pour la gynécologie	0	0	[0-8.81]

Figure 12 : répartition des gynécologues médicaux et obstétriciens en fonction de leurs arguments pour refuser de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville



IV. Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville

22 % des médecins (effectif = 31) sont motivés pour pratiquer des IVG médicamenteuses en ville dans leur cabinet.

4.1 Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de la spécialité du médecin

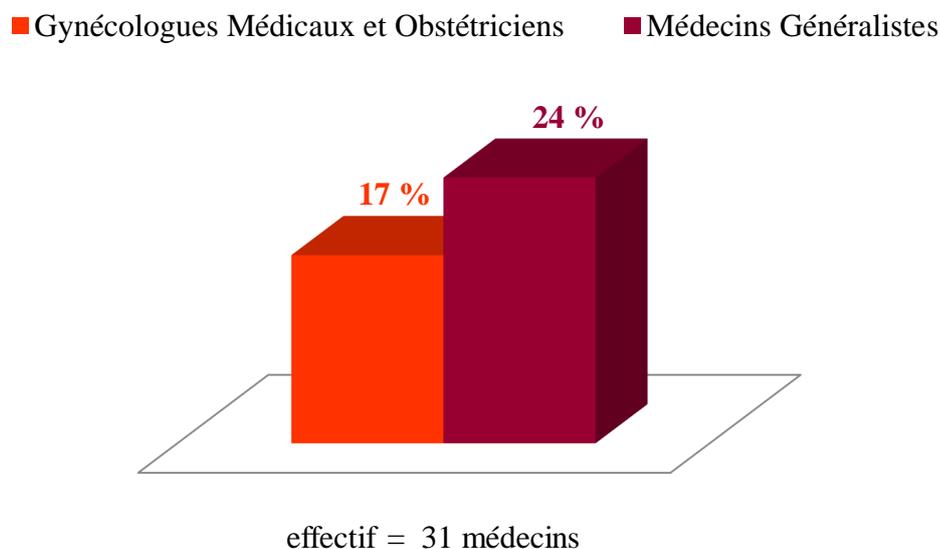
Tableau X : intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de sa spécialité

	Non	Oui	total
Gynécologues Médicaux et Obstétriciens	40 (83 %)	8 (17 %)	48
Médecins Généralistes	73 (76 %)	23 (24 %)	96
Total	113	31	144

Test du Chi2 : $p = 0.316$

24 % des médecins généralistes (effectif = 23) et 17 % des gynécologues médicaux ou obstétricaux (effectif = 8) souhaitent pratiquer des IVG médicamenteuses en cabinet (**Tableau X** ci-dessus et **Figure 13** ci-dessous). Ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Figure 13 : répartition des médecins intéressés par la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville en fonction de leur spécialité



4.2 Intérêt des médecins généralistes pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de la pratique d'actes de gynécologie

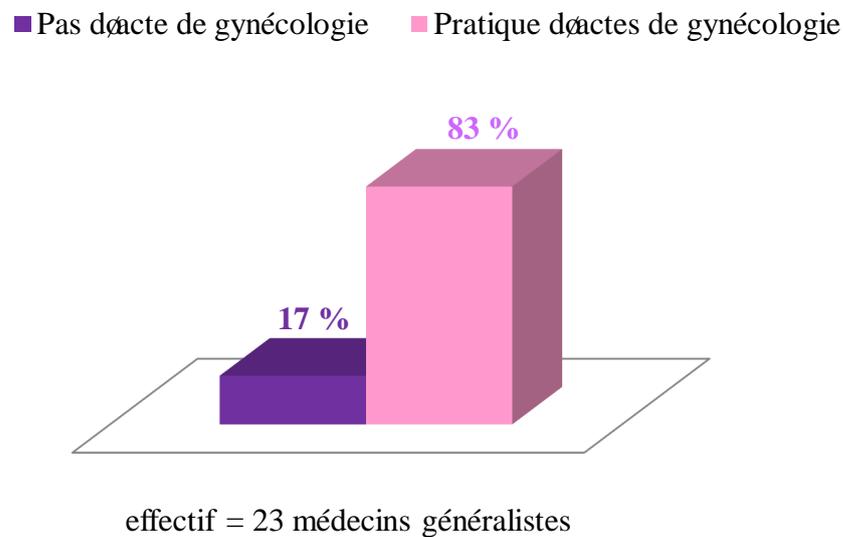
Tableau XI : intérêt du médecin généraliste pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de la pratique d'actes de gynécologie

	Pas d'acte de gynécologie	Pratique d'actes de gynécologie	total
Non	36 (49 %)	37 (51 %)	73
Oui	4 (17 %)	19 (83 %)	23
Total	40	56	96

Test du Chi2 : $p = 0.00677$

Parmi les médecins généralistes, 83 % de ceux qui sont intéressés par la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville pratiquent des actes de gynécologie dans leur cabinet (**Tableau XI** ci-dessus et **Figure 14** ci-dessous). Ce résultat est statistiquement significatif.

Figure 14 : répartition des médecins généralistes intéressés par la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville en fonction de leur pratique d'actes de gynécologie



4.3 Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction des autres critères

Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en ce qui concerne le sexe, l'âge, le lieu d'exercice et la zone d'installation des médecins (**Tableau XIV** à **Tableau XVII** et **Figure 17** en annexes).

V. **Opinion des médecins souhaitant réaliser des IVG médicamenteuses en ville**

5.1 Les motivations des médecins favorables à la pratique d'IVG médicamenteuses dans leur cabinet

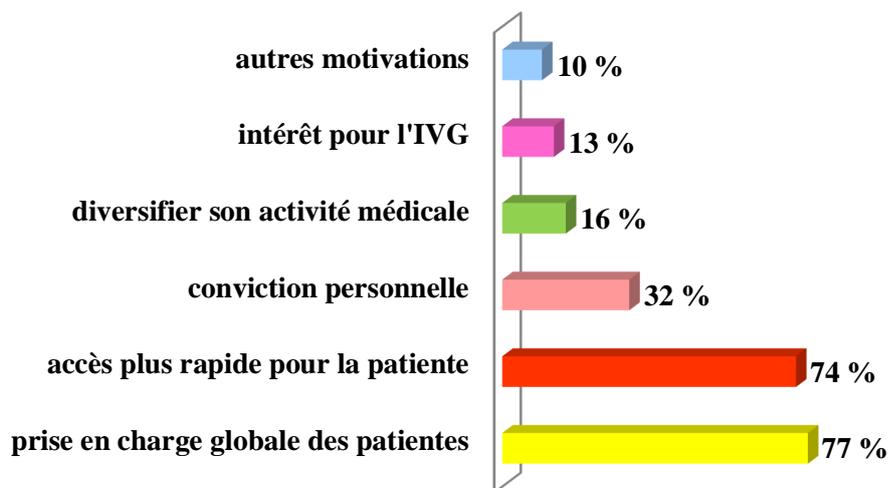
5.1.1 Dans la population globale des médecins interrogés

Les principales motivations des médecins (effectif = 31) pour réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet sont la prise en charge globale des patientes pour 77 % et un accès plus rapide à la méthode pour 74 % (**Tableau XII** ci-dessous et **Figure 15** ci-dessous).

Tableau XII : motivations des médecins souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville, effectif = 31

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
prise en charge globale des patientes	24	77	[58.9-90.41]
accès plus rapide pour la patiente	23	74	[55.39-88.14]
conviction personnelle	10	32	[16.68-51.37]
diversifier son activité médicale	5	16	[5.45-33.73]
intérêt pour l'IVG	4	13	[3.63-29.83]
autres motivations	3	10	[2.04-25.75]

Figure 15 : répartition des médecins en fonction de leurs motivations pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville



5.1.2 Dans les deux sous-populations : médecins généralistes et gynécologues

Dans les deux sous-populations des médecins généralistes (effectif = 23) et des gynécologues (effectif = 8), les résultats sont superposables à ceux de la population globale des praticiens (Tableau XVIII, Tableau XIX, Figure 18 et Figure 19 en annexes).

5.2 Type de formation plébiscitée par les médecins souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville

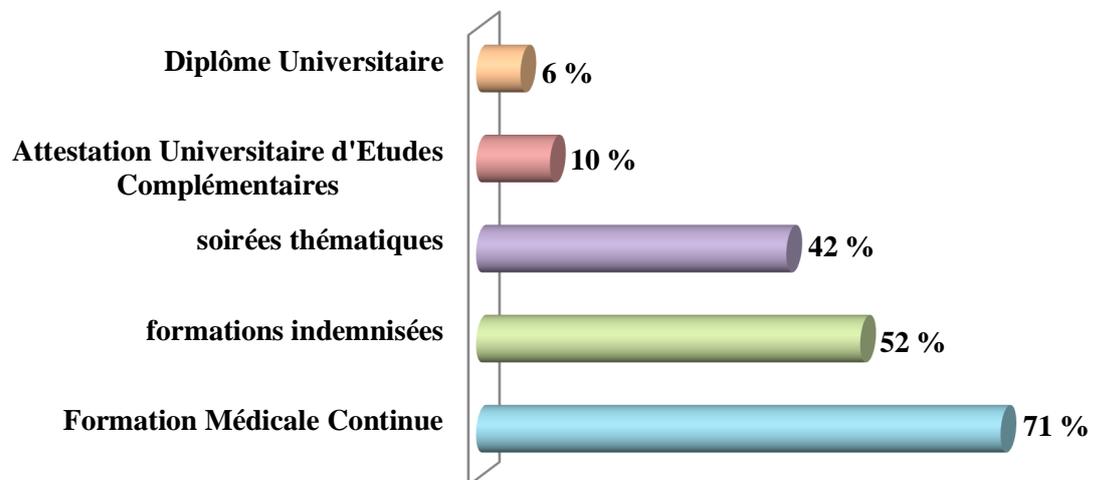
5.2.1 Dans la population globale des praticiens interrogés

Les médecins (effectif = 31) souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet plébiscitent à 71 % la Formation Médicale Continue comme mode d'apprentissage (**Tableau XIII** ci-dessous et **Figure 16** ci-dessous).

Tableau XIII : type de formation plébiscitée par les médecins souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville, effectif = 31

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Formation Médicale Continue	22	71	[51.96-85.78]
formations indemnisées	16	52	[33.06-69.85]
soirées thématiques	13	42	[24.55-60.92]
Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires	3	10	[2.04-25.75]
Diplôme Universitaire	2	6	[0.79-21.42]

Figure 16 : répartition des médecins en fonction du type de formation souhaité pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville



5.2.2 Dans les deux sous-populations : médecins généralistes et gynécologues

Les résultats retrouvés chez les médecins généralistes (effectif = 23) sont superposables à ceux de la population globale des praticiens interrogés, puisqu'ils choisissent à 83 % la formation médicale continue (**Tableau XX** et **Figure 20** en annexes).

En revanche, les gynécologues préfèrent à 50 % les formations indemnisées (**Tableau XXI** et **Figure 21** en annexes).

DISCUSSION

I. Critique de l'étude

1.1 Validité interne

Notre étude ne comporte pas de biais de sélection : l'élaboration du questionnaire, son envoi au médecin de façon aléatoire (pas de biais de recrutement) et le taux de réponse de 49,6 % (pas de biais de non-réponse) les éliminent.

Les biais de déclaration des médecins sondés ne peuvent être évités.

1.2 Validité externe

Le taux de réponse élevé permet d'obtenir un échantillon représentatif, et d'extrapoler ces résultats pour les médecins libéraux du Nord-Pas-de-Calais.

II. Analyse des résultats

2.1 Profil des médecins sondés

L'échantillon de médecins est représentatif du portrait des médecins libéraux installés dans la région Nord-Pas-de-Calais : les femmes représentent plus du tiers des effectifs, la moyenne d'âge est supérieure à 50 ans¹⁵, la Métropole lilloise est le lieu d'exercice privilégié et le territoire du Hainaut est la zone la moins dotée en médecins libéraux¹⁶.

2.2 Opinion et niveau d'information des praticiens sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

2.2.1 Avis des médecins concernant l'IVG médicamenteuse en ville

Les médecins généralistes et les gynécologues jugent le délai de prise en charge d'une IVG plus court en ville, considèrent cette pratique plus confortable, plus confidentielle et plus personnalisée pour la patiente. Les praticiens ont donc une opinion plutôt favorable à cette technique du point de vue du confort et de la praticité qu'elle apporte aux femmes.

Mais, cette pratique comporte des contraintes qui sont, selon les médecins généralistes, majoritairement d'ordre médico-légal et administratif. Paradoxalement, si le risque médico-légal de la technique est évoqué par 62 % des médecins généralistes, seuls 13 % estiment qu'elle est dangereuse pour les patientes.

Une première hypothèse est que cette crainte soit plutôt liée à la gestion des potentielles complications médicales et au risque d'être esseulé en cas de problème judiciaire, à la différence des praticiens qui travaillent en secteur hospitalier ou en planning familial.

Une autre supposition est le défaut d'information des médecins généralistes sur la méthode, qui peut entraîner des représentations erronées sur son aspect médico-légal.

Une étude de l'opinion des médecins avant et après une séance de renseignements sur l'IVG médicamenteuse en ville serait pertinente pour évaluer l'impact de la non-information, notamment sur les contraintes médico-légales.

Dans notre enquête, pour les gynécologues, les difficultés retrouvées sont en rapport avec leur manque de disponibilité pour recevoir les patientes et la charge de travail administrative et médicale importante.

Ce jugement des gynécologues se rapproche de celui des médecins qui pratiquent des IVG médicamenteuses en ville : prise en charge et suivi des patientes dans les délais, lourdeur des démarches administratives et nombre élevé de consultations¹⁷.

Ces distinctions entre les deux spécialités sont probablement en rapport avec leur niveau d'information sur la technique.

2.2.2 Niveau d'information des médecins sur l'IVG médicamenteuse en ville

Les gynécologues sont mieux informés sur l'IVG médicamenteuse en ville que les médecins généralistes ($p = 1.26e-11$). L'association statistiquement significative observée entre la spécialité des médecins et leur niveau d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville s'explique probablement par les sources d'enseignement elles-mêmes.

Les gynécologues participant à des formations ont plus de probabilité d'être confrontés au thème de l'IVG, puisqu'il fait partie intégrante de leur spécialité, alors qu'en médecine générale, ce sujet a peu de place dans les formations médicales continues. Comme le constate le CSIS : « *Peu d'enseignements post-universitaires sont proposés sur ce thème en formation en direction de la médecine libérale. La question se pose de savoir si le manque d'offre de formation entraîne le déficit de demande en la matière.* »¹⁸.

Ce défaut d'information est également retrouvé chez des médecins généralistes ayant participé à un DU ou un DIU de gynécologie¹⁹. Le contenu de cet enseignement pourrait intégrer un module sur ce sujet.

La demande d'IVG n'est pas anecdotique en médecine libérale : « 40 % des femmes vivant en France auront recours à une IVG au moins une fois au cours de leur vie »¹⁸.

Il semble donc indispensable que les médecins de premiers recours soient informés sur l'IVG médicamenteuse en ville afin de renseigner correctement les patientes.

2.2.3 Souhait d'assister à une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville

Dans notre étude, 62,5 % des médecins généralistes et 29 % des gynécologues souhaitent s'informer sur l'IVG médicamenteuse en ville : l'association est statistiquement significative entre la spécialité des médecins et l'envie d'assister à une séance d'information sur la méthode ($p = 0.000161$).

Les chiffres pour les médecins généralistes sont encourageants : ils sont certes les moins bien informés, mais veulent en majorité corriger leurs lacunes, en participant à une séance d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville.

Le professionnel que les patientes rencontrent initialement est déterminant pour la suite de leur prise en charge : ce sont leur médecin généraliste ou leur gynécologue dans la moitié des cas²⁰.

En pratique, tous les praticiens libéraux (généralistes ou gynécologues) doivent donc être informés sur la technique médicamenteuse en ville pour les orienter efficacement.

Or, lors du premier contact avec leur médecin généraliste, seules 52 % des patientes sont dirigées directement vers le praticien réalisant l'IVG²⁰.

Il faut développer l'attrait des médecins pour cette séance d'information, en insistant sur la nécessité d'orienter les femmes de façon adéquate. L'orientation des patientes dans la filière adaptée relève des missions de soin primaire des médecins généralistes, et de l'activité régulière des gynécologues.

2.3 Les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville

2.3.1 Manque de disponibilité des médecins

Dans notre enquête le manque de disponibilité est la première raison invoquée par les praticiens libéraux (53 % d'entre eux).

Les quatre consultations nécessaires à la procédure de l'IVG médicamenteuse en ville²¹ peuvent être un obstacle pour ces médecins, qui sont pour la plupart déjà submergés par leur exercice quotidien. De plus, ce type de consultation leur paraît chronophage, vu la dimension psychologique inhérente à la décision de réaliser cet acte.

Les médecins se doivent aussi d'être joignables par téléphone et disponibles pour assurer le suivi de leurs patientes, selon la HAS : « *une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la femme ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence* »²².

Voici les consignes données aux patientes dans les fiches d'information types : « à tout moment, si vous êtes inquiète (í) appelez : le médecin de ville ou le centre qui vous a remis les médicaments ; à défaut, l'établissement de santé dont le médecin vous a donné les coordonnées. »²¹

Cette disponibilité des praticiens requise pour la prise en charge des IVG médicamenteuses en ville peut être un frein à leur engagement dans cette voie.

Dans les faits, les médecins sont peu dérangés, comme le souligne l'étude du REVHO réalisée pendant l'année 2007²³. Sur les 4 218 patientes prises en charge en ville pour une IVG médicamenteuse, 9 % ont appelé leur médecin de ville, 5,63 % ont consulté en urgence au cabinet et 2,6 % se sont rendues en urgence au centre hospitalier référent.

De plus la continuité des soins est assurée par l'établissement de santé référent qui « s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels »²⁴.

Toutefois, le médecin qui commence une procédure d'IVG médicamenteuse en ville se doit de recevoir la patiente à toutes les consultations suivantes.

Cela soulève également des problèmes d'accès à cette technique pour les femmes, notamment pendant la période d'été, que ce soit par rapport à l'absence du médecin de ville ou à celle du personnel en charge de l'orthogénie dans l'établissement de santé.

La DHOS souhaite anticiper ces difficultés estivales. Elle incite tant les établissements de santé que les médecins de ville à accentuer leur coordination, pour faciliter l'accès à l'IVG. Sa circulaire stipule que « les plannings hospitaliers (í) mentionneront précisément les périodes de fermeture éventuelle de services et les présences des personnels participant à cette activité. Cette coordination est, bien évidemment, étendue par chaque établissement, à l'activité des médecins avec lesquels il a passé une convention dans le cadre du dispositif IVG en ville »²⁵.

Dans notre étude, nous observons une différence entre les gynécologues, pour lesquels le manque de temps est le premier obstacle invoqué (60 % d'entre eux), et les médecins généralistes pour lesquels il est seulement le troisième (49 % d'entre eux).

Ceci tient certainement à la variabilité qui existe entre leurs deux modes d'exercice. Les médecins généralistes peuvent plus facilement répondre à des consultations « urgentes » de demande et de suivi d'IVG, car leur emploi du temps est plus flexible que celui des gynécologues libéraux.

L'étude de la DRESS en 2007¹⁷ auprès des médecins pratiquant des IVG médicamenteuses dans leur cabinet retrouve cette nuance entre les deux spécialités. Parmi les gynécologues exerçant exclusivement en ville, 50,2 % sont en difficulté par rapport à la rapidité de la prise en charge et 21,9 % par rapport au manque de disponibilité pour le suivi. Chez les médecins généralistes exerçant exclusivement en ville, 6,4 % sont en difficulté par rapport à la rapidité de la prise en charge et 6,4 % par rapport au manque de disponibilité pour le suivi.

Ces chiffres démontrent aussi l'importance de favoriser l'engagement des médecins généralistes dans le dispositif des IVG médicamenteuses en ville. En tant que médecins de premiers recours, ils remplissent les conditions nécessaires en termes de disponibilité, pour recevoir et suivre les patientes dans les temps impartis.

2.3.2 Craintes médico-légales

Dans notre étude, les craintes médico-légales sont le second obstacle évoqué par les médecins (44 % d'entre eux) refusant la pratique des IVG médicamenteuses en ville.

La législation qui régit l'IVG est particulièrement stricte, probablement en raison de l'enjeu éthique, moral et juridique qui émane de cette pratique.

En effet, « aucun acte médical n'est encadré de manière réglementaire aussi stricte et précise que l'IVG médicamenteuse en ville. Ce n'est pas le risque médical qui justifie un tel encadrement mais la crainte d'un recours insuffisamment contrôlé. »²⁶

Cette réglementation est très précise puisque les textes officiels « entrent dans le détail des pratiques médicales en fixant avec une grande précision des éléments tels que : le nombre de consultations à prévoir, les conditions d'administration des médicaments, la posologie et les spécialités à utiliser »²⁷.

C'est un acte médical doté d'une procédure extrêmement rigoureuse et réglementée : respect du délai de réflexion de sept jours, du délai maximum légal de cinq semaines de grossesse, signature d'un consentement par la patiente et déclaration obligatoire. Est également exigée la participation à un entretien psycho-social pour les mineures.

L'IVG médicamenteuse en ville est aussi encadrée par plusieurs textes législatifs⁶ et par des recommandations de bonnes pratiques provenant de la HAS²² qui sont parfois contradictoires, notamment sur le mode de prise du misoprostol.

En effet l'article R 2212-17 stipule que « la prise des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse est effectuée en présence du médecin »²⁸.

Or, l'article R 2212-10 du Code de Santé Publique indique que « le médecin assure le suivi de la femme, conformément aux recommandations professionnelles validées par la Haute Autorité de santé »²⁹. Ces recommandations²² autorisent le médecin à donner les comprimés de misoprostol à la patiente pour une prise à domicile, 36 à 48 heures après l'administration de mifégyne.

Selon l'AGAS, il faut « régler les contradictions internes au dispositif régissant les pratiques médicales en matière d'IVG en privilégiant le renvoi aux recommandations professionnelles par rapport à la réglementation »²⁷.

Ce cadre législatif rigide peut expliquer les réticences des praticiens à s'investir dans la pratique d'IVG médicamenteuse en cabinet.

Cependant, l'encadrement est indispensable pour éviter certaines « dérives », même si « *le contrôle de l'acte IVG en ville conduit à en rigidifier la réalisation dans un sens parfois contraire au confort de la patiente (prise à la maison du misoprostol) et au meilleur choix médical (limites dans l'adaptation du choix de médicament et sa posologie)* »²⁶.

Dans notre enquête, nous observons que ces craintes médico-légales sont le premier frein évoqué par les médecins généralistes (62 % d'entre eux), contre seulement 10 % des gynécologues. Ce contraste entre les deux spécialités peut se comprendre par le manque d'information des médecins généralistes sur la méthode, qui imaginent peut-être des contraintes légales et médicales plus fortes, et par la judiciarisation de la société actuelle.

Nous pouvons supposer que les médecins généralistes considèrent qu'il s'agit d'un acte « à risque » de poursuites judiciaires par méconnaissance du protocole. Ou, à l'inverse, ils l'estiment risqué par conscience des paradoxes réglementaires et des contraintes imposées par la législation quant à la prescription du misoprostol. Cette précision singulière « *a suscité des réactions chez les médecins, notamment pour ce qui concerne la mention dans les circulaires ministérielles des noms de spécialités, où certains ont vu une atteinte à leur liberté de prescription* »²⁷.

Pourtant, les poursuites judiciaires associées à une IVG médicamenteuse en ville sont exceptionnelles. La rareté du risque médico-légal est reconnue par les assurances, puisqu'elles n'appliquent pas de majoration de forfait en cas de pratique de l'IVG en cabinet de ville.

2.3.3 Lourdeur de la charge de travail administratif

Dans notre enquête la lourdeur de la charge de travail administratif est le troisième obstacle invoqué par les praticiens (35 % d'entre eux).

En plus des démarches légales citées précédemment, les médecins pratiquant des IVG médicamenteuses en ville doivent transmettre à l'établissement référent la déclaration obligatoire anonymisée et une copie de la fiche de liaison (contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente). Il leur faut aussi conserver dans celui-ci l'attestation initiale de demande d'IVG et le consentement signé par la patiente²⁴. Enfin, les praticiens doivent donner à la femme le dossier-guide³⁰ lui détaillant la procédure.

Cette pesanteur administrative contribue à freiner le développement de la méthode en ville, car les médecins libéraux ne disposent pas des mêmes conditions matérielles et humaines que les établissements de santé.

De plus, ce lourd dispositif participe à une sous-déclaration des IVG ; par exemple en 2005, les bulletins recueillis couvraient 81 % des IVG¹⁸.

Cette méthode de recueil statistique par le biais des formulaires de déclaration obligatoire est défailante sur certains items. « *Des informations permettant de mieux analyser les répétitions et les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG manquent à ces bulletins, et notamment des informations sociologiques (i), l'année de la grossesse précédente, le nombre d'avortements spontanés et de mort-nés* »¹⁸.

Ce sentiment de lourdeur administrative est partagé par les médecins pratiquant des IVG médicamenteuses dans leur cabinet, puisqu'ils sont 47,8 % à se trouver en difficulté face à ces tâches¹⁷.

Dans notre étude, nous notons que cet obstacle consécutif à la charge de travail administratif concerne 42 % des médecins généralistes et 22 % des gynécologues.

Cet écart peut être en partie expliqué par une meilleure connaissance de la procédure de la part des gynécologues. En effet, certains ont pu être amenés à remplir ces formulaires durant leurs études ou lors d'activités hospitalières, à la différence des médecins généralistes.

2.3.4 *Manque de formation pratique*

Dans notre étude, 34 % des praticiens sont freinés pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville par un manque de formation pratique.

Ce défaut de formation pratique est invoqué par la moitié des médecins généralistes (51 %) : c'est la seconde cause de non-diffusion de la méthode dans cette sous-population.

Nous trouvons des résultats identiques dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes bretons³¹, puisque « *c'est la méconnaissance du sujet par défaut de formation et d'information qui est le premier obstacle* » au développement de l'IVG médicamenteuse en ville.

Durant les études médicales, la formation pratique à l'IVG est très restreinte voire absente, les externes et les internes n'ont que très rarement accès aux CIVG pendant leurs stages. Pendant l'internat de médecine générale à Lille, le stage de trois mois en gynécologie-obstétrique offre un accès aux services d'orthogénie, ceci est sous-tendu par l'organisation des différents terrains de stage et la motivation de l'interne. Dans les faits, très peu d'entre eux ont l'opportunité de se former à la pratique des IVG.

Les recommandations des pouvoirs publics sont de développer la formation en orthogénie : « *intégrer dans la formation initiale et les stages pour les professionnels en formation (í) un passage dans un centre d'IVG* »⁹.

Or, selon les textes officiels régissant la maquette du DES de médecine générale « *un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie* »³² doit être effectué par l'interne. La formation pratique en gynécologie du futur médecin généraliste peut donc parfois se résumer à six mois de pédiatrie ! Cette constatation édifiante soulève un véritable paradoxe entre la volonté des pouvoirs publics de favoriser la formation en orthogénie et la réalité de l'enseignement pratique dispensé aux internes, consécutif aux textes officiels rédigés par ces mêmes instances.

Parmi les médecins généralistes libéraux exclusifs qui pratiquent des IVG médicamenteuses en ville, 54,5 % ont bénéficié d'une formation pratique¹⁷, ce qui confirme que même en participant à l'activité d'orthogénie, l'accès à une formation pratique reste difficile

Dans notre étude, seuls 2 % des gynécologues évoquent leur manque de formation pratique comme obstacle au développement de la méthode en ville. Cette différence entre les deux spécialités est cohérente, puisque les gynécologues ont été davantage confrontés à la pratique de l'IVG pendant leur internat et lors de leur pratique quotidienne, que les généralistes.

Cependant, dans les maquettes des DES de gynécologie médicale et de gynécologie-obstétrique, il n'y a aucune mention concernant un stage obligatoire en orthogénie³². Ce constat révèle à nouveau les contradictions entre formation effective et *desiderata* des institutions : « *il est indispensable d'assurer une formation aux techniques d'IVG dans le cadre des études médicales : le stage dans un CIVG, en établissement hospitalier ou centre de santé devrait constituer un passage obligé pour les internes de spécialité et de médecine générale* »²⁷.

2.3.5 Manque de formation théorique

Dans notre enquête, 26 % des médecins considèrent leur manque de formation théorique comme un obstacle pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville.

En effet, pendant les deux premiers cycles des études médicales, la question de l'IVG n'est quasiment pas abordée : « au cours des études de médecine, un nombre très restreint d'heures de cours, qui plus est facultatives, est consacré à la contraception et à l'IVG »³³.

Par ailleurs, cette tendance ne s'inverse pas lors des enseignements post-universitaires : « les formations continues sur le sujet sont rares ; peu d'enseignements (í) sont proposés sur ce thème en formation en direction de la médecine libérale »¹⁸.

Il existe actuellement en France cinq formations :

- Attestation Universitaire d'Études Complémentaires « Interruption Volontaire de Grossesse et planification familiale »³⁴ à la Faculté de Médecine de Lille,
- DU de « gynécologie préventive et contraceptive » à la Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest³⁵ ;
- DIU « régulation des naissances » à la Faculté de Médecine Paris Descartes³⁶ ;
- DU « contraception, IVG, sexualité » à la Faculté de Grenoble³⁷ ;
- DU « Suivi gynécologique de prévention, sexualité, régulation des naissances » à la Faculté de Brest³⁸.

Ces cinq lieux d'enseignement sont loin de couvrir tout le territoire. Il paraît alors difficile à un médecin exerçant dans une région dépourvue de ce type de formation d'y accéder.

Un autre DIU moins spécifique est disponible : une « formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes » dispensée à Lille, Aix-Marseille, Amiens, Caen, Clermont-Ferrand, Lyon, Montpellier-Nîmes, Paris, Poitiers, Reims, Nantes, Rouen et Brest. Il apparaît dans une étude¹⁹ que les médecins y ayant participé ne sont pas suffisamment informés et formés sur la technique de l'IVG médicamenteuse en ville : « cette question n'est visiblement pas toujours abordée dans le DU ou, du moins, pas de façon suffisante pour que les médecins la retiennent »¹⁹.

Une alternative à cette offre pédagogique universitaire est celle du REVHO³⁹, qui propose une journée de formation unique sur l'IVG médicamenteuse en ville.

Dans notre étude, un écart manifeste est retrouvé entre médecins généralistes (39 %) et gynécologues (2 %). Comme pour la formation pratique, ce décalage entre les deux spécialités est logique, il s'explique par le contenu des enseignements de troisième cycle. L'intitulé du DES de gynécologie-obstétrique ne spécifie toutefois pas l'existence d'un enseignement théorique sur la contraception et l'orthogénie, à la différence du DES de gynécologie médicale³².

Or, « tous les médecins généralistes ou gynécologues, même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité d'IVG, seront confrontés au cours de leur pratique à cette question et devront au moins être en capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuses d'une intervention »⁹.

Parmi les médecins généralistes exerçant exclusivement en ville et pratiquant des IVG dans leur cabinet, 83,3 % ont reçu une formation théorique. Chez les gynécologues libéraux exclusifs, ils sont 73 %¹⁷. Il y a donc un réel besoin de former les médecins en amont, pour favoriser la signature de conventions de leur part.

2.3.6 Gestion des complications médicales

Dans notre enquête, 29 % des médecins avancent la difficulté à gérer les complications médicales de l'IVG médicamenteuse comme obstacle à leur engagement.

Selon la HAS, il existe un taux très faible de complications nécessitant une aspiration chirurgicale : 2 à 4 % d'expulsions incomplètes et 0,5 à 1 % d'hémorragies²². Les infections pelviennes sont peu fréquentes, environ 0,9 %²². Les résultats obtenus par le REVHO en 2007 sont similaires : le taux de succès de la méthode était de 97,4 %, et une aspiration chirurgicale a été programmée dans 2,6 % des cas²³.

L'échec de la méthode défini par la poursuite d'une grossesse évolutive est de l'ordre de 1 % pour les posologies autorisées par l'AMM²².

Les chiffres concernant l'efficacité de la technique médicamenteuse en ville sont rassurants, et démontrent que les complications et les grossesses évolutives sont très rares. Les médecins qui ne sont pas informés de ces résultats ont probablement des représentations erronées concernant l'IVG médicamenteuse en ville, en termes de gestion des complications et des échecs.

Les gynécologues (18 %) sont moitié moins à être freinés par la gestion des complications médicales que les médecins généralistes (36 %). Cette différence entre spécialistes peut, là encore, s'expliquer par un défaut d'information et de formation des médecins généralistes.

Il est important que tous les médecins soient renseignés sur la méthode, ses complications, ses échecs et leur gestion, pour diminuer les craintes, abolir les idées reçues et lever progressivement cet obstacle.

2.3.7 Convictions personnelles

Dans notre enquête, les convictions personnelles des médecins sont pour 29 % un obstacle à leur engagement dans la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.

Pour les gynécologues, il s'agit du second frein pour 38 % d'entre eux, les médecins généralistes sont 25 % à invoquer cette raison.

Pour l'IVG, et donc par extension pour l'IVG médicamenteuse en ville, une clause de conscience est prévue par le législateur : « *un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus* »⁴⁰.

Cette clause est en elle-même un obstacle au développement de la technique en ville, car le fait qu'elle « puisse être invoquée, alors que cette possibilité n'est pas prévue pour d'autres actes médicaux, participe à la mise à l'écart de l'IVG, non considérée comme une activité médicale comme les autres »⁹.

La proportion élevée de médecins refusant de pratiquer l'IVG médicamenteuse en ville par conviction personnelle pose question, notamment dans la sous-population des gynécologues. En effet, l'IVG est un acte médical faisant partie intégrante de la profession du gynécologue, au même titre que la contraception, le suivi de grossesse, les pathologies gynécologiques et obstétricales.

Notre étude a été l'occasion de recueillir les opinions de certains gynécologues opposés à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville (voire à la pratique de l'IVG en général). Ils la considèrent « trop assimilée à une méthode de contraception et sans suivi ultérieur » ; « très risquée et au détriment de la patiente, c'est le Moyen Âge » ; « dangereuse et aussi traumatisante psychologiquement qu'à l'hôpital » ; comme n'ayant « aucun intérêt sauf économique pour la Sécurité Sociale ». Ces avis tranchés ne sont pas retrouvés chez les médecins généralistes.

Depuis les débats houleux suscités par l'adoption de la loi Veil¹, l'évolution des mentalités des médecins concernant l'IVG n'est pas évidente.

L'IVG est donc un sujet singulier, qui reste « pas tout à fait comme les autres »⁹, car « peu de questions de santé publique mettent autant en jeu des points de vue personnels éthiques, religieux, philosophiques, moraux et politiques »⁹.

Malgré les convictions de chacun, il faut cependant répondre à la demande des femmes, sachant qu'une « norme contraceptive » est illusoire, puisqu'elle ne prend pas en compte les « situations à risque » conduisant ces patientes à l'IVG.

Même s'ils n'interviennent pas directement dans la prise en charge des IVG, tous les médecins, généralistes et gynécologues, doivent « *au moins être en capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuses d'une intervention* »⁹.

En effet, en cas d'application de la clause de conscience, le praticien a lui aussi une obligation légale : il doit communiquer à la patiente « *immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'art. L. 2212-2* »⁴⁰.

2.3.8 Nombre de demandes

La crainte d'être submergé par le nombre de demandes d'IVG médicamenteuses dans leur cabinet est mentionnée par 18 % des médecins.

Cependant, les données actuelles montrent que les professionnels conventionnés ont une activité très variable, en rapport avec l'orientation qu'ils souhaitent donner à leur exercice.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, certains praticiens ne déclarent aucune IVG tandis que d'autres ont un exercice important, pouvant être comparé à celui des établissements hospitaliers. L'un des médecins généralistes indique par exemple avoir pratiqué 247 IVG en 2010¹⁰. Quelques médecins généralistes ont orienté leur activité exclusivement autour de la gynécologie, c'est donc par choix qu'ils réalisent un grand nombre d'IVG¹⁰.

À l'échelon national, les trois quarts des médecins conventionnés pratiquent en moyenne cinq IVG par mois et 11 % n'en déclarent aucune⁹.

Cette crainte de l'effet « boule de neige » est forte chez les gynécologues qui l'invoquent à 25 %. Les médecins généralistes sont 14 % à ressentir cette appréhension.

Cette nuance entre les deux spécialités tient probablement au recrutement des patientes souhaitant une IVG médicamenteuse en ville. En effet, le gynécologue peut potentiellement recevoir des patientes adressées par des confrères généralistes, en plus des demandes de sa propre clientèle.

Cette appréhension se retrouve aussi chez les gynécologues libéraux déjà conventionnés qui « *semblent craindre également de voir une partie trop importante de leur activité préemptée par les IVG en raison de situations de tension sur les délais* » et parfois ils « *ne se signalent pas aux plates-formes téléphoniques régionales pour cette raison* »²⁷.

Pour franchir cet obstacle, il faut expliquer aux médecins que le développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet n'a pas pour objectif de se substituer à la prise en charge hospitalière, et qu'il ne signifie en rien le désengagement du secteur public. Cette technique contribue à une nouvelle offre de soin pour les patientes. Les activités libérale et hospitalière répondent par leur complémentarité à la demande des patientes puisque « *méthode qui a été choisie par la patiente sera mieux supportée par elle* »²⁷.

2.3.9 Désintérêt pour l'IVG

Dans notre enquête, leur désintérêt pour l'IVG est un obstacle pour 13 % des praticiens ; ce chiffre s'élève à 14 % des médecins généralistes et 2 % des gynécologues.

Cette désaffection pour l'IVG peut résulter du manque de formation initiale théorique et pratique des médecins qui « *n'auront pas été préparés à l'accueil, l'écoute et la prise en charge des femmes demandeuses d'IVG, à l'explication des différentes méthodes, (í) très peu d'entre eux auront eu l'occasion de se former à la pratique des actes eux-mêmes* »²⁷.

Dans la suite de leur carrière, les praticiens ne sont pas davantage incités à s'investir dans l'orthogénie qui est très peu valorisée dans le milieu médical : « *peu de possibilité d'évolution de carrière, mauvaise image et considération auprès des pairs, rémunération médiocre...* »¹⁸.

Mais ce manque d'intérêt de la part de certains médecins pour l'IVG ne doit en aucun cas retentir sur la prise en charge des patientes. Les médecins généralistes, comme les gynécologues libéraux, étant les interlocuteurs privilégiés pour les femmes en demande d'IVG, ils se doivent d'être suffisamment armés pour les orienter correctement. L'IGAS rappelle ainsi que « *tous les médecins généralistes ou gynécologues, même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité d'IVG, seront confrontés au cours de leur pratique à cette question et devront au moins être en capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuses d'une intervention* »⁹.

Ce désintérêt pour l'IVG peut être consécutif à l'idée qu'elle n'est pas une activité médicale à part entière ; or, tous les médecins y sont confrontés puisque c'est une « *composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive* »⁹.

Les instances médicales doivent réaliser un effort d'information dans ce sens pour rappeler que l'IVG est « *une activité de soins au même titre qu'une autre, à réintégrer dans un contexte de prévention* »¹⁸.

2.3.10 Acte peu valorisant

Dans notre étude, l'IVG apparaît comme un acte peu valorisant pour 9 % des médecins, ce qui les démobilise pour en réaliser dans leur cabinet.

Cette image peu attractive de l'IVG persiste donc chez une faible partie des médecins et résulte de plusieurs phénomènes.

Tout d'abord, l'IVG reste un sujet délicat dans la société actuelle. Ainsi dans une enquête réalisée en Bretagne, les médecins interrogés reconnaissent qu'il « s'agit d'un sujet encore tabou »¹⁹.

Peu de thèmes exposent autant aux opinions personnelles dans les domaines éthiques et moraux que l'IVG. Peu d'actes comportent autant de représentations erronées et de préjugés, tant sur les femmes qui le demandent que sur les médecins qui le pratiquent.

L'orthogénie est, au sein du milieu médical, considérée parfois comme une « sous-activité », les médecins qui y collaborent étant eux-mêmes « peu considérés par leurs pairs »⁹. Elle est dévalorisée au point de ne pas être signalée dans certains établissements de santé : « l'activité d'IVG est parfois totalement absente, ou camouflée sous des appellations diverses. »⁹.

La faible diffusion envers le public et les professionnels de santé et le manque d'analyse des informations concernant l'IVG, participe aussi à sa stigmatisation. Ainsi « l'IVG demeure un domaine où les données objectives s'effacent souvent devant les impressions, lesquelles reflètent souvent les positionnements voire des a priori. Ainsi certains font-ils état d'une augmentation des avortements de « confort », alors que selon d'autres, les femmes ont de plus en plus de mal à obtenir des IVG dans le système hospitalier »⁹.

Les IVG pâtissent également d'être pratiquées dans des « conditions d'exercice souvent médiocres »⁹ et d'être « non prioritaires pour l'attribution de moyens »⁹.

C'est pourquoi dans ses dernières recommandations, l'IGAS souhaite inscrire l'IVG « comme une activité de santé à part entière dans les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et les établissements de santé »²⁷. L'objectif affiché est d'assurer l'affectation correcte des moyens financiers et humains qui lui sont attribués.

L'évolution de carrière des médecins qui s'y adonnent est également peu porteuse. Parmi « *les praticiens hospitaliers, tous ne bénéficient pas d'une progression de carrière équivalente à celle des praticiens intervenant dans d'autres spécialités* »²⁷.

Là aussi, les recommandations de l'IGAS visent à enrayer ce constat en incluant la pratique de l'IVG dans « *une activité d'orthogénie s'inscrivant comme une étape de carrière au même titre que d'autres activités* »²⁷ et en assurant « *un traitement égal entre professionnels du même pôle en termes de progression de carrière comme de rémunération* »²⁷.

Toutes ces raisons dévalorisent l'activité d'orthogénie et découragent ni les internes ni les médecins à s'engager dans cette voie. Or, cette désaffection pose de véritables problèmes pour le renouvellement des praticiens issus de la génération « militante », qui assurent « *la pratique de l'IVG au quotidien et qui atteignent l'âge du départ à la retraite* »⁹.

Il est donc impératif que les pouvoirs publics restaurent l'image de l'IVG, et plus largement de l'orthogénie, pour maintenir des effectifs suffisants dans cette filière.

Dans notre enquête les résultats sont hétérogènes entre les deux spécialités : 5% des gynécologues et environ le double (11 %) de médecins généralistes invoquent cette dévalorisation de l'IVG comme obstacle à leur implication dans le dispositif en ville.

Cette différence provient du fait que les médecins généralistes soient moins informés et sensibilisés à cette pratique pendant leurs études et leurs formations post-universitaires. Ils sont alors probablement plus sensibles aux préjugés qui entourent l'IVG.

2.3.11 Crainte d'avoir une « étiquette »

Dans notre étude, 7 % des praticiens craignent d'être étiquetés « médecins avorteurs » s'ils réalisent des IVG médicamenteuses en ville. Cet obstacle est retrouvé pour 10 % des médecins généralistes et seulement 2 % des gynécologues.

Les résultats d'une étude¹⁹ ne corroborent pas cette crainte du jugement, puisque parmi les 18 médecins généralistes interrogés, tous affirment que la réaction de leur patientèle ne les empêcherait pas de passer une convention.

L'appréhension face à la stigmatisation de la part des patients, des confrères, ou d'autres personnes démontre encore une fois que l'IVG reste un sujet tabou dans notre société.

2.3.12 Désintérêt pour la gynécologie

Notre enquête compte 10 % de médecins généralistes désintéressés par la gynécologie, donc *a fortiori* par la pratique d'IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

2.3.13 Obtention de l'échographie

Notre étude dénombre 8 % de médecins généralistes freinés par la difficulté à obtenir l'échographie en vue de pratiquer une IVG médicamenteuse dans leur cabinet.

En Île-de-France³³ l'accès délicat à l'échographie, causé par la longueur du délai de rendez-vous ou le coût de l'examen, est également mis en évidence.

Nous constatons que l'obtention rapide de cet examen ne constitue pas une difficulté majeure pour les médecins généralistes.

2.3.14 Acte mal rémunéré

Dans notre enquête, la faible rémunération de l'IVG médicamenteuse en ville est le dernier obstacle notifié par les praticiens (4 % d'entre eux).

Il existe un écart substantiel entre les gynécologues (10 %) et les médecins généralistes (1 %) sur cette question.

Cette différence entre spécialistes est également retrouvée parmi les professionnels exerçant exclusivement en ville, conventionnés pour réaliser des IVG médicamenteuses. Les médecins généralistes sont 9,2 % à se trouver en difficulté face à la faible rémunération de l'acte, contre 83,2 % de gynécologues¹⁷.

Le montant des forfaits IVG est fixé par arrêté ministériel : « *les modalités de fixation du prix de l'IVG sont donc spécifiques et relèvent, en vertu de l'article L 162-38 du CSS, d'un arrêté du Ministre de la santé fixant un prix plafond* »²⁷. L'IVG n'est pas inscrite à la nomenclature des actes médicaux, ce qui contribue à sa stigmatisation. L'IGAS a donc publié des recommandations visant à revaloriser le forfait IVG « *à un niveau permettant d'en couvrir les coûts* » et à « *inscrire l'activité de l'IVG dans le droit commun de la tarification hospitalière fondée sur les coûts* »²⁷.

Actuellement le forfait IVG médicamenteuse en ville est chiffré à 191,74 euros, alors que le même acte effectué en établissements de santé est coté à 257,91 euros⁴¹. Cette différence peut corroborer l'impression de travailler à « faible coût », ressentie par certains praticiens.

S'ajoute à cela leur appréhension par rapport à une éventuelle « surprime » de leur assurance responsabilité civile et professionnelle, ce qui est rare selon le REVHO³⁹.

Le remboursement par l'assurance maladie est de 80 % pour une IVG pratiquée à l'hôpital, et de 70 % pour une IVG médicamenteuse réalisée en ville.

Cette inégalité peut également être un frein au développement de la méthode puisque : « *chez le médecin libéral, la femme doit faire l'avance des frais (hormis les situations de CMU et AME), ce qui n'est parfois pas possible* »¹⁸.

L'AGAS préconise justement qu'une attention particulière soit portée « *à la question du reste à charge pour les femmes qui réalisent une IVG, tant pour ce qui concerne la couverture du ticket modérateur que le problème des dépassements d'honoraires que le système de forfait n'a pas su empêcher* »²⁷.

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale présenté le 1^{er} octobre 2012 inclut justement un changement concernant le remboursement et la revalorisation de l'IVG.

Le gouvernement « *souhaite mettre en œuvre le remboursement de l'IVG à 100 % pour toutes les femmes* » et il prévoit « *de procéder à une revalorisation des tarifs de l'IVG pour les mettre en cohérence avec les coûts réels des établissements et garantir un accompagnement suffisant des femmes demandant une IVG* »⁴². Dans ce projet de Loi, il n'est pas précisé si le forfait IVG médicamenteuse en ville sera lui aussi revalorisé.

2.4 Portrait des médecins souhaitant réaliser des IVG médicamenteuses en ville

2.4.1 Proportion de professionnels intéressés

Même si la majorité des médecins ne sont pas intéressés par la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville, 22 % d'entre eux est motivé par cet objectif. Ce chiffre démontre qu'il existe un réel enjeu pour les pouvoirs publics à cibler ces médecins dans le but de développer la technique dans la région.

En extrapolant les résultats de notre étude à l'échelle des 4 592 médecins généralistes et gynécologues libéraux de la région, 1 010 conventions seraient signées, contre 23 actuellement¹⁰.

Nous constatons une très grande disproportion entre la réalité concernant le nombre de médecins conventionnés et les chiffres qui seraient obtenus si les médecins effectivement motivés pour pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet menaient à terme leur projet.

2.4.2 Profil des médecins intéressés

Les praticiens motivés pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville sont majoritairement des médecins généralistes, même s'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux spécialités. En pratique sur la région, presque un quart d'entre eux (24 %) sont intéressés, il y a donc un réel attrait pour cette technique, malgré les obstacles évoqués précédemment.

Parmi les médecins généralistes, 83 % de ceux qui sont motivés réalisent des actes de gynécologie dans leur cabinet ($p = 0.00677$).

Dans notre étude, l'attrait des praticiens pour la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville n'est pas variable selon le sexe, l'âge, le lieu d'exercice et la zone d'installation des médecins, notre effectif est probablement trop faible pour faire ressortir un profil.

Toutes ces constatations impliquent le développement de séances d'information et de formations adaptées au besoin des médecins généralistes, ciblées vers ceux qui pratiquent des actes de gynécologie, et « délocalisées » dans différentes villes de la région pour permettre un accès à tous.

2.4.3 Les motivations des médecins favorables à la réalisation d'IVG médicamenteuses dans leur cabinet

Les principales motivations des praticiens pour réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet sont : la prise en charge globale des patientes pour 77 %, un accès plus rapide à la méthode pour les femmes chez 74 % et leurs convictions personnelles pour 32 %.

Dans les deux sous-populations sondées, les résultats sont superposables.

Dans plusieurs enquêtes interrogeant les médecins qui pratiquent déjà des IVG médicamenteuses dans leur cabinet, les mêmes motivations sont identifiées : « l'intérêt de proposer ce service supplémentaire à leurs patientes, (i) les convictions personnelles »⁴³ ; « le souci de rendre service à leurs patientes ou à des femmes confrontées à des difficultés d'accès en établissement hospitalier »⁹.

Le constat de la DRESS concernant les motivations des professionnels libéraux exclusifs est similaire : une prise en charge plus complète des femmes pour 63,5 % des généralistes et 65,6 % des gynécologues, et la demande des patientes pour 44,3 % des généralistes et 52,3 % des gynécologues¹⁷.

2.4.4 Type de formation plébiscitée par les médecins souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville

Les professionnels motivés pour réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet plébiscitent en majorité (71 %) la Formation Médicale Continue.

Il existe une nuance entre les médecins généralistes, choisissant pour la plupart ce type d'enseignement (83 %), et les gynécologues qui préfèrent à 50 % les formations indemnisées.

Cette différence peut s'expliquer par l'existence de « réseaux locaux » de formations médicales continues entre généralistes qui fonctionnent efficacement.

Les DU et Attestations Universitaires d'Études Complémentaires ne sont pas prisés des praticiens. Ces formations sont contraignantes en termes de charge de travail à fournir : enseignement théorique avec un volume horaire important, stages pratiques et parfois rédaction d'un mémoire, et en termes d'accessibilité pour les médecins éloignés du CHU.

Elles ne répondent pas aux besoins des médecins, que ce soit les gynécologues ou les médecins généralistes ; or ce sont quasiment les seules formations dispensées dans la région sur le sujet.

En effet, il est constaté que *« les formations continues sur le sujet sont rares. Peu d'enseignements post-universitaires (EPU) sont proposés sur ce thème en formation en direction de la médecine libérale »*¹⁸.

Cependant l'IGAS recommande *« décourager la mise en place de diplômes universitaires (DU) intégrant les différents personnels de santé impliqués dans l'activité d'IVG et d'orthogénie »*⁹. Les orientations actuelles des instances officielles sont donc en contradiction apparente avec les aspirations des médecins.

Les formations ciblées sur l'IVG médicamenteuse en ville dispensées par le REVHO semblent davantage correspondre aux attentes des praticiens. L'enseignement théorique s'étale sur une journée, elles sont délivrées dans toute la région Île-de-France et sont indemnisées³⁹. Le REVHO propose également des enseignements aux praticiens de centres d'orthogénie d'autres régions, pour qu'ils forment à leur tour les médecins de leur région.

Mais le REVHO n'a pas vocation à se substituer au rôle des ARS, qui doivent s'investir dans cette mission. C'est pourquoi l'IGAS recommande de *« favoriser l'inscription dans un réseau ville-hôpital et d'en prévoir le financement »*²⁷ pour développer l'IVG médicamenteuse en ville.

CONCLUSIONS

Notre étude démontre que les freins au développement de l'AVG médicamenteuse en ville sont multiples, selon les praticiens libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais.

Le manque de disponibilité, les craintes médico-légales, la lourdeur de la charge de travail administratif, le défaut de formation pratique, l'appréhension face à la gestion des complications médicales, les convictions personnelles, l'insuffisance de formation théorique, et la peur du nombre élevé de demandes sont les principaux obstacles rencontrés par les médecins.

En revanche, la difficulté d'obtention de l'échographie est un obstacle mineur, tout comme la faible rémunération de l'acte.

Les résultats obtenus dans les deux sous-populations comportent des nuances, puisque les convictions personnelles sont la seconde cause invoquée par les gynécologues qui refusent de pratiquer cet acte. Parmi les médecins généralistes, les craintes médico-légales et le défaut de formation pratique sont les obstacles essentiels.

Une information envers tous les médecins généralistes et gynécologues de la région sur la technique permettrait de lever un nombre élevé de craintes et représentations erronées sur un acte qui reste encore tabou actuellement. La création d'un réseau « ville-hôpital » pour l'orthogénie sur le modèle du REVHO en Île-de-France, pourrait contribuer à la mobilisation et à l'engagement des praticiens dans cette activité.

Au niveau national, l'harmonisation des textes officiels avec les recommandations professionnelles, la simplification des démarches administratives et l'intégration dans la formation médicale initiale d'un enseignement sur l'orthogénie semblent être des mesures indispensables pour mobiliser les médecins. La revalorisation de l'AVG et l'amélioration des conditions de son remboursement sont des dispositions intégrées au Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale qui sera examiné en Conseil des ministres le 10 octobre 2012.

Dans notre enquête, 22% des praticiens sont intéressés par la réalisation de l'IVG médicamenteuse dans leur cabinet, et ce sont en majorité des médecins généralistes.

Ils évoquent deux motivations principales : la prise en charge globale de leurs patientes et, pour les femmes, un accès plus rapide à la méthode.

La plupart des médecins généralistes souhaitent une formation médicale continue pour se former à cet acte. Les gynécologues motivés pour cette pratique plébiscitent, quant à eux, les formations indemnisées.

Pour répondre à la demande des praticiens qui souhaitent pratiquer des IVG médicamenteuses en ville, l'ARS, en collaboration avec les CIVG pourrait proposer des formations comme celles dispensées par le REVHO. Ce dernier élabore un enseignement théorique s'étalant sur une journée, indemnisé, délocalisé en région et accordant des « crédits » pour la formation médicale continue, accompagné d'une formation pratique de quelques jours dans les CIVG.

La mise en place de réseaux « ville-hôpital » dans toutes les régions semble donc indispensable pour développer l'information, l'attrait et la formation des médecins sur la méthode de l'IVG médicamenteuse en ville.

Signatures du jury

Président : Monsieur le Professeur Subtil Damien	Assesseur : Monsieur le Professeur Amouyel Philippe
Assesseur : Monsieur le Docteur Messaadi Nassir	Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Perez Stéphane

BIBLIOGRAPHIE

¹ LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse [en ligne]. JO du 18 janvier 1975, p. 739-741. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp> (consulté le 18/08/2012)

² VEIL S. *Une vie*. Paris : Editions Stock, 2007, 398 p. ISBN 978-2-234-05817-0

³ LOI n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [en ligne]. JO du 1^{er} janvier 1980, p. 3-4. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000705056&dateTexte=20120827> (consulté le 18/08/2012)

⁴ LOI n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure [en ligne]. JO du 1^{er} janvier 1983, p.15. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704429&dateTexte=20110401> (consulté le 18/08/2012)

⁵ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé, version consolidée au 27 mai 2003, modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur [en ligne]. JO n° 105 du 5 mai 2002, p. 8658, texte n° 70. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000590871&dateTexte=20080715&fastPos=1&fastReqId=1599287530&oldAction=rechTexte> (consulté le 18/08/2012)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesses hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire) [en ligne]. JO n°152 du 2 juillet 2004, p. 12061, texte n° 27. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000803677&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 18/08/2012)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse [en ligne]. JO n° 0107 du 8 mai 2009, p. 7808, texte n° 26. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020592043&categorieLien=id> (consulté le 18/08/2012)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DGS/SD 6 D n° 2003-631 du 30 décembre 2003 relative aux modalités d'application et au suivi de dispositifs mis en œuvre par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [en ligne]. BO du ministère chargé de la santé n° 2004/2, p. 547-550. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-02/a0020107.htm> (consulté le 18/08/2012)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé [en ligne]. BO du ministère chargé de la santé, n° 2004/50, p. 277-302. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-50/a0503304.htm> (consulté le 18/08/2012)

⁶ LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [en ligne]. JO n° 156 du 7 juillet 2001, p. 10823, texte n° 1. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 18/08/2012)

-
- ⁷ BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Population et sociétés, bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques* [en ligne], 2004 ; (407) : 1-4. Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/36878/telechargement_fichier_fr_pop.et.soc.francais.407.pdf (consulté le 01.09.2012)
- ⁸ VILAIN A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2010* [en ligne]. Études et résultats n° 804. Paris : DRESS, 2012. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf> (consulté le 02.09.2012).
- ⁹ AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D. *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 N°RM2009-112P* [en ligne]. Paris : IGAS, 2009. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf> (consulté le 03/09/2012).
- ¹⁰ Document interne de l'ARS Nord-Pas-de-Calais : Bilan du SROS III : perspectives SROS-PRS, 2011.
- ¹¹ ROBLIN P., SHOJAI R. Les avantages de l'IVG médicamenteuse. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique* [en ligne]. 2011 ; (153) : 17-19. Disponible sur : <http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/153/03.pdf> (consulté le 10/09/2012)
- ¹² SEIDENBERG A., VON CASTELBERG B., STUTZ B., MAGGI B., OERTLE D., DIGGELMANN H. Interruptions de grossesse ambulatoires médicamenteuses au cabinet? Une comparaison prospective de 552 cas. *Primary Care* [en ligne]. 2009 ; 9 (11) : 210-212. Disponible sur: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2009/2009-11/2009-11-106.PDF> (consulté le 10/09/2012)
- ¹³ BAJOS N. *Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre. In : La santé des femmes en France* [en ligne]. Paris : DREES Collection Etudes et Statistiques, La Documentation française, 2009 : 108. Disponible sur : http://www.entrepaticiens.net/sites/default/files/dossiers/sante_femmes_2009.pdf (consulté le 10/09/2012)
- ¹⁴ <http://www.pagesjaunes.fr>
- ¹⁵ WESTERMANN J. *Démographie des professionnels de santé, Etat des lieux en région Nord-Pas-de-Calais* [en ligne]. Lille : ARS Nord-Pas-de-Calais, 2012. Disponible sur : http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Votre_ARS/votre_ars/publication/Etat_des_lieux_version_definitive2012.pdf (consulté le 15/09/2012)
- ¹⁶ ARS Nord-Pas-de-Calais. *L'offre de soins de ville. Partie C : la prise en charge. In : Atlas Régional et Territorial de Santé 2011 du Nord-Pas-de-Calais* [en ligne]. Lille : Direction de la stratégie, des études et de l'évaluation, Service Information et Communication, 2011. Disponible sur : http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/atlas_regional_santenpdc2011-opt2.pdf (consulté le 15/09/2012)
ISBN : 978-2-11-099-333-5
- ¹⁷ COLLET M. *Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. In : REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES L'interruption volontaire de grossesse*. Paris : La documentation Française, 2011 : 86-115
- ¹⁸ ACRN-AP, ANDASS. *Rapport du groupe de travail n°2 portant sur l'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG)* [en ligne]. Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. Paris : Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011-2.pdf (consulté le 15/09/2012)
- ¹⁹ NÈVE Églantine. *Facteurs entravant le développement de l'IVG médicamenteuse en ville par les médecins généralistes*. Th. D.: Méd : Université de Rennes 1 : 2011, n° 2011REN1M060, 131 f.
- ²⁰ VILAIN A. *Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. In : REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES L'interruption volontaire de grossesse*. Paris : La documentation Française, 2011 : 116-147

-
- ²¹ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, DICOM. Interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé, Livret d'information à l'intention des médecins [en ligne]. Ministère de la Santé et des Sports, Paris : 2009. Disponible sur : http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/2_Votre_sante/Prevenir_les_risques/contraception_ivg/ivg_horsets.pdf (consulté le 17/09/2012)
- ²² NOUYRIGAT E., DOSQUET P. Recommandations de bonne pratique : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [en ligne]. HAS, Paris : 2010. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf (consulté le 17/09/2012)
- ²³ GAUDU S. *IVG médicamenteuse en ville : l'expérience du réseau francilien* [en ligne]. In : Colloque organisé par le REVHO à la Sorbonne (2008, Paris, France). *L'IVG « à la maison », un choix et un progrès pour la santé des femmes ?* Paris : 2008. Disponible sur : http://www.revho.fr/accueil_pre_pro/documents_pdf/REVHO_S_Gaudu_8_03_08.pdf (consulté le 18/09/2012).
- ²⁴ CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Annexe de la deuxième partie 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. Article Annexe 22-1, modifié par Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 6 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00006908105&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 18/09/2012)
- ²⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire DHOS/O1/DGS/MC1 n° 2007-270 du 5 juillet 2007 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs. Actualisation des données [en ligne]. BO du ministère chargé de la santé, n° 2007/7. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-07/a0070154.htm> (consulté le 19/09/2012)
- ²⁶ VANHECKE E. *L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis*. Rennes : ENSP, 2006, 65 p.
- ²⁷ AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D. *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse* N°RM2009-098A [en ligne]. Paris : IGAS, 2009. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000051/0000.pdf> (consulté le 20/09/2012)
- ²⁸ CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Partie réglementaire, deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant. Livre II : Interruption volontaire de grossesse. Titre Ier : dispositions générales. Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Section 3 : Conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé. Article R2212-17 [en ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=AF109FCED39C05BBB793DEE8B30AA694.tpdjo14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911497&dateTexte=20121001&categorieLien=cid#LEGIARTI000006911497 (consulté le 20/09/2012)
- ²⁹ CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Partie réglementaire, deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant. Livre II : Interruption volontaire de grossesse. Titre Ier : dispositions générales. Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Section 3 : Conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé. Article R2212-10, modifié par Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 2 [en ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=AF109FCED39C05BBB793DEE8B30AA694.tpdjo14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020602220&dateTexte=20121001&categorieLien=id#LEGIARTI000020602220 (consulté le 20/09/2012)
- ³⁰ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, DICOM. Interruption volontaire de grossesse dossier-guide [en ligne]. Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, Paris : 2007. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf (consulté le 20/09/2012)
- ³¹ BIENVENÛE Thibault. *IVG médicamenteuse en ville : quels obstacles à sa diffusion ? : Enquête auprès de 205 médecins généralistes en Bretagne*. Th. D. : Méd : Université de Rennes 1 : 2012, n° 2012REN1M023, 95 f.

-
- ³² LE MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE, LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [en ligne]. JO n° 233 du 6 octobre 2004, p. 17076, texte n° 23. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B8DF0195DB42AA78F731D3F8C052AA33.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=20121002 (consulté le 20/09/2012)
- ³³ POLETTI B. Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [en ligne]. N°1206 Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp> (consulté le 21/09/2012)
- ³⁴ http://medecine.univ-lille2.fr/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/formations/aucc/ivg.pdf&t=1349272657&hash=bb0958e80510708ac21b332be9b1cf8e797930b7
- ³⁵ http://www.fc-medecine.uvsq.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=52:diplome-universitaire-de-gynecologie-preventive-et-contraceptive&catid=5:diplomesuniversitaires&Itemid=2
- ³⁶ [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/gynecologie-obstetrique-pma/diu-regulation-des-naissances-socio-epidemiologie-contraception-ivg-prevention-des-risques-lies-a-la-sexualite/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/gynecologie-obstetrique-pma/diu-regulation-des-naissances-socio-epidemiologie-contraception-ivg-prevention-des-risques-lies-a-la-sexualite/(language)/fre-FR)
- ³⁷ http://fc-sante.ujf-grenoble.fr/documents/catalogues_ formations.pdf
- ³⁸ http://www.univ-brest.fr/digitalAssets/6/6166_DUPSR.pdf
- ³⁹ http://www.revho.fr/accueil_pre_pro/pro_en_pratique.html
- ⁴⁰ CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Partie législative, deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant. Livre II : Interruption volontaire de grossesse. Titre Ier : Dispositions générales. Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Article L 2212-8 du code de la santé publique, modifié par la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 8 [en ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=50838237FDCEB4240D47AE3F1D9E6E69.tpdjo15v_3?idArticle=LEGIARTI000006687537&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080117 (consulté le 22/09/2012)
- ⁴¹ LA MINISTRE DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI, LE MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT ET LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse[en ligne]. JO n°0193 du 22 août 2009, p. 13785, texte n° 30. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6C1764E57343EF472F743E209FDDE9E9.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000020987475&dateTexte=20121004 (consulté le 22/09/2012)
- ⁴² LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, LE MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, LA MINISTRE DÉLÉGUÉE CHARGÉE DES PERSONNES AGÉES ET DE L'AUTONOMIE, LE MINISTRE DÉLÉGUÉ CHARGÉ DU BUDGET, LA MINISTRE DÉLÉGUÉE CHARGÉE DE LA FAMILLE, LA MINISTRE DÉLÉGUÉE CHARGÉE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION. Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale [en ligne]. Disponible sur : <http://www.economie.gouv.fr/files/projet-loi-finances-securite-sociale-plfss-2013.pdf> (consulté le 02/10/2012)
- ⁴³ GRIMBERT I. *Partie III : Présentation des résultats de l'enquête téléphonique auprès des médecins libéraux pratiquant l'IVG médicamenteuse en médecine ambulatoire. In Les interruptions volontaires de grossesses en Basse-Normandie* [en ligne]. Publication ORS de Basse-Normandie, 2007. Disponible sur : <http://www.orsbn.org/Etudes/EtudesComportementsEnvironnements/IVGBN.pdf> (consulté le 22/09/2012)

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACRN-AP : Association des Centres de Régulation des Naissances de l'Assistance Publique-hôpitaux de Paris

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AME : Aide Médicale de l'État

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception

ANDASS : Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des conseils généraux

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

BO: Bulletin Officiel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CSIS : Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DICOM : Délégation à l'Information et à la Communication

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction des Études de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JO: Journal Officiel

NFS : Numération Formule Sanguine

ORS : Observatoire Régional de la Santé

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

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

ANNEXES

I. Questionnaire

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête sur la perception de l'IBVG médicamenteuse par les médecins libéraux.

Merci de consacrer quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

Je vous joins une enveloppe pré-timbrée pour le retour.

Devance merci pour votre collaboration à ce travail.

BÉCUE Églantine, interne en médecine générale.

A) VOTRE PROFIL

- 1) Vous êtes : *(une seule réponse possible)*
 - Médecin généraliste
 - Gynécologue médical
 - Gynécologue obstétricien

- 2) Si vous êtes médecin généraliste, pratiquez-vous des actes de gynécologie, de manière régulière, dans votre cabinet ?
 - oui
 - non

- 3) Vous êtes :
 - un homme
 - une femme

- 4) Quel est votre âge ? ans

- 5) Dans quelle zone géographique exercez-vous ? *(une seule réponse possible)*
 - Métropole lilloise
 - Littoral
 - Artois
 - Hainaut

- 6) Êtes-vous installé en milieu : *(une seule réponse possible)*
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain

II. Compléments de résultats

2.1 Intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction des autres critères

Tableau XIV : intérêt du médecin pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de son sexe

	féminin	masculin	total
Non	45 (40 %)	68 (60 %)	113
Oui	15 (48 %)	16 (52 %)	31
total	60	84	144

Test du Chi2 : $p = 0.392$, ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Tableau XV : intérêt du médecin pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville en fonction de son lieu d'exercice

	Hainaut	Littoral	Artois	Métropole	total
Non	23 (21 %)	25 (22 %)	25 (22 %)	40 (35 %)	113
Oui	5 (16 %)	6 (19 %)	8 (26 %)	12 (39 %)	31
total	28	31	33	52	144

Test du Chi2 : $p = 0.913$, ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Tableau XVI : intérêt des médecins pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville en fonction de leur âge

	Effectif	Moyenne	Ecart type	Minimum	Médiane	Maximum
Non	113	53.858	8.387	34	55	71
Oui	31	50.71	8.047	31	53	63

Test de Student : $p = 0.0639$, ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Figure 17 : répartition des médecins en fonction de l'âge et de leur intérêt pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville

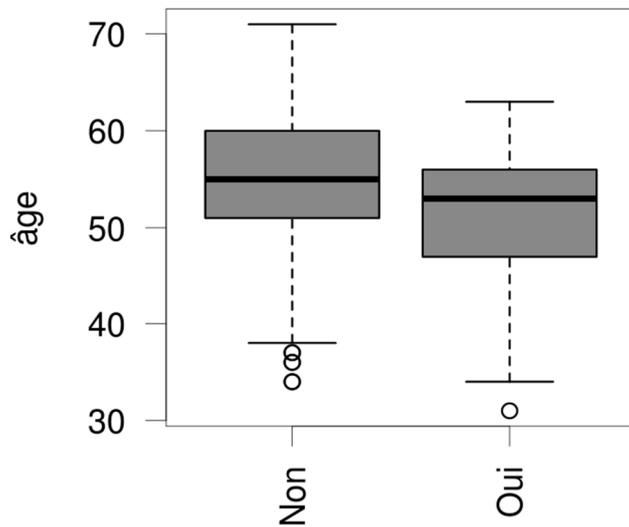


Tableau XVII : intérêt du médecin pour la réalisation d'IVG médicamenteuse en ville en fonction de sa zone d'installation

	rurale	semi-rurale	urbaine	total
Non	11 (10 %)	31 (27 %)	71 (63 %)	113
Oui	2 (6 %)	9 (29 %)	20 (65 %)	31
total	13	40	91	144

Test de Fisher exact : $p = 0.91$, ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

2.2 Motivations des médecins généralistes et gynécologues pour réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet

Tableau XVIII : motivations des médecins généralistes souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville, effectif = 23

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
accès plus rapide pour la patiente	19	83	[61.22-95.05]
prise en charge globale des patientes	19	83	[61.22-95.05]
conviction personnelle	8	35	[16.38-57.27]
intérêt pour l'IVG	4	17	[4.95-38.78]
diversifier son activité médicale	3	13	[2.78-33.59]
autres motivations	1	4	[0.11-21.95]

Figure 18 : répartition médecins généralistes en fonction de leurs motivations pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville

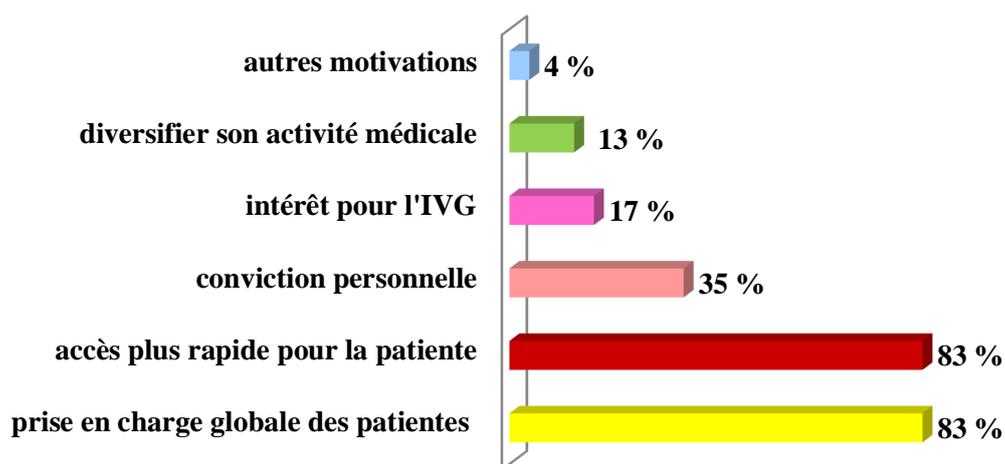
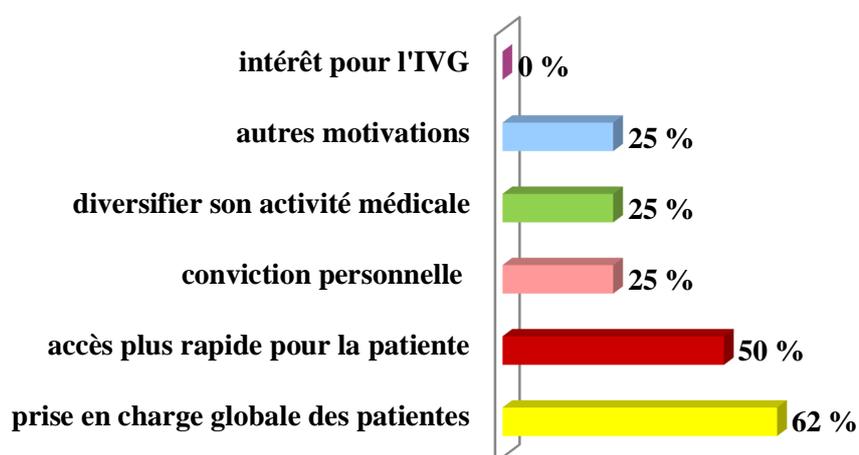


Tableau XIX : motivations des gynécologues médicaux et obstétriciens souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville, effectif = 8

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
prise en charge globale des patientes	5	62	[24.49-91.48]
accès plus rapide pour la patiente	4	50	[15.7-84.3]
diversifier son activité médicale	2	25	[3.19-65.09]
conviction personnelle	2	25	[3.19-65.09]
autres motivations	2	25	[3.19-65.09]
intérêt pour l'IVG	0	0	[0-36.94]

Figure 19 : répartition des gynécologues médicaux et obstétriciens en fonction de leurs motivations pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville



2.3 Type de formation plébiscitée par les médecins généralistes et les gynécologues souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet

Tableau XX : type de formation plébiscité par les médecins généralistes souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville, effectif = 23

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Formation Médicale Continue	19	83	[61.22-95.05]
formations indemnisées	12	52	[30.59-73.18]
soirées thématiques	10	43	[23.19-65.51]
Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires	2	9	[1.07-28.04]
Diplôme Universitaire	1	4	[0.11-21.95]

Figure 20 : répartition des médecins généralistes en fonction du type de formation souhaité pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville

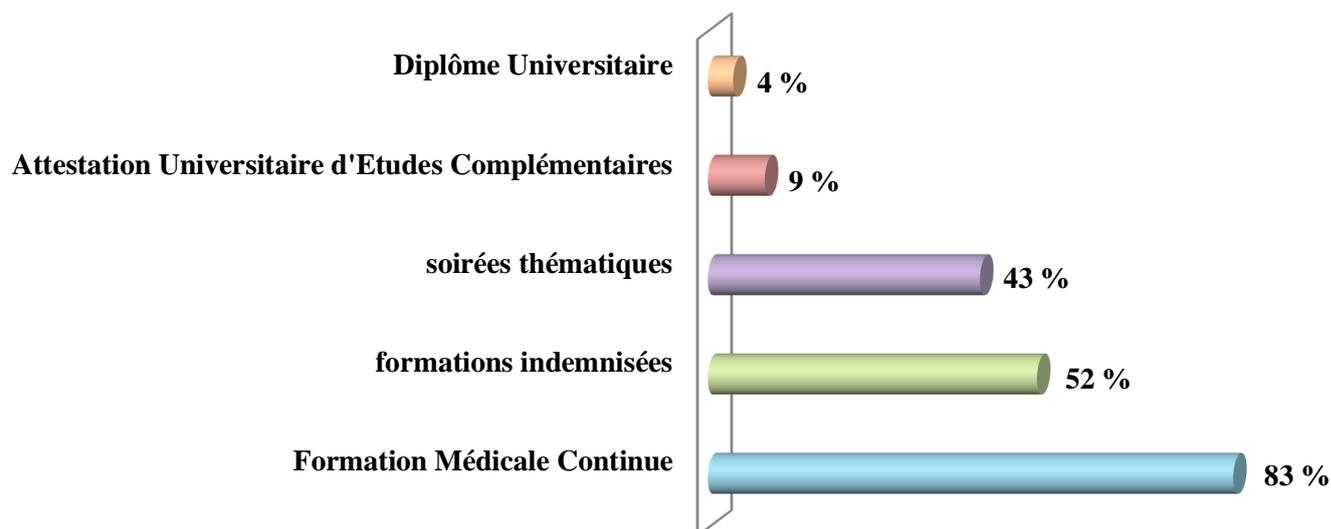
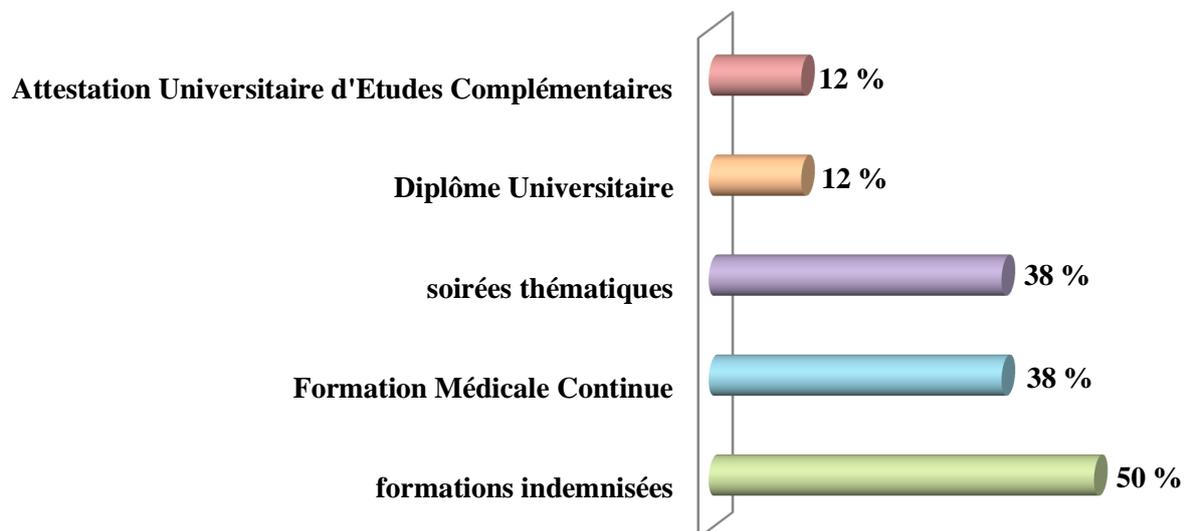


Tableau XXI : type de formation plébiscité par les gynécologues médicaux et obstétriciens souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville, effectif = 8

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
formations indemnisées	4	50	[15.7-84.3]
Formation Médicale Continue	3	38	[8.52-75.51]
soirées thématiques	3	38	[8.52-75.51]
Diplôme Universitaire	1	12	[0.32-52.65]
Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires	1	12	[0.32-52.65]

Figure 21 : répartition des gynécologues médicaux et obstétriciens en fonction du type de formation souhaité pour réaliser des IVG médicamenteuses en ville



III. Autres résultats du questionnaire non détaillés dans la thèse portant sur l'évaluation des connaissances des médecins à propos de l'IVG médicamenteuse en ville

3.1 Procédure d'IVG médicamenteuse possible en ville

Tableau XXII : connaissance par les médecins de la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Oui	104	71	[63.17-78.42]
Non	42	29	[21.58-36.83]

Tableau XXIII : connaissance par les médecins généralistes de la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Oui	55	57	[46.78-67.34]
Non	41	43	[32.66-53.22]

Tableau XXIV : connaissance par les gynécologues médicaux et obstétriciens de la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses en ville

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Oui	49	98	[89.35-99.95]
Non	1	2	[0.05-10.65]

3.2 Connaissance d'un médecin correspondant qui pratique des IVG médicamenteuses en ville

Tableau XXV : connaissance par le médecin d'un confrère qui pratique des IVG médicamenteuses en ville

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Non	66	63	[53.45-72.69]
Oui	38	37	[27.31-46.55]

3.3 Adresser une patiente à un médecin correspondant pour une IVG médicamenteuse en ville

Tableau XXVI : le médecin a déjà adressé une patiente à son correspondant pour faire une IVG médicamenteuse en ville

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Oui	32	84	[68.75-93.98]
Non	6	16	[6.02-31.25]

3.4 Connaissance des délais légaux pour réaliser une IVG

Tableau XXVII : délai légal en semaines d'aménorrhée pour pratiquer une IVG médicamenteuse en ville

	Effectif	Moyenne	Écart. type	Minimum	Quartile.1	Médiane	Quartile.3	Maximum
valeur	92	7.826	2.328	3	7	7	8	16

Figure 22 : répartition des réponses des médecins concernant le délai légal en semaines d'aménorrhée pour pratiquer une IVG médicamenteuse en ville

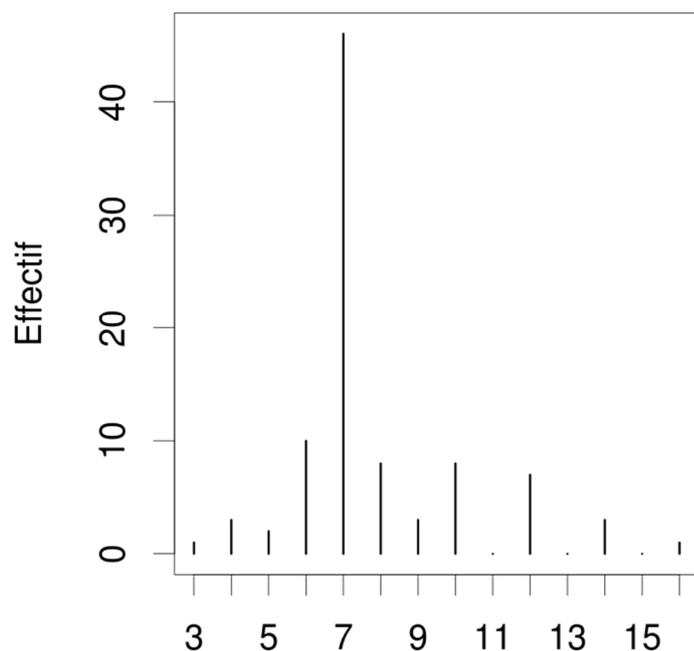


Tableau XXVIII : connaissance par les médecins du délai maximum légal de 7 semaines d'aménorrhée pour pratiquer une IVG médicamenteuse en ville

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Non	46	50	[39.39-60.61]
Oui	46	50	[39.39-60.61]

Tableau XXIX : connaissance du délai légal pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville en fonction de la spécialité du médecin

	Non	Oui	total
gynécologie médicale ou obstétrique	14 (36.84 %)	24 (63.16 %)	38
médecine générale	32 (59.26 %)	22 (40.74 %)	54
total	46	46	92

Test du Chi2 : $p = 0.0342$, ce résultat est statistiquement significatif.

Figure 23 : répartition des médecins en fonction de leur spécialité et de leur connaissance du délai légal pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville

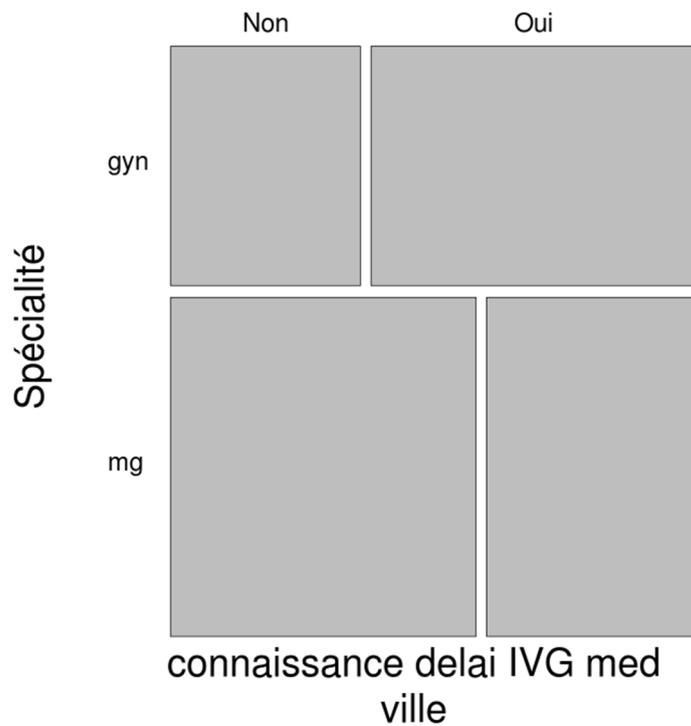


Tableau XXX : délai légal en semaines d'aménorrhée pour pratiquer une IVG médicamenteuse à l'hôpital

	Effectif	Moyenne	Écart. type	Minimum	Quartile.1	Médiane	Quartile.3	Maximum
valeur	101	8.931	2.647	4	7	8	10	18

Figure 24 : répartition des réponses des médecins concernant le délai légal en semaines d'aménorrhée pour pratiquer une IVG médicamenteuse à l'hôpital

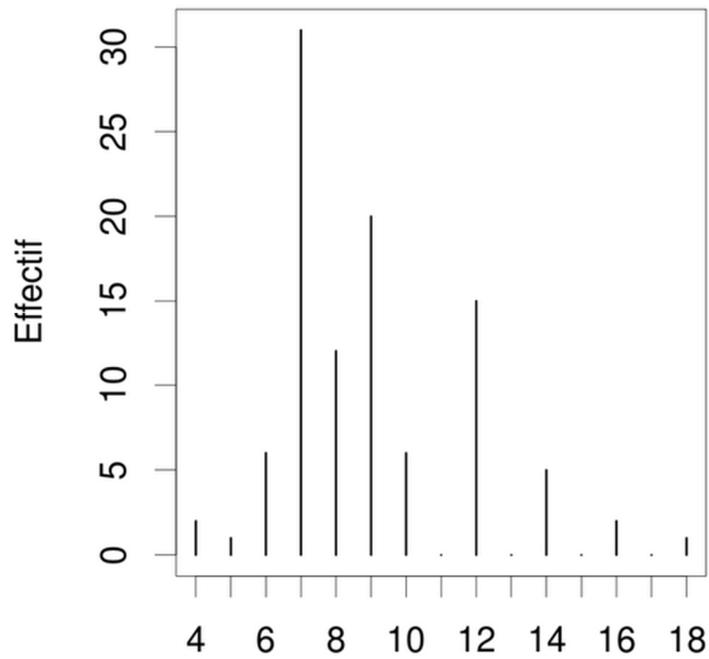
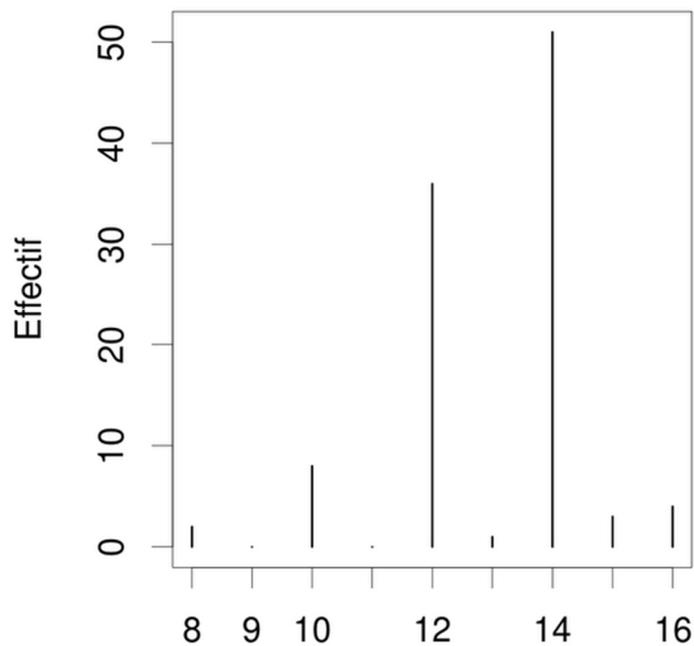


Tableau XXXI : délai légal en semaines d'aménorrhée pour pratiquer une IVG chirurgicale à l'hôpital

	Effectif	Moyenne	Écart. type	Minimum	Quartile.1	Médiane	Quartile.3	Maximum
Valeur	105	12.99	1.572	8	12	14	14	16

Figure 25 : répartition des réponses des médecins concernant le délai légal en semaines d'aménorrhée pour pratiquer une IVG chirurgicale à l'hôpital

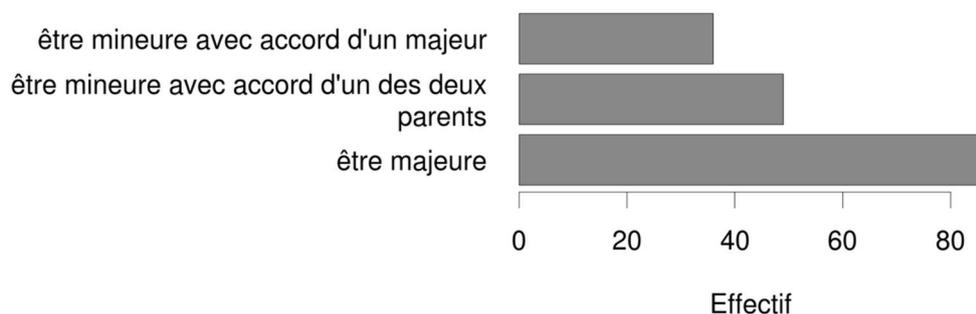


3.5 Connaissance des conditions légales nécessaires pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville

Tableau XXXII : conditions légales jugées nécessaires par les médecins pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville, effectif = 129

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
être majeure	86	67	[57.83-74.72]
être mineure avec accord d'un des deux parents	49	38	[29.59-46.95]
être mineure avec accord d'un majeur	36	28	[20.37-36.48]

Figure 26 : répartition des médecins concernant les conditions légales qu'ils jugent nécessaires pour pratiquer une IVG médicamenteuse en ville



3.6 Connaissance des examens complémentaires nécessaires pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville

Tableau XXXIII : examens complémentaires jugés nécessaires par les médecins avant de réaliser une IVG médicamenteuse en ville, effectif = 129

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
hcg	102	79	[71.03-85.73]
échographie pelvienne	95	74	[65.16-81.01]
groupe sanguin et rhésus	81	63	[53.84-71.14]
bilan de coagulation	64	50	[40.69-58.55]
NFS	46	36	[27.42-44.57]

Figure 27 : répartition des médecins concernant les examens complémentaires qu'ils jugent nécessaires de prescrire avant de pratiquer une IVG médicamenteuse en ville

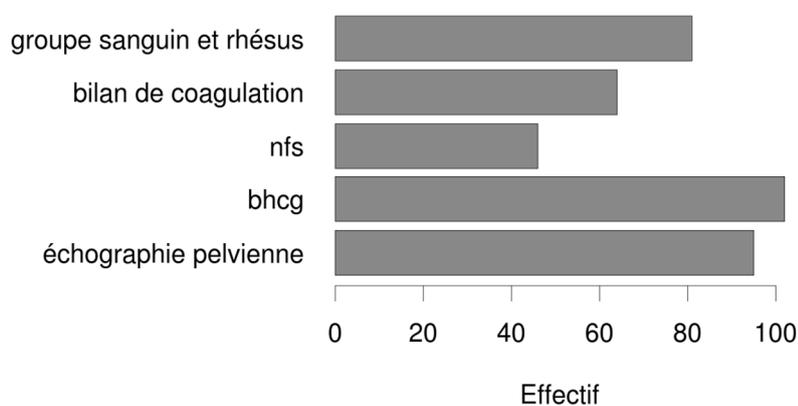


Tableau XXXIV : connaissance par les médecins des examens complémentaires obligatoires à prescrire avant de réaliser une IVG médicamenteuse en ville

Échographie pelvienne = 1 ; hcg = 0 ; NFS = 0 ; bilan de coagulation = 0 ; groupe sanguin et rhésus = 1

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Non	125	97	[92.25-99.15]
Oui	4	3	[0.85-7.75]

Tableau XXXV : connaissance par les médecins de la nécessité de réaliser une échographie pelvienne et un groupe sanguin avant de pratiquer une IVG médicamenteuse en ville

Échographie pelvienne = 1 et groupe sanguin et rhésus = 1

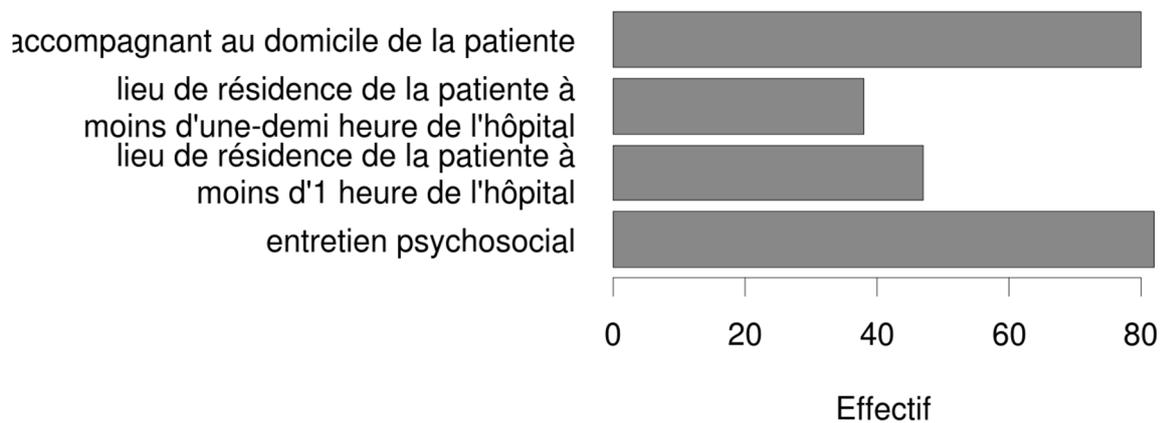
	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Non	69	53	[44.5-62.31]
Oui	60	47	[37.69-55.5]

3.7 Connaissance des conditions environnementales nécessaires pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville

Tableau XXXVI : conditions environnementales jugées nécessaires par les médecins pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville, effectif = 129

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
entretien psychosocial	82	64	[54.64-71.86]
accompagnant au domicile de la patiente	80	62	[53.05-70.41]
lieu de résidence de la patiente à moins d'1 heure de l'hôpital	47	36	[28.14-45.36]
lieu de résidence de la patiente à moins d'une demi-heure de l'hôpital	38	29	[21.76-38.12]

Figure 28 : répartition des médecins concernant les conditions environnementales qu'ils jugent indispensables pour pratiquer une IVG médicamenteuse en ville



AUTHOR: Bécue Églantine

Defense date: October 26th 2012

Title of the thesis: What are the obstacles to the development of drug-induced termination of pregnancy in Nord-Pas-de-Calais (North of France)? A survey of 300 private practitioners in the Nord-Pas-de-Calais region.

Thesis, Lille University of Medicine Henri Warembourg

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Keywords: drug-induced termination of pregnancy in physicians' offices, survey, private practitioners, Nord-Pas-de-Calais

Abstract: What are the obstacles to the development of drug-induced termination of pregnancy in Nord-Pas-de-Calais (North of France)?

Physicians have been authorized to practice drug-induced termination of pregnancy in private offices since the adoption of the Law of 2001. Nevertheless, the expansion of the technique has not been as wide as expected and it is unevenly used at national level. In Nord-Pas-de-Calais, only 23 private practitioners have received the agreement to practice it. They are mainly located around Lille.

The aim of our quantitative and descriptive analysis, based on a survey sent to 300 private practitioners in the Nord-Pas-de-Calais region (200 general practitioners and 100 gynaecologists), was to identify the obstacles to the development of this technique. 49.3 % of the questionnaires were analysed.

The main obstacles met by practitioners are: their lack of availability (53%), forensic concerns (44%), administrative burden (35%), lack of practical training (34%) fear of medical complications (29%), personal convictions (29%), lack of theoretical training (26%) and fear of facing too high demand (18%).

The difficulty to obtain the ultrasonography is a minor obstacle, since 5% only of practitioners have mentioned it. Neither is the low remuneration for this practice, cited only by 4% of them.

The results for each sub-population are different. 38% of gynaecologists refuse to practice drug-induced abortion out of personal convictions. Among the general practitioners, forensic concerns (62%) and lack of practical training (51%) are the main obstacles. An informative session for private practitioners, followed by a practical and theoretical session for volunteers, with financial compensation, seem to be necessary to dissipate the fears associated with drug-induced termination of pregnancy in physicians' offices.

Jury composition:

President: Monsieur le Professeur Subtil Damien

Reviewers: Monsieur le Professeur Amouyel Philippe and
Monsieur le Docteur Messaadi Nassir

Director of the thesis: Monsieur le Docteur Perez Stéphane

Author's address: 14 rue Pompidou 59175 Templemars

E-mail: becue.eglantine@gmail.com

AUTEUR : Bécue Églantine

Date de Soutenance : 26 octobre 2012

Titre de la Thèse : Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais ? Enquête auprès de 300 médecins libéraux.

Thèse d'exercice, Faculté de Médecine Henri Warembourg, Lille

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : IVG médicamenteuse en ville, enquête, médecins libéraux, Nord-Pas-de-Calais

Résumé : Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais ? Enquête auprès de 300 médecins libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais.

L'IVG médicamenteuse est autorisée depuis la Loi de 2001 dans les cabinets de ville. Cependant, cette technique ne connaît pas l'essor escompté et sa répartition reste très inégale au niveau national. La région Nord-Pas-de-Calais ne compte que 23 médecins conventionnés, qui sont en majorité installés dans la métropole lilloise.

Notre étude quantitative et descriptive, réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé à 300 médecins libéraux de la région, 200 généralistes et 100 gynécologues, a pour objectif principal de déterminer les facteurs entravant le développement de cette méthode. Le taux de questionnaires analysés est de 49.3 %.

Les principaux freins rencontrés par les praticiens sont le manque de disponibilité pour 53 % , les craintes médico-légales pour 44 % , la lourdeur de la charge de travail administratif pour 35 % , le défaut de formation pratique pour 34 % , l'appréhension face à la gestion des complications médicales pour 29 % , les convictions personnelles pour 29 % , l'insuffisance de formation théorique pour 26 % , et la peur du nombre élevé de demandes pour 18 %.

La difficulté d'obtention de l'échographie est un obstacle mineur car seuls 5 % des médecins l'invoquent, tout comme la faible rémunération de l'acte évoquée par 4 % d'entre eux.

Les résultats obtenus dans les deux sous-populations comportent des nuances, puisqu'à 38 % les gynécologues refusent de pratiquer cet acte par convictions personnelles. Parmi les médecins généralistes, les craintes médico-légales à 62 % et le défaut de formation pratique à 51 % sont les obstacles essentiels.

Une séance d'information proposée aux professionnels exerçant en libéral puis, pour les volontaires, une formation pratique, théorique et indemnisée, semblent indispensables pour lever les craintes associées à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Subtil Damien

Assesseurs : Monsieur le Professeur Amouyel Philippe et
Monsieur le Docteur Messaadi Nassir

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Perez Stéphane

