



HAL
open science

**Place du médecin généraliste dans l'accès à
l'interruption volontaire de grossesse: état des lieux,
perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans**

Anne-Claire Grandrupt

► **To cite this version:**

Anne-Claire Grandrupt. Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse: état des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01733086

HAL Id: hal-01733086

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733086>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anne-Claire GRANDRUPT

le 18 juin 2007

Place du Médecin Généraliste dans l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse

Etat des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe JUDLIN

| Président

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

M. le Docteur Francis RAPHAEL

Mme. le Docteur Marie-France GERARD

| Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POURTEL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loic MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : **ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49^{ème} Section : **PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Docteur Jean PAYSANT

54^{ème} Section : **DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : **SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : **CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : **SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : **MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : **GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : **BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : **BIOLOGIE DES ORGANISMES**
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND –
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>
Professeur J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	

A Monsieur le Professeur JUDLIN, Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

**A Monsieur le Professeur GUILLEMIN, Professeur d'Epidémiologie,
d'Economie de la Santé et de Prévention**

Vous nous avez fait l'honneur de prendre connaissance de ce travail. Soyez assuré de tout notre respect et de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur DE KORWIN, Professeur de Médecine Interne

Veuillez accepter tous nos remerciements pour votre présence dans ce jury. Nous vous exprimons notre plus grand respect.

**A Monsieur le Docteur RAPHAEL, Maître de Conférence Associé de
Médecine Générale**

Je vous remercie d'avoir consacré de votre temps à la relecture de ce manuscrit et de vous y être autant investi. Je garde par ailleurs un excellent souvenir de vos enseignements à la faculté.

A Madame le Docteur GERARD, Directrice de thèse

Un grand merci pour avoir accepté de diriger cette thèse et pour m'avoir accompagnée dans ce projet. Ce fut un plaisir de travailler avec vous. Votre enthousiasme et votre énergie sont un encouragement à exercer la médecine générale.

A Madame le Docteur THILLY

Votre collaboration m'a été d'une précieuse aide. Merci d'avoir su donner corps à mon projet.

A Madame le Docteur ZACCABRI

Je vous remercie pour vos conseils qui m'ont aidés lors de l'élaboration de ce projet, et pour vos corrections et suggestions qui ont permis l'amélioration de ce manuscrit.

A Monsieur le Docteur PECQUEUX

Merci de votre soutien lors de ces douloureuses premières années de médecine.

A Madame le Docteur KUSY et Monsieur le Docteur DERLON

Je vous remercie pour votre collaboration.

A Pierre

Merci de m'avoir supportée dans tous les sens du terme durant l'élaboration de ce travail. La vie à tes côtés est un bonheur chaque jour renouvelé.

A mes parents

Merci de m'avoir permis de poursuivre ces études qui me tenaient à cœur. Merci pour tout votre amour.

A mon frère

Merci pour avoir toujours cru en moi. Je te souhaite de tout cœur de réussir dans la voie que tu t'es choisie.

A mes grands-parents

Merci de m'avoir accueillie pour ces difficiles premières années. Merci pour toute votre tendresse.

A Anne-Marie

Merci pour votre « appui logistique » et vos conseils éclairés.

A mes amis

Blandine, Claire, Christian, Estelle, Fabrice, Julie, Karen, Laurent, Philoo, Virginie, Yann.

Sans vous ma vie serait bien fade... Merci d'avoir su partager les angoisses, les pleurs et les fous-rires.

Je souhaite à chacun de trouver ce qu'il cherche et pour ceux dont la thèse reste à soutenir : courage, il vient un jour où, contre toute attente, on voit le bout du tunnel !

Et aussi merci à toi Tomy dont l'affection et la malice ont su me redonner le sourire quand je l'avais perdu.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Introduction

Partie I : Contexte

1	L'IVG en France	17
1.1	Cadre réglementaire	17
1.2	Déroulement de l'IVG	19
1.2.1	L'IVG médicale	19
1.2.2	L'IVG chirurgicale.....	21
1.3	Lieux de réalisation de l'IVG	22
1.4	Un exemple de parcours d'IVG : à la Maternité Régionale à Nancy	23
1.5	Schéma de synthèse du parcours de réalisation d'une IVG.....	24
2	L'accès à l'IVG.....	27
2.1	Dysfonctionnements du système de soins.....	27
2.2	Accès à la filière d'IVG	29
3	Place du médecin généraliste	32
3.1	Information, orientation	32
3.2	Médecin généraliste et IVG médicamenteuse « à domicile ».....	33
3.3	Facteurs d'implication des médecins généralistes dans l'IVG	35

Partie II : Enquêtes

1	Méthodologie	38
1.1	Contexte et objectifs	38
1.2	Première enquête.....	39
1.3	Deuxième enquête.....	40
1.4	Analyse des données	41
2	Résultats de la première enquête.....	42
2.1	Description de l'échantillon d'étude	42
2.2	Analyse des données	45
2.2.1	Groupe des femmes n'ayant jamais eu d'IVG.....	45

2.2.2	Groupe des femmes ayant déjà eu au moins une IVG	48
2.3	Aspects qualitatifs : analyse des commentaires	49
3	Résultats de la deuxième enquête	53
3.1	Description des caractéristiques de l'échantillon d'étude.....	53
3.2	Analyse des données	58

Partie III : Discussion

1	Première enquête.....	65
1.1	Représentativité.....	65
1.1.1	Critères d'inclusion/exclusion	65
1.1.2	Taux de participation	65
1.1.3	Sous-déclaration des IVG	66
1.2	Discussion des résultats	67
1.2.1	A propos du niveau d'information.....	67
1.2.2	A propos du premier professionnel de santé contacté	67
2	Deuxième enquête.....	70
2.1	Caractéristiques de l'échantillon.....	70
2.1.1	Taux de participation	70
2.1.2	Profil de la population étudiée	70
2.2	A propos du premier professionnel de santé contacté	71

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Introduction

Depuis la parution du rapport Nisand en 1999, des efforts ont été entrepris pour améliorer l'accès à l'IVG. Cependant les patientes continuent de percevoir des difficultés notamment en termes d'information et d'orientation rapide vers l'établissement ou le praticien susceptibles de pratiquer l'IVG.

Le premier professionnel de santé auquel elles vont s'adresser joue un rôle important dans l'accès à la filière IVG.

Le médecin généraliste, replacé au centre de la coordination des soins par la dernière réforme de la sécurité sociale semble légitime pour occuper cette place de premier professionnel de santé contacté. Son rôle a cependant des limites tant du fait de la cohabitation avec la gynécologie médicale que pour des raisons plus pragmatiques d'organisation ou d'intérêt personnel.

Le but de ce travail est donc de répondre à cette question : quelle est la place réelle occupée par le médecin généraliste et comment peut-il contribuer à améliorer l'accès à l'IVG de ses patientes ?

PARTIE I : CONTEXTE

1 L'IVG en France (1) (2)

1.1 Cadre réglementaire

En France, la Loi (3) autorise et encadre l'IVG.

Elle l'autorise jusqu'à la quatorzième semaine d'aménorrhée pour toute femme qui estime que son état de grossesse la place en situation de détresse. La femme est seule juge de cet état de détresse.

L'IVG est par ailleurs possible pour toute femme étrangère sans condition de résidence sur le territoire français.

La décision de l'IVG appartient à la femme seule, que cette femme soit majeure ou mineure. Cependant, dans le cas d'une mineure, il est recommandé au médecin recueillant la demande d'IVG de s'efforcer de convaincre la jeune fille de prévenir ses parents. Si cela s'avère impossible, la jeune fille doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix. Cet accompagnant n'a aucune responsabilité dans la décision de la mineure d'avorter et il n'acquiert aucune des prérogatives de l'autorité parentale. Aussi, en cas de survenue de complications de l'IVG nécessitant des soins, il ne peut se substituer aux parents pour donner l'autorisation de soins. Le cadre réglementaire ne prévoit pas explicitement ce cas de figure. Des recommandations émanant de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) soulignent que dès lors que les soins ne concernent plus directement l'IVG en elle-même, l'accord des parents paraît indispensable.

A noter, la Loi ne prévoit pas le cas de la majeure protégée : qui décide de l'IVG dans ce cas ?

L'IVG peut être réalisée de façon anonyme. Mais cet anonymat est difficile à maintenir dans certaines circonstances, notamment si l'IVG est réalisée hors établissement de santé car les patientes ne bénéficient alors pas de la dispense d'avance de frais. Toutefois, la feuille de soins de la patiente ainsi que le décompte du remboursement transmis à l'assurée par la caisse primaire d'assurance maladie sont aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage. L'IVG est prise en charge par la sécurité sociale à hauteur de 80 % en établissement de santé et de 70 % si elle a lieu en ville. Ces taux de remboursement peuvent être étendus à 100 % si la patiente bénéficie de la CMU complémentaire (Couverture

Maladie Universelle) ou si elle relève de l'Aide Médicale d'Etat (4). Dans le cas de la jeune fille mineure, si elle ne peut bénéficier de la couverture sociale de ses parents ou tuteurs parce qu'elle souhaite la confidentialité, l'IVG et le coût des soins afférents à l'IVG sont pris en charge à 100 % par l'Etat (5).

Le coût de l'IVG est fixé par arrêté (6). Il s'agit d'un forfait qui ne peut en aucun cas être dépassé. Ce forfait varie selon la méthode, le type d'établissement, le mode d'anesthésie et la durée d'hospitalisation. Il comprend les analyses de laboratoire préalables à l'intervention, l'anesthésie, l'IVG et la surveillance. Les autres actes prescrits non inclus dans le forfait sont remboursés aux taux habituels.

Seul un médecin peut pratiquer une IVG. Selon la technique retenue, celle-ci se déroule soit obligatoirement dans un établissement de santé satisfaisant aux conditions requises par la Loi pour les IVG chirurgicales, soit dans un établissement de santé ou au cabinet d'un médecin exerçant dans un secteur libéral pour les IVG médicamenteuses. Cette dernière situation est soumise à certaines conditions que nous détaillerons ultérieurement.

La démarche à suivre pour bénéficier d'une IVG est codifiée et comporte plusieurs étapes.

Cette démarche débute par une première consultation médicale obligatoire.

Au cours de celle-ci, le médecin informe la patiente des différentes méthodes d'IVG, des risques et des effets secondaires possibles. Il prend acte de la demande d'IVG et établit une attestation de première consultation. Cette consultation comporte un examen clinique et représente l'occasion de proposer dépistage des MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) et frottis cervico-vaginal. L'âge gestationnel est évalué par l'interrogatoire et l'examen clinique voire par échographie endo-vaginale.

Un délai de réflexion de sept jours est obligatoire après la première consultation médicale. Ce délai peut être ramené à 48h en cas d'urgence c'est-à-dire si le délai légal de réalisation de l'IVG risque d'être dépassé.

Au cours de ce délai de réflexion, un entretien psychosocial peut avoir lieu. Il est obligatoire uniquement pour les femmes mineures. Au cours de celui-ci, une conseillère conjugale propose une aide sur le plan social, une écoute et un soutien psychologique. La Loi n'impose

plus qu'au cours de cet entretien soient proposées des aides pour l'accueil de l'enfant à naître ni que soient remises les coordonnées d'organismes œuvrant dans ce sens.

A l'échéance de cette période de réflexion, se déroule la deuxième consultation médicale. La femme exprime alors par écrit sa demande d'IVG. Elle informe le médecin de ses choix concernant le lieu d'intervention et la méthode retenus.

Le choix de la méthode dépend du terme de la grossesse : l'IVG médicamenteuse est possible jusqu'à la septième semaine d'aménorrhée. Au cours de cette deuxième consultation, le médecin informe la patiente des différentes méthodes de contraception.

Au total donc, pour que l'IVG puisse être réalisée, la femme majeure doit disposer des deux attestations de consultation médicale et de sa demande d'IVG écrite. La femme mineure doit en plus présenter une attestation d'entretien psychosocial et, soit le consentement écrit de ses parents ou de son représentant légal, soit une attestation de choix d'un majeur accompagnant. L'ensemble de ces documents doit être conservé par le médecin qui réalisera l'IVG.

Une fois ces conditions réunies, l'IVG peut se dérouler selon deux modalités, en fonction de l'âge gestationnel. Quelle que soit la méthode utilisée, l'IVG est suivie d'une consultation de contrôle entre le 14^{ème} et 21^{ème} jour suivant celle-ci. A noter, les femmes rhésus négatif devront bénéficier d'une prévention de l'immunisation rhésus par l'injection d'une dose d'immunoglobulines humaine anti-D (exemple : ROPHYLAC®, dose unique de 200µg par voie intramusculaire ou intraveineuse à faire dans les 72h après l'avortement).

1.2 Déroulement de l'IVG

1.2.1 L'IVG médicale (7)

La première modalité est qualifiée d'IVG médicale ou médicamenteuse.

Cette technique est utilisable jusqu'à la neuvième semaine d'aménorrhée (SA) mais au-delà de la septième semaine d'aménorrhée, c'est la technique chirurgicale qui est recommandée.

Elle repose sur l'association d'un antiprogestérone, la mifépristone (Mifégyne®), et d'une prostaglandine, le misoprostol (Cytotec® ou Gymiso®).

Jusqu'à la septième semaine d'aménorrhée elle est réalisable à domicile en prenant un certain nombre de précautions.

La mifépristone se lie aux récepteurs de la progestérone pour lesquels elle a une affinité cinq fois plus forte que cette dernière. Cependant elle est incapable d'activer ces récepteurs et n'a donc pas les effets spécifiques de la progestérone. Elle entraîne ainsi une nécrose déciduale péri ovulaire et une synthèse accrue de prostaglandines. Ceci augmente la contractilité du myomètre, ramollit et dilate le col. La mifépristone accroît en début de grossesse la sensibilité du myomètre aux analogues de prostaglandines.

Elle est rapidement absorbée après administration orale. Sa demi-vie est de 30h environ et le pic plasmatique maximum est atteint 2h après l'administration.

Le misoprostol stimule le myomètre et les fibres musculaires lisses et provoque une maturation cervicale. Il agit également sur le tonus intestinal ce qui explique les effets indésirables qui lui sont imputés, à savoir nausées, vomissements et diarrhées. Il peut être administré par voie orale, vaginale, sublinguale ou rectale. Seules les deux premières voies ont été bien étudiées. Par voie orale, le pic plasmatique maximum survient trente minutes après l'administration et diminue rapidement en 2h. Par voie vaginale, le pic maximum survient au bout de 80 minutes et reste relativement haut pendant 4h.

L'action conjointe de la mifépristone suivie 36h à 48h plus tard de l'administration d'une prostaglandine induit une interruption de grossesse dans 92 à 98 % des cas. En moyenne, l'expulsion survient dans les 3 ou 4 heures suivant la prise de misoprostol. Si elle ne s'est pas produite le lendemain de la prise de misoprostol, il faut envisager une IVG par aspiration.

En France, le protocole qui bénéficie de l'autorisation de mise sur le marché associe 600mg de mifépristone per os, puis 36 à 48h plus tard 400µg de misoprostol par voie orale ou vaginale. Cependant, deux études randomisées multicentriques publiées par l'OMS en 1993 (8) et en 2000 (9) ont montré une efficacité identique avec l'utilisation d'une dose de seulement 200mg de mifépristone. Cette dose est d'ailleurs celle recommandée en 2001 par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) (10). Devant ces discordances, la France a réclamé un arbitrage au niveau européen et une évaluation a été conduite par l'Agence Européenne d'Evaluation des Médicaments (EMEA). Celle-ci, dans ses

conclusions rendues le 22 mars 2007 (11), maintient dans l'autorisation de mise sur le marché la posologie de 600 mg de mifépristone.

Les contre-indications de l'IVG médicale sont essentiellement liées aux médicaments employés.

Les contre-indications de la mifépristone sont les suivantes :

- insuffisance rénale chronique,
- allergie connue à la mifépristone ou à l'un des constituants du comprimé,
- asthme sévère non équilibré par le traitement,
- porphyrie héréditaire.

Celles du misoprostol sont :

- hypersensibilité au misoprostol ou à l'un de ses excipients,
- antécédents d'allergie aux prostaglandines.

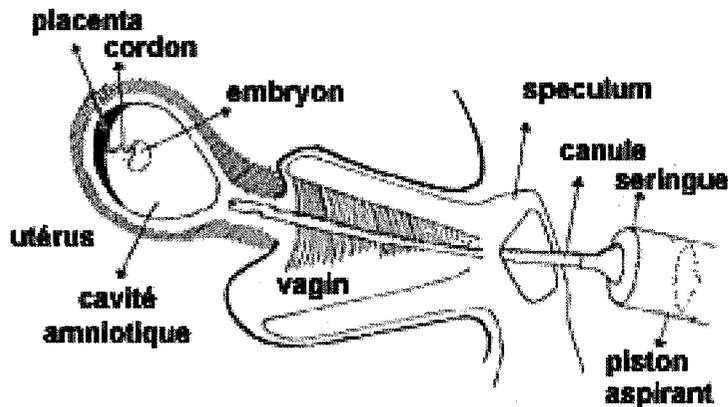
Les précautions d'emploi liées à la mifépristone concernent l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique et la malnutrition. A noter, la précaution d'emploi concernant les femmes âgées de plus de 35 ans et fumant plus de 10 cigarettes par jour, ainsi que celles ayant des antécédents cardio-vasculaires est liée à la survenue de très rares cas d'accidents vasculaires graves suite à l'utilisation de sulprostone. Cette restriction n'est pas prouvée pour la mifépristone et ce d'autant qu'un rapport publié par la Food and Drug Administration et concernant les IVG réalisées de novembre 2000 à mai 2002 chez 80000 femmes n'a mis en évidence aucun effet indésirable de ce type (12).

Dans le cas où l'IVG médicamenteuse est non recommandée ou non désirée la femme peut avoir recours à la technique chirurgicale.

1.2.2 L'IVG chirurgicale

C'est la méthode de choix au-delà de la septième semaine d'aménorrhée.

Elle repose sur l'aspiration du contenu utérin au moyen d'une canule introduite dans le col de l'utérus préalablement dilaté. La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale par mifépristone per os 24h avant l'aspiration ou misoprostol 400µg par voie orale ou vaginale 3h ou 4h avant l'aspiration.



L'IVG est réalisée sous anesthésie locale ou générale. Le mode d'anesthésie doit être laissé à l'appréciation de la patiente en dehors de l'existence de contre-indications. L'anesthésie locorégionale consiste en la réalisation d'un bloc paracervical dont l'objectif est d'interrompre la transmission des stimuli douloureux au niveau des ligaments utéro-sacrés. Cependant l'efficacité analgésique de cette méthode est remise en cause par certaines études (13) (14). L'autre option est l'anesthésie générale. En raison de la brièveté de l'intervention, la technique recommandée consiste le plus souvent en l'utilisation de propofol et en un maintien en ventilation spontanée sans intubation.

La patiente est ensuite surveillée en salle de réveil pendant deux heures puis regagne sa chambre. Elle quitte le service le jour même, idéalement accompagnée d'un ami ou d'un parent.

1.3 Lieux de réalisation de l'IVG

A l'heure actuelle, l'IVG se déroule la plupart du temps dans une structure hospitalière mais la première consultation de demande d'IVG peut être réalisée en libéral par le médecin traitant ou le gynécologue habituel. Ensuite, la patiente est le plus souvent prise en charge par un établissement hospitalier qui réalise les examens complémentaires (notamment l'échographie de datation), propose l'entretien psychosocial, organise la consultation pré-anesthésie si besoin. A l'issue du délai de réflexion, la patiente est convoquée à l'hôpital soit pour la réalisation de l'aspiration, soit pour la prise du misoprostol. Elle est ensuite gardée en observation quelques heures puis rentre à domicile le soir même.

Le service hospitalier est hétérogène (15) : les structures d'accueil sont de trois types. Les IVG sont réalisées soit au sein d'unités autonomes dans un établissement, les Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG), soit dans des unités plus ou moins intégrées à un service de gynécologie obstétrique, soit dans un service hospitalier dans lequel il n'y a pas de distinction entre l'activité courante de ce service et les IVG. A noter, la lettre circulaire du 18 mars 1993 (16) et la création du groupe national d'appui en février 2002 (17) traduisent une volonté d'intégrer les centres d'orthogénie autonomes dans les établissements de santé.

Le secteur privé est également habilité à réaliser des IVG. D'une façon générale, celles-ci ne font pas l'objet d'une activité individualisée.

Lorsque c'est la méthode médicamenteuse qui est retenue, l'IVG peut être réalisée auprès d'un médecin libéral sous certaines conditions.

Ce médecin libéral doit attester d'une expérience professionnelle adéquate, à savoir, soit être qualifié en gynécologie, soit justifier d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé. Il doit passer une convention avec un établissement hospitalier susceptible d'accueillir la patiente si surviennent des complications.

Côté patiente, la possibilité de pratiquer l'IVG à domicile n'est offerte qu'aux femmes dont l'état médical et psychosocial est jugé compatible avec une interruption de grossesse à domicile et dont la grossesse sera âgée de 7 SA maximum le jour de l'avortement. La patiente doit également se trouver à moins d'une heure de trajet de l'établissement signataire de la convention (18).

Le déroulement de l'IVG est alors comparable à celui exposé ci-avant, mais à la différence de l'IVG médicamenteuse à l'hôpital, l'expulsion a lieu à domicile. Le coût de l'IVG est avancé par la patiente sous la forme d'un forfait qui comprend les différentes consultations et les médicaments mais pas les examens complémentaires.

1.4 Un exemple de parcours d'IVG : à la Maternité Régionale à Nancy

A Nancy, la prise en charge des IVG se fait sur trois pôles : la Maternité Régionale, l'Hôpital Maringer et le Centre de planification et d'éducation familiale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) avec laquelle la maternité a un partenariat pour la prise en charge des IVG médicamenteuses à domicile.

L'Hôpital Maringer ne réalise pas d'anesthésie générale ou loco régionale mais seulement les aspirations sous anesthésie locale et les IVG médicamenteuses en ambulatoire (mais pas à domicile).

Pour une IVG à la maternité, les patientes téléphonent au centre d'appel où leur est donné un rendez-vous de première consultation durant laquelle sera faite l'attestation. On leur demande également lors de cette communication téléphonique (qui n'est donc pas une simple remise de rendez-vous) de réaliser une échographie de datation (en ville ou à la Maternité où des plages de rendez-vous sont réservées à cet effet). Cette échographie est à apporter lors de la première consultation.

S'il s'agit d'une IVG entre 12 et 14 SA, les communications sont rebasculées immédiatement vers le secrétariat et les patientes ont des rendez-vous en supplément très rapides. Une place leur sera trouvée au bloc opératoire quoiqu'il arrive.

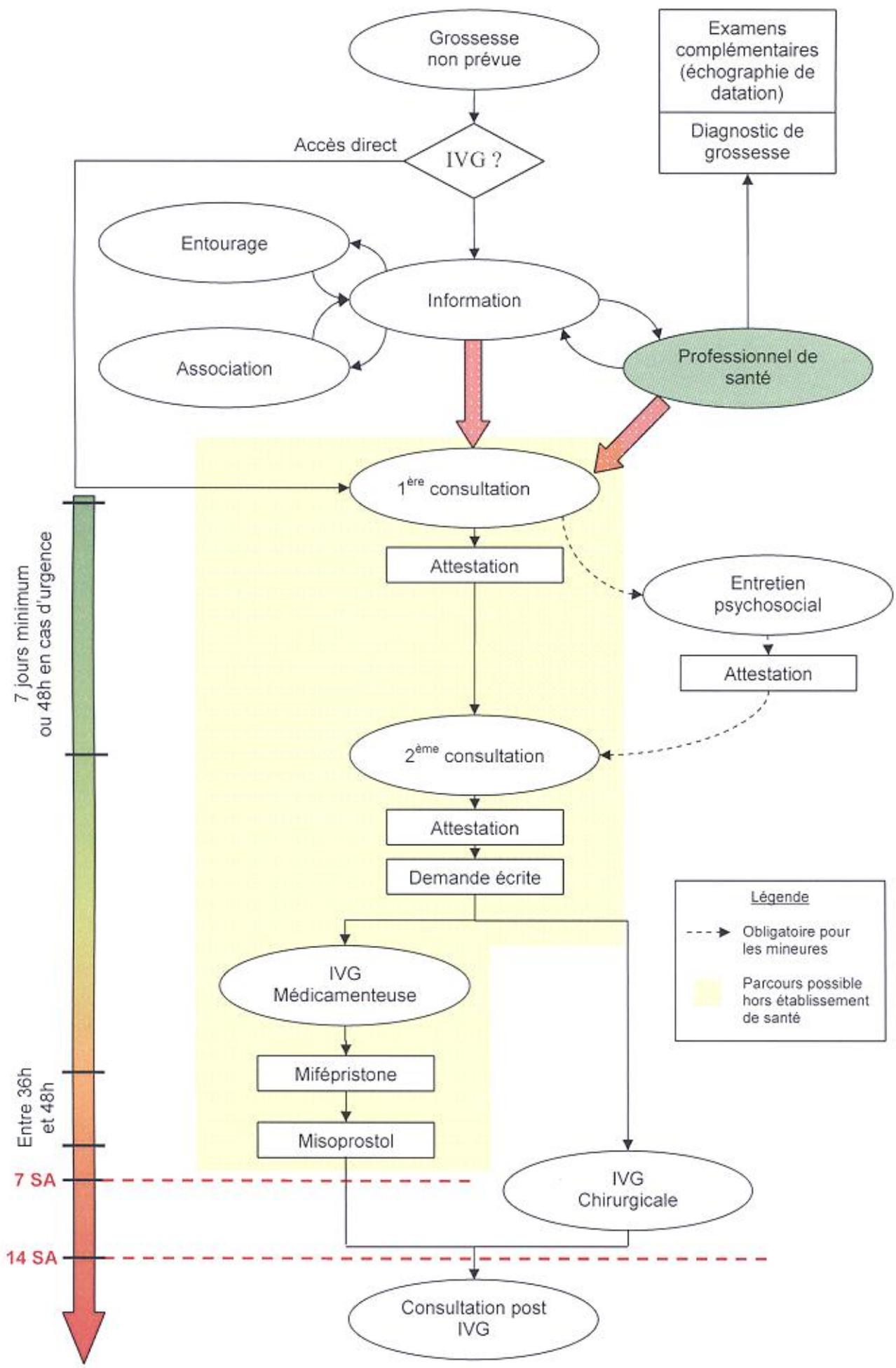
Les autres patientes (avant 11 SA) viennent à leur rendez-vous de première consultation, elles sont examinées, l'indication de la méthode est posée et la contraception prescrite.

Elles repartent de cette consultation avec tous les rendez-vous et le balisage nécessaire jusqu'à la fin de leur prise en charge. En fait même si l'attestation de première consultation a été réalisée en ville, les médecins prenant en charge l'IVG sont obligés de revoir les patientes pour constituer le dossier et organiser toutes les prescriptions.

La prise de rendez-vous pour l'anesthésiste est décidée lors de l'entretien téléphonique de la prise de rendez-vous de première consultation, en fonction du terme et de la méthode envisagée. Là aussi des plages sont réservées chaque jour pour ces patientes.

1.5 Schéma de synthèse du parcours de réalisation d'une IVG

Au final, le descriptif de ces différentes étapes permet de synthétiser le parcours de réalisation d'une IVG selon le schéma qui suit.



Ce schéma met en évidence un certain nombre de points.

Tout d'abord il fait apparaître le rôle central du premier professionnel de santé contacté : celui-ci peut intervenir à plusieurs niveaux et notamment de façon déterminante lors de l'entrée dans la filière de réalisation de l'IVG. Il est donc un acteur clé dans l'accès à l'IVG.

Ensuite, ce schéma souligne la relative complexité du système, complexité qui le rend vulnérable à un certain nombre de dysfonctionnements.

Nous abordons ainsi la question de l'accès à l'IVG, accès que nous définirons comme la facilité pour une femme souhaitant une IVG d'obtenir satisfaction dans les meilleures conditions et dans les meilleurs délais.

2 L'accès à l'IVG

Cette notion d'accès est relativement complexe et recouvre plusieurs dimensions allant de la capacité du système de soins à répondre à la demande d'IVG, à la perception du vécu de cet accès et de l'IVG par les patientes.

2.1 Dysfonctionnements du système de soins

Le système de soins présente en lui-même un certain nombre de dysfonctionnements. Ceux-ci, évoqués déjà en 1997 par D. HASSOUN dans un article paru dans *Contraception, Fertilité* (15), ont surtout été révélés par le rapport Nisand (19) en 1999, rapport qui est à l'origine de la modification en 2001 de la loi sur l'IVG.

Ces dysfonctionnements sont d'abord structurels affectant les moyens matériels et humains. Les moyens matériels alloués à l'IVG sont parfois insuffisants notamment en termes de capacité d'accueil : nombre de lits insuffisants mais également problèmes des plages horaires affectées à l'IVG dans le planning du bloc opératoire. Par ailleurs, il existe des difficultés de recrutement du personnel pour réaliser et accompagner les IVG. L'activité d'IVG est peu valorisée tant sur le plan financier que sur le plan professionnel. Le personnel se sent souvent marginalisé.

Un deuxième ordre de difficultés est lié à l'absence de choix laissé à la patiente quant à la technique d'intervention (19). Ce choix peut s'exercer à deux niveaux : choix entre méthode médicamenteuse et chirurgicale et choix du mode d'anesthésie. Cette possibilité de choix est un élément important de satisfaction de la patiente (20).

Un dernier ordre de difficultés est de nature relationnel et concerne la qualité de l'accueil fait aux patientes. Au-delà des maladresses d'un personnel inexpérimenté ou disposant d'insuffisamment de temps pour encadrer au mieux les patientes, certains soignants peuvent manifester des réticences voire une opposition à l'avortement, condamnant l'acte et par ricochet « maltraitant » les patientes par des propos moralisateurs et culpabilisants. Dans les faits, ceci peut se traduire par un contingentement arbitraire des actes, une sélection des

patientes avec éviction de celles ayant déjà effectué une IVG ou encore par une réduction arbitraire des délais avec refus des IVG « tardives ».

L'Organisation Mondiale de la Santé a rappelé en 2004 que la décision d'avortement doit se prendre de façon libre et éclairée, la patiente n'étant soumise à aucune pression. L'OMS souligne ainsi que les femmes doivent être traitées avec « respect et compréhension » (21).

L'ensemble de ces difficultés grève la réactivité du système de soins et allonge son délai de réponse. Soulignons que l'ANAES (10) a estimé à cinq jours le délai raisonnable devant s'écouler entre la demande d'IVG et la première consultation médicale. Une prise en charge précoce des patientes permet de réduire significativement les complications (22) et améliore le vécu psychologique de l'IVG.

Les modifications apportées par la loi du 4 juillet 2001 avaient pour objectif de combattre ces dysfonctionnements. Un groupe national d'appui est institué en 2002 dans le but de rendre compte des difficultés existantes et de celles révélées par l'application de la loi. Le rapport de ce groupe (20), paru en décembre 2002, souligne en premier lieu la difficulté « de mesurer de manière objective la réalité des IVG en France aujourd'hui ». Il témoigne cependant de la persistance de dysfonctionnements « dans les délais de prise en charge, l'information des femmes et l'absence de valorisation des professionnels qui consacrent tout ou partie de leur temps à la pratique des IVG ».

Notons que ces difficultés s'aggravent en période estivale comme l'a montré une enquête réalisée en août 1999 puis en août 2000 par l'IEDUB (Institut d'Etudes Démographiques de l'Université Montesquieu Bordeaux IV). Cet état de fait a abouti, chaque année, à la diffusion par le ministère de la santé de circulaires (23) visant à encourager les établissements de santé à remédier à la situation. Une nouvelle enquête d'accessibilité des services d'IVG réalisée en août 2001 a montré une légère amélioration de cette accessibilité. En fait, cette amélioration modeste masque une grande disparité régionale avec des régions à la traîne comme l'Île de France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-D'azur. En revanche la Lorraine s'est nettement améliorée par rapport à l'été 2000 et s'avère être une des régions où les établissements acceptent toutes les femmes sans condition et sans délai.

En 2004, le délai moyen, déclaré par les établissements de santé, entre la date de demande d'IVG et la date de réalisation de celle-ci est de 9 jours. Ce délai recouvre cependant des

différences régionales et le témoignage, sur cette même période, de patientes confrontées à l'IVG laisse penser que des progrès restent à faire (24).

A côté des problèmes rencontrés par le système de soins pour répondre de façon optimale à la demande d'IVG, la facilité d'accès à l'IVG peut s'appréhender en amont, c'est-à-dire en étudiant l'accès à la filière de réalisation des IVG.

2.2 Accès à la filière d'IVG

La première étape à la réalisation d'une IVG est l'obtention d'informations sur le déroulement de celle-ci : délais, modalités et lieux de réalisation. Jusqu'en 2001, toute publicité sur l'IVG était interdite (1). Les possibilités d'information sur l'IVG passaient, soit par l'entourage, cette modalité étant entravée par le poids du tabou social que représente l'avortement, soit par des associations comme le Mouvement pour le Planning Familial pour celles qui en avaient connaissance, soit le plus fréquemment par l'intermédiaire d'un professionnel de santé. La loi du 4 juillet 2001 (3) a libéralisé l'information sur l'IVG et permis le développement de permanences téléphoniques régionales et la diffusion et mise à disposition d'un dossier-guide édité par la Direction Générale de la Santé (2). Cependant si l'on peut espérer que ces mesures aient contribué à améliorer le niveau de connaissance de la population sur l'IVG et ses modalités, une récente étude montre que l'essentiel des patientes s'adresse en premier lieu à un professionnel de santé distinct de celui réalisant l'IVG (25).

L'accès à la filière de réalisation des IVG reste alors grandement déterminé par l'attitude du premier professionnel de santé contacté (20) (25) (26).

L'efficacité de celui-ci est quant à elle conditionnée par deux ordres de facteurs : son degré de connaissance sur le sujet et sa « bonne volonté ». Cette bonne volonté reflète en grande partie sa perception de la légitimité de l'acte (25).

Ainsi, les attitudes rencontrées sont variables. Elles vont du soutien actif dans les démarches, en prenant les rendez-vous auprès des personnes compétentes à la place de la patiente par exemple, à l'opposition et au renvoi de la patiente sans renseignement. Cette dernière attitude est d'ailleurs contraire à la Loi.

Des attitudes intermédiaires se rencontrent : bienveillance avec fourniture de noms de praticiens, attitude plus passive avec renvoi vers l'hôpital...

Le médecin peut lui aussi méconnaître les filières d'accès et donc ne pas être en mesure de renseigner la patiente qui s'adresse à lui. S'il fournit une aide active pour se renseigner, cette aide compense la méconnaissance du système, les délais ne se trouvant pas allongés de manière significative.

Soulignons par ailleurs que l'attitude des interlocuteurs auxquels la femme est confrontée joue beaucoup sur la perception de son vécu de l'acte (20). Le classique reproche de la stigmatisation reste à notre époque peu fondé même si nous en avons rencontré quelques exemples. En revanche, l'interlocuteur peut accentuer un sentiment de culpabilité, notamment en soulignant l'échec ou l'absence de contraception. Notons que ces sentiments entrent en résonance avec la façon dont la patiente vit elle-même la décision d'IVG. Ainsi l'expression d'une réprobation peut être vécue comme une véritable stigmatisation par une patiente qui ressentait déjà de la culpabilité vis-à-vis de l'acte.

Certaines femmes attendent une neutralité de la part de leur interlocuteur, elles souhaitent que l'acte soit abordé comme un problème médical au même titre qu'un autre problème médical. A l'inverse, d'autres soulignent l'importance que leur soit laissé un espace d'expression. Elles ont parfois besoin d'une écoute bienveillante quant à leurs raisons de pratiquer l'avortement. La justesse de l'attitude est donc difficile à trouver, les attentes des consultantes s'avérant différentes.

L'enquête GINE (20) montre que l'attitude du premier professionnel de santé contacté conditionne la durée écoulée entre la décision d'avortement et la réalisation de l'acte, tout en entraînant rarement un dépassement du délai légal d'avortement. Si par conviction ou négligence, le praticien ne fournit pas l'information à la patiente ou bien ne la réoriente pas, les délais vont en s'allongeant.

Les conséquences psychologiques de cet allongement ne sont pas négligeables. Par exemple l'installation des signes de la grossesse rend encore plus insupportable la décision d'IVG chez une femme pour laquelle ce choix fût difficile. Cet allongement peut également empêcher la patiente de bénéficier d'une interruption médicamenteuse considérée par certaines patientes comme moins traumatisante car plus proche d'une fausse-couche naturelle.

Il est donc important que le premier interlocuteur contacté soit en mesure de renseigner toute femme qui le sollicite sur les modalités de l'IVG et qu'il permette la réalisation de l'acte dans les plus brefs délais.

Le parcours des femmes désirant une IVG s'avère ainsi plus ou moins direct. Un parcours indirect conduit, si ce n'est à un allongement des délais de prise en charge, du moins à une perception négative du système de soins, ce que les patientes qualifient de « parcours du combattant » (20) (25).

Ce centrage sur l'importance du premier professionnel de santé contacté conduit à nous pencher sur la nature de celui-ci.

La dernière réforme de l'Assurance Maladie a replacé le médecin généraliste au centre de la coordination des soins et a rappelé son rôle de spécialiste en soins primaires. A ce titre, il paraît bien placé pour tenir le rôle de premier professionnel de santé contacté et donc pour orienter les femmes souhaitant une IVG.

Cependant, en France, le médecin généraliste n'est pas forcément l'interlocuteur privilégié des femmes en ce qui concerne leur « santé gynécologique » car celle-ci est aussi l'affaire de spécialités, la gynécologie médicale et, dans une moindre mesure, la gynécologie-obstétrique. Ces spécialités échappent à la filière de soins car elles sont d'accès direct.

Quelle est alors la place réelle occupée par le médecin généraliste ? Nous essaierons de répondre à cette question en deux temps : en étudiant les attributions théoriques du médecin généraliste puis les facteurs qui les limitent.

3 Place du médecin généraliste

3.1 Information, orientation

Le médecin généraliste est compétent pour recueillir la demande d'IVG et établir la première attestation de demande d'IVG. Il peut délivrer à la patiente qui le sollicite toute information utile sur l'IVG et orienter cette patiente vers la structure où sera réalisée l'IVG.

Mais est-il sollicité pour cela ?

Le médecin généraliste accompagne ses patients dans les différents aspects de leur santé et de leur vie et finit donc par établir avec eux une relation de proximité. Cette relation peut être vécue de façon positive par la femme en demande d'IVG et l'encourager à s'ouvrir de son souhait d'IVG. A l'opposé, pour certaines, cette proximité génère un mal-être. L'IVG reste perçue comme un échec et peu de femmes annoncent spontanément un antécédent d'IVG. Dans ces circonstances, formuler une demande d'avortement à un praticien avec lequel s'est tissée une relation privilégiée peut s'avérer délicat, la patiente ne souhaitant pas informer celui-ci de cet « échec ».

Par ailleurs le médecin généraliste est souvent le médecin de la famille. Même s'il est tenu au secret médical, certaines patientes craignent que leur secret soit mal gardé.

Reste également le problème de savoir à qui la femme a confié le soin de son suivi gynécologique. Si elle a choisi un gynécologue, on peut légitimement penser qu'elle se tournera prioritairement vers lui pour sa demande d'IVG.

Ainsi, lorsqu'on étudie la nature des consultations effectuées par un médecin généraliste, on s'aperçoit que la part de la gynécologie est relativement modeste. Les demandes d'IVG apparaissent donc d'autant plus marginales. Une enquête réalisée en 1992 dans les Hauts-de-Seine (27) décrit un nombre de demande d'IVG de l'ordre de 1 à 3 par an par médecin. Rapporté au nombre d'IVG réalisées dans ce département et au nombre d'omnipraticiens, il apparaît cependant que près de la moitié des demandes d'IVG transite par un médecin généraliste. De plus, la plupart du temps, ces demandes émanent de patientes habituelles du médecin ce qui le place en excellente position pour gérer le suivi post-IVG et la contraception ultérieure de la patiente.

Dans le même ordre d'idée, l'enquête COCON réalisée en France en 2000 montre qu'environ 20 % des demandes d'IVG passent par le médecin généraliste pour les femmes de moins de 30 ans et ce pourcentage atteint près de 40 % pour celles de plus de 30 ans (25). Par comparaison, le gynécologue reçoit quant à lui pour ces deux tranches d'âges respectives environ 40 % des demandes dans les deux cas.

Le généraliste revêt donc un rôle important d'accueil, d'information et d'orientation.

Cependant, une récente enquête (28), effectuée en 2003 auprès de 242 omnipraticiens souligne l'existence de lacunes non négligeables dans les connaissances des médecins au sujet de l'IVG. Celles-ci portent sur le cadre légal notamment mais aussi sur le déroulement de l'IVG et sur les modalités d'accès à la filière.

Ces méconnaissances compliquent le parcours des femmes et allongent les délais de prise en charge : l'enquête COCON citée précédemment montre que la consultation en premier lieu d'un médecin généraliste est le plus souvent associée à une filière de soins indirecte et aboutit à un allongement des délais de prise en charge (25).

Nous reviendrons ultérieurement sur les raisons de ces méconnaissances.

3.2 Médecin généraliste et IVG médicamenteuse « à domicile »

Au-delà de ce rôle d'orientation, depuis 2004, autorisation est faite aux médecins libéraux en ayant la compétence, de pratiquer des IVG médicamenteuses à leurs cabinets. Il devient donc théoriquement possible au médecin généraliste de réaliser des IVG en ambulatoire (18).

Cette activité est cependant très peu pratiquée. Les dernières statistiques publiées par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (29) et concernant les IVG de 2004 montrent qu'à peine 1 % des IVG sont réalisées de cette façon. En Lorraine, aucun médecin n'avait signé de convention au 31 décembre 2005.

Comment expliquer ce phénomène ?

Un certain nombre d'études récentes se sont penchées sur l'efficacité et l'acceptabilité de l'interruption de grossesse « à domicile » par les patientes. Ces études montrent une bonne acceptabilité de cette méthode et des taux de satisfaction élevés pour les patientes y ayant recouru.

Les premières données émanent d'études étrangères effectuées notamment aux Etats-Unis. Une d'entre elles (30) mettait en évidence le souhait des patientes, satisfaites de la méthode médicamenteuse, de pouvoir recourir à celle-ci à domicile. Ces résultats donnaient un a priori favorable, même si en raison de législations et d'un contexte culturel différents, ils ne pouvaient être extrapolés à la France.

La première étude française sur le sujet est celle de l'équipe du centre d'orthogénie de l'hôpital Broussais (31). Elle évalue l'acceptabilité de la méthode au travers de critères variés : nombre d'appels téléphoniques reçus par le personnel de la part des patientes ce qui correspond au niveau d'anxiété de ces dernières, prise d'antalgiques, évaluation de la douleur par les patientes, nombre d'échecs de la méthode. Un questionnaire portant sur le vécu de la méthode par la patiente venait compléter ces informations. L'ensemble des résultats montre une « excellente acceptabilité de la technique ».

Ces données sont confirmées par une nouvelle étude menée entre le 1^{er} février 2003 et le 31 juillet 2004 dans le cadre d'un réseau ville-hôpital en région parisienne (32). Cette étude présente également l'intérêt d'évaluer l'acceptabilité de la méthode par les praticiens en mesurant la surcharge de travail que leur occasionne cette pratique. Les résultats semblent encourageants puisque seules 5 % des patientes réclament une consultation supplémentaire et 6,2 % nécessitent une réintervention par aspiration à l'hôpital.

Un bémol cependant : la technique de l'interruption de grossesse à domicile ne peut s'adresser à toutes les patientes et ne doit pas se substituer à l'avortement médicamenteux à l'hôpital. Et surtout, les patientes doivent pouvoir conserver le choix du lieu de déroulement de l'IVG.

Si les réticences ne viennent pas des patientes, elles viennent donc des praticiens. En effet même si l'acceptabilité théorique par les praticiens qui ressort des études est satisfaisante, dans la pratique, la lourdeur du système administratif qui entoure la réalisation de l'IVG réfère plus d'un praticien, sans compter que pour les médecins généralistes, il n'est pas simple de pouvoir attester et acquérir les compétences nécessaires à cette pratique.

Certains d'entre eux comme M. Lalande soulignent le problème de la disponibilité du médecin généraliste qui a d'autres consultations à gérer et voit dans cette pratique un moyen détourné de décharger les services réalisant les IVG (33).

Un travail de thèse réalisé en avril et mai 2005 auprès des médecins généralistes de Lyon (34) montre que 41,8 % d'entre eux sont favorables à la réalisation des IVG « à domicile » et 38,2 % seraient prêts à en pratiquer, chiffres somme toute encourageants.

Les principaux freins à cette pratique relèvent de la formation : il existe une inadéquation entre les formations proposées par les centres d'IVG (quand elles existent) et celles susceptibles d'intéresser les médecins généralistes notamment parce qu'elles seraient facilement intégrables dans leur emploi du temps. L'activité d'IVG pose également des problèmes en termes d'organisation professionnelle : elle peut apparaître comme chronophage et proportionnellement mal rémunérée (forfait fixe de 191.74 euros). Enfin, certains médecins généralistes craignent un risque médico-légal accru, la responsabilité morale et juridique de l'acte leur incombant pleinement sur le plan médical.

Pourtant, des omnipraticiens se sont déjà impliqués dans cette pratique comme en témoigne un article paru dans la revue *Le Généraliste* (35), en décembre 2006. Ces médecins, au nombre de 61, œuvrent au sein du réseau REHVO (Réseau Entre l'Hôpital et la Ville pour l'Orthogénie). Et selon S. Gaudu, médecin gynécologue présidente du réseau, les médecins généralistes sont essentiels dans la démarche de ce réseau.

Au final, si le rôle du médecin généraliste semble relativement marginal dans la prise en charge et l'accompagnement de l'IVG médicamenteuse « à domicile », il est peut-être appelé à se développer, cette pratique étant récente.

Dans tous les cas, cette implication reste le fait de médecins motivés et la motivation ou l'absence de motivation nous semble être le nœud du problème quant à l'investissement des médecins généralistes dans l'interruption de grossesse.

3.3 Facteurs d'implication des médecins généralistes dans l'IVG

L'absence de motivation est déjà alimentée par la méconnaissance : l'enseignement de la gynécologie est modeste dans les études médicales « de base », l'information et la formation sur l'IVG quasi-inexistantes (36). Jusqu'à une époque récente, la filière médecine générale ne comprenait pas de formation en gynécologie et, pour les étudiants de troisième cycle, effectuer un stage dans cette spécialité s'avérait très rare. Voilà donc un début d'explication aux lacunes que peuvent présenter les omnipraticiens quant à l'IVG.

Ensuite, l'activité de gynécologie peut ne pas intéresser certains praticiens ou alors leur mode d'exercice fait qu'ils sont peu sollicités pour cette activité : ils n'éprouvent alors pas le besoin de se former (37).

Enfin, cette absence de motivation prend ses sources dans la dimension éthique qui entoure l'IVG. L'avortement reste un acte singulier qui continue de déchaîner les passions. La question éthique se centre essentiellement autour du statut de l'embryon et met en balance ce statut avec l'autonomie maternelle. Dans ce débat, le médecin possède des convictions personnelles qui peuvent entrer en conflit avec le principe même de l'avortement : il ne souhaitera alors pas être complice d'un acte qu'il réproouve. C'est par respect pour ces convictions qu'a été introduite sur le plan légal la clause de conscience.

Ces réticences de nature éthique ou religieuse expliquent pour certains praticiens leur non-implication dans l'avortement.

PARTIE II : ENQUETES

1 Méthodologie

1.1 Contexte et objectifs

Nous avons démontré précédemment que l'accès à l'IVG ne va pas de soi et avons souligné à ce propos le rôle central du premier professionnel de santé contacté. Puis, nous avons présenté la place que peut occuper le médecin généraliste dans la filière IVG tout en exposant les limites que cette place rencontre dans la pratique courante.

Alors que « l'activité IVG » semble anecdotique aux praticiens, il apparaît ainsi qu'un pourcentage relativement conséquent des demandes d'IVG transite par un médecin généraliste, de l'ordre de 30 %.

L'objectif de ce travail est donc de mieux cerner la réalité du rôle tenu par le médecin généraliste dans l'accès à l'IVG. Et puisque cette activité apparaît marginale aux médecins généralistes, il nous a semblé opportun d'appréhender ce rôle par le regard des personnes les plus concernées par ce sujet, à savoir les femmes susceptibles de se trouver confrontées à une interruption volontaire de grossesse.

Les patientes sollicitent ou solliciteraient-elles leur médecin généraliste pour une demande d'IVG ?

Quels sont les déterminants de cette sollicitation, sous leurs aspects objectifs, (aspects socioéconomiques) et sous leurs aspects subjectifs (ce qu'en pensent les patientes) ?

Les données de l'étude sont issues de deux enquêtes.

La conception de ces enquêtes, la rédaction du protocole, la méthode d'échantillonnage, la conception du questionnaire et l'analyse statistique ont été réalisés avec l'aide du Dr Nathalie THILLY du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

1.2 Première enquête

L'objectif de cette première enquête est d'identifier la nature du premier interlocuteur contacté lors d'une demande d'IVG. Elle évalue aussi sommairement le niveau de connaissance des femmes sur ce sujet et les interroge sur les raisons pour lesquelles elles ne choisiraient pas leur médecin généraliste comme premier interlocuteur.

Cette première enquête s'adresse à un échantillon de femmes âgées de 18 à 40 ans, choisies parmi les clientèles de trois médecins généralistes installés respectivement en milieu rural (Vicherey dans les Vosges), en banlieue nancéienne (Jarville-la-Malgrange La Californie) et au centre ville de Nancy (quartier Commanderie).

Critères d'inclusion :

- femmes âgées de 18 à 40 ans,
Les femmes de moins de 18 ans ont été exclues en raison de la nécessité d'obtenir l'autorisation préalable des parents.
Les femmes de plus de 40 ans ont été exclues de façon à être certain de ne cibler que les femmes en âge de procréer.
- faisant partie de la clientèle des trois médecins généralistes volontaires pour participer à l'étude.

Critères d'exclusion :

- femmes n'ayant plus consulté leur médecin traitant depuis plus de 2 ans, en raison de l'incertitude concernant la véracité des informations sur leurs coordonnées.

Toutes les patientes répondant aux critères ci-dessus ont été incluses soit :

- 240 patientes pour le médecin exerçant au centre ville de Nancy
- 121 patientes pour le médecin installé en banlieue
- 94 patientes pour celui installé en milieu rural.

La disparité du nombre de patientes selon les médecins s'explique par un profil de clientèle différent :

Age des patientes	Centre ville de Nancy	Jarville La Californie	Vicherey	Référentiel Lorraine
Moins de 16 ans	26 %	26 %	19 %	20 %
De 16 à 59 ans	59 %	63 %	48 %	59 %
60 ans et plus	13 %	9 %	31 %	19 %

D'après le relevé individuel d'activité et de prescription émis par la CPAM (Janvier à Septembre 2005).

Le médecin au centre ville draine une population relativement jeune essentiellement étudiante selon ses dires alors que la clientèle de celui exerçant en milieu rural est plutôt âgée.

Celui installé en banlieue exerce une activité à temps partiel, sa clientèle est donc d'un volume moindre.

Chaque médecin généraliste a adressé en mon nom un questionnaire accompagné d'une lettre explicative (Cf. annexe n°1) et d'une enveloppe affranchie. Les questionnaires étaient anonymes. Un code couleur permettait de séparer les trois clientèles. Les patientes ignoraient que le questionnaire leur avait été adressé par l'intermédiaire de leur médecin généraliste.

Les courriers ont été envoyés en mai et juin 2006.

Les retours sont parvenus jusqu'au 1^{er} septembre, date à laquelle nous avons clos le recueil.

Nous n'avons pas effectué de relance.

1.3 Deuxième enquête

La deuxième enquête se déroule à la maternité régionale A. Pinard de Nancy.

Cette deuxième enquête cherche à retracer le parcours de femmes jusqu'au centre d'IVG.

Un questionnaire (Cf. annexe n°2) a été distribué à toutes les femmes (389) se présentant à la maternité pour une IVG entre le 1^{er} mars 2006 et le 1^{er} décembre 2006. Ce questionnaire a été proposé aux patientes par les secrétaires lors de l'attente de leur rendez-vous avec le médecin les recevant pour l'IVG.

1.4 Analyse des données

La saisie des données des deux enquêtes a été réalisée à l'aide du logiciel Excel et l'analyse des résultats à l'aide du logiciel Epi Info.

L'analyse a comporté :

- une 1^{ère} étape descriptive pour les deux enquêtes,
- une 2^{ème} étape analytique.

Pour la 1^{ère} enquête, cette deuxième étape a consisté à comparer les caractéristiques des femmes qui consulteraient leur médecin traitant pour une IVG à celles qui ne le consulteraient pas. L'objectif était d'identifier les déterminants du recours au médecin traitant parmi les variables suivantes : tranche d'âge, situation maritale, niveau d'études, situation professionnelle, lieu d'habitation, lieu de résidence du médecin traitant, enfants à charge, niveau d'information sur l'IVG, connaissance des démarches ou des délais pour réaliser une IVG.

Pour la deuxième enquête, l'étape analytique a consisté à étudier les relations entre le type d'orientation des femmes et les principales caractéristiques de ces dernières.

Les tests statistiques utilisés sont pour les caractéristiques quantitatives l'analyse de variance et pour les caractéristiques qualitatives, le Chi-2 de Pearson aux risques α de 5 % et β de 10 % ou le test exact de Fisher lorsque la taille de l'échantillon était insuffisante.

2 Résultats de la première enquête

2.1 Description de l'échantillon d'étude

Sur 455 courriers envoyés, 177 femmes ont répondu, 10 courriers ont été retournés avec la mention « n'habite pas à l'adresse indiquée » et 1 avec la mention « décédée ».

Le taux de participation global est donc de 39,8 %. Il est cependant inhomogène selon les médecins et se répartit de la façon suivante :

Lieu d'installation	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de retour	Perdu de vue	Taux de participation
Urbain	240	98	9 (dont 1 décès)	42,4 %
Banlieue	121	24	0	19,8 %
Rural	94	55	2	59,8 %

Un échantillon de 177 femmes a été inclus dans l'étude : 98 d'entre elles (55,4 %) consultent un médecin généraliste installé en milieu urbain (Nancy), 55 (31,1 %) consultent un médecin généraliste installé en milieu rural (Vicherey) et 24 (13,5 %) un médecin généraliste installé en banlieue (Jarville).

Concernant le lieu de résidence, 63,8 % d'entre elles (n=113) résident dans une moyenne ou grande ville, 31,1 % dans un village (n=55) et 5,1 % dans une petite ville (n=9).

Concernant l'âge, la majorité des femmes ayant répondu a moins de 30 ans (56,4 %). Un tiers des femmes appartient à la classe [21-25 ans]. La répartition par classes d'âge est la suivante :

Age (en classes)	Effectif	Pourcentage
18 – 20 ans	13	7,3 %
21 – 25 ans	57	32,2 %
26 – 30 ans	30	16,9 %
31 – 35 ans	41	23,2 %
36 – 40 ans	36	20,4 %

Concernant le mode de vie, il faut noter que près de 40 % des femmes ayant répondu vivent actuellement seules. La répartition selon la situation maritale est la suivante :

Situation de famille	Effectif	Pourcentage
Mariée	60	33,9 %
Pacsée	4	2,3 %
Vie en concubinage	45	25,4 %
Vie seule	68	38,4 %

Le niveau d'études est élevé pour une grande proportion de femmes ayant répondu :

Niveau d'études	Effectif	Pourcentage
Bac + 3 ou plus	77	43,5 %
Bac +1 ou +2	35	19,8 %
Lycée	52	29,4 %
Collège	10	5,6 %
Primaire	2	1,1 %
Manquant	1	0,6 %

Concernant la situation professionnelle, près de la moitié des femmes sont employées :

Situation professionnelle	Effectif	Pourcentage
Employée	82	46,3 %
Etudiante	43	24,3 %
Cadre	20	11,3 %
Demandeuse d'emploi	14	7,9 %
Femme au foyer	10	5,6 %
Artisan	5	2,8 %
Ouvrière	3	1,8 %

Concernant la survenue ou non de grossesses antérieures, la majorité des femmes ayant répondu n'a jamais eu d'enfant (s'explique par la jeunesse des femmes de l'échantillon). La répartition selon le nombre de grossesses antérieures est la suivante :

Grossesses antérieures	Effectif	Pourcentage
0	101	57,0 %
1	24	13,6 %
2	27	15,2 %
3	16	9,0 %
4	7	4,0 %
5	2	1,1 %

Sur les 177 femmes ayant répondu, 7 d'entre elles (4 %) ont une grossesse en cours.

La répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants à charge est la suivante :

Enfants à charge	Effectif	Pourcentage
0	103	58,2 %
1	23	13,0 %
2	32	18,1 %
3	13	7,3 %
4	5	2,8 %
5	1	0,6 %

Sur les 177 femmes ayant répondu, 24 d'entre elles (13,6 %) ont déjà eu au moins une IVG. 21 ont eu une IVG, 2 ont eu deux IVG et 1 femme trois IVG.

2.2 Analyse des données

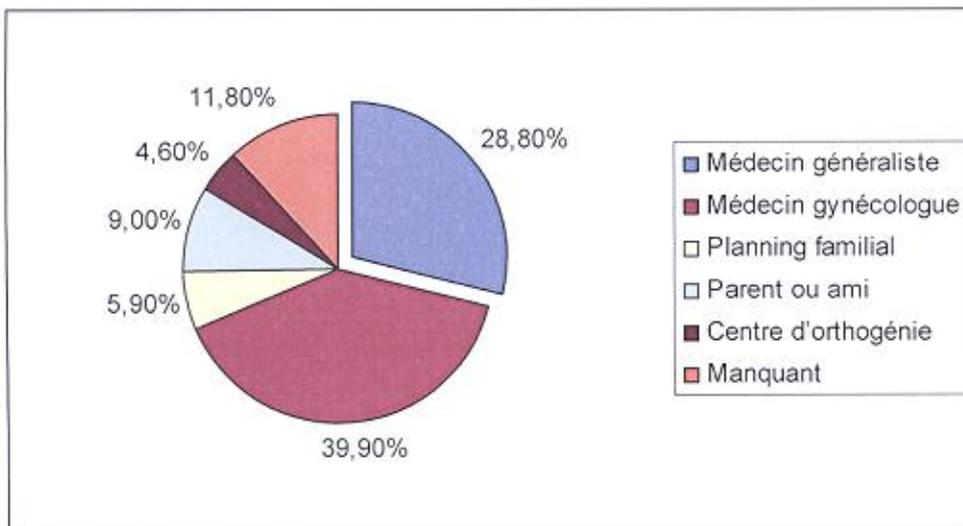
2.2.1 Groupe des femmes n'ayant jamais eu d'IVG

◆ Sur les 153 femmes n'ayant jamais eu d'IVG :

- 57,5 % d'entre elles (n=88) s'estiment insuffisamment informées sur l'IVG en général ;
- 56,8 % d'entre elles (n=87) ne connaissent pas les démarches à accomplir pour pratiquer une IVG ;
- 44,4 % d'entre elles (n=68) ne connaissent pas les délais légaux en France pour pratiquer une IVG.

♦ Concernant la première personne à laquelle les femmes s'adresseraient en cas de décision de pratiquer une IVG, la répartition est la suivante :

Personne contactée	Effectif	Pourcentage
Médecin gynécologue	61	39,9 %
Médecin généraliste	44	28,8 %
Parent ou ami	14	9,0 %
Planning familial	9	5,9 %
Centre d'orthogénie	7	4,6 %
Manquant	18	11,8 %



♦ Comparaison des caractéristiques des femmes qui consulteraient le médecin généraliste par rapport aux femmes qui ne le consulteraient pas :

Influence du lieu d'exercice du médecin

Femmes qui consulteraient un médecin généraliste	Médecin généraliste de ville	Médecin généraliste rural	Médecin généraliste de banlieue
Non	64	22	5
Oui	16	21	7

$$\chi^2 = 14,56 \quad p < 0,001$$

Les femmes qui ont un médecin généraliste en milieu rural ou en banlieue consulteraient plus souvent un médecin généraliste en première intention pour une IVG.

48,8 % des femmes ayant un médecin généraliste rural, 58,3 % des femmes ayant un médecin généraliste de banlieue et 20 % des femmes ayant un médecin généraliste de ville consulteraient un médecin généraliste en première intention pour une IVG.

Influence du niveau d'études

Femmes qui consulteraient un médecin généraliste	Bac +1 et au-delà	Primaire, collège ou lycée
Non	68	22
Oui	26	18

$\chi^2 = 3,84$ $p = 0,05$ (limite de significativité)

Les femmes ayant un niveau minimum Bac +1 consulteraient moins un médecin généraliste (27,7 %) en première intention que les femmes qui ont un niveau inférieur au Bac (45 %).

Influence du niveau de connaissance des démarches concernant l'IVG

Femmes qui consulteraient un médecin généraliste	Non connaissance des démarches	Connaissance des démarches
Non	49	42
Oui	33	11

$\chi^2 = 5,57$ $p < 0,02$

Les femmes qui disent ne pas connaître les démarches pour accomplir une IVG consulteraient plus un médecin généraliste (40,2 %) en première intention que les femmes qui disent connaître les démarches (20,8 %).

Pour toutes les autres variables, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les femmes qui consulteraient un médecin généraliste ou non (âge, situation maritale, situation professionnelle, lieu d'habitation, grossesses antérieures, niveau d'information).

2.2.2 Groupe des femmes ayant déjà eu au moins une IVG (n=24)

♦ La répartition des femmes en fonction de la première personne à laquelle elles se sont adressées pour obtenir une IVG est la suivante :

- Médecin gynécologue : 9 (37,5 %)
- Médecin généraliste : 7 (29,2 %)
- Centre orthogénie : 3 (12,5 %)
- Planning familial : 2 (8,3 %)
- Ami/parent : 2 (8,3 %)
- Autre : 1

♦ L'information reçue alors sur l'IVG a été considérée insuffisante par 4 femmes (16,7 %), la première s'étant adressée au centre de planification, la deuxième au centre d'orthogénie, la troisième au médecin généraliste et la quatrième à un ami).

Cinq personnes (20,8 %) déclarent avoir consulté un deuxième professionnel ensuite (trois d'entre elles un gynécologue, l'une un néphrologue, et la dernière un centre IVG). Ces cinq femmes avaient consulté en premier lieu un médecin généraliste pour deux d'entre elles, un ami pour deux autres et un gynécologue pour la dernière.

♦ Comparaison des caractéristiques des femmes qui ont consulté le médecin généraliste par rapport aux femmes qui ne l'ont pas consulté : pour toutes les variables, pas de différence statistiquement significative entre les femmes qui ont consulté un médecin généraliste ou non (lieu de résidence, âge, situation maritale, niveau d'études, situation professionnelle, lieu d'habitation, grossesses antérieures). Mais il existe un problème de manque de puissance lié au faible effectif (n=24) de cet échantillon.

2.3 Aspects qualitatifs : analyse des commentaires

Lorsque les patientes ne se sont pas adressées à leur médecin généraliste en premier lieu, il leur a été demandé de préciser les raisons de ce non-choix. Leurs commentaires sont disponibles en intégralité en annexe n°3. Nous rendons compte ici d'une interprétation de ceux-ci.

Sur 126 patientes ne s'étant pas adressées en premier lieu à un médecin généraliste, 83 ont rendu un commentaire exploitable (c'est-à-dire répondant à la question posée) soit 65,8 %.

Sur ces 83 femmes :

- 54 avaient consulté un gynécologue,
- 10 un ami ou parent,
- 10 un planning familial,
- 8 un centre d'IVG.

Les déterminants de choix d'un autre professionnel de santé que le médecin généraliste se divisent en plusieurs catégories :

Pour le médecin gynécologue

- sentiment d'une plus grande compétence (30 occurrences)

« L'IVG étant de la compétence du gynécologue, autant s'adresser directement à ce professionnel qui sera plus apte à répondre à mes attentes »

« Parce que je pense qu'il (le médecin généraliste) m'enverra chez un gynécologue donc autant y aller directement »

- suivi habituel par celui-ci (21 occurrences), les raisons de ce suivi habituel ne sont pas explicitées.

« Je ne consulte jamais mon médecin généraliste pour mon suivi gynécologique »

- déterminants d'ordre relationnel :

- ✓ relation plus facile avec le gynécologue (14 occurrences)

*« (...) je me sens plus à l'aise avec elle (gynécologue) pour un sujet comme celui-ci »
« sujet trop intime (...) »*

Dans ce cas là, les femmes interrogées rapportent à cinq reprises cette facilité au fait que leur gynécologue est une femme alors que leur médecin généraliste est un homme.

« c'est un homme (médecin généraliste). Je souhaiterais plus en parler avec une femme (gynécologue) »

- ✓ problème de confidentialité par rapport à leur médecin traitant qui est aussi celui de la famille (1 occurrence) ;

« C'est mon médecin de famille donc je ne souhaiterais pas prendre le risque qu'il trahisse ma confiance dans le cas où je lui aurais demandé de ne rien dire »

- ✓ crainte du jugement du médecin traitant (1 occurrence)

« Je me serais sentie honteuse et peu fière de moi. »

Dans le cas du planning familial

- sentiment d'une plus grande compétence en raison d'une plus grande expérience (6 occurrences)

« Le planning familial voit de nombreuses femmes qui veulent avorter ou réaliser une IVG donc pour moi c'est le centre le mieux adapté car ils pensent au suivi psychologique, ils ont les mots qu'on a besoin d'entendre »

- peur d'un jugement négatif de la part de leur médecin habituel, les patientes préférant l'anonymat (6 occurrences) :

« Je préférerais quelqu'un de complètement extérieur à ma vie habituelle »

« Cela me gênerait moins de parler d'une IVG à une personne inconnue plutôt qu'à mon médecin généraliste »

- gratuité des soins (1 occurrence)

« (...) étudiante, pas de ressources financières »

- confidentialité (1 occurrence)

« (...) j'habite dans un petit village et j'ai besoin d'un minimum de confidentialité. »

Dans le cas du centre d'IVG

- sentiment d'une plus grande compétence et accès direct (5 occurrences)

« c'est plus rapide que de passer par des intermédiaires »

- soucis de confidentialité *« Je ne voulais pas qu'il (le médecin généraliste) le dise à mes parents ».*

- crainte du jugement *« sentiment de culpabilité et de honte par rapport à une personne connue »*

Dans le cas d'un parent ou ami

- rapidité et aspect pratique « *je m'adresserais d'abord à un proche par praticité et rapidité* »
- expérience sur le sujet d'un proche : « *je m'adresserais d'abord à ma mère qui a vécu ça dans les années 70* ».

Ainsi, d'une façon générale lorsque le choix du premier interlocuteur se porte initialement sur le gynécologue, c'est essentiellement parce que ce dernier effectue le suivi habituel de la patiente et/ou parce qu'il est perçu comme plus compétent.

En revanche lorsque le choix se porte en premier lieu sur le planning familial ou le centre d'IVG, les déterminants relationnels sont au premier plan : soucis de confidentialité surtout et crainte du jugement du médecin habituel. En deuxième lieu, les femmes soulignent la compétence de ces organismes dont c'est la vocation de prendre en charge les IVG.

Enfin s'adresser au centre d'IVG est pour certaines, à juste titre, la garantie d'un accès direct à la filière.

3 Résultats de la deuxième enquête

3.1 Description des caractéristiques de l'échantillon d'étude

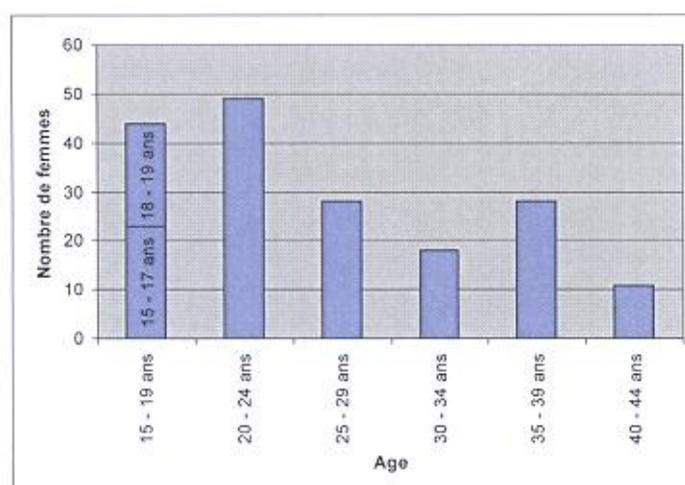
Sur 389 femmes s'étant présentées à la consultation d'IVG entre mars et décembre 2006 inclus, 179 ont répondu au questionnaire. Le taux de participation est donc de 46 %.

Age

L'âge de l'échantillon s'étale de 15 à 44 ans (1 manquant). La classe d'âge la plus représentée est la classe 20-24 ans. L'échantillon est jeune avec une médiane à 24 ans.

La moyenne des âges est de 26,21 ans avec un écart-type de 8,02 ans.

Age (en classes)	Effectif	Pourcentage
15 – 19 ans	44	24,6 %
dont 15 – 17 ans	23	12,8 %
dont 18 – 19 ans	21	11,7 %
20 – 24 ans	49	27,4 %
25 – 29 ans	28	15,6 %
30 – 34 ans	18	10,1 %
35 – 39 ans	28	15,6 %
39 – 44 ans	11	6,1 %
Manquant	1	0,6 %



Situation de famille

La majorité des femmes de l'échantillon déclarent vivre seules. La répartition selon la situation maritale est la suivante :

Situation de famille	Effectif	Pourcentage
Mariée ou pacsée	31	17,3 %
Vit en concubinage	38	21,2 %
Vit seule	108	60,4 %
Manquant	2	1,1 %

Niveau d'études

Le niveau d'études semble modeste pour une majorité des femmes ayant répondu : 69,1 % n'ont pas fait d'études supérieures.

Cependant, nous avons omis dans le questionnaire de préciser un item pour les BTS, IUT, etc. ce qui peut biaiser les résultats.

Niveau d'études	Effectif	Pourcentage
Université	49	27,4 %
Lycée	98	54,7 %
Collège	25	14,0 %
Primaire	2	1,1 %
Manquant	5	2,8 %

Situation professionnelle

Concernant la situation professionnelle, un quart des femmes est étudiante et un tiers est employée. A noter, la proportion importante de demandeuses d'emploi : le taux de chômage de l'échantillon est largement supérieur au taux de chômage de la population féminine française (13,5 %) (38).

Situation professionnelle	Effectif	Pourcentage
Employée	62	34,6 %
Etudiante	47	26,3 %
Cadre, profession libérale	7	3,9 %
Demandeuse d'emploi	36	20,1 %
Femme au foyer	20	11,2 %
Artisan, commerçant	5	2,8 %
Ouvrière	1	0,6 %
Manquant	1	0,6 %

Lieu d'habitation

Concernant le lieu d'habitation, la répartition est la suivante :

Lieu d'habitation	Effectif	Pourcentage
Moyenne-grande ville	101	56,4 %
Petite ville	49	27,4 %
Rural	29	16,2 %

Nombre d'enfants à charge

Un peu plus de la moitié des femmes de l'échantillon n'a aucun enfant à charge. La répartition selon le nombre d'enfants à charge est la suivante :

Enfants à charge	Effectif	Pourcentage
0	92	51,4 %
1	42	23,5 %
2	26	14,5 %
3	15	8,4 %
4	2	1,1 %
5	2	1,1 %

Nombre de grossesses antérieures

Plus de la moitié des patientes de l'échantillon s'est déjà trouvée enceinte.

Grossesses antérieures	Effectif	Pourcentage
0	87	48,5 %
1	32	17,9 %
2	34	19,0 %
3	14	7,8 %
4	6	3,4 %
5	2	1,1 %
6	3	1,7 %
7	1	0,6 %

IVG antérieures

Pour la majorité des femmes de l'échantillon (67 %), il s'agit de la première demande d'IVG.

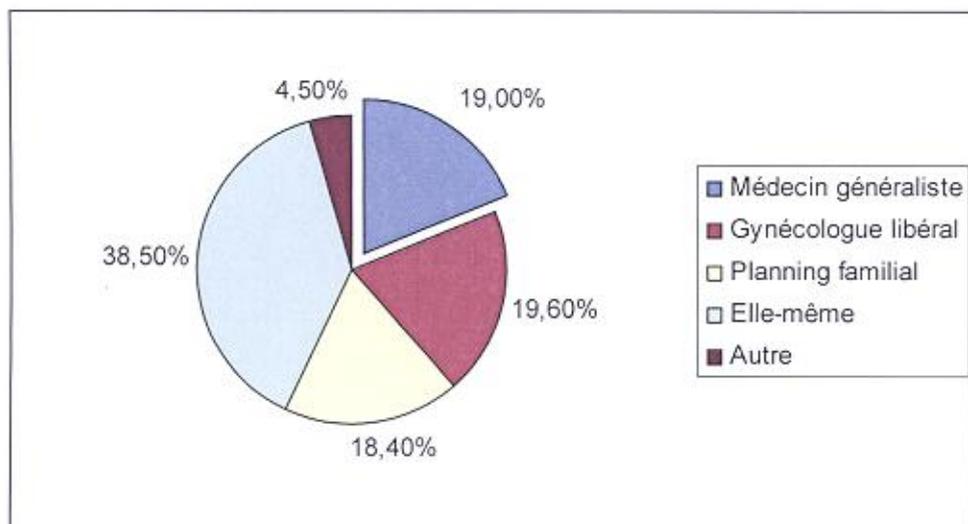
IVG antérieures	Effectif	Pourcentage
0	120	67,0 %
1	39	21,8 %
2	14	7,8 %
3	6	3,4 %

Orientation

Concernant la personne qui a adressé les femmes de l'échantillon à la maternité régionale, la répartition est la suivante :

Femmes adressées par	Effectif	Pourcentage
Médecin généraliste	34	19,0 %
Gynécologue libéral	35	19,6 %
Planning familial	33	18,4 %
Elle-même	69	38,5 %
Autre	8	4,5 %

La plupart des femmes se sont rendues d'elles-mêmes au centre d'IVG.



Parcours

La grande majorité des femmes a présenté un parcours direct vers le centre d'IVG (un parcours direct s'entendant comme l'absence d'intermédiaires entre le premier professionnel de santé consulté et le centre où est réalisé l'avortement).

Parcours	Effectif	Pourcentage
Direct	155	86,6 %
Indirect	24	13,4 %
Gynécologue	9	5,0 %
Médecin généraliste	7	3,9 %
Planning familial	4	2,2 %
Autre	4	2,2 %

3.2 Analyse des données

L'analyse des données permet de déterminer l'influence que peuvent avoir les différentes variables sur l'orientation c'est-à-dire sur la personne qui a adressé les femmes de l'échantillon vers la maternité régionale pour leur IVG. Pour cette analyse, seuls les cas d'orientation suivants ont été pris en compte :

- médecin généraliste,
- gynécologue libéral,
- planning familial,
- femmes venues d'elles-mêmes.

Les autres cas n'ont pas été pris en compte dans l'analyse car trop peu nombreux.

Influence de la situation de famille

Le lien entre l'orientation et la situation de famille est significatif ($p = 0,0026$) :

- les femmes seules vont principalement au centre d'IVG d'elles-mêmes (44,7 %) puis orientées par le planning familial (24,3 %) ;
- les femmes en concubinage vont principalement au centre d'IVG d'elles-mêmes (38,9 %) et également orientées par un gynécologue (36,1 %) ;
- les femmes mariées sont principalement orientées par un médecin généraliste (41,4 %).

Orientation / Situation de famille		Vit seule	Vit en concubinage	Mariée	Total
Médecin généraliste	Fréquence	17	5	12	34
	%	10,1	3,0	7,1	20,2
	% en ligne	50,0	14,7	35,3	
	% en colonne	16,5	13,9	41,4	
Gynécologue libéral	Fréquence	15	13	7	35
	%	8,9	7,7	4,2	20,8
	% en ligne	42,9	37,1	20,0	
	% en colonne	14,6	36,1	24,1	
Planning familial	Fréquence	25	4	3	32
	%	14,9	2,4	1,8	19,1
	% en ligne	78,1	12,5	9,4	
	% en colonne	24,3	11,1	10,3	
Femmes venues d'elles-mêmes	Fréquence	46	14	7	67
	%	27,4	8,3	4,2	39,9
	% en ligne	68,7	20,9	10,5	
	% en colonne	44,7	38,9	24,1	
Total	Fréquence	103	36	29	168
	%	61,3	21,4	17,3	100,0

$$\chi^2 = 20,18$$

$$p = 0,0026$$

Influence du lieu d'habitation

Le lien entre l'orientation et le lieu d'habitation est significatif ($p = 0,0091$) :

- les femmes de moyennes ou grandes villes vont au centre d'IVG principalement d'elles mêmes (49,5 %) puis orientées par le planning familial (19,0 %) ;
- les femmes de petites villes vont au centre d'IVG d'abord d'elles-mêmes (36,2 %) puis orientées par le planning familial (23,4 %) ;
- les femmes de milieux ruraux sont principalement orientées par le médecin généraliste (39,3 %).

Orientation / Lieu d'habitation		Moyenne ou grande ville	Petite ville	Rural	Total
Médecin généraliste	Fréquence	13	10	11	34
	%	7,7	5,9	6,5	20,0
	% en ligne	38,2	29,4	32,4	
	% en colonne	13,7	21,3	39,3	
Gynécologue libéral	Fréquence	17	9	9	35
	%	10,0	5,3	5,3	20,6
	% en ligne	48,6	25,7	25,7	
	% en colonne	17,9	19,2	32,1	
Planning familial	Fréquence	18	11	4	33
	%	10,6	6,5	2,4	19,4
	% en ligne	54,6	33,3	12,1	
	% en colonne	19,0	23,4	14,3	
Femmes venues d'elles-mêmes	Fréquence	47	17	4	68
	%	27,7	10,0	2,4	40,0
	% en ligne	69,1	25,0	5,9	
	% en colonne	49,5	36,2	14,3	
Total	Fréquence	96	47	28	170
	%	55,9	27,7	16,5	100,0

$$\chi^2 = 17,05$$

$$p = 0,0091$$

Influence d'une ou plusieurs IVG antérieures

Il existe un lien significatif entre l'orientation et le fait d'avoir déjà eu recours à l'IVG ($p = 0,0192$). Les femmes qui ont déjà eu une ou plusieurs IVG viennent au centre d'IVG beaucoup plus d'elles-mêmes (55,4 % contre 32,5 %) et beaucoup moins souvent orientées par le gynécologue ou le médecin généraliste.

Orientation / IVG antérieure(s)		Pas d'IVG antérieure	Une ou	Total
			plusieurs IVG antérieure(s)	
Médecin généraliste	Fréquence	27	7	34
	%	15,9	4,1	20,0
	% en ligne	79,4	20,6	
	% en colonne	23,7	12,5	
Gynécologue libéral	Fréquence	28	7	35
	%	16,5	4,1	20,6
	% en ligne	80,0	20,0	
	% en colonne	24,6	12,5	
Planning familial	Fréquence	22	11	33
	%	12,9	6,5	19,4
	% en ligne	66,7	33,3	
	% en colonne	19,3	19,6	
Femmes venues d'elles-mêmes	Fréquence	37	31	68
	%	21,8	18,2	40,0
	% en ligne	54,4	45,6	
	% en colonne	32,5	55,4	
Total	Fréquence	114	56	170
	%	67,1	32,9	100,0

$$\chi^2 = 9,9282$$

$$p = 0,0192$$

Influence du fait d'être majeure

Le lien entre l'orientation et le fait d'être majeure ou pas est significatif ($p = 0,0345$). Les mineures sont principalement orientées par le planning familial (43,5 %) alors que les majeures viennent principalement d'elles-mêmes.

Orientation / Fait d'être majeure		Mineures	Majeures	Total
Médecin généraliste	Fréquence	4	30	34
	%	2,4	17,7	20,0
	% en ligne	11,8	88,2	
	% en colonne	17,4	20,4	
Gynécologue libéral	Fréquence	3	32	35
	%	1,8	18,8	20,6
	% en ligne	8,6	91,4	
	% en colonne	13,0	21,8	
Planning familial	Fréquence	10	23	33
	%	5,9	13,5	19,4
	% en ligne	30,3	69,7	
	% en colonne	43,5	15,7	
Femmes venues d'elles-mêmes	Fréquence	6	62	68
	%	3,5	36,5	40,0
	% en ligne	8,8	91,2	
	% en colonne	26,1	42,2	
Total	Fréquence	23	147	170
	%	13,5	86,5	100,0

$$\chi^2 = 10,0494$$

$$p = 0,0345$$

Influence de l'âge

Il existe un lien très fortement significatif entre l'orientation et l'âge ($p = 0,0009$) :

- les femmes les plus jeunes sont orientées par le planning familial (âge moyen : 22,8 ans) ;
- les femmes les plus âgées sont orientées par le gynécologue (âge moyen : 29,8 ans).

Orientation / Age	Fréquence	Age moyen	Ecart-type
Médecin généraliste	34	28,1	8,8
Gynécologue libéral	34	29,8	8,0
Planning familial	33	22,8	7,4
Femmes venues d'elles-mêmes	68	25,0	7,1

$p = 0,0009$

Variables sans influence significative

- le niveau d'études ($p = 0,1760 > 0,05$),
- la situation professionnelle ($p = 0,085$, limite de significativité),
- le nombre d'enfants à charge ($p = 0,1709$),
- le fait d'avoir ou pas un ou plusieurs enfant(s) à charge quel qu'en soit le nombre ($p = 0,3954$),
- le fait d'avoir eu ou non une ou plusieurs grossesse(s) antérieure(s) ($p = 0,3668$).

PARTIE III : DISCUSSION

1 Première enquête

1.1 Représentativité

1.1.1 Critères d'inclusion/exclusion

L'enquête concernant les patientèles des médecins généralistes s'est adressée aux patientes âgées de 18 à 40 ans. Ce choix n'a que peu de conséquences en termes quantitatifs, les derniers chiffres publiés par la DREES (29) montrent que près de 90 % (87,9 %) des IVG concernent le groupe d'âge 18-40 ans. Les 10 % restants se répartissent de la façon suivante : 5,3 % pour le groupe d'âge de moins de 18 ans et 6,6 % pour celui de plus de 40 ans. Cependant, l'exclusion des mineures peut introduire des biais « qualitatifs », leur perception de l'accès à l'IVG et leur parcours pouvant être plus spécifiques : plus grande sollicitation de l'hôpital ou des structures médico-sociales (planning familial) par exemple. L'enquête COCON (26) montre ainsi que 55 % des femmes de moins de 30 ans choisissent comme premier interlocuteur une structure hospitalière ou un centre médico-social.

1.1.2 Taux de participation

Le taux de participation pour la première enquête est satisfaisant, de l'ordre de 40 %. Par comparaison, le taux de réponse attendu dans ce genre d'enquêtes se situe aux alentours de 30 %.

Ce taux est variable en fonction du lieu d'installation du praticien. Il atteint ainsi les 60 % en milieu rural. Mais, en nombre absolu, la population rurale ne semble pas surreprésentée. Le taux de personnes déclarant vivre dans un village est de 31,1 %. Ce chiffre s'approche de ceux relevés par le recensement de 1999 : 33 % de la population lorraine habite dans une ville de moins de 2000 habitants (39). Cependant, la comparaison n'est pas complètement fiable, le fait de déclarer dans notre enquête habiter en ville ou à la campagne restant totalement subjectif.

En revanche, le taux de participation est faible en banlieue, de moins de 20 %. Cette participation modeste était attendue : le médecin exerçant dans cette zone draine, selon ses

dières, une patientèle avec une forte proportion de personnes d'origine étrangère, parlant parfois mal le français et surtout le lisant peu. Par ailleurs au-delà de ces difficultés de compréhension du français écrit, on peut également supposer que cette population est culturellement moins disposée à aborder le sujet de l'IVG. Ce faible taux de participation est regrettable car les difficultés d'accès de cette population sont peut-être plus aigües et le médecin généraliste, en tant qu'acteur de proximité, trouve là un rôle important à jouer.

1.1.3 Sous-déclaration des IVG

Le taux d'avortement de notre échantillon est de 13,6 % pour les femmes entre 18 et 40 ans. Par comparaison, le baromètre santé 2005 de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) (40) relève un taux d'IVG déclarées de 17,2 % dans la population sexuellement active identifiée comme âgée de 25 à 44 ans. Par ailleurs, selon les chiffres de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) (41) près d'une femme sur deux aura recours à l'avortement au cours de sa vie. Que penser alors du taux de notre échantillon ? En fait, ces chiffres sont difficilement comparables entre eux car ils ne concernent pas les mêmes tranches d'âges : dans le cas du chiffre de l'INED notamment, le taux d'avortement de notre échantillon ne prévaut en rien du nombre d'IVG que pratiqueront l'ensemble de ces femmes au cours de leur vie.

Cependant, la sous-déclaration est notoire dans les enquêtes sur l'IVG en population générale. Il est donc probable que notre échantillon n'échappe pas à la règle.

Dans le cas de notre étude, elle peut correspondre à deux phénomènes. D'une part les femmes ayant déjà recouru à l'avortement ne souhaitent peut-être pas revenir sur cet événement vécu de façon douloureuse ou tout simplement elles le taisent car il appartient à la sphère de l'intime. D'autre part, le niveau d'études relativement élevé de l'échantillon et le faible taux de participation en banlieue laissent penser qu'une frange défavorisée de la population est sous représentée. Or les facteurs socio-économiques interviennent dans la décision de ne pas poursuivre une grossesse imprévue (42). Ainsi l'hypothèse selon laquelle ne sont pas représentées des femmes susceptibles d'avoir été davantage confrontées à l'IVG semble plausible.

Mais cette sous-déclaration ne biaise que peu les résultats de cette enquête : l'objectif du recueil était plutôt de cibler les patientes n'ayant pas encore recouru à l'avortement et donc ne connaissant a priori pas la filière de soins et d'étudier ainsi leur comportement présumé et leur perception du parcours vers l'IVG.

1.2 Discussion des résultats

1.2.1 A propos du niveau d'information

Plus de la moitié (57,5 %) des femmes interrogées s'estiment insuffisamment informées sur l'IVG. L'obligation de mise à disposition d'un numéro d'appel par région et la mise en place de permanences téléphoniques sont un progrès dans le sens d'une plus grande information mais ces numéros sont insuffisamment connus. Pour information, en Lorraine, le numéro de référence est celui du Mouvement pour le Planning Familial (2). Sur Nancy un appel au standard de la Maternité ou de l'hôpital Maringer permet d'être dirigé sur le secrétariat compétent.

1.2.2 A propos du premier professionnel de santé contacté

L'analyse des données de notre échantillon montre que près de 30 % des femmes s'adresseraient à un médecin généraliste en première intention pour une demande d'avortement. Ce pourcentage est loin d'être négligeable et conforte le médecin généraliste dans son rôle de coordination des soins.

Pour comparaison, l'enquête COCON citée précédemment (26) montrait un choix du médecin généraliste comme premier interlocuteur dans 25 % des cas tous âges confondus. Le gynécologue était pour sa part consulté dans 40 % des cas.

Dans l'échantillon, les déterminants mis en évidence comme favorisant la consultation en première intention d'un médecin généraliste sont le lieu d'habitation en milieu rural ou en banlieue, le faible niveau d'études (limite de significativité) et la méconnaissance des démarches concernant l'IVG.

Concernant le lieu d'habitation deux types d'explications peuvent être avancés pour expliquer le choix en premier lieu du médecin généraliste. Il peut s'agir d'un choix « par défaut », le gynécologue (ou l'hôpital) étant moins accessible car « éloigné » en milieu rural, ou bien au contraire le médecin généraliste apparaît comme le premier recours dans le cadre d'une relation de confiance et de proximité qui s'établit peut-être davantage avec la patientèle dans ces milieux.

L'influence du niveau d'études peut quant à lui être intégré dans la notion plus vaste d'influence de facteurs socio-économiques sur le recours au médecin généraliste. L'analyse du rôle de ces facteurs sur la consommation de soins montre que le recours au spécialiste augmente avec le milieu social des patients (43). Dans notre échantillon aucune différence significative n'est mise en évidence en tenant compte de la catégorie professionnelle, pourtant il est probable que le milieu social joue un rôle dans l'accès à l'IVG. La population défavorisée reste la plus vulnérable aux dysfonctionnements du système de soins et le médecin généraliste doit être d'autant plus vigilant vis-à-vis de cette population (44).

A l'inverse si on demande aux femmes pour quelles raisons elles ne s'adresseraient pas en première intention à leur médecin généraliste, les explications avancées sont essentiellement de trois ordres.

Première raison avancée, elles ont le sentiment que le médecin généraliste est moins compétent dans ce domaine que le gynécologue, le planning familial ou le centre d'IVG. Ce sentiment présente dans les faits quelques fondements comme nous l'avons souligné précédemment (Cf. page 35), les lacunes que peuvent présenter les médecins généralistes s'expliquant par une insuffisance de formation initiale et continue et par un désintérêt vis-à-vis de l'IVG d'un certain nombre d'entre eux. Cependant il est également probable que ce sentiment recoupe celui plus général, d'une perception un peu simpliste du rôle du médecin généraliste. Citons à ce propos le commentaire d'une des patientes interrogées : « *je préfère toujours aller voir les spécialistes (gynécologue, cardiologue, rhumatologue, etc.) pour les soucis spécifiques. Par contre, le médecin généraliste est très bien pour suivre les maladies courantes (angine, otite, rhino, etc.) ou le suivi des maladies déjà installées* ». Il apparaît ainsi nécessaire de poursuivre une politique de revalorisation de la médecine générale auprès de la population et de souligner les spécificités du rôle du médecin généraliste, spécialiste en soins primaires. Selon la définition classique de Barbara Starfield, il s'agit du « niveau d'un système de santé qui donne accès au système pour tous les besoins et les problèmes nouveaux,

dispense au fil du temps des soins axés sur la personne (et non sur la maladie) et pour tous les problèmes sauf les plus rares ou inusités, et coordonne ou intègre les soins dispensés ailleurs ou par des tiers »¹.

Si l'interruption volontaire de grossesse rentre difficilement dans le cadre classique de la consommation de soins par sa spécificité, à savoir un acte décidé et « exigé » par la patiente, et échappe ainsi à cette définition, la réaction de cette patiente montre cependant qu'elle ignore que toute demande initiale de soins est un soin primaire et que le plus qualifié pour orienter efficacement un patient dans le système de soins reste le médecin généraliste.

La deuxième raison avancée est le suivi habituel par le gynécologue. A ce propos, l'enquête EPILULE (45) effectuée en 2003 auprès de 2802 femmes de 16 à 54 ans montre qu'un tiers des femmes confient leur suivi gynécologique à leur médecin généraliste, un tiers à un gynécologue et un tiers aux deux alternativement. La place du médecin généraliste est donc loin d'être marginale.

Enfin la troisième raison avancée est en lien avec l'aspect tabou de l'IVG et recouvre le sentiment de gêne à aborder ce sujet avec une personne « connue ». Il appartient peut-être au médecin généraliste de paraître plus accessible mais il semble également légitime que les patientes souhaitent conserver un certain secret autour de cet acte.

¹ Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. 2e éd. New York et Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 8-9.

2 Deuxième enquête

2.1 Caractéristiques de l'échantillon

2.1.1 Taux de participation

Le taux de participation est de 46 % ce qui est correct pour une étude concernant l'IVG, sujet encore tabou.

2.1.2 Profil de la population étudiée

La population de l'échantillon de cette deuxième enquête est jeune : la moitié des femmes interrogées est âgée de moins de 24 ans. La classe d'âge la plus représentée est la classe 20-24 ans ce qui correspond, en toute logique, à la période de fertilité maximale. Les mineures (13 %) semblent surreprésentées si on compare leur nombre aux chiffres de la DREES (29) de l'ordre de 5 %.

La maternité a un partenariat avec le planning familial de la MGEN : on peut donc supposer qu'elle recrute par ce biais une population plus jeune.

Paradoxalement, dans cette population jeune, et contrairement aux résultats de la première enquête, plus de la moitié des femmes de l'échantillon s'est déjà trouvée enceinte (51,5 %).

Autre caractéristique à relever, la majorité des femmes de l'échantillon vivent seules. Ce constat, déjà souligné dans l'étude de la DREES sur les IVG en 2003 (46) peut être mis en relation avec la jeunesse de l'échantillon mais il permet également de mettre en évidence un facteur de recours à l'avortement qui est l'absence de couple : l'accueil d'un enfant se conçoit toujours au sein d'une famille biparentale (42).

Enfin, il faut relever le taux de chômage important de l'échantillon (20 %), les difficultés financières pouvant alors apparaître comme un facteur favorisant l'avortement.

2.2 A propos du premier professionnel de santé contacté

Premier point intéressant à constater : contrairement à l'enquête effectuée auprès des patientes des médecins généralistes, plus d'une femme sur trois se rend d'elle-même au centre d'IVG.

Ceci est en toute logique influencé par le fait d'avoir déjà pratiqué une IVG : les patientes connaissent alors les structures et la filière d'accès.

Mais même si on admet qu'il existe un biais dû à ce nombre d'IVG de deuxième rang et plus (33 %), la proportion de femmes qui s'adressent d'elles-mêmes au centre d'IVG reste conséquente. Les capacités des femmes à obtenir une information par elles-mêmes et à accéder à la filière sont peut-être meilleures que ce qu'elles en préjugent (Cf. page 45). Ou alors il faut voir là un des effets de la récente politique en faveur de l'information et de l'accès à l'IVG, notamment par la mise en place de permanences téléphoniques. Un fait corroborant cette hypothèse est le faible taux de parcours indirect de notre échantillon (13,4 %).

Lorsque les patientes ne s'adressent pas directement au centre d'IVG, elles consultent en première intention, dans les mêmes proportions, soit un médecin généraliste, soit un gynécologue, soit le planning familial.

Parmi les facteurs influençant le choix entre ces différents intervenants, l'âge apparaît comme déterminant.

Les femmes jeunes s'adressent essentiellement au planning familial. Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce choix. Ces jeunes filles sont peut-être déjà suivies par le planning familial pour leur contraception et se tournent donc tout naturellement vers celui-ci pour leur demande d'avortement. Par ailleurs, compte-tenu de leur jeune âge elles n'ont sans doute pas encore établi de relation de confiance avec un professionnel de santé auquel elles ont sans doute peu eu à faire.

A l'inverse, les femmes plus âgées s'adressent plus à leur gynécologue ou à leur médecin généraliste.

Cet effet de l'âge n'avait pas été mis en évidence dans l'enquête effectuée auprès de la patientèle des médecins généralistes mais l'exclusion des mineures du recueil peut expliquer ce phénomène.

Un deuxième facteur influençant le choix du premier professionnel de santé contacté est le lieu d'habitation : les patientes consultent davantage leur médecin généraliste en milieu rural. Ce facteur est déjà ressorti comme déterminant dans l'enquête « d'intention ». Il semble donc exercer une influence conséquente.

Enfin, un des derniers déterminants de la consultation en première intention d'un médecin généraliste est le statut de femme mariée. Une hypothèse pour expliquer ce phénomène est qu'au travers du mariage et de la vie de famille s'est tissée une relation particulière avec le médecin généraliste. Celui-ci a pu déjà être sollicité à de nombreuses reprises : pour établir le certificat prénuptial, pour le conjoint ou les enfants. La patiente pense donc plus facilement à lui en premier recours. Mais peut-être existe-il en parallèle un déterminant masqué comme l'âge ou le lieu d'habitation : les femmes mariées seraient-elles plus âgées et/ou vivraient plus à la campagne ?

En revanche contrairement à la première enquête et aux résultats de l'enquête COCON (26) le niveau d'études et le statut professionnel n'apparaissent pas comme influençant le premier professionnel de santé contacté.

Conclusion

Les populations ciblées dans les deux enquêtes s'avèrent relativement différentes l'une de l'autre.

L'échantillon de la première enquête a ciblé une population plus âgée, au niveau d'études plus élevé et habitant préférentiellement en milieu rural. A l'inverse la population de l'enquête se déroulant à la maternité régionale est plus jeune, son taux de chômage est plus conséquent et son niveau d'études plus faible.

Ainsi à la question « le médecin généraliste a-t-il sa place dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse ? », les résultats de ces deux enquêtes permettent de répondre par l'affirmative.

D'une part, le médecin généraliste serait sollicité dans un cas sur trois lors de l'enquête en population générale sur les intentions des patientes et, d'autre part, celui-ci adresse les patientes au centre d'IVG de la maternité dans 20 % des cas. Ce dernier pourcentage modeste d'apparence doit être corrigé par le fait que l'essentiel des patientes (38,5 %) se sont rendues d'elles-mêmes à la maternité. En fait lorsque les femmes doivent solliciter un professionnel de santé elles s'adressent dans cette étude tout autant à leur gynécologue qu'au médecin généraliste ou au planning familial.

Les facteurs de recours au médecin généraliste sont :

- le fait d'habiter en milieu rural (facteur mis en évidence dans les deux enquêtes) ou en banlieue,
- le faible niveau d'études et la méconnaissance des démarches concernant la demande d'IVG,
- le fait d'être mariée.

A l'inverse, les jeunes femmes, célibataires et les mineures le sollicitent peu.

En fait, trois grands ordres de facteurs limitent la place du médecin généraliste dans l'accès à l'IVG.

Pour une première part il s'agit d'eux-mêmes : un certain nombre d'omnipraticiens, pour des raisons professionnelles ou personnelles ne sont pas intéressés par l'avortement et ne souhaitent pas s'y investir. Par ailleurs, au-delà du rôle du médecin généraliste dans la

facilitation de l'accès à l'IVG, un investissement dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse semble difficile. En effet, comme souligné précédemment, cette activité est chronophage et mal rémunérée et c'est sans doute une des raisons pour lesquelles les gynécologues de ville non plus ne s'y sont pas ou peu engagés.

Pour une deuxième part, du point de vue des patientes les réticences à solliciter leur médecin traitant pour une demande d'IVG sont de deux types : elles le perçoivent comme insuffisamment compétent dans le domaine et sont également retenues par l'aspect « tabou » qui entoure l'avortement.

Enfin, le dernier facteur limitant est l'existence de la gynécologie médicale en libéral. A ce propos, il aurait été intéressant de faire préciser aux patientes quel professionnel de santé les suivait sur le plan gynécologique et pour quelles raisons leur choix s'était posé sur tel ou tel médecin pour ce suivi.

L'ensemble de ces résultats amène un certain nombre de réflexions.

On ne peut aborder la question de l'IVG sans s'arrêter quelques instants sur celle de la contraception. Or, le médecin généraliste sollicité pour une demande d'IVG se trouve en excellente position pour s'assurer ensuite de la mise en place d'un moyen contraceptif efficace, et ce d'autant plus qu'il risque d'être amené à revoir sa patiente pour d'autres motifs. On peut d'ailleurs regretter que le professionnel de santé suivant la patiente sur le plan gynécologique ne soit pas averti de la survenue d'une IVG. Il s'agit le plus souvent d'un souhait des patientes, souhait qui se comprend par l'aspect tabou de l'IVG. Cependant cette attitude complique la prise en charge secondaire : être averti de cet événement permettrait, en cas d'échec de contraception, de rediscuter de celle-ci et de trouver un moyen contraceptif mieux adapté à la patiente. Une information et un accès large à la contraception contribuent à prévenir l'IVG, même si la problématique du recours à l'avortement reste plus vaste et complexe que le simple échec contraceptif.

Dans tous les cas, il semble légitime de maintenir les efforts dans le sens d'une amélioration de la formation des médecins généralistes en gynécologie d'une façon générale et sur l'interruption volontaire de grossesse en particulier que soit au niveau de la formation initiale ou de la formation continue.

La politique d'information sur l'IVG à l'égard de la population doit également être poursuivie : trop de femmes s'estiment encore insuffisamment informées sur le sujet. Le développement d'internet et sa généralisation parmi les jeunes pallie en partie au manque d'information : l'entrée de l'item IVG sous « Google » oriente vers un certain nombre de sites bien construits sur le sujet.

Concernant les recommandations à émettre à l'intention des médecins généralistes, on ne peut que les encourager à connaître la filière IVG de leur secteur particulièrement s'ils exercent en milieu rural, en banlieue ou auprès d'une population défavorisée.

Il leur faut également développer un certain nombre de qualités relationnelles leur permettant de faciliter la formulation, parfois difficile, d'une demande d'avortement de la part de leurs patientes. On peut également suggérer la mise à disposition en salle d'attente du dossier-guide IVG ou bien du numéro de téléphone du centre d'IVG le plus proche, ce qui dispenserait les patientes d'exprimer clairement leur demande d'avortement.

Une meilleure information et formation des médecins généralistes sur l'IVG contribuera ainsi à améliorer l'accès des femmes à l'IVG.

Bibliographie

1. Pons JC, Venditelli F, Lachcar P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Paris : Masson ; 2004
2. Interruption volontaire de grossesse. Dossier-guide. Disponible à l'adresse : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/contracep_ivg41.htm
3. République française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. J.O n° 156 du 7 juillet 2001 p. 10823
4. République française. Loi 82-1172 de 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. J.O du 1^{er} janvier 1983
5. République française. Décret 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental. J.O n° 105 du 5 mai 2002 p. 8661
6. République française. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. JO 173 du 28 juillet 2004 p. 13433 texte 33
7. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris : Estem ; 2005
8. WHO Task Force on Post ovulatory methods of fertility regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. BMJ 1993 ; 307 : 532-537
9. WHO Task Force on Post ovulatory methods of fertility regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. Br J Obstet Gynaecol 2000 ; 107 : 524-530
10. ANAES. Prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001

11. AFFSAPS. Conclusions de l'évaluation européenne de Mifégyne® dans l'IVG médicamenteuse. Communiqué de presse. 26 mars 2007
12. Hausknecht R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception* 2003 ; 67 : 463-465
13. Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int. J Gynaecol. Obstet.* 2001 ; 72.2 : 171-178
14. Miller L, Jensen MP, Stenchever MA. A double-blind randomized comparison of lidocaine and saline for cervical anesthesia. *Obstet. Gynaecol.* 1996 ; 87 : 600-604
15. Hassoun D. Les conditions de l'IVG en France. *Contracept. Fertil. Sex.* 1997 ; 25(12) : 915-920
16. République française. Lettre circulaire n°11023 du 18 mars 1993 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements publics de santé. *Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 93/18* : 15-16
17. Jeandet-Mengual E. Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Paris ; 2002
18. République française. Décret 2004-636 du 1 juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire). *J.O n° 152 du 2 juillet 2004 p.12061 texte n° 27*
19. Nisand I. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Paris ; 1999, disponible à l'adresse : www.gyneweb.fr/sources/contraception/ivg.htm
20. Bajos N, Ferrand M, Bachelot A, Vatin F, Hassoun D. Accès au système de soins et expérience vécue de l'IVG. Dans : Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE. *De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues.* Paris : Inserm ; 2002 p.163-204

21. Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève : OMS ; 2004
22. Zhou W, Nielsen GL, Moller M, Olsen J. Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 ; 81 : 331-336
23. Circulaire DGS/6 D/DHOS/O1 n° 2005-290 du 22 juin 2005 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé et en médecine de ville pendant la période d'été. *Bulletin officiel du ministère chargé de la santé* n°2005/7 p.33-35
24. Benhamou O. *Avorter aujourd'hui*. Paris : Mille et une nuits ; 2004
25. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'IVG en France : approches qualitative et quantitative. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2003 ; 51(6) : 631-647
26. Moreau C, Bajos N, Bouyer J et le groupe Cocon. Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France. *Rev Med Ass Maladie* 2005 ; 36(1) : 77-87
27. Grasland D. Le médecin généraliste face à la demande d'IVG. *Concours Méd.* 1994 ; 116-24, p.2103-2106
28. Bedel-Chauvaud J. *Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse*. Thèse : Med : Paris 7 Bichat. 2004 ; 23
29. Vilain A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. Etudes et Résultats*. DREES septembre 2006 n°522
30. Winikoff B, Ellertson C, Elul B, Sivin I. Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-misoprostol. Results of a large multicenter trial in the United States. *Mifepristone Clinical Trials Group ; Arch Fam Med.* 1998 Jul-Aug; 7(4) : 360-366

31. Dagousset I, Fourrier E, Aubeny E, Taurelle R. Use of Misoprostol for medical abortion: a trial of the acceptability for home use. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004 Jan; 32(1) : 28-33
32. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005 Apr ; 33(4) : 220-227.
33. Un progrès pour les femmes ? *Prescrire* mars 2005 ; 25 (259) : 231-232
34. Valette L. L'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse en ambulatoire : l'opinion des médecins généralistes de Lyon. Thèse : Med : Lyon 1 Université Claude Bernard. 2006 ; 83
35. Sanfourche C. Ces médecins volontaires de l'IVG en ville. *Le Généraliste*. Déc. 2006 n°2392 8
36. Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée. *Bib du féminisme L'Harmattan* ; 2006
37. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 19-24
38. Enquêtes annuelles de recensement de 2004 et de 2005. France métropolitaine Chiffres clés. INSEE, disponible à l'adresse : www.insee.fr/fr/recensement/nouv_recens/resultats/repartition/chiffres_cles/national/france-metropolitaine.pdf
39. Répartition des communes suivant leur population par région au recensement de la population 1999. INSEE. La France en faits et chiffres. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATTEF01205&tab_id=469
40. Guilbert P, Gautier A et al, Baromètre Santé, INPES ; 2005

41. Statistiques de l'avortement en France. INED ; 2002. Disponible à l'adresse : www.ined.fr/statistiques_ivg/
42. Donati P, Cèbe D, Bajos N. Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Dans : Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE. De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues. Paris : Inserm ; 2002 : 115-163
43. Granfils N. Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992. Questions d'économie de la santé. CREDES janvier 1998 ; n°3
44. Réduire les inégalités sociales de santé. Comment le généraliste peut-il y contribuer ? Rev Prat Med Gen. Octobre 2005 ; 19 (704/705) : 1055-1056
45. Cogneau J. Etude EPILULE. QUALISO. Février 2004
46. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2003. Etudes et Résultats. DREES Octobre 2005 ; 431

Annexe n°1 :

Lettre et questionnaire adressés aux patientes des médecins généralistes (première enquête)

M^{elle} Anne-Claire GRANDRUPT
Appartement 87
10 rue Pierre Chalnot
54000 NANCY

Nancy, le 4 mai 2006

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre des mes études de médecine générale, je prépare une thèse sur l'accès des femmes à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et notamment sur la façon dont elles perçoivent cet accès.

Ce travail doit valider la fin de mes études. Je l'effectue à mes frais. Il ne bénéficie d'aucune subvention.

Pour le mener à bien, j'ai besoin de votre avis au travers du questionnaire ci-joint. Ce questionnaire est totalement anonyme. Aucune donnée ne sera exploitée à titre individuel et vous êtes, bien sûr, libre d'y répondre ou pas.

Vous trouverez ci-joint une enveloppe affranchie pour me le retourner.

Je vous remercie par avance de votre coopération et me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Anne-Claire GRANDRUPT

QUESTIONNAIRE
FEMMES DE 18 A 40 ANS

Age : 18-20 ans 31- 35 ans
 21-25 ans 36- 40 ans
 26-30 ans

Situation maritale : vit seule
 vit en concubinage
 mariée
 pacsée

Niveau d'études atteint : primaire
 collège (6^{ème} – 3^{ème})
 lycée (technique, professionnel ou général)
 BTS, IUT...
 université (faculté, grandes écoles)

Situation professionnelle : femme au foyer employée
 étudiante artisan, commerçante
 demandeuse d'emploi ouvrière
 cadre, profession libérale

Lieu d'habitation : moyenne - grande ville
 petite ville
 rural

Grossesse(s) antérieure(s) : non oui, combien : _____

Grossesse en cours : non oui

Enfants à charge : non oui, combien : _____

Avez-vous déjà eu recours à une (ou des) interruption(s) volontaire(s) de grossesse (IVG) :

non oui, combien : _____

Si oui, répondre aux questions page 2

Si non, répondre aux questions page 3

Quelle est la 1^{ère} personne à qui vous vous êtes adressée pour savoir comment faire pour bénéficier de l'IVG :

- mon médecin généraliste
- mon gynécologue de ville
- le personnel d'un planning familial
- le personnel du centre d'IVG
- une amie / un parent
- autre, précisez : _____

L'information fournie par cette 1^{ère} personne vous a-t-elle semblé suffisante ?

- non
- oui

Vous êtes-vous adressée à une 2^{ème} personne pour savoir comment faire pour bénéficier de l'IVG ?

- non
- oui, précisez : _____

Si vous ne vous êtes pas adressée à votre médecin généraliste, précisez pourquoi :

Vous estimez-vous suffisamment informée sur l'IVG ?

- non oui

Connaissez-vous les démarches à effectuer pour réaliser une IVG ?

- non oui

Connaissez-vous les délais pour bénéficier d'une IVG ?

- non oui

Si vous deviez bénéficier d'une IVG, quelle est la première personne à qui vous vous adresseriez pour savoir comment faire :

- mon médecin généraliste
- mon gynécologue de ville
- le personnel d'un planning familial
- le personnel du centre d'IVG
- une amie / un parent
- autre, précisez : _____

Si vous ne vous adresseriez pas à votre médecin généraliste, précisez pourquoi :

Annexe n°2 :

Questionnaire distribué aux patientes se présentant à la
Maternité Régionale de Nancy pour une IVG (deuxième
enquête)

QUESTIONNAIRE
FEMMES CONSULTANT POUR IVG

Age : _____ ans

Situation maritale : vit seule
 vit en concubinage
 mariée ou pacs

Niveau d'études atteint : primaire
 collège (6^{ème} – 3^{ème})
 lycée (technique, professionnel ou général)
 université (faculté, grandes écoles)

Situation professionnelle : femme au foyer employée
 étudiante artisan, commerçante
 demandeuse d'emploi ouvrière
 cadre, profession libérale

Lieu d'habitation : moyenne - grande ville
 petite ville
 rural

Nombre d'enfants à charge : _____

Nombre de grossesses antérieures : _____

Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) antérieures : _____

Vous avez été adressée au centre d'IVG de la maternité par :

- un médecin généraliste
- un gynécologue libéral
- un planning familial
- vous êtes venue de vous-même
- autre, précisez : _____

Avez-vous consulté d'autres professionnels avant celui qui vous a adressé au centre d'IVG :

- oui, précisez : _____
- non

Annexe n°3 :

Commentaires des patientes des médecins généralistes
(première enquête)

Femmes qui s'adresseraient ou qui se sont adressées à un gynécologue



Femmes n'ayant pas eu recours à l'IVG

Femmes ayant eu recours à l'IVG

Pourquoi les patientes ne s'adresseraient-elles pas ou ne se sont-elles pas adressées à un MG ?	Analyse	Compétence	Suivi par gynéco	Problème relationnel	Autre
L'IVG étant de la compétence du gynécologue, autant s'adresser directement à ce professionnel qui sera le plus apte à répondre à mes attentes.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent	X			
Il me dirigerait vers mon gynécologue rattaché à la maternité. Mieux vaut dans ce cas-là, à mon avis, avoir affaire à un minimum de personnes.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent ? / passage obligé	X			
Si je devais faire une IVG, ce serait pour une grossesse impossible (enfant malade, etc) donc je le ferais avec mon gynéco.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent mais réfère à ITG	X			
Ayant un stérilet, la grossesse serait obligatoirement confirmée par mon gynécologue et il me semble que c'est la personne qui a le plus souvent affaire à ces situations.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent	X			
Parce que je pense qu'il m'enverra chez un gynécologue donc autant y aller directement.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent / passage obligé ?	X			
Je préfère m'adresser à mon gynéco car je considère que c'est le médecin le plus approprié pour me diriger sur les voies à prendre si jamais j'avais recours à une IVG.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent	X			
Car le gynéco est plus spécialisé.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent	X			
Le gynécologue est plus apte pour répondre à certaines questions.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent	X			
Je pense que le MG vous envoie vers un gynéco en priorité.	Compétence ?	X			
L'IVG étant un acte spécialisé dans la gynécologie, il serait peut-être mieux de s'adresser à la personne qui nous connaît le mieux sur le plan gynécologique. De plus, je me sentirais plus à l'aise à en parler à ma gynécologue. Le MG aurait plus une fonction d'orientation, de soutien et de conseils quant à ce qu'il faut faire.	Compétence	X			
Un gynécologue est plus adapté à répondre.	Compétence	X			
J'aurais certainement plus de précisions auprès de mon gynécologue.	Compétence	X			
Je pense que mon gynécologue, qui travaille aussi dans un planning familial et qui a déjà réalisé des IVG, serait plus à même de me conseiller et de m'accompagner psychologiquement dans mes démarches.	Compétence	X			
Le MG a des fonctions différentes. Je préférerais m'adresser à un gynécologue ou une personne qui travaille dans ce lieu (maternité ou centre d'IVG)	Compétence	X			
Pas forcément au courant de tout sur l'IVG.	Compétence	X			
Ca ne serait pas par manque de confiance mais étant donné que mon gynécologue est la première personne sachant l'exactitude de l'âge de l'embryon et que celui-ci est plus expérimenté dans ce domaine, j'aurais beaucoup plus confiance à mon gynécologue qu'à mon MG.	Compétence	X			
Je pense que ma gynécologue serait plus apte à répondre à mes questions car elle est plus spécialisée concernant le domaine.	Compétence	X			
Pour en parler avec un spécialiste directement.	Compétence ?	X			
Préférence à un spécialiste	Compétence	X			

Femmes qui s'adresseraient ou qui se sont adressées à un gynécologue



Femmes n'ayant pas eu recours à l'IVG

Femmes ayant eu recours à l'IVG

Pourquoi les patientes ne s'adresseraient-elles pas ou ne se sont-elles pas adressées à un MG ?	Analyse	Compétence	Suivie par gynéco	Problème relationnel	Autre
Gynécologue est plus approprié	Compétence	X			
Confiance à mon gynécologue qui est je pense la meilleure personne pour m'informer et me guider.	Suivie par gynéco / Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent	X	X		
Ma gynécologue me semble plus indiquée car spécialiste et de plus elle me suit depuis longtemps. Mon généraliste est très bien pour soigner un rhume ou une gastro mais pour les problèmes spécifiques, il n'est pas assez rigoureux et n'hésite pas à envoyer ses patients chez un spécialiste.	Compétence / Suivie par gynéco	X	X		
J'ai l'impression que mon gynéco habituel serait plus à même de m'orienter et de répondre à toutes les questions que je me poserais d'autant plus qu'il assure mon suivi gynécologique depuis plusieurs années et qu'il le ferait encore après.	Suivie par gynéco / Compétence	X	X		
Mon gynécologue me suit depuis des années et je le juge le plus compétent pour répondre à mes interrogations et mes problèmes liés à ce domaine.	Suivie par gynéco / Compétence	X	X		
J'ai l'habitude de m'adresser à mon gynécologue pour le suivi de ma contraception, pour mes petits soucis gynécologiques occasionnels ainsi que pour le frottis de dépistage donc il me paraît plus logique de m'adresser également à lui si je devais avoir recours à une IVG. En outre je l'estime sans doute mieux formé pour la prise en charge de l'IVG qu'un MG.	Suivie par gynéco / Compétence	X	X		
Spécialité de la gynécologue pour mieux expliquer. Plus facile de lui parler car c'est une femme et mon MG est homme.	Compétence / homme <> femme	X		X	
Je pense que mon gynécologue est plus apte à répondre et j'ai plus de facilités à parler de cela avec lui qu'avec mon médecin généraliste.	Compétence / Relation	X		X	
N'est pas spécialisé dans ce domaine, n'a pas beaucoup / assez de temps à consacrer à chaque patient.	Compétence / Relation	X		X	
Je pense qu'une gynéco a plus d'informations sur l'IVG. Je me sens plus à l'aise avec elle pour un sujet intime comme celui-ci.	Compétence / Confiance / homme <> femme	X		X	
Je n'aurais pas assez confiance en lui, ce n'est pas son domaine pour moi.	Compétence / Confiance	X		X	
Parce que je peux mieux me confier à mon gynécologue pour pouvoir parler de ce sujet avec lui. Lors de ma deuxième grossesse, c'est ce dernier qui a dépisté une anomalie et m'a orienté vers le Pr Miton à Nancy pour des examens plus poussés (choriosynthèse). Les résultats (trisomie 18) étant mauvais, c'est auprès de mon gynécologue que je suis retournée pour subir mon ITG.			X		
J'ai choisi un gynécologue pour me suivre depuis plusieurs années. Je m'adresserais donc plus facilement à lui mais cela ne me dérangerait pas de m'adresser si besoin est à mon MG.	Suivie par gynéco		X		
C'est ma gynéco qui me suit.	Suivie par gynéco		X		
Je ne consulte jamais mon MG pour mon suivi gynécologique.	Suivie par gynéco		X		
Je me fais suivre par une gynéco donc je me renseignerais auprès d'elle.	Suivie par gynéco		X		
Je pense que je m'adresserais à ma gynécologue car c'est avec elle que j'évoque tous mes problèmes d'ordre gynécologique et sexuels. Je pense que ça serait un réflexe de l'appeler elle et non mon MG.	Suivie par gynéco		X		

Femmes qui s'adresseraient ou qui se sont adressées à un gynécologue

- Femmes n'ayant pas eu recours à l'IVG
 Femmes ayant eu recours à l'IVG

Pourquoi les patientes ne s'adresseraient-elles pas ou ne se sont-elles pas adressées à un MG ?	Analyse	Compétence	Suivie par gynéco	Problème relationnel	Autre
Parce que j'ai une bonne relation de confiance avec ma gynécologue.	Suivie par gynéco		X		
Le gynécologue me semble plus approprié car il connaît mon dossier mais je n'écarte pas la possibilité de m'adresser au médecin généraliste.	Suivie par gynéco		X		
Je pense que mon gynécologue est bien informé sur cet acte, tout autant que mon médecin généraliste mais je pense que la 1ère personne à me confirmer ma grossesse serait mon gynécologue.	Suivie par gynéco		X		
Gynéco = consultation dans le cadre du suivi de la grossesse	Suivie par gynéco		X		
Je suis suivie par une gynécologue régulièrement et j'irai en premier vers elle car elle a déjà suivi ma deuxième grossesse et c'est sa formation. C'est une question d'intimité.	Suivie par gynéco		X		
Je pense que le gynécologue est l'un des professionnels de santé les mieux informés concernant l'IVG et donc possède toutes les informations pour renseigner ses patientes. Cependant, le médecin généraliste est tout aussi apte à guider les femmes. C'est un choix personnel.	Suivie par gynéco		X		
Parce que je suis suivie par unE gynécologue depuis plus de 10 ans. Mon médecin généraliste est un homme.	Suivie par gynéco / homme <> femme		X		
Parce que j'ai une gynécologue de ville et que je lui fais confiance et suis à l'aise avec elle. Sinon j'irais voir mon médecin traitant ou éventuellement le planning familial.	Suivie par gynéco		X		
Parce que nous entretenons une relation de confiance et qu'elle connaît bien ma situation médicale, familiale. Je pense pouvoir exposer ma démarche sans trop de difficultés ce qui ne serait pas le cas face à mon médecin traitant (manque d'écoute).	Suivie par gynéco / Manque d'écoute du MG		X	X	
car je ne le connais pas, je suis nouvelle ici et je fais plus confiance à la gynécologue	Suivie par gynéco / Problème de confiance		X	X	
La honte.	Peur du jugement			X	
Je préférerais aborder le sujet avec un(e) gynécologue.	Relation ?			X	
C'est un homme. Je souhaiterais plus en parler avec une femme (gynécologue).	Relation / homme <> femme			X	
Trop intime mais je ne pense jamais pouvoir avoir recours à l'IVG car c'est contre mes convictions personnelles (non religieuses).	Relation avec MG			X	
C'est mon médecin de famille donc je ne souhaiterais pas prendre le risque qu'il trahisse ma confiance dans le cas où je lui aurais demandé de ne rien dire.	Confiance / Confidentialité			X	
J'ai bientôt 39 ans. Je me serais sentie honteuse et peu fière de moi.	Peur du jugement			X	
Mon médecin généraliste est un homme et il n'y a pas de relation proche ou de confiance comme avec mon médecin gynécologue qui est une femme. Je pense aussi que c'est un problème qui concerne les femmes et qu'un homme n'aura pas la même approche et moins de compréhension.	Relation avec MG / homme <> femme / compréhension			X	
Pas de médecin généraliste.					X

Femmes qui s'adresseraient ou qui se sont adressées à un planning familial

- Femmes n'ayant pas eu recours à l'IVG
 Femmes ayant eu recours à l'IVG

Pourquoi les patientes ne s'adresseraient-t-elles pas ou ne se sont-elles pas adressées à un MG ?	Analyse	Compétence	Sujv par gynéco	Problème relationnel	Autre
Chacun sa spécialité. Le planning familial voit de nombreuses femmes qui veulent avorter ou réaliser une IVG donc pour moi c'est le centre le mieux adapté car ils pensent au suivi psychologique, ils ont les mots que l'on a besoin d'entendre.	Compétence	X			
Parce que s'il y a des spécialistes pour ce genre de choses, ce n'est pas pour des prunes.	Compétence	X			
Ce n'est pas sa spécialité.	Compétence	X			
J'habite dans un petit village et j'ai besoin d'avoir un minimum de confidentialité. De plus je pense qu'un médecin généraliste n'est pas forcément le mieux placé pour m'expliquer l'IVG.	Problème de confidentialité / Compétence	X		X	
Je préférerais quelqu'un qui ne me connaît pas vraiment et qui a l'habitude de recevoir des jeunes filles pour ce genre de cas	Compétence / Peur du jugement du MG	X		X	
Meilleure compréhension de la situation personnellement étudiante, pas de ressources financières. De plus, c'est directement le lieu où le sujet est le mieux traité / approprié.	Compétence / Gratuité	X			gratuité
Je ne me sens pas à l'aise du tout avec mon médecin généraliste et je préférerais quelqu'un de complètement extérieur à ma habituelle.	Mal à l'aise / Peur du jugement			X	
Cela me gênerait moins de parler d'une IVG à une personne inconnue plutôt qu'à mon médecin généraliste.	Peur du jugement			X	
Le MG a moins de temps à consacrer. J'avais aussi besoin de parler et d'être rassurée par plusieurs personnes. Pour moi, le MG ne doit pas s'occuper de ce qui concerne l'intimité (sentiment de honte / mal à l'aise).	Peur du jugement / Sentiment de honte			X	
J'aurais peur d'avoir des reproches de mon médecin de famille. Je préfère l'anonymat	Peur du jugement			X	

Femmes qui s'adresseraient ou qui se sont adressées à un centre d'IVG

- Femmes n'ayant pas eu recours à l'IVG
 Femmes ayant eu recours à l'IVG

Pourquoi les patientes ne s'adresseraient-t-elles pas ou ne se sont-elles pas adressées à un MG ?	Analyse	Accès direct	Compétence	Suivie par gynéco	Problème relationnel	Autre
<i>Quand on est bien claire dans sa tête et bien décidée, c'est plus rapide que de passer par des intermédiaires.</i>		X				
Je pense que le personnel du centre d'IVG serait plus à même de me conseiller tout de suite, ceci ne concernant pas en 1er lieu mon médecin généraliste.	Centre d'IVG directement	X				
Le personnel du centre d'IVG me semble être plus au fait des démarches précises à effectuer, des lieux, etc.	Compétence / Accès direct	X	X			
Je n'ai jamais été voir mon MG pour des raisons gynécologiques car je pense qu'il n'a pas tout le matériel ni peut-être toutes les connaissances pour m'examiner et me conseiller correctement. De plus, je préfère toujours aller voir les spécialistes (gynécologue, cardiologue, rhumatologue, etc.) pour les soucis spécifiques. Par contre, le MG est très bien pour suivre les maladies courantes (angine, otite, rhino, etc.) ou le suivi des maladies déjà installées.	Sentiment qu'un spécialiste est plus compétent		X			
Je préfère avoir tous les détails et connaître exactement ce qu'il en est de la procédure.	Compétence		X			
<i>Je ne voulais pas qu'il le dise à mes parents.</i>	Confiance / Confidentialité				X	
Sentiment de culpabilité / "honte" par rapport à une personne connue.	Peur du jugement				X	
Je ne vais pas le consulter très souvent donc je n'ai pas pensé à lui d'emblée.	Peu de contacts avec MG					X

Femmes qui s'adresseraient ou qui se sont adressées à un ami, un parent ou autre

- Femmes n'ayant pas eu recours à l'IVG
 Femmes ayant eu recours à l'IVG

Pourquoi les patientes ne s'adresseraient-t-elles pas ou ne se sont-elles pas adressées à un MG ?	Analyse	Accès direct	Compétence	Suivi par gynéco	Problème relationnel	Autre
Parce que c'est un ami de la famille que je connais personnellement depuis ma naissance et que je ne souhaitais aucunement qu'il soit au courant de la situation. Parce que c'est une démarche inutile. Si on souhaite vraiment avoir recours à une IVG, on va directement à l'endroit voulu.	Centre d'IVG directement	X				
S'adresser en premier lieu à une personne proche peut être rassurant. Avoir un contact médical direct avec son MG peut être difficile.					X	
Ma première réaction serait de le dire à un(e) proche puis évidemment d'aller chez le médecin mais la peur d'être jugée me mettrait pas trop à l'aise.	Peur du jugement				X	
Je préférerais en parler à ma mère qui travaille dans un hôpital et pourrais me conseiller. Et je voudrais que ce soit discret.	Confiance, Expérience connue de l'entourage				X	
C'est quelque chose que je considère d'intime.					X	
J'étais à court de temps.						X
Parce que j'habite trop loin de mon MG qui me connaît bien et je pense que je demanderais d'abord conseil à quelqu'un d'autre avant d'aller le voir.	Eloignement par rapport à MG habituel					X
C'est plus facile de se confier à un proche qui nous connaît bien et par la suite celui-ci peut nous accompagner dans une démarche d'IVG et aller voir le médecin.						X
Je m'adresserais d'abord à un proche par praticité et rapidité.						X
Je préférerais d'abord en parler à des proches puis j'irais chez mon médecin.						X
Dans l'absolu, je pense que je m'adresserais d'abord à ma mère qui a déjà vécu cette expérience lorsqu'elle avait une vingtaine d'années dans les années 70. Ensuite je m'orienterais sûrement vers mon médecin voire ma gynéco pour évoquer l'aspect médical de cet acte plus profondément et ainsi envisager les différents risques et les séquelles éventuelles. Mère de deux enfants, je compte bien m'en tenir là. Malgré tout, si un 3ème enfant devait arriver, je pense que je le garderais car l'IVG reste une notion trop angoissante pour moi. Ceci ne serait envisagé qu'en extrême recours.	Expérience connue de l'entourage					X

Annexe n°4 :

Numéros utiles

Numéro régional d'urgence pour l'IVG

Pour une écoute, une information et une orientation concernant l'accès à la contraception et l'IVG en Lorraine en toute confidentialité :

0 810 12 21 28 (n° Azur au prix d'un appel local)

Le lundi de 11h à 13h

Le mercredi de 11h à 13h et de 16h à 18h

Le vendredi de 10h à 12h

Numéro des centres d'IVG sur Nancy

Maternité Régionale 03 83 34 43 18

Hôpital Maringer 03 83 85 85 85

MGEN 03 83 17 76 13

VU

NANCY, le 16 mai 2007

Le Président de Thèse

Professeur Ph. JUDLIN

NANCY, le 21 mai 2007

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 25 mai 2007

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME

Le médecin généraliste, spécialiste de soins primaires, semble légitime pour occuper la place de premier professionnel de santé contacté lors d'une demande d'IVG. Afin d'évaluer cette place, deux enquêtes ont été mises en œuvre.

La première enquête concerne les patientes âgées de 18 à 40 ans de trois médecins généralistes exerçant en milieu rural, en banlieue de Nancy et au centre ville de Nancy. Cette enquête montre une sollicitation globale du médecin généraliste dans 39 % des cas. Les facteurs influençant ce pourcentage à la hausse sont : le fait d'habiter en milieu rural ou en banlieue, d'avoir un faible niveau d'études et de méconnaître les démarches pour accomplir une IVG. Cette enquête liste également les raisons pour lesquelles les femmes ne choisissent pas leur médecin généraliste en première intention.

La deuxième enquête s'est déroulée à la Maternité Régionale à Nancy. Elle montre que les patientes se rendent d'elles-mêmes au centre d'IVG de la maternité dans 40% des cas. Dans les autres situations, elles sont adressées dans les mêmes proportions par un planning familial, leur gynécologue ou leur médecin généraliste. Les facteurs d'orientation par un omnipraticien sont le fait d'être mariée et d'habiter en milieu rural.

Au final, les résultats des ces deux enquêtes montrent un rôle non négligeable du médecin généraliste dans l'accès à l'IVG, notamment en termes d'orientation vers les structures adéquates. Ce rôle est surtout marqué si le médecin exerce en milieu rural et en banlieue ou bien auprès d'une population « défavorisée ».

TITRE EN ANGLAIS :

Role of the general practitioner in the access to abortion: evaluation, perception and experience of women aged 18 to 40.

THESE : Médecine Générale – Année 2007

MOTS CLEFS :

Interruption volontaire de grossesse, accès, médecin généraliste.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex
