

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2022

N° : 05

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
Mention : Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : FREUND Marie

Date et lieu de naissance : 07/01/1992 à Strasbourg

Titre de la Thèse

Prise en charge et implication des médecins généralistes dans l'IVG médicamenteuse : niveau
de satisfaction et piste d'amélioration

Président de thèse : Professeur Philippe DERUELLE

Directeur de thèse : Docteur Yannick SCHMITT



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEUUX Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
	BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
	BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU- SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
	Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
	BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
	CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
	CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
	CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
	Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
	DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
	Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
	FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
	FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
	GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
	GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
	Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
	Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.08.86
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
KREMER Michel / 01.05.98
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FA : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements :

A **Mr le Professeur Philippe Deruelle**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous adresse mes remerciements respectueux.

A **Mme le Professeur Schröder Carmen**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous adresse mes remerciements respectueux.

A **Mr le Professeur Nicolas Sananes**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous adresse mes remerciements respectueux.

A **Mr le Professeur Gilles Bertschy**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous adresse mes remerciements respectueux.

Au **Docteur Yannick Schmitt**, mon maître de thèse et avant cela maître de stage. Merci d'avoir partagé ton expérience et ton temps. Tu as toujours été disponible et m'a donné de précieux conseils à chaque incertitude.

Au **docteur Sophie Rabourdin**, avec qui j'ai initié ce travail à travers mon mémoire. Merci de m'avoir poussé à poursuivre et à compléter mon travail.

A mes amis et collègues médecins

A **Fatma** et **Mickaël**, mes premiers co internes, avec qui j'ai partagé mes premières expériences et aventures médicales. Je retiens tous ces moments de partage et de complicité. Un premier pas dans la cour des grands que je ne saurais oublier.

Au **docteur Jeannine Gies**, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir transmis ton expérience. Je retiendrais cette bienveillance et cette empathie qui te caractérise. Un grand et chaleureux merci.

Au **docteur Nathalie Meyer**, pour sa bonne humeur et sa convivialité durant nos heures de travail.

A l'ensemble de mes co internes : **Yanis, Erika, Jean-Baptiste, Maria, Corisande, Marianne**. Je vous souhaite de poursuivre votre route paisiblement, et d'atteindre vos objectifs.

C'est aussi en vous observant et en apprenant de vous que j'ai pu continuer mon chemin et m'améliorer.

A l'ensemble des médecins qui ont pris le temps de répondre à mes questions. Ils ont fait preuve de patience et se sont montrés compréhensifs et intéressés.

A mes amis

A **Adeline**, après tant d'années, je pense qu'on peut tout supporter. Une amitié extraordinaire, merci pour m'avoir accompagné et soutenu. Tu es une jeune femme forte et je te vois t'épanouir chaque jour d'avantage.

A **Célia**, ta bienveillance et ta bonne humeur m'ont toujours inspiré. Je suis intimement convaincue que tu seras une fabuleuse médecin, aussi fabuleuse que l'amie que tu es pour moi. N'oublie pas que tu auras toujours une place à Strasbourg qui t'attend !

A **Déborah**, un soutien sans faille tant sur ma vie professionnelle que personnelle. A toutes ces épreuves que nous avons traversées et à toutes celles que nous traverserons encore à l'avenir, ensemble. Garde confiance en toi, et en tes enfants. Tu resteras pour moi une femme d'affaire et une mère aimante.

A **Lucie K**, nous avons su profiter de chaque moment ensemble. Ta présence a su m'apaiser et me donner du courage lorsque j'en avais besoin. J'ai hâte de nous retrouver pour une prochaine soirée.

A **Laura**, et **Lucie S**, mes amies d'enfance. Quelles femmes épanouies vous êtes devenues. Je vous souhaite de réussir dans tous vos projets à venir.

A **Tiphaine**, Merci pour tes conseils avisés, et ton écoute. Ta franchise et ton amitié me seront toujours précieuses tant sur le plan personnel que professionnel.

A **Muriel et mes amies du monde équestre**, je vous remercie pour ces rigolades, ces balades et ces aventures équines. Chaque moment m'a permis de faire mon reset pour mieux repartir.

A ma famille

A **mes parents**, il n'y a pas de mots pour vous remercier pour le soutien, l'amour et l'écoute que vous m'avez donné et que vous continuez chaque jour à me donner. Je ne me suis jamais

sentie seule grâce à vous. J'ai pu grandir et m'épanouir à vos côtés et j'espère pouvoir transmettre au mieux votre enseignement.

A mon frère **Maxime**, ton humour saura effacer toutes les peines du monde. Je chérie nos souvenirs et je te remercie pour m'avoir soutenue. Un Homme entier et plein de sagesse qui saura apporter sa contribution à son entourage.

A mon compagnon, **Alexandre**, Présent à tout moment. Tu sais apaiser chacun de mes tourments et potentialiser chacune de mes idées. Un père et un compagnon extraordinaire. Je suis heureuse et sereine de te savoir auprès de moi.

A ma fille **Constance**, mon adorable petite blonde qui transforme chaque instant, chaque découverte en un moment unique et exceptionnel. Curieuse, vive, avec son petit caractère.

A ma ménagerie : **Tukraine, Mooglie, Charly, Sammy**, sans oublier les absents : **Spirou et Isara**. Mes boules de poils, grosses ou petites, que je n'oublierai pas. Ils sont restés près de moi et ont supporté mes états d'âmes durant toutes ces années.

Sommaire

Liste des figures	23
Liste des tableaux	24
Liste des annexes	25
Abréviations	26
Introduction	27
I. Généralités sur l'interruption volontaire de grossesse	29
1) L'IVG dans l'histoire	29
2) Aspect légal	30
3) L'IVG en pratique	30
4) Rémunération de l'acte médical	32
5) Demande des patientes	33
6) Etats des lieux.....	33
II. Matériels et méthodes	38
1) Objectifs de l'étude et choix de la méthode	38
2) Conception de l'enquête.....	38
A) Trame d'entretien	38
B) Choix de la population.....	40
C) Recueil des données.....	40
a) Réalisation des entretiens.....	40
b) Retranscription.....	41
c) Analyse des données.....	42
III. Résultats	44
1) Description de la population	44
2) Demande d'IVG et raisons de consultation chez le généraliste.....	45

a) Fréquence des demandes d'IVG en cabinet de médecine générale	45
b) Motifs de consultation d'un généraliste dans le cadre une demande d'IVG	46
3) Prise en charge des demandes d'IVG par le médecin généraliste.....	47
A) Interrogatoire et entretien avec la patiente	47
a) Réassurance	47
b) Contexte de vie	48
c) Explications des procédures d'IVG	48
d) Examen complémentaire	49
e) Orientation et prise de rendez-vous	50
e.1) Orientation des patientes.....	50
e.2) Prise de rendez-vous	50
f) Prévention.....	51
g) Consultations ultérieures	51
4) Difficultés ressenties par le praticien	52
A) Empathie, non jugement et convictions personnelles.....	52
B) L'accompagnement psychologique	53
C) Manque de connaissance	54
D) Aspect chronophage des consultations.....	52
E) Manque d'expérience.....	52
F) Médecin masculin : est-ce un frein ?.....	55
G) Communication avec les confrères.....	56
H) Difficulté dans l'orientation libérale	57
5) Niveau de satisfaction des prises en charge actuelle.....	57

A) Le milieu libéral	57
a) Satisfaction.....	57
b) Difficultés pour l'utilisation du milieu libéral.....	58
B) Le milieu hospitalier	58
a) Satisfaction.....	58
b) Bénéfice du milieu hospitalier.....	58
c) Difficulté dans le cadre d'une prise en charge hospitalière	59
6) Place du médecin généraliste dans le protocole d'IVG à l'avenir	60
7) Pratique gynécologique chez le médecin généraliste.....	61
8) Position sur l'IVG	62
9) Pistes d'amélioration des prises en charge pour l'avenir	63
A) Création d'un réseau libéral et hospitaliers	63
B) Amélioration de la formation et de l'information.....	64
a) Information et moyen de communication.....	64
b) Formation.....	64
C) Création d'un site internet dédié.....	65
D) Échanges entre confrères	67
E) Développement personnel.....	68
10) Intérêt du développement de l'IVG médicamenteuse en ville	68
IV. Discussion.....	70
1) Discussion sur la méthode.....	70
2) Discussion sur le choix de population.....	71
3) Discussion sur les résultats.....	71
A) Implication et prise en charge du médecin généraliste dans le protocole d'IVG médicamenteuse	71

a) Fréquence des demandes	71
b) Le temps de la consultation : moment marquant.....	73
c) Raisons des consultations chez le généraliste.....	74
d) Implication et bénéfice des prises en charge en libéral	75
e) Freins pour une pratique plus active	76
B) Niveau de satisfaction dans le mode de prise en charge actuelle	78
C) Difficultés ressenties par le praticien.....	80
a) Manque de formation et d'information.....	80
b) Accompagnement psychologique, empathie et valeurs personnelles	82
c) Absence de réseaux.....	83
D) Piste d'amélioration pour une meilleure utilisation du milieu libéral	84
a) Création d'un réseau	84
b) Discussion collégiale ou Formation présentielle	84
c) Création d'un Outil informatique	86
d) Campagne d'information	86
Conclusions	87
Entretiens E1 à E13.....	89
Annexe 1	165
Annexe 2	166
Annexe 3	167
Annexe 4	168
Annexe 5	169
Annexe 6	170
Bibliographies	175
Déclaration sur l'honneur	179

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG de 2001 à 2019	34
Figure 2 : Proportion des IVG médicamenteuses réalisées entre la 5 ^{ème} et la 7 ^{ème} semaine de grossesse.....	36
Figure 3 : Proportion d'IVG médicamenteuses réalisées avant la 5 ^{ème} semaine de grossesse	37
Figure 4 : Evolution de l'âge médian au premier rapport sexuel en France selon l'année des 18 ans depuis 1964	72

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des établissements pouvant pratiquer les IVG en région Grand Est en 2016..... **35**

Tableau 2 : Répartition des professionnels libéraux pouvant pratiquer les IVG en région Grand Est en 2016..... **35**

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : graphique : taux de recours pour 1000 femmes 15 à 49 ans

ANNEXE 2 : graphique : évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2019

ANNEXE 3 : carte : Taux de recours à l'IVG en 2019

ANNEXE 4 : tableau : Les IVG en 2019 selon la région de résidence des femmes

ANNEXE 5 : Protocole des entretiens

ANNEXE 6 : tableau de codage : item satisfaction

ABREVIATIONS

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

SA : Semaine d'Aménorrhée

HAS : Haute Autorité de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

GO : Gynécologue-Obstétricien

CPP : Centre Périnatale de Proximité

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique des Libertés

INSEE : Institut Nationale des Statistiques et des Etudes Economiques

REIVOC : Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée

ARMORIC : Approche Multicentrique Originale de Réflexion sur les IVG et la Contraception

INTRODUCTION

La question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est encore aujourd'hui un sujet socio-politique majeur comme l'atteste les nombreux dispositifs gouvernementaux existants ou en cours de création. Nous pouvons citer par exemple le site internet ivg.gouv.fr où nous trouverons les informations relatives au protocole des IVG, ou encore ivglesadresses.org qui permet d'obtenir quelques adresses sur les centres de planification des IVG. Par ailleurs pour faciliter l'accessibilité, le gouvernement a présenté en 2015 un programme national d'action ayant pour but d'augmenter le nombre de praticiens opérationnels, et d'améliorer l'information et la prise en charge des patientes. Il s'articule autour de 8 mesures, dont la création d'un numéro d'appel national unique sur la contraception, la sexualité et l'IVG, l'amélioration de la prise en charge financière de l'IVG, ou encore la possibilité, pour les médecins en centre de santé, de pratiquer des IVG instrumentales (1). Actuellement une nouvelle loi est en cours d'étude pour décharger les hôpitaux et faciliter les prises en charge des patientes. Elle vise notamment à imposer aux hôpitaux disposant de gynécologues de se doter d'un centre d'orthogénie, et à promouvoir l'IVG à domicile par des gynécologues et des médecins généralistes (2).

Actuellement on estime qu'il y a près d'une IVG pour 3 à 4 naissances (3). La probabilité d'une IVG dans la vie d'une femme varie selon les déterminants médico-sociaux (précarité, isolement, post partum...) et la tranche d'âge, avec un maximum de 27,9 IVG pour 1000 femmes chez les femmes de 20 à 29 ans (3). Le nombre d'IVG en France bien que relativement stable, suit tout de même une courbe croissante avec un pic atteint en 2019, où on notait 232 200 IVG contre 216 685 en 2017 (voir annexe 1,2,3).

Malgré le besoin constant, les derniers rapports gouvernementaux faisaient état d'une majoration des difficultés à la réalisation de cet acte, qu'elles soient matérielles ou humaines. Plusieurs facteurs ont été identifiés : une capacité d'accueil de plus en plus faible dans les centres référents (2), une baisse des installations libérales des gynécologues (4), des difficultés de recrutement ou une mauvaise information vis-à-vis des patientes. Le rapport Nisand en 1999 faisait déjà état de ces problèmes. Il notait à l'époque des disparités régionales importantes, un système lent et peu performant dans les centres hospitaliers. De l'autre côté il soulignait une fatigue des personnels soignants avec un vécu mitigé de ceux qui la pratique, ne favorisant pas un recrutement. Il proposait à l'époque cette notion d'accréditation permettant de revaloriser

cet acte en donnant une légitimité et une possibilité de moyen et de suivi plus importants autant pour les patientes que pour les praticiens. Par ailleurs, il insistait sur l'importance de présenter, lorsque les conditions le permettent, les deux méthodes aux patientes, en précisant que la méthode médicale ne représentait que 14% de toutes les IVG en 1991 et 22% en 1997 (5).

Les différentes difficultés auxquelles nous faisons face aujourd'hui, augmentent le risque des retards de prise en charge et augmentent par conséquent les risques d'effets secondaires qu'ils soient physiques ou psychologiques chez nos patientes. Pour répondre à ces problèmes croissants, un premier décret a été publié en 2002 autorisant la pratique de l'IVG médicamenteuse chez des praticiens conventionnés en ambulatoire. Mais les résultats n'ont pas été aussi concluant que souhaité. En effet, on estime que 26,5% des IVG sont réalisées hors d'une structure hospitalière (dont 16,3% en libéral (4)) contre plus de 70% en milieu hospitalier (3). De plus il existe des disparités de prise en charge notamment entre le milieu rural et urbain (voir annexe 4), en partie dues aux disparités d'offres. De manière générale, on note tout de même une augmentation croissante du nombre d'IVG médicamenteuses tout secteur confondu (voir figure 1).

Par ailleurs, l'interview des médecins généralistes des différentes régions françaises attestait d'un manque d'information et de formation pour la pratique ou le suivi des IVG en libéral. Par exemple en région grand est, il n'existe que le programme REVHO à la faculté de Nancy qui propose la formation nécessaire à la pratique des IVG. Concernant les internes de médecine générale, environ 60% d'entre eux seraient favorables à un renforcement des stages de gynécologie-obstétrique (6)(7) et seulement 2/3 d'entre eux en moyenne ont assisté à une consultation de demande d'IVG alors que parmi les généralistes, environ 76% seraient intéressés par la pratique des IVG dans leurs cabinets futurs (8)(9).

Nous avons donc souhaité effectuer une étude auprès des généralistes alsaciens pour évaluer où ils se positionnent dans ce processus, quelles sont leurs prises en charge, et comment nous pourrions améliorer leur implication.

I. Généralités sur l'interruption volontaire de grossesse.

1) L'IVG dans l'histoire

Les premières traces de méthodes abortives apparaissent à l'époque de l'Antiquité. On a retrouvé dans différentes civilisations des documents attestant de sa pratique notamment dans le papyrus d'Ebers (10) ou dans les rescrits des empereurs romains au IIIe siècle (11). Les méthodes contraceptives et abortives sont basées sur la prise de plantes médicinales, on citera par exemple la prise de Silphium chez les femmes de l'antiquité (12).

Au XIXe siècle, une nouvelle idée émerge, celle de l'identité des genres. Les premiers débats sur l'IVG apparaissent dans les années 1960. A cette époque, plusieurs mouvements féministes (mouvement de la maternité heureuse en 1956, mouvement français pour le planning familial en 1961, mouvement de libération des femmes en 1970) se créent et réclament une reconnaissance des libertés sexuelles chez la femme et notamment l'accessibilité à l'IVG.

La première avancée majeure concernera la légalisation de la contraception en 1967, offrant ainsi aux femmes un moyen de limiter les grossesses non désirées. Avant 1975, les avortements se faisaient de manière clandestine soit chez des « faiseuses d'ange » soit par les patientes elles-mêmes. On a recensé plusieurs techniques, dont l'utilisation d'objets pointus pour perforer les membranes (aiguilles à tricoter, piques...), l'utilisation de sondes ou d'eau savonneuse introduites directement dans l'utérus (13). Les complications étaient fréquentes (hémorragies, infections, stérilités) et les prises en charge hospitalières par la suite dépendaient des praticiens. A noter qu'eux aussi étaient passibles de poursuites judiciaires. L'article 317 du code pénal de 1810 punissait de 1 à 5 ans de réclusions les femmes qui avortaient ainsi que les tiers qui les avaient aidés, jusqu'à la peine de mort sous le régime de Vichy.

Au début du XXe siècle, on estimait à 500 000 le nombre d'avortements clandestins par an et à 300/an le nombre de décès maternels (14). Devant ces événements tragiques, deux pétitions ont vu le jour (le manifeste 343 en 1971 et le manifeste 331 en 1973). Ils faisaient suite au procès de Bobigny où 5 femmes dont une mineure ont été jugées suite à un avortement. Ces pétitions ont favorisé la décision du gouvernement d'entamer une procédure de légalisation de l'IVG.

2) Aspect légal

L'interruption volontaire de grossesse est devenue un droit des Femmes, l'acte est autorisé depuis la loi Veil en 1975 et légalisé définitivement depuis le 1^{er} Janvier 1980. Il faudra attendre le décret de 2002 pour que l'on autorise les interruptions de grossesse au domicile des patientes par des gynécologues ou des médecins généralistes et la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 pour que les sage-femmes puissent également prendre part au processus d'IVG. Une interruption de grossesse est autorisée pour toutes les femmes y compris les mineures. L'autorisation parentale n'est plus obligatoire depuis le 4 juillet 2001 (loi 2001-58), mais la jeune femme doit être accompagnée d'une personne majeure de son choix.

Suite à la loi 82-1172 du 1^{er} décembre 1982, l'état offre une prise en charge par la sécurité sociale. L'acte est désormais remboursé à 100% par la sécurité sociale depuis 2013 et sans avance des frais pour la patiente depuis 2020.

Concernant le médecin pratiquant, la réalisation en libéral est possible s'il justifie « d'une expérience professionnelle adaptée » soit par la pratique régulière en établissement des IVG soit par un Diplôme universitaire ou une formation dans le domaine de la gynécologie-obstétrique validés par les facultés de médecine (15). Il faut également disposer d'une convention avec un établissement agréé. Le praticien devra fournir une fiche de liaison à la patiente expliquant les principaux antécédents de la patiente et le déroulé de son IVG. Par ailleurs une déclaration obligatoire doit être faite à l'agence régionale de santé dont le praticien dépend. Dans tous les cas, une IVG est sous couvert d'un anonymat.

3) L'IVG en pratique

En pratique, l'IVG est possible jusqu'à la 14SA, un décret est en cours pour augmenter la durée à 16SA. Il existe actuellement deux méthodes : chirurgicale et médicale. La technique chirurgicale fut la première méthode proposée avec le curetage au milieu du XIXe siècle, méthode largement utilisée en France au début des IVG. En parallèle en 1958, la méthode Karman voit le jour (aspiration), elle est largement favorisée dans notre pays actuellement. Puis une nouvelle méthode est légalisée en 1990, limitant les hospitalisations et les éventuelles complications d'anesthésie ou de chirurgie : la technique médicamenteuse.

Le choix de la méthode est déterminé par la patiente dans le respect des conditions de réalisation. Notre travail étant centré sur la prise en charge de l'IVG en ville, nous ne détaillerons ici que la technique médicale. Ainsi une IVG médicamenteuse ne peut être pratiquée que jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées (SA) en ville et 9 SA en établissement de santé. La patiente doit suivre 4 consultations. :

- La première consultation correspond à la demande d'IVG, une demande orale mais également écrite. C'est également le temps des explications sur les méthodes et les risques, ainsi que le recueil des préférences de la patiente. Il faudra également confirmer la grossesse avec une datation échographique. A noter que le délai de réflexion de 7 jours n'est plus obligatoire depuis 2016. Cette consultation peut être effectuée en deux temps avec remise de certificats médicaux ou en une seule consultation si la grossesse est proche de la fin du délai autorisé par la loi. A noter aussi qu'une patiente mineure a un délai de réflexion de 48h et doit pouvoir bénéficier d'une consultation psycho-sociale. Ce même entretien est recommandé pour chaque patiente mais non obligatoire chez les majeures.
- Les deux consultations suivantes consistent en la prise médicamenteuse en elle-même et au relais contraceptif. Le protocole peut varier en fonction de l'âge gestationnel notamment sur la posologie mais dans tous les cas il associe la prise de deux molécules. Le premier, la mifépristone est prise au cours d'une consultation avec un médecin ou une sage-femme. Il permet de stopper le processus de grossesse, et d'arrêter le cœur du fœtus. Le second, le misoprostol, peut être pris au domicile 36 à 48h plus tard. Son rôle est de provoquer des contractions utérines permettant l'expulsion du fœtus. La prescription d'antalgique doit être associée à la prise médicamenteuse.

Selon les dernières recommandations de la HAS en 2021(16), le protocole peut s'établir comme suit :

- Jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, il y a deux possibilités. Soit la prise de 600mg de mifépristone (3 comprimés de MIFEGYNEÒ) puis 36 à 48h plus tard de 400µg de misoprostol (2 comprimés de GYMISOÒ ou MISOONEÒ) ; ou la prise de 200mg de mifépristone (1 comprimé de MIFEGYNEÒ) suivi de 400 µg de misoprostol par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM).
- A partir de la huitième semaine d'aménorrhée, une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de 800 µg de misoprostol en une seule prise, par voie transmuqueuse orale ou sublinguale. La voie

vaginale n'est plus recommandée. L'utilisation du gemeprost doit être limitée du fait des effets secondaires.

Il faudra s'assurer au préalable que la femme a bien compris les risques de complications et les événements nécessitant un contrôle médical. Son domicile devra également se situer à moins d'une heure du centre hospitalier référent.

En cas de femmes rhésus négative, en même temps que la prise de la mifépristone, il faudra prévenir l'iso immunisation par l'injection de gamma globuline anti D (ROPHYLACÒ 200 mg en intraveineux ou intramusculaire). Concernant la contraception, une pilule oestro-progestative, progestative ou un implant pourront être instaurés dès le jour de la prise du misoprostol.

- La quatrième et dernière consultation se déroule 14 à 21 jours après la prise de la prostaglandine. On réalise une échographie pour s'assurer de la vacuité utérine et de la résolution des saignements. Dans le cas d'une contraception par dispositif intra-utérin, il pourra être mis en place à la suite de ce contrôle. En cas d'échec (moins de 5%), on aura forcément recours à une méthode chirurgicale (17).

Les complications les plus fréquentes restent le risque hémorragique, de fortes douleurs, des nausées, des diarrhées et bien entendu une détresse psychologique. On recommande donc aux patientes de ne pas rester seules à leurs domiciles et de ne pas prévoir d'activité. Un arrêt de travail pourra être fourni par le professionnel de santé.

Concernant l'efficacité, la technique en ville serait fiable à 97,43% qu'elle soit effectuée par des médecins généralistes ou des gynécologues (18).

4) Rémunération de l'acte médical

La rémunération se fait au forfait. Les dépenses occasionnées sont incluses dans le forfait et sont prises en charge en totalité par l'Assurance Maladie. Le forfait global est découpé en trois phases pour le médecin : le recueil du consentement, la réalisation de l'IVG et la consultation de contrôle. Ce découpage offre la possibilité d'une facturation par tous les intervenants médicaux durant l'IVG. Il faudra donc renseigner précisément les actes effectués. La prise en charge comprend également les investigations biologiques et échographiques.

D'après les renseignements fournis par la sécurité sociale, le praticien réalisant l'IVG sans les échographies toucherait 183,57 euros (consultation de recueil de consentement : 25 euros, forfait lié à la prise médicamenteuse comprenant les consultations : 133,57 euros, consultation de contrôle : 25euros).

5) Demande des patientes

On estime qu'environ 60 à 70% des patientes préféreraient une prise en charge ambulatoire au domicile (19,20,21). La méthode serait vue comme « plus légère, plus souple, et se rapprochant plus du phénomène naturel de fausse couche » (18). Les patientes seraient plus à l'aise dans leur intimité, et se sentiraient plus entourées. Plusieurs thèses effectuées sur l'ensemble du territoire démontraient cependant que près de la moitié des femmes ne savaient pas que l'IVG pouvait être pratiqué hors de l'hôpital et leur source principal d'information sur la démarche à suivre restait la famille ou les proches (19,21). Pour plus d'un tiers d'entre elles les informations concernant les douleurs et les saignements ont été jugées insuffisantes, rejoignant le sentiment de manque d'information des médecins généralistes (voir plus loin). Les principaux freins évoqués par les patientes pour consulter leurs généralistes concernant une demande d'IVG peuvent se résumer sur trois axes. D'une part elles estiment que le généraliste peut être moins compétent qu'un gynécologue, d'autre part de nombreuses femmes ont un suivi régulier chez un gynécologue et s'adressent naturellement à lui. Enfin il existe également un sentiment de gêne lié à l'aspect « tabou » de l'IVG, et plusieurs femmes ne souhaitent pas aborder ce sujet avec une personne connue (19,20,22).

6) Etats des lieux

Actuellement la méthode médicamenteuse est majoritairement utilisée. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 70% des IVG se font de manière médicamenteuse à ce jour. On note une nette augmentation depuis 2001 où le taux ne représentait que 30% comme l'atteste le graphique de la figure 1. Sur ce même graphique, on voit que la majeure partie des IVG se déroule dans des centres hospitaliers publics avec cependant une courbe ascendante lente du nombre d'IVG hors structures hospitalières. On peut donc supposer qu'à l'avenir la demande continuera d'augmenter avec nécessité d'adaptation des pratiques des professionnels en ville. Pour rappel, on estime à environ 16% le taux d'IVG

réalisé en ville (4) contre 69% en milieux hospitaliers. Précisons également que les premières consultations de demande d'IVG s'effectuent chez le médecin généraliste dans 20 à 30% des cas (20,21).

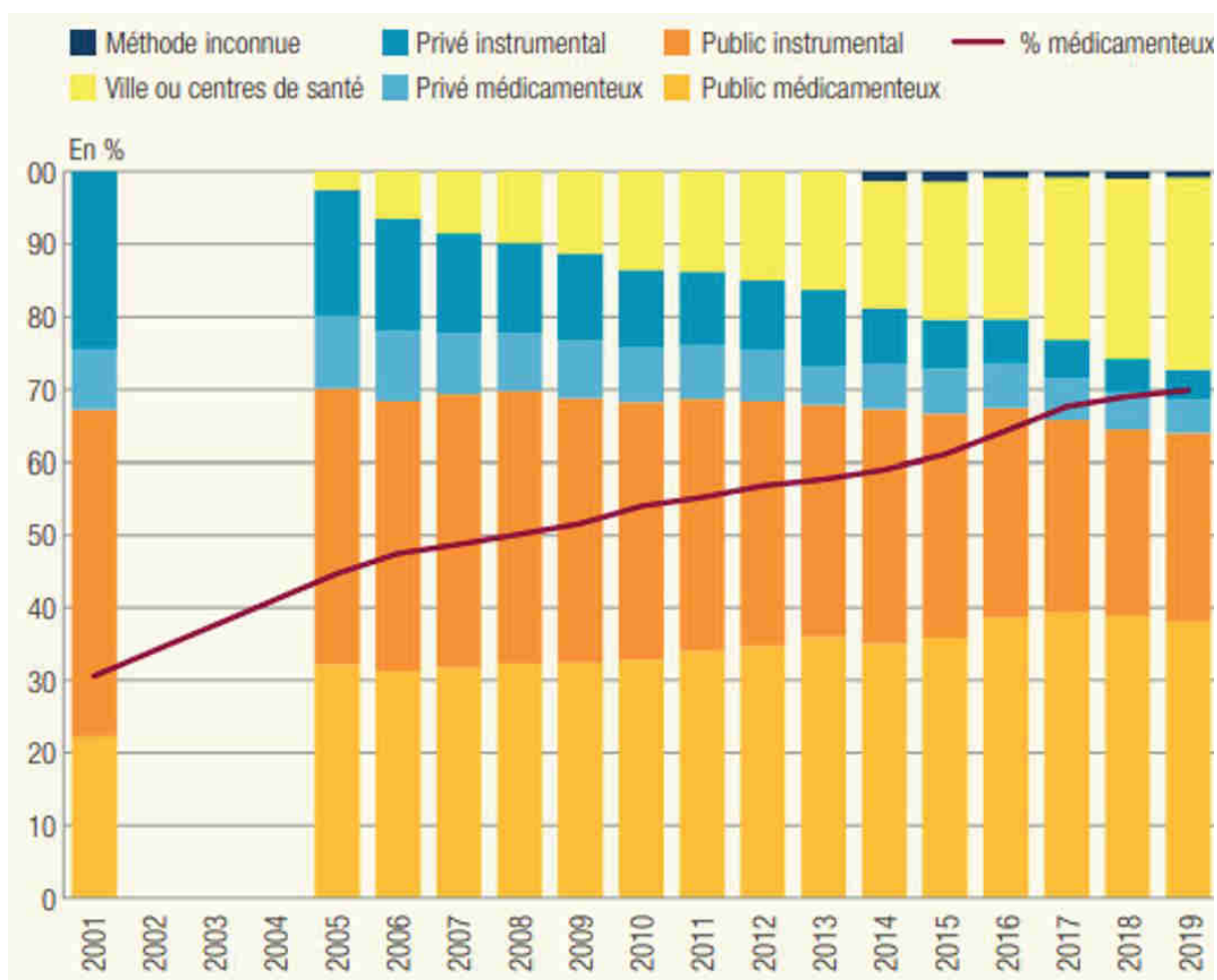


Figure 1 : Evolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG de 2001 à 2019

Sources : DREES (SAE-PMSI jusqu'en 2013, puis PMSI exclusif), CNAM (nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés dans l'année à partir de 2006)

Concernant la région Grand-Est, moins de 10% des IVG seraient réalisées hors structures hospitalières (3). Selon l'ARS du Grand-Est, il existe 52 établissements réalisant les IVG sur notre territoire et 63 professionnels de santé libéraux ayant passé une convention avec un établissement et qui peuvent réaliser les IVG médicamenteuses en ville. La répartition des professionnels et centres de soins (dont les Centres de planification et d'éducation familial) s'établit comme ceci :

Etablissements	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine	Total
CH avec GO	11	10	16	37 (71%)
CH sans GO	1	0	0	1 (2%)
CPP	1	2	0	3 (6%)
Clinique privée	1	4	6 (dont 2 sans GO)	11 (21%)
Total	14	16	22	52

Etablissements réalisant les IVG en Grand Est et par ex région (octobre 2016)

Tableau 1 : Répartition des établissements pouvant pratiquer les IVG en région Grand Est en 2016

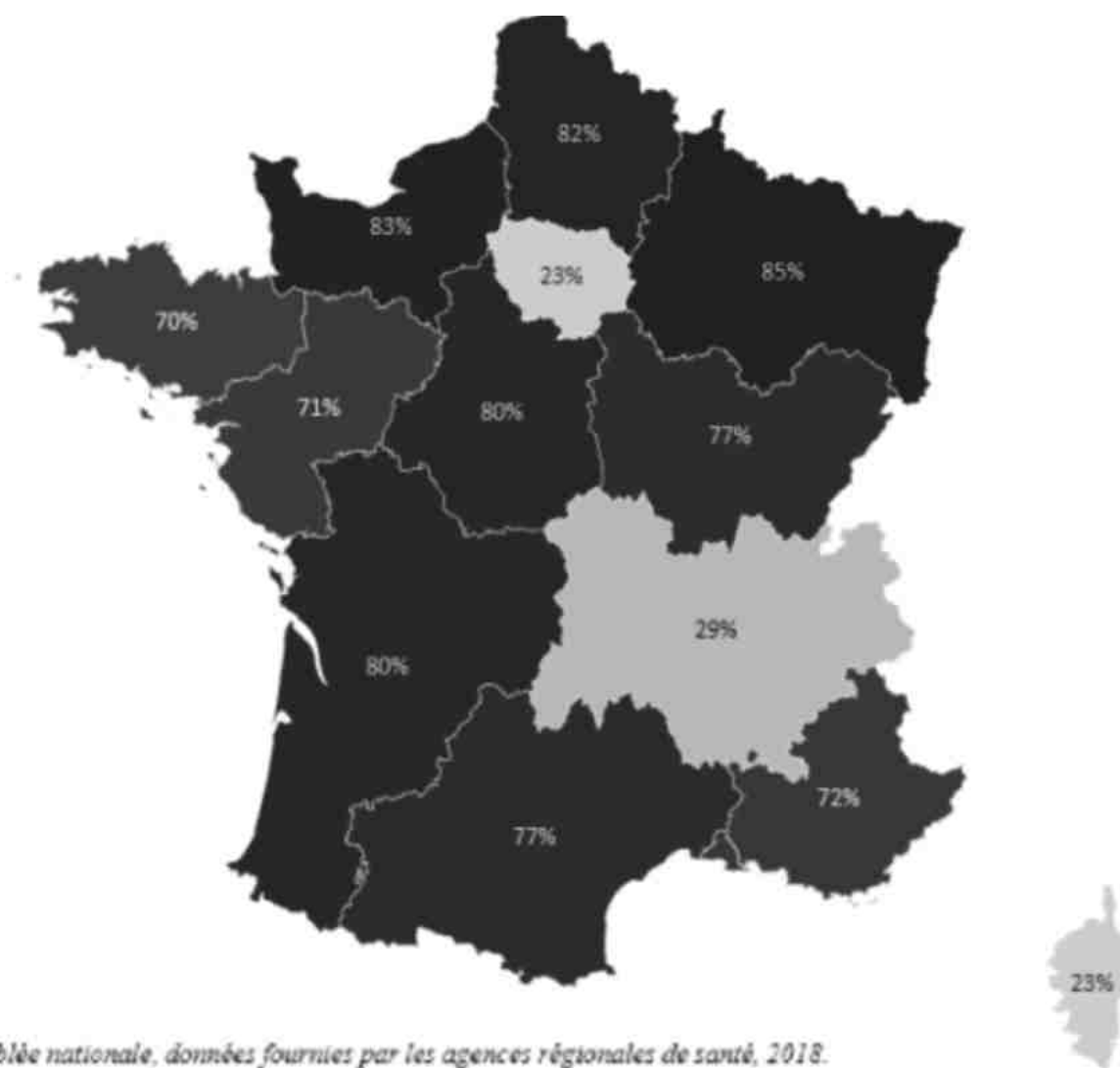
	Gynéco-Obstétriciens	Médecins Généralistes et Sages-Femmes	Total
Alsace	45	2 MG	47
Champagne-Ardenne	2	9 MG et 1 SF	12
Lorraine	3	1 MG (2 jusqu'en mars)	4 (5 jusqu'en mars)
Total	50 GO	13 MG/SF	63

Professionnels de santé libéraux pouvant réaliser les IVG en Grand Est et ex région (oct.2016)

Tableau 2 : Répartition des professionnels libéraux pouvant pratiquer les IVG en région Grand Est

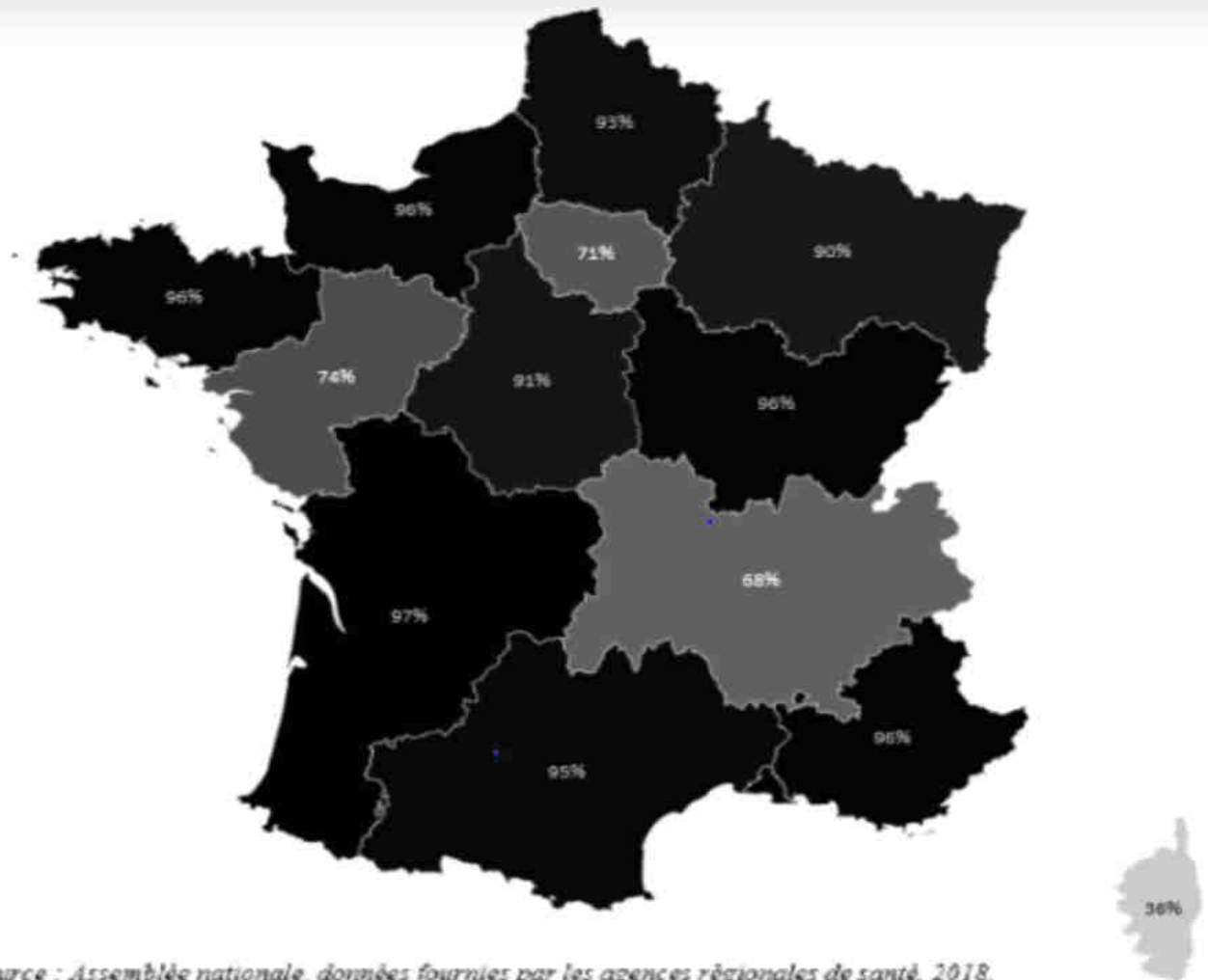
A l'heure actuelle il n'existe aucun lien internet ou répertoire permettant de trouver rapidement les professionnels libéraux pratiquant les IVG en ville.

En 2018, plus de la moitié des IVG ont été réalisées avant la 7^{ème} SA y compris en région grand Est (23) (voir figure 2 et 3) et donc en-dessous du délai autorisé pour la pratique d'une IVG médicamenteuse au domicile. Il apparaît alors nécessaire de poursuivre la valorisation du médecin généraliste comme spécialiste en soins primaires, d'améliorer la formation des généralistes et de promouvoir les campagnes d'information visant nos patientes et nos médecins.



Source : Assemblée nationale, données fournies par les agences régionales de santé, 2018.

Figure 2 : Proportion des IVG médicamenteuses réalisées entre la 5^{ème} et la 7^{ème} semaine de grossesse



Source : Assemblée nationale, données fournies par les agences régionales de santé, 2018.

Figure 3 : Proportion d'IVG médicamenteuses réalisées avant la 5^{ème} semaine de grossesse

II. Matériels et méthodes

1) Objectifs de l'étude et choix de la méthode

L'objectif principal de cette étude était de déterminer dans quelle mesure les médecins généralistes s'impliquent dans les demandes d'IVG. Pour cela, nous avons étudié les déroulés des consultations et les différentes prises en charge proposées par les généralistes pour leurs patientes. Nous avons déterminé deux objectifs secondaires. Le premier, était d'évaluer le niveau de satisfaction des généralistes dans les prises en charge actuelles ainsi que dans les moyens dont ils disposent à l'heure d'aujourd'hui. Et enfin, le second permettait d'étudier leurs propositions pour améliorer les difficultés relevées.

Pour étudier l'ensemble de ces objectifs, nous avons choisi une méthode qualitative. L'IVG en elle-même étant un sujet touchant aux valeurs morales de chacun, il nous a semblé important d'avoir une réelle discussion avec les médecins. Cela nous a permis d'explorer les expériences de chacun et de d'analyser leurs difficultés de manière plus précises ainsi que leurs attentes où leurs craintes pour l'avenir. Aussi, nous pouvions recentrer la discussion sur nos sujets d'étude et ne pas entrer dans un débat éthique ou déontologique.

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés. La discussion était orientée autour d'une trame d'items choisis contenu dans un guide d'entretien, sur la base de questions ouvertes (voir annexe 5). Ce mode d'entretien a permis aux médecins de s'exprimer librement et d'évoquer les différents thèmes qu'ils souhaitaient aborder, tout en respectant un certain nombre d'items choisis par l'examineur. La trame d'entretien a ainsi pu évoluer au cours du temps du fait de nouvelles problématiques évoqués par les médecins eux-mêmes.

2) Conception de l'enquête

A) Trame d'entretien

Nous avons au préalable réalisé une première recherche bibliographique aboutissant à la rédaction d'un mémoire dans le cadre du DES de médecine générale en Juillet 2019. Nous avons ensuite complété ces recherches l'année suivante en utilisant notamment les différentes plateformes numériques disponibles depuis le portail de l'Université de Strasbourg : Pubmed, SUDOC (Système Universitaire de Documentation), La plateforme DUMAS (Dépôt

Universitaire de Mémoire Après Soutenance), Elsevier Masson. Les recherches ont été complétées par différents ouvrages littéraires médicaux ou socio-politiques, ou encore des revues comme le Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Enfin nous nous sommes servis des sites accessibles au public comme les sites ministérielles (Ministères de la Santé et des Solidarités en premier lieu, site de l'Assemblée nationale), Légifrance, ou le site des services public. Nous avons enfin retenu certains articles, et certains travaux qui nous semblaient pertinents en partant des bibliographies de travaux déjà existants. Les recherches ont été poursuivies tout au long de l'étude (septembre 2020 à septembre 2021). Nous avons par conséquent tenu compte des différentes évolutions législatives et réglementaires jusqu'à cette date.

Différents mots clés ont été utilisés pour notre recherche bibliographique. Nous citerons : IVG médicamenteuses, médecine générale, medical abortion, parcours de soins, vécu IVG

Nous avons confectionné une première trame d'entretien en s'inspirant de nos différentes recherches bibliographiques mais également en incluant les items proposés lors d'une discussion confraternelle avec plusieurs médecins généralistes. Précisons que ces mêmes médecins n'ont pas fait partis de notre étude. Cette trame a été testée lors d'un premier entretien enregistré. Nous avons recueilli brièvement les réponses et noté les différents items évoqués spontanément. Au terme de l'entretien, nous avons recueilli le ressenti du généraliste et ses suggestions pour l'amélioration de la trame. Ce premier entretien n'a pas été retenu pour l'analyse des données.

Une deuxième trame a été élaborée et testée sur le même principe avec un autre généraliste. Le résultat étant concluant nous avons poursuivi avec cette trame en prenant note d'y ajouter quelques items qu'il jugeait pertinent, ou de modifier certaines formulations. Nous avons inclus cet entretien dans l'analyse de nos données.

L'entretien en lui-même s'est déroulé en trois parties, une première partie de présentation du sujet de l'étude, une seconde partie comprenant la discussion autour des questions choisies et une partie supplémentaire « d'informations » effectuée à la demande des généralistes. Cette dernière partie a permis d'ouvrir vers d'autres items. Au fil des entretiens, la formulation des questions a pu être modifiée notamment au niveau des relances, en fonction de la compréhension des généralistes ou de leur sensibilité.

B) Choix de la population

Nous avons inclus des médecins généralistes exerçant uniquement en Alsace (Bas-Rhin et Haut-Rhin), et ce quel que soit leur mode d'exercice. Nous avons précisé tout de même la pratique gynécologique de chacun des interrogés. Nous avons pris soin d'inclure aussi bien des femmes que des hommes et des médecins de toutes les générations pour avoir une population plus représentative.

Pour améliorer la diversité de population, nous avons interrogé des médecins de différentes zones géographiques (rurales et urbaines). Cela nous a permis d'étudier les moyens disponibles actuellement et de prendre en compte une éventuelle divergence d'implication du généraliste dans les IVG comme le laissait sous-entendre les rapports ministériels ou les différentes thèses lues.

Les personnes interrogées ont été sollicitées au fur et à mesure. Dans un premier temps, nous avons fait appel à des connaissances directes, puis par recommandations à des confrères, en suivant le principe d'un effet boule de neige. Chaque médecin a été contacté par un appel téléphonique dans un premier temps. Ils étaient alors informés de l'identité de l'enquêteur, du type d'entretien et de la durée (environ une trentaine de minutes). Nous n'avons pas précisé le sujet de notre étude, jugeant qu'il serait préférable de recueillir l'idée brute de l'enquêter en limitant les « a priori » qui peuvent s'associer à l'IVG. Les médecins ont été réceptifs à ce type d'approche.

Le nombre d'entretien nécessaire n'a pas été déterminé à l'avance. Nous avons stoppé les entretiens dès qu'il est apparu une redondance dans les réponses sans aucune nouvelle idée développée par les interrogés, c'est-à-dire à la saturation des données. Cela a été confirmé par un entretien supplémentaire que nous n'avons pas fait figurer car il n'apportait aucun nouvel item à travailler.

C) Recueil des données

a) Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre décembre 2020 et avril 2021. Nous avons favorisé les entretiens en face à face entre les interrogés et l'enquêtrice (moi-même). La plupart du temps ils se sont déroulés à leurs cabinets de consultation, et pour certains à leurs propres domiciles

selon les convenances personnelles. Nous avons privilégié des horaires en dehors des périodes de consultation pour ne pas être perturbé par des appels téléphoniques ou des imprévus. Néanmoins, au vu de la conjoncture sanitaire actuelle et parfois de la distance géographique, un certain nombre d'entretiens se sont déroulés par visioconférence ou par téléphone en laissant libre choix à l'interrogé des modalités de déroulement de l'entretien. De plus l'ensemble des entretiens s'est effectué avec le port d'un masque chirurgical, limitant la visibilité des éléments non verbales.

Dans un premier temps nous rappelions que chaque entretien serait anonymisé et enregistré avec leur accord, pour retranscrire de manière fidèle leurs propos. Nous avons également pris des notes durant les entretiens pour rapporter les éléments de communication non-verbale ou les nouveaux items que nous jugions pertinents de développer.

Une présentation *Power point* de quelques minutes était effectuée au début de l'entretien afin de présenter le sujet d'étude, et de mettre le médecin à l'aise. Nous abordions ensuite les différents thèmes choisis à l'aide de questions ouvertes. Nous avons adopté au maximum une attitude de neutralité du fait de la proximité avec certains médecins (remplacements réguliers et donc connaissance personnelle). Toutefois, pour encourager l'approfondissement des ressentis et des vécus de chacun, nous avons également inclus une certaine proximité avec chacun des interrogés (lieu et moment choisi par l'interrogé en privilégiant au maximum la préservation de la zone de confort des interrogés). Les discours n'ont pas été interrompus, mise à part si nous jugions que l'interrogé entrait dans un débat éthique concernant l'IVG. Des questions de relance ont été nécessaires pour clarifier certains propos et aborder des éléments éludés par le médecin interrogé.

La durée des entretiens a été quasiment équivalente pour chaque médecin interrogé, soit une trentaine de minutes (voir Résultats).

b) Retranscription

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont été retranscrits par la suite dans leur intégralité au mot à mot. Nous avons donc inclus les expressions, les erreurs, les hésitations, les onomatopées et les phrases incomplètes de chacun des interrogés. Chaque fois qu'un élément non verbal était pertinent, nous l'avons précisé ; cela concerne les pauses, les

soupirs, les postures, les mimiques. Ainsi nous avons tenté d'être au plus proche de l'idée et de l'état d'esprit de chaque médecin interrogé à l'instant T.

La retranscription s'est faite de manière manuelle à l'aide d'un logiciel de traitement de texte.

Une anonymisation des entretiens s'est faite dans un second temps en conservant tout de même les spécificités liées à l'âge, au sexe, et au lieu géographique d'exercice. L'idée étant que ces éléments nous aideraient dans l'analyse des données en regroupant les différentes réponses par catégorie.

Nos entretiens se sont principalement axés sur l'implication et les difficultés que pouvaient ressentir les généralistes. Nous n'avons donc pas fait référence à des cas précis ou eu accès à des informations médicales. Pour ces raisons nous n'avons pas fait de déclaration à la CNIL, ou au comité d'éthique. Le but n'étant pas d'ouvrir un débat sur l'IVG mais de voir s'il serait possible de développer les différentes possibilités d'IVG médicamenteuse.

c) Analyse des données

Pour l'analyse de nos données, nous nous sommes inspirés du principe de la théorisation ancrée.

L'analyse de données s'est effectuée manuellement sans logiciel de traitement de texte. Elle a été effectuée une fois tous les entretiens effectués, retranscrits et anonymisés. Cela dans un but de maintenir la neutralité de l'enquêteur dans l'analyse de ses données. La grille d'entretien a permis de faire apparaître différentes thématiques facilitant l'analyse des réponses et ouvrant sur un codage multithématique. Chaque entretien a été relu par un tiers permettant un double codage.

Dans un premier temps, les entretiens ont été analysés de manière individuelle. A l'aide de code couleurs nous avons regroupés les réponses de chacun des interrogés en fonction des items étudiés dans notre trame. Cette première lecture a permis également de dégager de nouvelles thématiques. Au cours de la deuxième lecture, nous avons intégré ces nouveaux items pour analyser les réponses sur l'ensemble des entretiens lorsque cela était possible. Ainsi nous avons pu effectuer des tableaux avec les principales idées et les propos correspondants pour chacun des thèmes retenus. Ceci correspond à la phase de codage. Un exemple de tableau de codage est visible à l'annexe 6.

A l'issue de cette première phase, plusieurs profils de répondants se sont dégagés. Dans un second temps nous avons donc étudié le type de réponses selon les profils correspondants. Il est apparu que selon les profils des interrogés et des réponses obtenues, nous avons pu confirmer l'existence de trois groupes d'analyses que nous avons répartis comme suit : les médecins expérimentés et installés depuis longtemps, les jeunes généralistes récemment installés ou en cours de remplacement, et les médecins ayant une pratique gynécologique plus intense. Une troisième lecture exhaustive a enfin été effectuée, avec mise à jour du tableau d'analyse en fonction des trois groupes étudiés et des thèmes retenus.

L'ensemble des données des différents groupes a été comparés pour chacun des thèmes étudiés, permettant de faire ressortir les similitudes et les différences en fonction d'une analyse transversale.

III. Résultats

1) Description de la population

Cette étude comporte 13 entretiens. L'ensemble des médecins contacté ont répondu favorablement à notre sollicitation. Les modes de sollicitation varient entre SMS, mails, et appels téléphoniques.

Les entretiens se sont déroulés comme suit : 8 en face à face, 3 appels téléphoniques, 2 en visioconférences. La durée totale des enregistrements est de 363 minutes avec un minimum de 17 minutes et 23 secondes et un maximum de 57 minutes et 52 secondes. La durée moyenne des entretiens est calculée à 28 minutes et la médiane à 27 minutes.

Parmi les personnes interrogées, nous comptons 8 femmes et 5 hommes. La moyenne d'âge était de 48 ans avec un maximum à 67 ans et un minimum à 30 ans.

Tous les médecins concernés exercent en Alsace et sont répartis comme suit : quatre médecins dans le Haut-Rhin et neuf médecins dans le Bas-Rhin. Les zones d'exercice sont variées avec quatre médecins exerçant en milieu rural, trois en milieu urbain et six en milieu semi-rural. Ils avaient tous une activité libérale à titre principal. Les modes d'exercices sont également diverses avec trois médecins non installés et effectuant uniquement des remplacements, un médecin exerçant en maison de santé, cinq en associations de deux ou trois médecins et quatre médecins exerçant seul en cabinet.

Les caractéristiques de la population interrogée sont récapitulées dans le tableau ci-après :

ENTRETI EN	MODE DE CONTACT	TYPE D'ENTRETI EN	DURE E	MILIEU D'EXERCI CE	TYPE D'ACTIVI TE	SEX E	AG E	LIEU D'EXCERCI CE
E1	SMS	Téléphonique	22min 24s	Semi rural	Association	F	31	Bas-Rhin
E2	Vive-voix	Téléphonique	28min4 8s	Rural	Remplacem ent	F	30	Haut-Rhin
E3	SMS	Présentiel	17min2 3s	Urbain	Seule	F	31	Bas-Rhin
E4	Vive-voix	Présentiel	32min1 5s	Urbain	Remplacem ent	M	30	Haut-Rhin

E5	SMS sur recommandation	Présentiel	23min25s	Semi-rural	Seule	F	34	Bas-Rhin
E6	Mail	Présentiel	57min52s	Rural	Seul	M	67	Haut-Rhin
E7	Mail	Visio-conférence	28min30s	Rural	Association	F	57	Haut-Rhin
E8	Vive-voix	Présentiel	30min35s	Semi-rural	Association	F	56	Bas-Rhin
E9	Vive-voix	Présentiel	25min12s	Semi-rural	Association	F	62	Bas-Rhin
E10	SMS sur recommandation	Téléphonique	18min52s	Urbain	Remplacement	F	62	Bas-Rhin
E11	Vive-voix	Présentiel	21min36s	Semi-rural	Seul	M	62	Bas-Rhin
E12	Vive-voix sur recommandation	Présentiel	27min22s	Semi-rural	Association	M	63	Bas-Rhin
E13	SMS	Visio-conférence	29min2s	Rural	Maison de santé	M	48	Bas-Rhin

Les entretiens sont notés de E1 à E13. Ils sont retranscrits au mot à mot et les éléments non-verbaux sont inscrits en gras.

Nos résultats seront analysés et classés selon six thèmes répartis comme suit :

- Demande d'IVG et motifs de consultation chez le médecin généraliste
- Prise en charge des demandes d'IVG par le médecin généraliste
- Niveau de satisfaction des prises en charge actuelles
- Difficultés ressenties par le praticien
- Place du médecin généraliste dans le protocole d'IVG
- Piste d'amélioration des prises en charges

2) Demande d'IVG et raisons de consultation chez le généraliste

a) Fréquence des demandes d'IVG en cabinet de médecine générale

Les demandes d'IVG restent un motif de consultation assez rare en cabinet de médecine générale. La quasi-totalité des médecins interrogés estime le nombre de demande à moins d'une

dizaine durant leurs carrières. La demande semble tout de même plus importante en milieu urbain ou en zone rurale profonde où les médecins parlent d'au maximum une demande par mois et au minimum de moins de cinq demandes sur une carrière, avec cependant une recrudescence ces dix dernières années.

« *On va dire en moyenne une ou deux par mois* » E3

« *Allez sur 30 ans d'exercice, je dirais 5 fois, 5 demandes* » E9

b) Motifs de consultation d'un généraliste dans le cadre une demande d'IVG

Les généralistes interrogés ont évoqué spontanément le lien de confiance les liant à leurs patientes comme principale raison de consultation à leur cabinet pour une demande d'IVG.

« *Les patientes nous connaissent et ont confiance en nous* » E1

« *C'est la confiance qui règne entre nous* » E3

« *Elles viennent me voir parce que je les connais depuis longtemps* » E12

D'autres raisons ont été abordées :

- L'absence de réponse et de disponibilité du gynécologue ou du milieu hospitalier

« *Leur gynécologue n'est pas joignable* » E3

« *Elles n'ont pas eu de rendez-vous à l'hôpital dans les délais* » E6

« *Il y a beaucoup de gynécos qui ne sont pas remplacés* » E10

- L'angoisse hospitalière et le côté impersonnel de la prise en charge

« *Le grand avantage du libéral, c'est qu'elles ne sont pas un simple numéro, ce n'est pas l'IVG numéro 3 du jour par l'interne de médecine générale qui est là ce jour-là* » E5

« *C'est angoissant l'hôpital [...] l'échappatoire c'est nous* » E6

- La situation d'« urgence » ainsi que la détresse qui en découle

« *Elles sont en panique* » E3

- La recherche de conseils et de soutien dans une situation d'incertitude

« *Avoir aussi mon avis sur la question* » E5

« *Qu'on les soutienne* » E6

« *Recherchent mes conseils* » E12

Les demandes d'IVG restent des motifs de consultation rare, avec cependant une fréquence augmentée dans les milieux urbains et ruraux profonds.

Le lien de confiance qui unit les patientes à leurs médecins est la principale raison évoquée pour une consultation chez le généraliste en plus du côté plus personnalisé de la démarche.

3) Prise en charge des demandes d'IVG par le médecin généraliste

A) Interrogatoire et entretien avec la patiente

a) Réassurance

La première chose évoquée par les médecins interrogés sur la consultation de demande d'IVG est un temps de réassurance et d'accompagnement. La majorité estime qu'il s'agit d'une situation difficile, source de souffrance et de détresse pour les femmes. Ils essaient donc de les accompagner, de les rassurer et de les soutenir.

« *J'essaye de les rassurer[...] je les soutiens* » E3

« *Apaiser la souffrance* » E5

« *Voir comment elle allait* » E2

« *La rassurer et la déculpabiliser* » E8

Bien sûr, ils estiment également important de s'assurer que la patiente soit sûre de son choix et en mesure d'en accepter les conséquences.

« *Qu'elles soient sûres de ce qu'elles veulent* » ; « *elles pourraient assumer* » E10

« *Elles viennent simplement se rassurer et demander confirmation* » E6

Un médecin précise qu'il fournit toujours des documents permettant de poursuivre la grossesse et d'autres pour l'IVG. Dans les autres cas, les médecins ont affirmé que les patientes étaient plutôt sûres d'elles et avaient déjà fait leurs choix au préalable.

« Un courrier pour Mulhouse, avec un rendez-vous. Et elles avaient de l'autre côté une prescription pour la biologie pour une éventuelle déclaration de grossesse » E7

b) Contexte de vie

La plupart des médecins interrogés abordent avec leurs patientes le contexte de vie dans lequel s'inscrit la demande d'IVG, l'aspect social voir même économique. La plupart du temps de consultation est consacré à cet échange. Étant le premier interlocuteur, ils leurs semblent important de pouvoir permettre une mise au point pour s'assurer que la demande est réfléchie et non faite par dépit ou défaut d'information.

« La comprendre et voir le cheminement qui l'a fait arriver là, et sans jugement » E2

« La priorité pour moi c'est de reprendre les choses [...] comprendre le contexte de vie » E4

« Voir le contexte de vie dans lequel la demande s'inscrit. Vraiment essayer de voir quelles sont les raisons qui poussent à l'IVG » E5

« Avoir fait le tour de leurs situations » E7

« Une mise au point générale » E10

« On réfléchit un peu ensemble » E11

« On regarde la situation globale » E12

Tout en précisant qu'ils ne souhaitent pas être trop intrusif et veulent respecter l'intimité de leurs patientes, le plus important étant le respect et le non-jugement.

« Que je ne les juge pas » E6

« Je ne me pose pas en inquisiteur non plus » E11

« Aucun jugement là-dessus » E13

c) Explications des procédures d'IVG

Un tiers des médecins interrogés ne rencontre pas de grandes difficultés pour expliquer les procédures et les déroulés des IVG médicamenteuses.

« Voir qu'est-ce qu'elles savent » E1

« *Je dis comment ça va se passer* » E3

« *Nous avons abordé les deux possibilités, médicamenteuses et chirurgicales* » E4

Parmi les médecins restants, la moitié saurait expliquer les généralités de l'IVG mais ne pourraient pas répondre à des questions précises. Et l'autre moitié ne s'estime pas suffisamment formée et ne se prononce pas, expliquant que les structures hospitalières s'occuperont des détails.

« *Je regarderai sur mes fiches topos pour savoir la procédure* » E10

« *Juste vérifier la faisabilité ou la possibilité* » E11

« *Il faudrait que je me replonge dans l'IVG [...] voir comment on procède, voir le suivi* » E8

« *Je n'ai pas les compétences pour répondre à leurs questions* » E12

« *Dans le détail finalement je ne saurai pas dire* » E9

« *Je serai incapable de répondre à une question de procédure ou d'orientation* » E10

d) Examen complémentaire

Plus d'un quart des médecins, prescrive ou prescrirait des examens complémentaires pour confirmer la grossesse ou dater celle-ci. Parmi les examens cités on retrouve : les tests sanguins BHCG, les échographies. La majorité s'assure qu'un test urinaire de grossesse a été au préalable effectué pour confirmer une éventuelle grossesse.

« *Je leur prescris des BHCG* » E1

« *J'aurai prescrit de principe une prise de sang complète* » E4

« *Contrôler le test par un test labo* » E7

« *Je ne faisais pas de prescriptions, le test labo était fait, sinon je leur aurais demandé de le faire probablement* » E10

e) Orientation et prise de rendez vous

e.1) Orientation des patientes

La majorité des médecins adresse les patientes dans les centres hospitaliers les plus proches où les centres de planning familial.

« *Je les oriente vers les personnes habilitées. En général l'hôpital.* » E3

« *Qu'il fallait aller à l'hôpital* » E5

« *Tant que j'avais un hôpital à proximité [...] j'envoyais très régulièrement là-bas.* » E7

« *Moi je passais toujours par l'hôpital* » E6

« *Je l'ai adressé à l'hôpital* » E8

« *Je lui ai dit de contacter HautePierre* » E12

Un bon tiers des médecins, oriente ou essaie d'orienter leurs patientes en libéral. Les correspondants cités sont en général les gynécologues de secteur ou les sage-femmes.

« *J'appelle mon gynécologue de référence, [...] quand il n'est pas en mesure de les recevoir ou qu'il ne les suit pas, il me dit de les envoyer à l'hôpital* » E9

« *Un gynéco en libéral, pas hospitalier* » E10

« *Un gynéco en général voir une sage-femme* » E11

« *Il y en a quand même que j'ai adressé à des gynécos en ville* » E12

e.2) Prise de rendez-vous

Concernant les adressages, la majorité des médecins ne prend pas eux-mêmes les rendez-vous mais fournisse les coordonnées aux patientes avec éventuellement un courrier. L'explication la plus fournie fait référence à un aspect trop intrusif dans la vie des patientes ; faisant référence à ce critère de « non-jugement » et laissant ainsi le choix à la patiente de décider de poursuivre la procédure d'IVG ou non.

« *J'avais juste donné le numéro et l'adresse* » E1

« Je prends rarement les rendez-vous [...] prendre les rendez-vous pour la patiente, c'est un peu trop intrusif » E3

« Je lui ai dit où il faudrait qu'elle téléphone, et où aller. » E5

« Je leur donne les numéros de téléphone » E13

Certains médecins organisent tout de même le suivi et prennent les rendez-vous pour éviter des difficultés supplémentaires aux patientes.

« J'organise le suivi » E6

« Ma secrétaire leur prenait directement un rendez-vous » E7

« J'ai préféré appeler directement moi » E8

f) Prévention

Une minorité de médecins ont parlé spontanément des moyens de contraception. Ils abordent la question avec les patientes estimant que l'IVG est avant tout un défaut de contraception et qu'il est du devoir du généraliste de prévenir la détresse réactionnelle à une IVG notamment en diminuant le nombre de demande par un renforcement de la contraception.

« On doit aborder le travail d'amont, la contraception [...] c'est nous qui pouvons faire baisser cette courbe. » E6

« J'évoque souvent la contraception » E13

« Là où on doit être très bon et surtout vigilant c'est la prévention » E2

« Si la contraception n'est pas gérée en amont, la demande va augmenter. » E7

g) Consultations ultérieures

Une minorité de médecins proposent une deuxième consultation à leurs patientes pour laisser un temps de réflexion ou pour approfondir les éventuelles questions de leurs patientes.

« Elles revenaient me voir si elles le souhaitaient » E7

« Je la ferai revenir » E10

« Je m'étais tenue à leurs dispositions si elles en ressentaient le besoin » E1

- Concernant les consultations de demande d'IVG chez les généralistes. La majeure partie du temps de la consultation a pour but une réassurance et un accompagnement de la patiente. Une mise au point est effectuée permettant de renforcer le choix des patientes.
- La majorité des médecins interrogés adresse les patientes en milieux hospitaliers mais un tiers passe par le libéral en faisant appel aux gynécologues de leur secteur respectif. En général, les rendez-vous sont pris par les patientes elles-mêmes
- Généralement, peu d'explications sont fournies aux patients concernant les procédures. Mais en cas de questions, un peu moins de la majorité des médecins ne s'estime pas suffisamment formé pour leur répondre correctement.
- Une minorité de médecins abordent les questions de contraception ou proposent d'autres consultations.

4) Difficultés ressenties par le praticien

A) Empathie, non jugement et convictions personnelles

La question d'empathie a été largement décrite par nos interrogés. Ce sujet amène directement au vécu personnel des médecins et donc à leurs éthiques et leurs morales.

« Touche à nos valeurs d'être humain » E2

« Il y a aussi les convictions personnelles » E5

« Notre moral se réveille » E4

« Ça nous touche [...] On est mal à l'aise [...]ça nous oblige à nous poser des questions » E6

« Le côté empathique qui est compliqué à gérer » E5

« Ça va me travailler par la suite » E9

« Des questions d'éthiques et de déontologies » E13

« On marche sur des œufs » E12

Cela rendrait la consultation et la prise en charge plus complexes par le fait que le médecin puisse avoir du mal à conserver sa neutralité et parfois même son professionnalisme.

« *Je me suis sentie défaillante* » E3

« *Je me suis sentie vite face au mur* » E2

« *Peur de faire une bêtise ou de ne pas réussir à l'apaiser* » E4

« *J'étais mal à l'aise ? oui bien sûr* » E4

« *Le conflit intérieur* » E8

« *Et encore moins d'avoir été un bon médecin* » E9

Au final la majorité des médecins estime qu'entre leurs convictions morales et leurs devoirs professionnels, il est parfois difficile de conseiller sans entrer dans le jugement.

« *Où est la ligne du jugement, la ligne à ne pas franchir* » E1

« *Rester dans le non jugement et la bienveillance* » E8

« *L'art de l'accompagnement dans la bienveillance malgré tout* » E5

« *On se retrouve là devant les faits un peu abasourdis* » E2

« *Ne pas être trop intrusif où juger* » E4

Dans certains cas, quelques médecins ont décrit un possible changement avec leurs patientes, une incompréhension. La relation médecin-malade s'est vue modifiée du fait d'un inconfort mutuel.

« *La consultation était un peu froide quoi* » E3

« *J'ai senti de la tension* » E3

« *La patiente en face le ressent aussi si on est à l'aise ou pas* » E11

B) L'accompagnement psychologique

Beaucoup de médecins ont fait part d'une difficulté dans la prise en charge et l'accompagnement psychologique des personnes. Ils ne s'estiment pas suffisamment formés.

« *Difficile non en soit. Mais sur tout le côté psychologique et humain oui bien sûr.* » E7

« Sur le versant psychologique [...] où ça peut ramer un peu » E3

« Je ne voulais pas faire d'impair et j'essayais de respecter la tolérance de chacun » E2

« Quand une patiente montre une profonde détresse, cela nous met forcément plus en difficulté » E1

« La gestion du versant psychologique qui est complexe » E1

« C'est plus la détresse qui est compliquée. Il faut pouvoir gérer l'émotionnel » E4

« Accompagnement difficile » E5

« On est responsable de nos patientes et de leurs vécus » E10

C) Manque de connaissance

La grande majorité des interrogés s'est estimée insuffisamment formée pour répondre aux patientes concernant des questions administratives, de procédures ou de suivis.

« Une demande « simple » et je ne savais pas » E3

« Je ne connais pas les détails précis des prises en charge » E1

« En espérant que ce ne soit pas des choses trop précises » E4

« Moi je ne suis pas formée » E5

« Je ne pourrais pas donner de bonnes infos » E8

« Dans le détail finalement je ne saurais pas dire. Je ne connais pas précisément les délais, ni les mécanismes » E9

« Je n'ai pas les compétences pour répondre à leurs questions » E12

« Rien n'appris là-dessus donc je fais sur le tas » E11

« Explications précises je ne serais pas clair » E13

« Je serais incapable de répondre à une question de procédure ou d'orientation » E10

D) Aspect chronophage des consultations

La quasi-totalité des médecins a estimé que les consultations de demande d'IVG sont des consultations complexes qui demandent du temps. Cet aspect chronophage est une difficulté supplémentaire pour eux, qui peut parfois être source d'un stress réactionnel.

« *Prendre le temps de comprendre puis d'expliquer* » E2

« *C'est stressant de par le retard qu'on accumule derrière* » E2

« *On doit prendre le temps* » E1

« *Soucis de temps* » E4

« *Prendre le temps* » E12

« *Chronophage* » E11

« *Il faut être disponible. En médecine générale, on est vite débordé.* » E7

« *Il faudrait du temps. Et moi à l'heure actuelle j'aurais du mal à l'avoir* » E5

E) Manque d'expérience

La rareté des demandes d'IVG en cabinet de médecine générale en fait aussi une difficulté supplémentaire. Beaucoup d'interrogés estiment que ce genre de demandes les fait sortir de leurs zones de confort.

« *Je suis moins dans mon élément* » E8

« *Un manque d'expérience* » E10

« *Pas aussi à l'aise que dans une consultation plus habituelle* » E11

F) Médecin masculin : est-ce un frein ?

Quelques médecins ont fait part d'une difficulté supplémentaire lié à leur sexe. Le fait d'être un homme peut être vu par le praticien comme un frein pour la patiente pour s'exprimer librement ou venir consulter pour une demande d'IVG. Par ailleurs ils pourraient se sentir plus mal à l'aise dans leurs prises en charges ou leurs explications. Mais cette notion a été temporisée et dépendrait de la situation, et de la femme.

« Un homme et je suppose que les problèmes féminins me mettent plus facilement dans une position inconfortable » E4

« Difficile pour moi je trouve d'aborder le sujet » E13

« Aborder le sujet de la sexualité en général on a l'impression que c'est une montagne à gravir » E6

« Un homme oui et un homme pas tout jeune aussi. Après si le côté paternaliste compte, Je ne sais pas si on va voir papa pour lui parler de ça. » E11

« Je pense que certaines patientes préféreraient en parler à une femme pour le côté compréhension et l'intimité » E4

Une remarque est à noter : un des médecins ayant évoqué le sujet a tout de même estimé qu'être un homme pouvait dans certains cas être un atout, motivant ainsi la consultation chez un médecin homme.

« La peur du jugement de la potentielle maman en face d'eux peut-être » E4

Pour finir, un médecin généraliste a parlé de son statut de remplaçant comme d'une possible difficulté dans les prises en charge des IVG pour nos patientes.

« Les patientes préféreraient sans doute avoir à faire à leur médecin de confiance, leur médecin habituel » E2

G) Communication avec les confrères

Un tiers des médecins ont fait part de difficultés croissantes de communication avec le milieu hospitalier.

« Un souci de communication avec les gens » E6

« Plus compliqué d'avoir accès au centre d'orthogénie » E7

« La difficulté c'est la communication » E7

« Chacun pour soi dans notre boulot » E11

H) Difficulté dans l'orientation libérale

La plupart des médecins interrogés a fait part de l'absence de contacts pour adresser leurs patientes en dehors des milieux hospitaliers. Ils déplorent l'absence de référents et de réseaux.

« *Aucune idée d'où les adresser* » E4

« *J'ai cherché sur google* » E2

« *Je sais qu'on peut le faire en libéral, mais je n'ai aucune idée de qui le fait* » E3

« *Sur le libéral je dirais nulle, vu que je ne saurais absolument pas vers qui me tourner* » E4

« *Je ne saurai pas où adresser* » E5

« *Je ne connais pas le filon* » E6

« *Pas de visibilité* » E9

« *Je ne saurai pas vers qui les envoyer* » E12

« *Pas pu construire un réseau pour cette prise en charge* » E13

« *Bloquer dans notre prise en charge si on n'a pas de plan B* » E8

Les principales difficultés exprimées par nos interrogés concernent le maintien de l'équilibre entre professionnalisme et convictions personnelles, le manque d'expérience et d'information, les accompagnements psychologiques, l'aspect chronophage des consultations et pour finir le manque de réseaux et de communication entre confrères.

5) Niveau de satisfaction des prises en charge actuelle

A) Le milieu libéral

a) Satisfaction

Concernant la prise en charge en milieu libéral, une majorité des interrogés n'a pas donné plus d'informations du fait de la non-utilisation du milieu libéral dans leur prise en charge actuelle. Cependant les médecins qui se sont exprimés sur ce sujet, s'estiment insatisfaits.

« *Sur le libéral je dirais nulle, vu que je ne saurais absolument pas vers qui me tourner pour orienter ma patiente* » E4.

« *Le seul essai que j'ai fait n'était pas fructueux.* » E1

« *Je n'ai pas de recul* » E12

b) Difficultés pour l'utilisation du milieu libéral

Le manque d'information, de réseaux et de ressources sont les principales raisons évoquées pour expliquer l'insatisfaction existantes.

« *On doit se dépatouiller en libéral, et on se demande bien ce qu'on devrait faire* » E10

« *Qu'est-ce que je fais moi en cas de problème ?* », « *Il n'existe pas de réseaux* » E5

« *Toujours encore occulté* » E6

« *Je ne savais pas* » E9

B) Le milieu hospitalier

a) Satisfaction

La majorité des médecins s'est estimée satisfaite des prises en charges hospitalières. Ce moyen d'orientation est d'ailleurs majoritairement utilisé par les interrogés.

« *Je me sentais rassurée une fois la prise de rendez-vous faites* » E2

« *Je dirais que ça m'allait bien* » E8

« *La prise en charge hospitalière c'est très bien.* » E5

b) Bénéfice du milieu hospitalier

Le côté sécuritaire des plateformes techniques et des soins disponibles sont rassurants pour les médecins. Ainsi en cas de complication, les patientes bénéficieraient de soins adaptés.

« *L'hospitalier c'est la sécurité* » E4

« *Il y a ce côté sécuritaire de l'hôpital avec la possibilité d'échos et de suivis sur place* » E5

« *Prise en charge rapide et adaptée* » E13

c) Difficulté dans le cadre d'une prise en charge hospitalière

Parmi les motifs d'insatisfaction, il y a bien sûr le possible manque d'écoute vis-à-vis des patientes et le sentiment de solitude dont elles peuvent faire part.

« *L'impression de ne pas être écoutée.* » E3

« *Il y a une humanité plus importante si on peut le faire à la maison* » E5

« *Pas encore d'explications correctes* » E6

Concernant la rapidité des prises en charge et des disponibilités hospitalières, on note une divergence minime. Même si la majorité des médecins ne ressent pas de difficultés particulières.

« *Je n'avais pas l'impression qu'on avait des problèmes d'accès à l'IVG, mais plutôt qu'on était en mesure de prendre n'importe qui.* » E1

« *Pas ressentis de difficultés particulières là-dessus* » E11

Certains font tout de même part de délai de prise en charge trop long ou de difficulté dans la communication.

« *Les délais sont parfois un peu longs et contraignants* », « *limitation de rendez-vous* » E7

« *C'est bien si on pouvait savoir au moins ce qu'il s'est passé* » E11

La majorité des médecins s'estime satisfait des prises en charge en milieu hospitalier mais certains regrettent le manque d'écoute et parfois une difficulté croissante dans leur communication avec les centres de soins.

Concernant les prises en charge libérale, une majorité des médecins ne se sont pas prononcées du fait de la non-utilisation de ce système. Les autres sont mécontents (méconnaissance, manque d'information, absence de contacts).

6) Place du médecin généraliste dans le protocole d'IVG à l'avenir

La plupart des médecins pensent qu'il faudrait renforcer la place actuelle du médecin généraliste en tant que conseiller, accompagnateur et organisateur de soins. Sans oublier, ce rôle de prévention par le suivi des contraceptions.

« *Le rôle de pivot* » E13

« *Seulement d'aiguiller les gens* » E12

« *La place centrale du pivot, du conseiller et de l'orienteur.* » E10

« *Le plus important reste quand même de les accompagner* » E5

« *Si l'on fait déjà la première consultation correctement et dans les clous, c'est du temps de gagné* » E4

« *Un rôle de référent* » E3

« *La place actuelle c'est peut-être pas mal, en tant que premier interlocuteur* » E1

« *Le médecin généraliste peut être un conseiller [...] pour du soutien, et de la réassurance* » E2

« *Principalement ce rôle de prévention* » E6

Cependant un bon quart d'entre eux pense que le médecin généraliste pourrait tout à fait occuper une place à part entière dans l'IVG médicamenteuse et les effectuer lui-même, si les conditions de travail et de sécurité le permettent.

« *S'impliquent plus et suivent les patientes dans leur intégralité* » E9

« *Proposer une prise en charge complète* » E8

« *Éviter les consultations dans des lieux ou avec des intervenants multiples* » E8

« *On pourrait les accompagner du début à la fin* » E7

« *Il faudrait les suivre, les amener jusqu'au bout du chemin* » E6

« *Ceux qui veulent et qui ont les capacités de le faire, on pourrait s'occuper de l'ensemble du processus* » E6

« *Si la demande existe alors oui pourquoi pas avoir un rôle plus actif* » E5

« *Qu'on pourrait tout à fait s'impliquer plus* » E4

« *Intégrer les IVG « simples » si c'est possible c'est bien* » E3

La majeure partie des médecins interrogés estime qu'il est du devoir du généraliste de s'impliquer dans la démarche des IVG. La place du pivot, du référent et de l'organisateur des soins est l'idée principalement évoquée. Cependant si le médecin dispose d'une sensibilité à la gynécologie, ils pensent qu'il est tout à fait du ressort du généraliste d'effectuer les IVG chez des patientes dites « non à risques ».

Ne pas oublier non plus, le rôle de prévention avec les suivis de contraception.

7) Pratique gynécologique chez le médecin généraliste

Les interrogés décrivent une baisse des demandes de consultation de gynécologie depuis l'installation des gynécologues en ville. C'est une part minime de leurs activités à l'heure actuelle avec cependant une exception pour les médecins exerçant en campagne.

« *Je me mêle moyennement du suivi* » E1

« *Je dirais plutôt faible moyenne* » E3

« *De moins en moins de gynéco* » E8

« *Aujourd'hui c'est une part minime* » E9

« *Quasiment zéro actuellement* » E10

« *Ce n'est pas tous les jours* » E13

« *Je ne fais pas ou plus tellement de gynéco* » E11

Les principaux motifs de consultations sont les suivis et renouvellements contraceptifs, les désirs de grossesse, l'infectiologie. Pour un très petit nombre, on citera également la pose de stérilet.

« *Contraception oui pas mal* » E1

« *Sur le suivi contraceptif, les renouvellements ou les désirs de grossesse, on en voit souvent* » E2

« *Pose d'implant, suivis, contraception, conseils gynécos* » E3

« *Avant j'en faisais oui, j'ai même fait des accouchements* » E6

« *J'ai une activité gynéco, je pose même des stérilets donc j'ai une activité gynéco relativement importante* » E7

« *Quelques frottis* » E8

« *On sera amené à faire de plus en plus d'actes, alors autant anticiper* » E9

« *Petite infectiologie[...] traiter une méno-métrorragie, un petit peu de contraception* » E10

« *Désirs de grossesses tardives, ou des suites de fausses couches* » E11

L'activité gynécologique représente une part minime de l'activité des généralistes et se résume dans la plupart des cas aux désirs de grossesse ou aux suivis et renouvellements contraceptif.

8) Position sur l'IVG

Cette question a été posée dans le but d'améliorer l'analyse des résultats. Un certain nombre des médecins interrogés ne souhaitent pas pratiquer les IVG dans leur cabinet du fait de leurs convictions personnelles ou d'une fin de carrière proche.

« *Je ne souhaite pas pratiquer l'IVG* » E4

« *Je ne me vois pas impliquer dans cette démarche* » E5

« *Moi je ne le ferai pas, mais en début de courses oui* » E11

« *Je ne le ferai jamais* » E1

« *Je ne souhaite pas pratiquer l'IVG au cabinet, en rapport avec ma clause de conscience* » E2

« *Beaucoup de responsabilités, et je sais que je ne me sentirais pas à l'aise* » E3

Malgré tout, ils sont tout à fait prêts à en parler avec leurs patientes et ne critiquent nullement la démarche.

« *Je n'ai pas de freins psychologiques particuliers sur le sujet de l'IVG* » E11

« *Je n'ai pas d'état d'âme* » E9

« *Ce n'est pas un sujet tabou pour moi [...] ma position sur l'IVG est claire* » E8

« *En tant que femme, je me sens concernée* » E7

« *Je comprends qu'on ait une éthique, mais en tant que professionnel de santé il faut aussi s'occuper de ce problème* » E6

Même si la majorité des médecins ne souhaite pas pratiquer eux-mêmes les IVG pour raisons personnelles, ils sont tout à fait prêts à en discuter avec leurs patientes et admettent l'importance d'offrir cette possibilité.

9) Pistes d'amélioration des prises en charge pour l'avenir

A) Création d'un réseau libéral et hospitaliers

La création d'un réseau entre professionnels libéraux et structures hospitalières a été majoritairement évoquée pour permettre une amélioration des prises en charge et de l'implication des généralistes dans le processus de l'IVG médicamenteuse.

Il serait préférentiellement pluriprofessionnel. Les médecins interrogés ont cité : sage-femmes, gynécologues, assistantes sociales, psychologues, médecins généralistes et radiologues.

« *Avoir le début d'un réseau en ville pour éviter d'avoir une carence de soins à un moment donné* » E1

« *Il faut des partenaires, des professionnels que l'on connaît* » E2

« *Un réseau ce serait chouette* » E3

« *Développer ce réseau libéral* » E5

« *Si un réseau fiable venait à se créer, ce serait une bonne chose* » E7

« *Avoir des partenariats écho, radio, des contacts* » E8

« *D'abord les contacts* » E10

« *Créer un réseau pluriprofessionnel* » E11

« *Un lien garanti avec l'hôpital* » E5

B) Amélioration de la formation et de l'information

a) Information et moyen de communication

La majorité des médecins a évoqué un défaut dans les moyens de communication actuellement et d'information des médecins généralistes actuellement. Dans un premier temps, ils pensent qu'il faudrait rappeler aux médecins qu'il y a une possibilité d'éviter le monde hospitalier.

« *Plus on est informé et plus on est performant* » E1

« *Nous faciliter la voie, que la prise en charge soit claire et simple* » E1

« *Il faut qu'on soit informé* » E4

« *Plus de réponses concrètes* » E5

« *Un numéro de téléphone accessible* » E7

« *Un protocole définit avec des guides-lines claires* » E7

« *Une voie bien ouverte et surtout cadrée* » E8

« *Savoir au moins ce qu'il s'est passé* » E11

« *Il faut déjà informer les médecins* » E12

« *Communiquer sur la possibilité de le faire en ville* » E13

b) Formation

Il semble important pour les interrogés d'améliorer la formation des médecins. Une formation présentielle ne serait pas attractive pour beaucoup de médecins. La majorité estime qu'il faudrait dans un premier temps proposer un temps d'information et par la suite pour les médecins intéressés par la pratique des IVG, une formation pourrait se créer.

« *Je ne pense pas que ce serait une des premières formations auxquelles j'irai parce que le peu qu'on fait dans ce parcours me suffit* » E1

« *Un médecin impliqué [...] ne doit pas hésiter* » E2

« *Je n'irai pas* » E5

« *Pour les gens véritablement prêts à inclure l'IVG dans leurs pratiques* » E4

« *On devrait avoir une formation* » E9

Un médecin s'est d'emblée dit favorable à la création d'une formation accréditante sur Strasbourg.

« *Ce serait également intéressant qu'on puisse avoir la formation accréditante sur Strasbourg* » E8

Parmi les points essentiels à aborder, ils ont cité la psychologie, les rappels pratiques et théoriques y compris sur l'aspect administratif. Le partage d'expérience est également majoritairement cité avec pour quelques-uns des médecins, un passage dans des services hospitaliers dédiés.

« *Il faut avoir fait un stage dans un service qui en fait* » E1

« *Des formations sur la gestuelle et la communication* » E4

« *Rappels théoriques et pratiques* » E4

« *Mieux anticiper les interrogations* » E5 « *Des données pratiques et théoriques* » E5

« *Aborder le travail d'amont, la contraception* » E6

« *Des rappels sur l'anatomie, la physiologie et le protocole pratique* » E6

« *Expliquer ce qu'est le conventionnement en quoi ça consiste, quelle est la procédure* » E13

« *Un rappel du parcours classique de l'IVG, des méthodes* » E8

« *Comment leur parler, comment leur décrire ce qui va se passer, comment les accompagner* » E9

« *Rappeler le listing de date et de procédures* » E11

« *Les avantages de l'IVG médicamenteuse à domicile* » E13

C) Création d'un site internet dédié

La quasi-totalité des médecins s'est montrée enthousiaste à l'idée de la création d'un outil. Il serait utile pour la pratique quotidienne.

« *Ce serait vraiment utile oui* » E1

« *Je serai plus réceptifs à un outil informatique* » E4

« *L'idée de l'outil informatique, là je trouve que oui ce serait intéressant pour moi* » E5

« *C'est accessible à tous* » E7

« *Ce serait une bonne idée* » E8

« *Ce serait top* » E10

Parmi les demandes faites, ils ont exprimé le besoin d'un outil intuitif, facile d'utilisation, concis et gratuit.

« *Intuitif, de facile à utiliser, de complet et gratuit* » E2

« *Simple d'utilisation et complet* » E1

La priorité serait la création d'un annuaire qui référence les professionnels compétents. Dans un second temps, il a été cité un menu déroulant permettant de décrire les examens et la prise en charge en fonction des semaines d'aménorrhées.

« *Un référentiel ou quelque chose à quoi tu peux t'accrocher* » E10

« *Le renseignement, la communication, le réseau, l'orientation* » E11

« *Cela permettrait d'organiser la voie et le réseau libéral* » E8

« *Une porte d'accès aux spécialistes* » E7

« *Coordonnées de professionnels* » E6

« *Avoir un algorithme décisionnel clair* » E5

« *Pour avoir les coordonnées des professionnels et centres de santé* » E5

« *Accès aux coordonnées des praticiens les plus proches* » E4

« *Bref rappel sur les procédures* » E4

« *Avoir des référents sur notre secteur. Il nous faut un annuaire en fait* » E3

« *Un petit menu avec nombre de semaines et les choses à ne pas oublier* » E3

« *Un site avec un déroulé peut être intéressant, faisant le résumé des éléments à recueillir* » E2

« Un annuaire des collaborateurs concernés : gynécologues, radiologues, psychologues, assistantes sociales de secteur » E1

Un médecin a évoqué la possibilité d'un outil de coordination de type dossier médical partagé, permettant d'indiquer qu'une première consultation avait eu lieu et que le consentement avait été recueilli.

« Quelque chose pour informer que tout est OK, l'information est donnée, le consentement aussi » E4

D) Échanges entre confrères

La quasi-totalité des médecins a parlé de solitudes dans leurs pratiques et souhaiterait pouvoir disposer de groupes de paroles pour pouvoir partager leurs expériences.

« C'est plus attractif pour moi » E1

« Des groupes de paroles, de la discussion » E3

« Mettre en lien les professionnels entre eux » E3

« Des groupes de paroles » E4

« Échanger et apprendre avec des personnes compétentes » E6

« Simplement discuter avec nos confrères » E9

« Développer des groupes de paroles pour exprimer nos difficultés » E5

« Rencontrer des professionnels impliqués dans ce processus » E7

« Pouvoir parler à des gynécos oui, et psychologues évidemment » E8

« Commencer par la discussion et voir par la suite » E10

« Reprendre les choses dans des tours de table » E11

« Rencontre des praticiens de différentes spécialités » E12

« Ouvrir un débat de discussion pluriprofessionnelle » E13

E) Développement personnel

Presque un tiers des médecins a estimé qu'en matière de communication et d'empathie, les compétences de chacun primaient sur l'enseignement universitaire. L'amélioration de ces compétences serait permise essentiellement par le développement personnel.

« C'est principalement du développement personnel qu'il faut faire pour savoir améliorer ou gérer notre empathie et notre capacité d'écoute. » E4

« C'est personnel. Je pense que la manière d'accompagner ces femmes, ça dépend de son propre vécu » E5 « c'est une démarche personnelle de vouloir l'améliorer » E5

« Un problème personnel à travailler » E6

Les principales pistes d'amélioration qui ont été citées par la quasi-totalité des médecins seraient d'organiser des groupes d'échanges pour partager des expériences et de créer un outil informatique permettant de référencer des professionnels impliqués dans la démarche ainsi que de donner un résumé des prises en charge en fonction de l'âge gestationnel.

L'idée d'une formation n'est pas vue comme quelque chose de très attractif, mais un renforcement des connaissances des généralistes et une meilleure information par différentes techniques de communication serait très appréciable.

10) Intérêt du développement de l'IVG médicamenteuse en ville

La majeure partie des médecins interrogés a estimé que la technique en ville favoriserait l'aspect humain et permettrait une meilleure acceptation des patientes. De plus, cela entraînerait une amélioration du champ de compétences du généraliste. Ces items ont été développés après une question ouverte, à savoir : « pensez-vous qu'il y a un intérêt à effectuer ce travail ».

« Si les patientes y sont favorables au libéral alors oui c'est un bon plus pour nous » E1

« Oui il y a un intérêt pour nos patientes et pour notre système de soins. » E2

« Eviter de créer une détresse supplémentaire » E4

« Il faut sans doute qu'on favorise l'humanité dans cette démarche » E5

« Pour nos patientes les bénéfices psychologiques seraient considérables » E8

« *Comblent une situation complexe pour éviter qu'elle ne devienne un problème* » E10

« *C'est vital que le médecin s'implique dans la gynéco* » E

« *Plus que le médecin de famille, c'est un soignant polyvalent* » E11

« *On développe notre activité* » E13

« *Ce sera forcément un plus psychologiquement pour elle* » E12

« *Moins traumatisants pour nos patientes* » E13

IV. Discussion

1) Discussion sur la méthode

Même si un questionnaire aurait permis une fiabilité plus grande en termes de statistiques, le choix d'une recherche qualitative nous a paru évident au vu du sujet étudié. Il s'agit d'un domaine qui touche aussi bien à l'éthique, qu'aux valeurs personnelles. Il nous a semblé pertinent de permettre une réelle discussion avec les médecins interrogés afin qu'ils puissent librement exprimer leurs points de vue et leurs attentes. De plus nous avons effectué les entretiens en dehors des plages de consultation, nous disposions ainsi d'un temps suffisant pour les échanges. Cependant au vu de la distance avec certains praticiens et des mesures de restriction des déplacements en vigueur durant la crise sanitaire, un certain nombre d'entretiens se sont déroulés en vidéo-conférence. Le contact n'était donc pas toujours optimal et cela a pu entraîner un biais d'information minime.

Le questionnaire d'entretien n'a pas été communiqué au préalable permettant ainsi d'assurer une meilleure spontanéité des réponses. Les réponses étaient argumentées. Une brève présentation du sujet a été effectuée au début de chaque entretien. Du fait de la présence d'un seul interlocuteur, il est fort probable qu'il existe un biais d'interprétation lié à la formulation des questions. Nous avons fait notre possible pour garder une discussion axée sur des réponses ouvertes permettant de limiter ce biais et de recueillir au mieux les informations. De plus, certaines réponses ont fait naître d'autres questions que nous n'avons pas développé dans ce travail mais qui pourraient nécessiter des analyses supplémentaires, on peut donc supposer qu'il existe un manque de données lié au questionnaire en lui-même.

Concernant l'analyse des données, nous avons commencé par étudier les verbatim avec des recherches de mots clés. Dans un second temps, nous avons regroupé les différents items pour dégager plusieurs axes : la place et l'implication du généraliste selon les praticiens, l'état de satisfaction sur les prises en charge actuelle, les difficultés ressenties, et les pistes d'amélioration pour l'avenir. Du fait de la méthode d'analyse, il existe probablement un biais dans l'évaluation des données lié au codage en lui-même.

2) Discussion sur le choix de population

Nous avons essayé de prendre un échantillon représentatif des différents modes d'exercices existants en médecine générale. Nous avons donc un échantillon quasi similaire de généralistes ruraux et urbains. Par ailleurs, nous avons également différentes générations de médecins (de 30 à 60 ans). Notre échantillon comprend une majorité de femmes. Le rapport de l'ordre national des médecins, décrivait que la proportion de femmes inscrites en activité régulière dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin en 2018 est respectivement de 47,3% et 44,5% (25). Nous pouvons donc déplorer la présence d'un biais de représentativité de la population.

Par ailleurs, comme évoqué précédemment, nous avons dégagés trois groupes de médecins avec l'analyse de nos résultats : les jeunes médecins récemment installés, les médecins impliqués en gynécologie, et les médecins plus expérimentés et plus avancés dans leurs carrières. Nos résultats seront présentés en respectant la trame de ces groupes.

3) Discussion sur les résultats

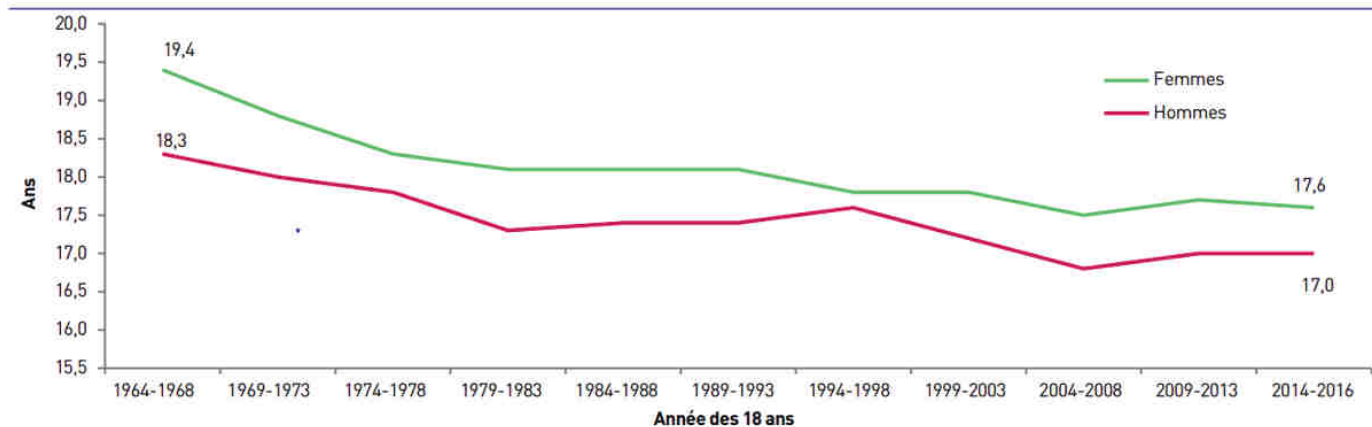
A) Implication et prise en charge du médecin généraliste dans le protocole d'IVG médicamenteuse

a) Fréquence des demandes

Concernant le nombre de demandes d'IVG, et selon les résultats observés dans notre étude, il semblerait que les demandes soient plus présentes en milieu urbain et péri urbain qu'en milieu rural. La population dans ces zones présente plus de facteurs de risque d'IVG que dans les zones rurales. En effet, la moyenne d'âge de la population générale est plus jeune en zone urbaine avec une proportion plus importante de jeunes de 15 à 29 ans (selon les données de l'INSEE). Il existe également une précarité plus importante dans les villes comme le souligne le rapport de C. Hochedez et M.Mialocq (24).

Tous les médecins interrogés admettent qu'il s'agit d'une demande rare en elle-même. Mais les médecins récemment installés ont un plus grand nombre de demandes que les médecins plus âgés : demande au minimum annuelle contre une dizaine de demandes en moyenne sur plusieurs dizaines d'années. Nous développerons ici deux causes pouvant expliquer cette tendance.

D'une part les jeunes généralistes s'installent majoritairement en zone urbaine et péri urbaine où comme dit précédemment la population est dite plus « à risque » d'IVG, que ce soit en matière de précarité ou de fertilité. Cette tendance d'installation est retrouvée également dans l'atlas de la démographie médicale en France présenté par l'ordre national des médecins, ce qui conforte nos résultats. D'autre part, nous observons que l'âge médian des premiers rapports sexuels a diminué depuis la légalisation de la contraception avec une stabilisation à 17,6 ans depuis une dizaine d'année (voir figure 4). Or nous savons que les jeunes sont plus représentés dans les zones urbaines. Cela peut donc supposer une augmentation du nombre de rapport à risque de conception non désirée chez cette même population. Mais ce point est à associer aux nombreux moyens contraceptifs mis en place actuellement, ce qui peut limiter son effet.



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 4 : Evolution de l'âge médian au premier rapport sexuel en France selon l'année des 18 ans depuis 1964

b) Le temps de la consultation : moment marquant

Qu'ils soient jeunes installés, ou plus expérimentés, les médecins interrogés décrivent la consultation de demande d'IVG comme une consultation complexe et marquante, comme le décrivent ces deux citations :

« La consultation, ça va me travailler par la suite, parce que je n'aurais probablement pas réussi à être le médecin que je suis d'habitude » E9

« C'est une situation douloureuse souvent et ça nous touche » E2

La consultation pourrait se découper en quatre parties : l'analyse du contexte et l'explication des procédures, la prise en charge psychologique, les examens complémentaires et enfin l'orientation.

Tous les médecins interrogés essaient dans un premier temps, de faire le point sur le contexte dans lequel s'inscrit la demande de l'IVG ; que ce soit sur l'état psychologique, la situation familiale ou professionnelle. Ils parlent majoritairement de « bienveillance », de « non-jugement » ou de « réassurance ». L'important étant de s'assurer que la demande d'IVG est certaine, et que la patiente sera en mesure d'accepter et d'assumer sa décision. Il est bien précisé dans notre code de déontologie qu'il est de notre devoir de présenter toutes les possibilités à nos patientes sans les influencer.

L'aspect psychologique prend la plus grande part de l'entretien mais représente aussi la principale difficulté exprimée, *« ça mobilise beaucoup de notre énergie » E3*. Ils admettent se sentir parfois désemparés devant les patientes et doutent de leur prise en charge à ce niveau. *« Comment leur parler, comment les rassurer, comment être un bon médecin sans faire peur, sans oublier d'être professionnel » E6*. De plus, cet aspect renvoie directement aux valeurs humaines de chacun et à notre éthique, renforçant d'autant plus la difficulté de prise en charge. La complexité de la prise en charge psychologique est également décrite dans le travail de A.Guilbot (9) et H.Leroy (4). La prise en charge se fait *« selon les dispositions personnelles d'empathie, de compréhension » E7*.

Concernant les examens complémentaires, la quasi-totalité des médecins estiment qu'il faut à minima une prise de sang. Les jeunes médecins parlent également d'échographie de datation.

Tous les médecins interrogés, réadressent leurs patientes. Il semblerait dans notre étude que les jeunes généralistes pourtant plus formés et plus à jour dans leurs connaissances sur les

IVG utiliseraient plus facilement les filières hospitalières en évoquant la « sécurité » d'une telle prise en charge. Nous pourrions supposer que du fait de leurs installations récentes, leurs réseaux sont moins développés en libéral et leurs courtes expériences professionnelles ne leur permettraient pas une assurance suffisante pour aborder sereinement une prise en charge libéral. A contrario les généralistes plus expérimentés favoriseraient le libéral en premier lieu mais admettent avoir des lacunes concernant leurs connaissances des procédures actuelles. Leurs réseaux sont probablement plus construits que chez un jeune médecin.

La majorité des médecins ne prend pas les rendez-vous eux-mêmes mais ils fournissent les coordonnées par « manque de temps », par crainte d'être « trop intrusif ». A noter tout de même que les médecins s'impliquant dans le domaine de la gynécologie prennent eux-mêmes les rendez-vous et proposent plus facilement des consultations de suivis. La situation leur semble déjà compliquées pour les jeunes femmes, ils préfèrent leur éviter les standards téléphoniques et s'assurer qu'une prise en charge correcte est assurée. *« Je prenais moi les rendez-vous pour éviter que mes patientes se dépatouillent avec les différents secrétariats »* E7.

c) Raisons des consultations chez le généraliste

Quand nous posons la question des raisons qui peuvent pousser les patientes à venir consulter leurs médecins de famille pour une question d'IVG, ils évoquent en premier lieu la relation de confiance et d'attachement qui les lie à leurs patientes, puis la plus grande accessibilité des cabinets de médecine générale. La relation de confiance est particulièrement évoquée chez les médecins installés depuis un certain temps où on retrouve une sorte d'attachement mutuel. Les jeunes généralistes font plutôt référence à l'accessibilité avec en second plan la relation de confiance. Ces deux raisons sont également évoquées dans le travail d'E. Becue dans le Nord-Pas-de-Calais (27). Bien souvent le médecin généraliste suit ses patientes sur de longues périodes et les accompagne sur les principaux moments de leurs vies. Cela permet de créer une relation privilégiée avec un respect mutuel qui est vécue comme un réel atout pour les professionnels de santé et les patientes. Divers travaux de thèses comme celui d'A-C Grandrupt, d'A. Delmont, D'M.Nouvellon confirment l'idée d'un meilleur vécu et d'un accompagnement plus personnalisé chez le médecin généraliste (19,21,22). Ces résultats sont également retrouvés dans notre étude.

d) Implication et bénéfice des prises en charge en libéral

Dans notre étude, il ressort que la principale place du médecin généraliste est celle de référent et de conseiller. Notre rôle étant pour nos patientes de « *l'accompagner, l'aider, la comprendre et voir le cheminement qui l'a fait arriver là, et sans jugement* » E2. 75% d'entre eux ne souhaitent pas prendre une place plus active dans le processus d'IVG actuellement au vu de la conjoncture. « *Ne sachant pas comment s'organise le libéral c'est vrai que ça n'encourage pas cette voie* » E1, ce manque de visibilité et l'absence de protocole, constituent le principal frein à l'utilisation du milieu libéral. Cependant dans la moitié des cas, ils reconnaissent que la pratique d'IVG à domicile offrirait un accompagnement plus humain et sans doute « plus réconfortant » pour nos patientes. La prise en charge à domicile permettrait « *d'éviter une détresse supplémentaire chez nos patientes* » E1. Le côté libéral apporterait une touche plus personnalisée à la prise en charge, voir à plus d'intimité, ce qui peut rassurer le généraliste comme l'atteste cette citation : « *je me sentirai rassuré de les savoir dans le confort d'un cabinet* » E12. Un tiers des médecins interrogés serait déjà prêt à s'impliquer d'avantage et un tiers supplémentaire pourrait envisager une prise en charge plus globale de leurs patientes si la demande venait à être émise et que des protocoles clairs et disponibles venait à se créer. A noter tout de même que malgré leur meilleure connaissance du sujet, les jeunes généralistes ne souhaitent pas forcément s'impliquer davantage contrairement aux médecins plus expérimentés qui estiment qu'il est du ressort et du devoir du généraliste de renforcer le rôle du médecin traitant dans ce domaine. Nous développerons par la suite ces notions. L'implication du généraliste est donc profonde et ces résultats concordent avec le travail de thèse de A. Guilbot dans le Vaucluse (9), ou de H.Leroy (4) dans le Grand-Est.

Les médecins plus avancés dans leurs carrières ont également évoqué que la pratique et l'accompagnement des IVG seraient un moyen de diversification des activités du médecin généraliste, et cela offrirait une valorisation de nos compétences. « *C'est valoriser le médecin généraliste, c'est plus que le médecin de famille, c'est un soignant polyvalent* » E11. Une autre étude de thèse (26) a trouvé des résultats concordants aux nôtres. Le travail s'est concentré sur des médecins pratiquant déjà l'IVG en cabinet. Ils se montrent plutôt satisfaits de la technique (chez 74% d'entre eux) et décrivent une relation privilégiée avec leurs patientes. Ils soulignent également qu'il s'agit d'une diversification enrichissante de leur activité.

De manière générale, les médecins plus expérimentés et les médecins impliqués en gynécologie disent voir une dégradation de leurs conditions de travail avec le milieu hospitalier. Il serait « *un peu plus compliqué d'avoir accès au centre d'orthogénie et de pouvoir avoir les*

rendez-vous » E7. Ils signalent qu'une augmentation du nombre d'IVG en libéral permettrait un désengorgement du milieu hospitalier et serait un bénéfice pour notre système de santé. Point également soulevé dans le rapport fait à l'Assemblée nationale par Mme Battistel et Mme Muschotti en 2020 (2). Cet argument n'est que peu développé chez les jeunes généralistes, qui évoquent principalement les bénéfices personnels pour les patientes. Seuls les jeunes généralistes installés en milieu rural ont abordé la question de l'engorgement hospitalier. Il semblerait que cette problématique dépende donc du lieu d'installation.

Nous pouvons donc dire que les médecins généralistes reconnaissent un bénéfice au niveau des prises en charge et du vécu des patientes, dans le cas d'une plus grande implication des libéraux dans le processus d'IVG médicamenteuse, qu'il soit impliqué ou non en gynécologie, jeunes installés ou plus expérimentés. Il est important « *de favoriser l'humanité* » E5.

e) Freins pour une pratique plus active

Cette question n'a pas été posée directement mais le sujet a été évoqué spontanément par les médecins interrogés. Les travaux antérieurs d'A. Guilbot (9) et C.Marguerite (28) permettent d'approfondir le sujet.

Globalement, nos résultats concordent avec leurs études. Les médecins déjà impliqués dans le domaine de la gynécologie ont fait plus facilement part d'éventuelles difficultés. Ils évoquent notamment une crainte des complications et une trop grande responsabilité. « *Il faudrait le faire début de semaine pour que tout soit accessible, ce sont des contraintes particulières parce qu'il faut être disponible [...] avec les saignements je ne serais pas tranquille* » E7. La question des saignements est retrouvée dans les travaux d'un groupe Australien, où 72% des médecins faisaient part d'une inquiétude face aux complications hémorragiques (29). E.Becue a également trouvé des données similaires aux nôtres concernant la crainte de complications médico-légales (27). Cependant, l'étude REVHO a démontré une efficacité de la méthode à 97,4% avec une aspiration secondaire dans 0,94% des cas (18). Résultats confirmés dans le rapport de l'HAS où il est indiqué 2 à 4% de complications et 0,5 à 1% d'hémorragies (16). Le risque de complications, notamment de saignement apparaît donc comme raisonnable. Concernant les responsabilités engendrées par la pratique des IVG, la notion est également largement reprise chez les jeunes installés et les médecins plus expérimentés.

Ces deux craintes peuvent être mises en relation avec un manque de connaissance et d'information sur le sujet, manque exprimé par de nombreux médecins interrogés, en priorité chez les médecins plus expérimentés. Nous voyons ici l'intérêt d'une formation et d'une information massive des praticiens libéraux pour leur permettre une approche plus sereine de l'IVG à domicile. Cette problématique sera développée par la suite.

Seulement 3 médecins ont évoqué leurs croyances personnelles comme de possibles freins à une pratique plus active.

Par ailleurs, il nous semble important de soulever la question de la « banalisation de l'acte d'IVG ». Ce point est soulevé par 3 médecins expérimentés ou impliqués en gynécologie. Il est également retrouvé dans les travaux de M. Rigal (30). Une crainte soulevée, serait que la pratique plus intensive d'une IVG médicamenteuse à domicile puisse entraîner une augmentation du nombre d'IVG. Une piste pour éviter un débordement serait là encore peut-être une meilleure formation des professionnels de santé, un meilleur encadrement et une information massive de la population médicale, paramédicale et des femmes en général en matière d'IVG et de contraception. Ce point n'a pas été abordé par les jeunes généralistes.

Plusieurs travaux de thèse font référence au manque de disponibilité du médecin et à l'aspect chronophage de ces consultations (9,14,27,28). Les premières consultations sont en effet longues du fait des nombreuses explications à fournir et du temps pris pour s'assurer de la bonne acceptation de l'acte (en moyenne plus de 30 minutes) (28). Le travail de thèse d'E.Becue dans le Nord-Pas-De-Calais démontrait que 35% des médecins estimaient n'avoir pas le temps disponible, ni les moyens pour intégrer l'IVG médicamenteuse dans leur pratique (27). Par la suite il faut pouvoir se montrer joignable en cas de complications ou de détresse psychologique. On comprend que les conjonctures actuelles peuvent ne pas rassurer le généraliste quant à son implication complète dans le processus d'IVG. Cette question n'a pas été spécifiquement développée dans notre étude mais le manque de disponibilité a été évoqué par les jeunes généralistes qui ont du mal à ce jour à concevoir l'intégration de l'IVG dans leur pratique. « *C'est stressant de par le retard qu'on accumule derrière* » E2. Voulant au mieux préserver vie de famille et vie professionnelle, ils essaient de faire face à la charge de travail déjà existante et ne souhaitent pas forcément se rajouter des consultations chronophages supplémentaires. Les médecins plus expérimentés apparaissent plus ouverts et pensent qu'il serait possible d'intégrer les IVG à leur activité. Ils sont cependant moins au courant sur la possibilité des IVG en libéral. « *Maintenant il faudrait que je me replonge dans l'IVG*

médicamenteuse pour voir si je ne pourrais pas les prendre en charge moi. Il faut que je me replonge dedans, voir comment on procède, voir le suivi. » E8

En conclusion, même si la place du médecin généraliste reste aujourd'hui modeste, nous voyons que celui-ci s'implique tout de même dans la démarche d'IVG. Ils reconnaissent largement les bénéfices d'une augmentation des prises en charge à domicile. Actuellement, la majorité des médecins interrogés adresse leurs patientes en secteur hospitalier pour la suite de la prise en charge. Cependant ils enverraient préférentiellement les patientes demandeuses d'IVG en libéral, si les conditions d'orientation, de suivi. Une part des jeunes généralistes pense que l'IVG reste du ressort du spécialiste et non du médecin généraliste. Aucun des médecins interrogés ne pouvait citer des praticiens libéraux effectuant les IVG et ils disaient ne pas savoir où les adresser. Il apparaît alors comme essentiel d'encourager leur implication, et d'accompagner les professionnels libéraux dans cette démarche à l'avenir. D'autant plus que l'OMS a également insisté sur le fait que l'IVG s'inscrivait dans les soins primaires et qu'il fallait encourager la pratique à domicile pour améliorer l'accessibilité et limiter les retards de prise en charge (31).

B) Niveau de satisfaction dans le mode de prise en charge actuelle

Concernant la prise en charge actuelle, la majorité des professionnels de notre étude se dit satisfait des prises en charges hospitalières actuelles, principalement les jeunes médecins installés qui nous confient que l'hôpital offre une sécurité supplémentaire ainsi qu'une plateforme technique efficace et coordonnée. Cette méthode de prise en charge leur semble une option rassurante ; *« je ne me sens pas du tout à l'aise dans la pratique d'une IVG, la prise en charge hospitalière c'est très bien » E5*. Dans cette classe de population, les difficultés d'accès à l'hôpital semblent moins ressenties et souvent les jeunes généralistes font référence à leurs propres expériences durant leurs années d'internat. *« Je n'avais pas l'impression qu'on avait des problèmes d'accès à l'IVG, mais plutôt qu'on était en mesure de prendre n'importe qui qui venait pour ça » E1*. Concernant les médecins plus expérimentés, l'aspect sécuritaire de l'hôpital est également évoqué, *« l'hôpital c'est ma sécurité » E9*. L'utilisation du réseau libéral propre à chaque médecin semble tout de même plus importante. Plusieurs de ces médecins temporent leurs propos en admettant que leurs propres prises en charge ne les satisfaits pas, *« on doit se dépatouiller en libéral et on se demande bien ce qu'on devrait faire » E10*. Les médecins plus impliqués en gynécologie se sentent plus mitigés, ils décrivent notamment une

augmentation de troubles de la communication entre le milieu libéral et hospitalier. « *C'est toujours un peu plus compliqué d'avoir accès au centre d'orthogénie et de pouvoir avoir le rendez-vous [...] c'est surtout un frein logistique* » E7. Ils décrivent même un défaut de communication qu'il soit au niveau des professionnels de santé ou des patientes, « *on n'a pas encore d'explications correctes, normales, basiques, sans mettre de connotations [...] c'est toujours et encore occulté* » E6.

Ce niveau de satisfaction pourrait s'expliquer par le fait que sur le territoire Alsacien, nous pouvons offrir une couverture hospitalière suffisante du fait du nombre important de centres hospitaliers. Ces mêmes conclusions sont faites dans le travail d'H. Leroy concernant la région Grand Est où il est souligné l'aspect hétérogène des pratiques dans l'ensemble de la région s'expliquant par la couverture hospitalière. En Alsace par exemple, l'efficacité du système hospitalier offre une prise en charge jugée efficace (4). A noter tout de même que 61% de la population interrogée dans cette étude déplorent des difficultés de communication entre le milieu hospitalier et libéral, affectant leurs conditions de travail et source de perte de temps. Ils notent surtout une augmentation des temps d'attente et une difficulté à avoir des interlocuteurs au téléphone. Nos résultats sont donc concordants.

Nous rappellerons également que dans les trois groupes de population, mais principalement chez les médecins de sexe féminin, il est cité une prise en charge hospitalière non personnalisée. « *L'impression de ne pas être écoutée, qu'on n'a pas répondu à leurs douleurs[...] quand elles sont hésitantes, là il y a plus de risques que ça se passe mal en structure* » E4.

Pour le côté libéral en revanche, les généralistes ne se sont pas franchement exprimés, jugeant leurs expériences insuffisantes. Mais globalement ils s'estiment insatisfaits des prises en charge proposées actuellement, en expliquant que pour eux la prise en charge en libérale est inexistante. Ce sentiment est partagé par les trois classes de populations. Les principales raisons évoquées restent les problèmes d'orientation, et le manque d'information ou d'explication concernant le protocole à suivre. « *C'est bien si on pouvait savoir au moins ce qui s'est passé [...] on saurait mieux les aborder* » E11. La majorité des médecins exprime une difficulté d'accès aux ressources et une absence de réseau. « *Sur le libéral, je dirais nul vu que je ne saurais absolument pas vers qui me tourner* » E4. E. Becue a également démontré dans son travail que 70% des médecins pratiquant les IVG déploraient un manque de ressources notamment pour l'obtention d'échographies ou la participation de collaborateurs (27).

La solitude du médecin généraliste peut être vu comme l'une des principales difficultés dans la pratique quotidienne du médecin libéral. Or notre étude a démontré qu'il existait une réelle lacune dans les conditions d'accès et de réalisation d'une IVG en libéral. Le manque d'interlocuteur, de visibilité et de réseau fiable sont d'autres explications à la non-réalisation des IVG médicamenteuses en libéral. Idée également reprise dans le travail de C. Marguerite et A. Guilbot (9,29).

C) Difficultés ressenties par le praticien

Les médecins plus expérimentés parlent notamment d'une consultation difficile qui touche à l'éthique, la morale et le professionnalisme de chacun, *« ça reste un sujet sensible et c'est difficile pour moi je trouve d'aborder le sujet »* E12. Les jeunes médecins quant à eux trouvent que c'est surtout la situation de la femme et non la consultation qui est complexe, *« la situation de la femme à ce moment-là est compliquée [...] il faut déjà avoir le courage de venir. Assumer le « je suis enceinte et je ne veux pas garder cet enfant »* E5. Du côté des médecins impliqués en gynécologie, leurs propos portent aussi bien sur la difficulté que peu ressentir le professionnel de santé durant la consultation que de la situation dans laquelle la femme se trouve.

a) Manque de formation et d'information

Cette proposition a été largement citée par l'ensemble des médecins interrogés. La plupart des médecins des trois groupes étudiés évoquait ce problème mais à différents niveaux. Les jeunes médecins sont souvent mieux informés sur les protocoles et les déroulés des IVG médicamenteuses, mais souffrent d'un manque de réseau libéral et font donc très vite appel au milieu hospitalier. *« Je ne sais pas s'il y a un numéro dédié, je ne pense pas. Je sais qu'on peut le faire en libéral, mais je n'ai aucune idée de qui le fait [...] Sur le côté pratique, je pense que j'explique les choses. Mais sur l'orientation [...] j'étais coincée. »* E3. Les médecins plus expérimentés, du fait d'une formation différente durant leurs études font part d'un réel manque de connaissance sur le protocole médical, ou même sur la possibilité de réaliser les IVG à domicile. Pour plus de la majorité, ils reconnaissent volontiers ne pas savoir exactement comment se déroule une IVG médicamenteuse à l'hôpital et ne sauraient donc pas expliquer le processus à leurs patientes *« Nous avons un manque d'information. C'est vrai qu'il n'existe pas*

de prospectus ou de moyens de visibilité pour les professionnels pratiquant les IVG. Mais du coup, il existe de véritables lacunes. » « *Je me range derrière le spécialiste* » E9. Ils jouissent cependant d'un solide réseau de confrère et font plus souvent appel au milieu libéral même si actuellement la finalité reste la même et les patientes sont orientées vers l'hôpital. Les médecins pratiquant plus d'actes de gynécologie sont eux plus à l'aise dans les explications théoriques mais regrettent également un manque de visibilité du milieu libéral, « *la difficulté c'est la communication* » E7. Sur l'ensemble des entretiens, un tiers des médecins estime qu'ils sont incompétents dans ce domaine et un tiers avoue que ce type de demande les fait sortir de leurs zones de confort. Seulement deux médecins ne jugent pas forcément nécessaire de recevoir des informations complémentaires sur l'IVG, en expliquant que selon eux cela ne changerait rien pour la patiente. Ce manque de formation et de connaissance est également décrit dans les travaux de C.Marguerite qui a étudié les freins à la réalisation des IVG médicamenteuses en cabinet de médecine générale. Ce déficit de formation était le principal frein cité (28). Nous pouvons aussi parler de l'étude de D. Ferre qui a conclu que 88% des médecins estimaient qu'ils manquaient d'information sur le sujet (32), ou encore celui d'A. Guilbot où il est noté que 64% des médecins ne connaissent pas les procédures avec 9% qui ignorent le fait que l'IVG médicamenteuse peut s'effectuer en cabinet (9).

Ce manque de connaissance pourrait être expliqué par le peu de formation gynécologique disponible jusqu'alors dans le cursus de formation du médecin généraliste. En effet, ce n'est que depuis peu qu'il existe un stage de 6 mois de santé de la Femme durant l'internat de médecine. Jusqu'en 1982, la formation des internes reposait quasi exclusivement sur un apprentissage pratique et théorique personnel, sous forme de tutorat. Il n'existait que 2stages de 6 mois de médecine avant de pouvoir s'inscrire à la thèse. Par la suite, la formation de l'internat de médecine générale s'est renforcée, incluant notamment un stage d'une durée de 3 mois dans un service de gynécologie. C. Vailloud, sur son travail en région Grenobloise, a démontré que 60% des médecins interrogés ne se souvenaient pas d'avoir effectué des IVG ou d'avoir participé à ce processus (33).

Tout groupe confondu, plus de la moitié des médecins avouent que leurs pratiques en matière de gynécologie restent cependant rares et se limite surtout à des consultations de contraception. Mais ne pourrait-on pas dire que l'IVG provient en partie d'un échec de contraception ? Il apparaît alors comme essentiel de renforcer les connaissances des médecins généralistes en gynécologie générale et notamment en contraception.

Avec les difficultés que rencontrent nos centres hospitaliers en termes de ressources financières et de recrutement ainsi que de la diminution des installations libérales des gynécologues (4), il semble important de proposer une voie alternative en passant par le libéral. Le renforcement des compétences en gynécologie générale des généralistes et notamment sur le sujet de l'IVG médicamenteuse pourrait pallier à un problème croissant dans notre société concernant les délais et les conditions de prises en charge des patientes. Même s'il apparaît essentiel de conserver le droit de chacun d'effectuer ou non cet acte, il semble relever de notre responsabilité tout de même de pouvoir fournir des informations fiables à nos patientes et de leurs assurer une prise en charge optimale aussi bien en libéral qu'en milieu hospitalier. Dans ce but, il nous paraît crucial de permettre le renforcement et la création de formations pour les médecins généralistes, tout comme pour les internes en formation.

b) Accompagnement psychologique, empathie et valeurs personnelles

La deuxième difficulté évoquée par nos médecins concerne l'accompagnement des patientes. Les trois groupes de médecins que nous avons pu dégager ont un discours quasiment similaire. La plupart d'entre eux parle d'un « accompagnement long et difficile », d'une « réelle souffrance » de la femme. Plusieurs médecins s'estiment insuffisamment formés à la sortie de leurs études en matière de communication, de gestuelle ou de prise en charge psychologique. Ils pensent cependant qu'une spécialisation sur un sujet comme celui-là doit provenir d'une motivation personnelle, estimant que nous avons tous une sensibilité différente quant à la psychologie. « *C'est selon les dispositions personnelles d'empathie, de compréhension* » E7. Plus de deux tiers trouvent qu'il s'agit d'un sujet qui fait écho à nos capacités d'empathies et nos valeurs personnelles. Nous citerons des termes dit par plusieurs d'entre eux : « *pas performante* » E9, « *le non-jugement et la bienveillance malgré tout* » E5, des termes forts qui démontrent l'implication professionnelle et personnelle des médecins durant leurs consultations. Les médecins se souvenaient relativement bien des demandes d'IVG, parmi l'ensemble de leurs consultations, celles-ci les ayant marquées. Les médecins plus expérimentés admettent devoir suivre des groupes d'échanges à un moment donné dans leurs carrières pour se rassurer, et pour évacuer leurs difficultés. Les jeunes médecins quant à eux déclarent également que la solitude est parfois pesante et difficile à gérer. M.Rigal dans son travail sur les obstacles au développement de l'IVG médicamenteuse en libéral, indiquait cette empathie du médecin parfois difficile à surpasser (30). Ces consultations demandent du temps et de l'investissement selon un tiers des généralistes interrogés, temps qui manque cruellement et

principalement dans les zones rurales peu desservies en médecins généralistes mais également en gynécologues.

C'est donc un sujet sensible qui touche le médecin et la personne qu'il est. Le développement de l'IVG médicamenteuse en ville ne peut donc se faire sans le respect du praticien et de sa personne. *« Ça nous remet en question parce que ça touche aussi à notre moral, à nos convictions, à la manière dont on s'exprime quand on est dans notre rôle de médecin »*. E6

c) Absence de réseaux

La principale raison qui explique la non utilisation de l'IVG médicamenteuse à domicile reste la méconnaissance des différents praticiens proposant cette méthode. En effet, même si la majorité des médecins orienterait préférentiellement leurs patientes en libéral, l'ensemble des praticiens tous groupes confondus ne saurait pas où l'envoyer. La solution du milieu hospitalier apparaît alors comme la seule alternative possible. Comme dit précédemment, les jeunes médecins n'ont pas forcément un réseau libéral solide et leurs connaissances hospitalières les amènent à se diriger en priorité sur les cliniques et hôpitaux. *« Je ne saurais pas où adresser [...] il n'existe pas de réseau libéral. »* E5. Les médecins impliqués en gynécologie font appel au centre d'orthogénie par habitude et déplorent que les médecins généralistes s'impliquent de moins en moins dans la gynécologie malgré les besoins croissants *« je suis la dernière et la seule de tout mon secteur de garde qui faisait encore de la gynéco »* E7. Dans ces conditions, un réseau ne peut pas se former de manière pérenne. Les médecins plus expérimentés quant à eux font appel à leurs confrères gynécologues quand cela est possible, mais c'est un réseau personnel et non officiel.

Il n'existe actuellement aucun annuaire, aucun référencement. Certaines initiatives locales émergent comme ivglesadresses.org mais il n'existe rien dans la région alsacienne ou même au niveau national. Pour rappel une majorité de nos praticiens évoquent des difficultés croissantes dans leurs relations avec le milieu hospitalier et l'absence de ligne directe pour les médecins libéraux. Ces liens difficiles sont également évoqués dans le travail de D. Ferre, où 35% des gynécologues pratiquant les IVG à domicile estiment avoir des liens difficiles avec le milieu hospitalier (32).

Nous pourrions envisager de renforcer les liens entre les secteurs hospitaliers et libéraux pour pérenniser la pratique de chacun et éviter une fracture de notre système de soins l'un étant largement dépendant de l'autre.

D) Piste d'amélioration pour une meilleure utilisation du milieu libéral

a) Création d'un réseau

Tous les médecins interrogés ont estimé qu'il fallait en priorité permettre la création d'un réseau. Ne pas savoir vers qui orienter leurs patientes est un réel problème pour eux. « *On pourrait déjà référencer les professionnels impliqués dans la démarche* » E11, « *avoir accès aux coordonnées des praticiens les plus proches pour une IVG en ambulatoire* » E3. Il n'existe actuellement pas d'outils permettant de trouver les coordonnées de personnels médicaux ou paramédicaux s'impliquant dans les IVG dans notre secteur. On peut cependant noter quelques initiatives locales comme le REIVOC pour la région Occitanie-Pyrénées Méditerranée ou encore le groupe ARMORIC pour la Bretagne. Ces groupes ont notamment permis de renforcer les liens entre les centres d'orthogénie et les libéraux, la création d'un réseau durable et permettent la mise en place de multiples plans d'information à destination des patientes.

Dans notre région, la couverture hospitalière reste suffisante, mais s'il est montré qu'une IVG à domicile permettrait d'apporter un réel bénéfice à nos patientes, alors nous pourrions envisager à l'avenir de nous rapprocher du programme REVHO similaire aux autres précédemment cités et agissant en Ile de France et dans une partie de la Lorraine. Dans ce cas il apparaîtrait essentiel de trouver des référents, disponibles et joignables permettant d'appuyer les généralistes dans leurs pratiques. Que ce soit pour une pratique active ou un accompagnement, l'orientation et le suivi de la patiente doivent être assurés. L'importance d'un réseau est également une idée largement évoquée dans les travaux de H.Leroy dans le Grand Est (4), de C. Marguerite dans le bassin Rouennais (28), ou de A. Rocca en Champagne-Ardenne (34).

b) Discussion collégiale ou Formation présentielle

La proposition d'une formation présentielle a été accueillie favorablement par la majorité des médecins ayant plus d'expérience ou des médecins impliqués en gynécologie. « *C'est vital*

que le médecin s'implique dans la gynéco [...] l'IVG rentre indirectement en compte » E7, « la formation est importante, on est tous ensemble c'est l'occasion de nous parler entre confrère et d'évacuer » E9. Cette proposition est plutôt rejetée par les jeunes médecins qui estiment que celle-ci serait plutôt contraignante au niveau des plannings et devrait être proposée uniquement pour les médecins voulant intégrer l'IVG dans leurs pratiques. « Une formation, je pense qu'elle serait plus pour les gens véritablement prêts à inclure l'IVG dans leurs pratiques » E3. Dans des plannings déjà chargés, il est parfois difficile de trouver la motivation pour participer à une formation spécialisée sur plusieurs jours. Nous avons retrouvé des données similaires dans la thèse de C.Marguerite (28). Cette divergence d'opinion concernant les formations pourrait s'expliquer de par les différences de connaissances en matière d'IVG comme nous l'avons vu précédemment. Les médecins plus expérimentés, pour pallier aux problèmes de motivation avaient proposé d'effectuer dans un premier temps une rencontre pluriprofessionnelle avec des temps d'échanges, de discussions, et de témoignages. Lorsque nous avons proposé cette solution aux autres médecins des différents groupes, elle a été en majorité approuvée.

« Un repas de présentation avec rencontre des praticiens de différentes spécialités je trouve que c'est un bon début. On nous présente la chose et puis après chacun décide s'il veut poursuivre vers une accréditation ou non.» E12

Parmi les différents intervenants pouvant être présents, ils proposaient : des gynécologues, des sage-femmes, des radiologues, des psychologues et des médecins généralistes déjà formés à la pratique des IVG à domicile. Plus de la moitié des généralistes a estimé nécessaire de proposer un rappel général sur l'IVG médicamenteuse avec reprise des procédures administratives, de la législation, et du déroulé du processus d'IVG médicamenteuse. Dans un second temps nous pourrions recenser les médecins intéressés par une pratique plus active dans l'IVG et ainsi proposer une formation adéquate.

De meilleures connaissances sur le sujet permettraient sans doute de diminuer les craintes et les interrogations des médecins sur la pratique d'une IVG à domicile. Nous visons notamment à effectuer une réassurance des généralistes face à d'éventuelles complications durant une IVG, complications qui, nous le rappelons, restent des phénomènes mineurs mais néanmoins présents.

c) Création d'un Outil informatique

La proposition de la création d'un outil informatique a été reçue de manière plus enthousiaste chez les jeunes médecins. « *Je serai plus réceptive à un outil informatique* » E3. Génération ayant grandi avec le boom des réseaux sociaux et du monde informatique, ils estiment que dans leurs pratiques quotidiennes, cela leur permettrait d'améliorer leurs prises en charges et de diversifier les orientations. Les médecins plus expérimentés qui s'informatisent de plus en plus, demandent un outil simple d'utilisation et clair dans ses explications « *c'est plus fiable qu'une feuille qu'on nous envoie par la poste* » E13. La totalité des médecins a jugé que cet outil serait plus utile dans leurs pratiques quotidiennes, contrairement à une formation visant à solidifier leurs bases de connaissances. Il s'agit là d'un support qui leur permettrait d'avoir accès rapidement aux coordonnées des différents intervenants de l'IVG de leurs secteurs et qui préciserait la marche à suivre et les données à ne pas oublier. Un site internet à l'image d'« antibioclic » serait un atout indéniable et profiterait au plus grand nombre. Sur l'ensemble du territoire français, les travaux de C.Marguerite (28), E.Becue(27), C.Escoubet (35) proposent également cette solution comme piste d'amélioration à l'accessibilité des IVG à domicile. Cette idée mériterait d'être développée si l'on souhaite majorer l'utilisation du réseau libéral.

d) Campagne d'information

Le dernier point à soulever est la question de la visibilité. C.Gray avait estimé dans son travail que presque 80% des patientes ignoraient la possibilité des IVG à domicile (36). Rappelons tout de même que jusqu'à 70% d'entre-elles seraient favorables à la pratique d'un IVG à domicile (19,20,21). Dans notre étude, un tiers des médecins ne savait pas qu'une IVG était réalisable en dehors d'un milieu hospitalier. Donnée également retrouvée dans les travaux de A.Guilbot (9). Selon E.Becue 62,5% des médecins seraient favorables à une campagne d'information générale. Dans notre étude presque 80% des médecins ont évoqué spontanément l'idée d'une campagne d'information visant les patientes et les praticiens. Pour limiter les abus, il faudra y inclure également un renforcement des méthodes contraceptives. Les trois groupes de médecins se rejoignent sur la question de visibilité. Celle-ci est plus évoquée par les médecins impliqués en gynécologie, ils sont d'avantage confrontés aux demandes d'IVG et aux problèmes d'orientation.

« *Une meilleure visibilité pour les médecins et les patientes, je suis persuadée que ça augmenterait les demandes chez le généralistes* » E8.

CONCLUSIONS

Après l'étude des différents travaux sur l'IVG à domicile, y compris la nôtre, nous nous rendons compte de la complexité des consultations touchant à l'IVG. C'est un sujet toujours sensible dans notre société qui renvoie le médecin à ses croyances et ses valeurs, le faisant sortir de sa zone de confort. Malgré tout, les généralistes s'impliquent dans les prises en charge. Les consultations sont longues et mobilisent de nombreuses compétences du médecin généraliste, qu'elles soient sur ses compétences médicales, sa façon d'être ou encore son empathie. Même si l'on observe que les généralistes ne souhaitent pas forcément pratiquer eux-mêmes les IVG, souvent pour des raisons organisationnelles plutôt que pratiques (35), ils seraient tout de même largement favorables à l'utilisation du réseau libéral pour les IVG, y voyant de réels bénéfices pour leurs patientes, notamment dans le maintien de leur intimité. Les difficultés principalement évoquées par nos médecins, restent en majorité un manque de formation et de connaissances, des problèmes de communication, et une crainte des éventuelles complications durant les protocoles d'IVG.

Actuellement dans notre région, les médecins interrogés s'estiment plutôt satisfaits des prises en charge actuelles. Le milieu hospitalier offrirait une sécurité supplémentaire par rapport au milieu libéral. Ils soulignent tout de même l'aspect de plus en plus chronophage des démarches administratives et une majoration des délais d'attente. Rappelons qu'à ce jour, on note une augmentation des délais et des difficultés de prise en charge des IVG dans les centres hospitaliers. Pour éviter une saturation future, il semble important d'encourager l'implication des médecins généralistes dans ce processus en leur offrant une meilleure formation, en améliorant les moyens de communication destinés au grand public et aux médecins, et surtout en permettant la création d'un réseau durable et accessible. Le ministère de la santé étudie actuellement plusieurs propositions visant à améliorer l'accessibilité à l'IVG qui reste un droit fondamental des femmes.

Le médecin généraliste est le spécialiste des soins primaires, défini par l'OMS 24 comme « toute une série ou un ensemble de services de soins de santé de premier contact, directement accessibles au public ». La bonne orientation, la délivrance d'informations claires et précises voir la réalisation de l'IVG médicamenteuse pourraient tout à fait entrer dans ce cadre. Des études complémentaires pourraient éclairer de manière plus précises les attentes et les besoins des médecins généralistes une fois les nouveaux décrets appliqués. De même, il

faudra faire attention à ce que la simplification et la proximité d'accès à l'IVG n'entraîne pas non plus une majoration du nombre des IVG annuels.

Pour finir, nous soulèverons aussi le problème de la solitude professionnelle et des difficultés de communication croissantes entre le généraliste et le milieu hospitalier. Il serait judicieux d'effectuer des travaux plus poussés sur ce sujet pour permettre la pérennité de notre système de soins, maintenir de bonnes conditions de travail et finalement assurer à chaque citoyen les meilleurs soins.

VU

Strasbourg, le 29/11/2021

Le président du Jury de Thèse

Professeur DERUELLE Philippe



Vu et approuvé
Strasbourg, le 06 DEC. 2021
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



E1

Caractéristiques :

Type d'entretien : téléphonique

Milieu d'exercice : semi-rural

Type d'activité : association

Sexe : F

Age : 31

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'IVG chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Avez-vous des demandes d'IVG ?

Oui, enfin pas des demandes pour que je le fasse mais plutôt des demandes sur la conduite à tenir.

- Est-ce fréquent ?

Fréquent je ne dirais pas non plus. (réflexion), On va dire je me souviens de deux ou trois situations. On va dire une par an en moyenne.

- Comment prenez-vous en charge ces patientes ?

Je leur demande déjà le contexte. Euh (hésitation), j'essaie de cibler à peu près à quel terme on pourrait être. Je leur prescris des B HCG et je leur explique à peu près le principe de l'IVG. Si elles ont des questions sur le déroulement j'essaie de répondre. Il faut voir qu'est-ce qu'elles savent, en général elles ont déjà cherché et lu sur internet et elles savent pas mal de choses. En fonction d'à quel point elles sont décidées dans leur démarche, je les adresse à quelqu'un qui est en mesure de la pratiquer. Si je sens que la décision n'est pas claire je leur dis de prendre le temps et éventuellement de revenir me voir, en leur disant tout de même où elles peuvent se rendre si elles veulent aller au bout de la démarche. Après sur les cas que j'avais eu, la question

ne se posait pas, elles étaient déterminées. Je leur avais proposé, enfin je m'étais tenue à leurs dispositions si elles en ressentaient le besoin, mais elles ne sont pas revenues. Je les ai revus longtemps plus tard et ça c'était très bien passé.

- En général vous les orientez plutôt à l'hôpital, en libéral ?

Réflexion

*Et bien, j'ai essayé en libéral en contactant euh (**silence**) Par exemple sur les deux dernières situations que j'avais, chez une j'avais essayé de contacter d'abord le gynécologue de la patiente, qui était rattaché à une clinique. Donc je me disais qu'il y avait de fortes chances qu'on puisse le faire avec lui. Et, il ne le faisait pas. J'étais très déçue. Du coup je l'ai adressé à l'hôpital de secteur, donc à l'hôpital publique.*

*Les patientes ne m'ont pas parlé d'elles-mêmes du libéral, j'avoue que pour moi ce n'est pas la première option. Donc je n'en parle pas non plus (**rires**). Quand j'ai essayé avec le gynécologue, j'avais en tête que peut-être il pourrait gérer ça en ambulatoire mais surtout qu'il pourrait se rapprocher de la clinique à laquelle il est rattaché. Maintenant on ne propose que les choses où on est bien à l'aise et ne sachant pas comment s'organise le libéral c'est vrai que ça n'encourage pas cette voie.*

- Vous auriez une idée d'où adresser une patiente en libéral si elle en faisait la demande ?

*En libéral pas du tout non. Honnêtement je pense que je n'adresserai pas en libéral si ce n'est pas le gynécologue de la patiente qui le ferait. J'adresserai à l'hôpital (**silence de quelques secondes**), par habitude en fait. Parce que lors de mon stage de gynéco, j'étais à Saverne et je n'avais pas l'impression qu'on avait des problèmes d'accès à l'IVG, mais plutôt qu'on était en mesure de prendre n'importe qui qui venait pour ça. Bon je pense qu'en Alsace on n'est pas si mal doté, mais chaque hôpital doit gérer à sa manière. Sur Strasbourg, je pense que c'est sans doute plus compliqué, ou dans les coins reculés.*

- Vous preniez vous-même le rendez-vous ?

Et bien là par exemple, quand j'avais adressé à Saverne, j'avais demandé là-bas et il m'avait répondu qu'elle pouvait se rendre aux urgences gynécologiques directement, donc j'avais juste donné le numéro et l'adresse et dit d'y aller quand elle le souhaitait. Après encore une fois ça dépend de la situation et de la patiente, si on sent qu'elle ne gère pas on va plus loin.

- Sur la prise en charge globale, vous êtes plutôt à l'aise ? sur les explications ou la part psychologique de la consultation ?

Oui ça va. Bien sûr je ne connais pas les détails précis des prises en charge mais dans les grandes lignes je saurai leurs expliquer la procédure sans problème. Mon stage n'est pas si loin après tout ! (exclamation). Après pour la part psychologique, ça dépend toujours de la situation quoi. Quand une patiente montre une profonde détresse, cela nous met forcément plus en difficulté et on doit prendre le temps de l'écouter et chercher des mots réconfortants et apaisants.

- Quel est votre niveau de satisfaction dans la prise en charge actuelle ?

Hésitation

Bin ayant été à l'intérieur du service de gynéco à Saverne, je pense qu'il n'y a pas de problème là-bas. Je pense qu'elles sont vues quand elles sont aux urgences gynéco, qu'elles entrent dans le circuit et qu'ensuite ça se passe bien. Mais je ne peux pas parler pour les autres hôpitaux en dehors de mon secteur. On a rapidement quelqu'un au bout du fil et les explications sont claires. Je fonctionne bien avec eux.

- Et pour le libéral ?

Le seul essai que j'ai fait n'était pas fructueux donc là je n'en sais rien du tout. En termes de communication ce n'était pas terrible par contre. Je n'ai pas eu le gynécologue, mais seulement la secrétaire, la réponse c'était « non on ne fait pas ça ici, c'est un cabinet de gynéco ». Mais pas d'option bis proposé.

- Sur les demandes d'IVG, pensez-vous que ce sont des consultations complexes ?

Hésitation

Oui, quand même. Bon moi je ne fais pas la vraie consultation de demande d'IVG avec prescription médicamenteuse. Moi c'est une pré consultation d'adressage à mon niveau. Donc oui c'est une consultation complexe mais comme les trois quarts des consultations de médecine générale. C'est plus le sujet qui est complexe, pas vraiment la consultation. Après ça dépend toujours du contexte, il y a des contextes où ça va être un moment vraiment pénible pour les deux et une démarche vraiment difficile pour la patiente et d'autres où c'est clair et net, la réflexion est faite et il n'y a plus qu'à.

Silence de quelques secondes

C'est plus la gestion du versant psychologique qui est complexe que le versant technique.

- Vous aviez ressenti des difficultés ?

Dans la prise en charge en elle-même non pas vraiment. Mes explications sont plutôt claires je pense et pour le coup elles savaient clairement ce qu'elles voulaient. Je serais plus en difficulté sur une demande indécise. On se dit toujours où est la ligne du jugement, la ligne à ne pas franchir. En fonction des discours on orientera forcément le nôtre et rajoutez à cela nos convictions personnelles, je pense qu'on s'oriente toujours plus dans une voie que dans l'autre. Il faut pouvoir se contrôler et dans le pire des cas le faire sans influencer et en respectant nos patientes au mieux.

Hésitation

Je n'ai pas le souvenir que j'ai rencontré des difficultés particulières sur les situations que j'ai eu. Bon je me rends quand même compte que j'ai déjà beaucoup oublié depuis l'internat et qu'il y a pleins de détails sur le protocole dont je ne me souvenais plus et où peut être j'aurais bien aimé expliquer plus en détails à la patiente. Après je ne suis pas sûre que pour elle cela change quelque chose de savoir vraiment le déroulé. C'est plus sur le délai de réflexion, par exemple où je ne suis plus sûre de la durée ni même s'il est encore là. Là je suis un peu honteuse de pas pouvoir les renseigner. Je me disais que peut être ma consultation pouvait faire office de première consultation dans le cadre du délai d'information, je leur remettait un document comme quoi on avait discuté de l'IVG et qu'on avait exposé les deux techniques. J'espérais que si elle se rendait à l'hôpital après 7 jours on ne leur redemandait pas un nouveau délai.

- Selon vous comment on pourrait aider les médecins généralistes à mieux prendre en charge ces patientes ?

Je suppose que si on le faisait nous-même ça les aiderait peut-être mais pour ma part je pense qu'il y a quand même des choses qui devraient rester du ressort du spécialiste. Moi personnellement je ne le ferai jamais. Maintenant plus on est informé et plus on est performant. Ça reste des demandes rares donc forcément on tire le tiroir des prises en charges moins rapidement qu'un tiroir tension par exemple. On doit faire attention à ce genre de consultation où effectivement on peut vite perdre un peu notre confort. Je pense qu'il faut avoir fait un stage dans un service qui en fait. Pour moi c'est plus facile parce que je me représente clairement ce qui les attend derrière. Je ne sais pas ce qu'il en serait si je n'avais pas eu cette expérience. Sans doute que je serais beaucoup plus démunie.

- Vous faites de la gynécologie dans votre pratique ?

Contraception oui pas mal. Alors implant pas du tout. Nous sur le secteur, on est bien doté en spécialiste et toutes mes patientes quasiment ont un gynécologue. Donc je me mêle moyennement du suivi. Sauf pour celles qui sont en rupture de suivi gynéco, chez qui je leur propose de faire le frottis si ça les arrange ou je les invite à aller voir un gynécologue. Ça reste quand même limité ma pratique de gynéco.

- Selon vous quelle place le médecin généraliste devrait ou pourrait occuper dans le protocole d'IVG ?

Réflexion de quelques secondes, ton hésitant.

Je me dis que la place actuelle c'est peut-être pas mal, en tant que premier interlocuteur. Parce qu'on a l'avantage que les patientes nous connaissent et ont confiance en nous généralement.

(Hésitation) *Moi je suis contente de laisser le reste au spécialiste.*

Comme dit, il faut pour moi être passé dans un service qui le fait pour se représenter la chose et savoir vraiment de quoi il s'agit, ensuite libre à chacun de voir jusqu'où il veut ou peut aller.

- Si une formation venait à se créer sur le sujet, seriez-vous intéressée ?

Ça dépendrait du but de cette formation.

Silence de quelques secondes

Je ne pense pas que ce serait une des premières formations auxquelles j'irais parce que le peu qu'on fait nous dans ce parcours me suffit et je ne pense pas que j'aurais besoin d'une formation pour faire différemment ce que je fais la maintenant qui n'est que du soutien psychologique ou de l'aiguillage.

- Une rencontre avec des spécialistes et médecins généralistes en vue d'organiser un réseau serait-il intéressant ?

Là oui clairement c'est plus attractif pour moi. Pour le moment moi je me repose sur l'hôpital. Mais à terme on ne sait pas comment ça va se passer l'hôpital publique. Ça peut être intéressant d'avoir le début d'un réseau en ville pour éviter d'avoir une carence de soins à un moment donné.

- Si un outil venait à se créer, qu'aimeriez-vous y trouver ?

Ce serait vraiment utile oui, si c'est simple d'utilisation et complet comme antibioclic c'est un vrai plus. Il faudrait surtout du pratique donc on en parlait avant mais l'annuaire avec nos correspondants direct et puis un déroulant sur les procédures et différentes possibilités de prise en charge. On pourrait voir par exemple on note le nombre de semaines estimé et puis un menu s'ouvre où on note bio, écho à faire, administratifs peut être. Et puis ensuite un annuaire des collaborateurs concernés : gynécologues, radiologues, psychologues, assistantes sociales de secteur.

- Pensez-vous qu'il y a un intérêt dans la démarche ?

Oui, il y a un intérêt. Si les patientes y sont favorables au libéral alors oui c'est un bon plus pour nous.

E2

Caractéristiques :

Type d'entretien : téléphonique

Milieu d'exercice : Rural

Type d'activité : Remplacement

Sexe : F

Age : 30

Lieu d'exercice : Haut-Rhin

Explications du projet et des données

- Avez-vous des patientes venant consulter pour des demandes d'IVG ? Est-ce fréquent ?

Réflexion de quelques secondes.

*C'est très rare. Je n'en ai eu qu'une seule depuis que je remplace. Je suis exclusivement en campagne la plupart du temps (**hésitation**). Après mon statut de remplaçante bloque peut-être les choses. Je pense que les patientes préféreraient sans doute avoir à faire à leur médecin de confiance, leur médecin habituel.*

- Quelle démarche avez-vous alors adoptée ? Comment s'est déroulé la consultation ?

*La consultation n'était vraiment pas facile. C'était une patiente serbe. Le mari faisait office de traducteur. Je me suis assurée d'avoir bien compris sa demande dans un premier temps. Elle avait une échographie avec elle qui montrait une grossesse de 5 semaines. Et elle voulait « un médicament pour stopper ». Comme le mari était là j'ai supposé qu'ils en avaient déjà parlé ensemble. Mais c'était difficile de passer par son mari pour essayer de voir comment elle, elle allait. (**Silence de quelques secondes**). Est-ce que c'était la demande d'un couple ou la demande d'une femme ou d'un mari ? Parler psychologie dans ces conditions là ... je ne voulais pas faire d'impair et j'essayais de respecter la tolérance de chacun mais dans tout ça je suis sûre que j'aurais pu pousser plus loin l'entretien. (**soupir**)*

Bref je lui explique que je ne pratique pas d'IVG au cabinet. J'appelle moi-même le centre hospitalier le plus proche, je prends un rendez-vous avec une sage-femme pour prendre en

charge l'IVG, avec un traducteur serbe ! **(exclamation)** Je note la date et le lieu du rendez-vous sur un post-it et le remet à la patiente. Elle s'y rendra avec son mari, en emportant son échographie déjà faite.

- Etiez-vous satisfaite de votre prise en charge ?

*J'étais satisfaite de ma prise en charge oui : je pense l'avoir bien orienté. Et je me sentais rassurée une fois la prise de rendez-vous faites, sans oublier le traducteur **(rires)**. Honnêtement au vu des difficultés sociales et linguistiques je ne pense pas qu'ils auraient réussi à organiser la suite des événements seuls. Et s'ils sont venus me voir moi, je suppose que d'autres personnes dans leur situation doivent venir pour chercher conseils et prises en charges. **(Haussements d'épaules)**. Et nous qui sommes seuls au cabinet, c'est pas facile.*

- Aviez-vous un contact connu pour la prise en charge de l'IVG ?

Non, j'ai cherché sur google « gynéco Hôpital » et j'ai eu une sage-femme au bout du fil, j'ai expliqué le problème et j'ai pris le rendez-vous. La recherche n'était pas trop longue ni compliquée. Je partais du principe que tout hôpital avec un service de gynéco propose l'IVG.

- Estimez-vous que ce sont des consultations complexes ?

Oui ce sont des consultations complexes, c'est certain. Je veux dire, on ne s'attend jamais à avoir une patiente en face de nous avec test de grossesse positif ou échographie de datation et qui nous demande une IVG. On se retrouve là devant les faits un peu abasourdis, en se disant réfléchit vite mais réfléchit bien. Les 15 min de consultation ne suffiront pas. Il faudra prendre le temps de comprendre puis d'expliquer. Ça chamboule notre journée de consultation tout de même : c'est déroutant parce que c'est une situation douloureuse souvent et ça nous touche, et c'est stressant de par le retard qu'on accumule derrière.

D'un point de vue prise en charge, je pense qu'une consultation pluridisciplinaire comme celle-là qui touche à nos valeurs d'être humain, à la souffrance, parfois à la détresse d'une femme est forcément difficile. L'accompagner, l'aider, la comprendre et voir le cheminement qui l'a fait arriver là, et sans jugement. C'est tout un travail, ça demande de la disponibilité et du temps. Et on ne peut pas dire écoutez je n'ai pas le temps revenez demain à telle heure.

- Quels sont les obstacles que vous avez pu rencontrer au cours de ces consultations ?

*Dans la seule consultation que j'ai pu faire durant mes remplacements, la principale barrière c'était la langue et le traducteur ! **(rires)** Comme je l'ai dit comment bien prendre en charge*

la patiente si l'on sait que forcément on a un biais du fait de son mari. On fonctionne sur la confiance mais comment savoir avec certitude. Peut-être qu'elle aurait souhaité parler plus profondément de ses états d'âme et j'aurais voulu pouvoir lui parler librement pour comprendre son état d'esprit. Je ne pense pas qu'elle était là sous contrainte et son mari était prévenant, mais quand on a cette lumière qui s'allume on aime quand même pouvoir aller au bout des choses et je me suis sentie vite face au mur.

L'autre chose, qui peut découler de la première c'était la crainte de ne pas pouvoir aider cette patiente. J'étais un peu démunie, elle avait une demande précise « un médicament pour stopper », et moi en tant que médecin je ne pouvais pas proposer autre chose qu'un rendez-vous, en espérant que tout se passe bien.

- Comment pourrait-on vous aider à l'avenir ?

Je pense que la solution à ma difficulté première est très claire : un interprète ! Mais si le motif de la consultation n'est pas précisé au départ, c'est difficile à anticiper malheureusement. Pour le reste il faudrait simplement nous faciliter la voie, que la prise en charge soit claire et simple d'utilisation. Si on veut développer le libéral, c'est bien mais il faut des partenaires, des professionnels que l'on connaît et qui nous prendront nos patientes rapidement pour que les choses se passent bien. Si on veut nous même le faire, alors il faut être sûr de parfaitement maîtriser le sujet.

- Selon vous, quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste dans le protocole de l'IVG ?

*Selon moi, le médecin généraliste peut être un conseiller. Il explique les démarches aux patientes, les oriente vers les structures adaptées. On est la première marche de la prise en charge, on se retourne vers nous pour du soutien je pense, et de la réassurance aussi. Nos têtes, nos cabinets sont familiers pour elles. Sans doute qu'elles y voient un lieu réconfortant et non hostile dans lequel elles pourront trouver une aide. **(silence de quelques secondes et croisement de bras)** Bien sûr il ne faut pas faire une généralité. D'autres préféreront passer par les structures directement pour des raisons qui leurs sont propres et que nous devons respecter.*

Tu vois, on suit des patientes sur le long terme où on est destiné à le faire. Pour moi, là où on doit être très bon et surtout vigilant c'est la prévention. Notamment en matière de contraception

que ce soit pour les mineurs comme pour les adultes pour éviter un certain nombre d'IVG en lien avec des « erreurs » de contraception.

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des médecins généralistes concernant l'IVG médicamenteuse ?

Réflexion de quelques secondes

Il faudrait rendre la chose plus attractive peut être, plus simple d'accès. Leur proposer un réseau « tout prêt », à savoir une convention avec un cabinet de radiologie pour avoir les échographies de datation et de contrôle post IVG rapidement. Idem avec une assistante sociale et une psychologue spécialisée en matière d'IVG. La création du réseau entraîne un gain de temps pour le généraliste et une prise en charge globale et de qualité.

Les patientes ne sont pas au courant de la possibilité de demander une IVG médicamenteuse auprès du généraliste, il faudrait inclure le médecin généraliste dans les campagnes d'informations et de prévention en matière d'IVG.

- Seriez-vous intéressée par la création d'une formation ou d'un outil ? Y verriez-vous un intérêt ?

Non, je ne suis pas intéressée par une formation car je ne souhaite pas pratiquer l'IVG au cabinet, en rapport avec ma clause de conscience. Je peux les accompagner mais je ne veux pas le faire moi-même. Mais je pense qu'un médecin impliqué dans la gynécologie et qui souhaite poursuivre sur cette voie ne doit pas hésiter.

IVGLESADRESSES.ORG existe déjà mais il n'y a pas beaucoup de généralistes pratiquant l'IVG médicamenteuse, ni même beaucoup d'adresses finalement... Nous indiquer qu'un hôpital pratique les IVG c'est plutôt intuitif, pas besoin d'un site. Il faudrait peut-être des noms de praticiens libéraux. La question c'est : est-ce à jour ? Y a-t-il besoin d'un autre annuaire pour le réseau libéral ?

Pour les généralistes qui pratiquent l'IVG médicamenteuse : un site avec un déroulé peut être intéressant, faisant le résumé des éléments à recueillir pour ne rien oublier, comme un pense bête. On fait le chek-up étape par étape.

- Quels seraient vos besoins /vos attentes si un éventuel outil venait à se créer ?

Il nous faut quelque chose d'intuitif, de facile à utiliser, de complet et de gratuit (exclamation et rire). Comme dit, je pense qu'avec un réseau on arriverait à compléter nos prises en charges

et à partir plus sereinement dans ces consultations. On préfère toujours pouvoir dire à nos patientes « je vous envoie chez ce docteur, on travaille ensemble, tout va bien se passer ». Et puis l'hôpital est surchargé, on peut aussi les aider.

- Quelle est votre part de gynécologie dans votre pratique ?

Oh et bien, sur le suivi contraceptif, les renouvellements ou les désirs de grossesse, on en voit souvent en campagne tout de même, au moins toutes les semaines, mais pour le reste non, après je peux poser les implants si on me demande mais c'est très rare. Je pense que si un médecin le fait régulièrement les patientes le savent vite et la demande augmente forcément aussi.

- Pensez vous qu'il y a un intérêt dans la démarche ?

Je pense que si on veut développer la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, il faut accompagner le généraliste, lui faciliter la tâche. Oui il y a un intérêt, pour nos patientes et pour notre système de soins. On ne doit pas proposer un open bar des IVG mais plutôt un accompagnement diversifié et efficace.

E3

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : Urbain

Type d'activité : Seule

Sexe : F

Age : 31

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Est-ce que vous avez déjà eu des consultations pour demande d'IVG ?

Oui, j'en ai eu. (silence de quelques secondes) Par an, je pense environ une vingtaine. On va dire en moyenne une ou deux par mois. Après j'ai aussi beaucoup de jeunes dans ma patientèle. Cela doit aussi beaucoup jouer.

- Est-ce que c'est vous qu'elles contactent en premier lieu ?

Souvent, si elle m'appelle, c'est qu'elles n'ont contacté personne d'autre avant. Après j'en vois aussi en post IVG et du coup celles-ci ont directement été orientées par les gynécologues. Souvent elles viennent parce que leur gynécologue n'est pas joignable ou qu'elles ne savent pas quoi faire. Elles reçoivent un résultat positif et elles sont en panique, du coup leurs réflexes c'est d'appeler leur médecin généraliste.

Quand je reçois un test positif, je les appelle et à la voix du patient tu sens déjà si c'est une bonne ou une mauvaise nouvelle. Et comme tu as appelé, elles s'adressent directement à toi.

- Comment se déroule les consultations ?

Hésitation

Soit elles viennent en pleure ou sont en panique. Elles n'ont pas trop le moral. Alors j'essaye de les rassurer, de leur demander de quand date les dernières règles, qu'est ce qui leur a fait faire le test. Quels sont les critères. Et puis ensuite, je leur demande si elles ont déjà réfléchi pour la suite. Si elle voulait garder ou pas la grossesse. Si elles ont l'air assez décidées, moi je les soutiens. Je leur explique qu'en France on a cette chance là d'avoir accès à l'IVG et que du coup il y a des structures qui s'en occupent. Ensuite je les oriente vers les personnes habilitées. En général, l'hôpital. Je prends rarement les rendez-vous. Je ne sais pas si c'est bien mais je les adresse aux urgences du CMCO. Je leur dis d'aller à la première heure le matin comme ça elles n'attendent pas trop. Qu'elles soient prises en charge sur place. Je ne sais pas s'il y a un numéro dédié, je ne pense pas. Mais je trouve que c'est tellement personnel, prendre rendez-vous pour la patiente c'est un peu trop intrusif. Je préfère leur dire d'aller quand elles le peuvent aux urgences gynécologiques.

Je sais qu'on peut le faire en libéral, mais je n'ai aucune idée de qui le fait.

Soufflements

- En général, quand elles arrivent en consultation, elles sont déjà décidées ou sont-elles en recherche de conseils ?

Souvent elles ont leurs idées, elles ont quand même réfléchi avant de venir. Mais certaines, c'est encore un peu dans le flou. C'est souvent elles qui pleurent beaucoup, parce qu'elles sont tiraillées dans leurs décisions. Et puis c'est aussi une décision à prendre à deux je pense. Parfois elles ont du mal à en discuter avec leurs conjoints. C'est difficile.

Silence

Mais la plupart du temps elle viennent décidées.

J'en ai eu une je me souviens, elle a évoqué d'elle-même l'IVG à domicile. Elle voulait que je lui donne tout de suite le médicament. Alors je lui ai dit que je ne pouvais pas. Que je n'avais pas le droit de lui donner. Et elle ne comprenait pas pourquoi. C'était un samedi matin, voilà en plus une patiente que je ne connaissais pas. Elle m'appelle le samedi matin en pleure, et me dit que c'est urgent. Je l'ai intercalé, je ne la connaissais pas et elle voulait vraiment le médicament.

- Comment connaissait-elle la possibilité d'une IVG à domicile ?

Elle en avait déjà fait. Ce n'est pas moi qui en aie parlé la première.

- Est-ce une consultation que vous estimeriez complexe ?

Hésitation

Oui, parce que finalement je n'ai pas su répondre à sa demande. Je sentais vraiment que c'était quelque chose qui lui tenait à cœur et qu'elle ne voulait vraiment pas aller à l'hôpital. Quand elle est partie je ne la sentais pas bien. Frustrée que je lui ai dit que non je ne peux rien faire pour elle aujourd'hui.

- Et vous comment étiez-vous ?

Bin pas bien. Pas bien, parce que tu te dis voilà il y a sûrement quelque chose qui existe mais je ne sais pas chez qui. Et ce n'est pas un samedi que j'aurais eu cette réponse. Après c'est aussi à moi de faire la démarche et de chercher un peu. Mais voilà ce n'était pas une consultation facile. J'ai senti de la tension durant la consultation parce que je ne répondais pas à ce qu'elle voulait, qu'elle-même était en détresse parce que ce n'est pas une situation facile et elle était seule avec cet enfant-là. Elle n'avait pas de conjoint et ce n'était pas une relation fixe. Tout ça entremêlé, la consultation était un peu froide quoi.

- Pourriez-vous développer les difficultés ressentis ?

D'une manière théorique ça va, c'est assez protocolaire finalement. Je dis comment ça va se passer, j'essaie de rassurer. Je leur dis qu'il y aura une équipe autour.

Après c'est sur le versant psychologique ou voilà, j'essaie de leur dire que la porte est grande ouverte mais où ça peut ramer un peu. Je trouve qu'on est quand même utile dans cette consultation. Elles ne veulent pas le dire à beaucoup de personne et finalement on est là pour les aider. Mais ça mobilise beaucoup de notre énergie.

- Vous aviez dit ne pas vous sentir bien, pourriez-vous préciser ce sentiment ?

S'adosse au fauteuil, silence

Pas sur le côté pratique, je pense que j'explique les choses. Mais sur l'orientation, moi j'oriente à l'hôpital et là elle ne voulait pas. J'étais coincée. C'était une demande « simple » et je ne savais pas. Quand elles n'émettent pas d'objection à ça, tout se passe bien, je ne me sens pas mal à l'aise. Mais cette personne là oui je me suis sentie défaillante. Je n'ai pas pu organiser son suivi. C'était une demande de sa part, elle était en réelle détresse et je ne pouvais rien proposer d'autre que quelque chose qu'elle ne voulait pas.

- Avez-vous ressenti un frein du fait de votre position de « médecin de famille » ?

Non, je pense que c'est plutôt une qualité. Je trouve que c'est plutôt la confiance, on appelle notre médecin généraliste pour quelque chose qui nous touche, une grossesse qu'on ne désire pas. C'est plutôt l'inverse, c'est la confiance qui règne entre nous.

- Etes-vous satisfaite de la prise en charge actuelle ?

A l'hôpital, les retours que j'ai. Ce n'est déjà pas un geste facile, il y a déjà beaucoup d'émotionnel dedans. Ce n'est pas une journée facile pour elle. Certaines personnes me disent que ça s'est bien passée, qu'elles étaient bien encadrées, qu'elles ne se sont pas trop senties seules, qu'elles n'ont pas eu trop de douleurs. Qu'elles étaient bien accompagnées.

Et d'autres ont terriblement mal vécu ce moment. Avec l'impression de ne pas être écoutées, qu'on n'a pas répondu à leurs douleurs, qu'elles soient physiques ou morales. Elles sortent un peu triste de tout ça. J'ai les deux versions on va dire. J'ai plus de satisfait, mais un bon quart qui en sortent tout de même traumatisée. Les patientes sûres d'elles, qu'elles ne voulaient pas de cette grossesse, là c'est clair et ça se passe bien. Par contre quand elles sont hésitantes, là il y a plus de risques que ça se passe mal en structure. Quand elles hésitent et finissent par faire un choix plus de raisons, on sent une réelle tristesse et pour elles c'est un moment extrêmement douloureux. D'aller à l'hôpital, la solitude, la peur.

- Selon vous comment on pourrait améliorer la prise en charge de ces patientes ?

Il faudrait développer la prise en charge en ville . Pour faciliter sur les délais de consultation. Peut être faire un travail pluridisciplinaire en équipe en lien avec des psychologues et des personnes qui ont l'habitude de traiter avec ce sujet-là. Pour pas tomber sur des gynécologues en urgence à l'hôpital, qui ont aussi leurs propres convictions, ne les connaissent pas, et n'ont pas forcément le temps. Ils ont aussi leurs lots de travail. Mais la première consultation devrait être pour elle, centrée sur elle. Il faut une équipe qui soit liée à ça et qui peut accorder le temps nécessaire

- A votre avis, à l'avenir quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste ?

Hésitation

Un rôle de référent. Qu'il soit le pivot de tout ça. La patiente nous appelle, ou vient chez nous. On l'écoute et on organise la suite de la prise en charge en fonction des besoins. Encadrer la

patiente, faire le suivi et s'assurer qu'il soit bien fait. Il faudrait qu'on soit au centre de tout ça.

- Est-ce que l'on pourrait avoir une pratique plus active dans ce processus selon vous ?

De faire nous-même l'ivg ? Je pense qu'il y a des médecins généralistes qui sont à l'aise avec ça. Avec le suivi gynécologique, qu'ils ont une sensibilité à ça. Moi personnellement je sais que je ne le serai pas. C'est quand même beaucoup de responsabilités, et je sais que je ne me sentirais pas à l'aise pour le faire. Mais je pense que beaucoup de médecins généralistes seraient prêts à le faire. Tout comme les gynécos qui axent leurs pratiques sur l'obstétrique. Ce serait un réel plus de pouvoir proposer une prise en charge complète. On fait tout sauf ça finalement, alors pourquoi pas.

- Votre activité gynécologique dans votre pratique, vous l'estimez comment ?

Je dirais plutôt faible moyenne on va dire. Je fais de la pose d'implant, suivis contraception, conseils gynécos. Pas plus. Mais il y en a de plus en plus qui font des DU de gynéco et qui développe cette part là. Intégrer les IVG « simples » si c'est possible c'est bien ! Si on a le centre de radio, le médecin habilité, sage-femme... Une petite équipe qui peut tourner. Il faut créer tout ça.

- Si une formation venait à se créer, qu'aimeriez-vous y voir ?

Hésitation

Peut être des expériences d'autres médecins. Voir comment ils ont pu mettre ça en place. Mettre en lien les professionnels entre eux. Bien sûr je pense que ce serait bien de voir le suivi psychologique de la patiente, voir comment aborder le sujet, comment aider la patiente.

Le côté gynécologique avec le côté pratique. Et puis...

Silence de quelques secondes

Plutôt des groupes de paroles, de la discussion. Il faudrait juste voir la base et monter cette équipe. Je pense que seule dans son cabinet, c'est compliqué. Un réseau ce serait chouette, on se sent moins seule. C'est des situations complexes où il faudrait qu'on soit plusieurs.

- Dans le cas d'un outil informatique, comme antibioclic ou gestacliv, qu'en pensez-vous ?

Bin du coup pour ceux qui ne peuvent ou veulent pas faire les IVG, leur donner le moyen de pouvoir adresser leurs patientes en ville à des professionnels adaptés et pas forcément à l'hôpital. Il faut que ce soit simple et rapide pour avoir des référents sur notre secteur. Il nous faut un annuaire en fait.

- Serait-il intéressant de rajouter des rappels sur les prises en charges ?

Oui complètement, un petit menu avec nombre de semaines et les choses à ne pas oublier comme attention aux antécédents hématologiques ! Mais quelque chose de succinct, les grandes lignes. Les choses plus profondes c'est plus pour la personne qui va faire le geste ou le suivi. Mais au moins de quoi faire une première consultation calmement, et qu'elle soit complète. Les questions à poser. Les patientes se souviennent de tout ça, elles se souviennent des consultations, des examens, et si c'est mal fait c'est source de souffrance. Une douleur qu'on peut atténuer en permettant une prise en charge adaptée.

- Voyez-vous un intérêt dans la démarche ?

Rire

Bien sûr oui. C'est comme j'ai dit avant, on facilite l'orientation des patientes, nous on serait plus à l'aise dans ces consultations. Et avoir un outil ce serait vraiment bien. A ma connaissance il n'y a rien qui existe. Si maintenant on avait cette possibilité, j'en parlerais. Je ne sais pas la réaction qu'aurait les patientes mais je proposerai oui. Surtout quand on sent que c'est une décision lourde et qu'elles sont en souffrance. C'est leur donner un cocon.

E4

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : Urbain

Type d'activité : Remplacement

Sexe : M

Age : 30

Lieu d'exercice : Haut-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Avez-vous déjà eu des demandes d'Ivg ?

Je n'ai pas beaucoup exercé comme remplaçant, je souhaite plutôt rester en milieu hospitalier. Mais sur une année de remplacement, je dirais deux demandes oui. Je me souviens surtout d'une jeune femme dans la vingtaine. Je l'avais vu dans les suites d'un malaise et j'avais demandé une prise de sang, avec rajout des BHCG qui sont revenus positifs. Elle m'avait appelé affoler et je l'avais revu en consultation.

- Comment les avez-vous prises en charge ?

Réflexion de quelques secondes

*Et bien chez la patiente en question, je me souviens que dans la première consultation suite aux malaises, j'avais déjà de forts doutes sur la possibilité d'une grossesse. Oubli de pilule, rapport non protégé avec prise d'une contraception du lendemain tout de même. Douleurs dans la poitrine bref. Elle est revenue au cabinet, paniquée. La priorité pour moi c'était déjà de reprendre les choses calmement. Je lui ai demandé ce qu'elle envisageait. S'en ait suivi un long moment de mise au point si on peut dire (**rires**). Comprendre le contexte de vie, lui faire peser dans la balance tous les arguments sans se précipiter sur une IVG. Je lui ai laissé exprimer ses interrogations, en espérant que ce ne soit pas des choses trop précises parce que je savais d'avance que dans le détail je ne serais pas bon (**soufflements et négation de la tête**). Nous*

avons abordé les deux possibilités médicamenteuses et chirurgicales. Je lui ai conseillé de prendre son temps dans sa décision et je lui ai inscrit sur une feuille les coordonnées des urgences gynécologiques pour une IVG si son souhait se confirmait. J'avais déjà la bio mais sinon je pense que j'aurais prescrit de principe une prise de sang complète.

- Avez-vous pensé à la possibilité d'un IVG en ville ?

Hésitation

Je sais qu'on peut le faire. Mais honnêtement j'aurais aucune idée d'où l'adresser, un gynéco sans doute ? Par facilité et soucis de temps, j'ai directement pensé à l'hôpital sans chercher plus loin. Je devais fournir une réponse et la seule option fiable que j'avais c'était celle-là.

- Estimez-vous que ce sont des consultations complexes ?

Est-ce que j'ai été mal à l'aise ? oui bien sûr. Je suis un jeune médecin, sur quelque chose comme cela qui sort vraiment du quotidien, ce n'était pas facile. Je voyais la détresse chez cette patiente, elle se reposait entièrement sur moi pour la suite. Et je ne me sentais pas à mon aise donc j'avais vraiment peur de faire une bêtise ou de ne pas réussir à l'apaiser suffisamment. En plus je suis un homme et je suppose que les problèmes féminins me mettent plus facilement dans une position inconfortable. Et puis notre moral se réveille aussi pendant la consultation, à nous de faire en sorte de ne pas la laisser prendre le dessus. Nous sommes conseillers et non décisionnaires.

Silence de quelques secondes

Mais devoir gérer, l'humain, nos connaissances, la psychologie et la détresse en même temps, c'est une gymnastique compliquée.

- Pensez-vous que c'est un frein d'être un homme ?

Et bien dans mon cas précis non je ne pense pas. Elle cherchait le conseil d'un médecin au sens large, homme ou femme. Elle avait besoin de savoir la suite. Je pense que certaines patientes préféreraient en parler à une femme pour le côté compréhension et l'intimité, et d'autres au contraire aimeraient un homme. La peur du jugement de la potentielle maman en face d'eux peut être.

- Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer au cours de ces consultations ?

Je dirais que sur la théorie je suis plutôt au point, je connais dans les grandes lignes les procédures. Mais en pratique c'est plus la détresse qui est compliquée. Il faut pouvoir gérer l'émotionnelle pour éviter de faire stagner la consultation. Ne pas être trop intrusif où juger pour éviter un repli de la patiente mais ne pas non plus être trop vague ou froid pour éviter qu'elle se braque. Nos vies personnelles entrent forcément en compte aussi, nos réactions dépendront en partie de nos expériences de vie et de ceux de nos patientes. On travaille avec l'humain, et avec le panel des émotions qui le suivent. Finalement c'est la communication le plus dur.

- Comment pourrait-on améliorer nos prises en charges selon vous ?

C'est principalement du développement personnel qu'il faut faire pour savoir améliorer ou gérer notre empathie et notre capacité d'écoute. Des groupes de paroles existent déjà et je pense que tout médecin pratiquant devrait à un moment donné y participer. Faire une mise à zéro de temps en temps pour repartir plus serein sans trainer derrière nous des interrogations ou des craintes. Pour la prise en charge psychologique dans ces consultations-là, c'est surtout personnel oui. Et peut être que la fac devrait inclure très tôt des formations sur la gestuelle et la communication.

- Quelle est votre niveau de satisfactions dans les prises en charges proposées actuellement ?

*Sur le libéral je dirais nulle, vu que je ne saurais absolument pas vers qui me tourner pour orienter ma patiente, et chercher ce serait vraiment chronophage. L'hospitalier c'est la sécurité, mais c'est clair qu'il faut tomber sur le bon jour par moments pour avoir quelqu'un au bout du fil sans attendre longtemps. Mais c'est pareil chez nous, on est tous débordé. **(Haussements d'épaules)** Après dans mon cas j'ai juste donné un numéro de téléphone, quelque part quand elle est partie j'avais quand même l'impression de la lâcher dans « l'inconnu ».*

- Selon vous, quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste dans le protocole de l'IVG ?

Hésitation

Je pense qu'on pourrait tout à fait s'impliquer plus. Mais pour le coup il faudrait que ce soit bien organisé. La patiente vient pour une demande d'IVG on explique les choses et on la revoit ensuite pour confirmer la demande et réaborder toutes les interrogations par exemple. Ça nous

permettrait de s'organiser un temps défini pour elles. En soit-ce n'est pas compliqué, on donne deux médicaments et on surveille. Maintenant si ça beurre, il faut aussi un parachute de sécurité avec l'hôpital pour qu'on puisse adresser nos patientes rapidement. Après il faut respecter aussi la morale de chaque médecin, ne pas l'imposer mais le proposer. En tant que conseiller nous sommes déjà d'une grande aide je pense, si l'on fait déjà la première consultation correctement et dans les clous, c'est du temps de gagné pour l'hôpital et pour nos patientes. On a fait une plateforme COVID, on pourrait faire quelque chose d'équivalent pour informer que tout est ok, l'information est donnée, le consentement aussi. Par exemple

- Comment pourrait-on améliorer la prise en charge des médecins généralistes sur l'IVG ?

Et bien déjà il faut qu'on soit informé sur toutes les possibilités, qu'on puisse avoir toutes les cartes en mains. Les lieux, les praticiens...

- Seriez-vous intéressé par la création d'une formation ou d'un outil comme antibioclic?

Hésitation

Une formation, je pense qu'elle serait plus pour les gens véritablement prêts à inclure l'IVG dans leurs pratiques, pour les confrères qui souhaitent le faire en cabinet. Avec des rappels théoriques et pratiques, des rappels sur la prise en charge sécu et un apprentissage pour tout le côté administratif par exemple. Comme je l'ai dit pour la prise en charge de l'humain c'est plus du développement personnel, c'est propre à chacun, une formation dédiée non, un échange avec une psychologue pourquoi pas.

Je serais plus réceptif à un outil informatique personnellement. Si c'est comme antibioclic, quelque chose d'intuitif, ce serait très intéressant.

- Qu'aimeriez-vous y trouver ?

Oh et bien on pourrait déjà avoir accès aux coordonnées des praticiens les plus proches pour une IVG en ambulatoire. J'aime bien vérifier une info avant de la donner alors un bref rappel sur les procédures et les particularités peu aussi être intéressant surtout si l'on pouvait officialiser cette première consultation avec le médecin généraliste avant d'adresser à un centre pour la prise médicamenteuse et la surveillance.

La priorité c'est l'annuaire, ensuite le bonus c'est le déroulant avec les explications de prises en charges, rappel des bios et éléments nécessaires pour la pratique de l'IVG.

- Pensez-vous qu'il y a un intérêt dans la démarche ?

Oui je pense (rires), si nos patientes y sont favorables, et que leur demande va dans ce sens, alors on doit se donner les moyens de créer quelque chose. Personnellement, je ne souhaite pas pratiquer l'IVG, mais je pense qu'il est important qu'on les accompagne correctement pour éviter de créer une détresse supplémentaire par la suite.

E5

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : semi-rural

Type d'activité : Seule

Sexe : F

Age : 34

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Avez-vous des patientes venant consulter pour des demandes d'IVG ? et à combien estimeriez-vous le nombre de consultation ?

J'en ai eu oui, je pense moins de 10 en 6 ans d'exercice. Je dirais 2 ou 3, dont je me souviens bien.

- Quelle démarche avez-vous adopté avec ces patientes ?

Alors, les deux fois c'était des contextes différents. Les deux étaient en tout début de grossesse et elles sont venues pour me dire qu'elle voulait une IVG. Je les ai vu en consultation et je leur ai expliqué qu'il fallait aller à l'hôpital, parce que moi je ne suis pas formée. Je leur ai dit qu'il y aurait une première consultation de demande d'IVG, ensuite un délai de réflexion de 7 jours, et au bout des 7 jours, elle devrait confirmer ou ne pas confirmer la demande. Après moi je leur ai donné mon avis personnel sur l'IVG, alors il ne faut peut-être pas le faire mais j'ai dit que c'était une décision très importante, qu'elles prennent le temps de la réflexion. S'il y a ce délai de réflexion de 7 jours, ce n'est pas pour rien, il y en a besoin, qu'elle devait peser le pour et le contre, voir le contexte de vie dans lequel la demande s'inscrit. Vraiment essayer de voir quelles sont les raisons qui poussent à l'IVG.

- Est-ce vous qui avez pris des rendez-vous pour elle ou vous leur avez transmis des coordonnées ?

Je n'ai pas pris rendez-vous pour elle, je leur ai dit où il faudrait qu'elle téléphone, et ou aller.

Prend spontanément la parole après quelques secondes.

Moi parfois je reçois des tests de grossesse positifs et du coup je dis « est ce que c'est une bonne ou une mauvaise nouvelle ? » Voilà, on ne sait jamais.

- Etes-vous satisfaite des prises en charge actuelles sur les patientes demandeuses d'IVG ?

Moi je suis satisfaite, les solutions me conviennent parce que moi je ne me sens pas du tout à l'aise dans la pratique d'une IVG. La prise en charge hospitalière c'est très bien.

Hésitation

Le problème de l'IVG c'est qu'il y a aussi les convictions personnelles qui entrent en ligne de compte et moi, personnellement je ne me vois pas du tout faire une IVG médicamenteuse à mes patientes, par mes convictions personnelles. Pas par difficulté pratique ou théorique, je sais que je peux me former mais je n'ai jamais voulu. Je sais que c'est quelque chose que je n'arriverai pas à assumer.

- Estimez-vous que ce sont des consultations complexes ?

*Pour moi ce n'est pas la consultation qui est complexe, c'est la situation. La situation de la femme à ce moment là est compliquée. Je pense que demander une IVG ce n'est pas anodin, il faut déjà avoir le courage de venir. Assumer le « je suis enceinte et je ne veux pas garder cet enfant », c'est quand même un peu contre nature pour une femme. Donc pour moi c'est pas la consultation qui est compliquée mais plus la situation de la femme. Et Après c'est tout l'art de l'accompagnement dans la bienveillance malgré tout, même si.. (**hésitation**) et dans le non jugement finalement. Mais je ne trouve pas ça complexe. C'est un accompagnement difficile. Là c'est propre à chacun et ça peut nous mettre en difficulté. C'est des consultations qui marquent.*

- Utilisons alors le terme difficile plutôt que complexe, est-ce que à ce moment là en tant que médecin, vous étiez en difficulté ? mal à l'aise par exemple ?

*En fait (**soufflement et silence de quelques secondes**) c'est le côté empathique qui est compliqué à gérer. La décision de la femme lui revient à elle, je n'ai aucune responsabilité là-*

dedans. Mais on reçoit une femme en état de souffrance aigue en général, et c'est ça qui est difficile à gérer ; gérer la souffrance de la femme à ce moment-là. Apaiser la souffrance de la femme à ce moment-là. Les patientes sûres d'elles et de leurs choix, je pense qu'on les voit pas, elles vont directement à l'hôpital. Les patientes que j'ai vu dans ce contexte-là, c'est des patientes qui avaient confiance en moi et qui du coup sont venues m'en parler à cœur ouvert, probablement pour avoir aussi mon avis sur la question. Mon avis peut ou a pu influencer leurs décisions par la suite.

- Dans cet accompagnement justement, diriez-vous que les médecins généralistes sont bien formés ? c'est quelque chose ou vous êtes à votre aise ?

Ça je pense que c'est personnel. Je pense que la manière d'accompagner ces femmes, ça dépend de son propre vécu. Je ne pense pas que c'est une question de formation.

- Et sur la partie plus théorique ? sur les explications des différentes méthodes ?

Ah, d'un point de vue pratique, je ne connais pas toutes les structures qui existent dans le coin. Moi j'oriente vers le CMCO ou Hautepierre. Après il y a aussi le planning familial mais c'est plus pour les plus jeunes je dirais. Mais on devrait leur parler de toutes les possibilités. Regarder la situation de vie actuelle. Je ne pense pas que ce soit toujours un problème social, ça dépend de chaque cas, c'est plus un accident de la vie, ça ne met pas forcément en péril la situation financière de la famille par exemple. Mais si c'était le cas, peut-être que là effectivement on pourrait agir. Nous donner plus de cartes en mains pour les aider dans leurs choix, plus de réponses concrètes, plus de contacts.

- La procédure d'IVG médicamenteuse vous semble claire ?

Je sais leur expliquer les grandes lignes des deux méthodes. Médicamenteuse et chirurgicale. Moi j'ai en tête personnellement, que l'IVG médicamenteuse est possible jusqu'à la 8eme semaine d'aménorrhée. Et après la chirurgicale c'est par aspiration. La méthode médicamenteuse je leur dis qu'il y a la première consultation puis 7 jours après, à ce moment, elles prennent un comprimé qui va faire que le cœur du fœtus s'arrête. Et 48h après, il me semble hein, un deuxième médicament qui va provoquer des contractions pour expulser l'embryon qui est mort.

- Proposez-vous de faire l'IVG en libéral ?

Non parce que je ne saurais pas où adresser, j'aurais une idée mais c'est vrai que la question ne s'est pas posée à ce moment-là. Il n'existe pas de réseau de libéral. J'aurai fait jouer une

connaissance personnelle qui je le sais à fait une formation sur les IVG à domicile et du coup je sais qu'elle le fait. Mais ce n'est pas un réseau.

- S'il existait un outil vous permettant d'avoir accès à un réseau, ce serait intéressant pour vous ?

Hésitante et silence de quelques secondes.

Ce serait intéressant oui, pourquoi pas. C'est au libre choix de la patiente. Ça fait partie de la proposition à faire. C'est-à-dire que pour faire une IVG, du coup on peut aller ou à l'hôpital, ce qu'on fait classiquement ; ou il y a une possibilité de faire une IVG médicamenteuse en ville, donc à la maison ou en cabinet de gynéco ou médecine générale. Proposer cette solution là à nos patientes, ça fait partie de nos obligations aussi finalement.

- A l'avenir, quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste dans le protocole de l'IVG ?

Réflexion de quelques secondes.

Ça ne doit pas venir du médecin. Je pense que l'impulsion doit venir du patient, ça ne doit pas venir du médecin. On ne peut pas forcer les gens à venir nous consulter sur ça. La question c'était quoi ?

Moi : nous faisons le point sur les études faites chez les patientes, sur leur avis concernant les IVG à domicile.

- Comment pourrait ou devrait s'impliquer le médecin généraliste selon vous à l'avenir ?

Si la demande existe alors oui pourquoi pas avoir un rôle plus actif. Mais moi personnellement je ne me vois pas impliquée dans cette démarche. Il y a ce côté sécuritaire de l'hôpital avec la possibilité d'échos et de suivis sur place. En libéral, je ne suis pas en capacité de vérifier s'il y a un reste dans l'utérus. Qu'est-ce que je fais-moi en cas de problème ? je réadresse à l'hôpital ?

Moi : explication sur la procédure mise en place pour les libéraux.

D'accord, bon c'est pas mal oui si nous avons la possibilité d'avoir un lien garanti avec l'hôpital. Après moi je ferais de l'accompagnement.

Maintenant je pense que le grand avantage du libéral, c'est qu'elles ne sont pas un simple numéro, ce n'est pas l'IVG numéro 3 du jour par l'interne de médecine générale qui est là ce

jour-là. Il y a une humanité plus importante si on peut le faire à la maison et sans doute que l'on pourrait offrir un bon suivi. Mais j'ai du mal à voir comment on peut organiser ça dans notre quotidien. Dans mon quotidien je ne sais pas comment j'organise ça. Ça se rajoute à toutes les autres situations de médecine générale, et malheureusement si on veut bien faire notre boulot dans cette situation spécifique, il faut qu'on ait du temps. Et moi à l'heure actuelle j'aurais du mal à l'avoir. Moi j'ai toujours laissé la porte ouverte, voilà je ne peux pas faire l'acte je ne suis pas formée pour, mais on va se revoir après que ça ait eu lieu pour voir comment vous vous sentez. Ça en tant que médecin généraliste on peut le faire, moi je le fais spontanément.

Après une réflexion de quelques secondes. Reprend spontanément la parole.

Maintenant bien cadré et organisé, oui je pense que c'est possible de tout faire nous. Mais il nous faut un boulevard tout préparé.

Le plus important reste quand même de les accompagner. Je pense que dans notre capacité de soutien psychologique et émotionnel, il y a une part d'innée. C'est difficile à apprendre. Après c'est une démarche personnelle de vouloir l'améliorer. Moi j'ai fait des groupes Balint quelques années et ça m'a beaucoup aidé dans mon relationnel. Quel que soit le thème, ça reste de notre initiative. Il y en a qui sont intéressés et d'autres non. Est-ce qu'on est bien formé ? Non. Mais de toute façon on n'est pas formé dans la communication dans les études de médecine, quel que soit le domaine. C'est nos parcours de vie à chacun et chacune qui nous donne cette capacité d'accompagnement.

Par exemple, est-ce que j'ai bien compris ou non leur demande ? Je ne sais pas, j'ai fait ce que je pensais être le mieux, mais oui j'y pense après.. Est-ce que j'ai bien fait ? c'est la question qu'on se pose tous finalement. Pour la manière d'accompagner ces femmes, je pense que c'est personnel, ça dépend de son propre vécu. Je ne pense pas que c'est qu'une question de formation, c'est une démarche personnelle. Mais je pense que dans certains cas, ça peut provoquer un malaise chez le médecin, un problème éthique ou moral, voir un conflit interne qu'on encaisse. A la longue, ça peut perturber.

- Seriez-vous intéressé par la création d'une formation ou d'un outil informatique ?

Pour une formation non, moi personnellement je n'ira pas parce que je ne souhaite pas m'impliquer plus dans la démarche d'IVG. Je ne vois pas trop l'intérêt pour ma pratique.

Alors pour ceux qui sont intéressés, développer des groupes de paroles pour exprimer nos difficultés, nos ressentis et avancer dans notre psychologie interne oui c'est fondamental. Mais comme dit c'est propre à chacun. Le proposer pour la gestation et l'IVG, c'est une bonne idée, ça nous donne plus de moyens pour comprendre la souffrance à l'instant T où même de mieux anticiper les interrogations et les peurs. Mais nos parcours de vie sont la part essentielle de notre capacité à accompagner nos patientes.

Soufflements et croisements de bras.

Après pour ceux que ça intéresse de pratiquer, je mettrais plus des données pratiques et théoriques. Sur qu'est-ce qu'une IVG médicamenteuse, à combien de SA, qu'est-ce que c'est la technique chirurgicale... Mais l'idée de l'outil informatique, là je trouve que oui ce serait intéressant pour moi.

- Qu'est ce que vous aimeriez retrouver dans l'outil informatique ?

Un outil, comme gestaclic. Avoir un menu déroulant, dire la date des dernières règles et ensuite avoir un algorithme décisionnelle clair. Qu'on puisse trouver le déroulé des évènements et pouvoir l'expliquer à la patiente. Ça permettrait de rajouter d'autres questions aussi, avoir un rappel sur des questions types, à ne pas oublier. Sur la situation sociale de la personne par exemple. Si on pouvait avoir des pense bêtes pour ne rien oublier ou négliger. Ça nous permettrait une vue globale et rapide.

L'autre gros intérêts, ce serait d'avoir un annuaire qu'on pourrait consulter pour avoir les coordonnées des professionnels et centres de santé qui peuvent prendre en charge nos patientes. Ça éviterait à la femme de chercher elle-même les infos alors qu'elle n'est déjà pas dans une phase facile. On lui prépare tout, on lui donne des numéros et des contacts. Il faudrait qu'on puisse trouver, gynéco, psychologue, sage-femme, assistante sociale ou structure sociale proche de chez elle. Le plus important du coup ce serait de développer ce réseau libéral, de créer une route bien organisée, simple d'utilisation, avec des contacts fiables et disponibles pour nous et nos patientes.

- Pensez-vous qu'il y a un intérêt dans la démarche ?

Oui, parce qu'on est forcément confronté à ce sujet. On est forcément confronté à ces situations, on garde dans un coin de notre esprit qu'on peut être amené à répondre à ces demandes, Qu'on le veuille ou non. Il faut sans doute qu'on favorise l'humanité dans cette démarche et l'accompagnement tout en respectant les convictions et capacités de chacun.

E6

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : Rural

Type d'activité : Seul

Sexe : M

Age : 67

Lieu d'exercice : Haut-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

Moi j'ai fait partie de la génération où la loi d'autorisation de l'IVG est passée, et j'étais en gynéco à ce moment-là. Et surprise, c'est que quand on était de garde avant la loi, on était chaque fois réveillé pour faire un curetage d'urgence. Puis la loi est passée et on a passé des nuits tranquilles. Plus d'urgences, moins de drames.

*La deuxième chose c'est que l'hôpital public a été obligé d'appliquer la loi, mais on ne pouvait pas demander au médecin de le faire. Beaucoup ce sont retirés derrière la clause de conscience. Moi non, je l'ai fait, j'étais interne et je faisais une dizaine d'aspiration par matinée. Et je faisais des consultations, 8j avant, pour le délai et puis après faire. Pourquoi j'ai fait, pourquoi j'avais pris cette décision. Parce quand j'ai démarré à l'hôpital, en faisant la visite on est allé dans une petite salle où il y avait une femme de 36 ans sous respirateur. Le médecin nous dit, si vous voulez couper la machine faite, elle ne reviendra pas... **(silence de quelques secondes)** Dur dur. J'ai demandé à l'interne qu'est ce qui lui était arrivée. Et bien elle avait eu une septicémie à Perfringens. Ça a fait tilt, c'était suite à un avortement clandestin et 2 ou 3 jours après elle est décédée. Ça a laissé une femme de 36 ans mère de 3 enfants sur le carreau. Et je me suis dit, si moi en tant que professionnel de santé je peux aider, je peux éviter ça et je peux aider les femmes à le faire, je le ferai. Et donc en 75 j'ai commencé et j'ai fait mon stage en gynéco. Mais c'était quelque chose de tabou longtemps ; à l'hôpital dans les autres services on n'en parlait pas trop de ça et les femmes étaient en souffrance. Certains médecins ne voulaient*

pas en entendre parler. Avant la loi Veil, il était possible de demander à un psychiatre de voir les femmes et de faire l'interruption mais c'était long et fastidieux. Avant la loi Veil tout test de grossesse positif non suivi d'accouchement était passible de prison, ça vous n'avez pas connu. C'était terrible, on dépendait d'une loi datée de 1920, après-guerre, dans un contexte différent. Les femmes ont souffert de ça, il y a eu beaucoup de morts et de ratés.

Après je pense que ça reste toujours un drame, qu'on ne s'en remet pas trop. Pour les femmes, c'est un drame. Pour les médecins je comprends qu'on ait une éthique, mais en tant que professionnel de santé il faut aussi s'occuper de ce problème, on n'a pas le droit de se mettre des œillères et de passer son chemin. Ce serait revenir à une triste époque. J'ai commencé ma 45ème année de pratique, on évolue et c'est bien mais on doit être vigilant sur ces problèmes qui à une époque ont été dramatiques.

S'adosse à son fauteuil, silence

Quand on réécoute le discours de Mme Veil, elle disait les femmes ne font jamais ça par plaisir. (hésitation) Moi ce qui m'inquiète dans l'histoire, c'est qu'on reste à 200 000, malgré les contraceptions, la pilule du lendemain.. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi ça ne baisse pas (soufflement). Je suis conscient qu'on peut le faire avec les médicaments et si on ne le fait pas plus, je suis convaincue que c'est un problème d'organisation. Dans un pays comme celui-ci, très catholique, Sainte Hippolyte ça veut dire quelque chose (rire), je me rends compte que je n'ai pas été souvent confrontée à des demandes.

- Avez-vous eu des patientes venues consulter pour des demandes d'IVG ?

J'en ai eu oui. Il y a eu des demandes, mais c'est toujours... (Soufflements, hésitation). Je ne sais pas comment il faut faire, mais c'est toujours un souci de communication avec les gens. Ça rejoint tous les gestes techniques que moi j'ai fait en exercice et qui sont maintenant à l'hôpital. Et l'hôpital n'est pas bon pour ça, parce que c'est angoissant l'hôpital. Ensuite on est en Alsace, et en Alsace on a beaucoup d'hôpitaux. Alors tous ces gestes ces réflexes on les a perdus. On est mal à l'aise, on ne sait plus. Et on se tourne trop souvent et trop rapidement vers eux. Et l'hôpital finit par déborder et ça n'en finit jamais.

- Sur l'ensemble de votre carrière, vous les estimez à combien ces consultations ?

Oh pas beaucoup, pas beaucoup. Une dizaine je dirais qui sont venues pour ça. J'ai plus eu de patientes qui sont venues suite à leurs IVG. Il y avait un couvercle sur ces problèmes-là. Moins aujourd'hui mais il y en a toujours. Alors elles venaient après, parce que ça n'allait pas, elle

n'était pas bien et avaient besoin d'en parler, elles ne pouvaient aller nulle part dans leurs têtes. L'échappatoire c'est nous.

- Et comment vous avez pris en charge ces demandes ?

*Ce qui m'embête c'est que je ne connais pas cette technique du libéral, je ne connais pas le filon. Alors je regrette, mais moi je passais toujours par l'hôpital (**soufflement**). A l'heure actuelle si on vient me voir pour ça, c'est qu'elles n'ont pas eu de rendez-vous à l'hôpital dans les délais. Donc après c'est à moi de me débrouiller. Comme moi je suis pas du tout à l'aise avec cette technique médicale (**haussement d'épaules**) je me tourne vers l'hôpital, Colmar et Sélestat. Et j'organise le suivi, mais c'est long aussi.*

- Comment s'est déroulée la consultation ?

Hésitation

Euh, j'ai l'impression que quand elles ont ce problème et qu'elles viennent, elles ont déjà décidé. Elles viennent simplement se rassurer et demander confirmation, ou que je me mette de leurs côtés, ou que je ne les juge pas. J'ai l'impression que la décision est déjà prise. Après, pour l'organisation technique, ce n'est pas trop ce qu'elles demandent. Elles viennent plutôt pour se référer à nous, pour qu'on les accompagne, qu'on les soutienne. Alors c'est beaucoup de psychologie, de communication, de bienveillance et de compréhension.

Je n'aborde pas le côté technique, déjà je n'ai pas appris.

- Etes-vous à l'aise sur ce versant psychologique ?

*Ça je... (**hésitation**), je me sentirais plus à l'aise, parce qu'il faut déculpabiliser, essayer de déculpabiliser. La religion catholique est moins présente, on est moins sous influence. Mais dans nos normes latines, ça reste quelque chose de mal, quelque chose de contre nature. Et ça participe à mettre la femme dans une spirale de souffrances. C'est notre boulot de professionnel de santé que de les accompagner et de mettre à part ces codes de sociologies.*

- Estimez-vous que ce sont des consultations complexes ?

*Oui, sans hésitation. Oui, parce que ça touche à l'intime et que c'est (**hésitation**). J'ai l'impression que ce sont les femmes qui décident mais qu'en même temps elles n'ont pas le soutien qu'elles espéraient de leurs familles, de leurs maris ou du conjoint. Alors après c'est nous, et c'est surtout ne pas juger, ne pas dramatiser. C'est déjà un gros problème et il faut qu'on soit bon. Ça nous met en difficulté, ça nous oblige à nous poser des questions. Comment*

leur parler, comment les rassurer, comment être un bon médecin sans faire peur, sans oublier d'être professionnel. Pour exemple, quand je faisais les consultations pré-IVG, une femme m'a demandé si je cherchais à lui faire peur après lui avoir expliqué tous les risques liés à l'IVG, ça m'a posé question. Ça nous remet en question parce que ça touche aussi à notre moral, à nos convictions, à la manière dont on s'exprime quand on est dans notre rôle de médecin.

Je pense que cette technique médicamenteuse est une bonne chose parce que c'est moins traumatisant, mais ça ne veut pas dire qu'on doit se contenter de ça. Si on peut éviter, il faut éviter. Quel que soit la technique d'interruption de grossesse, il faut éviter. C'est notre rôle de faire de la prévention, là on doit être plus que bon. On doit aborder le travail d'amont, la contraception. C'est vraiment très important. Le médecin généraliste est en première ligne, c'est nous qui pouvons faire baisser cette courbe, comment faire je ne sais pas. Mais la contraception c'est à essayer, il faut sensibiliser les médecins. C'est un problème que je me pose depuis longtemps, comment faire pour faire diminuer cette courbe.

Silence de quelques secondes

*Chez nous, on a tendance à mettre des codes sur les choses. L'éducation sexuelle c'est quelque chose qui rend mal à l'aise les jeunes, ça peut même nous rendre nous mal à l'aise. Aborder le sujet de la sexualité en général on a l'impression que c'est une montagne à gravir. Ce n'est pas pareil dans les pays anglophones par exemple, ce n'est pas la même culture. Posez-vous facilement la question des pratiques sexuelles à vos patients pour les MST par exemple ? **(Rire)**, c'est des sujets où on est mal à l'aise.*

- Etes-vous satisfait de la prise en charge actuelle des patientes ?

*Je crois que ce n'est pas encore top. **(hésitation)** Je crois encore une fois qu'on est un pays latin et qu'on a pas encore d'explications correctes, normales, basiques et sans mettre de connotations quelconques derrière. Ça reste **(hésitation)**, c'est toujours encore occulté. L'IVG c'est toléré.*

Tout d'un coup avec l'arrivée de la pilule, la liberté sexuelle existait. Et on n'a pas préparé ça.

Avec cette histoire il faut qu'on arrive à régler le problème de cette diminution du nombre d'interruption de grossesse. Ce n'est pas un geste banal et si on peut l'éviter il le faut. Le médicamenteux à domicile, ça évite l'anesthésie, ça évite l'hospitalisation, ça peut diminuer le stress lié à cet événement. Mais ça ne suffit pas.

- Comment on pourrait améliorer cette prise en charge ?

Personnellement j'avais une barrière pendant longtemps, j'ai consulté de 76 à 91 en blouse. En 91 j'ai fait un stage de communication et j'ai retiré ma blouse. Mais ça, on n'apprend pas en faculté de médecine. On n'apprend pas le savoir être, l'empathie qu'on doit avoir. Pas la sympathie, la sympathie c'est taper sur l'épaule. La sympathie c'est simple, avoir de l'empathie et une bonne empathie, ça s'apprend, ça se travaille. Pour que les gens se sentent à l'aise, qu'ils se sentent bien. C'est un problème personnel à travailler. Mais il faudrait peut-être que la faculté s'occupe du savoir être, pas que de donner des cours et des techniques. Pour qu'elles sentent qu'elles puissent nous parler sans contrainte, on doit être bon tous les jours en communication. La confiance est un lien à créer et à entretenir.

- Selon vous quelle place le médecin généraliste pourrait ou devrait-il occuper ?

Réflexion de quelques secondes

*Une caractéristique générale du médecin généraliste, il devrait être (**hésitation**), il faut que les gens sentent qu'il est ouvert. Qu'il est sérieux mais pas juge. Dans n'importe quel domaine. Pour que quelqu'un puisse se confier il faut qu'on soit à l'écoute. Pour ensuite l'accompagner dans tout le processus. Souvent les gens vous disent quelque chose d'important sur le pas de la porte. Là elles viennent pour quelque chose d'important, et il faut se prendre le temps de les soutenir et de les accompagner. Il faudrait les suivre, les amener jusqu'au bout du chemin. Après tous les médecins ne doivent pas être dans le même moule. Tous les médecins ne veulent pas s'occuper du problème jusqu'au bout. Mais celui qui est prêt à s'en occuper, qui est prêt d'une manière générale à lâcher sa technique et à rester humain, il faut qu'il y aille. Quand elles nous racontent leurs histoires, ça touche à l'humain, ça fait écho à des choses qu'on a peut-être connu ou vécu et ça nous touche. Il ne faut pas qu'on perde notre professionnalisme mais il ne faut pas que le professionnel occulte le reste non plus.*

Donc je dirais pour moi, on a principalement ce rôle de prévention, rôle majeur et primordial, de soutien, d'écoute et d'accompagnement. Et pour ceux qui veulent et qui ont les capacités de le faire, on pourrait s'occuper de l'ensemble du processus.

- Est-ce un frein d'être un médecin homme ?

Oui, ah oui.

Silence de quelques secondes

Pourquoi, ça je crois que ça dépend de la nature humaine. Moi ce qui m'a posé problème c'est que je savais faire l'examen gynéco, j'étais à l'aise là-dedans. Mais les femmes ne recherchaient pas le geste technique, et donc j'étais freiné dans cette histoire. Ce n'était pas ma technique qu'on recherchait, c'était un conseil et c'est la même chose quand un homme vient parler à un médecin femme de troubles érectionnels. Le patient attend peut-être la compréhension de quelqu'un qu'il estime pouvoir comprendre son problème parce qu'il est son égal.

C'est quelque chose d'intéressant. Je ne sais pas comment s'est ressenti chez les jeunes ce problème d'IVG. Mais il ne faut pas lâcher, ça ouvre à de bonnes discussions.

- Si une formation venait à se créer, que devrait-on y trouver ?

Des rappels sur l'anatomie, la physiologie et le protocole pratique quand même. (Rire) Pour ceux qui veulent le faire, être dans un lieu où ils font pour qu'on regarde comment ils font, et le faire ensuite là-bas avant d'être lâché dans la nature. Pour tout le monde, il faut pouvoir parler à des gens qui savent, des gens qui ont l'habitude. On doit pouvoir échanger et apprendre de personnes compétentes. Eux ils ont rencontré les problèmes, ils ont vu tout ce qui pouvaient arriver. On doit être préparé à tout ça pour que les femmes puissent le faire à domicile dans de bonnes conditions, sans être traumatisant. Et surtout il faut parler de prévention, de contraception.

Après comme on en a parlé il faut du savoir être et de la communication. Il faut pouvoir apprendre la gestuelle et savoir se comporter en médecin humain. Il faut des gens qui savent transmettre, qui savent être et qui ne se réfugient pas derrière des techniques. Bien sûr toutes les femmes ne veulent pas s'étendre sur leurs problèmes, il faut le sentir et l'accepter.

- Dans le cas de la création d'un outil informatique, qu'aimeriez-vous y trouver ?

Oh je ne suis pas de la génération qui sait manier correctement un ordinateur (rire). Alors je ne sais pas trop.

- Si on faisait un référencement de professionnels par exemple ?

Des gens qui savent (rire). Des coordonnées de professionnels à appeler pour que les bonnes conditions de réalisation soient réunies. C'est une bonne idée, il faut des intervenants, des radiologues, l'hôpital référent. Il faut que ce soit coordonner pour éviter que tout le monde se marche dessus.

- Pensez-vous qu'on devrait rajouter quelques rappels théoriques ?

C'est intéressant oui, c'est vrai qu'à ce moment-là par exemple on ne pense pas forcément à l'incompatibilité foeto-maternelle et après on s'en veut ! Aujourd'hui c'est plus un problème mais dans ce contexte là il faut y penser. Alors des rappels de choses essentiels c'est très bien.

- Pensez-vous qu'il y ait un intérêt dans la démarche ?

Moi je suis un adepte des formations, mais il ne faut pas reproduire ce que la fac fait. Faut pas reprendre toute la théorie. Il faut faire travailler les gens en discutant et ensuite faire la synthèse, et réexpliquer le cours magistral de manière adapté au participant. Mais si vous vous lancez là-dedans, c'est quelque chose qu'il faut vraiment faire et inventer avec en corolaire la contraception. C'est un sujet intéressant. Ça dépend de l'activité du médecin, je pense que c'est plus important en ville qu'en campagne. Mais en campagne il faut quand même qu'il y ait une écoute.

- Vous faites toujours de la gynécologie dans votre pratique ?

Plus maintenant, parce que je suis un dinosaure et que mes patients sont âgés, les jeunes sont partis en ville. Mais avant j'en faisais oui, j'ai même fait des accouchements.

E7

Caractéristiques :

Type d'entretien : Visio-conférence

Milieu d'exercice : Rural

Type d'activité : Association

Sexe : F

Age : 57

Lieu d'exercice : Haut-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

Jusqu'à présent j'ai fait beaucoup de gynéco et je recevais régulièrement ce type de demandes. Tant que j'avais un hôpital de proximité qui était l'hôpital de Thann, qui a une maternité et quand même encore des consultations, j'envoyais très régulièrement là-bas parce que c'est à 6 km de Wittelsheim. Et je travaillais ensuite surtout avec l'hôpital de Mulhouse, mais effectivement c'est toujours un peu plus compliqué d'avoir accès au centre d'orthogénie et de pouvoir avoir le rendez-vous. C'est effectivement un frein et c'est surtout un frein logistique. Moi j'avais aussi une clientèle un petit peu étrangère et dans ce type de population je pense que ça peut tout à fait être un bien fait.

- Donc vous aviez quand même régulièrement des patientes qui venaient en première consultation chez vous pour une demande d'IVG ?

*Bien sur oui, très régulièrement (**exclamation**). J'ai une activité gynéco, je pose même des stérilets donc j'ai une activité gynéco relativement importante. Déjà en tant que femmes, je me sens concernée et puis je suis installée avec mon mari qui lui n'en fait pas du tout, donc elles venaient préférentiellement chez moi.*

- En termes de fréquence, vous estimeriez à combien ces demandes ?

Des demandes, en général, je dirais une à deux par mois.

- Quelle était votre démarche avec ces patientes ? Comment les prenez-vous en charge ?

Alors la prise en charge c'était déjà de contrôler le test par un test labo. Ça c'était la première chose et puis ensuite d'emblée je leur demandais ce qu'elles envisageaient. Certaines étaient hésitantes, d'autres non il y avait les deux, c'est-à-dire quelques fois il y avait des ambivalences, et il faut bien les accompagner ces patientes-là. Ça ne se fait jamais de gaité de cœur, quelle que soit la femme. C'est très rare celles qui vont comme ça, presque froidement faire leurs IVG. Dans l'immense majorité des cas, c'est un choix contraint. Si on pouvait être comme la reine d'Angleterre les mettre au monde et puis ne pas avoir tout le reste à envisager, je crois qu'il y aurait nettement moins d'IVG (Rires).

Bon sinon pour mes patientes après avoir fait le tour de leur situation et fait le point avec elles, elles avaient un courrier. Un courrier pour Mulhouse, avec un rendez-vous. Ma secrétaire leur prenait directement un rendez-vous. Et elles avaient aussi de l'autre côté une prescription pour la biologie pour une éventuelle déclaration de grossesse. Elles avaient les deux, les explications sur toutes les possibilités. Elles revenaient me voir si elles le souhaitaient ; si elles en ressentaient le besoin où si finalement elles voulaient poursuivre la grossesse. Et c'est déjà arrivé aussi plus d'une fois ! (exclamation)

- Est-ce que vous avez déjà proposé une méthode ambulatoire à domicile ? En avez-vous déjà parlé ?

Hésitation

Je ne le proposais quasiment jamais. Parce que mon frein, c'est quand même la prise en charge de la suite des saignements. Il faut quand même leur expliquer que dans certains cas ce n'est pas parfait et il peut y avoir de gros saignements, et il y a aussi des personnes chez qui je savais qu'il y aurait trop de difficultés pour aller à l'hôpital si ça se passait mal.

Silence de quelques secondes

De toute façon il aurait fallu faire un deuxième courrier pour ça au cas où. Tout en ayant fait beaucoup de gynéco, moi je vois un frein. En termes d'effets indésirables je serais pas tranquille. Il faudrait le faire début de semaine pour que tout soit accessible, c'est des contraintes particulières parce qu'il faut être disponible. En médecine générale, on est vite débordé. On doit sélectionner aussi quelle patiente peut le faire, estimer les risques.

- Quelle est votre niveau de satisfaction sur la prise en charge actuellement proposée ?

Disons que les délais sont parfois un peu longs et contraints. Clairement. Il y a aussi une limitation de rendez-vous, disons une difficulté dans la démarche de la prise de rendez-vous. C'est pour ça que je passais par ma secrétaire. Sinon je perdais trop de temps. En plus ma secrétaire ayant travaillé en maternité, elle avait encore ces entrées donc c'était encore un peu plus facile et même là c'était parfois vraiment compliqué d'avoir un rendez-vous dans les délais. En général c'est aussi pour ça que je prenais moi les rendez-vous pour éviter que mes patientes se dépatouillent avec les différents secrétariats. Surtout avec certaines populations un peu plus fragiles ou des populations étrangères, dans ces contextes-là quoi.

Silence de quelques secondes

Elles abordent souvent le sujet une fois que tout est terminé. Elles me racontent comment ça s'est passé. En général elles revenaient pour la prescription des arrêts de travail suivant l'IVG comme l'hôpital de Mulhouse refuse de les faire. Je leur disais d'emblée que je leur mettais 48h minimum, je trouve ça un peu violent de les renvoyer directement au boulot.

- Estimez-vous que ce sont des consultations complexes ? Ou plus difficiles ?

*Difficiles non en soit (**réflexion de quelques secondes**). Mais sur tout le côté psychologique et humain oui bien sûr. Ce n'est en rien quelque chose d'anodin. J'avais un DU de gynécologie psychosomatique donc c'est en plein dans le sujet. Donc la prise en charge ce n'est pas plus difficile en tant que médecin généraliste. C'est selon les dispositions personnelles d'empathie, de compréhension.*

Vous savez au bout de 40 ans de métier on est plus vraiment perturbé par ce type de difficulté, on sait se mettre à la portée des patientes, on a notre routine. Et puis bon en tant que femmes faisant en plus beaucoup de gynéco, ça ne me posait aucun problème. Mais effectivement c'est un accompagnement qui est difficile, Ça nous demande pas mal de ressources et il faut pouvoir mobiliser ses moyens pour bien les conseiller. C'est pour ça que je dis que selon l'expérience que j'en ai, 9 femmes sur 10 dans d'autres conditions ne feraient pas d'IVG.

- Quelles seraient les points plus sensibles durant ces consultations ?

Je pense que pour aider ces patientes et ce que j'évoquais d'emblée c'est qu'il faut essayer de déculpabiliser au maximum et c'est ce qu'il y a de plus difficile. Vous savez quand on a une carrière longue, on voit des choses difficiles. J'ai vu un parcours très difficile de procréation assisté, après une IVG dans la jeunesse et ça c'est des parcours vraiment très difficile. Et à

partir de ce moment-là, je prenais plus de temps chez les jeunes femmes qui venaient presque dans la précipitation. Il faut quand même un temps de réflexion pour pas les faire dans l'affolement quoi.

- Selon vous le médecin généraliste pourrait ou devrait s'impliquer comment à l'avenir ?

*Comme dit on pourrait les accompagner du début à la fin mais il faut une procédure d'accès facile et prioritaire en cas de complications éventuelles. La difficulté c'est la communication. La coopération entre la ville et l'hôpital n'est pas au beau fixe tous les jours donc c'est quelques fois compliqué de diriger une patiente qu'on a prise en charge en ville dans une filière hospitalière. Je pense qu'un protocole définit avec des guides lines claires, un numéro de téléphone accessibles nous permettraient déjà d'envisager plus sereinement de faire les IVG dans nos cabinets. Un téléphone de garde par exemple avec quelqu'un au bout, gynéco sage-femmes. Avoir un accueil pour nos patientes, qu'elles sachent où aller s'il y a des complications. Tant que cela n'est pas fait, pour moi il est plus raisonnable de prendre la place du conseiller et de l'investigateur du soin. Il nous faut un protocole commun entre la ville et l'hôpital. Vous savez, pour faire de la gynéco, il faut s'investir, il faut régulièrement pratiquer et du coup forcément on sélectionne plus un type de patient. Donc je ne pense pas que tous les généralistes pourraient le faire l'IVG mais ceux qui s'implique vraiment dans la gynéco, eux il faut qu'ils y aillent (**exclamation**).*

Réflexion

Je peux dire, je suis la dernière et la seule de tout mon secteur de garde qui faisait encore de la gynéco. On était pendant longtemps trois, et puis une est partie en retraite, l'autre a arrêté la médecine générale donc j'étais la dernière. Nous on n'a pas de gynéco dans notre secteur direct, le plus proche est hyper débordé. Donc ça devient chaud. Moi je suis un ancien médecin on va dire, j'ai démarré l'activité gynéco à un moment où la population avait plus de difficultés de se déplacer et moins l'habitude d'un gynéco, donc j'ai pu la conserver. C'est sympathique la gynéco, tout n'est pas négatif là-dedans. Un moment donné chez nous, à Thann on a essayé dans la maternité de niveau 1 de mettre en place un système avec les généralistes. Ils ne pouvaient pas faire toutes les IVG et ont demandé qu'on vienne sur place avec un roulement, mais ça n'a pas marché, ils n'ont pas eu la pérennité souhaitée. Il y avait des complications administratives. Bon c'était il y a 10 15 ans.

- Que pensez-vous de la création d'une formation pour améliorer nos prises en charges ?

En tout cas dans mon secteur c'est vital que le médecin s'implique dans la gynéco, c'est ça ou la plupart des patientes sont en rupture de soins. L'IVG rentre indirectement en compte. Si la contraception n'est pas gérée en amont, la demande va augmenter. Donc ce serait une bonne chose que les jeunes médecins soient opérationnels sur le sujet de la gynécologie en général. Déjà il faut une volonté. Ce n'est pas le cas aujourd'hui j'ai l'impression. Mes dernières remplaçantes ne voulaient pas faire de gynéco, même un frottis. Parce que c'est chronophage, qu'il faut une certaine installation. Il faut avoir l'envie de le faire. Et pour les confrères masculins, avec la judiciarisation, il y en a qui peuvent avoir des problèmes et ils sont réticents à toucher à la sphère gynéco. Je suis médecin formateur, donc j'avais des internes. J'essayais de leur donner l'envie de ça mais je ne suis pas sûre que ce soit dans les considérations des jeunes arrivants. Je ne pense pas que ce soit attractif pour les jeunes une formation de ce genre.

- Et un moment d'échanges peut être avec différents professionnels concernés ?

Moi je pense que c'est une bonne initiative. C'est une très bonne chose de pouvoir accompagner l'IVG mais c'est chronophage aussi. Les complications ne sont quand même pas exceptionnelles donc il faut être prêt et avoir de bonnes relations et un encadrement précis. Pouvoir rencontrer, des professionnels impliqués dans ce processus permet d'avoir une idée de comment on peut intégrer l'IVG dans notre pratique. Si un réseau fiable venait à se créer, ce serait une bonne chose.

- Que pensez-vous d'un outil informatique avec possiblement annuaire et déroulé des prises en charges ?

Un outil c'est accessible à tous, tout le monde pourrait avoir accès à ces données. Il ne faut pas que ce soit une contrainte pour nous, il nous faut une ligne directe pour adresser nos patientes, ou une porte d'accès aux spécialistes prêts à s'impliquer avec nous pour ceux qui font les IVG en cabinet. Quelque chose de simple.

Un outil avec numéro de téléphone, mails ce que vous voulez mais au bout il faudrait un médecin ou une sage-femme qui puissent nous répondre vite en cas de problèmes, voir prendre nos patientes en charge directement sans perdre trop de temps dans l'administratif si une procédure hospitalière s'avère nécessaire. L'important c'est de maintenir ce lien, et d'associer des partenaires qui souhaitent s'impliquer dans le protocole d'IVG.

E8

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : Semi-rural

Type d'activité : Association

Sexe : F

Age : 56

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

Prend spontanément la parole

Moi j'ai peu d'exemple sur les IVG, parce qu'on n'en a pas beaucoup je dirais. J'avoue j'en ai une qui a pris ça un peu oléolé, c'était compliqué quoi. Mais c'est intéressant comme sujet. Je ne savais pas qu'on pouvait nous même les faire. La partie libérale est vraiment à développer. Je suis surprise. (hochements de tête) Je peux comprendre que les femmes seraient pour le domicile, le contexte serait peut-être plus favorable effectivement. Le côté psychologique serait forcément positif.

- Avez-vous des patientes venant consulter pour des demandes d'IVG ? Est-ce fréquent ?

J'en ai eu une il n'y a pas longtemps, courant 2020. C'est la dernière que j'ai eu. (réfléchi) Je n'en ai pas eu beaucoup. Mais les femmes venaient pour une demande d'IVG sur des grossesses accidentelles ou non désirées. Par exemple La dernière demande que j'ai eu, c'était pour une dame que je ne suis pas trop. La quarantaine, elle a déjà 4 enfants avec 3 césariennes. La dernière césarienne a été faite en urgence sur une hémorragie. On lui avait dit à l'époque, plus de grossesse. Là c'était la 5eme grossesse, voilà marre de prendre la pilule, elle pensait qu'elle avait passé l'âge.

- En ordre de grandeur, sur l'ensemble de votre carrière, vous estimez avoir plus d'une dizaine de demande ? Moins ?

Largement moins de 10. Après est-ce que maintenant on a moins de demandes parce que toutes les jeunes filles ont un gynéco ? Est-ce qu'elles s'adressent directement à lui en disant j'ai un problème ect.. Mais non non je dirais largement moins de 10. J'en ai 2 bien en tête, une jeune fille et la dame de 40 ans.

- Question prise en charge, qu'est ce vous avez fait ?

Je parle beaucoup. Je fais le point. Avec cette dame de 40 ans par exemple, on a beaucoup discuté. Il y avait un grand conflit psychologique, « ça me gêne de faire une IVG mais médicalement et pour moi et pour mes enfants c'est compliqué et risqué », on sentait le conflit intérieur du « j'aimerais garder mais je n'ose pas » et « je ne peux pas le garder parce que ». Elle avait déjà fait une grande partie du chemin et pensait déjà bien à l'IVG mais elle restait hésitante. C'était difficile, moi je lui ai expliqué que médicalement il y avait un risque pour une grossesse, ensuite c'était la rassurer et la déculpabiliser. Et puis je l'aie adressé à l'hôpital, au CMCO, qui l'a prise en charge assez rapidement. La suite je n'ai rien fait, je n'étais plus dans le circuit.

- Vous avez passé un coup de fil vous-même ? ou donné des coordonnées ?

Elle est venue déjà à 11,5 SA, c'était tardif déjà donc j'ai préféré appeler directement moi pour organiser le transfert.

- C'était chronophage ?

Hésitante

Je ne m'en souviens pas bien, mais ça ne m'a pas choqué donc je dirais que ça allait. Je crois que j'ai eu tout de suite une secrétaire à qui j'ai expliqué le cas et qui a fixé un rendez-vous.

- Donc si vous faisiez un résumé de votre prise en charge, qu'est-ce que ce serait ?

On fait le point ensemble, je l'accompagne dans sa réflexion et sa démarche. Et j'adresse à l'hôpital, je passe le coup de fil et j'envoie mes patientes en centre hospitalier. C'est mon premier réflexe. J'ai toujours procédé comme cela. Je discute surtout avec elle, mon rôle actuellement je le positionnerais plus dans la réassurance et l'accompagnement dans le début de la démarche. Maintenant il faudrait que je me replonge dans l'IVG médicamenteuse pour

voir si je ne pourrais pas les prendre en charge moi quoi. Il faut que je me replonge dedans, voir comment on procède, voir le suivi.

Se penche vers moi et sourit.

- La consultation en elle-même vous avez estimé qu'elle était difficile ou complexe ?

J'étais à l'aise dans le sujet, ce n'est pas un sujet tabou pour moi, mon rôle n'est pas de juger. Ma position sur l'IVG est claire. Je dirais que j'essaye de rassurer les femmes, parce que ce n'est jamais un moment facile. « On décide de.. » Mon rôle n'est pas juger, non. Il y a un choix pour différentes raisons.

Laisse un silence de quelques secondes.

Je pense que dans la plupart des cas, elles vont vers le gynéco mais du coup moi je suis moins dans mon élément quand j'ai une demande comme celle-ci. L'hôpital c'était ma sécurité.

- Quels sont les difficultés que vous avez pu rencontrer au cours de ces consultations ?

J'avoue que je ne maîtrise pas trop le côté technique, même la démarche de l'IVG en elle-même : la demande, le délai de réflexion. Je me souviens qu'il était remis en cause mais je ne sais pas s'ils l'ont supprimé. La démarche j'avoue je ne suis pas très à l'aise. Je ne sais plus vraiment comment ça se passe et je ne pourrais pas donner de bonnes infos à ce niveau-là. Je reconnais que l'hôpital c'est un peu la bouée de sauvetage, ouf j'ai un numéro et quelqu'un va la voir et la prendre en charge parce que là moi je suis moins l'aise. Oui c'est vrai, c'est vrai.

- Vous aviez abordé le côté psychologique avec votre patiente quadragénaire. Est-ce que c'est quelque chose dans lequel vous êtes à l'aise ?

Sur le côté psychologique, j'essaye d'amener le plus d'éléments possibles, de rassurer et de déculpabiliser les femmes. Comme dit, ce n'est jamais un moment facile c'est sûr, on est là pour les aider. Mais il est nécessaire de creuser, de chercher les raisons, et ce n'est pas toujours évident. Il faut bien faire la part des choses, rester dans le non jugement et la bienveillance. Ce n'est pas toujours facile en tant que médecin. C'est pas une évidence pour tout le monde non plus. Et ça peut vite nous bloquer dans notre prise en charge si on n'a pas de plans B.

Mimiques des mains très riches durant le discours.

- Est-ce que vous aviez ressenti un frein du fait de votre position de médecin généraliste ?

Par rapport à mes patientes, peut-être qu'elles sont amenées à ressentir cette peur du jugement de ma part, parce que je les connais, je les vois. Que c'est une situation non naturelle (guillemets avec les mains) Mais à nous de trouver les armes pour les accompagner et les aider.

- Quelle est votre niveau de satisfaction dans la prise en charge de ces demandes ?

Hésitation et soufflements

Avant je dirais que ça m'allait bien, quelqu'un les prenait en charge et s'en occupait. Mais comme on a visiblement le droit de faire des IVG médicamenteuses, j'aimerais me replonger là-dedans pour proposer une prise en charge complète. Maintenant je dirais que je préférerais pouvoir les prendre en charge ; éviter les consultations dans des lieux ou avec des intervenants multiples. C'est mieux pour elle, elles sont déjà dans une passe difficile.

- Selon vous, quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste dans le protocole de l'IVG ?

Une place à part entière. Je pense qu'on a un rôle à jouer. Les IVG chez les personnes qui n'ont pas de grandes histoires gynéco ou des antécédents majeurs, on peut prendre, c'est pour nous. Pour ma dernière patiente de 40 ans, par exemple c'était trop juste niveau temps, ses antécédents gynéco étaient riches, l'hôpital c'était la meilleure option.

Mais ça peut faire partie de notre activité, je pense qu'il faut qu'on puisse s'impliquer dans cette démarche, avec un rôle plus actif.

Moi : Explication sur la procédure médico-légale, sociale et administrative de l'IVG médicamenteuse. Explication du projet de formation ou d'un réseau

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des médecins généralistes concernant l'IVG médicamenteuse ?

Croisement de bras et réflexion, se reprend un fois.

Il faut qu'on puisse développer le réseau libéral, et bien sûr nous remettre à la page pour pouvoir proposer une prise en charge complète. Je ne savais même pas que nous pouvions proposer des IVG médicamenteuses à domicile. C'est dommage. Maintenant que je le sais, forcément j'ai envie de pouvoir proposer cette possibilité à mes patientes lorsque les conditions le permettent. Il faudrait également qu'on puisse avoir des partenariats écho

radios, des contacts avec des psychologues, et facilement, sans perte de temps. Il nous faut une voie bien ouverte et surtout cadrée.

- Seriez-vous intéressée par la création d'une formation sur l'IVG médicamenteuse ?

Bien sûr ! ça nous ouvre un nouveau champ de possibilité. Pour le moment je suis frileuse parce que je ne sais pas, je ne connais pas. Une meilleure visibilité pour les médecins et les patientes, je suis persuadée que ça augmenterait les demandes chez le généraliste.

- Si une formation venait à se créer, vous aimeriez y trouver quoi ?

Moi j'aimerais qu'on puisse avoir un rappel du parcours classique de l'IVG, des méthodes. Nous briffer sur la démarche, et les protocoles. Il n'y a pas besoin d'un rappel pratique, l'examen gynécologique reste pauvre à ce terme-là. Il faudrait voir tout l'aspect administratif également, il ne faut pas que ce soit trop chronophage, il faudrait que tout soit organisé et cadré à ce niveau-là.

- Quels intervenants devraient être présents selon vous ?

Pour les intervenants, je pense que c'est pluridisciplinaire. Pourquoi pas faire venir les médecins généralistes qui ont déjà cette expérience pour qu'ils nous fassent part de leurs ressentis, de leurs pratiques, de leurs problèmes. C'est toujours très intéressant. Quels sont les inconvénients, est ce qu'ils en ont eu.

On devrait pouvoir parler à des gynéco oui, et psychologues évidemment. C'est une situation de détresse pour la femme, et il faut qu'on soit bien armé pour amener à avoir une consultation constructive et coopérative. L'échange devrait être enrichissant pour les deux intervenants de la consultation. Le gynéco a plus d'expériences forcément, il est le plus à même pour nous parler des effets secondaires les plus fréquents, des choix et contre-indications, des méthodes etc.

- Dans le cas d'un désir d'une pratique plus active dans l'IVG, participeriez-vous au programme REVHO ?

Dans l'idéal, ce serait également intéressant qu'on puisse avoir la formation accréditante sur Strasbourg, si je peux éviter de me déplacer trop loin, ça m'arrange forcément. Une ou deux journées.

- Pensez-vous qu'un outil informatique serait aussi intéressant ? Si oui, qu'aimeriez-vous y trouver ?

L'outil je trouve que c'est une bonne idée aussi, pourquoi pas. Il faut qu'on ait une référence, le moyen d'appeler quelqu'un. Cela permettrait d'organiser la voie et le réseau libéral ! Et en cas de complications ou de problèmes, on doit pouvoir être épaulé par nos référents, ou les différents intervenants essentiels. Il faudrait qu'on organise tout de manière à ce qu'on ne les envoie pas à l'hôpital en maintenant un niveau de sécurité acceptable pour les deux parties.

- Comment jugez-vous votre pratique gynéco à ce jour ?

Moi j'avoue je fais de moins en moins de gynéco, parce que la plupart des femmes sont suivies par un gynécologue maintenant. Je fais encore quelques frottis mais voilà ça reste rare.

- Pensez-vous qu'il y a un intérêt dans la démarche ?

Bien sûr, j'espère que ça permettra un développement du réseau libéral, pour nos patientes les bénéfices psychologiques seraient considérables. Il faudrait qu'on puisse repropose un peu de gynéco dans notre pratique.

C'est intéressant, on se pose des questions aujourd'hui, on avance. Bien cadré et si on est l'aise, il faut foncer.

E9

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : Semi-rural

Type d'activité : Association

Sexe : F

Age : 62

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

Me regarde et prend la parole d'elle-même

Moi qu'est-ce que je fais si une patiente venait me consulter pour une demande d'IVG ; J'appelle mon gynécologue de référence qui prend s'il peut ses patientes, et quand il n'est pas en mesure de les recevoir ou qu'il ne les suit pas, il me dit de les renvoyer à l'hôpital ou de voir avec leurs gynécologues traitants.

- Et Est-ce que vous savez qui sont les gynécologues ou praticiens libéraux qui pratiquent les IVG à domicile dans votre secteur ?

Non, pas du tout, c'est vrai qu'on n'a pas de visibilité. Ils ont peut-être peur des associations anti-IVG. Mais on pourrait avoir une estimation du nombre d'IVG qu'on pourrait faire à domicile sur le chiffre total que tu as donné ?

Moi : oui dans presque 80% des cas chez nous, les patientes pourraient si elles le désiraient faire les IVG à domicile

Exclamation, et silence quelques secondes

*Ah oui quand même. Je ne sais pas si c'est très compliqué mais je sais qu'on avale deux médicaments (**réfléchit et hésite**), miso quelque chose, une molécule qui est dans le cytotec je crois. Quelqu'un me l'a dit un jour, « elle a avorté et m'avait dit avoir pris du cytotec ».*

Donc pour moi tu avales ça, une prostaglandine et un truc anti nidation. Et après tu rentres à la maison. Tu n'as pas le droit de rester seule, à cause du risque de saignement. Et au bout de 48 72H tu retournes à l'hôpital. C'est ça ? (hésitante)

- Avant de revoir la procédure qu'est-ce que vous pouvez me dire sur le plan légal ou la prise en charge par la sécu ?

Rire

Oula tu m'en demandes beaucoup. C'est pris en charge à 100%. Dans le détail finalement je ne saurais pas dire. Je ne connais pas précisément les délais, ni les mécanismes. Disons que dans le gros je peux répondre et dans le détail, je me range derrière le spécialiste.

Moi : réexplication de la procédure d'ivg médicamenteuse.

- Avez-vous des patientes venant consulter pour des demandes d'IVG ?

Je n'ai jamais prescrit les médicaments en vue d'une IVG. Mais j'ai reçu des patientes en demande d'IVG, je n'en fais pas car je ne fais que ce que je maîtrise.

- Et qu'est-ce que vous faites quand vous êtes en consultation avec ces patientes ? Comment se déroule la consultation ?

Alors comme je l'ai dit, j'appelle mon gynécologue de référence, (rigole) en espérant qu'elle soit là ! Et s'il ne répond pas, je contacte tous les gynécologues que je connais sur le secteur, jusqu'à avoir la possibilité d'organiser la suite. La plupart me disent de les envoyer à l'hôpital. Et sur toutes les demandes que j'ai eu, je crois qu'elles ont toutes été adressées à l'hôpital. Sur Haute-pierre en l'occurrence.

- Et ces consultations sont-elles fréquentes ?

J'ai eu plusieurs fois des demandes mais ça reste un motif de consultation assez rare. (croise les bras et réfléchit) J'ai déjà eu une gamine de 14 ans, ça c'était l'an dernier. Et j'étais très embêtée parce qu'elle ne voulait pas que sa mère le sache. Et sa mère a le droit de pas savoir. (silence et s'adosse au fauteuil). Allez sur 30 ans d'exercice, je dirais 5 fois, 5 demandes. Mais j'ai rien fait. Il n'y a pas eu de prise en charge de la personne.

- Sur ces 5 fois là, étiez-vous contente de votre prise en charge ?

Non, parce que c'est un truc où je me disais non j'étais pas contente, c'était allez va de reto satanas parce que je ne savais pas. Je n'étais pas à l'aise, pas à l'aise du tout. (soufflement)

Je ne suis pas satisfaite non. C'est un truc où je sais que je vais y réfléchir derrière parce que je ne me sens pas performante. Je n'ai pas l'impression d'avoir fait du bon boulot, et encore moins d'avoir été un bon médecin.

- Où est ce que vous situeriez vos difficultés ? Moral ou la prise en charge en elle-même ?

Bin les deux. Je n'ai pas d'état d'âme. Si on vient à 6mois de grossesse c'est différent. D'un point de vue éthique, mes idées et ma position sont très claires, ça ne me pose pas de problème de prendre en charge ses patientes. Tu vois le cas de la jeune fille par exemple, tu ne gardes pas un bébé à 14 ans. Mais Si maintenant c'est une demande tardive ou répétée c'est autre chose.

*Parfois on est content en sortant d'une consultation, on se dit j'ai bien géré. Mais là c'est un truc, déjà si on me dit je suis enceinte, je ne demande plus si elles sont contentes. Parce que ça m'est arrivée de dire ça et paf elles veulent avorter (**lève les yeux au ciel**). Pour ces consultations d'IVG, je n'étais pas contente de moi, oui. Je n'étais pas bon médecin.*

- Plus précisément, est ce que vous pouvez cibler vos difficultés ? dans l'aspect psychologique des patientes, dans les explications qu'elles ont demandé ou que vous avez fournies ?

Les difficultés sont toutes aussi bien psychologique que pratique.

Mais comme je l'ai dit avant, la consultation, ça va me travailler par la suite, parce que je n'aurais probablement pas réussi à être le médecin que je suis d'habitude. Pour me protéger de ça, je dis aux patientes que c'est du ressort du spécialiste. Mais après je me dis, tu as été nulle. Il faut savoir le reconnaître quand on n'est pas performant. Tu vois avec les annonces de grossesse, on ne sait plus comment demander si elles sont contentes ou non. Je n'ose plus demander. Et pour les IVG c'est pareil, je ne sais pas comment leur parler, ou qu'est-ce qu'il faudrait leur dire.

*Nous avons un manque d'information. C'est vrai, qu'il n'existe pas de prospectus ou de moyens de visibilité pour les professionnels pratiquant les IVG. Mais du coup, il existe de véritables lacunes, et quand je ne suis pas à l'aise dans une consultation j'ai tendance à être plus expéditive. Je me souviens de cette fille de 14 ans, j'étais très embêtée, je l'ai laissé partir dans la nature avec juste un rendez-vous à l'hôpital, je ne me sentais pas bien. Je n'avais pas l'impression d'avoir pu l'encadrer et l'accompagner suffisamment. Mais je ne savais pas quoi faire d'autre. (**met la main à sa bouche et négation de la tête**).*

- Pour vous, ce sont des consultations complexes ? des consultations difficiles à mener ?

Bien sûr, comme je n'étais pas à l'aise j'avais envie que la consultation se termine vite. C'est un ensemble de choses qu'il faut voir dans leur demande. Il y a le médical bien sûr mais aussi tout l'aspect psychologique. Quand j'ai un souci dans une consultation, je me mets comme dans un monde parallèle et je suis moins à l'écoute. Je peux passer à côté de quelque chose. C'est comme si mon cerveau se dédoublait, et je n'arrive pas à être souriante, je suis moins empathique. Si en plus c'est une journée compliquée, j'ai vite la boule aux ventres, et je ne suis pas bien. (sourit et pose les bras sur le bureau)

- Alors selon vous, comment on pourrait améliorer la prise en charge des médecins généralistes ?

On devrait avoir une formation, sur un soir, une journée, un week end, avec des gynécologues, des psychologues, des sages-femmes. On devrait pouvoir ne serait-ce que les prendre en charge nous, correctement. On les entoure, on leur explique, on les accompagne, on les revoit. On devrait pouvoir le faire mais pas dans l'état actuel de nos connaissances, il nous faut une formation. Un cadre.

Il faut qu'on soit mieux armé pour répondre aux besoins de nos patientes. Comment leur parler, comment leur décrire ce qui va se passer, comment les accompagner par la suite. Il nous faut un réseau, avec médicaux et paras médicaux. On pourrait échanger rapidement et organiser des prises en charge plus complètes.

Regarde ces mains, et silence de quelques secondes

On devrait pouvoir exprimer nos difficultés et accepter nos faiblesses. Moi par exemple, j'ai un problème avec la mort, je le sais. Je le vis comme un échec. Alors j'ai fait une formation sur deux jours avec des psychologues et tout. On a fait un exercice avec un tour de table où il fallait choisir une photo qui pour nous représentait la mort. J'ai choisi une dame en souffrance absolue. Et l'organisateur m'a dit mais alors vous êtes tous en situation d'échec car tout vos patients sont destinés à mourir, alors vous seriez un mauvais médecin, vous pensez que c'est le cas ? Et ça m'a aidé à accepter que mes patients meurent. Il existe quelque chose aujourd'hui pour l'IVG ?

Moi : Explication sur le programme REVHO.

- Pensez-vous qu'il faudrait aussi une formation accréditante à Strasbourg ? La distance serait-elle un frein ?

Dans le cadre de ma formation de gériatrie, je suis déjà allée au Luxembourg, ça ne me dérangerait pas d'aller jusqu'à Nancy. En plus ça permet de couper un peu avec le cabinet (rire). Pour moi créer une autre formation accréditante n'est pas nécessaire sur Strasbourg.

Moi je suis en bout de carrière donc là je n'irais pas à une formation mais j'aurais 40-50 ans, oui j'irais. C'est un plus pour le médecin généraliste.

- Alors quels seraient vos besoins /vos attentes si une éventuelle formation venait à se créer ?/ Qu'aimeriez-vous y trouver ?

Il faudrait juste avoir une formation de suivi avec un rappel sur tout l'aspect médico-légal et pratique des IVG, et des groupes de discussion où l'on pourrait simplement discuter avec nos confrères et se rendre compte qu'on n'est pas seul à avoir rencontré des difficultés. Il faut apprendre et pouvoir vider son esprit pour continuer à suivre correctement les patients et être serein dans son esprit. Sur un week end ou même une journée pourquoi pas un soir, où on nous explique, avec des psychologues et des spécialistes. J'ai toujours tendance à me dire, qu'est-ce que je n'ai pas vu, qu'est-ce que je n'ai pas fait. Alors pouvoir participer à un groupe de réflexion je trouve cela important. Et bien sûr quelque chose de pluri disciplinaires.

Gestuelle riche des mains durant le discours.

- Dans mon idée je voulais aussi peut-être intégrer un outil virtuel comme antibioclic, qu'est-ce qu'il vous semble utile de mettre dedans ?

Pour le quotidien, il faudrait effectivement un outil pour créer un réseau solide. Il faudrait y inclure des psychologues, psychiatres, sage femmes, gynécologues et médecin généraliste. Les psychologues nous apportent beaucoup, ils sont très importants. Peut-être un aspect social aussi, pour les cas les plus difficiles, comme avec ma patiente de 14 ans. Des numéros, des contacts, des conseils. Un bon réseau quoi ! Notre principale problématique en médecine générale c'est la solitude finalement.

La formation on la fait que une fois, ton truc la IVG clic, c'est bien, c'est pour tous les jours. Maintenant la formation est importante, on est tous ensemble c'est l'occasion de nous parler entre confrère et d'évacuer nos souffrances.

- Devrait-on y inclure une trame de prise en charge ?

Oui pourquoi pas, mais ça doit être lisible et visible facilement. Du rapide.

- Donc quelque chose de théorique pour comment cela se passe et de la psychologie pour comment aborder les choses ?

C'est ça ! A mon sens, il faut les deux, une formation pour l'aspect pratique et psychologique, et un réseau pour la pratique quotidienne, qui nous faciliterait l'accès aux infos recherchées.

- Quelle place le médecin généraliste devrait occuper dans la prise en charge de l'IVG selon vous ?

Je serais pour que les médecins généralistes s'impliquent plus et suivent les patientes dans leurs intégralités. Mais pas comme ça, il faut d'abord qu'on soit correctement formé, et qu'on remette à jour nos connaissances.

Si je maîtrise et je me sens à l'aise. Moi tu vois, prescrire deux comprimés, tu les avales et tu rentres chez toi avec quelqu'un. Ça me pose aucun souci. A partir du moment où la fille veut avorter.

- A l'heure d'aujourd'hui, comment jugez-vous votre activité gynécologique ?

En termes de fréquence ? (hésite)

Tu vois, moi j'ai commencé ma carrière, je faisais tout, des suivis de grossesse, des poses de stérilets, de la gynéco, j'allais à l'hôpital. A l'époque on était trop nombreux. Progressivement on nous a enlevé des choses, on commençait à restreindre de plus en plus nos champs d'action, comme les libéraux allaient en ville et que les prises en charge devenaient plus spécialisées. On ne pouvait plus par exemple mettre des stérilets parce qu'il fallait trop de matériels, on faisait de moins en moins de suivis de grossesse parce qu'il fallait des échos. Maintenant c'est l'inverse, on demande aux jeunes de tout faire. C'est la tendance inverse, on demande aux généralistes de gérer de plus en plus de chose, alors pour en revenir à une formation, oui je pense qu'il est important de bien former et encadrer les médecins. On sera amené à faire de plus en plus d'actes, alors autant anticiper. Aujourd'hui c'est une part minime de mon activité mais demain ... qui sait !

- Et si on parle de « qualité » des soins ? Vous pensez que vous effectuez ces consultations comme les autres ?

Comme je te l'ai dit, pour moi on ne fait bien que ce qu'on fait régulièrement, donc non. Tu vois, Après mon internat, par exemple, pour être plus opérationnelle sur le plan gynéco, j'étais allée de moi-même les mercredis après-midi en gynécologie à l'hôpital pour compléter mes connaissances. J'ai demandé moi aux gynécologues pour qu'il m'encadre. Je suis une femme donc j'avais beaucoup de femmes à l'époque, et je dis souvent on ne fait bien que ce qu'on fait régulièrement. Et ça m'avait aidé. Dans le cas de l'IVG, ça évolue aussi, j'ai vu qu'il y avait une modification des délais par exemple. Il nous faut des piqûres de rappel régulières. Il y a trop de choses, aujourd'hui on a trop d'informations et on devrait pouvoir se former au mieux dans les domaines qui nous intéressent.

- Pensez-vous qu'il y a un intérêt dans la démarche ?

Cela m'a permis de m'interroger sur une problématique existante dans notre prise en charge des patientes demandeuses d'IVG, de la réalité du terrain. Notre prise en charge est mauvaise et donc il faudrait qu'on puisse suivre un enseignement pour être plus performant.

E10

Caractéristiques :

Type d'entretien : Téléphonique

Milieu d'exercice : Urbain

Type d'activité : Remplacement

Sexe : F

Age : 62

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Avez-vous eu des consultations pour des demandes d'IVG ?

Je n'en ai jamais eu je crois. Enfin je n'ai jamais eu de demandes franches d'IVG.

- Si une patiente venait à se présenter, Comment la prendriez-vous en charge ?

*Je regarderai sur mes fiches topos pour savoir la procédure **(rires)**. Dans la mesure où je ne le fais jamais, j'enverrais chez le gynéco. C'est quelque chose dont je n'ai pas l'habitude. Ce sont des demandes exceptionnelles pour moi. Je ne fais que du remplacement, je me souviens quand je remplaçais dans la campagne, mais c'était il y a longtemps, on avait une autre façon de travailler. Là on faisait pas mal de gynéco, j'ai du avoir deux ou trois personnes qui avaient des grossesses indésirables et où j'ai dû orienter à l'époque vers un gynéco. Un gynéco libéral, pas hospitalier.*

Hésitation

On lançait la balle quoi, je pense qui lui-même ensuite devait le faire ou la renvoyer à l'hôpital.

- C'était des demandes indirectes pour des IVG finalement, comment s'est déroulée la consultation ?

*C'était ... **(hésitation)** comment dirais-je, du conseil sur du décider. Parce que les personnes venaient pour des grossesses non désirées. Donc mon but c'était euh, pas de les faire changer*

*d'avis, mais d'essayer de bien faire comprendre ce que cela représentait. Parce que le médecin que je remplaçais à l'époque me disait qu'elle avait beaucoup de femmes qui après n'étaient pas bien dans leurs peaux ; qui vivaient très mal la chose et qui avaient des remords. Enfin, ça ne passait pas quoi. Donc j'étais vigilante à faire prendre conscience que certes ça se fait mais ce n'est pas un acte anodin et qu'il faut qu'elles soient sûres de ce qu'elles veulent. Il faut être sûr, enfin sûr on ne l'est jamais (**haussement d'épaules**) mais il faut pouvoir penser qu'après effectivement elles pourraient assumer le geste.*

Silence de quelques secondes

C'était une mise au point général avec le délai de réflexion, où il fallait revenir une semaine ou dix jours après. Je ne faisais pas de prescriptions, le test labo était fait, sinon je leur aurais demandé de le faire probablement.

- Et par la suite vous les avez renvoyées vers un gynéco si j'ai bien compris ?

Oui, vers le gynéco personnel des dames. Je préparais un courrier bien sûr.

- Quel est votre niveau de satisfaction sur les prises en charge actuelles ? Est-ce que vous pensez que les démarches sont accessibles ?

*Oh bin j'aurais tendance à dire qu'on doit se dépatouiller en libéral et on se demande bien ce qu'on devrait faire. (**Rires**) Après c'est personnel pour moi. Ce n'est pas par principe ou moral vis-à-vis de l'IVG, mais c'est simplement par manque d'expérience et d'information.*

*Même une déclaration de grossesse je commence à avoir des problèmes moi, on n'en fait plus ! (**Exclamation**). Donc ce que tu ne fais jamais... tu oublies. Là ne maîtrisant pas, et même si c'est médicamenteux. Maintenant franchement si ça m'arrivait, je pense que euh (**hésitation**). Déjà j'expliquerai un peu à la personne, je la ferai revenir et puis entre temps j'essaierai de me renseigner. Qu'est ce qu'il faut faire, est-ce que c'est gérable, comment on fait. Et si finalement je vois que c'est trop compliqué, je l'envoie à sa gynéco.*

- Est-ce que ce sont des consultations complexes pour vous ?

Pour moi oui, moralement surtout. Dans la mesure où je pense que ce n'est pas un acte anodin. Peut être que certaines jeunes femmes le prennent un petit peu à la légère mais quand tu y réfléchies, je ne sais pas. Je trouve que ce n'est pas anodin et qu'il faut faire attention au vécu par la suite. Il faut bien leur faire comprendre la chose et ce n'est pas facile. Ce n'est pas forcément une consultation facile.

- Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer pendant ces consultations ?

Je pense que même si on délègue par la suite, ça ne rend pas les choses plus faciles. On est responsable de nos patientes et de son vécu et des conseils qu'on leur donne. Pour moi la difficulté, c'est essayer de faire le point pour arriver à un choix où il n'y a pas de remords, que l'acceptation par la suite perdure dans le temps. Il ne faut pas oublier de s'assurer qu'il n'y aura pas de difficulté de stérilité par la suite ou de soucis liés aux antécédents. Gérer les états d'âmes si on veut.

- Et sur le côté technique ?

Oh et bien comme j'ai dit, je demanderai à la personne de revenir pour pouvoir me renseigner avant parce que là je serais incapable de répondre à une question de procédure ou d'orientation. Et puis c'est le délai de réflexion aussi donc ça entrerait dans le cadre logique de prise en charge. Si la personne est décidée je lui dirai d'appeler son gynéco pour voir avec lui. Je favoriserai quand même le libéral.

- Comment pourrait-on améliorer ces consultations ? les rendre plus accessibles ?

Là vous me prenez de court, je ne sais pas du tout.

- Comment estimez-vous votre activité gynéco à l'heure actuelle ?

*Quasiment zéro actuellement. Ça se limite à la petite infectiologie, les infections les mycoses. **(Hésitation)** Eventuellement un fibrome, non pas à soigner mais à dépister, traiter une ménorrhagie, un petit peu de contraception. Je ne fais pas de suivi de grossesse, tout ça a été délégué aux gynécos.*

- Selon vous quelle place pourrait occuper le médecin généraliste dans ce processus ?

Et bien, on aura toujours la place centrale du pivot, du conseiller et de l'orienteur. Celle-ci est à conserver et à améliorer continuellement en fonction de l'évolution sociale et médicale. Après je pense que c'est tout à fait possible d'intégrer l'IVG dans notre pratique. A partir du moment où on maîtrise parfaitement le protocole, les éventuelles complications et qu'on a une porte de sortie avec un hôpital pas trop loin qui s'engage à prendre les patientes en cas de besoin. Ça devrait être faisable. Ce n'est pas plus compliqué dans ces conditions, en dehors du côté psychologique mais que tu as même quand tu délègues à quelqu'un.

- Seriez-vous intéressée par une formation ? Pensez-vous ce que ce serait une bonne idée ?

Vous pouvez préciser ?

- Et bien une formation par exemple théorique et rappel pratique, voir quelque chose d'accréditant, ou plutôt une réunion de discussion pluriprofessionnelle par exemple ?

Tout dépend du contexte. Il faudrait les deux. Le réseau d'une part. D'abord les contacts et puis après, je pense que (hésitation) tout dépend ce que le réseau t'apporte. Si le réseau t'apporte des renseignements, où un savoir suffisamment performant cela peut suffire. Si nos contacts sont réactifs et qu'on fonctionne tous bien ensemble, le médecin généraliste aurait pas forcément besoin de faire une accréditation. Puisqu'il aurait accès à un réseau de soin suffisant pour offrir une prise en charge efficace.

Silence de quelques secondes

Je ne sais pas je suis partagée mais à choisir instinctivement, je dirais plutôt de commencer par la discussion et de voir par la suite.

- Si on envisageait la création d'un outil informatique sur le sujet, y verriez-vous un intérêt ?

Sur un outil informatique d'usage ce serait top. C'est toujours bien de savoir que tu as un référentiel ou quelque chose à quoi tu peux t'accrocher quand tu cherches une ligne de conduite où des adresses et des numéros de téléphone qu'on dit « au secours » quoi.

- Donc il faudrait rajouter des rappels théoriques ? Un protocole à suivre selon les grossesses ?

Oui quand même, par exemple une trame de conduite, en fonction des temps de grossesses ce qu'on doit faire, quelles orientations. C'est bien ça.

- Voyez-vous un intérêt pour notre pratique future ?

Je ne sais pas ce que vous avez vu depuis que vous travaillez, je ne sais pas non plus comment l'avenir se présente sachant qu'il y a beaucoup de gynécos qui ne sont pas remplacés. Donc peut-être qu'on sera amené à faire plus de gynéco que ces dernières années surtout en milieu rural et semi-rural.

Hésitation

Je pense qu'on sera amené à prendre ce genre de décision et à assumer des IVG médicamenteuses. A les faire j'entends. Un moment donné il faudra se lancer, parce que la

conjoncture fera qu'on aura plus le choix. Donc créer en amont un outil de formation et de pratique ce serait combler une situation complexe pour éviter qu'elle ne devienne un problème.

E11

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : Semi-rural

Type d'activité : Seul

Sexe : M

Age : 62

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Avez-vous déjà eu des demandes d'IVG ?

Oui, mais pas récemment. Dans le temps oui, mais pas récemment. Je ne fais pas d'IVG médicamenteuse parce que je n'ai pas la pratique. Donc j'envoie forcément chez un confrère, un gynéco en général voir une sage-femme puisqu'aujourd'hui elles peuvent le faire aussi.

Hésitation

Alors après, pour les confrères, je ne sais pas. J'avais une notion qu'il fallait que ce soit un confrère qui ait l'habitude. Ou alors est-ce qu'aujourd'hui n'importe qui peut le faire ?

Moi : explication sur l'accréditation

D'accord donc ça c'est toujours. En tant que médecin généraliste on ne peut pas le faire si on n'a pas cette accréditation.

- Pouvez-vous donner un ordre de grandeur sur le nombre de consultation avec pour motif une demande d'IVG ?

Oh non, j'en ai pas beaucoup. Euh par exemple cette année je n'en ai pas eu. Après sur l'ensemble de ma carrière..

Réflexion

Un moment donné je trouvais qu'il y en avait plus. Alors maintenant je pense qu'elles vont surtout chez le gynéco de toutes les façons. Elles passent beaucoup moins que les chiffres que vous m'avez présenté je trouve. Après on est en semi rural aussi. Et je suis un homme, alors voilà peut-être qu'il y a un frein aussi. Bon mis sur 30 ans, une bonne dizaine, peut-être même plus. Souvent on le sait après.

- Quelle prise en charge avez-vous adopté pour ces patientes ?

Hésitation

Bin pas grand-chose, juste vérifier la faisabilité ou la possibilité. En général elles viennent assez rapidement d'elles-mêmes. Je renvoie chez un confrère, un gynéco en général. Chez le gynécologue essentiellement.

- Un gynécologue libéral ou à l'hôpital ?

Euh non pas forcément à l'hôpital, ça peut-être en ville aussi. Ou alors le centre de planning familial, ce genre de chose.

- Est-ce que vous abordiez tout l'aspect technique avec elles ? Les procédures, le déroulé des événements ?

Euh non. Bon je connais les grands principes de l'IVG médicamenteuse avec J1 et J3 mais je ne sais plus. Je leur dis qu'il y aura une prise médicamenteuse espacé.

Réflexion

- Et sur l'aspect psychologique ou social ... ?

Il me coupe la parole.

AH ! il y avait aussi l'histoire du délai des 7 jours, maintenant il est tombé. D'après ce que j'ai cru comprendre on les fait quand même un peu réfléchir mais le délai n'est plus obligatoire.

*Pour le psychologique, oui bon (**hésitation**). Euh avant après pendant. La question c'est quoi finalement ?*

- Est-ce que vous faisiez le point avec elles sur les raisons de cette demande, leurs situations ?

*Alors euh (**hésitation**). Evidemment j'aborde le sujet, mais je ne me pose pas en inquisiteur non plus. Et bon (**silence quelques secondes**), je pense que c'est une demande de la femme. J'ai pas*

eu de contextes très particuliers. Après l'acte peut-être plus oui, on fait le point. Même pas forcément sur une IVG mais aussi les fausses couches qui jouent sans doute plus sur la psychologie, vu qu'il y a en plus le désir de grossesse. Mais sinon, oui on aborde le sujet.

A partir du moment où elles sont décidées et qu'elles veulent le faire, j'aborde juste le sujet de « si elles sont bien sûres » mais sans rentrer vraiment dans les détails non plus. Et à partir du moment où c'est OK, j'estime moi que je ne fais que passer la main. Je n'ai pas un grand rôle là-dedans moi.

- Et dans le cas d'une hésitation ?

Forcément on réfléchit un peu ensemble. Bon je renvoie assez vite vers mon confrère, je le laisse me parler de ce qu'elles veulent mais je ne relance pas. Je ne voudrais pas les brusquer. C'est compliqué c'est vrai.

- Est-ce que vous estimez que ce sont des consultations où vous êtes à l'aise ?

Soufflements

*Bin je n'ai pas beaucoup de recul, forcément. Et des femmes qui venaient pour des demandes d'IVG ou voir ce qu'il fallait qu'elle fasse, je ne crois pas en avoir eu dans les dernières années franchement. Elles m'en ont parlé parce qu'elles ont eu une interruption de grossesse etc, il y a quelques temps, il y a quelques semaines, il y a quelques mois. Juste pour me le dire. Je sais que certaines ont arrêté la grossesse parce qu'elles en avaient 3 et ne voulaient pas de quatrième, mais c'est raconté comme ça après. Dans la relation du médecin de famille. Et même elles décident de le faire sans le dire au mari, à l'époque vous savez ce n'était pas (**hésitation**) voilà quoi. Perso je n'ai pas l'impression que.. Enfin je ne veux pas dénigrer le rôle du médecin généraliste là-dedans mais à part l'aide psychologique et puis leur dire voilà qu'il y a des possibilités.*

Je pense qu'elles sont globalement bien prises en charge, enfin pas toutes mais en général elles vont quand même, je pense, préférentiellement chez le gynéco voir la sage-femme. Pour répondre à la question, non je ne serais pas aussi à l'aise que dans une consultation plus habituelle de médecine générale, c'est sûr. Ce n'est pas quelque chose que je peux prendre comme ça en me disant allez j'ai mes habitudes, ma clinique et on y va. Ce n'est pas la zone de confort.

- Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer au cours de ces consultations ?

*Bin, voilà je n'ai jamais rien appris là-dessus donc je fais tout sur le tas. Bon il y a pleins de choses qu'on fait sur le tas de toutes les façons. Il faut arriver aussi à gérer ça. La patiente en face le ressent aussi si on est à l'aise ou pas. Après c'est possible aussi qu'on les revoit plus non plus, ça peut arriver aussi. Si on n'a pas été suffisamment, (**hésitation**) pas forcément ouvert mais compréhensif ou empathique. A l'écoute peut-être. Ça se sent.*

- Quels freins avez-vous pu ressentir durant la consultation ?

Soufflement

Globalement non, je n'ai pas de freins psychologiques particuliers sur le sujet de l'IVG. Après dire que je suis à 100% à l'aise ce n'est pas tout à fait exact non plus.

Silence de quelques secondes

Il y a des choses que je ne maîtrise pas, ça en fait partie oui. Les procédures ou le médico-légal, je ne sais pas. Si elles veulent rentrer dans les détails, ce sera difficile quand même. D'autant plus que ça fait quand même longtemps que je n'ai pas eu de demandes directes comme ça. Une jeune femme, une jeune fille qui arrive comme ça et ne sait pas ce qu'elle doit faire. Je ne vais pas savoir spontanément oui. Par sécurité et aussi facilité je vais les renvoyer vers un confrère. Après du fait que je suis un homme, elles ne viendront peut-être pas me voir non plus, ou ne me diront pas tout.

- C'est un frein d'être un homme pour vous ?

Un homme oui et un homme pas tout jeune aussi oui. Après si on compte le côté paternaliste, je ne sais pas si on va voir papa pour lui parler de ça. On ne peut pas comprendre aussi bien la souffrance de ces femmes.

- Etes-vous satisfait des prises en charge actuelles ? Est-ce que les liens avec les confrères ou les centres hospitaliers vous semblent corrects ?

En général, autant que je sache, à part l'hôpital je n'ai jamais eu de retours des gynéco auxquels je les ai adressés. Soit parce qu'elles ont changé entre temps d'idées ou pas envie. L'hôpital envoie en général un courrier. En général. Mais c'est bien si on pouvait savoir au moins ce qu'il s'est passé et comment elles vont. On saurait mieux les aborder quand on les revoit. Et sinon je n'ai pas ressenti de difficultés particulières là-dessus. C'est toujours plus long de joindre quelqu'un à l'hôpital bien sûr. Les coups de fils c'est toujours chronophage on connaît ça.

- Est-ce que vous proposez dans les différents choix, la possibilité d'une IVG à domicile ?

Non je n'ai jamais précisé cette option. Alors je ne connais pas de confrère médecin généraliste qui le fasse dans le secteur. Mais c'est vrai qu'à part les gynéco libéraux classiques, qui eux je pense le font tous ou presque. Mais avec certitude je ne saurais pas dire. C'est vrai que ça reste un grand flou. Du coup je les adresserai à un gynéco mais sans certitude finalement. Je ne me rappelle pas avoir vu ces infos quelque part.

- A l'avenir, quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste selon vous ?

Hésitation.

Mais ça veut dire quoi la formation ? Pour ma culture personnelle.

Moi : explication sur la procédure et le programme REHVO

Je pense que du coup, ça fait partie de la casquette du médecin généraliste. Ce serait faisable. Plus pour moi mais pour les jeunes médecins ça peut tout à fait faire partie intégrante de leurs pratiques.

Silence de quelques secondes

Dans la mesure où c'est fait dans un cadre précis, je ne mets pas de limites d'ordre socio-moral ou psychologiques ou autre. A partir du moment où on est dans le cadre législatif classique, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas. Après on est toujours libre de dire qu'on ne peut pas ou qu'on ne veut pas et de l'envoyer chez un confrère.

Il faudrait tout de même préciser bien les choses. Comment on fait la datation échographique ou le suivi écho. Il faudrait qu'on puisse avoir un radiologue formé ou un accès à l'hôpital pour au moins dater les grossesses, si on envoie chez le gynéco il ne va pas nous renvoyer la balle, il va faire la suite je pense.

- Comment on pourrait améliorer l'implication du médecin généraliste selon vous ?

D'abord, faudrait qu'on sache qu'on puisse le faire. Je pense qu'il y en a beaucoup qui ne le savent pas. La population médicale est vieillissante quand même. Je pense que dans notre métier on a cette possibilité d'ouvrir, d'élargir et d'orienter nos pratiques vers des choses qui nous intéressent. Si on aime le côté gynéco et même le suivi de grossesse, c'est un plus. Il faut se former. Je sais qu'il y a gستاclac. Bon c'est du temps, surtout, c'est de l'accompagnement.

Du savoir être et du savoir-faire aussi peut-être. Mais il faut se former dans nos domaines de prédilection.

- Si une formation venait à se créer justement, quels seraient les éléments qui vous semblent pertinents d'inclure ?

Bon moi je ne la ferais pas, mais en début de courses oui c'est intéressant de se pencher dessus.

*Ce serait quelque chose de très littéraire, finalement. Il n'y a pas de gestes techniques. Il faudrait déjà rappeler le listing de dates et de procédures etc., ce serait un peu pénible pour moi. C'est un rappel technique et législatif mais ça peut être rébarbatif je pense. Donc pas trop long. Pour une partie plus réactive. Dans ces consultations là il faut beaucoup de mesure et de tact. Il ne faut pas des pleureuses (**rires**) mais il faudrait peut-être reprendre les choses dans des tours de table. Rien que parce que je suis un homme et que c'est un problème purement féminin. On ne comprend pas les choses de la même manière.*

- Vous pensez qu'il serait intéressant de faire témoigner des médecins généralistes qui pratiquent déjà les IVG ?

C'est vrai que c'est encore et toujours chacun pour soi dans notre boulot. On est toujours un peu seul. A part ce genre de rencontre, on apprend sur le tas et on n'apprend pas forcément bien non plus. On peut faire des erreurs, et des erreurs d'aiguillage aussi. On peut limiter ça en faisant venir un confrère effectivement et créer un réseau pluriprofessionnel avec les sage-femmes, les gynéco et les radiologues. La première des choses c'est de créer un réseau et d'informer les médecins généralistes.

- Pensez-vous qu'on devrait ajouter la partie accréditante ?

Hésitation

Je pense qu'il faut faire ça en deux temps. D'abord nous informer, « c'est possible et ça existe ». Et dans un second temps de faire un screening et recenser les confrères intéressés pour leur proposer une formation plus poussée et plus adaptée. La majorité voudra peut-être s'impliquer plus, ou alors ce serait plutôt de reprendre les choses pour aborder plus sereinement ces consultations.

- Si un outil informatique venait à se créer, comme antibioclic ou gestaclic, qu'est ce qu'on devrait y faire figurer ?

Ça pourrait être intéressant. On pourrait déjà référencer les professionnels impliqués dans la démarche. Faut pas que ce soit trop compliqué. Il faut que ce soit clair et précis. Moi je suis toujours un grand anxieux, donc je dois toujours vérifier même si je sais. Là c'est quelque chose de difficile, ce n'est pas de la pure médecine, le renseignement, la communication, le réseau, l'orientation.

On ne doit pas se perdre dans les infos. Il faut un diagramme assez simple à lire pour les explications de procédure ou les mesures décisionnelles. Mais surtout les coordonnées d'un réseau bien cadré et bien définit. Mais il faut le faire je pense oui.

- Comment jugez-vous votre activité gynécologique actuellement ?

Je ne fais pas ou plus tellement de gynéco. Moins qu'à une certaine période en tout cas. Mais maintenant j'arrive en fin de carrière aussi donc je ne vais pas non plus m'y remettre. Je vois plutôt des désirs de grossesses tardives, ou des suites fausses couches.

- Voyez-vous un intérêt dans ma démarche ?

Réflexion

Il y a toujours du travail en médecine, moi j'essaye de me tenir au courant de tout ce qui peut se faire. Mais je pense que oui. Surtout pour les jeunes hommes, il faut qu'il puisse être à l'aise avec les problèmes féminins, plus qu'à mon époque en tout cas. Et si on en vient à faire plus de gynéco, créer un réseau pour les IVG nous permettrait aussi d'améliorer l'ensemble de notre pratique en gynécologie. C'est valoriser le médecin généraliste, c'est plus que le médecin de famille, c'est un soignant polyvalent.

E12

Caractéristiques :

Type d'entretien : Présentiel

Milieu d'exercice : Semi-rural

Type d'activité : Association

Sexe : M

Age : 63

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Avez-vous eu des patientes venant consulter pour des demandes d'IVG ? Si oui, pouvez-vous donner un ordre de grandeur ?

Au total, je dirais plus que 10 quand même sur l'ensemble de ma carrière. J'ai une patiente elle a dû en faire 2 ou 3, deux sûr. Je me dis que pour elle c'est comme une contraception. Mais en tout oui largement plus d'une dizaine.

- Venait-elle pour demander une IVG ou n'était-elle pas sûre et demandait-elle plutôt conseil ?

*La plupart du temps, c'est un test de grossesse positif, (**hésitation**) une situation non stable, pas mariée, où qu'elles sont très jeunes. Elles viennent me voir parce que je les connais depuis longtemps. Donc la première question c'est « vous voulez faire quoi ? vous comptez le garder ? ». On ne sait plus si c'est des félicitations qu'on doit donner quand on reçoit un test positif. On marche sur des œufs.*

- Vous souvenez vous de votre dernière patiente ? Comment l'avez-vous prise en charge ?

Réflexion de quelques secondes

Dans l'année écoulée. Je lui ai dit de contacter Hautepierre. Parce qu'ils ont toutes les structures là-bas. Je pense que quand elles appellent « bonjour c'est pour une IVG », elles sont orientées tout de suite, ils ont l'habitude. Il y en a quand même que j'ai adressé à des gynécos en ville. Mais mon premier réflexe c'est de les renvoyer à l'hôpital.

- Avez-vous pu répondre à leurs questions si elles en avaient ?

Euh non, je ne saurais pas dire. Je les ai vite renvoyé vers Hautepierre. Je sais que ça existe avec les différentes méthodes mais je n'ai pas les compétences pour répondre à leurs questions et savoir comment ça marche. Je sais par la suite parce qu'elles me le racontent mais c'est tout.

- Etiez-vous à l'aise dans ces consultations ? Ou diriez-vous que ce sont des consultations complexes ?

J'étais à l'aise oui. Après je ne me suis pas trop mouillée (rires), je les ai vite envoyé à l'hôpital en disant qu'ils allaient gérer ça. Si je devais rentrer en profondeur dans le vif du sujet, ce serait autre chose. Disons que je m'arrête là où mes connaissances me disent stop. Je serais incapable de répondre à une question technique sur la procédure par exemple.

- Etes-vous satisfait des prises en charge proposées actuellement ?

Bin moi personnellement ça me convient. Mais c'est vrai que je ne sais pas trop trop, effectivement, entre le chez moi et l'hôpital comment ça se passe. Donc je n'ai pas de recul pour comparer les deux méthodes. Moi j'envoie à Hautepierre. Mais je peux comprendre une femme qui préfère le faire chez elle. C'est à creuser cette méthode. Aucune ne m'a posé la question d'une IVG à la maison, mais je n'ai pas proposé non plus. En même temps, je ne saurais pas vraiment quoi faire.

- C'est-à-dire ?

Je ne saurais pas vers qui les envoyer. Je ne connais pas de confrères gynéco ou médecins généralistes qui proposent cette option. Dans l'ignorance, j'appellerai quand même l'hôpital, en espérant qu'ils orientent par la suite vers un confrère.

- Est-ce que vous abordez le côté psychologique avec vos patientes ? leurs ressentis ? leurs situations ?

C'est une situation compliquée pour une femme. Je crois que maintenant quand même, il y a beaucoup de communications, entre la télé, les réseaux, les émissions. Elles connaissent quand même un peu maintenant (soufflements).

Réflexion

Je ne me souviens pas non plus qu'elles m'aient fait part de difficultés, ou de doutes. Maintenant je suis peut-être assez direct je l'admets. Je fais toujours le point avec elles mais sans entrer dans le détail finalement. On regarde la situation globale dans laquelle elles se trouvent. Mais si elle est indécise, je me dis qu'à l'hôpital ils ont plus l'habitude et sauront mieux. C'est elle qui doit prendre la décision seule. Mais si elles viennent me voir c'est vrai que c'est aussi parce qu'elles ont confiance en mon jugement et recherchent mes conseils.. On doit se prendre le temps

- Sont-elles revenues en consultation par la suite vous en parlez ?

Non pas spécifiquement. Forcément si ça se passe mal, on a plus de chances de les revoir. Mais sinon une fois que c'est fait, elles me disent juste, voilà c'est terminé.

Après moi l'IVG à la maison, je découvre là. Je me dis bon il doit y avoir un risque hémorragique, des trucs comme ça. Mais ça se passe bien du coup ? Ça se passe comment.

Moi : explication sur la méthode médicamenteuse à domicile.

- Si maintenant un outil venait à se créer pour éventuellement recenser les confrères impliqués dans cette démarche, est ce que cela changerait votre pratique ?

Oh bin là oui pourquoi pas, je pourrais proposer sereinement cette option. Plutôt que d'envoyer anonymement à l'hôpital. C'est un élément que je n'oublie pas. L'hôpital actuellement est blindé. Alors forcément j'espère que mes patientes seront bien accueillies et bien suivies pour ça. Quelque part je me sentirais rassuré de les savoir dans le confort d'un cabinet si je puis dire.

Mais actuellement ce sont que les gynéco qui font ça dans le secteur ?

Moi : reprise des chiffres de praticiens en Alsace.

Donc il y a quand même quelques généralistes qui le font ! Mais du coup n'importe quel généraliste pourrait le faire ? en respectant quels critères ?

Moi : explication programme REVHO et procédure d'accréditation.

Donc le généraliste doit aussi estimer si la patiente est apte ou non à le faire à domicile. C'est une grosse responsabilité quand même. Bon si on est à l'aise et bien au courant, ça va. Si j'ai confiance dans le confrère, j'envoie mes patientes sans problème. Mais je pense qu'il ne faut pas non plus que le généraliste se spécialise partout et dise je sais tout faire. Il faut quelques domaines de spécialisation sinon c'est trop je pense. C'est dans l'intérêt du patient et dans le notre aussi de savoir pratiquer ce qu'on maîtrise sans trop faire.

Si je sais où les envoyer, je pourrais sans problème leurs parler de cette option, finalement. Mais les choses doivent être fluides. Pour le contrôle échographique par exemple, il ne faut pas qu'elles attendent.

- A l'avenir, le médecin généraliste pourrait ou devrait s'impliquer comment dans ce processus ?

Hésitation

Pour moi, à mon niveau. Ce serait seulement d'aiguiller les gens. Pour un successeur ou pour les jeunes, je pense que c'est de notre ressort effectivement et que ça devrait se faire. Ça va ou ça devrait se développer quand même. Il suffit d'être informé. Je pense que tous les médecins du secteur serait content de savoir qu'on peut envoyer nos patientes chez quelqu'un, gynéco ou médecin généraliste sur le secteur pour ça. A terme si tout se passe bien et que les choses sont carrées, on pourra tous le faire.

- Vous pensez qu'on peut facilement l'intégrer à une pratique de médecine générale ?

Chacun est libre de faire ce qu'il veut. Si on peut l'intégrer alors on le fait et on se donne les moyens. Quand on veut on peut. Et si on ne peut pas alors on fait le suivi et on envoie chez le confrère qui se prend le temps. La médecine générale nous permet de le faire.

- Est-ce que vous pensez que le fait d'être un homme peut être un frein ?

Le même que pour le choix d'un gynéco. Certaines préfèrent un homme d'autre une femme. Ça dépend des patientes finalement. Elles parlent je pense quand même plus volontiers à un médecin femme de leurs soucis gynécologiques. L'important c'est plus de faire confiance à son médecin. Moi je ne me vexe pas si elles vont voir quelqu'un d'autre pour X ou Y raisons.

- Si un outil informatique venait à se créer, seriez-vous intéressé ? qu'est ce que vous aimeriez y trouver ?

Je voudrais bien voir à quoi ça ressemble. Je fonctionne à l'ancienne moi plutôt. Mais pour les jeunes c'est bien. Il faut que ce soit très simple. Si on cherche quelque chose et qu'on doit lire pendant 15 min pour trouver ça ne va pas. On doit pouvoir trouver les petites infos. Pour ceux qui veulent le faire, les infos pense bêtes au cas où. Pour les autres, les radiologues, les hôpitaux, les médecins impliqués dans cette démarche. Comme il n'existe pas de listes de nom, la priorité pour moi c'est surtout ça, le recensement.

- Et dans le cas d'une formation ?

Réflexion de quelques secondes

Pour un jeune médecin, il faut oui. A priori ça ne paraît pas sorcier et c'est l'avenir quand même, il a tout intérêt à suivre ça. Il y a 20 ans on se disait opérer une prothèse de hanche en ambulatoire, impossible et regardez maintenant ! La médecine va vite et mieux on est formé plus on est préparé pour notre pratique. Toujours en respectant ses intérêts et ses capacités. Après dans un premier temps, je pense qu'il faut déjà informer les médecins, ils ont un choix à faire à ce niveau-là. Un repas de présentation avec rencontre des praticiens de différentes spécialités je trouve que c'est un bon début. On nous présente la chose et puis après chacun décide s'il veut poursuivre vers une accréditation ou non. Et donc dans un deuxième temps, pour les médecins intéressés la formation accréditante.

- Des rappels théoriques ou pratiques ?

C'est plus le réseau qui est à faire. Savoir où adresser qui quand comment. On doit pouvoir rencontrer les principaux intervenants et discuter avec eux. Rendre moins impersonnelle la chose. Des rappels de comment ça se passe oui bien sûr et surtout pour ceux qui veulent pratiquer. On nous présente le projet et on nous fait un rappel des procédures au cours d'un repas. C'est plus convivial et moins rébarbatif. Mais en priorité le réseau.

Réflexion de quelques secondes

J'espère juste que ce ne sera pas trop vu comme une contraception simple. Il faut faire de l'éducation à nos patientes. Aller à l'hôpital, il y a quand même une démarche. Faut pas leur amener tout sur un plateau non plus. On devra être vigilant et prendre le temps. Mais ce sera forcément un plus psychologiquement pour elle.

E13

Caractéristiques :

Type d'entretien : Visio-conférence

Milieu d'exercice : Rural

Type d'activité : Maison de santé

Sexe : M

Age : 48

Lieu d'exercice : Bas-Rhin

Suite à l'explication du contexte (nombre d'ivg chaque année, ressenti des patientes, législation, possible implication du médecin généraliste...)

- Avez-vous déjà eu des patientes qui venaient consulter pour des demandes d'IVG ?

Alors des demandes d'IVG en général oui bien sûr.

- Et comment se passait la consultation ?

*Et bien j'ai un document mais qui date un peu. Ça fait plus de quatre ans, c'était un réseau je crois (**hésitation**) Alsace. Je ne sais plus d'où ça vient, c'est dans un tiroir de mon bureau. En fait il y est répertorié (**hésitation**) les centres qui pratiquent l'IVG médicamenteuse, l'IVG chirurgicale. Les centres « officiels » en tout cas. Ceux qui sont recensés sur tout le territoire quoi. Et donc en général je les envoie là. Je leur dis qu'effectivement en fonction du terme on peut faire médicamenteux ou non. Mais en fait je ne pratique pas du tout enfin je ne prescris pas.*

Silence de quelques secondes

*Il m'avait semblé, mais bon ça date un peu cette information. Il m'avait semblé, qu'il fallait quand même pour l'IVG médicamenteuse pas mal de (**hésitation**), de comment dirais-je.. De vérifications qu'ils ne me paraissaient pas des plus faciles. En tout cas pour ma pratique. Je préfère les orienter au bon endroit.*

- Donc du coup vous faites le point avec elle ? avant de les envoyer dans les centres ?

Oui c'est ça. Je leur donne les différents endroits les plus proches. Moi je sais qu'il y en a un à Obernai, (hésitation) et puis après sur Strasbourg quoi. C'est les plus proches de chez moi quoi. Mais c'est déjà à une bonne distance malheureusement. De mémoire je crois qu'il y a le centre MGEN, le planning familial de Strasbourg. Et puis après le CMCO quoi. Bon ça arrive deux ou trois fois par an. Une moyenne comme ça à la louche. Ce n'est pas tous les jours.

- Est-ce que ces patientes parlent d'elles-mêmes de la possibilité de le faire à la maison ?

Non. Clairement pas, ça ne leur traverse pas l'esprit que c'est possible selon moi. Je ne pense pas qu'elles soient au courant de cette voie. En tout cas dans mes patientes.

- Vous me parliez d'un document avec les centres, mais connaissez-vous également certains confrères ou gynéco qui pourraient pratiquer les IVG ?

C'est compliqué. Je sais que certains le font mais ce n'est pas vraiment authentifié. Je n'ai pas de réseaux. Je n'ai pas pu construire un réseau pour cette prise en charge. Je ne saurais même pas vers qui me tourner pour demander.

Je sais que certains gynécos le feraient ou le font et d'autres ne le font pas. C'est plus certains dans la négation (rire). Mais euh, il me semble que c'est un peu un truc qui n'est pas claironné sur tous les toits. C'est un peu confidentiel j'ai l'impression. Pour l'exemple que j'ai : c'était un gynéco libéral, une jeune femme qui était suivie par lui et apparemment il a fait l'effort. Enfin je ne sais pas si on peut dire ça comme ça. Mais en tout cas il semblerait qu'il l'ait fait. Mais le gynéco aurait dit à la patiente qu'il le ferait assez rarement et de ne pas forcément ébruiter la chose. Comme ci c'était quelque chose de secrets, un non-dit.

- C'est-à-dire ?

Et bien, je pense que ça soulève forcément des questions d'éthiques et de déontologies. Mais dans le fond ces patientes sont quand même là et ont besoin d'une prise en charge. Alors on devrait pouvoir organiser quelque chose qui convienne à tout le monde sans mettre personne dans l'embarras.

- Actuellement, vous trouvez les prises en charge satisfaisantes ?

Moi je leur donne les numéros de téléphone, je n'appelle pas. Je n'ai jamais appelé. Mais les retours que j'ai c'est que la prise en charge est rapide et adaptée. Un peu, avec un fonctionnement bien rodé. Après, je (hésitation), je ne leur donne pas forcément l'occasion de

m'en reparler après et de voir avec elles si tout s'est bien passée. Ça reste un sujet sensible quoi et c'est difficile pour moi je trouve d'aborder le sujet. Trop de chance de faire un impair.

- Est-ce que vous estimez que ces consultations sont plus complexes ?

Non pas vraiment. En tout cas mon approche est de dédramatiser la chose. Enfin de (hésitation) pas de dédramatiser, mais euh de leur expliquer que c'est une solution et que si elles viennent et qu'elles en parlent, c'est qu'elles ont déjà pas mal cheminé. Et que euh si, je ne veux vraiment pas dramatiser la chose finalement. Pas non plus négliger mais euh (hésitation), que c'est un choix qui les regarde et que je n'ai aucun jugement là-dessus. C'est un choix personnel. Je fais le point avec elles avec bienveillance et je leur dis qu'il faut qu'elles voient quelqu'un de plus spécialisé que moi.

- Quand vous dites « Faire le point », pouvez-vous préciser ?

J'avoue que je ne fais pas le point sur le côté psychologique ou sociale de manière précise. C'est abordé dans les centres. Après j'évoque souvent la contraception, bien évidemment. Qu'est ce qui a fait que cet évènement s'est produit. Il faut qu'on trouve une solution pour pas que ça se reproduise. C'est mieux comme cela, et ça reste une épreuve pour elles et ce serait mieux que ça ne se reproduise pas.

- Est-ce que vous avez ressentis certaines difficultés pendant ces consultations ? sur les explications ou la manière d'aborder les choses ?

Non, non je ne dirais pas ça. Bon moi moralement ça ne me pose aucun problème. Après c'est sûr que si moralement on a des problèmes avec ça, je pense qu'on peut vite être mal à l'aise quoi. Et dans ce cas est ce qu'on peut dire qu'on est toujours un bon praticien ?

Moi j'aborde ça de façon plus détendue. Après les détails, elles ne me demandent pas. Globalement médicamenteux bin c'est par prise médicamenteuse et pour le chirurgicale, je dirais que c'est assez rare finalement qu'on arrive à ce stade-là, à une aspiration. Généralement elles arrivent à temps quand même.

- Connaissez-vous le protocole d'une IVG médicamenteuse ?

Très vaguement (rire). Je pense qu'il faut faire une écho, ça me paraît clair. Ensuite euh, je pense qu'ils font un groupe sanguin. Je pense qu'il y a la fameuse semaine de rétractation et après je crois que c'est des prostaglandines. Il me semble que c'est rare que ça pose des problèmes, même si j'ai eu une histoire comme ça avec une IVG médicamenteuse qui a très mal

tourné. C'était un peu chaud avec une hémorragie massive mais elle était en fin de délais aussi. Mai c'est vrai que sur des explications précises je ne serais pas clair.

Explications sur la méthode médicamenteuse et sur les conditions à remplir pour les praticiens

- Selon vous quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste dans ce processus ?

Hésitation

Je pense qu'il faut déjà communiquer sur la possibilité de le faire en ville, on ne peut pas s'emparer de ça sans le savoir au préalable. Il faut communiquer sur la fiabilité, l'éligibilité. Ensuite le conventionnement ça pourrait un peu stresser mais c'est en même temps un filet de sécurité. Moi c'est ça qui m'a bloqué tout de même, ça n'arrive pas souvent alors pourquoi « m'embêter ». Maintenant je m'interroge aussi, les centres qui en font, ils pourraient aussi développer leurs pratiques pour que ça se fasse à la maison. Aujourd'hui c'est quand même eux qui sont les principaux prescripteurs. C'est aussi à eux de bouger et de changer leurs façons de faire pour que l'on puisse développer le réseau à domicile. Après évidemment, aux vues des chiffres qui ne sont pas très glorieux, on ne peut que faire mieux. Il faut aussi qu'en tant que praticiens libéraux on s'en donne les moyens. Que les gynécos s'en emparent c'est logique, les médecins généralistes, je pense qu'il faut des pratiques, ou une patientèle avec une sociologie particulière. Je ne veux pas faire de préjugés bien sûr, mais ça joue. Tout comme la position géographique. En ville ou en campagne c'est pas du tout les mêmes profils ni les mêmes moyens de prise en charge.

- Pensez-vous qu'on peut l'intégrer dans une pratique de médecine générale ?

Il y a pleins de choses à faire là. Déjà il faudrait voir avec ceux qui sont concernés, s'ils sont prêts à accueillir des adressages de confrères libéraux. Peut être en leur disant voilà je réserve tant de créneaux par semaine, à moins de 30KM etc, avec quelques options à remplir, et qu'ils acceptent d'apparaître dans un moyen de communication dédié. Il faudrait refaire aussi un listing des centres et envoyer toutes ces données aux médecins généralistes. C'est ce qui me paraît essentiel.

Et du même coup en profiter avec cette lettre d'info, de faire un rappel sur l'état des lieux et de cette possibilité que les médecins généralistes peuvent s'impliquer plus dans ce processus. Cela permettrait aussi aux généralistes de s'approprier plus sereinement cette pratique, si on sait que derrière le réseau est là, les référents sont présents. Et Il faut expliquer ce qu'est le

conventionnement, en quoi ça consiste, quelle est la procédure. Il n'existe pas de formation à Strasbourg je crois.

- Si une formation devait se créer, vous trouveriez intéressants d'y inclure quel programme ?

Le travail est à faire, mais « accréditant » c'est toujours compliqué. C'est un frein, parce qu'il faut répondre à certains critères et en même temps ça professionnalise. Les gens sont bien formés. Mais ça pourrait être bloquant, parce qu'il y a toujours des généralistes qui ne veulent pas faire de formation et on trouve toujours pleins de prétextes pour ne pas les faire (rire), donc le caractère obligatoire de la chose c'est pour ou contre. Et pour faire une IVG c'est obligatoire.

Pour commencer il faudrait plus faire de l'information, on nous envoie ce listing, avec des explications. Un genre de promo ! Qui peut ouvrir sur un débat de discussion pluriprofessionnel, avec des rappels et des témoignages de confrères. Là ceux qui veulent plus être dans le rôle pivot de l'orientation pourrait se forger leurs réseaux et améliorer leurs prises en charge et leurs connaissances. Et pour ceux qui souhaitent aller plus loin, ils le diront déjà à ce moment là et le caractère obligatoire de la formation ne serait alors plus un frein.

- Et dans cette promo information, vous aimeriez discuter de quel sujet ?

Il faudrait nous rappeler les avantages de l'IVG médicamenteuse à domicile, avec des témoignages de gens qui côtoient ce genre de chose. Notamment sur le trauma que ça peut créer, et les bénéfices hôpital versus domicile. En gros accréditer la thèse qu'à domicile c'est moins traumatisant et sous utilisé. On doit nous montrer que c'est quelque chose qu'on peut faire facilement sans passer par un centre dédié. Il faut nous apporter des preuves que cette méthode serait un bénéfice pour nos patientes. On ne doit pas avoir l'impression qu'on va perdre trop de temps à chercher les contacts. On saura que telle centre ou radiologue fait les échos, que tel gynéco peut prescrire etc. Il nous faut des partenaires qui puissent nous répondre dans des délais raisonnables. Un fil actif spécifique.

Après bien sûr, un rappel sur tout ce qui est technique. Je pense que le sujet numéro 1 c'est quand même de maîtriser les éléments qui entourent l'IVG médicamenteuse.

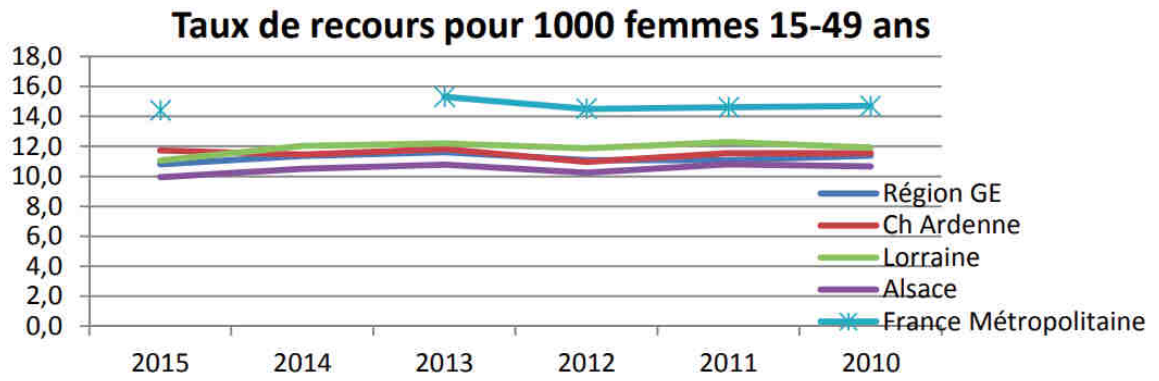
- Est-ce que vous trouveriez utile de créer un outil informatique dédié à ce réseau ou à ce protocole ?

Ça rejoint ce que j'ai dit avant oui. Nous ça nous permettrait d'avoir un plus pour nos patients. Et c'est plus fiable qu'une feuille qu'on envoie par la poste.

C'est un sacré travail de mobilisation, ce n'est pas une mince affaire mais si ça venait à se créer ce serait réellement un plus très important. Et du coup si ça se concrétise, j'en parlerai à mes patientes. Parce que je peux proposer une prise en charge complète, j'ai toutes les infos dans ma poche.

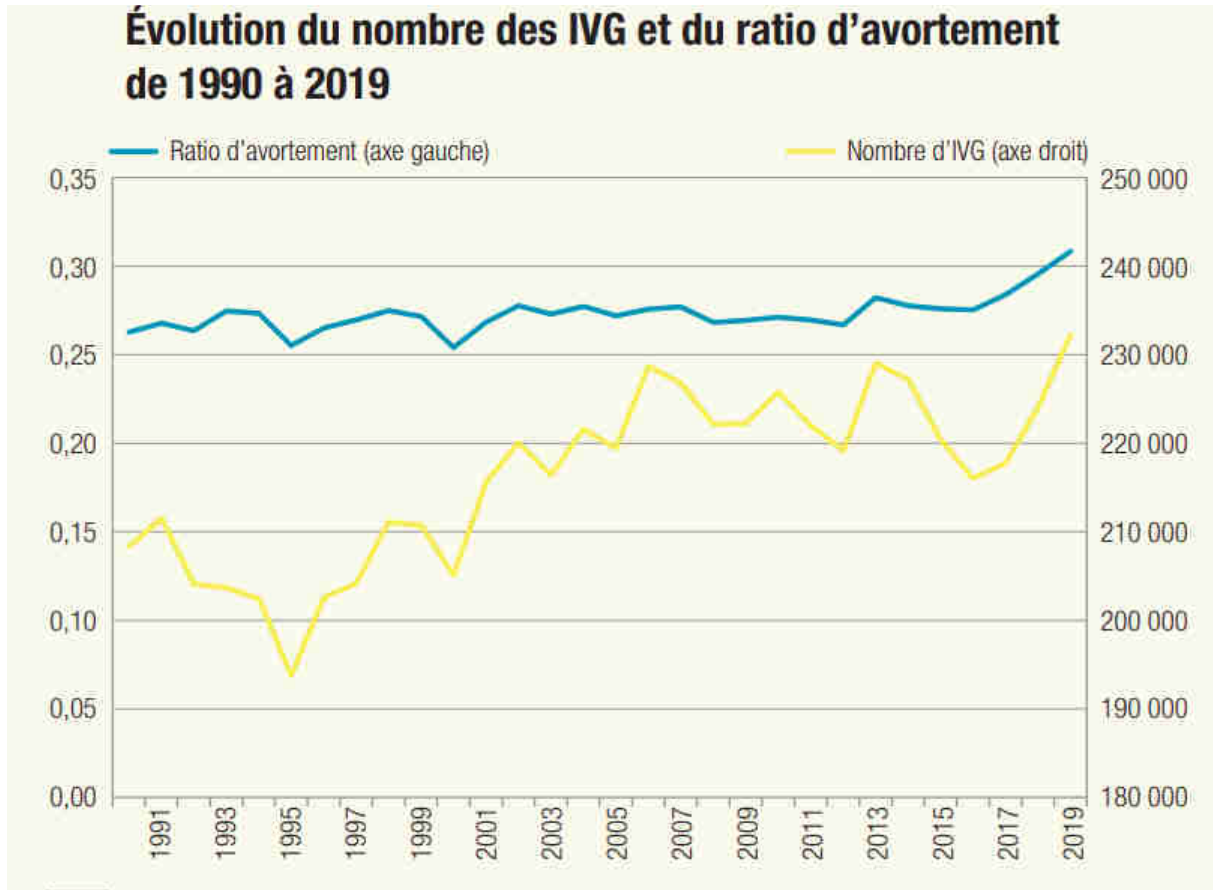
Mais c'est très militant comme approche, vous allez vous heurter forcément à des difficultés. Il faudra de la patience et de la négociation. Mais c'est intéressant de refaire un recensement et d'y inclure les praticiens. C'est tout bénéf, on développe notre activité, nos patientes auront le choix et ce sera sans doute moins chère pour la société. Et finalement sans doute moins traumatisants pour nos patientes.

ANNEXE 1



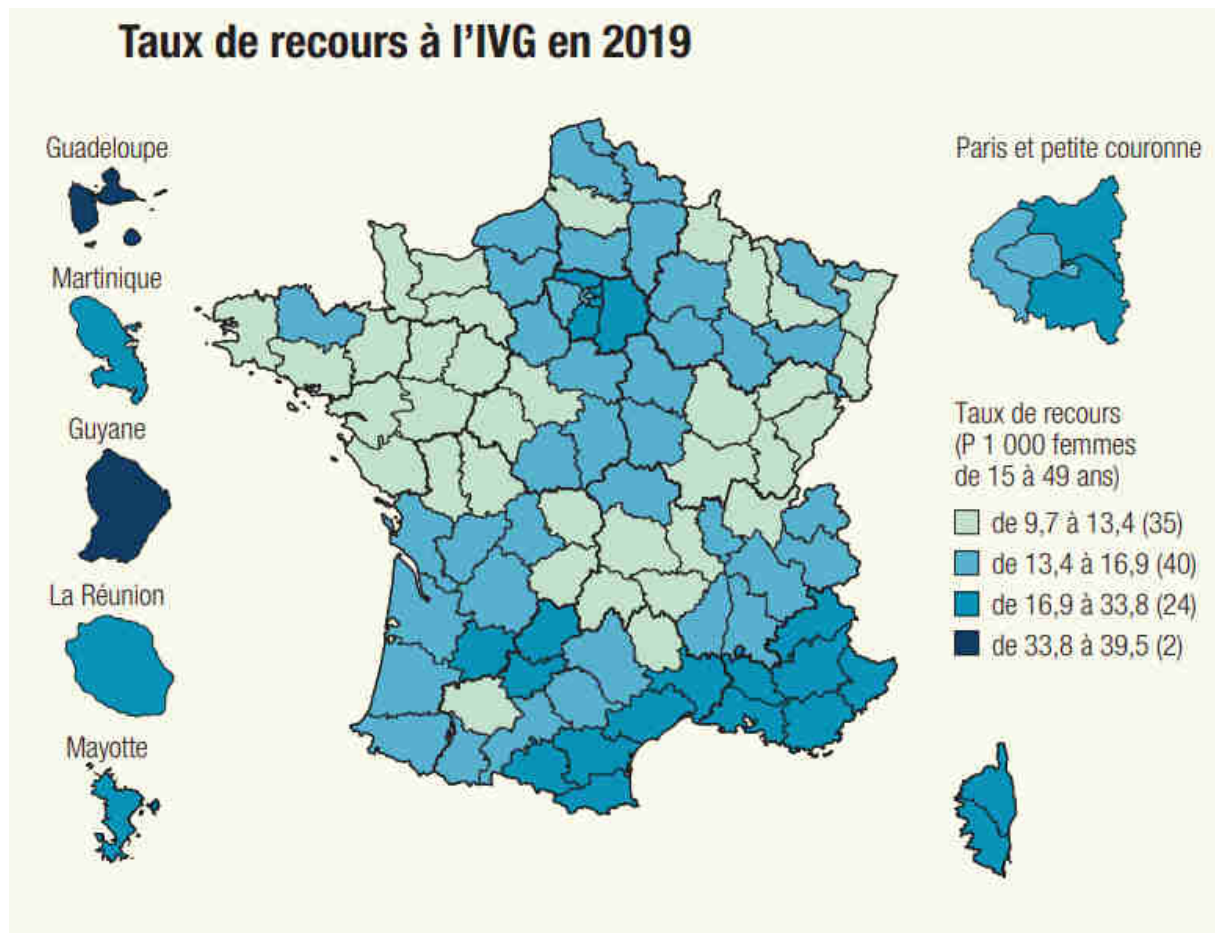
Source : ARS /DQP

ANNEXE 2



Sources : DREES (SAE,PMSI-MCO); CNAM (Erasme puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; Calculs DREES

ANNEXE 3



Sources : DREES (PMSI-MCO), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2019), CNAM (données de consommation inter-régimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soin)

ANNEXE 4

Les IVG en 2019 selon la région de résidence des femmes							
	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG** pour 1 000 femmes de 15-49 ans		IVG mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
					Brut	Standardisé	
Grand-Est	13 612	121	1 279	15 012	12,9	12,8	5,1
Nouvelle-Aquitaine	12 728	762	3 870	17 360	14,5	14,8	5,4
Auvergne-Rhône-Alpes	17 743	715	5 473	23 931	13,9	13,9	4,5
Bourgogne-Franche-Comté	5 471	103	1 741	7 315	13,3	13,6	5,0
Bretagne	7 160	112	963	8 235	12,3	12,6	4,6
Centre-Val de Loire	5 849	130	1 149	7 128	13,9	14,3	5,0
Corse	1 187	6	180	1 373	19,4	19,7	9,6
Île-de-France	35 422	2 672	17 169	55 263	18,5	17,5	6,1
Occitanie	15 625	296	5 500	21 421	17,6	17,7	6,6
Pays de la Loire	8 787	18	526	9 331	11,8	12,0	4,6
Hauts de France	15 518	379	2 686	18 583	14,2	14,0	6,3
Normandie	7 166	121	1 632	8 919	13,2	13,3	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 931	311	7 423	23 665	22,9	23,2	7,9
Résidentes France métropolitaine	162 199	5 746	49 591	217 536	15,6		5,4
Guadeloupe*	1 412	15	1 834	3 261	39,1	43,0	12,5
Martinique	1 651	4	457	2 112	28,6	31,0	11,3
Guyane	1 228	193	1 470	2 891	39,5	37,1	16,5
La Réunion	2 865	6	1 615	4 486	21,8	21,8	12,5
Mayotte	1 167	0	345	1 512	21,9	19,3	12,8
Résidentes DROM	8 323	218	5 721	14 262	28,2		13,1
Résidence inconnue***		9	202	211			
Résidentes France entière	170 522	5 964	55 312	231 798	16,1		
Résidence à l'étranger	235			235			
France entière	170 757	5 973	55 514	232 244	16,1		5,6

Sources : DREES (PMSI-MCO), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2019), CNAM (données de consommation inter-régimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soin)

ANNEXE 5

Protocole des entretiens

- Avez-vous des patientes venant consulter pour des demandes d'IVG ? Est-ce fréquent ?
- Quelle démarche adoptez-vous avec ces patientes ? quelle est votre prise en charge ?
- Quelle est votre niveau de satisfaction dans la prise en charge de ces demandes ?
- Estimez-vous que ce sont des consultations complexes ?
- Quels sont les obstacles que vous avez pu rencontrer au cours de ces consultations ?
- Comment peut-on vous aider à remédier à ces difficultés ?
- Selon vous, quelle place pourrait ou devrait occuper le médecin généraliste dans le protocole de l'IVG ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des médecins généralistes concernant l'IVG médicamenteuse ?
- Seriez-vous intéressé par la création d'une formation ou d'un outil ? Y verriez-vous un intérêt ? une préférence ? et pourquoi ?
- Quels seraient vos besoins /vos attentes si une éventuelle formation ou outil venait à se créer ? /Qu'aimeriez-vous y trouver ?
- Pensez-vous qu'il y a un intérêt dans la démarche ?

ANNEXE 6

Tableau codage : items satisfaction

	OUI	NON
HOSPITALIER	« Pas l'impression qu'on avait des problèmes d'accès à l'ivg » E1 « J'étais satisfaite oui » E2 « J'ai plus de satisfaits » E3 L'hospitalier c'est très bien » E5 « Je dirais que ça m'allait bien » E8 « Ça me convient » E12	« Pas encore top » E6 « Difficultés dans la démarche » E7
LIBERAL		« Pas fructueux » E1 « Sur le libéral je dirais nulle » E4 « Pas à l'aise » E9 « On se demande bien ce qu'on devrait faire » E10

	POSITIF	SYNTHESE	NEGATIF	SYNTHESE
HOSPITALIER	« Qu'on était en mesure de prendre n'importe qui qui venait pour ça » E1	Accessibilité	« Développer la prise en charge en ville. Pour faciliter sur les délais de consultation » E3	Délais trop longs
	« Bien encadrée » E2	Efficacité	« Impression de ne pas être écoutées, qu'on n'a pas répondu à leurs douleurs » E3	Solitude Souffrance
	« L'hospitalier c'est la sécurité » E4	Sécurité	« Il faut tomber sur le bon jour » E4	Surcharge
	« Ce côté sécuritaire de l'hôpital » E5	Sécurité	« Stress » E6	Souffrance
	« L'hôpital c'était ma sécurité. » E8	Sécurité	« Délais sont parfois un peu long et contraints » E7	Délais trop longs
	« Par sécurité et aussi facilité » E11	Sécurité Accessibilité	« Dans des lieux ou avec des intervenants multiples » E8	Impersonnel
	« Prise en charge rapide et adaptée » E13	Efficacité Accessibilité	« Toujours plus long » E11	Délais trop longs
			« l'IVG numéro 3 du jour par l'interne de médecine générale qui est là ce jour-là » E5	Impersonnel

	POSITIF	SYNTHESE	NEGATIF	SYNTHESE
Liberal	Ne se servant pas du réseau libéral, il n'y a pas de retour positif.		« En termes de communication ce n'était pas terrible » E1	Manque de communication
			« Demandes rares » E1	Manque d'expérience
			« Très rare » E2	Manque d'expérience
			« Sur l'orientation [...] Je ne savais pas » E3	Manque d'information
			« Je ne saurais absolument pas vers qui me tourner » E4	Défaut d'orientation
			« Qu'est-ce que je fais-moi en cas de problème ? » E5	Défaut d'orientation
			« Pas encore d'explications correctes » E6	Manque d'information
			« On a visiblement le droit de faire les IVG » E8	Manque d'information
			« Meilleure visibilité » E8	Manque de communication
			« Manque d'information » E9	Défaut d'information
			« On n'a pas de visibilité » E9	Manque de communication
			« Pas de prospectus ou de moyens de visibilité pour les professionnels	Défaut d'orientation

			pratiquant les IVG » E9	
			« Assez rare » E9	Manque d'expérience
			« Manque d'expérience et de formation » E10	Manque d'expérience
			« J'essaierai de me renseigner » E10	Défaut d'orientation
			« On doit se dépatouiller » E10	Manque d'information
			« Rien n'appris » E11	Manque d'information
			« Comment on fait » E11	Manque de communication
			« Vers qui les envoyer » E12	Défaut d'orientation
			« Je ne saurais vraiment pas quoi faire » E12	Manque d'information
			« Il faut déjà communiquer sur la possibilité de le faire en ville » E13	Manque de communication

BILBIOGRAPHIES

- 1) A Delmont. Evaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. Thèse d'exercice, médecine, université de Grenoble, Octobre 2015.
- 2) M-N Battistel et C Muschotti. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. [Internet] Assemblée nationale. [cité 10 nov2020].Disponiblesur:http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/115b3343_rapportinformation
- 3) F Lengart. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. DREES. Septembre 2020 ; 1163
- 4) H Leroy, M Creutz-Leroy, J-M Boivin. Médecine générale de ville et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en région Grand-Est, France. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2018 ; 66(6) : 355-362.
- 5) I Nisand. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. 1^{er} février 1999
- 6) T Cathalan. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». Thèse d'exercice, médecine, Université Paris Est Créteil; 2015
- 7) C Landry. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel. Thèse d'exercice, médecine, Université de Paris Est Créteil; 2015
- 8) N Deseille. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. Thèse d'exercice, médecine, université de Bordeaux, 15 décembre 2017
- 9) A Guilbot. Quels sont les freins à la pratique de l'IVG pour les médecins généralistes du Vaucluse. Thèse d'exercice, médecine, université de Marseille, 22 Février 2021
- 10) V Dasen. L'embryon humain à travers l'histoire, Infolio, 2007
- 11) J Gaudemet. Le mariage en Occident : les mœurs et le droit, Les Éditions du Cerf, 1987, p. 161
- 12) X Labbee. Condition juridique du corps humain avant la naissance et après la mort, Presses Univ. Septentrion, 2012, p. 139
- 13) X Gauthier. Paroles d'avortés : quand l'avortement était clandestin, Martinière, 2004, p. 20-22.

- 14) I Nisand, L Araujo-Attali, A-L Schillinger-Decker. L'IVG. Presses Universitaires de France. 2012, p 47
- 15) P Fournet. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2016 ; 45 :1577-1595.
- 16) HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse-Mise à jour. [Internet] Rapport de la Haute Autorité de Santé [cité le 12 Avril 2021]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
- 17) UMVF campus gynécologie obstétrique, item 28, disponible sur <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/cours.pdf>
- 18) E Nouyrigat, P Dosquet. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. HAS, décembre 2010.
- 19) M Nouvellon. Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes. Thèse d'exercice, médecine, université de Marseille, 1^{er} Juin 2018.
- 20) N Lelong, C Moreau, M Kaminski, équipe COCON. Prise en charge de l'IVG en France : résultat de l'enquête COCON. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Février 2005 ; 34(1C1) : 53-61.
- 21) A-C Grandrupt. 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. Thèse d'exercice, médecine, université de Nancy I, 18 Juin 2007
- 22) A Delmont. Evaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. Thèse d'exercice, médecine, université de Grenoble, Octobre 2015.
- 23) M-N Bastistel et C Muschotti. Rapport d'information sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. 16 septembre 2020 ; 3343
- 24) C Hochedez M Mialocq. Précarités et marginalités en milieu rural. Cairn-info. 2015 ; 225 : 19-25
- 25) P Bouet. Atlas de la démographie médicale en France. 1^{er} janvier 2018
- 26) S Gaudu, M Crost, L Esterle. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. Contraception. janvier 2013;87(1):45-50.

- 27) E Bécue. Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais ? Thèse d'exercice, médecine. Université du droit et de la santé de Lille, 2012.
- 28) C Marguerite. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise : freins et pistes d'optimisation. Thèse d'exercice, médecine, Université de Rouen. 8 février 2019
- 29) L Keogh , S Croy, D Newton, Hendron M, S Hill. General practitioner knowledge and practice in relation to unintended pregnancy in the Grampians region of Victoria, Australia. *Rural and Remote Health* 2019; 19: 5156.
- 30) M RIGAL. Les obstacles au développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale. Thèse d'exercice, Médecine, Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie, 2012.
- 31) OMS | Utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-managementabortion/fr/>
- 32) D Ferre. Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en HauteVienne. Thèse d'exercice, Médecine, Université de Limoges. 2012.
- 33) C Vailloud, A Finckel. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en cabinet par les médecins généralistes : quel avenir dans le bassin grenoblois ? Thèse d'exercice, Médecine, Université Joseph Fourier, 2008.
- 34) A Roca. IVG médicamenteuse en ville : étude auprès des jeunes médecins généralistes de Champagne-Ardenne. Thèse d'exercice, Médecine, Université de Reims Champagne-Ardenne, 2017
- 35) C Escoubet. Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: http://www.bichatlarib.com/publications.documents/4943_ESCOUBET_Celine_developpement_IVG_med_Soissons_these.pdf
- 36) C Gray . Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : état des lieux en HauteNormandie. Thèse d'exercice, Médecine, Université de Rouen Normandie, 2008.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FREUND Prénom : Marie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A ESCHAU, le 10.01.21

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction

Malgré la diffusion d'un protocole permettant la pratique des IVG médicamenteuses chez les praticiens libéraux, la majorité des IVG s'effectuent actuellement dans les réseaux hospitaliers alors que les conditions pourraient être réunies pour une pratique à domicile. Avec un nombre constant des demandes d'IVG ces dernières années, et la surcharge des milieux hospitaliers, nous avons trouvé pertinent d'évaluer l'implication et les prises en charges actuelles des médecins généralistes.

Matériel et méthode

Ce travail s'est effectué à l'aide d'une thèse qualitative comprenant 13 médecins généralistes exerçant dans différents secteurs de l'Alsace sur une période d'un an (Sept 2020 à Sept 2021). L'objectif principal étant de déterminer l'implication et la prise en charge des généralistes concernant les demandes d'IVG. Dans un second temps, nous étudierons le niveau de satisfaction et les pistes d'amélioration proposés par les praticiens.

Résultat

Les généralistes délèguent rapidement aux centres hospitaliers la poursuite des soins des patientes. La consultation est vue comme une consultation complexe mobilisant nombres de ressources. Ils disent souffrir d'un manque de communication avec le milieu hospitalier et d'un manque d'information.

Conclusion

Il apparait que les généralistes trouvent pertinents la création d'un réseau libéral pour améliorer la prise en charge et l'implication du généraliste dans les demandes d'IVG. Ils y voient un bénéfice tant pour les patientes que pour eux-mêmes.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : IVG MEDICAMENTEUSE, MEDECINE GENERALE, IVG

Président : Pr DERUELLE Philippe

Assesseurs : Pr BERTSCHY Gilles, Pr SANANES Nicolas, Pr SCHRÖDER Carmen

Adresse de l'auteur : 1A rue de la hard 67114 ESCHAU