



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES

Thèse en vue du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Chloé, Aline CHASSOT

**IVG médicamenteuse
en Bretagne :
Analyse des
pratiques
professionnelles des
médecins
généralistes ayant
participé à la
formation dispensée
par le Réseau
Périnatalité Bretagne**

Thèse soutenue à Rennes
le 04/09/2026

devant le jury composé de :

Virginie GANDEMER

PU-PH d'oncologie pédiatrique - CHU de Rennes
Présidente du jury

Florence ADELIN-DUFLOT

Professeure associée de médecine générale
Examinatrice

Charlotte THEBAULT-DAVID

Docteure en médecine générale
Examinatrice

Alexandra RAULT

PH de médecine générale - Centre Hospitalier
Bretagne-Atlantique à Vannes
Co-directrice de thèse

Eléna HENRY

PHC de médecine générale - Centre Hospitalier
Bretagne-Atlantique à Vannes
Co-directrice de thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Chloé, Aline CHASSOT

**IVG médicamenteuse
en Bretagne :
Analyse des
pratiques
professionnelles des
médecins
généralistes ayant
participé à la
formation dispensée
par le Réseau
Périnatalité Bretagne**

**Thèse soutenue à Rennes
le 04/09/2026**

devant le jury composé de :

Virginie GANDEMER

PU-PH d'oncologie pédiatrique - CHU de Rennes
Présidente du jury

Florence ADELIN-DUFLOT

Professeure associée de médecine générale
Examinatrice

Charlotte THEBAULT-DAVID

Docteure en médecine générale
Examinatrice

Alexandra RAULT

PH de médecine générale - Centre Hospitalier
Bretagne-Atlantique à Vannes
Co-directrice de thèse

Eléna HENRY

PHC de médecine générale - Centre Hospitalier
Bretagne-Atlantique à Vannes
Co-directrice de thèse

Liste des Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
ARNAUD Alexis	Chirurgie infantile
AUFFRET Vincent	Cardiologie
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie hépatologie ; addictologie
BATAIL Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie, embryologie, et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BEUCHÉE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUVET Renaud	Médecine légale et droit de la santé
BROCHARD Charlene	Physiologie
CASTELLI Joël	Cancérologie ; radiothérapie
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHAPRON Anthony	Médecine générale
COGNE Michel	Immunologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CORVOL Aline	Gériatrie
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DECAUX Olivier	Médecine Interne ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
EDELINE Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie médicale
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	Pédiatrie

GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie, embryologie, et cytogénétique
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
KERBRAT Anne	Neurologie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAUNEY Yoann	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE JEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LESCOAT Alain	Médecine Interne ; addictologie
LEVÊQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MARCHAND Tony	Hématologie ; transfusion
MARTINS Pedro-Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MICHEL Laure	Neurologie
MIGEOT Virginie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
NAUDET Florian	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
NESSLER Nicolas	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
NYANGO-H-TIMOH Krystel	Anatomie
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PASQUIER Laurent	Génétique

PEYRONNET Benoit	Urologie
RAVEL Célia-Nadège	Histologie, embryologie, et cytogénétique
REUTER Paul-Georges	Médecine d'urgence
REVEST Matthieu	Maladies Infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes addictologie
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickael	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROUSSEL Mikaël	Hématologie ; transfusion
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
SOMME Dominique	Gériatrie
SULPICE Laurent	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE Jean Marc	Médecine intensive-réanimation
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TERZI Nicolas	Médecine Intensive-réanimation
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie hygiène hospitalière
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Phillippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

**Liste des Maîtres de Conférences Universitaires – Praticiens hospitaliers
(MCU-PH)**

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel	Médecine générale
AMIOT Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amedeo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARTRU Florent	Gastroentérologie Hépatologie ; Addictologie
BELHOMME Nicolas	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillessement ; Addictologie
BOUZILLE Guillaume	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
COGNÉ Mélanie	Médecine physique et de réadaptation
CREFF Gwenaëlle	Oto-rhino-laryngologie
DION Ludivine	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie, embryologie, et cytogénétique
FIQUET Laure	Médecine générale
GOUIN Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUEGAN Hélène	Parasitologie et mycologie
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
LE LOUS Maëla	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LEMAÎTRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LEROUX Stéphanie	Pédiatrie
LESOUHAITIER Mathieu	Médecine Intensive-réanimation
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
PALARD Xavier	Biophysique et médecine nucléaire
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
POIZEAU Florence	Dermato - vénéréologie
PRONIER Charlotte	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
RICORDEL Charles	Pneumologie addictologie
ROBERT Guillaume	Médecine palliative
ROBIN Fabien	Anatomie
ROBIN François	Rhumatologie
SCAILTEUX Lucie-Marie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale : pharmacologie clinique ; addictologie

Liste des Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU)

NOM Prénom	Sous-section de CNU
BESOMBES Juliette	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
KHENE Zine-Eddine	Urologie
REISSIER Sophie	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
ROLLIER Paul	Génétique
TRON Camille	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique ; Addictologie
VADUVA Patricia	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Liste des Professeurs Associés (PA)

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ADELIN-DUFLOT Florence	Médecine générale
BERANGER Rémi	Département des formations paramédicales
CHHOR Sidonie	Médecine générale
EVAIN Sarah	Neurologie
FILLATRE Pierre	Médecine intensive-réanimation
CATHELAIN Jean-Baptiste	Médecine générale
LA COMBE Béatrice	Médecine intensive-réanimation
LUCAS Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MENER Eric	Médecine générale
MOREL Vincent	Médecine palliative
PESCHANSKI Nicolas	Médecine d'urgence
SOULAT Louis	Médecine d'urgence
TESSIER Christophe	Orthophonie

Liste des Maîtres de Conférences Associés (MCA)

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ANDRES Emilie	Médecine générale
BASTIAN Benjamin	Médecine générale
COMMON Harold	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JAMAL Karim	Sciences de la rééducation et de réadaptation
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE DOUARON Pierre	Médecine générale
LE MOINE Gaëtan	Audioprothèse
LEVREL Vincent	Médecine d'urgence
LEBOUVIER Thomas	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri opératoire
MARCUCCI Laetitia	Philosophie
MOUSSOUNI-MARZOLF Fouzia	Informatique
MULTON Lucie	Orthophonie
POTEL Sina	Neurologie
MERDRIGNAC Aude	Chirurgie viscérale et digestive
RIDARD Elsa	Médecine Générale
VABRET Elsa	Néphrologie
VINATIER Marielle	Médecine générale
WALLENHORST Timothée	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MET Nsuni	Sciences Infirmières
WALLET Lucie	Orthophonie



SCOLARITE SANTE
BUREAU 3EME CYCLE

Imprimé n° 6-sujet

FACULTE DE MEDECINE

**THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Déclaration sur l'honneur de non plagiat

Je soussigné (e), Madame ou Monsieur : **CHASSOT Chloé, Aline** certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon compte des propos, citations, ou illustrations déjà publiées (susceptible d'être considérée comme un plagiat, y compris un auto- plagiat).

Rennes, le : 17/05/2026

Signature

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

REMERCIEMENTS

À Madame la Professeure Virginie GANDEMER,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

À Madame la Professeure Florence ADELIN-DUFLOT,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. C'est un réel plaisir de vous compter dans celui-ci. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre accessibilité qui rendent vos enseignements et nos partages si précieux.

À Madame la Docteure Charlotte THEBAULT-DAVID,

Je suis heureuse que tu aies accepté de porter la casquette de membre de jury pour la première fois de ta carrière pour ma soutenance ! Après m'avoir guidée en tant que MSU, c'est un honneur de clore ce chapitre avec toi. Merci pour ton encadrement, ton soutien et ta bonne humeur.

À Mesdames les Docteurs RAULT Alexandra et HENRY Elena,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée dans ce projet. Merci pour votre présence, pour la rapidité et pour la pertinence de vos observations. Cela a été un plaisir de vous rencontrer et de travailler avec vous.

Aux professionnelles du Réseau Périnatalité Bretagne, Mme ROBIN Anne-Lise, Mme TILLAUT Hélène, Mme WALLERICH Yvette : un grand merci pour votre engagement et votre soutien dans la réalisation de ce travail, cela n'aurait pas été possible sans vous.

Aux médecins généralistes ayant participé à cette étude, je vous adresse toute ma gratitude pour le temps que vous m'avez accordé.

À Madame le Docteur Églantine NEVE, merci pour ta bienveillance, ton aide précieuse dans le choix de mon sujet et dans la recherche de mes directrices de thèse.

À ceux qui ont contribué à ma formation, aux internes et médecins ayant marqué mon chemin à Clermont et à ceux rencontrés ici, en Bretagne. À Christine, Sandrine et Fabienne, qui m'ont fait découvrir la médecine générale. À Céline, Charlotte et Chrystelle, qui ont fait grandir cette passion en moi et m'ont permis de me révéler en tant que future médecin. À tous les professionnels du CH de Dinan auprès desquels j'ai pris un réel plaisir à apprendre et à soigner : Jean-Do, JF, Marine, Xavier, Louise, Morgane, Jonathan, Olivier, Julian, Noémie, Kerian et les professionnels des Saint-Jean. À tous les soignants qui m'ont fait découvrir un territoire à présent si cher à mon cœur.

À mes co-internes des Urgences de Dinan, Julie, Marie, Valentine et Lucille, ainsi qu'aux internes dinannaises, Héléna et Sara, qui ont marqué mon parcours et avec qui j'ai sillonné le Val de Rance.

A mes co-internes de Poudlard, Jeanne et Manon, merci de m'avoir fait découvrir votre passion pour la psy et pour votre joie de vivre !

À Marie, expatriée de l'Est rencontrée en GEP, merci pour nos longues discussions, nos notes vocales interminables, nos sorties à la plage à Vannes et nos découvertes des meilleures adresses gustatives de la région.

À ma très chère Lucie, co-interne devenue une amie si rapidement, une évidence. Merci pour ta franchise, ton humour et ta joie de vivre. À nos prochaines expéditions, toujours accompagnées d'un bon champagne, évidemment ! Nos hommes n'ont pas fini de se serrer le petit doigt.

À mes amis d'externat : Alice, Flavie, Laurène, Mathilde, Léa, Katia, Juliette, Maxence et Yan. Mes « *Glands* », nous voilà tous de vrais chênes ! Mes racines, pour devenir la personne que je suis aujourd'hui, ont été arrosées et nourries par votre amour, votre bienveillance et le soutien mutuel que nous nous sommes apporté. J'ai l'extrême chance d'avoir croisé votre route et de vous compter parmi les êtres les plus chers à mon cœur. Félicitons-nous pour ce parcours et je vous souhaite de préserver ce lien précieux et de nous organiser encore de nombreux week-ends aux quatre coins de la France. Par contre, je bannis toute activité à base de cerf-volant, mes poignets pourraient ne pas y résister.

À Oana, ma très chère amie, merci d'avoir accompagné mon parcours à Clermont et d'avoir veillé sur moi avec tant de tendresse. J'attends avec impatience notre prochaine rencontre.

À ma belle-famille, merci pour votre soutien, vos délicates attentions et nos moments en famille.

À ma famille, si grande et belle, je pourrai bientôt enfin vous dire que mes études sont terminées ! Merci pour la fierté dont vous témoignez. Merci à ma marraine, Anne-Cécile, à mon parrain, Harold, et à mon filleul, Melvyn. Une pensée émue pour mes grands-parents qui, j'en suis certaine, auraient arrosé ce parcours à sa juste valeur.

A Damien, mon cousin, qui aurait cru que je passerais ma thèse avant toi ? Bon, d'accord, la tienne en socio fera 400 pages et la mienne seulement 40, ça compte pour moitié ! Blague à part, un immense merci pour ton aide précieuse, tes conseils avisés et tes relectures aux observations toujours si pertinentes. Merci pour nos discussions sans fin ; elles sont pour moi une réelle source d'inspiration. Vivement les prochaines ! PS : tu es dans ma bibliographie...

À mes parents, que j'aime infiniment et envers lesquels je serai éternellement reconnaissante pour toutes les chances que la vie m'a apportées grâce à eux.

À mon père : Papa, je te suis si reconnaissante pour tout ce que tu m'as transmis, l'amour du travail bien fait et cette force de toujours croire en mes capacités, qui sont, bien entendu, héréditaires. Je suis fière de devenir Dr CHASSOT et de pouvoir inscrire ce nom, ton nom, à côté de cette particule.

À ma mère : Ma petite maman, qui m'a toujours soutenue et a été une présence si réconfortante. Tu n'as jamais douté de moi (la chanson de Robin des Bois, tu te souviens ?) et tu as tout mis en œuvre pour que je réussisse dans les meilleures conditions. Je ne serais pas là aujourd'hui sans toi.

À ma sœur, et à cette relation que nous partageons. Tu es une source d'immense fierté ; ton courage, ta résilience et ton talent me motivent chaque jour. À nos week-ends en Alsace, en Bretagne et ailleurs... le TGV n'a pas fini de nous transporter ! Objectif carte grand voyageur !

À Antoine, ma moitié et mon futur mari. Aucun texte ne sera jamais assez profond pour décrire tout ce que tu m'apportes au quotidien. Le chemin à tes côtés est magnifique. Je vous souhaite un long voyage, joyeux et parsemé d'aventures et de beaux projets. Merci pour ton soutien sans faille depuis notre rencontre et félicitons-nous pour cette décision de venir ici à Rennes, cela nous réussit bien !

SOMMAIRE

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXÉS.....	13
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	14
INTRODUCTION	15
MATERIELS ET METHODES.....	17
A. Type d'étude	17
B. Population d'étude	17
C. Construction du questionnaire	17
D. Recueil des données	17
E. Analyse statistique	17
F. Cadre légal	18
RÉSULTATS	19
A. Caractéristiques de l'échantillon analysé et représentativité.....	19
B. Analyse des pratiques professionnelles de l'échantillon	20
1) Conventionnement et pratique de l'IVG médicamenteuse	20
2) Pratique de l'échographie de datation	21
3) Suivi des recommandations de la HAS concernant l'IVG médicamenteuse	22
4) Création d'un réseau de soins	24
C. Analyse des freins au développement de l'IVGm chez les médecins formés.....	24
DISCUSSION	26
A. Discussion des résultats	26
1) Dynamique générationnelle et déterminants territoriaux du conventionnement	26
2) Conventionnement, pratique d'IVG médicamenteuse et référencement en ligne	26
3) Cas particuliers de l'IVG médicamenteuse chez les patientes mineures	27
4) Suivi des recommandations de la HAS	28
a. Informer	28
b. Réorienter	28
c. Recueillir le consentement écrit	28
d. Confirmer et dater la grossesse : biologie et échographie de datation	29
e. Proposer un entretien psycho-social	29
f. Actes de prévention et dépistage	29
g. Délivrance des traitements abortifs et co-prescription d'antalgiques	30
h. Visite de contrôle	30
5) Maîtrise des formalités administratives	30
6) Création d'un réseau de soins	31
7) Charge de freins perçue	31
B. Forces et faiblesses de l'étude	32
1) Les forces de l'étude	32
2) Les faiblesses de l'étude	33
CONCLUSION.....	34
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
GLOSSAIRE	39
ANNEXES	40

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES

<u>ANNEXE 1</u> :	40
Synthèse des recommandations de la HAS sur les méthodes d'IVG - Mise à jour 2021.	
<u>ANNEXE 2</u> :	41
Questionnaire de l'étude transmis à la population cible via LimeSurvey®.	
<u>ANNEXE 3</u> :	46
Caractéristiques socio-démographiques transmises par le RPB concernant les MG formés entre 2020 et 2025 - Mail du 16 mars 2026.	
<u>ANNEXE 4</u> :	47
Verbatims recueillis concernant les raisons de la non-prise en charge des femmes mineures parmi les médecins conventionnés.	
<u>ANNEXE 5</u> :	47
Verbatims recueillis concernant les difficultés et les freins à la pratique de l'IVGm parmi les médecins interrogés.	
<u>ANNEXE 6</u> :	48
Modèle de formulaire de consentement à l'IVGm proposé par le RPB.	
<u>ANNEXE 7</u> :	49
Rappels sur le forfait IVGm en ville.	
<u>ANNEXE 8</u> :	50
Prise en charge fléchée et protocolisée au sein de la CTPS du pays d'Auray.	
<u>ANNEXE 9</u> :	51
Synthèse de la réunion du 07/07/2026 avec le Réseau Périnatalité Bretagne - Pistes de réflexion et utilités des résultats.	

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 :	19
Diagramme de flux.	
Tableau 1 :	19
Comparaison de l'échantillon à la population cible sur les caractéristiques (sexe, département et type d'exercice) fournies par le RPB.	
Tableau 2 :	20
Répartition des objectifs de formation déclarés par les médecins formés ($N = 30$).	
Tableau 3 :	20
Taux de conventionnement selon les caractéristiques socio-démographiques ($N = 30$).	
Figure 2 :	21
Distribution de l'activité mensuelle d'IVGm chez les médecins conventionnés ($n = 17$).	
Tableau 4 :	22
Analyse croisée entre les compétences en échographie et le statut de conventionnement.	
Tableau 5 :	23
Adéquation des pratiques aux recommandations HAS selon le statut de conventionnement.	
Tableau 6 :	25
Répartition des freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse selon le statut du conventionnement.	

INTRODUCTION

L'inscription du droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans la Constitution en 2024 marque un tournant historique élevant un droit sanitaire au rang des libertés fondamentales (1). Face à une fragilisation mondiale des droits reproductifs, la France devient le premier pays à inscrire cette liberté au sommet de sa hiérarchie législative (2). Cependant, comme le souligne la sociologue Laurine Thizy, si la loi protège le principe, elle ne résout pas d'emblée les conditions matérielles à sa mise en œuvre (3–5). La reconnaissance constitutionnelle impose à l'État une obligation de moyens : assurer un accès réel et équitable sur tout le territoire, car un droit sans accès n'est qu'une liberté théorique.

En 2023, l'INED¹ a dénombré 223 260 IVG en France dont 8 957 en Bretagne (6). On distingue deux méthodes d'IVG : la méthode instrumentale (IVGi) pratiquée jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée (SA) et la méthode médicamenteuse (IVGm) jusqu'à 9 SA. Le choix de la technique est celui de la femme dans la mesure où le stade de la grossesse et l'absence de contre-indication le permettent. La DREES² rapporte que 73 % des IVG sont réalisées par méthode médicamenteuse en 2023 (7). Au niveau national, 52 % des IVGm sont réalisées en libéral ; ce taux n'atteint que 27 % en Bretagne (7). L'enquête ministérielle, instruite en 2019 sur le délai de prise en charge pour une IVG, a établi une attente de 7,4 jours à l'échelle nationale, soit 2,4 jours de plus que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). La Bretagne figure parmi les régions affichant des délais supérieurs à la moyenne nationale : 8 à 11 jours avec des disparités départementales (8,9).

Les étapes de la prise en charge de l'IVGm sont définies par les recommandations de la HAS et sont disponibles dans un livret mis à disposition par le ministère de la Santé (10). Lors de la première consultation, le praticien doit proposer un entretien psychosocial (EPS). Celui-ci est facultatif pour les majeures et obligatoire pour les mineures. Il est recommandé de dépister les violences intrafamiliales (VIF), d'aborder la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). Le diagnostic et la datation de la grossesse sont confirmés par des tests biologiques et l'échographie. Une fois le consentement écrit recueilli, la procédure débute par la prise séquentielle des médicaments abortifs (mifépristone puis, misoprostol 24 à 48 heures plus tard). Enfin, le parcours s'achève par une visite de contrôle permettant de confirmer la réussite de la méthode et d'échanger sur le vécu de l'IVG (9) (Annexe 1).

La littérature médicale souligne la fiabilité de l'IVGm dont le taux de succès avoisine 95 % (11,12). L'IVGm s'accompagne d'effets secondaires inhérents aux mécanismes d'expulsion (13,14). Les douleurs pelviennes, quasi systématiques, imposent la coprescription d'antalgiques. Les complications graves restent exceptionnelles : l'hémorragie nécessitant le recours à une transfusion est estimée à 0,1 % (15). C'est précisément cette balance bénéfice-risque favorable qui a permis d'élargir la pratique de l'IVGm hors des structures hospitalières.

¹ Institut National d'Études Démographiques

² Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Depuis 2009, les médecins généralistes (MG) sont habilités à réaliser des IVGm en cabinet à condition d'avoir obtenu un conventionnement avec un centre de référence (16). Plusieurs travaux réalisés sur différents territoires français ont objectivé une demande spontanée de prise en charge auprès du MG, témoignant d'une relation de confiance (17–19). La pratique de l'IVG s'inscrit donc pleinement dans le champ de la médecine générale. Son intégration dans l'offre de soins primaires permettrait, d'une part, de densifier le maillage territorial afin de garantir l'équité d'accès et, d'autre part, de déstigmatiser l'acte en l'intégrant dans une offre de soins de proximité (4). Toutefois, malgré une demande identifiée, un cadre législatif et des protocoles clairs, le nombre de MG conventionnés demeure restreint : 45 en 2025 sur environ 3 700 MG bretons (7,20).

La littérature explorant les freins à cette pratique a souligné de manière systématique les lacunes de la formation lors du cursus universitaire (21,22). Ces carences peuvent être palliées régionalement par des organismes de formation. En Bretagne, le Réseau Périnatalité Bretagne (RPB) propose une formation à titre gracieux destinée aux professionnels de santé (23). Elle se décline en une première partie en *e-learning*³ avec des vidéos détaillant les recommandations et modalités de la prise en charge de l'IVGm, puis secondairement une session interactive en visioconférence, permettant d'échanger avec les formateurs du RPB.

Malgré une hausse nationale du nombre d'IVG et une volonté de « démedicalisation » au profit des soins primaires, le recours à l'IVG en Bretagne reste marqué par une forte dépendance hospitalière. Si la loi garantit la liberté, la réalité du terrain révèle que l'accès effectif dépend directement de l'offre de soins locale et de l'implication des praticiens de premier recours. Dans ce contexte, les formations régionales visant à outiller les MG pour renforcer leurs compétences, ajuster leurs pratiques et optimiser le parcours de soin se multiplient. La formation du RPB n'a jamais fait l'objet d'une étude jusqu'à présent. Modifie-t-elle les pratiques professionnelles ? La formation dispensée permet-elle de lever les freins du conventionnement et de garantir l'application des recommandations ? Ce travail de thèse se propose d'analyser les pratiques professionnelles des MG formés à l'IVGm par le RPB. En objectif secondaire, cette étude explorera les freins rapportés par les praticiens formés.

³ Formation en ligne

MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale réalisée par auto-questionnaires.

B. Population d'étude

Elle a été conduite auprès des MG ayant participé à la formation dispensée par le RPB entre janvier 2020 et décembre 2025. Les critères d'inclusion sont d'être MG diplômés, d'avoir participé à la formation du RPB et d'exercer en Bretagne. Les questionnaires incomplets ont été exclus⁴.

C. Construction du questionnaire

Le questionnaire, disponible en annexe 2, est composé de 25 questions, à réponse unique, multiple ou libre. Il a été réalisé en collaboration avec les directrices de thèse et le RPB. Il s'articule en trois parties : socio-démographique, exploration des pratiques professionnelles et suivi des recommandations puis recueil des difficultés rencontrées par les MG interrogés. Le questionnaire a été testé avant diffusion auprès de six personnes. Le temps de réponse a été estimé à 15 minutes.

D. Recueil des données

Le recrutement a été réalisé en collaboration avec le RPB qui a assuré la diffusion directe du questionnaire via sa base de données à l'ensemble des MG formés sur la période étudiée, soit 63 MG. Il a été décidé de ne pas solliciter de transfert des coordonnées des MG vers l'investigatrice afin de garantir l'anonymat. Le recueil des auto-questionnaires a été effectué entre le 11 décembre 2025 et 20 février 2026 via le logiciel LimeSurvey®. Trois relances ont été réalisées sur cette période.

E. Analyse statistique

Les données ont été exportées vers un fichier Excel® afin d'être traitées. Étant donné que la population d'étude est finie et exhaustive, constituée de l'intégralité des MG formés à l'IVGm par le RPB sur la période explorée, le calcul d'un nombre de sujets nécessaires n'est pas applicable puisque notre étude vise un recensement complet. La validité interne des résultats repose sur la représentativité des répondants par rapport à la population source. L'analyse principale consiste en une étude descriptive de l'échantillon. Dans un second temps, des analyses bi-variées ont été réalisées pour rechercher des corrélations entre le profil des MG et leurs pratiques. Les tests statistiques ont été effectués avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$. Compte-tenu du faible effectif, l'utilisation de tests non paramétriques a été privilégiée : le test exact de Fisher pour les variables qualitatives et le test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives. Le logiciel BiostaTGV® a été utilisé pour réaliser les tests statistiques.

⁴ Ont été exclus de l'analyse tous les questionnaires dont le taux de complétion se limitait aux seules informations socio-démographiques.

F. Cadre légal

Conformément au RGPD⁵, le recueil des données a été conçu pour garantir un anonymat. L'organisme de formation a reçu un avis favorable de la part de son DPO⁶ avant l'envoi du questionnaire. Cette étude n'entrant pas dans le champ de la loi Jardé, l'avis d'un Comité de Protection des Personnes n'est pas requis.

⁵ Règlement Général sur la Protection des Données

⁶ Délégué à la Protection des Données

RÉSULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon analysé et représentativité

Il a été recueilli 36 réponses via un questionnaire en ligne. Après analyse, six questionnaires ont été exclus. L'échantillon final comporte 30 réponses soit un taux de réponse de 47,6 %.

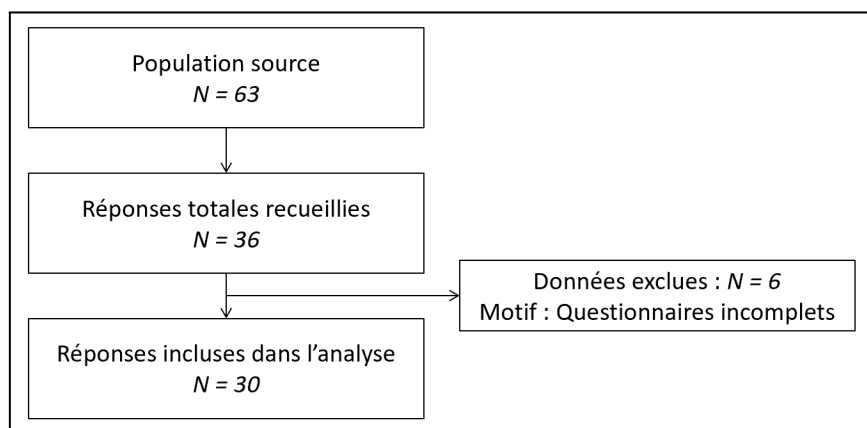


Figure 1 : Diagramme de flux.

Les caractéristiques sociodémographiques des répondants ont été comparées à celles de la population source afin d'évaluer la représentativité de l'échantillon (Tableau 1) (Annexe 3). Il n'a pas été observé de différence significative sur le sexe, le département et le type d'exercice.

	Population cible N = 63	Echantillon N = 30	P-value*
Sexe	% (n)	% (n)	
Femme	87,3% (55)	90% (27)	1,00
Homme	12,7% (8)	10% (3)	
Département d'exercice	% (n)	% (n)	
Côtes-d'Armor (22)	6,4% (4)	6,7% (2)	0,99
Finistère (29)	19,0% (12)	20% (6)	
Ille-et-Vilaine (35)	46,0% (29)	43,3% (13)	
Morbihan (56)	27% (17)	30% (9)	
Loire-Atlantique (44)	1,6% (1)	0% (0)	
Type d'exercice	% (n)	% (n)	
Libéral	79,4% (50)	73,4% (22)	0,40
Hospitalier	6,3% (4)	13,3% (4)	
Mixte	3,2% (2)	3,3% (1)	
Salarié	11,1% (7)	10% (3)	

* selon Test Exact de Fischer

Tableau 1 : Comparaison de l'échantillon à la population cible sur les caractéristiques (sexe, département et type d'exercice) fournies par le RPB.

La population d'étude présente une forte prédominance féminine (90 %, $n = 27$). L'âge moyen est de 37,8 ans ($ET^7 = 5,1$; extrêmes : 31—59). L'exercice en zones urbaines⁸ représente 46,7 %, 43,3 % pour les zones semi-rurales⁹ et 10 % pour les zones rurales¹⁰. L'analyse de l'année de

⁷ ET : écart-type

⁸ La zone urbaine a été définie dans cette étude comme "ville ou agglomération dense"

⁹ La zone semi-rurale a été définie étude comme "ville entourée de campagne"

¹⁰ La zone rurale a été définie dans cette étude comme "village et campagne peu peuplé"

formation a révélé une prédominance de praticiens formés récemment : 60 % ($n = 18$) des répondants ont suivi la formation entre 2024 et 2025, 23,3 % ($n = 7$) entre 2022 et 2023 et 16,7 % ($n = 5$) entre 2020 et 2021. Les objectifs pré-formation rapportés par les MG sont présentés dans le tableau 2, 80 % ($n = 24$) des MG participent dans le but de pouvoir pratiquer des IVGm.

Objectifs pré-formation	Amélioration des connaissances	Modification de pratique	Pratiquer des IVGm	Développer l'offre de soins	Obligation de formation
Fréquence	17	8	24	13	3
Pourcentage	56,7 %	26,7 %	80 %	43,3 %	10 %

Tableau 2 : Répartition des objectifs de formation déclarés par les médecins formés ($N = 30$).

B. Analyse des pratiques professionnelles de l'échantillon

1) Conventionnement et pratique de l'IVG médicamenteuse

Sur l'échantillon, 56,7 % ($n = 17$) des praticiens se sont conventionnés à la pratique de l'IVGm. Afin d'identifier de potentiels facteurs influençant le conventionnement, nous avons comparé les caractéristiques socio-démographiques des deux sous-groupes (conventionnés contre non-conventionnés) (Tableau 3). L'âge moyen des deux groupes est similaire. Concernant le genre, la proportion de femmes est comparable dans les deux groupes. La répartition géographique met en évidence des disparités descriptives selon le type de zone d'exercice : 10 des 13 MG (77 %) exerçant en zone semi-rurale sont conventionnés, contre seulement 6 sur 14 (42 %) en zone urbaine. Toutefois, cette tendance n'atteint pas le seuil de significativité statistique. De même, des variations ont été observées selon les départements, l'Ille-et-Vilaine comptant une majorité de praticiens non-conventionnés (8 sur 13) contrairement au Finistère (1 sur 6) et au Morbihan (3 sur 9).

	Total N=30	Médecins conventionnés N = 17	Médecins non conventionnés N = 13	P-value*
Age moyen (en années)	37,8	38,1	37,5	NS°
Sexe				$p = 0,56$
Femme	27	16 (59%)	11 (41%)	
Homme	3	1 (33%)	2 (67%)	
Département				$p = 0,28$
Cotes d'Armor	2	1 (50%)	1 (50%)	
Finistère	6	5 (83%)	1 (17%)	
Ille-et-Vilaine	13	5 (38%)	8 (62%)	
Morbihan	9	6 (67%)	3 (33%)	
Zone d'exercice				$p = 0,17$
Urbaine	14	6 (43%)	8 (57%)	
Semi-rurale	13	10 (77%)	3 (23%)	
Rurale	3	3 (33%)	2 (67%)	

* Selon Test Exact de Fischer

° Non significatif

Tableau 3 : Taux de conventionnement selon les caractéristiques socio-démographiques ($N = 30$).

L'activité orthogénique est une activité ponctuelle pour la majorité des répondants (Figure 2). Plus de la moitié des MG conventionnés réalisent moins de deux IVGm par mois. Les volumes d'activité les plus élevés (supérieurs à 8 IVGm par mois) correspondent exclusivement à des MG hospitaliers. Concernant la visibilité numérique, 52,9 % ($n = 9$) des MG conventionnés déclarent avoir référencé leur activité d'orthogénie sur un annuaire en ligne.

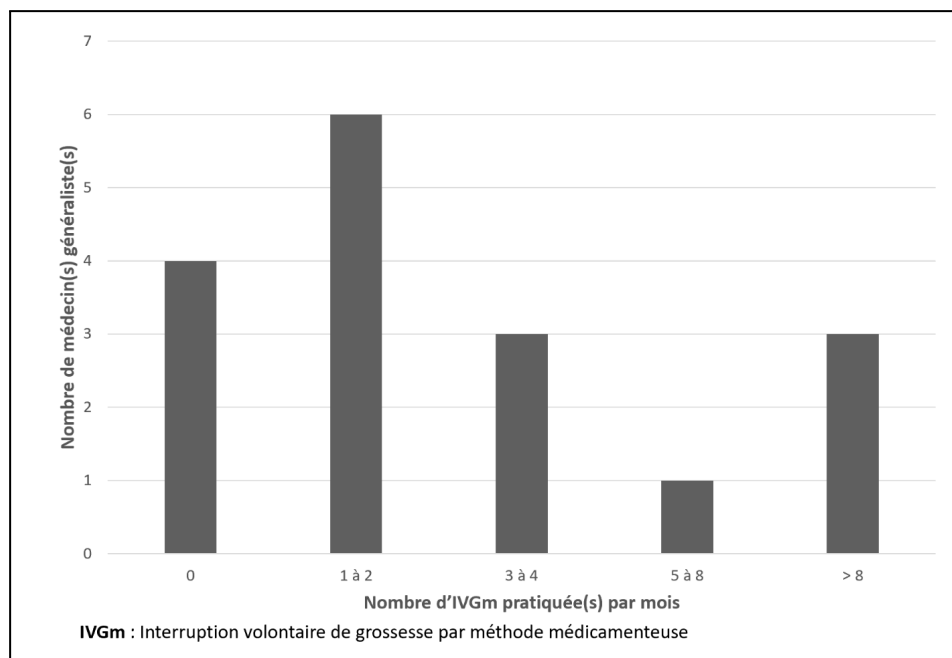


Figure 2 : Distribution de l'activité mensuelle d'IVGm chez les médecins conventionnés ($n = 17$)

Parmi les 17 MG conventionnés, 41,2 % ($n = 7$) déclarent réaliser des IVGm pour les patientes mineures. L'analyse des motifs de non-pratique révèle trois catégories de freins majeurs, illustrées par les verbatims des MG (Annexe 4). Quatre praticiens rapportent une exclusion explicite des mineures de leur contrat de conventionnement : « *La convention avec mon centre de référence ne le rend pas possible* » (MG8). L'obligation légale de l'EPS a été mentionnée par trois MG comme un obstacle : « *Besoin d'un accompagnement [psychologique] plus important* » (MG22). Enfin, certains praticiens préfèrent déléguer ces prises en charge plus complexes à des structures jugées plus adaptées : « *Je trouve que ce sont des prises en charge complexes que je préfère adresser au planning familial ou au [centre IVG (CIVG)]* » (MG15).

2) Pratique de l'échographie de datation

Sur les 30 MG de l'échantillon, 43,3 % ($n = 13$) déclarent être formés à l'échographie de datation et 36,7 % ($n = 11$) la pratiquent. Parmi les 11 MG pratiquant l'échographie, tous (100 %) sont conventionnés. Chez les 19 MG ne réalisant pas d'échographie, 13 (68,4 %) n'ont pas signé de convention. La corrélation entre la pratique de l'échographie et le conventionnement est statistiquement significative (Tableau 4).

	Médecins conventionnés <i>N</i> = 17	Médecins non conventionnés <i>N</i> = 13	<i>P-value</i> *
Formé(e) à l'échographie de datation	% (n)	% (n)	
Oui	64,7% (11)	15,4% (2)	<0,05
Non	35,3% (6)	84,6% (11)	
Pratique l'échographie de datation	% (n)	% (n)	
Oui	64,7% (11)	0% (0)	<0,05
Non	35,3% (6)	100% (13)	

* selon Test Exact de Fischer

Tableau 4 : Analyse croisée entre les compétences en échographie et le statut de conventionnement.

3) Suivi des recommandations de la HAS concernant l'IVGm

Les fréquences de réalisation des recommandations, comparant l'échantillon total et les groupes selon le statut de conventionnement, sont détaillées dans le tableau 5.

On observe une différence significative concernant l'utilisation des codes permettant une prise en charge à 100 %¹¹ : 76,5 % (*n* = 13) chez les MG conventionnés contre 15,4 % (*n* = 2) chez les non-conventionnés. La maîtrise de la procédure d'anonymisation est plus élevée chez les conventionnés (58,8 % contre 30,8 %) bien que non significative (*p* = 0,16). La réorientation vers un professionnel habilité est effectuée par 92,3 % (*n* = 12) des MG non-conventionnés. L'EPS est proposé par 73,3 % (*n* = 22) des répondants sans différence significative selon le statut de conventionnement. Le dépistage des IST et celui des VIF sont réalisés respectivement par 80 % (*n* = 24) et 76,7 % (*n* = 23) des MG sans différence significative entre les conventionnés et les non-conventionnés. Un praticien a déclaré procéder à la délivrance des médicaments abortifs sans avoir signé de convention.

¹¹ Existence de codes à apposer sur les ordonnances pour garantir de la non-avance de frais et l'absence de dépassement d'honoraires sur les soins entourant l'IVG. (Annexe 7)

	Echantillon total N = 30	En fonction du statut de conventionnement		
		Médecins conventionnés N = 17	Médecins non conventionnés N = 13	P-value*
Informations claires sur les modalités de l'IVG	86,7% (26)	88,2% (15)	84,6% (11)	1,00
Recueil du consentement écrit	56,7% (17)	76,5% (13)	30,8% (4)	<0,05
Réorientation	60% (18)	35,3% (6)	92,3% (12)	<0,05
Prescription de la biologie	86,7% (26)	94,1% (16)	76,9% (10)	0,29
Prescription de l'échographie de datation	56,7% (17)	41,2% (7)	76,9% (10)	0,07
Réalisation de l'échographie de datation	33,3% (10)	58,8% (10)	0% (0)	<0,05
Délivrance des médicaments abortifs	50% (15)	82,4% (14)	7,7% (1)	<0,05
Prescription d'antalgiques	57% (17)	82,4% (14)	23,1% (3)	<0,05
Réalisation de la visite de contrôle	46,7% (14)	76,5% (13)	7,7% (1)	<0,05
Proposition systématique ² d'un entretien psychosocial pour les majeures	73,3% (22)	76,5% (13)	69,2% (9)	0,67
Proposition systématique ² d'un dépistage IST	80% (24)	82,4% (14)	76,9% (10)	1,00
Dépistage systématique ² des violences	76,7% (23)	82,4% (14)	69,2% (9)	0,67
Questionnement systématique ² sur la contraception	93,3% (28)	94,1% (6)	92,3% (12)	1,00
Proposition systématique ² d'un suivi post-IVG	66,7% (20)	76,5% (13)	53,8% (7)	0,25
Utilisation des codes de prestation AMO [°] 100%	50% (15)	76,5% (13)	15,4% (2)	<0,05
Maîtrise de la procédure d'anonymisation	46,7% (14)	58,8% (10)	30,8% (4)	0,16

* selon Test Exact de Fischer

² Afin de pallier le faible effectif de l'étude, les variables de l'échelle de Likert ont été recatégorisées en deux classes : "systématique" et "non systématique". Les variables "toujours/souvent" ont été regroupées en "systématique" et les variables "parfois/jamais" en "non systématique".

[°] Assurance Maladie Obligatoire

Tableau 5 : Adéquation des pratiques aux recommandations HAS selon le statut de conventionnement.

4) Création d'un réseau de soins

L'étude s'est intéressée à la densité du réseau de soins créé par les MG avec les acteurs locaux. Les interlocuteurs principaux déclarés par l'ensemble des praticiens sont les CIVG et les centres de santé sexuelle (CSS) pour 63,3 % ($n = 19$) d'entre eux, ainsi que les échographistes pour 50 % ($n = 15$) des répondants. La densité et la diversité du réseau tendent à dépendre du statut de conventionnement ($p = 0,054$ selon le test de Mann-Whitney) : les 17 MG conventionnés totalisent 76 partenaires déclarés, soit une moyenne de 4,47 partenaires par praticien contre 39 chez les 13 MG non-conventionnés soit une moyenne de 3,00 partenaires par praticien.

C. Analyse des freins au développement de l'IVGm chez les médecins formés

Le second objectif consiste à identifier les difficultés rencontrées par les MG formés à l'IVGm (Tableau 6). Les obstacles les plus fréquemment cités sont le caractère chronophage et complexe de l'activité (26,7 %) et l'insuffisance de la formation théorique (20 %). Par ailleurs, aucun MG n'a déclaré être freiné par une diminution de rémunération, une charge émotionnelle trop importante ou l'obligation de suivre une formation supplémentaire.

Le champ libre a permis de préciser certains freins non listés (Annexe 5). Plusieurs MG ont souligné un blocage au niveau des centres de référence : « *Refus de conventionnement sans DU/DIU¹² ou capacité de gynécologie* » (MG23), ou encore « *Formation pratique non réalisée car refus du centre de référence de me proposer des dates de formation malgré plusieurs relances, non prioritaires par rapport aux personnes en DU de gynécologie* » (MG27). La gestion du temps a été un frein majeur pour les praticiens en activité. Un médecin salarié a noté l'obligation de « *poser une semaine de congés pour réaliser la formation pratique* » (MG10). En libéral, la difficulté réside dans le fait de « *rajouter dans un délai rapide des consultations longues, empiétant souvent sur la pause méridienne et sur la soirée* » (MG6).

Une disparité a été observée dans le nombre moyen de freins déclarés selon le statut de conventionnement. Les MG non-conventionnés ont déclaré en moyenne 2,38 freins contre 0,82 en moyenne pour les MG conventionnés. On a compté dix MG conventionnés qui n'ont coché aucun frein, alors que tous les non-conventionnés en ont déclaré au moins un, avec une forte concentration autour de trois freins. Le test de Mann-Whitney confirme que cette différence de charge de freins entre les deux groupes est significative ($p < 0,001$). Les principales difficultés rapportées par les MG non-conventionnés sont le caractère chronophage de la formation pratique ($n = 5$), une activité jugée chronophage et complexe ($n = 5$), les difficultés d'accès à l'échographie ($n = 5$), l'insuffisance de la formation théorique ($n = 4$) et la lourdeur administrative ($n = 4$).

Enfin, une analyse de la charge d'obstacles selon la typologie du territoire (urbain, semi-rural, rural) a été réalisée, permettant de suggérer une tendance à la diminution progressive du nombre moyen de freins à mesure que l'on s'éloigne des centres urbains : 1,93 frein en moyenne par praticien

¹² DU : Diplôme Universitaire. DIU : Diplôme Inter-Universitaire

exerçant en zone urbaine, 1,23 en zone semi-rurale et 0,66 en zone rurale. Toutefois, compte tenu de l'asymétrie des effectifs, cette différence ne revêt pas de caractère statistiquement significatif.

	Echantillon total N = 30	En fonction du statut de conventionnement	
		Médecins conventionnés N = 17	Médecins non conventionnés N = 13
Sentiment d'insuffisance de la formation théorique	20% (6)	11,8% (2)	30,8% (4)
Sentiment d'insuffisance de la formation pratique	3,3% (1)	0% (0)	7,7% (1)
Caractère chronophage de la formation pratique	16,7% (5)	0% (0)	38,5% (5)
Activité chronophage et complexe	26,7% (8)	17,6% (3)	38,5% (5)
Lourdeur administrative	13,3% (4)	0% (0)	30,8% (4)
Faiblesse de la demande locale en IVG	13,3% (4)	17,6% (3)	7,7% (1)
Crainte d'un impact financier négatif	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Difficultés d'accès à l'échographie	16,7% (5)	0% (0)	38,5% (5)
Contraintes liées à la gestion et à l'avance des stocks médicamenteux	3,3% (1)	0% (0)	7,7% (1)
Complexité des relations ville-hôpital	6,7% (2)	0% (0)	15,4% (2)
Appréhension des complications médicales	6,7% (2)	5,9% (1)	7,7% (1)
Appréhension de l'aspect médico-légal	10% (3)	11,8% (2)	7,7% (1)
Confrontation aux convictions de ses collègues	3,3% (1)	5,9% (1)	0% (0)
Charge émotionnelle trop importante	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Crainte de modification de patientèle	3,3% (1)	5,9% (1)	0% (0)
Crainte des situations sociales complexes	6,7% (2)	5,9% (1)	7,7% (1)
Contrainte d'une obligation de formation complémentaire	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tableau 6 : Répartition des freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse selon le statut de conventionnement.

DISCUSSION

A. Discussion sur les résultats

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les pratiques professionnelles des MG formés à l'IVGm par le RPB.

1) Dynamique générationnelle et déterminants territoriaux du conventionnement

L'homogénéité du profil des MG ayant suivi la formation théorique est particulièrement saisissante, caractérisée par une population jeune (37,8 ans en moyenne) et ultra-féminine à 90 %. Ce constat tranche avec la démographie médicale bretonne. Selon l'Assurance Maladie, en 2024, 53 % des MG libéraux étaient des femmes et l'âge moyen était de 47 ans (24). Bien que notre échantillon inclut des MG hospitaliers, ce contraste marqué souligne une réalité du terrain : l'IVG semble être l'apanage d'une nouvelle génération de praticiennes, un phénomène probablement porté par la féminisation globale de la profession et par une sensibilité affinitaire et/ou engagée envers la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Dans un second temps, l'analyse comparative entre les MG conventionnés et non conventionnés ne révèle aucune différence statistique concernant le sexe, l'âge, le département ou la zone d'exercice. Cette impuissance des facteurs socio-démographiques suggérerait que le profil intrinsèque du MG ne conditionnerait pas son conventionnement. Néanmoins, les données brutes dessinent des tendances territoriales propices à l'émission d'hypothèses. Le plus faible taux de conventionnement observé en Ille-et-Vilaine et en zone urbaine pourrait refléter l'influence de la densité de l'offre de soins alternative. À proximité de structures de recours bien dotées, les MG de ville ressentiraient moins l'urgence de proposer cette activité. À l'inverse, le fort taux de conventionnement constaté en zone semi-rurale pourrait soutenir l'hypothèse d'un rôle compensatoire. Face à l'éloignement des plateaux hospitaliers, les praticiens finaliseraient plus volontiers leur parcours pour pallier un déficit d'accès local et sécuriser le parcours des patientes. Ce travail revêt un caractère exploratoire, une étude de plus grande ampleur s'avère nécessaire pour confirmer ou infirmer les tendances territoriales retrouvées dans notre étude. Il serait aussi pertinent d'analyser plus finement les motivations profondes des praticiens, ainsi que les éléments de leur parcours personnel et/ou professionnel susceptibles d'influencer leur décision de se conventionner.

2) Conventionnement, pratique d'IVGm et référencement en ligne

Le taux de conventionnement est de 56,7 %. Ce résultat démontre qu'une formation validée ne se traduit pas systématiquement par un conventionnement. Le caractère chronophage du stage pratique et les difficultés administratives avec le centre de référence sont des freins qui ont été rapportés dans notre étude respectivement par 38,5 % des MG non conventionnés et par deux MG dans leurs verbatims. Ces difficultés sont accentuées par le fait qu'il n'existe pas, à l'échelle de la région, d'harmonisation des conditions de conventionnement. Celles-ci diffèrent en fonction du centre

de référence, tout comme les modalités du stage pratique dont la durée varie également selon les centres. Ce décalage entre la formation et la pratique effective a également été retrouvé dans des travaux menés en Occitanie où 20 % des professionnels formés (MG et sages-femmes) ont franchi l'étape du conventionnement. Cette étude n'offre cependant qu'une vision à trois mois de la formation, ce qui peut expliquer un taux plus faible que celui retrouvé dans notre étude (25).

Concernant le volume d'activité, l'étude révèle une pratique essentiellement ponctuelle puisque la majorité des MG conventionnés réalisent moins de deux IVG par mois. Une étude menée à Lille auprès de MG conventionnés libéraux rapporte une médiane d'activité de 2,5 IVG par mois (26).

Cependant, un paradoxe émerge : alors que la crainte d'un volume d'activité insuffisant a été citée comme un frein à l'investissement (17,3 % dans notre étude), on observe parallèlement un manque de visibilité numérique : 47,1 % des MG conventionnés dans notre étude n'ont pas référencé leur activité en ligne. Constituant un obstacle direct à l'accès aux soins, une commission d'enquête sénatoriale de 2024 souligne la difficulté des patientes à identifier un interlocuteur formé (27). Ce défaut de référencement a aussi été rapporté par J. Jouines. Les MG interrogés craignent d'ouvrir leurs consultations à des femmes hors de leur patientèle et « d'être menacés par des ligues anti-IVG » (28). L'émergence des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) offre une piste de réflexion pour restructurer l'offre. Une organisation à cette échelle permettrait d'identifier des référents locaux, garantissant à ces derniers une activité suffisante. Cela pourrait également permettre de sécuriser le parcours par un travail d'équipe et un référencement géré au niveau de la structure territoriale. Sur le territoire breton, la CPTS du pays d'Auray dans le Morbihan propose un parcours de soins IVG en ville fléché et simplifié. En articulant un réseau local (MG, sages-femmes, radiologues, psychologues/CCF, IDEL), il garantit une prise en charge humaine et protocolisée, l'obtention d'une échographie sous 48h et le dépistage précoce des complications. Ce dispositif sécurise le suivi à domicile grâce à des fonds dédiés pour rémunérer les IDEL (Annexe 8).

3) Cas particuliers de l'IVGm chez les patientes mineures

Dans notre échantillon, seulement 41,2 % ($n = 7$) des MG conventionnés incluent cette population dans leur activité, dont une majorité de profils hospitaliers ($n = 4$). En effet, certains centres de référence excluent explicitement les mineures des conventions sans qu'une législation à ce sujet ne l'exige. En plus de ces obstacles administratifs, dans un contexte de soins primaires, le MG est souvent le praticien de toute la famille, ce qui rend la gestion de l'anonymat possiblement plus délicate. À cette difficulté s'ajoute l'obligation légale de l'EPS qui représente une charge organisationnelle supplémentaire pour le MG. On peut supposer que les difficultés d'accès à des partenaires externes (CCF ou psychologue) à proximité du cabinet renforcent le sentiment d'isolement du MG et favorisent la réorientation vers des structures jugées plus aptes à gérer cet accompagnement global. De surcroît, il n'existe actuellement aucune prise en charge financière spécifique pour l'EPS en libéral. Pour que la patiente puisse bénéficier d'une prise en charge, il est

nécessaire de l'orienter vers le dispositif *Mon Soutien Psy*¹³, lequel se heurte à la disponibilité concrète de professionnels conventionnés sur le territoire. Il convient toutefois de noter que le MG ne semble pas être l'interlocuteur privilégié par les mineures. Une thèse de 2009 souligne que seules 25 % des mineures sollicitent leur MG en premier recours. Le MG est jugé trop proche de la sphère parentale et est considéré comme une menace pour l'anonymat (29). Toutefois, l'ancienneté de cette étude invite à la prudence. En quinze ans, le profil de la médecine générale a évolué, marqué par une féminisation de la profession et une sensibilisation renforcée aux enjeux de santé sexuelle et reproductive. Par ailleurs, le développement de la téléconsultation et le tiers-payant intégral ont pu modifier les habitudes des mineures. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de mener de nouvelles recherches pour évaluer les attentes des adolescentes.

4) Suivi des recommandations de la HAS

L'analyse de nos résultats nécessite une double lecture. Il convient de distinguer les pratiques relevant du rôle de tout médecin sollicité pour une demande d'IVG (MG non conventionnés), de celles spécifiques aux MG conventionnés qui délivrent les thérapeutiques abortives.

a. Informer

La délivrance d'une information claire et exhaustive sur les méthodes d'IVG est assurée par 86,7 % des MG de notre échantillon. Cette donnée concorde avec les résultats qualitatifs rapportés dans la thèse de J. Jouines où les MG interrogés sur l'IVG déclarent avoir un rôle d'accueil, de réassurance et d'information (28).

b. Réorienter

Concernant la réorientation des patientes qui constitue une obligation légale et déontologique¹⁴ en cas de non-réalisation de l'acte par le médecin sollicité, elle est effectuée par 92,3 % des MG non conventionnés de notre étude. Ce taux élevé semble témoigner d'un respect de la continuité des soins. Une étude réalisée dans la région Grand-Est auprès des MG rapporte que 81,5 % d'entre eux connaissent un professionnel vers qui réorienter (30).

c. Recueillir le consentement écrit

Le recueil du consentement écrit est significativement plus fréquent chez les MG conventionnés mais il n'apparaît pas comme systématique. L'hypothèse d'un recueil oral privilégié par certains MG par manque de temps ou méconnaissance médico-légale pourrait être interrogée. Rappelons que la loi exige un recueil de consentement écrit¹⁵ avant toute réalisation de l'acte. Des

¹³ Dispositif proposant jusqu'à 12 séances par an d'accompagnement psychologique chez un psychologue partenaire. Les séances sont remboursées à 60 % par l'Assurance Maladie.

¹⁴ Article L.2212-8 du Code de la santé publique

¹⁵ Article L2212-5 du Code de Santé publique

modèles imprimables de consentement à l'IVGm sont disponibles sur le site du RPB pour faciliter la démarche (Annexe 6).

Le recueil chute à 30 % chez les non-conventionnés. Pourtant, l'accueil d'une demande d'IVG et l'initiation du recueil du consentement s'inscrivent pleinement dans les missions de premier recours et d'accompagnement de tout MG, indépendamment de son statut d'effecteur. Ces derniers semblent s'en remettre entièrement au médecin effecteur qui assurera la délivrance des thérapeutiques abortives pour prendre en charge cette étape réglementaire.

d. Confirmer et dater la grossesse : biologie et échographie de datation

La prescription d'examens biologiques et échographiques est une pratique bien ancrée dans notre échantillon. Notre étude révèle toutefois une moindre prescription d'échographie par les MG conventionnés, s'expliquant par la réalisation de l'examen directement au cabinet. Il a été observé une différence significative entre le statut de médecin conventionné et la formation/pratique de l'échographie. Cette donnée suggère que l'autonomisation du MG par la maîtrise de l'échographie constituerait un levier pour fluidifier le parcours IVG et pallier les difficultés d'obtention de rendez-vous d'échographie, un frein rapporté par 16,7 % des MG de notre étude. La pratique de l'échographie par les MG conventionnés est une donnée également retrouvée dans l'analyse des pratiques des professionnels de santé formés à l'IVGm à Lille, où 72,4 % des répondants déclarent faire les échographies eux-mêmes (30). Ce lien pourrait inviter à s'interroger sur la pertinence du développement de formations combinées (IVG et échographie de datation). L'essor actuel de l'échographie en médecine générale pourrait favoriser cette dynamique.

e. Proposer un entretien psycho-social

L'EPS est proposé par 73,3 % des praticiens de notre étude. Bien que cet entretien soit facultatif pour les majeures, sa proposition systématique demeure une obligation légale¹⁶. Le défaut de proposition pourrait s'expliquer par l'absence de partenaires identifiés. Ce constat soulignerait l'importance d'un annuaire territorial pour faciliter l'adressage. Face aux difficultés d'orientation, nous pourrions supposer que certains MG intégreraient eux-mêmes ce soutien psychologique. La recherche s'accorde sur le fait que le vécu psychologique lié à l'IVG est pluriel et que des facteurs de risque sont à rechercher : antécédents de troubles psychiatriques, VIF, décision contrainte ou forte stigmatisation dans l'entourage. Selon la revue de la littérature de l'*American Psychological Association* et les travaux de l'INSERM¹⁷, les sentiments prédominants sont le soulagement, l'ambivalence, la tristesse et la culpabilité sociale (31,32). Aucune donnée littéraire ne s'est intéressée au taux de femmes suivies après une IVG car, ni l'EPS, ni la psychothérapie n'ont été comptabilisés.

¹⁶ Article L2212-5 du Code de Santé Publique

¹⁷ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

f. Actes de prévention et dépistage

Dans notre étude, les dépistages des IST (80 %), des VIF (76,6 %) et le questionnement sur la contraception (93,3 %) sont largement réalisés. Il convient toutefois de nuancer ces résultats d'un point de vue méthodologique : la re-catégorisation de notre échelle de Likert (transformation d'une variable ordinale en variable binaire) a pu entraîner une perte de variance statistique, lissant potentiellement certaines nuances dans l'intensité de ces pratiques. Par ailleurs, ces taux élevés peuvent être altérés par un biais de désirabilité, les MG pouvant surdéclarer des pratiques fortement recommandées.

g. Délivrance des traitements abortifs et co-prescription d'antalgiques

Comme attendu, la délivrance des traitements abortifs et antalgiques sont le fait des MG effecteurs. Tous les MG conventionnés déclarant administrer les médicaments abortifs prescrivent conjointement des antalgiques. Il convient de préciser que les classes thérapeutiques prescrites n'ont pas été évaluées dans ce travail. Un MG non conventionné de notre étude a déclaré prescrire les traitements abortifs. La délivrance de ces traitements hors du cadre d'une convention est illégale¹⁸. Il est probable que cette donnée résulte d'un biais déclaratif, d'une incompréhension de la question posée ou d'une erreur de saisie. Notons cependant que 18 % des MG interrogés en 2024 sur la pratique de l'IVGm dans le Grand-Est pensaient pouvoir réaliser des IVGm sans condition préalable (30). En pratique, la question se pose de savoir si une telle prescription, illégale, pourrait réellement donner lieu à une délivrance en officine. Le pharmacien joue ici un rôle de verrou de sécurité essentiel et de rappel du cadre légal.

h. Visite de contrôle

La visite de contrôle post-IVG est réalisée par 76,5 % des MG conventionnés. Ce chiffre se heurte à la réalité du terrain marquée par un défaut d'observance des patientes variant de 53 % à 83 % selon les études (33). La non-systématisation de la visite post-IVG pourrait aussi s'expliquer par l'utilisation du dosage quantitatif des B-HCG comme méthode pour contrôler le succès de l'IVGm.

5) Maîtrise des formalités administratives

Notre étude s'est intéressée à l'inscription sur les ordonnances des codes de prestation spécifiques permettant une prise en charge à 100 % des actes entourant l'IVGm (34) (Annexe 7). Seuls 50 % des praticiens déclarent les utiliser, avec une prédominance significative chez les conventionnés. Cependant, l'inscription des sigles « FPB », « FUB », « IPE » et « IVE » respectivement sur les ordonnances de biologie pré-IVG, post-IVG, d'échographie de datation et de contrôle, est réalisable par tout médecin de premier recours afin de garantir la non-avance de frais et l'absence de dépassement d'honoraires. Ce chiffre peut laisser penser à un manque d'information

¹⁸ Article L2222-2 du Code de Santé Publique

administrative qu'il serait judicieux d'approfondir durant la formation, notamment par la création d'une fiche-outil sur la tarification.

De même, la procédure de facturation anonyme n'est maîtrisée que par 46,7 % des MG de notre échantillon, sans différence significative selon leur statut de conventionnement. L'anonymisation requiert l'utilisation d'un NIR (numéro d'inscription au répertoire) spécifique et fictif. La complexité de cette procédure pourrait expliquer cette sous-utilisation. La mise en place d'une notice explicative pourrait être un moyen de faciliter la prise en main de cette démarche.

6) Création d'un réseau de soins

L'étude montre que la structuration du réseau de soins tend à dépendre fortement du statut du praticien. Si les CIVG et les CSS sont des piliers pour l'ensemble des MG de notre échantillon (63,3 %), la diversité du réseau varie entre les conventionnés et les non-conventionnés. Ces résultats suggèrent la création d'un réseau professionnel plus vaste chez les MG conventionnés permettant de sécuriser le parcours de la patiente. Le réseau est un élément également retrouvé lors des entretiens semi-dirigés des MG réalisant des IVGm dans les régions Centre-Val de Loire et Poitou-Charentes où l'investigatrice s'est intéressée aux adaptations faites par les MG pour dépasser les freins à la pratique de l'IVGm (35). Par ailleurs, le sentiment d'isolement du MG face à une pratique complexe ou nouvelle peut constituer un frein majeur à l'initiation d'une activité telle que l'IVGm. Pour pallier cette difficulté, l'émergence de plateformes de téléexpertise sécurisées, à l'instar d'Omnidoc®, permettrait d'obtenir rapidement un avis par des professionnels experts. Ce type d'outil se déploie dans certains centres de référence pour fluidifier le lien ville-hôpital. Bien que les études actuelles évaluant l'impact de ces plateformes ne portent pas spécifiquement sur l'orthogénie, leurs conclusions sont intéressantes : elles mettent en avant un net sentiment de réassurance médicale chez les MG, un apport direct de connaissances et une rupture de l'isolement libéral grâce à des réponses rapides et structurées, sécurisant ainsi le praticien dans sa prise de décision (36,37).

7) Charge de freins perçue

L'analyse de nos résultats suggère que l'engagement des MG dans l'orthogénie ne relève pas d'un obstacle unique, mais d'une accumulation de freins dont la synergie crée une charge mentale et opérationnelle significative. En comparant le ressenti des MG, on observe que la charge de freins tend à s'estomper chez les MG conventionnés (2,38 freins en moyenne chez les MG non conventionnés contre 0,82 pour les conventionnés). La pratique régulière et la densification du réseau de soins semblerait dissoudre les difficultés par l'acquisition d'une routine sécurisante.

Le conventionnement est la pierre angulaire de la pratique mais constitue aussi un premier verrou administratif comme l'ont illustré les verbatims de nos interrogés. À cette complexité s'ajoute le recours à l'échographie. Pour les MG ne pratiquant pas eux-mêmes cet examen, l'accès à la datation est un frein puisqu'il instaure une dépendance vis-à-vis des cabinets de radiologie ou des praticiens

formés. Enfin, le caractère chronophage de l'activité, nécessitant une réorganisation des plannings déjà saturés, est un obstacle rapporté par 26,7 % des MG de notre échantillon.

Une donnée de notre étude réside dans le fait que 20 % des MG interrogés considèrent la formation dispensée par le RPB comme insuffisante. Ce résultat, qui invite à la réflexion, gagnerait à être mis en perspective avec les questionnaires de satisfaction post-formation du RPB afin de suggérer des pistes d'amélioration constructives. Toutefois, ce ressenti peut en partie s'expliquer par l'ancienneté de la formation pour certains praticiens, les notions théoriques pouvant s'oublier à mesure que le temps passe, laissant place à de vagues souvenirs face à des protocoles précis. De plus, il convient de souligner que les connaissances dispensées lors de ces sessions ont vocation à être consolidées et ancrées par un stage pratique. Or, ce dernier n'est pas réalisé par l'ensemble des participants. A ce jour, le stage repose majoritairement sur des stages en milieu hospitalier. Ce choix est pragmatique. La concentration des actes en CIVG garantit au futur praticien une exposition rapide à un volume suffisant de situations cliniques. Cependant, ce modèle d'apprentissage ne correspond pas à la pratique de l'IVGm en libéral. Un compagnonnage réalisé directement en cabinet libéral serait plus pertinent mais il se heurte à la faible densité d'actes et au caractère imprévisible de la demande. L'utilisation de simulations procédurales lors de la formation théorique pourrait aider à se projeter dans cette activité.

Enfin, l'évaluation de la charge des freins perçus selon la zone d'exercice converge vers les mêmes hypothèses que nos résultats sur les taux de conventionnement (Tableau 2). Nous avons en effet observé une diminution progressive du nombre moyen de freins ressentis à mesure que l'on s'éloigne des pôles urbains. Ce gradient inverse pourrait soutenir nos hypothèses géographiques précédentes. En zone rurale et semi-rurale, le sentiment de service médical rendu et le devoir de recours face à l'absence d'alternatives hospitalières de proximité sembleraient prévaloir. Le praticien y intégrerait l'IVG non pas comme une contrainte supplémentaire, mais comme une mission de santé publique essentielle. Cette motivation intrinsèque agirait ainsi comme un véritable « amortisseur » de freins. À l'inverse, le médecin urbain, exerçant à proximité de centres spécialisés, tendrait à percevoir l'acte comme optionnel, le rendant plus sensible aux barrières organisationnelles ou administratives. Ce surcroît de freins perçus en ville pourrait expliquer le moindre taux de passage au conventionnement constaté dans notre étude dans les territoires les plus urbanisés.

B. Forces et faiblesses de l'étude

1) Les forces de l'étude

Cette étude est la première à s'intéresser spécifiquement aux pratiques professionnelles des MG bretons formés par le RPB. Elle explore un paradoxe régional. Bien que la Bretagne bénéficie d'une démographie médicale attractive, les MG conventionnés à l'IVGm sont peu nombreux et inégalement répartis, ce qui suggère des difficultés pour intégrer cet acte dans leur pratique courante. Elle est également la première à proposer une exploration des freins limitant l'engagement des praticiens et ceci, malgré une formation. Le recours à un questionnaire validé par des experts du

domaine a garanti la pertinence des données recueillies. De plus, l'échantillon de notre étude est représentatif de la population source sur le sexe, le département et le type d'exercice permettant une validité interne. Cette thèse a été réalisée en collaboration avec le RPB, dont l'implication a apporté une forte crédibilité au travail tout en permettant un respect strict de l'anonymat des médecins. En s'inscrivant dans une démarche de santé publique, ce travail ne se contente pas d'une analyse descriptive. À partir d'une exploration des profils des médecins, de leurs pratiques et des obstacles rencontrés, cette thèse propose des leviers d'amélioration concrets basés sur des résultats chiffrés. Des pistes de réflexion ont été élaborées en concertation avec les professionnels du réseau et sont disponibles en annexe 9. L'intérêt de ce travail est d'ailleurs renforcé par la volonté du RPB d'utiliser ces données comme support lors des échanges avec l'ARS dans le cadre des réflexions sur le plan régional en matière d'IVG.

2) Les faiblesses de l'étude

Ce travail présente plusieurs limites qui imposent une interprétation prudente des résultats. Tout d'abord, la transversalité de l'étude constitue une limite : en l'absence de comparaison des pratiques avant et après la formation, il est impossible d'établir un lien de causalité direct entre la formation reçue et l'évolution des pratiques professionnelles. De plus, les MG présentent une hétérogénéité de profils : la formation a été suivie sur des séances différentes avec des formateurs distincts, et pour certains praticiens, il s'agit d'une formation continue venant consolider une pratique déjà existante plutôt que d'une formation initiale. Ensuite, la faible taille de l'échantillon ($n = 30$), et ceci malgré trois relances successives et l'appui du RPB, a pu induire un manque de puissance statistique. Pour pallier le faible effectif, le regroupement des variables de l'échelle de Likert en catégories binaires a été nécessaire pour permettre l'analyse. Ce procédé a entraîné une perte de nuances. Par ailleurs, un biais de recrutement ne peut être éliminé : les MG ayant choisi de répondre au questionnaire sont potentiellement ceux plus investis dans la thématique de l'IVG. Ce phénomène pourrait expliquer le taux de conventionnement plus élevé dans notre étude comparé à celui de l'étude réalisée en Occitanie (25). Un biais de mémorisation est aussi possible, d'autant plus pour les MG formés il y a plusieurs années, chez qui le recueil rétrospectif des ressentis sur la formation et sur l'évolution de leurs pratiques peut être altéré. Enfin, l'utilisation d'un auto-questionnaire expose à un biais déclaratif et de désirabilité : les praticiens peuvent avoir tendance à se surévaluer ou à systématiser leurs pratiques pour se conformer aux recommandations. À l'inverse, certaines réponses interrogent, notamment concernant la délivrance de traitements abortifs hors conventionnement, pouvant suggérer un biais de compréhension dans l'intitulé de certaines questions.

CONCLUSION

Cette thèse portant sur l'analyse des pratiques des MG formés à l'IVGm par le RBP révèle un taux de conventionnement de 56,7 % avec une activité demeurant majoritairement ponctuelle. L'accès au conventionnement se heurte notamment à des difficultés d'articulation avec les centres de référence. L'absence d'harmonisation de leurs conditions à l'échelle régionale crée des disparités susceptibles de décourager les praticiens. L'inclusion des patientes mineures est limitée (41,2 % des effecteurs), entravée par l'exclusion de cette population de certaines conventions des centres de référence, ainsi que par la complexité de la gestion de l'EPS obligatoire. Un résultat majeur de ce travail met en évidence un lien significatif entre le statut de médecin effecteur et la pratique de l'échographie : l'autonomisation par l'imagerie constituerait un levier essentiel pour fluidifier le parcours de soins. Par ailleurs, des lacunes persistent sur le plan administratif : seuls 50 % des praticiens utilisent les codes de prestation spécifiques (FPB, FUB, IPE, IVE) et moins de la moitié maîtrisent la facturation anonyme, jugée complexe. Les perspectives d'amélioration suggérées par les résultats obtenus pourraient s'orienter vers une restructuration territoriale via les CPTS pour identifier des référents locaux et sécuriser les parcours. Le développement de formations combinées (IVG et échographie), la mise en place de fiches-outils pour la facturation et la tarification pourraient apparaître comme des solutions pour lever les freins administratifs et pérenniser cette mission de santé publique.

Dans une optique de maillage du territoire et de faciliter l'accès à l'IVG en France, les sage-femmes sont habilitées à réaliser des IVGm en ambulatoire depuis 2016. Elles portent aujourd'hui environ 52 % de cette activité en ambulatoire en France (38). Cette population n'a pas été étudiée dans notre étude .

Imprimé n° 5

SCOLARITE SANTE
BUREAU 3EME CYCLE

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : CHASSOT Chloé, Aline

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

[Ce document sera à insérer dans les thèses définitives]

Titre :

IVG médicamenteuse en Bretagne : Analyse des pratiques professionnelles des médecins généralistes ayant participé à la formation dispensée par le Réseau Périnatalité Bretagne.

Rennes, le 21/5/2026

Dr HENRY Elie

Directeur/trice de thèse

DR RAULT Alexandre

Rennes, le

Professeure Gaudemer
Praticien Hospitalier - Praticien Universitaire
Méd. d'Int. - Feutot
Rennes - 35000
07 99 44 25 65

Président.e de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

18 JUIN 2026

Le Président de l'Université
de RennesP/ Le Président et par délégation
Le Directeur de la DEVE
Erwan KERVADOU

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. JORF n°58. 2024.
2. États-Unis, Cour suprême des États-Unis, 24 juin 2022, Dobbs v. Jackson Women's Health Organization, No. 19-1392. Rev Int Droit Comparé. 2022;74(4):1011-4. doi:10.3917/ridc.744.0216
3. Thizy L, Rondepierre D. L'avortement, entre acceptation et stigmatisation. Radio Anthropocène Demain la Santé [Internet]. Spotify; 2024.
4. Mathieu M, Thizy L. Sociologie de l'avortement. La découverte; 2023. 123 p. (Repères sociologie; n° 806).
5. Thizy L. Irresponsable, salope, égoïste, meurtrière ? La stigmatisation de l'avortement en France : formes contemporaines et résistances [Theses]. Université Paris 8 Vincennes - Saint Denis; 2023.
6. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. 2025. Avortements - Évolution du nombre d'avortements et des indices annuels depuis 1976.
7. DRESS, OSAM, BESP. Data.drees.solidarites-sante.gouv.fr [Internet]. 2025. IVG.
8. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Communiqué de presse]. 2019. En France, le délai moyen d'accès à l'IVG est de 7 jours : Agnès Buzyn est déterminée à réduire l'hétérogénéité des situations territoriales et annonce des mesures pour conforter un accès rapide à l'IVG partout en France.
9. Haute Autorité de Santé [Internet]. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour.
10. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé Livret d'information à l'attention des médecins et des sages-femmes [Livret professionnel] [Internet]. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités; 2024.
11. Peyron R, Aubeny E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, et al. Early Termination of Pregnancy with Mifepristone (RU 486) and the Orally Active Prostaglandin Misoprostol. N Engl J Med. 27 mai 1993;328(21):1509-13. doi:10.1056/NEJM199305273282101
12. Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. Hum Reprod. 1 oct 1998;13(10):2962-5. doi:10.1093/humrep/13.10.2962
13. ANSM. Base de Données Publique des Médicaments [Internet]. 2026. Mifegyne 200mg.
14. ANSM. Base de Données Publique des Médicaments [Internet]. 2026. Misoone 400µg.
15. A. AGOSTINI, C. VAYSSIERE, A. GAUDINEAU, B. LETOMBE, S. EYRAUD, H. SEGAIN, et al. Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse [Internet]. CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français); 2016.
16. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. JORF n°0107. 6 mai 2009.
17. Motreff-Baudeflet M. IVG médicamenteuse hors établissement de santé par les médecins généralistes : évaluation de la demande des femmes. Étude transversale en Auvergne [Thèse d'exercice]. Université Clermont Auvergne; 2021.

18. Bréard H. Étude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la méthode [Thèse d'exercice]. UNIROUEN - UFR Santé; 2019].
19. Chefeg Ben Aissa R, Brocaïl PE, Cottet J. L' Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi: quels sont les freins chez les médecins généralistes ? : Existe-t-il une demande de la part des patientes ? [Thèse d'exercice]. Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
20. Agence Régionale de Santé Bretagne. 2024. Chiffres clés de la santé en Bretagne edition 2023.
21. Vincent P. Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes - UFR Médecine; 2019.
22. Vasseur J. L'IVG médicamenteuse en ville, 16 ans après la loi: quels sont les freins au développement de cette pratique ? Enquête auprès des médecins généralistes du secteur Est-Hérault [Thèse d'exercice]. UFR de Médecine Montpellier-Nîmes; 2020.
23. Réseau Périnatalité Bretagne. Programme de formation à l'orthogénie en ville: l'IVG médicamenteuse. [Internet]. 2026
24. L'Assurance Maladie [Internet]. 2025. Effectif de professionnels de santé libéraux par âge et sexe et par département - 2016 à 2024.
25. GUILLEMON L. Impact d'une formation des professionnels de santé à l'IVG médicamenteuse en ambulatoire, sur les freins à cette pratique en Occitanie [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III; 2022.
26. LEPAGE M. Portrait de la pratique de l'IVG parmi les professionnels de santé ayant bénéficié de la formation AUEC orthogénie et planification familiale à Lille entre 2002 et 2020 [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2022.
27. MILON A, DEVESA B, APOURCEAU-POLY C. Accès à l'interruption volontaire de grossesse [Commission des affaires sociales] [Internet]. oct 2024. Commission des affaires sociales n°: 45.
28. JOUINES J. IVG médicamenteuses en ville: rôle du médecin généraliste et pistes d'amélioration de l'offre de soin dans le biterrois [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2025.
29. CRISTINA V. Interruption volontaire de grossesse chez la mineure: perception par les adolescentes de la place du médecin traitant dans l'accès à l'IVG et le suivi [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2009.
30. AL ZOUHEIR S. Freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Grand Est [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2024.
31. MAJOR B, APPELBAUM M, BECKMAN L, DUTTON MA, RUSSO NF, WEST C. Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. American Psychological Association; 2008. doi:10.1037/e582472010-001
32. BAJOS N, FERRAND M. De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. Paris; 2002. 348 p. (Editions INSERM).
33. AUVARA C. Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur. Enquête de 3 mois auprès de 160 patientes [Thèse d'exercice]. Université de Nice; 2013.
34. Assurance Maladie Ameli [Internet]. 2025. L'IVG médicamenteuse en ville.

35. BRANSOL M. Comment les médecins généralistes réalisant des IVG médicamenteuses en médecine générale au sein de la région Centre Val de Loire et Poitou-Charentes dépassent-ils les freins relatés inhérents à la pratique ? Ces freins sont-ils finalement fondés ? [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2018.
36. Gonzalez M. Opinion de médecins généralistes charentais sur la téléexpertise via Omnidoc: étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2023.
37. Bourgois M. Évaluation de l'utilisation de la téléexpertise via Omnidoc chez les médecins généralistes des Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2024.
38. En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses [Etudes et Résultats]. DRESS; sept 2025. Etudes et Résultats n°: 1350.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

B-HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique humaine

CCF : Conseillère conjugale et familiale

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale en Santé

CSP : Code de Santé Publique

CSS : Centre de Santé Sexuelle

EPS : Entretien psycho-social

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEL : Infirmier diplômé d'état libéral

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IVGi : Interruption Volontaire de Grossesse par méthode Instrumentale

IVGm : Interruption Volontaire de Grossesse par méthode Médicamenteuse

MG : Médecin Généraliste

NSN : Nombre de Sujets Nécessaires

RPB : Réseau Périnatalité Bretagne

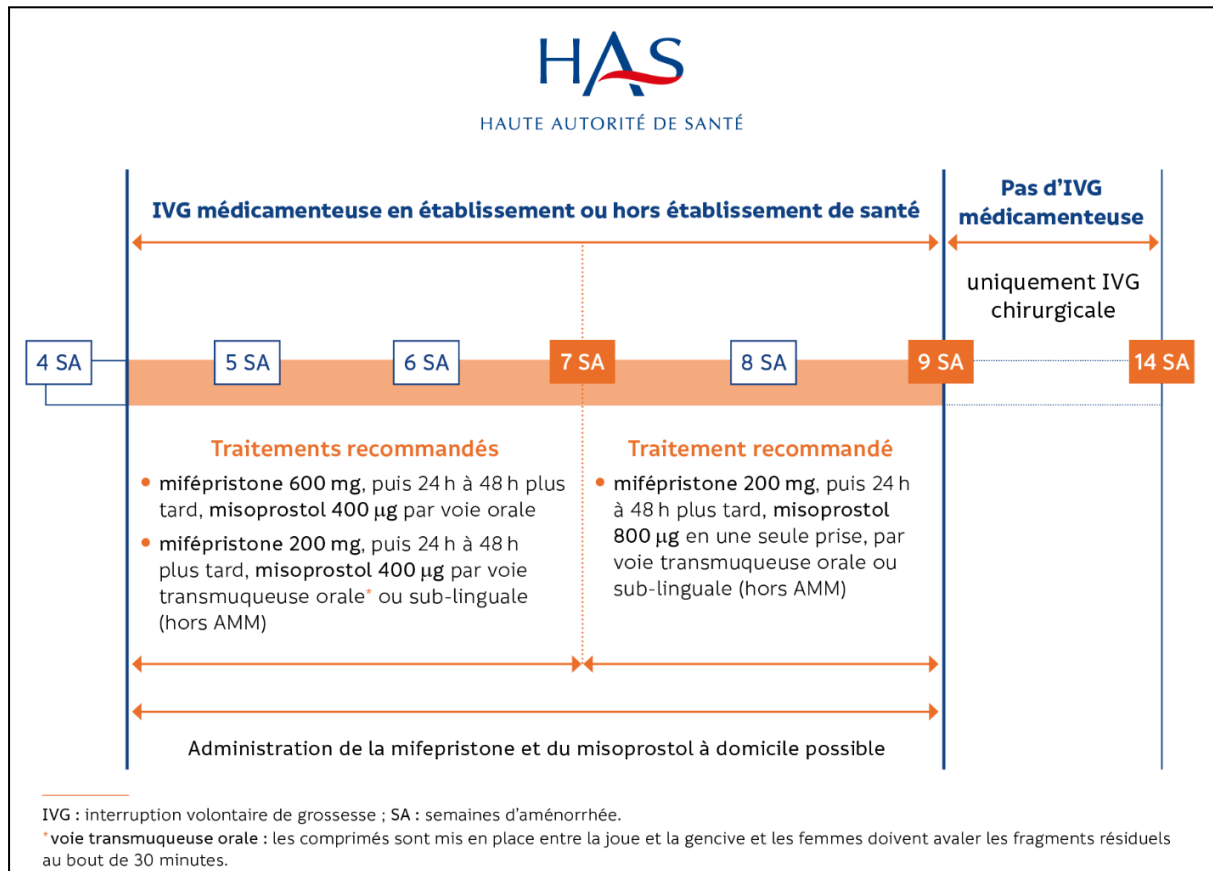
SA : Semaine d'Aménorrhée

SG : Semaine de Grossesse

VIF : Violences Intra-Familiales

ANNEXES

ANNEXE 1 : Synthèse des recommandations de la HAS sur les méthodes d'IVG - Mise à jour 2021.



* Depuis le 2 mars 2022, l'IVG chirurgicale est réalisable jusqu'à 16 SA.

ANNEXE 2 : Questionnaire de l'étude transmis à la population cible via LimeSurvey®.

IVG médicamenteuse en Bretagne: Analyse des pratiques professionnelles des médecins généralistes ayant participé à la formation dispensée par le Réseau Périnatalité Bretagne.

Cette thèse de médecine générale est réalisée par CHASSOT Chloé, interne à la faculté de Rennes, sous la direction des Docteurs RAULT Alexandra et HENRY Elena, médecins généralistes et praticiennes au centre IVG du CH de Vannes et avec la participation des professionnels du Réseau Périnatalité Bretagne.

Dans un contexte où l'amélioration de l'accès à l'IVG médicamenteuse constitue un enjeu central de santé publique, des formations ciblées visent à outiller les médecins généralistes pour renforcer leurs compétences, ajuster leurs pratiques et optimiser le parcours de soin des patientes. Pourtant, l'impact réel de ces formations sur les pratiques reste à démontrer.

Dans le but de proposer des axes d'amélioration de formation et de compréhension des éléments conduisant aux modifications des pratiques, nous nous intéressons dans cette étude à vos pratiques en tant que médecins ayant participé à la formation du Réseau Périnatalité Bretagne.

Ce questionnaire s'adresse à tous les médecins généralistes ayant participé à la formation peu importe vos pratiques actuelles en matière d'IVG.

Afin de garantir une participation libre et sincère, l'enquête est anonyme.

Le temps pour répondre à ce questionnaire est estimé à 15 minutes.

Merci pour votre participation.

PARTIE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Question 1 : Vous êtes ?

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

Question 2 : Quel est votre âge (en année) ?

- ☐ Champ libre

Question 3 : Quel est votre département d'exercice ?

- ☐ 22 - Côtes d'Armor
- ☐ 29 - Finistère
- ☐ 35 - Ille-et-Vilaine
- ☐ 56 - Morbihan

Question 4 : Quel est votre type d'exercice ?

- ☐ Libéral seul
- ☐ Libéral en cabinet de groupe
- ☐ Remplaçant
- ☐ Hospitalier
- ☐ Salarié d'une structure de soins
- ☐ Autre : Réponse libre

Question 5 : Quel est votre secteur d'exercice ?

Urbain : ville ou agglomération dense ; Semi-rural : villes entourées de campagne ; Rural : villages et campagnes peu peuplés ; Insulaire : îles bretonnes

- ☐ Zone urbaine
- ☐ Zone semi-rurale
- ☐ Zone rurale

- ☐ Zone insulaire

Question 6 : Quel est votre centre IVG de référence ?

- ☐ Brest
☐ Dinan
☐ Fougères
☐ Quimper
☐ Guingamp
☐ Lanerneau
☐ Lannion
☐ Lorient
☐ Morlaix
☐ Paimpol
☐ Ploërmel
☐ Pontivy
☐ Redon
☐ Rennes
☐ Rostrenen
☐ Saint-Malo
☐ Saint-Brieuc/Lamballe
☐ Vannes
☐ Vitré
☐ Autre : Réponse libre

Question 7 : Concernant l'échographie de datation

- ☐ Je suis formé(e) et je pratique
☐ Je suis formé(e) et je ne pratique pas
☐ Je ne suis pas formé(e) et je pratique
☐ Je ne suis pas formé(e) et je ne pratique pas

Question 8 : Dans quel(s) but(s) avez-vous participé initialement à la formation du Réseau Périnatalité Bretagne ?

- ☐ Améliorer mes connaissances
☐ Modifier mes pratiques professionnelles
☐ Pratiquer des IVG médicamenteuses
☐ Obligation de formation
☐ Développer l'offre de soins sur son territoire
☐ Autre : champ libre

Question 9 : Quand avez-vous participé à la formation du Réseau Périnatalité Bretagne ?

Merci de répondre sous le format MM/AAAA

- ☐ Réponse libre

Question 10 : Depuis, avez-vous participé à une autre formation sur l'IVG médicamenteuse ?

- ☐ Oui
☐ Non

PARTIE ANALYSE DES PRATIQUES

Question 1 : A l'issue de la formation du Réseau Périnatalité Bretagne, avez-vous participé aux journées de formation pratique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 1a : Quelle était la durée de cette formation (en jours) ?

- ☐ Réponse libre

Question 2 : Etes-vous conventionné(e) à la pratique des IVG médicamenteuses ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 2a : Êtes-vous référencé(e) sur un site en ligne comme professionnel réalisant des IVG médicamenteuses ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 2b : Réalisez-vous dans votre pratique des IVG médicamenteuses ?

- ☐ Jamais
- ☐ 1 à 2 par mois
- ☐ 3 à 4 par mois
- ☐ 5 à 8 par mois
- ☐ Plus de 8 par mois
- ☐ Je n'en réalisé plus dans ma pratique actuelle

Question 2c : Prenez-vous en charge les IVG chez les femmes mineures (ou le feriez-vous)?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 2c-1 : Pourquoi ne prenez-vous pas en charge les IVG chez les mineures ?

- ☐ Réponse libre

Question 3 : Quelle(s) étape(s) du parcours IVG réalisez-vous ?

- ☐ Informations claires sur les modalités de réalisation d'une IVG
- ☐ Rédaction et recueil du consentement écrit
- ☐ Réorientation vers un autre professionnel réalisant les IVG
- ☐ Prescription de la biologie initiale
- ☐ Prescription de l'échographie de datation
- ☐ Réalisation de l'échographie de datation
- ☐ Délivrance des thérapeutiques abortives
- ☐ Prescription d'antalgiques
- ☐ Visite de contrôle

Question 4 : Utilisez-vous les codes de prestation permettant une prise en charge à 100% des actes de laboratoire et d'imagerie dans le cadre d'un parcours IVG?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 5 : Proposez-vous un entretien psychologique aux femmes majeures ?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Question 6 : Savez-vous anonymiser une demande d'IVG ?

- ☐ Oui

☐ Non

Question 7 : Proposez-vous un dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les femmes en demande d'IVG?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Question 8 : Réalisez-vous un dépistage des violences chez les femmes en demande d'IVG?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Question 9 : Proposez-vous un suivi post-IVG à vos patientes (hors visite de contrôle)?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Question 10 : Abordez-vous la question de la contraception post-IVG?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Question 11 : Avec quel(s) professionnel(s) de votre territoire avez-vous développé des relations régulières pour optimiser la prise en charge des femmes en demande d'IVG ?

- ☐ Professionnel habilité à réaliser des échographies de datation
- ☐ Cabinet de soins infirmiers
- ☐ Psychologue
- ☐ Assistant(e) social(e)
- ☐ Pharmacie
- ☐ Professionnel réalisant des IVG
- ☐ Centre IVG
- ☐ Centre de Santé Sexuelle
- ☐ Conseiller(e) conjugal(e) et familial(e)
- ☐ Planning familial
- ☐ Réseau Périnatalité Bretagne

PARTIE ANALYSE DES FREINS

Cette dernière partie du questionnaire a pour objectif de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et de soumettre des pistes d'amélioration en matière de formation et/ou d'accompagnement pour le déploiement de l'IVG en libéral. Vous trouverez ci-contre des propositions de réponses, cochez celle(s) qui vous corresponde(nt) et vous pouvez également décrire vos freins et/ou difficultés dans la case "autres". Merci du temps que vous consacrerez à cette dernière question .

Question 1 : Pour les professionnels réalisant des IVG médicamenteuses, quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontré dans votre pratique ? Pour les professionnels n'en réalisant pas, quels sont vos freins ?

- ☐ J'estime que la formation théorique n'était pas suffisante
- ☐ J'estime que la formation pratique n'était pas suffisante.
- ☐ Je n'ai pas réalisé la formation pratique car elle était trop chronophage dans mon exercice professionnel.
- ☐ Je crains que l'organisation nécessaire pour ajouter cette activité à mon planning soit trop complexe/chronophage.
- ☐ La charge administrative me paraît trop lourde (transmission des fiches de liaison, vérification des cotations, des paiements...).
- ☐ Je crains de ne pas avoir suffisamment de demandes d'IVG médicamenteuses.
- ☐ Je crains de m'exposer à une diminution de ma rémunération.
- ☐ Je crains de rencontrer des difficultés pour accéder à l'échographie de datation.
- ☐ Les modalités de récupération des médicaments abortifs et l'avance des frais me paraissent complexes.
- ☐ Je crains des difficultés relationnelles au sein du réseau ville-hôpital.
- ☐ Je crains la survenue de complications médicales.
- ☐ Je crains l'aspect médico-légal entourant l'acte.
- ☐ Je crains que cette activité se heurte aux convictions de mes collègues ou aux miennes
- ☐ Je crains que cette activité n'empiète sur ma vie personnelle et/ou me procure une charge émotionnelle trop importante.
- ☐ Je crains de modifier ma patientèle.
- ☐ Je crains d'avoir à gérer des situations sociales et/ou de violences.
- ☐ Je crains d'avoir une obligation de formation annuelle supplémentaire.
- ☐ Autre : Réponse libre

Merci beaucoup pour votre participation.

La thèse sera soutenue sur l'année universitaire 2026.

Le manuscrit sera transmis au Réseau Périnatalité Bretagne.

CHASSOT Chloé

ANNEXE 3 : Caractéristiques socio-démographiques transmises par le RPB concernant les MG formés entre 2020 et 2025 - Mail du 16 mars 2026.

Bonjour Chloé,

16 mars 2026 12:46 ☆ 😊 ↩ ⋮

Les différentes relances ont pu faire monter le taux de participation de ton étude et nous nous en réjouissons.

Voilà ce que j'ai pu travailler niveau caractéristiques socio économiques : sexe, département d'exercice et statut.

Sexe	Nombre de Sexe
F	55
M	8
Total général	63

Département	Nombre de Département
22	4
29	12
35	29
44	1
56	17
Total général	63

Statut	Nombre de Statut
Centre médico social	1
CH	4
CPEF	2
CPEF et CH	1
CPFE	1
ES	3
libéral	50
libéral et planning familial	1
Total général	63

Nous n'avons pas la DDN des participants.

Je reste à disposition.

Bonne réception,



ANNEXE 4 : Verbatims recueillis concernant les raisons de la non-prise en charge des mineures parmi les MG conventionnés.

MG5	« Pas d'occasion + nécessité d'entretien CCF. »
MG7	« Le conseil départemental ne veut pas que nous fassions les IVG chez les mineures. Par contre, je les reçois pour leur expliquer l'acte. »
MG8	« Je les adresse au centre de sante sexuel ghbs. »
MG9	« La convention avec mon centre de référence ne le rend pas possible. »
MG11	« C'est le cadre convenu avec le CSS, c'est le cadre légal peut être aussi. »
MG15	« Exclu de la convention »
MG16	« Je trouve que ce sont des prises en charges complexes que je préfère adresser au planning familial ou au CIVG. »
MG23	« Besoin d'un accompagnement psycho plus important. »
MG33	« Entretien psychosocial obligatoire et prise en charge plus complexe en libéral. »
MG35	« Non prévu dans ma convention avec le css de Quimper. »

ANNEXE 5 : Verbatims recueillis concernant les difficultés et les freins à la pratique de l'IVGm parmi les MG interrogés.

MG3	« Pas de frein. »
MG4	« Changement d'activité pro. »
MG7	« J'ai effectué une formation pratique au CHU et au CH de Fougères en fonction de mes disponibilités. »
MG9	« Aucun de ces freins, plutôt l'éternel problème de rajouter un délai « rapide » des consultations longues, empiétant souvent sur la pause méridienne et sur la soirée... mais la satisfaction du service médical rendu est largement supérieure!! »
MG12	« Je n'ai pas de crainte concernant mon travail au centre IVG. Cependant, je suis très préoccupée par la santé des femmes avec tous les discours politiques violents et intolérants. »
MG13	« Je suis médecin salariée, on me demande de poser 1 semaine de congés pour réaliser la formation pratique ...»
MG15	« Pas de soucis particulier. »
MG20	« RAS. »
MG22	« J'ai travaillé en CSS sur des consultations d'IVG et du bloc, c'est pour cela que je n'ai pas réalisé la formation pratique. »
MG28	« Refus de conventionnement sans DU/DIU ou capacité en gynécologie à l'hôpital de Lorient. »
MG31	« Je travaille en CSS CIVG dans je n'ai pas ces freins. »
MG32	« Formation pratique non réalisée car refus du centre de référence de me proposer des dates de formation malgré plusieurs relances, non prioritaires par rapport aux personnes en DU de gynécologie »
MG33	« En cours de formation. »
MG35	« Pas vraiment de frein. »

ANNEXE 6 : Modèle de formulaire de consentement à l'IVGm proposé par le RPB.**Formulaire de consentement à l'IVG par méthode médicamenteuse**
(à conserver dans le dossier médical)

Je soussignée,

vous confirme qu'après ma 1^{ère} demande auprès d'un médecin ou d'une sage-femme*,
j'ai décidé d'interrompre ma grossesse ainsi que la loi m'y autorise.

Je sais que cette interruption peut se faire par la méthode médicamenteuse ou
par la méthode chirurgicale. J'ai choisi la méthode médicamenteuse et j'accepte dans ce but
d'être prise en charge par le réseau IVG médicamenteuse hors établissement de santé.

Je déclare avoir pris connaissance du document d'information qui m'a été remis, document
comportant les coordonnées de l'établissement de santé, adresse et numéros de téléphone.

J'atteste que les contre-indications de cette méthode m'ont été expliquées.

Je suis avertie que, si je décidais, en cas d'échec de mener ma grossesse à terme, aucune
garantie ne peut m'être donnée sur l'absence totale de malformation.

A

Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

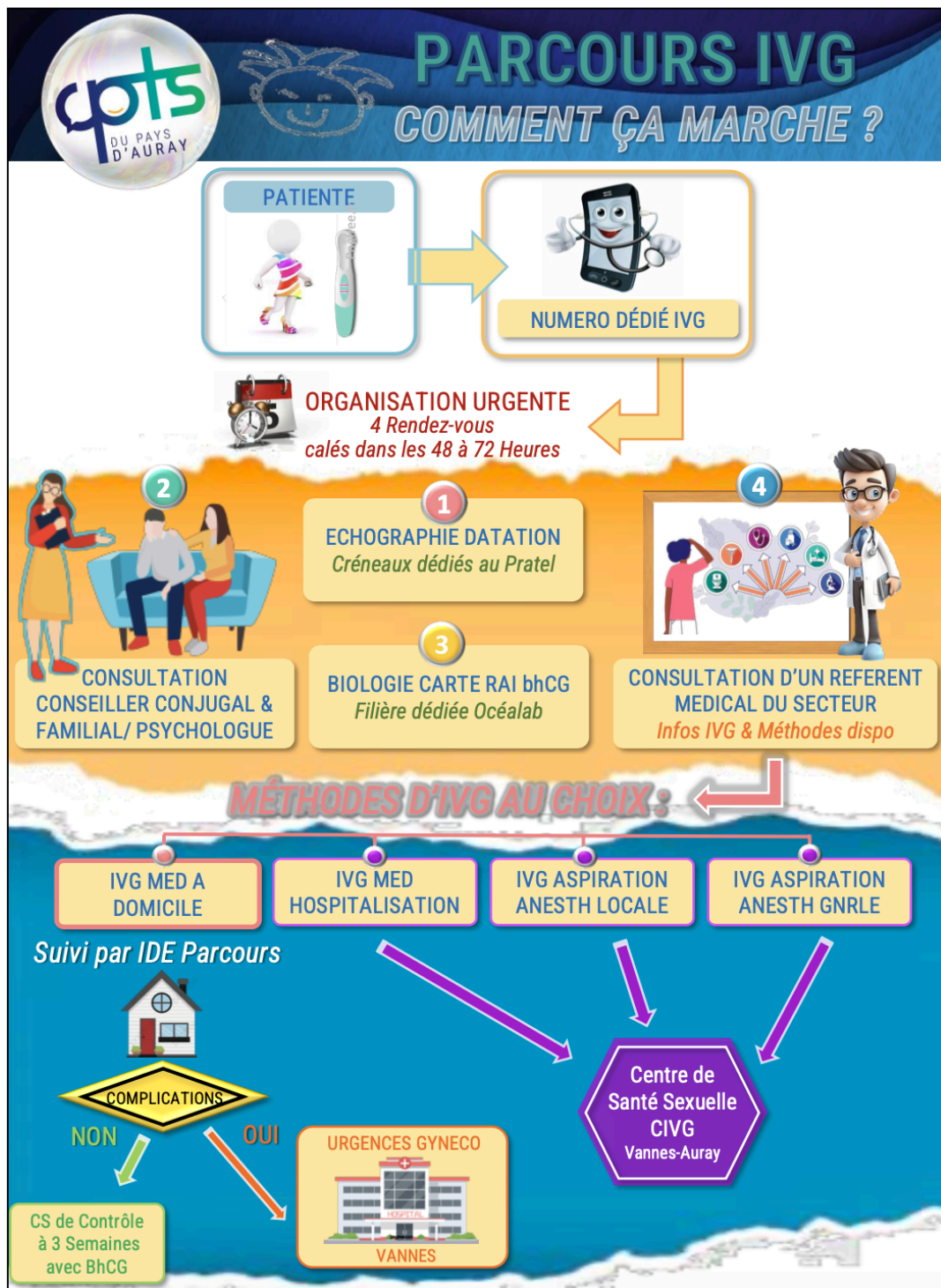
*rayer la mention inutile

ANNEXE 7 : Rappel sur le forfait IVGm en ville.

Hors forfait	
Consultation d'adressage sans recueil du consentement	IC (26,50€)
Forfait global	
Consultation avec recueil du consentement écrit	IC (26,50€)
	+/-
Consultation avec réalisation de l'IVG	FHV (74,00€)
	+/-
+/- Forfait médicament	FMV (83,57€ si <75G ou 96,53€ si ≥75G)
	+/-
Consultation de contrôle (avec ou sans échographie)	IC (26,50€) ou IVE si écho (30,24€)*
Si IVGm réalisée en téléconsultation	JC + FHV + JC
* : forfait non cumulable si effectué par une même personne ○ : comprenant B-HCG, groupage +/- RAI, NFS, +/- dépistage IST † : comprenant B-HCG Source : Ameli.fr, L'IVG médicamenteuse en ville, 16/01/2025	

Codes de prestation
Permettant une prise en charge dans le forfait

Echographie de datation	IPE (35,65€)
Biologie pré-IVG [○]	FPB (69,12€)
Biologie post-IVG [†]	FUB (17,28€)
Echographie de contrôle	IVE (30,24€)

ANNEXE 8 : Prise en charge fléchée et protocolisée au sein de la CTPS du pays d'Auray.

ANNEXE 9 : Synthèse de la réunion du 07/07/2026 avec le Réseau Périnatalité Bretagne - Pistes de réflexion et utilités des résultats.

1- Faible représentation des Côtes d'Armor parmi la population source : représentatif d'une difficulté réelle sur le terrain à l'accès à l'IVGm ambulatoire.

- Poursuivre les mobilisations pour essayer de recruter des médecins à former dans les Côtes-d'Armor.
- Action sur les médecins en devenir : revoir la formation à l'IVG dispensée au DMG au cours de l'internat et proposer durant l'année de Docteur Junior pour les étudiants volontaires la formation dispensée par le RBP qui pourra s'accompagner de journées de stage sur la 4ème journée de formation dite "libre".

2- La formation n'induit pas un conventionnement. Mise en lumière de difficultés de conventionnement avec certains centres de référence et des difficultés pour réaliser le stage pratique dont les modalités sont différentes entre les centres.

- Homogénéisation des prérequis pour se conventionner à l'échelle régionale.
- Statuer sur la durée nécessaire du stage d'observation dans le cadre de la réalisation des IVGm.
- Rappeler la non-nécessité d'un DU/DIU dans la législation pour obtenir une convention.
- Échanger à ce sujet avec l'ARS.

PS : À nuancer par le fait que les objectifs de formation peuvent être variés. Dans notre échantillon, 24 médecins sur 30 avaient l'objectif de pratiquer des IVGm en participant à la formation du RPB, 12 d'entre eux se sont conventionnés.

Objectifs pré-formation	Amélioration des connaissances	Modification de pratique	Pratiquer des IVGm	Développer l'offre de soins	Obligation de formation
Fréquence	17	8	24	13	3
Pourcentage	56,7 %	26,7 %	80 %	43,3 %	10 %

Tableau 1 : Répartition des objectifs de formation déclarés par les médecins formés (N = 30)

Objectifs avant formation		Conventionnement N = 17	Pas de conventionnement N = 13	P-value*
Pratiquer des IVGm	Oui (n = 24)	12	12	0,2
	Non (n = 6)	5	1	
Développer l'offre de soin	Oui (n = 13)	7	6	1
	Non (n = 17)	10	7	

* : selon test exact de Fisher

Tableau 2 : Analyse comparative des conventionnements par objectifs de pré-formation

3- Difficultés sur l'utilisation des codes de prestation et sur le protocole d'anonymisation chez les médecins interrogés

- Prévoir la réalisation de fiche-outils / tutoriels.
- Possibilité de proposer des cas pratiques.

4- Projeter le médecin formé dans sa potentielle future pratique

- Mise en place de script théâtral (en cours de réalisation par le RBP)

5- Importance du réseau pour sécuriser le parcours

- Prévoir un temps d'échange durant la formation pour que les médecins formés réfléchissent aux potentiels partenaires à mobiliser dans leur territoire. Réfléchir à l'échelle d'une CPTS.
- Partage d'expérience de la part d'un médecin conventionné exerçant en libéral. Systématiser la présence d'un professionnel libéral durant la formation. (*en place depuis fin 2025*)
- Promouvoir auprès des centres de référence l'utilisation de plateforme d'expertise pour fortifier le lien ville-hôpital et sécuriser le professionnel dans sa pratique.

6- Accompagner les médecins formés

- Mise en place d'un temps dédié après la stage pour permettre un accompagnement lors des démarches de conventionnement et mise en place d'un compagnonnage.

7- Cas particulier des patientes mineures, exclues de certaines conventions

- Comment assurer la prise en charge financière de l'EPS en libéral ?
- Discussion avec l'ARS

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES

N°

CHASSOT, Chloé, Aline

IVG médicamenteuse en Bretagne : Analyse des pratiques professionnelles des médecins généralistes ayant participé à la formation dispensée par le Réseau Périnatalité Bretagne

Thèse : Médecine ; Université de Rennes : 2026

La constitutionnalisation de l'IVG en 2024 impose de garantir un accès équitable sur le territoire français. L'IVGm est réalisable en ambulatoire, 52% des IVGm sont réalisés en ville au niveau national, ce taux n'atteint que 27% en Bretagne. Le maillage territorial en professionnels libéraux habilités est très inégal, entraînant des délais de prise en charge parfois longs. Par ailleurs, le cursus initial des médecins généralistes est jugé insuffisant pour pratiquer l'IVG. En Bretagne, le Réseau Périnatalité Bretagne dispense gratuitement une formation qui permet aux médecins de se conventionner s'ils le souhaitent. L'objectif principal est d'analyser les pratiques des MG formés par ce réseau. L'objectif secondaire est d'identifier les difficultés rencontrées dans leur pratique. Une étude quantitative a été menée au moyen d'un auto-questionnaire envoyé à la base de données du réseau de formation. L'étude a permis de recueillir 30 réponses sur 63. Parmi les répondants, 56,7 % se sont conventionnés. Leur pratique de l'IVG est ponctuelle, souvent à moins de deux actes par mois. Les patientes mineures sont exclues par 58.8 % des médecins conventionnés. L'étude met en évidence un lien significatif entre la pratique de l'échographie et le passage au conventionnement.

The constitutionalization of abortion in 2024 requires guaranteeing equitable access across the French territory. Medical abortion (MA) can be performed in an outpatient setting ; while 52% of MAs are carried out in primary care at the national level, this rate only reaches 27% in Brittany. The geographical distribution of authorized practitioners is highly uneven, leading to occasionally long waiting times for care. Furthermore, the initial curriculum for general practitioners (GPs) is deemed insufficient for providing abortion care. In Brittany, the *Réseau Périnatalité Bretagne* offers free training that enables physicians to become affiliated with a reference center if they wish to do so. The primary objective is to analyze the practices of GPs trained by this network. The secondary objective is to identify the difficulties encountered in their practice. A quantitative study was conducted using a self-administered questionnaire sent to the training network's database. The study gathered 30 responses out of 63. Among the respondents, 56.7% became affiliated. Their abortion practice remains occasional, often involving fewer than two procedures per month. Minor patients are excluded by 58.8% of affiliated doctors. The study highlights a significant association between performing ultrasounds and the agreement .

Rubrique de classement : Santé Publique, Soins Primaires

Mots-clés français :
 Avortements médicaux
 Médecins généralistes
 Accès aux soins
 Soins primaires
 Formation médicale continue

Mots-clés anglais :
 Medical abortion
 General practitioners
 Health services accessibility
 Primary health care
 Continuing Medical Education

Président : Pr GANDEMER Virginie

JURY :
 Assesseurs :
 Dr RAULT Alexadnra, co-directrice de thèse
 Dr HENRY Elena, co-directrice de thèse
 Pr ADELIN-DUFLOT Florence
 Dr THEBAULT-DAVID Charlotte