

UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)

FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

Année 2017

THÈSE

N° 2017PA06G077

DOCTORAT EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par :

Mme Marie-Noëlle VIDAL

Née le 06 novembre 1981 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2017

**ÉVOLUTION DU SUIVI DES FEMMES PAR LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE DE 1958 À NOS JOURS**

DIRECTRICE DE THÈSE : Pr Anne-Marie MAGNIER

PRÉSIDENT DE JURY : Pr Philippe CORNET

MEMBRES DU JURY : Pr Jean LAFORTUNE, Pr Philippe VAN ES

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidée en m'accordant de leur temps durant mes études et durant la réalisation de cette thèse.

À ma directrice de thèse, le Professeur Anne-Marie Magnier,
Merci pour tout le temps que vous m'avez accordé, pour vos conseils professionnels et personnels.

À mon président de jury, le Professeur Philippe Cornet,
Merci d'avoir bien voulu présider mon jury de thèse.

Aux Professeurs Philippe Van Es et Jean Lafortune,
Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au Docteur Elisabeth Née,
Je suis ravie d'avoir pu faire ta connaissance, merci pour la journée que nous avons passé ensemble.

Aux médecins que j'ai eu la chance d'interroger,
Merci d'avoir pu consacrer une partie de votre temps pour répondre à mes questions, merci pour votre accueil qui était à chaque fois chaleureux.

À Mr Bertrand Froc de la bibliothèque de l'INSEE,
Merci pour votre aide dans mes recherches de documents.

Aux bibliothécaires des sites de La Pitié, de Saint Antoine et de la bibliothèque Axial du pour leurs recherches de documents au sein de la réserve et plus particulièrement à Mme Françoise Rivière et à Mme Sonia Alexandre.

À Mme Nathalie Baunot du Réseau de Santé Périnatal Parisien,
Merci pour toutes les informations sur le réseau.

À Mme Catherine Martin,
Merci pour tout votre travail de retranscriptions, vos nombreuses relectures, vos corrections et vos conseils.

À Mme Cloarec,
Merci pour votre bienveillance qui nous a permis de passer du temps avec notre fils et de pouvoir réaliser ce travail.

À mes maîtres de stage :

Au Docteur Gérald Castanedo, tu m'as tant appris aussi bien sur le plan humain que médical et tu continues de m'apprendre bien après mon stage. Du certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport au fonctionnement d'un cabinet médical en passant par la LGV.

Au Docteur Gérard Lecolier pour ton humilité et tes qualités humaines.

À l'équipe du planning familial de La Pitié Salpêtrière au Dr Juilen Ighil, Delphine, Sonia, Virginie et Odile : tu crois que je peux faire une écho ?

Au Docteur Céline Lazzarovici, toi qui m'as appris à prendre en charge un patient dans sa globalité.

Au Docteur Sophie Bargy pour tous tes conseils, que de bons moments pendant et après le stage, merci d'avoir pris de ton temps pour partager tes connaissances.

Au Docteur Bruno Piel, pour ta rigueur et ta chasse aux doubles espaces, merci de m'avoir aidée lors de cette première garde.

Au Docteur Madalina Dimitrescu, Super Mada.

Au Docteur Bogdan Cojocar merci pour ton enseignement, ton calme, merci de m'avoir rassurée lorsque je t'ai appelé en pleine nuit.

Au Docteur Bettina Mesples toujours disponible pour des explications, notre discussion de fin de stage.

Au Docteur Audrey Vizeneux, pour ta patience.

Aux Docteurs Antoine Marty et Julien Mayaux, merci pour votre patience, votre calme et votre enseignement. Ah ! La culture générale et les étudiants en médecine !

À Shirley et Awa vous m'avez nourrie sans même me connaître.

Au Dr Joanne Dorsett, « Po », you are such a GREAT Doctor, your bedside manners inspired me.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
MÉTHODE DE RECHERCHE	8
RÉSULTATS	11
PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS ET SUIVI DES GROSSESSES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	11
RECHERCHE DOCUMENTAIRE	11
TÉMOIGNAGES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES AYANT PRATiqué DES ACCOUCHEMENTS ET SUIVI DES GROSSESSES	20
LA CONTRACEPTION ET LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	29
RECHERCHE DOCUMENTAIRE	29
TÉMOIGNAGES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LA CONTRACEPTION	32
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LA PRATIQUE D'INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE .	38
RECHERCHE DOCUMENTAIRE	38
TÉMOIGNAGES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES RÉALISANT DES IVG	48
DISCUSSION	57
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE :	62
ANNEXES	65
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	65
ANNEXE 2: DONNÉES INSEE SUR LES NAISSANCES EN FRANCE	66
ANNEXE 3: PRINCIPAUX REPÈRES LÉGISLATIFS :	71
RÉSUMÉ	73

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

ANEA : Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DIU : Dispositif Intra Utérin

GIS : Groupe Information Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Étude Démographique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MLAC : Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et la Contraception

MLF : Mouvement de Libération des Femmes

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'exercice de la médecine se confond avec la médecine générale. Les progrès scientifiques du XX^e siècle accélèrent l'émergence des spécialités médicales amorcée au siècle précédent. Elles se développent à l'hôpital « autour de cas difficiles et complexes à diagnostiquer ou à traiter » (1). Par la suite, elles vont se regrouper par organe sans prendre en compte la gravité ou la rareté de la pathologie (2). Il en résulte des difficultés pour reconnaître un territoire ou des pratiques propres à la médecine générale. Celle-ci est alors un « domaine par défaut [...] comme en retrait de l'évolution technique et technologique », avec des conséquences sur l'identité et la légitimité de la discipline (2) .

La réforme hospitalo-universitaire lancée en 1958 par Robert Debré (3) encourage l'essor des spécialités médicales mais va finir de marginaliser la médecine générale. Cette réforme souhaite dynamiser la recherche scientifique française en créant des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), lieux d'excellence scientifique. Elle consacre un système de soins centré autour de l'hôpital. La médecine générale ne s'acquiert pas avant la fin des études, par deux semestres de « stage interné », là encore, dans les hôpitaux (2). Bien que majoritaires, mais dans un système hospitalo-centré, les médecins généralistes ont du mal à établir leur place, leurs champs d'action étant progressivement revendiqués par les spécialistes d'organes.

À la fin du XX^e siècle, les soins aux femmes ont connu de nombreux progrès techniques et médicaux. La médicalisation du suivi des grossesses et des accouchements, le développement de la contraception hormonale, en sont des exemples. Des progrès sociétaux ont aussi marqué la fin de ce siècle comme la légalisation de la contraception puis de l'avortement.

Comment les médecins généralistes ont-ils accompagné les femmes à travers les bouleversements de la fin du XX^e siècle ? Comment le médecin généraliste a-t-il adapté sa pratique à ces avancées techniques et sociétales ?

L'objectif de ce travail est de montrer quelle a été l'évolution du suivi des femmes par le médecin généraliste en France de 1958 à nos jours. Il met pour cela en relation une recherche bibliographique et les témoignages de douze médecins.

Cette thèse s'intègre dans un travail plus vaste sur l'histoire de la médecine générale conduit par Isabelle de Beco, Guillaume Coindard, Yves Gervais, Jean-François Huez, Anne-Marie Magnier, Philippe Sopena et Philippe Van Es. Il s'agit du premier travail sur l'histoire de la profession, son but est de retracer l'évolution de la médecine générale depuis 1958. Un blog a été réalisé pour présenter ce projet et suivre son avancement, il est accessible sur le site : <http://unehistoiredelamedecinegenerale.blogspot.fr>

MÉTHODE DE RECHERCHE

Ce travail associe une recherche documentaire et bibliographique qui a été mise en relation avec la réalisation d'entretiens auprès de médecins concernés par le sujet traité.

Recherche bibliographique

Cette thèse étant centrée sur la prise en charge des femmes par les médecins généralistes sur le territoire français. Les moteurs de recherche scientifiques classiques « pub Med », « science direct » ont été utilisés, les termes de recherche utilisés furent tout d'abord en langue vernaculaire : « médecine générale, avortement, contraception, suivi des grossesses ». En vain. Des termes anglais ont alors été ajoutés : « general practice in France, contraception, abortion ». Sans plus de succès.

La recherche effectuée avec les mêmes termes en utilisant le moteur de recherche de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie s'est par contre avérée fructueuse, avec des résultats aussi divers que des revues de médecine générale ou des ouvrages concernant l'histoire de la médecine, se trouvant le plus souvent dans les archives de la bibliothèque universitaire du site « La Pitié » située à Paris dans le 13^{ème} arrondissement. Les références de chaque livre ou document ont à leur tour été consultées et ainsi de suite selon une méthode en boule de neige.

Les ouvrages ou documents référencés ont ensuite été consultés dans plusieurs bibliothèques municipales ou à la Réserve centrale des bibliothèques de Paris. La bibliothèque Marguerite Durand, située dans le 13^{ème} arrondissement de Paris et spécialisée dans le domaine du féminisme, a fourni via consultation des revues d'actualité de l'époque, tout document utile à la connaissance approfondie du procès de Bobigny.

Les données de l'INSEE sur la natalité ont été consultées sur place ou en ligne lorsque cela était possible. Dans le cas contraire, la consultation du réseau français des centres de données pour les sciences sociales, le Réseau Quetelet, a permis la réalisation d'un produit sur mesure <https://quetelet.casd.eu/fr/utilisateur/connexion>. Le site des archives de données

issues de la statistique publique a également pu être consulté sur ce sujet.
<http://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil-0646.xml>

Les archives du journal « Le Monde » ne sont pas consultables sur place par un membre extérieur au journal, mais ont pu être consultées en ligne.

Des informations sur le Réseau de Santé Périnatal Parisien m'ont été fournies lors d'un entretien réalisé avec l'une des responsables.

Réalisation des entretiens

Les entretiens, au nombre de neuf, d'une durée moyenne de 52 minutes, ont été réalisés entre le 8 mars et le 16 mai 2017. Six ont été réalisés au cabinet du médecin concerné, un a eu lieu au domicile du médecin. Deux entretiens ont eu lieu à distance, l'un par internet (Google Hangouts) et l'autre par téléphone. Les données relatives aux médecins interrogés sont disponibles dans le tableau 1. Ce sont des entretiens individuels semi-directifs. L'enregistrement audio réalisé, après accord, a été ensuite retranscrit manuellement et intégralement sur un support informatique. Chaque entretien a été donné à relire par chaque interviewé. Les extraits des entretiens sont cités en italique sous forme de verbatim.

Les médecins interrogés ont été impliqués dans le suivi des femmes, à un moment ou un autre de leur carrière et sont majoritairement des médecins généralistes. Un des entretiens a été réalisé avec une gynécologue obstétricienne qui a contribué à la formation de médecins généralistes. Un autre a été réalisé dans le cadre du travail sur l'histoire de la médecine générale : il s'agit d'un entretien des membres du premier cabinet médical de groupe à Sablé-sur-Sarthe.

Le guide d'entretien du groupe de travail « Histoire de la médecine générale » a été modifié et utilisé. Une première question très large permet de cerner le parcours professionnel de la personne interrogée, ensuite, des questions de relance ont été posées si certains thèmes n'avaient pas été abordés. Certaines questions étaient spécifiques de la carrière de la personne interrogée (réalisation d'accouchement, suivi de grossesses, pratique d'avortements). Le guide d'entretien est présenté en annexe.

Vu le caractère sensible de certaines informations présentes dans des témoignages, comme par exemple la réalisation d'actes illégaux à l'époque des faits, il a été décidé de ne pas donner les noms des médecins interrogés.

Code médecin	Début d'exercice	Mode d'exercice	Choix témoignage
Dr A. Dr B. Dr C. (Groupe médical de Sablé)	1972	Rural	Médecins généralistes ayant réalisé des accouchements à domicile puis en maternité
E	1977	Urbain	Médecin généraliste ayant exercé dans une maternité, ayant eu une activité en centre de planification familiale
F	1978	Urbain	Gynécologue Obstétricienne impliquée dans la formation de médecins généralistes
G	1983	Urbain	Médecin généraliste ayant pratiqué des avortements au sein du MLAC et ayant réalisé des actes de gynécologie
H	1987	Urbain	Médecin généraliste réalisant des IVG médicamenteuses en ambulatoire
I	1981	Urbain	Médecin généraliste réalisant des actes de gynécologie, d'IVG médicamenteuses en ambulatoire, participation à un réseau de professionnels de santé
J	1991	Urbain	Médecin généraliste exerçant dans une zone ayant peu de spécialistes en gynécologie
K	1982	Rural	Médecin généraliste ayant une activité en centre de planification familiale et ayant réalisé des actes de gynécologie
L	1968	Rural et Urbain	Médecin généraliste ayant réalisé des accouchements à domicile et des avortements au sein du MLAC
M	2004	Urbain	Médecin généraliste faisant du suivi post partum, création d'un réseau avec d'autres professionnels de santé

Tableau 1 : Profils des médecins interrogés

RÉSULTATS

Pour une facilité de lecture, nous allons exposer en parallèle dans chaque chapitre, d'abord les résultats de la recherche bibliographique, puis les entretiens des médecins. Nous traiterons d'abord de la réalisation des accouchements et du suivi des grossesses, puis nous aborderons la contraception et nous terminerons sur l'interruption volontaire de grossesse.

Pratique des accouchements et suivi des grossesses par le médecin généraliste

Recherche documentaire

La loi de 1920

Avec les pertes de la Première Guerre Mondiale, l'épidémie de grippe Espagnole et la baisse de la natalité, le début du XX^e siècle voit la mise en place en France d'une politique nataliste : la loi du 31 juillet 1920 interdisant l'avortement et la diffusion de tout contraceptif. La réalisation d'un avortement relevait déjà de l'article 317 du code pénal de 1810. Il punissait de réclusion criminelle assortie d'une amende, les femmes ayant avorté ou tenté d'avorter, et les personnes les y ayant aidées (3).

Cependant, à la veille du 2^{ème} conflit mondial, l'auto-avortement est en pleine augmentation. Les sondes et les canules remplacent les brins de persil et les potions inefficaces. Les femmes ont acquis une connaissance de leur anatomie que les générations précédentes n'avaient pas. Mais elles doivent le plus souvent se rendre ensuite à l'hôpital pour que soit procédé à l'expulsion définitive du fœtus. L'enseignement facultaire de l'époque précise que « la réalisation d'un curetage plus ou moins douloureux inciterait la femme à ne pas recommencer une telle pratique. » (4).

Le code de la famille

En 1939, Daladier, Président du Conseil, crée le Haut Comité de la population qui a pour but de modifier la législation pour mieux réprimer les avortements. Le Code de la famille est promulgué le 29 juillet 1939 dans le but d'encourager le repeuplement de la France. Il favorise la natalité et durcit les mesures contre l'avortement. La tentative d'avortement est réprimée même si la femme n'était pas initialement enceinte et concerne « quiconque aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée telle ». Les peines sont aggravées, l'avorteur est plus sévèrement réprimé que l'avortée (3).

À partir de 1940, le régime de Vichy, reprend et complète le Code de la famille. Le serment d'Hippocrate est modifié par le ministre de la Santé de l'époque qui ajoutera la notion « d'interruption de la grossesse dès la conception ». Le Conseil de l'Ordre des médecins, est créé, il a pour fonction d'appliquer des mesures disciplinaires spécifiques (interdiction d'exercer) en plus des mesures pénales (3).

La politique incitative à la natalité amorcée dans l'entre-deux guerres est renforcée avec la création d'une prime à la natalité, l'extension des allocations familiales à tous les français exerçant une activité professionnelle, une allocation pour la femme au foyer est même créée.

En 1942, l'avortement est passible de la peine capitale

La Loi du 15 février 1942 parachève la répression et fait de l'avortement un crime contre la sureté de l'État qui est passible de la peine de mort (3,4). Marie-Louise Giraud est, par exemple, l'une des neuf femmes ayant été exécutées en France au XX^e siècle. Elle a été guillotinée en juillet 1943 pour avoir pratiqué 27 avortements. L'avocat général l'a présentera comme une personne de « moralité et de conduite douteuse » et associera l'avortement à une attaque contre l'État.

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale même si les lois de Vichy relatives à la répression de l'avortement sont abrogées, le code de la famille reste en vigueur. Les avorteurs encourent toujours des peines sévères, ce sont des ennemis de la Nation (4).

Médicalisation du suivi des grossesses et des accouchements

En parallèle, les naissances et le suivi des grossesses vont se médicaliser. En 1945 on voit la mise en place les services de Protection Maternelle et Infantile pour

une meilleure surveillance des grossesses et des nouveaux nés. Jusque dans les années 50, une femme sur deux accouche à domicile (Figure 1) avec parfois un médecin ou une sage-femme, l'hôpital étant plutôt un lieu d'accueil des miséreux.

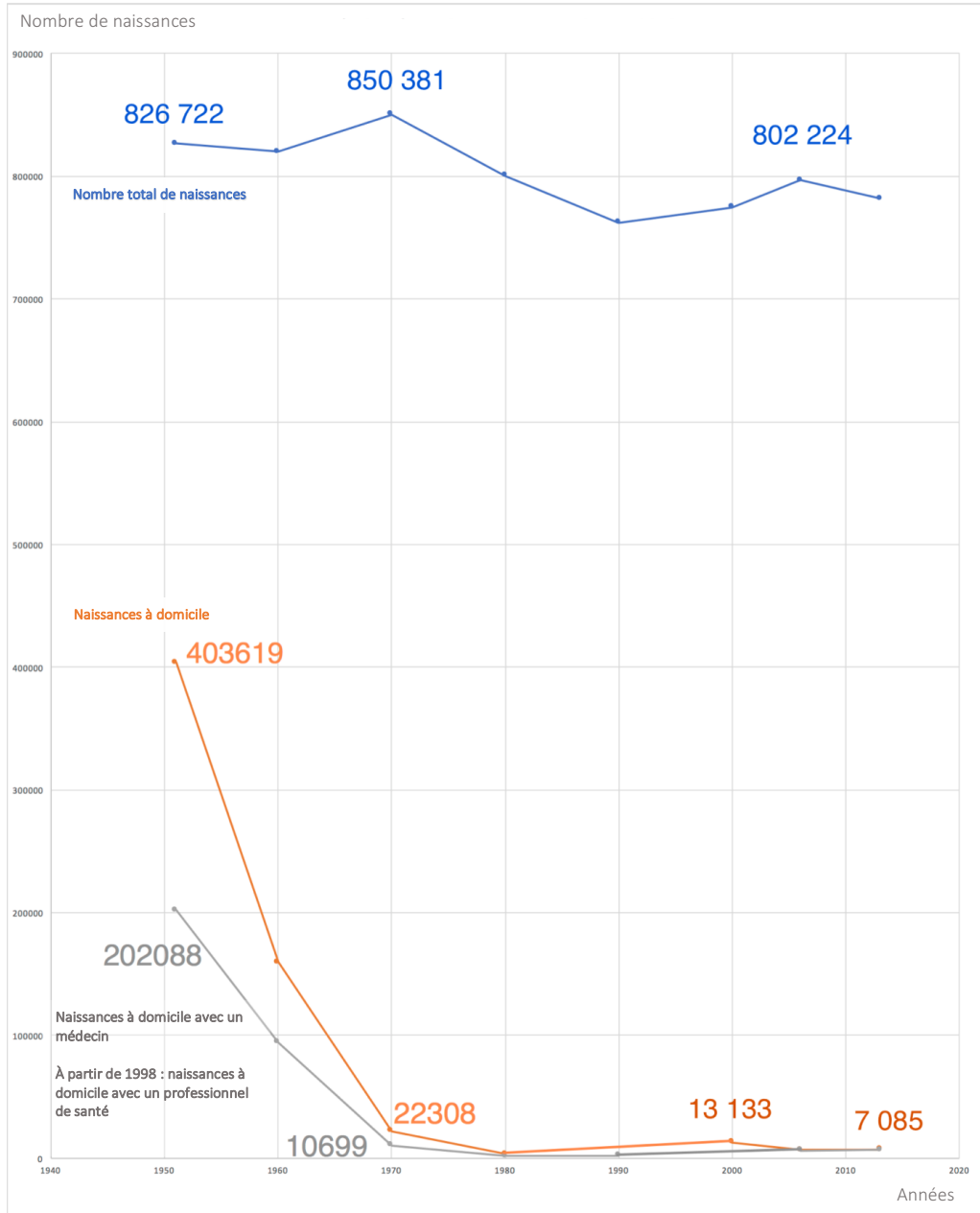


Figure 1

Evolution du nombre de naissances entre 1951 et 2013

La figure 1 présente l'évolution du nombre de naissances en France entre 1951 et 2013.

Le nombre de naissances ayant lieu à domicile diminue considérablement entre 1951 et 1970, passant de 403 619 (près de la moitié des naissances annuelles) à 22 308 (moins de 3% des naissances). Le nombre d'accouchements réalisés à domicile par un médecin reste de l'ordre de la moitié des accouchements à domicile aussi bien en 1951 qu'en 1970.

Cette chute du nombre d'accouchements à domicile traduit une augmentation de la médicalisation des accouchements qui sont alors de plus en plus réalisés dans des établissements de santé.

Par la suite, l'accompagnement des naissances va se professionnaliser. Les accouchements vont quitter l'intimité du domicile pour les établissements de santé publics ou privés.

Le retour de l'accouchement à domicile ?

Au début du XXI^e siècle, on voit un retour des accouchements à domicile, réalisés le plus souvent par des sages-femmes (5). Ce mouvement a été freiné début 2013 lorsqu'une directive du Ministère de la Santé a exigé des sages-femmes une attestation d'assurance couvrant cet acte. Le montant de celle-ci a été fixé par les assureurs, il équivaut un an de revenus (6). Ce phénomène, certes marginal, traduit une demande d'accoucher dans des conditions moins médicalisées.

Entre l'accouchement à domicile et l'accouchement dans une maternité, les maisons de naissance peuvent être une solution (7). Ce sont des structures contigües à une maternité avec laquelle une convention a été signée, permettant un transfert rapide des parturientes en cas de complications. Le retour à domicile a lieu quelques heures après l'accouchement. Seules les femmes dites à bas risques pour leur grossesse et leur accouchement peuvent accoucher dans ces structures. Fin 2015, neuf structures ont obtenu des autorisations, à titre expérimental, pour cinq années (8,9).

Plusieurs documents nous éclairent sur les pratiques des médecins généralistes.

L'enquête de Claudine Herzlich sur les pratiques des médecins en France de 1930 à 1980

L'enquête de sociologie de Claudine Herzlich (10) nous informe sur les pratiques des médecins en France entre 1930 et 1980. Dans la partie de l'enquête qui traite de la gynécologie et de l'obstétrique elle souligne que « l'absence d'environnement technique entraîne une pratique médicale polyvalente ». Elle insiste sur le fait que la gynécologie et l'obstétrique relèvent très souvent du médecin généraliste, d'autant plus s'il exerce dans un milieu rural. La grande majorité des médecins interrogés ont pratiqué des accouchements à domicile qu'ils décrivent comme des moments de plaisir en rupture avec la routine quotidienne. D'ailleurs les risques liés à ces accouchements non médicalisés ne sont pas évoqués par les médecins plus âgés, rompus à ces pratiques et tenant un discours centré d'avantage sur la maîtrise et l'habileté. Les médecins plus jeunes par prudence, vont exercer différemment.

Durant les années 50, les accouchements réalisés à domicile par les médecins se réduisent, tandis que se développent les spécialisations, le médecin généraliste n'étant alors plus que l'un des acteurs d'un système de santé hiérarchisé. L'hôpital d'après-guerre de « lieu où l'on soignait les pauvres » est devenu celui où s'exerce une médecine de pointe.

L'essor des spécialités médicales et la « réforme Debré » de 1958

Cette évolution est accélérée par la « réforme Debré » (11) en 1958 avec la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). La médecine française est alors en manque d'innovations scientifiques. Pour pallier cela, Robert Debré souhaite créer des lieux d'excellence de soins, d'enseignement et de recherche. Cette réforme crée aussi un nouveau statut celui de temps plein hospitalier (2). Ainsi, l'enseignement de *toute* la médecine deviendra l'apanage de médecins n'ayant connu *que* la pratique hospitalière.

C'est en 1950 qu'apparaît une spécificité à la France, la gynécologie médicale (12). Coexistent ainsi deux spécialités de gynécologie, la gynécologie obstétrique et la gynécologie médicale. La gynécologie obstétrique relève de la chirurgie de la

femme, du suivi et des accouchements des femmes ayant des grossesses comportant des risques pour la femme et/ou l'enfant à naître. La gynécologie médicale s'intéresse aux évènements pouvant survenir lors de la vie génitale féminine physiologique ou lors de pathologies. Son domaine d'action relève des infections génitales à la ménopause en passant par la contraception et le suivi des grossesses. En 1984, une harmonisation européenne a entraîné la réduction du nombre de postes d'interne de la spécialité (13). En Europe, le suivi des femmes est le plus souvent effectué par le médecin généraliste (14). Le médecin généraliste et le gynécologue sont des médecins de premier recours, les patients peuvent les consulter directement. Il en résulte que des champs d'actions des deux spécialités se recoupent.

Le rapport : « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité »

Ce rapport de 1994 du Haut Comité de la Santé Publique (15) insiste sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage dans le suivi des grossesses. Il est le médecin qui sera consulté en premier lors de pathologies intercurrentes de la grossesse, comme un épisode infectieux ou lors de douleurs ostéo-articulaires. « C'est le meilleur observateur de l'environnement psychologique et social de la grossesse. Le diagnostic et le suivi de la femme enceinte les premiers mois lui appartient le plus souvent (...). Après l'accouchement, c'est souvent lui que la femme va consulter. Il est aussi le mieux placé pour dépister d'éventuels retentissements de la grossesse chez le couple ou la fratrie » (15).

Le rapport déplore que la formation des futurs médecins généralistes ne permette pas une meilleure connaissance de la grossesse et de la naissance, un stage d'obstétrique n'étant pas obligatoire.

Cette remarque a été prise en compte et a amené entre autres, en 2015, à l'obligation de réaliser un semestre dans le pôle « santé de la femme » au sein de la maquette du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale (16).

Par la suite, différentes enquêtes et rapports montrent une augmentation de la participation du médecin généraliste dans le suivi des grossesses dites à bas risques. Ce sont les grossesses sans risque ou facteur de risque pouvant conduire à une complication maternelle ou fœtale pendant la grossesse ou l'accouchement.

Les enquêtes périnatales

Tout d'abord les enquêtes périnatales, qui sont des enquêtes autour de la naissance et étudiant différents indicateurs de santé. Elles ont lieu à intervalles réguliers depuis 1970, d'abord dans des régions volontaires et désormais sur tout le territoire français. À partir de 2005, elles rapportent une augmentation de la participation du médecin généraliste dans la déclaration des grossesses, dans l'orientation de la surveillance des grossesses mais aussi dans le suivi de celles-ci (17,18).

Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations de la Haute Autorité de Santé pour les professionnels de santé.

Des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en date de 2005, (19) mettent en avant le suivi des grossesses à bas risque par le médecin généraliste. Une méta-analyse est même citée, montrant que le suivi assuré par des sages-femmes ou des médecins généralistes était aussi efficace en matière de pronostic materno-foetal que le suivi par les gynécologues obstétriciens.

Les plans périnataux

Des plans périnataux font suite aux enquêtes périnatales, ils émettent des recommandations pour améliorer les pratiques. Pour les médecins généralistes, ils préconisent en 2007, des mesures pour renforcer leurs connaissances comme la réalisation de formations médicales continues sur le suivi des grossesses par le médecin généraliste (20).

Le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé est encouragé. Il permettra, en développant une offre de soins plus humaine et plus proche, que la qualité et la sécurité des soins soient améliorées (18,20).

Un exemple de travail en réseau : le Réseau de Santé Périnatal Parisien

Le Réseau de Santé Périnatal Parisien couvre l'ensemble du territoire parisien. Il met en place plusieurs actions autour de la naissance et du post-partum. Il compte parmi ses missions la coordination des soins aux femmes enceintes, la mise en place d'une plateforme d'écoute et de soutien autour de l'allaitement. Il propose aussi des formations continues ouvertes aux professionnels de santé inscrits. Ce réseau est encore peu connu des médecins généralistes alors que certains ont participé à sa formation et que d'autres font partie de son administration. Il présente plusieurs intérêts avec ses formations autour de la naissance et la possibilité de travailler en réseau avec d'autres professionnels de santé (21).

Témoignages de médecins généralistes ayant pratiqué des accouchements et suivi des grossesses

Témoignages de médecins ayant réalisé des accouchements

Dans les années 50, les accouchements étaient une pratique courante des médecins généralistes comme en témoignent les médecins du groupe médical de Sablé. Le Dr A. raconte : *Il y avait une clinique ouverte, une maternité où au départ il n'y avait pas de gynécologue. C'était les médecins généralistes qui allaient accoucher.*

Il précise que les accouchements réalisés par les médecins généralistes étaient rares et entraient plus dans une continuité de soins : *Je pense que nous allions jusqu'au bout lorsque nous suivions quelqu'un.*

L'arrêt de la pratique des accouchements par les généralistes est dû non seulement à l'inauguration d'un nouvel hôpital mais aussi à un déremboursement de l'acte effectué par les médecins généralistes.

Question : *Bien sûr. Et vous avez fait des accouchements les uns et les autres jusqu'à quelle époque ?*

Le Dr C. : *Jusqu'en 1976, parce qu'en 1976 le nouvel hôpital a été inauguré [...] et on nous a dit que nous pouvions continuer à faire les accouchements mais nos parturientes ne seront pas remboursées. Nous avons embauché des sages-femmes. Donc nous avons arrêté à ce moment-là. [...] Cela nous a été présenté comme tel. C'est-à-dire que nos parturientes ne seront pas remboursées. Le nouvel hôpital embauchait des sages-femmes et donc on leur réservait la priorité pour ça. Nous pouvions continuer mais nos patientes ...*

Paradoxalement, le Dr A., lui, a continué la pratique des accouchements lorsqu'il a été embauché par l'hôpital qui ne comptait pas de gynécologue : *Mais moi, je n'ai pas arrêté puisque j'ai été embauché par l'hôpital parce qu'il n'y avait pas de gynécologue. Enfin, il y avait un médecin de groupe, le Docteur P., qui est devenu le gynécologue, médecin généraliste mais qui est devenu quand même le chef de service. [...] les sages-femmes faisaient les accouchements mais c'était le Docteur P. membre du groupe qui était obligé d'intervenir si l'accouchement ne se passait pas bien.*

Le Dr B. lui, fait part de son souhait de réaliser l'accouchement d'une patiente suivie : *Ce qui a motivé mon arrêt de l'obstétrique alors que j'ai beaucoup aimé cela. Ce n'était plus mes patients. C'était des patients que je ne connaissais pas. Je voulais faire de l'accouchement avec des gens que je connaissais...*

Le Dr A. souligne l'ironie d'un tel système avec le suivi des nouveaux nés : *On nous imposait un pédiatre, et je continuais les accouchements puisque j'avais pris l'habitude au fil des années mais je n'étais pas obstétricien.*

Les médecins évoquent l'entraide qui existait entre les différents confrères, il y avait un véritable compagnonnage.

Le Dr C. : *Lorsque nous étions en difficulté l'intérêt d'avoir des aînés comme le Docteur P. qui avait 3 000 ou 4 000 accouchements, c'est que nous l'appelions en toute simplicité quelle que soit l'heure du jour et de la nuit, le samedi ou le dimanche et il venait nous aider parce qu'il était apte à faire une manœuvre, version et cætera [...] Il y avait cette entraide et c'était intergénérationnel dans l'équipe, dans le groupe. Et donc P., R. étaient nos aînés pour cela et c'était une sécurité pour nous lorsque nous avions une difficulté obstétrique.*

Le Dr L. a effectué des accouchements à domicile au début de sa carrière en tant que médecin remplaçant. Il décrit bien, la nécessité d'effectuer les accouchements, ainsi que l'absence de risque vu par ses aînés : *C'est un médecin qui faisait donc à peu près tout comme on faisait dans le temps, en particulier, il faisait des accouchements à domicile et il faisait des forceps à domicile. [...] Donc je me suis retrouvé chez cette dame, qui était enceinte de neuf mois, n'ayant jamais fait d'accouchement et donc ... si, j'avais quand même fait une année de spécialité de gynécologie comme externe, parce que je ne savais pas si j'allais faire de la gynéco, de la pédiatrie ou de la médecine générale, donc j'avais quelques notions de gynécologie [...] j'avais vu des femmes accoucher. Donc cet accouchement ça a été quelque chose d'éprouvant, parce que quand tu faisais les accouchements à domicile tu continuais à travailler et faire des consultations, à faire des visites à domicile pour les autres patients, et puis entre deux, tu repassais en voiture pour voir où en était la dame, si elle était à dilatation ou non etc. Donc ça a duré trois jours je crois, alors bien sûr il n'y avait pas de surveillance, pas de monitoring, il n'y avait rien de tout ça, et le troisième jour, comme c'était un samedi, j'en avais discuté avec le médecin que je remplaçais [...] et je lui avais dit, ça n'avance pas bien, ça n'avance*

pas vite je veux dire, donc il m'avait conseillé de lui faire une ampoule d'Ocytocine en intramusculaire dans les fesses en me disant : « Tu verras, une demi-heure après elle va accoucher ». Comme j'avais quand même quelques notions sur les ruptures utérines et que je savais que ce n'était quand même pas quelque chose d'assez génial, je suis allé voir le pharmacien qui était juste à côté du cabinet du médecin et puis je lui ai commandé de l'Ocytocine, mais avec une perfusion de sérum glucosé et puis le samedi après-midi, comme je ne travaillais pas, je suis allé chez la dame, il y avait une ferme traditionnelle comme il y en a en Champagne, et j'ai installé la perfusion au-dessus du lit de la jeune dame, je l'ai accrochée aux rameaux d'un cerf qui avait été tué par son mari quelques années auparavant et qui étaient juste au-dessus du lit, ça tombait bien. J'ai fait passer la perfusion et j'ai surveillé pendant toute la journée et finalement, elle a fini par accoucher normalement et j'ai fait la délivrance après, voilà, ça a été quand même une source d'angoisse importante. Donc c'était mon premier accouchement de médecine. »

Il a aussi participé à des actions en faveur de l'accouchement sans violence : Max Ploquin¹, travaillait sur la présence des enfants aînés au moment de l'accouchement du cadet, donc cette dame avait une fille qui avait trois quatre ans, elle était à nouveau enceinte, donc elle a accouché à la clinique de C., et sa fille était présente pendant l'accouchement, donc ça a été filmé, on voit qu'elle n'a pas mal, on voit la petite fille qui regarde, et donc on s'est servi de ce film ensuite pour faire de la diffusion sur l'accouchement sans violence dans la région de M., puisque c'est l'endroit où j'étais installé. Je me souviens qu'on avait fait une grande projection du film à la Mairie de M., où il y avait plus de 850 personnes, il y avait le film où on voit ma copine, Michèle, en train d'accoucher avec sa fille qui regarde, son mari qui est à côté, le médecin qui est à côté, c'est des grands souvenirs ça... donc ça veut dire que je suivais les femmes enceintes. Je les suivais bien, j'essayais de me tenir au courant de ce qu'il fallait faire quoi.

¹ Max Ploquin (1930-2012) : gynécologue-accoucheur, militant de l'accouchement « sans douleur », auteur de nombreux films de naissance.

Témoignages de médecins généralistes ayant suivi des grossesses

Le Dr L. a effectué des accouchements et a aussi effectué des suivis de grossesse. Il décrit un suivi différent selon qu'il soit réalisé en milieu rural ou urbain mais aussi selon les maternités parisiennes :

Question : *Vous avez aussi suivi des grossesses ?*

Dr L. : *Oui. Alors sur P. j'en ai suivi beaucoup, le seul problème sur P. c'est que ... alors sur le quartier, il y avait trois maternités. Il y avait S. où ils voulaient que les femmes viennent systématiquement se faire suivre, dès le départ de la grossesse, et même il fallait s'inscrire avant d'être enceinte, parce que ça avait une très bonne réputation sur le plan de l'obstétrique. Il y avait N. qui n'est pas loin d'ici, où là, j'avais discuté avec les gens, alors c'est toujours pareil, c'était des accords bilatéraux, je veux dire, ce n'était pas la maternité qui disait, bon les généralistes vont faire ça, tu auras tant et puis nous on fera le reste, non, c'était basé un peu sur la confiance qu'ils avaient dans le généraliste et éventuellement dans ses compétences, comme la plupart des gens ont fini par savoir que j'avais de bonnes compétences en gynéco et en obstétrique, à N. je pouvais suivre les femmes. En gros, je les suivais depuis la déclaration de grossesse jusqu'au sixième mois et elles allaient au sixième mois pour voir la maternité et puis être suivies pendant les trois derniers mois. Et puis le troisième endroit avec qui on a négocié avec un de mes associés qui faisait aussi beaucoup de gynéco, c'est avec M., parce qu'à l'époque il y a un jeune médecin qui venait de C., du service de F., qui est toujours chef de service et dont j'ai oublié le nom, on lui avait expliqué ce qu'on faisait déjà avec N. et donc, il a été d'accord pour qu'on fasse aussi le suivi pendant les six premiers mois. Donc moi, j'ai fait beaucoup de suivis de grossesses à l'époque.*

Il ne manque pas de noter l'ironie de la situation : « À S. ce n'était pas possible, il fallait absolument qu'elles y aillent dès le départ. Alors je les suivais quand même, parce que, comme elles passaient à S. et qu'il y avait beaucoup de gens qui passaient à S., beaucoup de femmes revenaient me voir après leur visite à la maternité, pour me demander : « Je n'ai rien compris, est-ce que vous pouvez m'expliquer ce qu'on m'a dit ? ». Donc je pense que je les ai suivies quand même.

Alors qu'en milieu rural, il effectuait le même suivi sans condition préalable : À la campagne, je suivais les grossesses aussi, mais il n'y avait pas d'accord avec les maternités.

Le suivi des grossesses par le Dr E. a été différent, il a effectué des consultations de médecine générale dans une maternité parisienne à partir de la fin des années 70, au sein de ces consultations, il suivait des patientes ayant des pathologies durant leur grossesse : *J'avais en charge une consultation qui était médecine, grossesse et nutrition, et je recevais des femmes qui avaient des problèmes médicaux qui n'étaient pas directement obstétricaux, donc des femmes qui avaient un diabète gestationnel, des femmes VIH +, des dysthyroïdies, des hépatites, voilà, tout un tas de pathologies qui étaient ou favorisées par la grossesse ou qui pouvaient retentir sur la grossesse et l'accompagnement nutritionnel des mamans. J'avais une consultation spécialisée que j'ai conduite de 86 jusque ... je pense une bonne dizaine d'années.*

Son exercice s'est modifié au sein de cette maternité, il a par la suite continué ses consultations spécialisées : *Un certain nombre de maternités qui m'envoyaient des femmes pour le suivi de leur diabète et grossesse. Donc je me suis occupé de diabète et grossesse pendant 17 ans, mise en suivi, ambulatoire etc. J'ai fait ça pendant 17 ans. [...] j'ai cessé les consultations de médecine générale en 86 et je n'ai continué à B. que les consultations spécialisées autour de la grossesse.*

Quand on lui fait remarquer qu'il suivait des grossesses pathologiques, le Dr E. précise qu'il s'est formé par nécessité sur ce domaine : *J'avais été formé à B. puisqu'au moment où j'avais ces fonctions à B. j'avais la possibilité d'aller faire des formations, donc je suis allé, par exemple, un an en consultation diabéto, j'y allais trois fois par mois avec G. pendant un an, je me suis formé ensuite chaque fois qu'il y avait une pathologie un peu complexe, je prenais le dossier, j'allais voir un spécialiste ou une spécialiste à Paris, que je repérais, avec mon dossier, donc j'ai appris énormément comme ça. Cela m'a permis ensuite d'être relativement à l'aise pour un maximum de pathologies interférant dans la grossesse, en particulier je prescrivais les anti- thyroïdiens de synthèse dans les hyperthyroïdies pendant la grossesse, des choses comme ça, la PTU, je savais parfaitement prescrire de la PTU dans un Basedow. Donc j'ai gardé ça, j'ai gardé cette activité jusqu'à la fin.*

Les gynécologues présents à la maternité s'estimaient non compétents dans ce domaine : *Alors, il y avait des gynécos mais les gynécos disaient : « On n'est pas compétents sur diabète et grossesse, on n'est pas compétents sur VIH et grossesse, on n'est pas compétents sur les troubles hépatiques et la grossesse, les troubles de coagulation et grossesse etc. » Donc on disait : « P., tu t'en occupes. » Donc j'allais*

tous les matins au staff pour parler des dossiers complexes, comme le staff était très tôt le matin c'était bon, après j'allais consulter au cabinet ou je restais si j'avais ma consultation spécialisée.

Il a aussi réalisé des consultations pré-conceptionnelles : C'était discuter du projet de grossesse comment ça arrivait dans le couple, comment la femme vivait cette envie, voilà, plus éventuellement des prescriptions d'acide folique, des choses comme ça et puis quand même, dans la mesure où j'avais une formation de nutritionniste, j'avais beaucoup de femmes qui venaient aussi parce qu'elles craignaient de prendre du poids, donc on mettait en place une stratégie préventive pour ne pas prendre trop de poids, on préparait ça en amont de la grossesse, c'était ça les axes principaux des consultations.

Il a par la suite cessé le suivi des grossesses pathologiques en collaboration avec la maternité suite à un désaccord sur la prise en charge des diabètes gestationnels : J'étais en rupture avec les approches très médicalisées de la grossesse qui faisaient peur aux femmes de façon à les justifier, en particulier sur les glycémies, avec une espèce d'exigence de glycémie absolument normale etc, sans réflexion sur le contexte etc. [...] ça m'a tellement agacé que j'ai fait une lettre circulaire à tous les responsables de maternité en disant que j'arrêtais les consultations spécialisées.

Question : *En fait le discours était différent quand elles voyaient l'équipe et ...*

Dr E. : *C'est ça. Donc les femmes étaient terrorisées, elles venaient en larmes, fréquemment en larmes en disant, j'ai un diabète, on m'a dit que mon bébé pouvait mourir, des choses comme ça, enfin des choses épouvantables, on pourrait dire aussi de la caricature mais malheureusement ce n'était pas de la caricature et je pense, des gens qui n'avaient pas la maturité de réflexion et le recul. Moi j'ai suivi 17 ans de femmes enceintes, je n'ai pas eu une seule fois un accident obstétrical une mort fœtale ou quoi que ce soit donc je ... il y avait ...il y avait voilà, il y a une sensibilité, une analyse des chiffres corrélée aux échos enfin etc ... qui font que l'on peut s'alarmer ou mettre de l'insuline ou y renoncer avec ... alors que là c'était vraiment des seuils glycémiques et c'était l'insuline et puis terminé enfin bon. Il n'y avait pas de dialogue quoi. Il n'y avait plus de dialogue, les femmes venaient et je crois que j'arrivais à les rassurer mais je voyais bien que c'était de plus en plus difficile, que ma position n'était pas tenable. Lorsqu'on dit : « ah mais qu'est-ce qu'il*

fait, il ne réagit pas, il ne décide pas. » Je me suis dit qu'on ne faisait plus tout à fait la même médecine quand même.

Témoignages de médecins généralistes ayant suivi des grossesses et ayant travaillé en réseau avec d'autres professionnels de santé

Le Dr M. elle, a été marquée par l'absence de prise en charge des femmes dans le post-partum : *Je trouvais qu'il y avait un suivi de la femme pendant sa grossesse et qu'il y avait un désert absolument, le trou médical, après la naissance du bébé. C'est-à-dire que dans le post-partum les femmes sont, je trouve, assez mal prises en charge[...] ça ne me convenait pas, et là je me suis dit, il y a vraiment quelque chose à créer, en médecine générale, dans l'accompagnement des mères, et donc je suis allée rencontrer les sages-femmes de mon quartier en disant : « Voilà, moi je m'installe comme généraliste mais j'aimerais travailler avec vous », donc j'étais dans le 13^{ème} à ce moment-là, cela leur a plu et elles m'ont envoyé les premières patientes, et c'est comme ça que j'ai orienté mon activité autour de la prise en charge des femmes en post-partum.*

Le Dr G. a suivi des grossesses, elle souhaite un partenariat avec les sages-femmes mais pense que le suivi sera de meilleure qualité s'il est effectué par une seule et même personne : *Je pense que c'est le boulot des sages-femmes de suivre les grossesses. Le seul souci, c'est réinstaurer un partenariat, c'est-à-dire ne pas ... d'abord ce que je critique moi sur le suivi par les sages-femmes, c'est que ce n'est pas forcément la même sage-femme qui suit la grossesse, alors que si vous, en tant que généraliste vous suivez une femme, vous pouvez la suivre et c'est toujours vous. Ce n'est pas forcément pareil quoi, parce qu'une jeune femme inquiète on ne va pas forcément savoir, si elle a des contractions, si c'est parce qu'elle est inquiète ou si c'est parce qu'il faut surveiller quoi, donc on va parfois surveiller trop ou ne pas lui dire une parole rassurante parce que les contractions elles n'agissent pas toujours sur le col, et puis il y a une perte d'info quoi, plus vous changez plus vous risquez de perdre l'information et peut-être ne pas pouvoir faire venir le père si ce n'est pas toujours la même personne.*

Elle suit les grossesses en collaboration avec les sages-femmes : *Les grossesses jusqu'à huit mois, je les ai suivies. Moi je préfère travailler avec les autres, je ne travaille pas toute seule. C'est-à-dire que souvent, quand la grossesse*

est un peu compliquée on a en consultation à six mois et de toute façon huit mois, neuf mois ce n'est pas moi, et depuis on ne le fait plus puisque ce sont les sages-femmes qui s'occupent de ça.

Le Dr J. parle de ses relations avec les sages-femmes : À proximité il y a un cabinet où il y a beaucoup de sages-femmes [...] on les a rencontrées les sages-femmes, on a bien expliqué comment on suivait les grossesses parce qu'ici on est, sur les cinq médecins, on est trois à suivre les grossesses [...]. On a rencontré la maison de santé [...], sur les sept sages-femmes, il y en a trois qui font des échographies, et au niveau des échographies en ville notre échographiste préféré est parti à la retraite, donc nous n'avions plus de référent en échographie, à l'hôpital c'est hyper compliqué pour avoir un rendez-vous donc du coup, on a rencontré les sages-femmes pour expliquer que nous, ce qui nous intéressait, c'était pour les suivis de grossesses, les échographies, que nous on suivait les grossesses et donc, on n'avait pas besoin de la prise en charge pour les suivis de grossesse mais par contre pour les échographies oui, donc c'est pour voir comment elles fonctionnaient et cætera, donc on les a rencontrées, et nous on suit en fait les grossesses du démarrage jusqu'à sept mois.

Par les formations qu'elle a animées, Dr I. a voulu promouvoir le travail en collaboration avec les sages-femmes, ce qu'elle a continué en rejoignant le réseau de santé de périnatalité : Quand j'ai écrit des formations, je les ai écrites pour montrer aux généralistes qu'on peut travailler en collaboration avec des sages-femmes, elles ne sont pas là pour nous prendre notre boulot [...] c'est pour ça que j'ai travaillé au sein de ce réseau de périnatalité, c'est aussi pour faire porter ce message, on n'est pas des concurrents, on est des collaborateurs, et les sages-femmes, certaines avec qui je travaille maintenant depuis longtemps m'ont dit : « Mais effectivement, c'est toi qui nous a appris que ... nous on ne pensait pas à demander le nom du médecin traitant de la dame mais, quand il y a des problèmes de dépression », de choses comme ça qu'elles voient venir, maintenant, ces sages-femmes-là ont tendance à contacter le médecin généraliste. [...] et j'étais au sein de FMC action quand j'ai écrit des formations mixtes que j'ai ouvertes à des sages-femmes plus généralistes, puisque maintenant, les sages-femmes elles ont pour mission de faire de la contraception et de faire le suivi de la femme sans pathologie,

je me suis faite incendiée par les autres généralistes de FMC Action parce qu'ils me disaient : « Tu fais rentrer le loup dans la bergerie », et je leur répondais : « Non, de toute façon au bout d'un moment elles seront là, dans le paysage professionnel donc autant leur apprendre qu'on est des personnages respectables et autant leur apprendre qu'on peut travailler ensemble et pas l'un contre l'autre ». Donc là, on en est là et au niveau du réseau de périnatalité, c'est vrai qu'il faut toujours veiller à limiter cet antagonisme qu'il y a en chacun, alors que tout le monde déborde de boulot, croyant que l'autre va lui prendre son boulot, plutôt que travailler ensemble.

Témoignage d'un médecin ayant participé à la mise en place d'un réseau avec des professionnels de santé

Le Dr M. a participé à la mise en place d'une plateforme d'écoute et de conseils sur l'allaitement au sein du Réseau de Santé Périnatal Parisien : Notre question c'était : « Comment est-ce qu'on peut éviter les parcours chaotiques des femmes qui ont une mastite ? » [...] Donc on a réfléchi à cette problématique [...] SOS Allaitement est parti de là, en se disant, il faut qu'on organise un numéro d'appel où elle puisse joindre un professionnel de santé qui sera formé à l'allaitement et qui pourra lui donner les premiers conseils, voire l'orienter tout de suite, vers un référent allaitement qui pourra la voir dans la journée ou le lendemain, enfin ne pas lui faire perdre de temps. L'idée c'était aussi qu'on puisse avoir un radiologue avec nous, qui puisse faire une échographie s'il y a besoin rapidement, et éventuellement faire, plutôt que de faire une chirurgie d'abcès systématique [...] Donc voilà, la prise en charge des abcès il y a cinq ans et la prise en charge aujourd'hui, elle a complètement changé à Paris, en fédérant les gens[...] et il y a une vraie dynamique qui s'est créée autour de cette ligne de SOS parce que c'est vrai que les gens se connaissent bien et voilà.

La contraception et la place du médecin généraliste

Recherche documentaire

La contraception pour éviter les avortements : la « Maternité heureuse »

En 1956 naît l'association la « Maternité heureuse » qui milite pour changer la loi de 1920 qui punit l'avortement mais aussi la vente de tous moyens contraceptifs. L'association « permet aux couples, grâce à la contraception de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent. » (3). La contraception est alors un moyen de délivrer la femme de l'avortement.

En 1960 ce mouvement s'affilie à l'« International Planned Parenthood Federation » et devient le « Mouvement Français pour le Planning Familial », il est alors aussi appelé « Planning Familial » (22). Son collège médical a pour but de former des médecins aux techniques de contraceptions disponibles. Le premier centre comprend un lieu de documentation. Les visiteurs peuvent y être orientés vers des médecins qui acceptent de prescrire des produits contraceptifs. Ces produits sont alors des médicaments ayant l'autorisation de mise sur le marché pour les troubles des cycles menstruels (22,23). Le centre distribue aussi spermicides et diaphragmes, importés clandestinement (23). Seuls les membres de l'association peuvent bénéficier de ces services. Ainsi aucune propagande n'est faite, la loi de 1920 est contournée (3).

Entre 1956 et 1967, 11 propositions de lois ont été déposées puis repoussées pour modifier la loi de 1920 (3). Il faudra attendre 1967 pour que la loi Neuwirth soit adoptée.

La loi Neuwirth

En 1947, Lucien Neuwirth est adjoint au maire de Saint Etienne. Il découvre la loi de 1920 qui le scandalise « L'absence de contraception me semblait une manière de maintenir la femme dans un état de sujétion inacceptable au XX^e siècle. »(4). Il travaille en 1958 avec les membres de la « Maternité heureuse », leur but est de

montrer que le meilleur moyen de lutte contre l'avortement est de faire connaître la contraception.

Après six mois de débats et de nombreux amendements, la proposition Neuwirth est adoptée le 28 décembre 1967. Elle autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs. Toute publicité pour les contraceptifs, même indirecte est interdite. Leur vente, uniquement en pharmacie, est soumise à prescription médicale et n'est pas remboursée par l'assurance maladie (3). L'accord parental est obligatoire pour les mineures, la majorité étant alors fixée à 21 ans (22). De plus les décrets d'application tardent, ils ne paraîtront qu'entre 1969 et en 1974 (4). Il faudra aussi attendre 1974 lorsque Simone Veil sera ministre de la santé pour que la pilule contraceptive soit prise en charge par l'assurance maladie et que l'accord parental ne soit plus nécessaire pour les mineures.

Les contraceptifs hormonaux disponibles

Bien que des contraceptifs hormonaux soit disponibles en France, dès 1967 l'interdiction de publicité est un frein majeur à leur diffusion. En 1970 seulement 5% des femmes de 20 à 44 ans ne souhaitant pas d'enfant prennent la pilule (24). Son usage va progressivement augmenter, la pilule devient le moyen de contraception le plus utilisé. En 1978, 27,4% des femmes de 20 à 44 ans prennent la pilule, en 2000, elles sont 47,3% (25).

Ce n'est qu'au début des années 2000 que les modes de contraception hormonaux se diversifient en France. L'implant sous cutané contraceptif est mis sur le marché en 2001. Un DIU contenant un micro progestatif est disponible en 2002. Deux autres méthodes hormonales sont disponibles à partir de 2004 : des timbres transdermiques et des anneaux vaginaux. On assiste à une diminution de l'usage de la pilule: en 2010, 40,6% des femmes de 20 à 44 ans l'utilisent comme moyen de contraception (25). Cette baisse est globalement compensée par l'usage des nouveaux moyens de contraception hormonaux (26).

Les contraceptifs mécaniques

Parmi les moyens de contraceptions mécaniques, les capes, diaphragmes et spermicides restent peu utilisés, en 1978 leur usage ne dépasse pas 3% et il diminue jusqu'à 0,2% en 2013 (25).

Le DIU, lui, connaît un faible usage entre 1970 et 2010 (26). Le premier modèle est disponible en pharmacie dès 1973 (22) mais il sera peu utilisé, en 1978 8,7% des femmes l'utilisent comme moyen de contraception (25). Les recommandations de la HAS de 2004 auraient dues libéraliser son usage. Elles précisent que le DIU peut être utilisé à tout âge chez la femme ayant eu ou non des enfants. Mais les conceptions erronées perdurent. En 2010, 54% des femmes interrogées lors de l'enquête Fecond² de l'Institut national d'étude démographique (Ined) pensent qu'il n'est pas indiqué chez la femme n'ayant pas eu d'enfant, ce chiffre est de 69% chez les gynécologues interrogés et 84% chez les médecins généralistes (26). En 2010, 21% des femmes l'utilisent, sans changement depuis les années 1970, avec une diffusion majoritairement chez les femmes ayant déjà eu des enfants, seulement 1,3% des femmes de 15 à 49 ans n'ayant pas eu d'enfant utilisent un DIU comme moyen de contraception (26).

Le débat de 2012 sur les pilules de troisième et quatrième génération qui présentent un plus grand risque de thrombose veineuse profonde a eu des répercussions sur les méthodes de contraception utilisées. L'usage de la pilule a poursuivi son déclin depuis 2000. Mais il reste le moyen de contraception le plus utilisé. En 2013, 32,8% des femmes de 20 à 44 ans utilisent la pilule comme moyen de contraception. Les femmes se sont alors tournées vers d'autres moyens de contraception non hormonaux. Le DIU est alors utilisé par 18% des femmes en 2013 contre 15,6% en 2010.

Les prescriptions de contraceptifs en médecine générale

Le médecin généraliste est souvent sollicité en matière de contraception. L'observatoire de la médecine générale a recensé en 2009 que la contraception était le septième diagnostic le plus fréquent parmi les consultations de femmes en médecine générale, soit 7,31% des consultations (27).

² Enquête Fecond, enquête de l'Inserm et de l'Ined sur les enjeux contemporains en santé sexuelle et reproductive et notamment sur les pratiques contraceptives en France. En 2010 elle a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 5 275 femmes et 3 373 hommes âgés de 15 à 49 ans. (26)

Témoignages des médecins généralistes sur la contraception

Le Dr G. qui a débuté ses études de médecine en 1969 se souvient des interdits sur la contraception : *Maintenant on a passé un cran, on ne se rend pas compte de la chape de plomb qu'il y avait à l'époque. C'était fou. Même moi je n'arrive pas à me rappeler qu'au début on n'avait pas le droit de faire de l'information sur la contraception.*

Le Dr E. a eu une activité dans un centre de planification familiale d'une maternité parisienne : *Dans le même temps, j'ai commencé à avoir des activités [...] au sein du planning familial, [...] l'accueil des adolescentes et des adolescents, autour des problèmes de contraception, de sexualité et toute question qu'ils pouvaient se poser sur ces problématiques. Nous assurons des consultations gratuites et anonymes essentiellement de gynéco on va dire, de prescription de contraception etc. C'était la fonction du planning avec les groupes de parole des adolescents et les consultations individualisées à la demande dans le cadre du planning. [...] c'était en 1977-78. [...] Oui donc c'était [...] essentiellement tourné vers l'accueil des adolescents. On avait, [...] les adolescentes [...] qui venaient en groupe de parole, donc c'était essentiellement des questions autour de la sexualité, assez peu les infections à l'époque, il n'y avait pas le VIH etc. [...], et puis essentiellement, la peur de la grossesse donc les problèmes de la contraception. [...] C'était les deux grands axes, sexualité débutante et contraception et donc on offrait aux jeunes femmes des consultations gratuites derrière, elles demandaient à être vues individuellement et nous étions en général un médecin et soit une conseillère avec nous, on faisait un binôme dans les groupes de parole, soit une sage-femme, soit une psychologue et ensuite c'était le médecin qui consultait.*

Témoignages de médecins généralistes ayant posé des Dispositifs Intra-Utérins

Dans les années 80, toujours dans le cadre de son activité au sein du centre de planification familiale, le Dr E. posait des DIU chez les femmes n'ayant pas accouché : *On était dans les premiers à poser des stérilets chez des nullipares y compris chez les jeunes ce qui était contre toutes les positions officielles du Collège National des Obstétriciens et des Gynécologues Obstétriciens français,*

parce que les papiers étaient : « Surtout pas ! » Et cætera. À B. on en posait régulièrement chez des nullipares jeunes ou un peu plus âgées, donc j'ai eu cette activité en consultation, la pose de stérilet, un dispositif intra-utérin comme on dit maintenant.

*Le Dr G. mentionne aussi la pose de DIU chez des femmes nullipares. Elle en a posé malgré les réticences de certains confrères : *Après, sur la pilule, il y avait des demandes importantes jusqu'à ce qu'il y ait eu des problèmes de phlébites [...] donc ce n'était pas inintéressant ça, parce que ça a permis de libérer la prescription du stérilet chez les jeunes filles. Mais ça on est gonflées quand même parce qu'on avait depuis très longtemps des articles, je ne sais plus, je n'ai pas retrouvé, je pense que c'était en Suède, des étudiantes en Suède qui avaient une sexualité assez libre et qui avec un stérilet n'avaient pas eu plus d'infections que d'autres femmes ne prenant pas de stérilet, n'ayant pas de stérilet. Alors évidemment ils avaient choisi des étudiantes et ils avaient fait une info extrêmement précise. Moi forte de ça je posais des stérilets à des jeunes filles qui n'avaient pas d'enfant, parce que c'était incroyable quoi, cette espèce de réticence à ... et cette espèce aussi de pouvoir, de reprise du pouvoir médical sur ... « Ah ! Tu veux enlever ton stérilet, ben tu vas encore attendre tes prochaines règles », alors qu'on peut retirer un stérilet et en mettre un, on peut, voilà, si on veut avoir une attitude de contraception correcte c'est ... on ne laisse pas des temps de latence, on explique comment ça va se passer, une jeune fille oublie sa pilule tout le temps on lui propose. Alors au départ elles pensaient que c'était interdit, quand on leur proposait le stérilet, elles pensaient que c'était interdit et que l'on transgressait le tabou médical quoi. « Comment, vous, vous proposez... » ben si j'en ai posé et il n'y a pas plus de souci mais voilà ... Moi je n'étais pas très à l'aise pour les poser, toujours à cause de la pince, et j'ai appris à les poser sans pince, mais je ne sais pas pourquoi ça nous a été présenté comme un truc horrible, il fallait pratiquement avoir l'oxygène, une réanimation au début, enfin, un truc de fou. Alors que bon, voilà, on pose, on fait attention à ce qu'on fait, on surveille les personnes parce qu'effectivement il y a parfois des malaises vagues, mais si on les surveille bon ben ... elles partent, on n'est pas sûrs de l'avoir bien posé, on fait une écho et c'est bon, pour moi il n'y a pas de souci et vraiment l'absence de pince c'est extraordinaire, au niveau de la douleur.**

Témoignages de médecins généralistes s'étant formé à la pose de Dispositifs Intra-Utérins

Le Dr K. a été formé à la pose de DIU par un collègue. Il a par la suite développé une technique pour poser les DIU sans utiliser de pince de Pozzi, pour que le geste soit moins douloureux: *Quand j'ai commencé à poser des stérilets en fait, avant de travailler au centre d'orthogénie, un des médecins généralistes que je remplaçais, qui posait des stérilets à la campagne, m'a dit : « Si tu veux je te montre », et puis je suis allé au centre d'IVG, évidemment au centre d'IVG, très souvent, on avait des femmes qui venaient en consultation de contrôle et qui demandaient un stérilet, alors j'ai commencé à poser des stérilets là. Puis je me suis rendu compte tout de suite, que poser un stérilet, ça faisait très mal quoi, et je ne voulais pas faire mal, [...] et ça je pense que mon travail, ma formation à « Prescrire » a beaucoup aidé parce que ... à « Prescrire » c'était toujours ... la question c'était toujours : « Pourquoi, pourquoi on fait ça, pourquoi on fait ça comme ça, qu'est-ce qui justifie qu'on fasse ça comme ça ? » Alors j'ai appliqué la question à la pose de stérilet [...]. « Pourquoi on met la pince de Pozzi ? » [...] Pour faire bien rentrer le stérilet. [...] « Mais si au lieu de forcer, [...] Vous poussez le stérilet à l'intérieur du canal cervical », [...] donc petit à petit, j'ai pris l'habitude de ne pas poser de Pozzi [...], j'ai fait ça de façon, comment dirais-je, logique.*

Il remet aussi en cause l'enseignement médical qui reste dogmatique sans prendre en compte le vécu des patients : *C'est-à-dire, je ne me suis pas préoccupé, et ça c'est un gros problème en médecine, je ne me suis pas préoccupé de la façon dont on m'avait montré qu'il fallait le faire, je me suis préoccupé de la façon dont les patientes le vivent. [...] Au début des années 2000, j'ai participé beaucoup à des formations genre Medform etc, qui étaient des formations pour les généralistes, où ils faisaient une formation spécialisée [...] et là, je me suis rendu compte que la plupart des généralistes qui ne posaient pas de stérilets, ils ne les posaient pas parce qu'ils avaient peur, on leur avait dit : « Oh là, là, c'est difficile et puis les femmes elles les expulsent, et puis elles font des grossesses extra-utérines », toutes les conneries qui régnaient à l'époque, et puis parce qu'ils ne savaient pas, on ne leur avait jamais montré. Alors on avait des mannequins, des petits mannequins, des morceaux de mannequins avec des utérus en plastique qu'on pouvait sortir pour leur montrer que le stérilet était bien en place quand ils l'avaient posé, et puis ils disaient : « Ben oui,*

c'est simple », je disais : « Ben oui et puis vous vous fiez aux femmes, si les femmes n'ont pas mal ... Il ne faut jamais forcer, il ne faut jamais faire mal. Si vous faites mal, de toute façon, vous créez des spasmes, ça va aller de mal en pis, mais si c'est inconfortable seulement mais pas douloureux, là vous savez que vous pouvez ». [...] Quand la première jeune femme sans enfant m'a dit : « Ben oui parlez-m'en [du stérilet] », et puis je lui en ai parlé et elle m'a dit : « Allons-y ». Après ... et puis que ça se passait très bien et qu'en plus elle le disait à ses copines qui n'avaient pas d'enfant et qui n'avaient pas de stérilet non plus et qu'elle me les envoyait, c'était un cercle vertueux, parce que ça voulait dire qu'elles étaient en confiance, elles savaient que ce n'était pas ou peu douloureux, qu'il n'y avait pas d'entourloupe.

Le Dr J. mentionne aussi la nécessité pour les médecins généralistes de se former pour effectuer certains actes : *J'aime bien tout ce qui est technique [...] j'aime bien tout ce qui est pratique, donc ça m'intéressait, je trouvais que ça augmentait ma panoplie, plutôt que la pilule, à un certain âge, il vaut mieux trouver un autre moyen de contraception donc c'était utile, ça m'intéressait de savoir le poser [le stérilet], parce que c'était clinique, et puis en même temps je trouvais ça utile.*

Elle s'est formée auprès d'un collègue : *Au début je ne posais pas de stérilet parce que c'est invasif donc je ne savais pas ... il a fallu que je voie mon collègue, et le collègue dont j'ai pris la succession en posait, donc plusieurs fois j'ai assisté, j'ai fait sous son regard, il a vérifié que je faisais bien, donc après j'ai fait une formation pour confirmer ce qu'il fallait faire, s'il y avait des choses nouvelles que je ne faisais pas, pour essayer de... et puis Mirena® ça avait changé la façon de faire entre temps, maintenant c'est plus simple qu'avant.*

Le Dr I. décrit que dans certaines régions les actes d'orthogénie et de contraception sont délaissés par les spécialistes et donc effectués par les médecins généralistes : *Comme j'ai vu que je ne savais toujours pas poser de stérilet et que ça m'embêtait bien de m'installer sans l'avoir fait, je suis allée voir les copains français que j'avais rencontré en Algérie, qui eux avaient monté un centre d'orthogénie, parce qu'ils étaient dans le Nord de la France et que dans le Nord les gynécos étaient contre l'avortement et contre la contraception, il faut le dire à peu près, ils étaient tellement retardataires ces gynécos. C'était les généralistes qui s'emparaient de tout ce qui était contraception IVG. Et donc un de ces copains-là, [...] m'a dit : « Ben*

viens ! », [...] donc je suis partie, j'ai pris le train tôt le matin, je suis rentrée tard le soir et donc j'ai fait les IVG avec lui, en fin d'IVG il posait un DIU et comme ça il n'y a pas de souci, elle repart avec sa contraception, [...] et donc c'est comme ça que j'ai posé mon premier stérilet, et puis après j'ai vu les consultations de contraception et j'ai passé la journée avec lui, donc là j'étais toute contente, je pouvais poser des DIU, j'avais compris.

Témoignage d'un médecin généraliste sur la pose et le retrait d'implants contraceptifs

Le Dr J. a appris à poser un implant avec l'aide d'une de ses internes et de l'une de ses patientes : Les implants par exemple, je me suis formée aussi là-dessus, et puis comme je n'en 'ai pas fait dans la foulée, je n'en ai pas posé donc du coup, je ne me suis pas lancée encore dans l'histoire, j'en ai retiré par contre, par nécessité en fait, il fallait absolument le retirer et je n'ai trouvé personne pour le retirer, j'étais avec mon interne qui m'a dit, oh mais je l'ai déjà vu faire, si tu veux je t'assiste. [...] J'ai eu une patiente [...], qui m'a dit : « Je veux que ce soit vous qui posiez mon implant » et je lui ai dit : « Écoutez, je suis désolée mais je ne l'ai jamais fait, alors on peut s'arranger avec un collègue qui l'a déjà fait et que je vienne assister pour savoir le faire », et puis ça n'était jamais possible, donc elle m'a dit, ce n'est pas grave, je serai votre première patiente à qui vous poserez un implant. D'abord ça s'est passé comme ça et maintenant c'est moi qui apprends aux autres, et ça a été la même pour qui je l'ai retiré pour la première fois, parce qu'elle ne l'a pas supporté finalement.

Ressentis de médecins généralistes sur le coût de la contraception

Le Dr G. note l'incohérence du coût des pilules de la troisième génération : Alors ce que j'ai remarqué c'est la prescription des pilules troisième génération qui coûtaient cher à tout le monde, y compris à des jeunes femmes qui n'avaient pas les moyens de s'offrir cette pilule. Moi je ne comprenais pas pourquoi on donnait la troisième génération à des jeunes filles.

Le Dr L. avance l'argument financier des patientes qui choisissent la pose d'un stérilet par un médecin généraliste : Moi j'en vois qui arrivent avec leur stérilet : « Ben voilà, j'ai déjà eu à payer la consultation avec le gynéco mais je sais

que ça coûte plus cher pour poser le stérilet », voilà, moi c'est 38,40 euros, c'est le tarif sécu [...] les gynécos ils ne font que ça, sauf qu'eux ils prennent 150 euros donc...

Le Dr M. retient aussi l'argument économique pour les patientes : Des profils comme ma consœur gynécologue secteur 1, ça ne se fait quasiment plus. Il faut absolument que les généralistes permettent l'accès, en secteur 1, à toutes les femmes, c'est évident. Il y a trop de femmes qui échappent au dépistage, au suivi régulier, des femmes qui ne peuvent pas payer ce prix-là, et c'est nous qui les voyons de façon plus globale pour leur proposer, est-ce que vous avez eu un frottis récent, est-ce que vous avez fait votre mammographie, sinon elles échappent, enfin ça j'en suis persuadée, je pense que vraiment on a un rôle de santé globale à jouer et à orienter, dans une consultation gynéco dédiée, à certaines femmes qui n'iront pas la chercher si on ne leur propose pas.

Les médecins généralistes et la pratique d'interruptions volontaires de grossesse

Recherche documentaire

La loi de 1920 n'empêche pas les avortements illégaux

Au début des années 60 la contraception reste interdite. La loi de 1920 est toujours en vigueur. La contraception et l'avortement sont interdits. La survenue d'une grossesse non désirée contraint les femmes soit à poursuivre cette grossesse imposée ou alors à avorter clandestinement.

Les avortements ont alors lieu dans des conditions d'hygiène et de sécurité fluctuantes selon les moyens financiers de la femme souhaitant avorter. Les femmes les plus aisées ont les moyens de faire appel à des médecins qui contreviennent à la loi moyennant souvent une forte somme. Sinon elles peuvent se rendre dans des pays où l'avortement est autorisé. Les plus démunies n'ont d'autre solution que de se tourner vers des personnes sans qualification, opérant dans des lieux non adaptés. Elles risquent plus souvent des complications telles que des infections génitales, des hémorragies voire le décès (3).

La loi Neuwirth peine à être appliquée

Bien que votée en 1967, la loi Neuwirth autorisant la fabrication et la vente en pharmacie de contraceptifs peine à être appliquée. Les décrets d'applications ne paraissent qu'à partir de 1969 et ce jusqu'en 1974 (4). De plus, l'interdiction de publicité est un frein majeur à la diffusion de la contraception. Bien que toujours illégaux, les avortements continuent d'être pratiqués en France.

Les mouvements étudiants et ouvriers de mai 1968 entraînent de profonds bouleversements culturels et sociétaux, les débats sont encouragés, l'autoritarisme est remis en question et les libertés individuelles sont mises en avant (28).

Plusieurs manifestes sont publiés en faveur de l'avortement :

Le manifeste des 343 femmes déclarant avoir avorté

Tout d'abord, le manifeste des 343 femmes ayant avorté. Le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) est un mouvement féministe qui milite, entre autres, pour le droit des femmes à disposer de leur corps. Il revendique l'avortement libre et gratuit. Deux journalistes du *Nouvel Observateur* proposent une idée au MLF : publier dans leur journal un manifeste de femmes anonymes et célèbres ayant avorté. La présence de signataires célèbres est nécessaire pour une couverture médiatique et une protection légale. Des personnalités ne seront pas poursuivies en justice (28). Le 5 avril 1971 paraît dans le *Nouvel Observateur* le manifeste des 343 femmes déclarant avoir avorté. Un texte de Simone de Beauvoir dénonce les avortements clandestins auxquels sont contraints les femmes. Il est suivi de signatures de femmes déclarant avoir avorté.

En signifiant l'existence d'un problème, ce manifeste pousse le gouvernement à prendre position. Il devrait poursuivre en justice les 343 signataires qui ont contrevenu à la loi. S'il n'entame aucune action en justice, il reconnaît de fait que la loi de 1920 est caduque (3). Aucune des femmes du manifeste des 343 ne sera poursuivie en justice (3,4).

L'appel des 252 médecins pour l'avortement libre

En mai 1971, ce sont 252 médecins qui signent un manifeste en faveur de l'avortement. Mais ils ne reconnaissent pas avoir pratiqué de manœuvres abortives. Il s'agit de la première prise de position publique de médecins (29). C'est une rupture avec les positions du Conseil de l'Ordre qui s'est à chaque fois montré hostile à l'avortement.

Pour les signataires, la répression de l'avortement expose les femmes les plus pauvres à se faire avorter dans des conditions dangereuses. La médicalisation et la légalisation de l'avortement sont les seules solutions pour éviter aux médecins d'être complices d'une « discrimination fondée sur l'argent » et d'être coupables de « non-assistance à personnes en danger » (29).

En 1972, ce qui était un simple fait-divers va se transformer en grand plaidoyer politique pour la légalisation de l'avortement : le procès de Bobigny. Ce procès est tellement emblématique qu'il a été décidé de le développer dans ce travail.

Le procès de Bobigny

En août 1971, Marie-Claire Chevalier, 16 ans, est enceinte suite à un viol par un camarade de classe. La jeune fille ne souhaite pas poursuivre sa grossesse. Sa mère, elle-même mère célibataire de trois enfants, l'aide dans sa démarche. La jeune fille et sa mère n'ont pas les moyens de faire effectuer un avortement par un médecin qui demande alors des honoraires à hauteur de trois fois le salaire mensuel de la mère de Marie-Claire. Elles font appel à deux collègues de travail de la mère de Marie-Claire ainsi qu'à une avorteuse. Par la suite, Marie-Claire nécessitera une hospitalisation pour un curetage, il lui en coutera au total 3000 Frs (le double d'un salaire d'ouvrière).

Marie-Claire est dénoncée par l'auteur du viol qui souhaite l'indulgence des policiers lors d'un interrogatoire pour un vol dans une voiture. L'auteur du viol, lui, ne sera jamais poursuivi (30-33).

Le 11 octobre 1972, Marie-Claire comparait devant le Tribunal pour Enfant de Bobigny pour avoir subi un avortement illégal selon l'article 317 du code pénal. La procédure impose l'anonymat et le huis clos. Le jugement est rendu en audience publique. La jeune fille est relaxée par le Tribunal pour Enfants de Bobigny considérée comme ayant souffert de « *contraintes d'ordre moral, social, familial auxquelles elle n'avait pu résister* ».

La mère de Marie-Claire, ses deux collègues ainsi que la femme qui a pratiqué l'avortement sont inculpées à leur tour en novembre 1972 (30).

L'association « Choisir » est une association créée en 1971 par la philosophe Simone de Beauvoir et l'avocate Gisèle Halimi. Son but est d'assurer gratuitement la défense des personnes inculpées pour avoir contrevenu à la loi de 1920 en avortant. Elle vise aussi l'abrogation de la loi de 1920 et l'élaboration d'une loi en faveur de l'interruption volontaire de grossesse.

Gisèle Halimi, assure la défense des femmes ayant aidé Marie-Claire (30). Elle fait témoigner de nombreuses personnalités. Celles-ci dénoncent l'hypocrisie de la répression de l'avortement et les inégalités qu'elle entraîne entre les femmes ayant les moyens d'avorter à l'étranger et celles devant recourir à un avortement clandestin.

Tout d'abord, le Professeur Paul Milliez, il est gynécologue et Doyen de la faculté de médecine Broussais Hôtel-Dieu. Il précise qu'il est catholique pratiquant et que cette déposition lui coûte beaucoup. Il déclare durant le procès, que lorsqu'il était interne, il a effectué un avortement pour raisons sociales. Depuis il a aidé de nombreuses femmes à interrompre leurs grossesses en les orientant à l'étranger. Il déplore le manque d'éducation sexuelle des couples et souhaite que l'État fasse son devoir en matière d'éducation et de contraception. Il regrette que la Loi Neuwirth soit toujours difficilement appliquée et souhaite « que les femmes puissent avoir recours à la contraception et que dans certains cas elles puissent se faire avorter ». Il se déclare foncièrement hostile à l'avortement qui ne doit être envisagé « qu'au moment où il n'y a pas d'autre solution ». Selon lui « le législateur devrait réfléchir aux conditions dans lesquelles on devrait autoriser l'avortement non seulement médicales mais sociales ».

Il sera blâmé par le Conseil de l'Ordre des médecins pour ce témoignage pour avoir contrevenu au « principe essentiel du respect de la vie » (34,35).

En 1982, il écrit avec le Professeur Alexandre Minkowski, « *Une certaine idée de la médecine* » où tous deux donnent leurs opinions sur la société et l'exercice de la médecine. Dans ce livre il donne un exemple où il juge avoir eu tort de ne pas avoir pratiqué un avortement. : Une femme ayant trois enfants le voit pour une quatrième grossesse qu'elle considère « non souhaitable ». Il juge qu'avec trois enfants et sa situation sociale, elle n' a aucune raison pour ne pas garder cette quatrième grossesse et refuse de l'aider à avorter. Cette femme, mariée à un homme blanc, mettra au monde un enfant noir et reconnaîtra avoir eu des relations sexuelles avec un autre homme que son mari. Le mari divorcera et la femme se suicidera peu de temps après. Paul Milliez précise qu'il a mal écouté cette femme, que si elle lui avait dit qu'elle avait un doute sur la paternité de l'enfant, il l'aurait aidée à avorter (36).

Le professeur Raoul Palmer, chirurgien gynécologue, témoigne aussi. Il rappelle qu'en France il se fait entre 360 000 et 1 000 000 avortements clandestins par an, peu sont réalisés par un personnel compétent (3 à 5 % par des médecins, 10 % par des infirmières ou des sages-femmes). Ceci explique le fort taux de complications, majoritairement infectieuses et hémorragiques, avec des stérilités secondaires fréquentes et 3600 décès par an (soit 1% de mortalité). Si peu de médecins effectuent des avortements c'est parce que les peines encourues sont plus lourdes. L'amende est plus importante pour un médecin que pour une autre personne. Il risque aussi une interdiction d'exercer minimale de cinq ans. Cette interdiction peut aussi être décidée par le Conseil de l'Ordre si le tribunal ne l'a pas déjà fait.

Il cite des exemples de pays où l'avortement est légal, avec des taux de mortalité entre sept et dix pour 100 000 et dix fois moins de stérilité secondaire. Il plaide pour une éducation sexuelle de la population. Il déplore que la contraception ne soit pas enseignée dans les facultés de médecine, sans cela, les avortements clandestins perdureront avec leurs conséquences.(30)

Le professeur Palmer recevra une lettre de désapprobation du président du Conseil de l'Ordre des médecins pour son témoignage (37).

Simone Iff, vice-présidente du « Planning familial » y explique les missions de l'association : informer et éduquer les couples sur la contraception pour éviter les avortements. Mais elle regrette que l'association soit une association privée, non reconnue d'utilité publique, sans moyens financiers, ce qui limite son action.

Elle rappelle les inégalités sociales face à la contraception et à l'avortement. En France, les personnes qui ont accès à la contraception sont celles qui ont de bons moyens culturels et financiers. Ce sont ces mêmes personnes qui peuvent avorter dans de meilleures conditions. Les femmes les plus pauvres n'ont pas d'accès à la contraception. Lorsqu'elles recourent à l'avortement, elles le font dans de mauvaises conditions avec plus de risque de complications. Elle déclare avoir elle-même avorté et avoir pratiqué des avortements (30).

Le témoignage de madame Manicom, sage-femme fondatrice du Planning Familial en Guadeloupe, est édifiant. En Guadeloupe, il existe des campagnes d'information sur la contraception avec des affiches et des spots radiodiffusés. Le Planning Familial y fonctionne très bien. Il y a même du personnel qui va voir les familles paysannes et ouvrières. Les stérilets et pilules contraceptives sont délivrés gratuitement.

Ceci laisse sous-entendre une politique raciste des pouvoirs publics, la contraception des femmes noires est favorisée, leur natalité limitée, alors que celle des femmes blanches est pénalisée (30,38,39).

Le Professeur Jacques Monod, biologiste, prix Nobel de physiologie ou de médecine, directeur de l'Institut Pasteur, a envoyé 3 000 Frs à la mère de Marie-Claire pour lui permettre de régler les frais d'hospitalisation liés à son avortement (31). Quand le président du tribunal lui demande s'il donnera la même somme à toutes les femmes qui viendraient le voir en souhaitant avorter, il répond qu'il est connu dans un certain milieu que des avortements sont faits dans les hôpitaux publics par d'excellents médecins qui le font sans rétribution par leur conscience de médecin et de citoyen.

Il précise que le système nerveux central du fœtus humain n'est opérationnel qu'à partir du cinquième mois. Le fœtus de quelques semaines ne peut donc pas avoir de conscience. Il ajoute qu'il existe des textes réglementaires allant dans ce sens. Il est faux de considérer le fœtus de quelques semaines comme un être humain.

Il déclarera « choisir ou non de donner la vie n'appartient qu'à la mère ou la future mère, ce n'est ni au médecin, ni à quelque institution de décider à sa place » (30).

Pour l'Église catholique « une vie humaine, n'appartient pas aux autres, pas même aux parents qui l'ont conçue, ni d'ailleurs à l'État (...) elle appartient à Dieu ».

Mais parmi les religieux, des opinions sont différentes. Michel Riquet, prêtre jésuite et théologien écrira dans *Le Figaro* qu'une information sur « les moyens d'éviter une grossesse non désirée » permettrait aux femmes riches ou pauvres de ne pas avoir recours à l'avortement. Une législation plus souple et plus humaine pourrait éviter les situations d'injustice des plus pauvres et des plus désarmés.

Un autre membre du clergé, le Père Jean Marie Pohier fait lui aussi la distinction et fœtus être humain pour lui « toute expulsion volontaire d'un fœtus n'est pas forcément l'élimination d'un être humain » (40).

Dans son réquisitoire, le procureur général rappellera l'article 39 de la loi du 29 juillet 1881 qui interdit la publication des débats des procès d'avortement. Cet article ne sera pas respecté, l'affaire sera fortement médiatisée mais aucun journal ne sera poursuivi (33,41).

Dans sa plaidoirie, Gisèle Halimi rappellera l'inégalité socio-économique de la loi de 1920 : les femmes inculpées viennent de milieux modestes. Elle cite en exemple les femmes signataires du manifeste des 343 (dont elle-même) qui n'ont pas été inculpées alors que la loi réprime ce genre de propos.

Elle reprend les chiffres du Professeur Palmer estimant à 800 000 le nombre d'avortements réalisés, avec en moyenne 500 condamnations, montrant l'inefficacité de la loi.

Elle met en avant le défaut d'éducation sexuelle à l'école. Mais aussi la non application de la loi Neuwirth, qui n'a alors ni décret d'application ni financement. Elle dénonce l'inégalité d'accès à la contraception et à l'avortement dans les DOM-TOM où il existe une véritable discrimination raciste. En reprenant les cas d'échecs de contraception, elle démontre que le droit à l'avortement s'inscrit dans la suite logique de la contraception.

Elle dénonce l'idéologie selon laquelle l'homme existe par son travail, sa création. La femme reste opprimée, elle ne se définit que par l'homme qu'elle a épousé et par ses enfants. Elle rappelle le devenir des mères célibataires, devant arrêter leurs études et souvent contraintes d'abandonner leur enfant.

Enfin, elle ne souhaite pas que les magistrats se contentent d'appliquer la loi ou de trouver des « circonstances atténuantes » mais prennent une décision face à la question de l'avortement. Elle leur demande de prendre leurs responsabilités en faisant jurisprudence afin de modifier une loi si loin de la réalité sociale (30).

La mère de Marie-Claire est condamnée à 500 francs d'amende avec sursis, les deux collègues sont relaxées et la personne ayant pratiqué l'avortement est condamnée à un an de prison avec sursis.

Le verdict est relativement clément mais la peine est plus lourde pour la personne ayant exécuté l'avortement. Il en résulte que les femmes ne pourront consulter que des personnes de moins en moins qualifiées (30).

Le verdict du procès de Bobigny ne sera pas sans conséquence. En 1972, 288 condamnations pour avortement sont prononcées, elles ne sont que quelques dizaines en 1973. De plus, Michel Rocard et Louis Vallon, tous deux ayant témoigné lors du procès déposeront un projet de loi à L'assemblée Nationale pour modifier la Loi de 1920 (42).

Le Groupe Information Santé (GIS) et le manifeste des 331 signataires déclarant pratiquer des avortements

Certains médecins s'organisent pour un changement des relations médecin-patient et pour promouvoir un avortement libre. C'est le cas du Groupe Information Santé (GIS) qui est un groupe de médecins et d'étudiants en médecine proches de l'extrême gauche. Ils souhaitent « restituer aux usagers de la médecine le pouvoir sur leur corps et sur leur santé » (29). Pour le GIS, le rôle du médecin est de mettre son savoir et sa technique au service des femmes, afin que la décision d'avorter leur appartienne (29).

Le groupe publiera lui aussi un manifeste, le 5 février 1973 dans lequel 331 signataires déclarent pratiquer des avortements. Il s'agit du premier manifeste de médecins déclarant de telles pratiques. Les professions des signataires sont précisées, 17% sont médecins généralistes (3). Comme pour le manifeste des 343 femmes, la publication de ce manifeste expose les signataires à des poursuites judiciaires.

L'Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement (ANEA) déclare aussi pratiquer des avortements

Trois jours après, l'Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement (ANEA) déclare à son tour pratiquer des avortements. Mais ses signataires sont plus timorés, ils déclarent cesser les avortements clandestins pour éviter d'être pris en flagrant délit. Cette association, composée de médecins et de non-médecins, souhaite une décriminalisation plutôt qu'une libéralisation de l'avortement (29). Pour eux, l'avortement clandestin comporte des risques pour la fertilité et la santé des femmes. L'ANEA souhaite l'existence d'une commission pour statuer sur la légitimité d'une demande d'avortement (29). Pour l'ANEA le pouvoir médical sur le corps des femmes reste entier.

Le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et la Contraception (MLAC)

Le 10 avril 1973, des militants du GIS, des féministes, des membres du Planning Familial et de différents syndicats et mouvements de gauche et d'extrême gauche forment le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et la Contraception (MLAC).

Cette organisation défend les médecins pratiquant des avortements et accueille les femmes souhaitant interrompre leur grossesse. Le MLAC associe lutte des classes et féminisme. Il « se déclare solidaire de la lutte des travailleuses et travailleurs pour leur émancipation contre l'exploitation, l'oppression dont ils sont victimes dans la société actuelle » (29). Le MLAC pratique des avortements dans le cadre d'un militantisme global.

L'association organise des voyages vers l'Angleterre ou la Hollande où l'avortement est autorisé (3). Elle pratique aussi des avortements selon la méthode Karman³, méthode déjà utilisée par les médecins du GIS (29).

Dans sa charte, la décision d'avorter revient à la femme elle-même. L'avortement reste un acte médical, mais cette idée sera contredite par les actes de certains militants.

Les avortements sont toujours pratiqués par une équipe, la personne qui réalise l'acte et une ou plusieurs personnes qui réalisent « l'anesthésie verbale » en accompagnant la femme durant le processus. Les avortements sont pratiqués chez des militants ou chez des femmes ayant avorté. Ils ont lieu dans des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes en évoquant le moins possible une salle d'opération. Les médecins qui pratiquent les actes ne se présentent pas comme médecins et ne portent pas de blouse (43). La simplicité et la sûreté de la technique font que certains militants non-médecins souhaitent pratiquer les avortements afin de dédramatiser l'acte (39). La femme participe à l'avortement, elle reçoit des explications tout au long de l'acte, si elle le souhaite, et avec un miroir elle peut voir son col de l'utérus, elle peut s'introduire elle-même la canule (43).

³ Harvey Karman, psychologue américain, militant dès les années 50 pour la liberté d'avortement. Il a été le promoteur d'une méthode découverte en Chine pour réaliser de façon sûre des avortements dans les premières semaines de grossesse. La méthode Karman consiste en une aspiration du contenu de l'utérus à l'aide d'une canule et d'une seringue, sans anesthésie chimique.(76) C'est une méthode sûre et non traumatique, alternative au curetage qui est douloureux si réalisé sans anesthésie.

Par la suite, elle continue sa participation, elle doit s'engager dans la lutte, son cas n'étant pas isolé. Elle peut contribuer à la lutte en devenant intermédiaire ou alors en contribuant au fond d'aide pour les femmes devant partir à l'étranger (43).

Le Planning Familial, le Mouvement des femmes, l'ANEA, Choisir, le GIS et plus tard le MLAC sont des mouvements qui par leurs actions, leurs manifestes ou à travers le procès de Bobigny ont montré la nécessité de revoir et de modifier la loi de 1920. Chacun a une vision différente de l'avortement et de ses conditions de réalisation mais ont tous œuvrés pour sa libéralisation.

Les projets de loi pour la légalisation de l'avortement

Après 1973 et différents projets de loi qui se sont enlisés, le décès de George Pompidou le 2 avril 1974 bouleverse le calendrier politique. Valéry Giscard d'Estaing est élu président, il nomme Simone Veil, secrétaire générale du Conseil Supérieur de la Magistrature, ministre de la Santé (3).

La loi Veil

Simone Veil soumet un projet de loi permettant aux femmes en situation de détresse d'interrompre leur grossesse dans un délai de 10 semaines.

Pour ne pas effrayer la majorité de l'époque elle défend habilement son projet en combattant les amendements les plus libéraux. Un entretien social de la femme est obligatoire tout comme un délai de réflexion de sept jours avant d'obtenir une interruption volontaire de grossesse. Il existe une clause de conscience pour les médecins ne souhaitant pas réaliser cet acte. Les mineures sont soumises à une autorisation parentale et l'acte n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale. Une aide médicale gratuite est quand même prévue pour les femmes sans ressources, pour que l'inégalité sociale ne perdure pas dans la légalité.

Pour finir de rassurer les parlementaires les plus timorés, la loi est mise à l'essai pour cinq ans, ce sera la première fois qu'une loi le sera (3).

Après des débats houleux allant jusqu'à l'indécence des discours de certains parlementaires, la loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse est promulguée le 5 janvier 1975.

Les débuts de l'application de la loi sont difficiles entre le manque de moyens et la grande réticence du corps médical utilisant la clause de conscience. Les

femmes doivent souvent insister pour avorter (3). Progressivement, de 1975 à 1979 les hôpitaux publics se dotent de centres d'orthogénie.

En 1979 les médecins du GIS créent l'Association Nationale des centres d'interruption volontaire de grossesse pour veiller aux conditions d'application de la loi.

La loi Veil est par la suite libéralisée :

En 1982 l'IVG est prise en charge par la sécurité sociale (44).

En 1989 l'IVG par voie médicamenteuse est autorisée (44).

L'IVG est aussi protégée, le délit d'entrave à l'IVG est promulgué avec la loi Neietz de 1993 « Nul ne peut obliger une femme à poursuivre une grossesse », cette notion est étendue à l'accès à l'information sur l'IVG en 2014 (45).

La loi Aubry-Guigou de 2001 porte le délai légal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse, l'autorisation parentale n'est plus nécessaire pour les mineures (44).

À partir de 2004, les femmes peuvent avoir recours à une IVG en ambulatoire, l'acte est effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste ayant une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé (44).

À partir de 2009, ce sont les centres de santé et les centres de planification ou d'éducation familiale qui peuvent réaliser des IVG (44).

En mars 2013, l'IVG est prise en charge en totalité par l'Assurance Maladie (44).

En 2014, la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG est supprimée (46).

Le délai de réflexion de sept jours est abandonné en janvier 2016 (47).

Tous les actes relatifs à une IVG sont pris en charge à 100% à partir du 1^{er} avril 2016.

Enfin, depuis juin 2016 les sages-femmes peuvent réaliser des IVG (44).

Témoignages de médecins généralistes réalisant des IVG

Témoignages de médecins généralistes ayant réalisé des avortements au sein du MLAC

Le Dr G. explique qu'elle était en première en 1968 et que les événements ont entraîné chez elle, une prise de conscience : *C'est-à-dire que je ne fais que des choses sur lesquelles je suis convaincue. Je n'étais pas dans un milieu*

militant, j'étais en première en 68, pour moi ça a été une révélation, pas pour aller dans les manifs ou autre mais la révélation pour moi c'était d'échanger, d'être plus dans des collectifs de discussion, on a travaillé sur la réforme de l'enseignement supérieur, voilà, ça m'a ouvert un peu l'esprit et peut-être à une pratique militante.

Durant ses études de médecine elle a pratiqué des interruptions volontaires de grossesse au sein du MLAC avec l'aide de médecins généralistes : J'étais repérée comme étant une militante alors que je ne l'étais pas et des gens m'ont dit : « Est-ce que tu veux venir ? On se réunit pour que le droit à l'avortement existe, est-ce que tu veux venir ? » Et je me suis retrouvée à une réunion comme ça, voilà. Donc j'ai été amenée à pratiquer des avortements à l'intérieur du mouvement qui s'appelait le mouvement pour la liberté de l'avortement et la contraception. Je crois que c'est ça si je ne me trompe pas. Donc on a fait des avortements pendant à peu près un an, puisque j'étais en cinquième année de médecine. Alors il y avait des réunions, c'était sur demande des patientes et il y avait des entretiens préalables avec effectivement le respect du terme, c'était possible, la méthode Karman était possible, et il y avait des généralistes installés qui nous aidaient à faire l'examen, à faire la surveillance après et cætera.

Elle est consciente de sa jeunesse à cette période, mais de la nécessité de ces actes face à l'absence de réaction des institutions : C'était une expérience forte pour la plupart des gens, moi j'étais jeune, donc c'était une expérience très très forte [...] moi ce qui m'a fait faire des avortements c'est le fait que des femmes mourraient du fait qu'elles le faisaient toutes seules, et qu'il y avait une méthode qui était simple et qu'il fallait essayer d'imposer puisque personne ne semblait vouloir en entendre parler, et quand j'ai commencé à travailler, la publicité sur la contraception était compliquée également donc c'était bon quoi, pour moi c'était évident qu'il fallait faire bouger ça [...] il y avait vraiment un ... parce que en fait on se sentait porté par une nécessité de le faire pour imposer cette méthode, parce qu'il y avait un refus total de la part des instances comme la fac et tout, de la part des profs de médecine [...] Je n'avais aucune culpabilité d'avoir pratiqué des interruptions de grossesses mais je pense que c'était lourd quand même d'être obligée de faire ça pour que des politiques ... parce que des gens qui étaient quand même plus âgés que nous n'étaient pas capables de dénoncer ça, y compris des médecins en exercice, voyez. Moi je trouvais que ... étant en cinquième année j'étais dans une situation un peu compliquée quoi, parce qu'on risquait la prison si on avait eu un

accident ou autre on aurait été ... voilà ... directement condamnés, c'était évident que c'était quand même assez risqué. Mais je ne crois pas que j'y pensais, ce n'était pas ça, c'était une espèce d'impression que je n'étais pas assez mûre pour pratiquer ça. Vous voyez, il faut une certaine maturation personnelle et être suffisamment au fait des réalités [...] nous on a été aidés par des médecins en exercice, [...] c'était quand même un scandale, les femmes quand même mourraient, je me demandais ce que je faisais là quoi. Moi je me sentais toute petite par rapport à ces gens qui auraient peut-être pu s'unir pour faire changer ça. Mais je pense que ce sont vraiment les groupes de femmes qui ont poussé, qui étaient derrière et qui poussaient. [...] c'était absolument nécessaire je crois, la loi c'est que ... ce n'était pas tolérable ce qui se passait, ce qu'on faisait n'était pas tolérable, on ne pouvait pas laisser ça trop longtemps. On a une fois été assisté d'un journaliste, il a fait un papier là-dessus, donc tout le monde savait que ça se passait, ça se passait chez les personnes, dans la cuisine. Est-ce que c'est tolérable dans un État qui se dit défendre les droits des personnes et tout ça. »

Elle explique son choix par une volonté de respecter le choix des femmes, de les aider dans leur choix, leur choix d'avorter : *Moi, j'ai toujours eu le souci de faire attention aussi aux choix des femmes, c'est-à-dire ce souci d'accompagnement éventuel sur est-ce qu'il y a réellement un désir d'avortement ou autre, est-ce que c'est possible d'évaluer ça avec la personne [...] en tout cas, moi j'avais le souci que les jeunes puissent être accompagnées dans leur démarche, éventuellement par leurs parents et on accompagnait les jeunes filles chez leurs parents pour discuter de ça quoi, pour savoir si elles devaient ou non aller en Angleterre, si elles pourraient être accompagnées par leur parents.*

Elle revendique aussi le choix de poursuivre une grossesse non prévue : *Pour moi c'était important de militer aussi pour le droit des jeunes à assumer leur désir de grossesse [...] Voyez cette espèce de fanatisation possible, je ne sais pas, quelqu'un ... tout d'un coup parce qu'on milite pour la contraception on oublie le fait que les femmes, la contraception c'est je décide, voilà, je ne pensais pas avoir un enfant mais finalement il est là, je vais assumer.*

Elle porte un regard critique sur son action : *Pas forcément facile pour moi parce que ce n'était pas ... Ce n'est pas dans ma philosophie [...] Alors moi je pense que j'ai supporté ça plutôt parce que c'était associé au féminisme, la liberté des*

femmes. Je ne suis pas sûre que je l'aurais bien vécu s'il n'y avait eu rien d'autre que ça.

Elle regrette le manque de dialogue au sein du MLAC : *Ce n'est pas facile de s'exprimer là-dessus je trouve. On ne s'est pas beaucoup exprimé, je me suis rendu compte par exemple qu'on ne se parlait pas vraiment avec les autres personnes qui avaient pratiqué ça.*

Elle arrêtera de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse suite à un désaccord sur la réalisation des avortements :

Question : *Qu'est-ce qui vous a fait quitter le MLAC ?*

Dr G. : *Un désaccord, une espèce de ... je n'ai pas quitté le MLAC, j'ai dit : « J'arrête de faire des interruptions de grossesses ». C'est-à-dire que dans toutes les actions militantes il y a des moments où on est en difficulté pour ne pas ... Comment je veux dire ? Ne pas tomber dans une espèce de théorisation. Il y avait une différence entre les militants qui voulaient faire bouger les choses et les gens qui pratiquaient les interruptions de grossesses. Moi j'ai dit ... « C'est bon quoi », j'estimais que j'avais fait ce que je devais faire et je n'étais pas d'accord avec le fait qu'à mon avis c'était un peu rapide, on ne respectait pas les délais, je continue de penser qu'il faut des délais de réflexion avant l'interruption de grossesse, mais bon, tout le monde n'est pas forcément d'accord, mais pour moi c'était évident qu'il fallait que j'arrête.*

Question : *De la théorisation, c'est-à-dire ?*

Dr G. : *La théorisation militante, c'est-à-dire les gens qui utilisent un acte qui est pour moi un acte extrêmement fort pour faire bouger les lignes. Moi ça me fait peur ça, je trouve que c'est vraiment strictement un acte très très important très ... et donc on ne pouvait pas trop le pousser au-delà des limites que moi je m'étais imposées. C'est-à-dire que je tenais vraiment à ce que les jeunes préviennent leurs parents, je tenais à tout ça et ... on a eu des résultats étonnants je veux dire, des parents qui soi-disant étaient extrêmement psychorigides qui ont aidé leur fille, parce qu'ils ont vu qui on était et comment on décidait d'encadrer et qu'on n'aurait pas fait d'interruption de grossesse comme ça, qu'il fallait que ce soit fait en milieu protégé, mais déjà ne pas donner l'adresse et laisser les personnes dans la nature, enfin moi j'étais déjà sensibilisée à tout ça et je n'étais pas la seule puisque j'étais avec une amie psychiatre qui était sur la même ligne que moi, qui était très très sensible à tout l'aspect d'éviter les problèmes psychologiques secondaires. [...] Non mais si vous*

voulez, moi quand j'ai dit : « Je vais arrêter », on m'a dit que je faisais du chantage [...] mais j'avais le droit en tant que personne humaine de dire c'est bon, je suis au bout de ce que je peux faire [...] dans les milieux militants c'est un peu ... on pousse, on pousse, on pousse [...] le désaccord par exemple, si je veux être plus ... précise sur le désaccord, un truc qui m'agaçait prodigieusement c'est ... on se réunit, une personne a arrêté sa pilule, on dit ... on lui fait pratiquement la morale parce qu'elle a arrêté sa pilule et moi je me retourne vers la fille qui est à côté de moi, je lui dis : « Parce que toi ça ne t'arrive pas ? » C'était qui, on était quoi pour s'arroger du pouvoir ? C'est un peu là-dessus que je craignais l'idée de prise de pouvoir, je suis pour la liberté des personnes y compris celle de faire des choses que l'on peut ne pas comprendre. Moi je pense que ça m'a aidée dans mon exercice de médecin mais ... Je n'aimais pas que l'on se mette au-dessus des femmes, vous voyez.

Le Dr L. lui aussi a pratiqué des avortements avant la légalisation de l'IVG, et s'est impliqué dans les recommandations de bonnes pratiques des avortements :

C'était l'époque où l'avortement n'était pas encore accepté, donc moi j'ai milité, avec ma femme, sur le droit à l'avortement, je me souviens qu'on allait coller des affiches la nuit, parce qu'il y avait un autre mouvement qui s'appelait « Laissez-les Vivre » qui collait des affiches contre l'avortement. [...] je dois avoir encore une affiche où on voit un bébé rigolard qui dit, naître quand on veut, où on veut, quelque chose comme ça, donc c'était superbe [...] Surtout, j'ai eu l'occasion d'apprendre la technique d'aspiration, la technique de Karman avec un psychiatre [...], et donc j'ai appris à faire des interruptions de grossesses avec ce psychiatre. C'est un peu comme ça que j'ai fait de la gynéco aussi, pour la première fois, enfin pas complètement de la gynéco, avant ça m'arrivait de poser un spéculum mais bon ... là j'ai été obligé d'aller un peu plus loin et dans le syndicat, comme on militait pour que le droit à l'avortement soit reconnu, il y avait un petit groupe de travail qui s'était mis en place pour faire en sorte que ça se fasse dans les meilleures conditions possibles, donc on avait écrit un certain nombre d'articles sur la bonne pratique de l'avortement avec la méthode d'aspiration de Karman.[...]c'est un peu comme ça que j'ai appris à poser des stérilets, parce que comme je savais faire une aspiration je me suis dit, pourquoi je n'irai pas poser des stérilets, donc c'est un peu comme ça que j'ai appris à poser des stérilets. [...] on avait un certain nombre de critères qui montraient qu'on avait réussi à faire l'interruption de grossesse, un certain nombre

de critères pour éviter de faire une perforation utérine, des critères de surveillance, antibiotiques, pas d'antibiotiques, j'ai un article d'ailleurs qu'on avait écrit là-dessus, au début, sur comment pratiquer cette méthode. [...]

J'ai fait partie d'un MLAC local, [...] et les premières interruptions de grossesses je les ai faites dans le cabinet de médecin que j'ai remplacé, parce que je n'étais pas encore installé, [...] on avait fait tout un travail avec le MLAC sur l'accompagnement des femmes qui étaient en détresse et qui voulaient interrompre leurs grossesses. Donc j'ai fait plusieurs interruptions de grossesses où les femmes venaient accompagnées avec quatre cinq personnes du MLAC qui étaient présentes pendant l'interruption de grossesse. Donc on a travaillé beaucoup aussi autour de ça, sur un accompagnement médicalisé de bonne qualité, psychologique, le suivi ensuite et la prévention avec la contraception ultérieure quoi. Le MLAC, à l'origine, c'est ... ça s'est créé sur Paris et puis après, les MLAC locaux régionaux. Au départ, c'est parti d'un groupe qui s'appelait le GIS, qui était le Groupe d'Information Santé dont est issu le MLAC ensuite.

Témoignage d'un médecin ayant participé à l'introduction de l'IVG médicamenteuse en France

Le Dr F., gynécologue obstétricienne, a été responsable d'un centre d'IVG d'un hôpital de la banlieue parisienne. Elle a fait partie des médecins ayant expérimentés l'IVG médicamenteuse en France. Elle a par la suite formé des médecins : J'ai aussi formé des gens à l'IVG médicamenteuse, parce qu'il se trouve que dans les années 80 j'ai fait partie des gens qui ont expérimenté l'IVG médicamenteuse, et donc du coup, je me suis fait une espèce de nom comme ça là-dessus, sur l'IVG médicamenteuse qui est une technique que je connaissais très bien. [...] C'est-à-dire que j'ai fait les expérimentations avec R. , ça devait être en 81, et donc je l'ai donné à la première femme sur Paris en tout cas [...] J'ai tout de suite compris que c'était un truc qui était intéressant, au cours d'un congrès, je me souviens c'est J. qui en a parlé, le lendemain j'ai pris le téléphone et j'ai téléphoné au labo en disant : « Je veux faire l'étude » [...] ça a été une expérience extraordinaire parce que ça faisait depuis toujours, les femmes elles attendaient une pilule pour avorter. Elles me le demandaient même : « Vous n'avez pas quelque chose, je suis sûre qu'il existe quelque chose » et en fait non, il n'existait rien pour avorter et là j'ai tout de suite ... alors ça vraiment j'ai tout de suite ... c'est un truc ça a été une

évidence pour moi, mais vraiment, le lendemain du congrès à neuf heures du matin, je me vois encore, j'ai téléphoné au labo en disant : « Ça m'intéresse, je veux le faire », [...] Je vois la tête de la dame qui pour la première fois prenait ... à l'époque ce n'était pas l'association des deux, c'était juste la Mifépristone, on ne donnait pas les deux médicaments. Un an ou deux après on s'est aperçu que ce n'était pas assez efficace et on a rajouté la Prostaglandine. [...]

On a développé beaucoup d'IVG médicamenteuses, on a formé toute la région sur l'IVG médicamenteuse de sorte à la sortie de l'hôpital, on a mis sur pieds l'IVG médicamenteuse dans les centres de santé avant que la loi de 2009 ne soit votée, puisque en 2001 et 2004 ils avaient oublié les centres de santé et les services de planning, donc cela a été voté en 2009 mais nous, on l'a mise dès 2004 sur la région, non, ça marchait bien ce centre

Témoignage d'un médecin ayant milité pour l'assouplissement de la loi Veil

Le Dr F. a aussi milité au sein de l'ANCIC ⁴ pour la l'assouplissement de la loi Veil : On avait un vrai rôle auprès des ministères, du Ministre de la Santé que nous avons rencontré plusieurs fois pour faire avancer les lois, en 2000 il n'y avait pas tout ce qu'il y a maintenant. Maintenant on a beaucoup, beaucoup gagné. [...] Ce gouvernement, sur lequel il y aura certainement beaucoup à dire, en tout cas sur le plan de l'IVG, il faut quand même le dire, ça a beaucoup avancé. On a obtenu presque tout, sauf un truc sur la clause de conscience que madame Touraine n'a pas voulu. Donc notre boulot c'était d'être conseillers auprès du Ministère de la Santé, plus ou moins en fonction des gouvernements qui ont été en place, et finalement la gauche nous favorisant plus que la droite, mais on a rencontré le Ministre, la Ministre, les techniciens, les Ministères etc, pour essayer de demander des modifications de la loi, ce qu'on a obtenu en partie et même en grande partie.

⁴ L'ANCIC est l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception, elle rassemble des professionnels de santé exerçant en centre d'IVG, en centre de planification et d'éducation familiale et dans les établissements d'information de conseil conjugal et familial. L'association milite pour la défense des droits de la femme, la maîtrise de la procréation et l'éducation sexuelle. Cette association a été créée en 1979, après la reconduction définitive de la loi Veil pour veiller aux conditions d'application de la loi et pour l'améliorer.

Témoignages de médecins généralistes pratiquant des IVG par voie médicamenteuse en ambulatoire

Le Dr I. qui a exercé dans une zone ayant peu de spécialistes en gynécologie a fait partie des premiers médecins généralistes ayant pratiqué des IVG médicamenteuses en ville : *On savait que ça allait sortir, l'IVG médicamenteuse, il y avait beaucoup de péripéties mais on savait que ça allait sortir en ville. Donc ma collègue A.D., qui fait aussi beaucoup de gynéco, qui est généraliste, qui est en centre de santé à E. avait préparé, avait écrit la formation pour former les généralistes pour faire les IVG en ville, et je crois que ça avait été déposé ou c'était en instance de dépôt par FMC Action, dès que le décret passait.*

Donc dès que le décret est passé on s'est inscrit à une formation et donc on a été les premiers, je crois qu'on a été les premiers généralistes sur E. à être formés à l'IVG en ville, ça n'existait pas encore, le réseau d'IVG en ville n'existait pas encore et il a été monté par deux copines que j'ai rencontrées pendant mon fameux stage à L. en obstétrique, une de celles qui est devenue gynéco-obstétricienne, qui a monté ce réseau avec une autre copine du syndicat de la médecine générale. [...] On a démarré je ne sais plus en quelle année [...] Enfin nous, on a fait partie des premiers, on a dû attendre, il y avait un changement de directeur à l'hôpital, donc il fallait que la convention soit signée.

Le Dr H. a décidé de faire des IVG médicamenteuses une grande partie de son activité : *La loi a changé en 2004, on peut faire de l'IVG en ville et je me suis dit bon, puisqu'on fait l'IVG ... ça m'agaçait de me dire : « Tiens je peux faire des bandelettes urinaires, je peux faire le test de grossesse » [...] et c'est quatre ans plus tard que j'ai découvert par hasard un réseau REVHO⁵ qui forme les médecins à l'IVG et donc, je suis arrivé dans l'IVG, et c'est devenu une part importante de mon activité parce que là ... J'ai commencé à faire de l'IVG en 2008 [...] là actuellement, j'ai vu 700 femmes l'année dernière [...] j'ai une activité plus importante que certains hôpitaux à moi tout seul.*

Il réalise aussi les échographies de datation :

Alors ça ... je vais vous expliquer pourquoi je fais des échos de datation : Je veux être l'intervenant unique.

⁵ REVHO Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie, réseau qui participe à coordination et à la diffusion de l'IVG médicamenteuses en ambulatoire.

Il a aussi amélioré son suivi des patientes en utilisant la technologie actuelle : Et c'est une interne qui m'a dit : « Pourquoi on n'envverrait pas un SMS aux femmes pour leur rappeler leurs résultats de béta HCG ? ». Donc on a créé ça. [...] ça me donne un confort fou.

Ressenti d'un médecin sur la réalisation de plusieurs IVG chez une même femme

Certains ont pu émettre des craintes quant au risque de banalisation de l'IVG avec des « IVG à répétition » par laxisme ou refus de contraception. Le Dr K. précise que de son expérience, les cas d'IVG multiples sont rares et sont liés à des problèmes personnels : *En 25 ans de planification familiale, j'ai eu très peu de femmes qui recouraient à des IVG répétées d'année en année. Quand elles le faisaient, cela durait quatre cinq ans, et puis au bout de cinq ans cela s'arrêtait, puisque leur situation changeait. C'était des femmes qui avaient toutes des problèmes socioéconomiques graves, dans une situation conjugale qui était problématique, ce n'était jamais quelque chose qu'elles faisaient délibérément d'abord, elles se retrouvaient sans contraception puis enceintes et elles avaient recours à une IVG, elles n'avaient jamais prévu que bon, si elles étaient enceintes elles auraient une IVG [...] Donc l'idéal c'était, en dehors de ces cas où on ne pouvait pas faire de prévention parce que leur vie était compliquée à ces femmes, en dehors de ces cas-là, on cherchait surtout à faire en sorte que les femmes à qui ça n'était jamais arrivé ... enfin ... à qui c'était arrivé une fois, n'aient jamais besoin, à nouveau, de recourir à ça.*

DISCUSSION

À partir des années 70, le nombre d'accouchements réalisés à domicile se réduit considérablement passant de 403 619 à 22 308 accouchements par an. L'amélioration des techniques a transposé les accouchements dans un milieu médicalisé, garant d'une meilleure sécurité avec une diminution de la mortalité maternelle et infantile. Ce sont désormais les sages-femmes qui réalisent les accouchements, les gynécologues obstétriciens intervenant en cas de complication. Actuellement, une infime minorité de femmes souhaitent la réalisation de leur accouchement à domicile. Les maisons de naissances semblent être une alternative à un souhait de démedicalisation de la naissance. C'est un phénomène remarquable de passer d'une demande de plus de sécurisation à moins de technicisation. L'équilibre est difficile.

Les témoignages des médecins ayant réalisé des accouchements sont rares. Il faut remarquer que tels les médecins de Sablé, la pratique d'accouchement par le médecin généraliste s'inscrit dans l'accompagnement des patientes. Il ne s'agit pas de « faire des accouchements un jour par semaine » mais d'assister sa patiente qui accouche.

S'il n'effectue plus d'accouchement, le médecin généraliste continue de suivre des grossesses, cette activité est en pleine croissance. Ce suivi est ponctué d'une prise en charge parallèle des « petits maux de la grossesse » avec tout un suivi psychologique et social de la femme enceinte. Il s'inscrit ainsi dans l'exercice d'une médecine globale caractéristique de la médecine générale.

Le suivi des grossesses est codifié, suivant les recommandations de la HAS, le travail en réseau avec les maternités est encouragé. Certains médecins généralistes ont participé à la mise en place de ces protocoles et à l'organisation des réseaux de santé.

Depuis que la contraception a été généralisée le médecin généraliste est souvent sollicité pour un « renouvellement de pilule ». Son rôle a pu être interpellé par les gynécologues, qui se veulent être les « médecins généralistes des femmes ». Les domaines d'activité sont parfois mal définis entre les différents spécialistes. Les prescriptions de contraceptifs appartiennent au domaine de compétence des médecins généralistes. Ils travaillent en collaboration avec les gynécologues

médicaux dans les cas complexes par exemple en cas de contraception difficile ou de polyopathie.

Deux médecins généralistes interrogés ont posé des DIU chez des femmes nullipares avant les tardives recommandations de 2004. D'autres l'ont fait plus tard, nonobstant les réticences de certains confrères. Certains médecins généralistes se sont même formés auprès de confrères pour poser des implants ou des DIU, là encore pour accompagner leurs patientes.

Ces actes sont réalisés aux tarifs conventionnés donc accessibles à toutes les femmes. Le coût de la contraception est un sujet de débats. Les pilules de troisième et quatrième génération, qui entraînent un plus grand risque de thrombose, ne sont pas remboursées, contrairement à celles de deuxième génération, dont l'usage a été préconisé suite aux complications observées.

Certains médecins ont accompagné les femmes dans leur choix d'avorter. De tout temps, des avortements ont été effectués. C'est pour aider les femmes que les médecins en ont pratiqué. Ils en ont réalisé non seulement pour éviter les complications des avortements clandestins, pour lutter contre les inégalités sociales en ce domaine, mais aussi pour soutenir les femmes dans une décision qui leur revient sans en discuter la légitimité. Les jeunes médecins généralistes des années 70 ont largement contribué à ce mouvement sociétal. Leur participation aux avortements clandestins a été importante, 17% des signataires du manifeste des médecins déclarant pratiquer des avortements sont des médecins généralistes. De tels actes n'étaient pas sans risque. En plus des poursuites judiciaires et d'une possible interdiction d'exercer, ils s'opposaient au Conseil de l'Ordre. Celui-ci était contre toute libéralisation avant que la loi Veil ne soit votée. Les témoignages des médecins comprennent ces motivations basées sur l'accompagnement des femmes en détresse. Ils montrent aussi des actes réfléchis, évalués avec la mise en place de critères de qualité et de sécurité, inscrivant leurs actions dans une démarche scientifique. On est bien loin des avortements réalisés dans des arrière-cours par des personnes sans qualification avec des motivations principalement pécuniaires.

On retrouve chez les jeunes médecins généralistes ayant aidé les femmes à avorter dans les années 70 le même engagement que celui des médecins de Sablé voulant accoucher leurs patientes pour les accompagner. Il y a un fort militantisme chez ces médecins dont les actes sont tournés en premier lieu vers l'intérêt de la patiente. Après la légalisation de l'IVG, l'engagement des médecins généralistes n'a

pas faibli. Les témoignages rapportent encore l'engagement de ces médecins qui souhaitent pratiquer des IVG médicamenteuses en ambulatoire.

Les médecins généralistes ont adapté leur pratique de la médecine aux besoins de leurs patientes. Ils ont développé certaines compétences lorsqu'elles ont été nécessaires. Cela est probablement favorisé par la place du médecin généraliste dans le système de santé et à la relation de confiance qui existe entre lui et son patient.

Les champs d'activité entre les différents professionnels doivent être définis. Le travail en réseau formel ou informel doit permettre de surmonter ces difficultés, notamment avec la présence de plus en plus marquée des sages-femmes en soins ambulatoires, qui revendiquent un rôle plus important dans la santé des femmes.

Points forts du travail :

Ce travail est un travail innovant sur l'histoire de la médecine générale alliant une recherche bibliographique et des témoignages.

La recherche bibliographique a bénéficié d'une multiplication des sources. Divers lieux ont été visités comme une bibliothèque et une librairie spécialisées sur le féminisme, la bibliothèque de l'INSEE, des bibliothèques universitaires. Les entretiens ont été donnés à relire aux participants et ont fait l'objet de deux relectures.

La confrontation de ces deux approches permet de comprendre l'évolution des pratiques de la médecine générale et l'adaptation sociétale du contenu de la discipline.

Limites du travail :

Il s'agit d'un premier travail qui sera complété dans les domaines qui n'ont pas été explorés. Ce travail s'intéresse à la vie reproductive des femmes sans avoir traité de l'infertilité. Les domaines tels que les dépistages du cancer du col de l'utérus et du sein ou même les troubles de la ménopause n'ont pas été abordés.

Les données relatives aux naissances de l'INSEE ont posé des difficultés d'interprétation. Les données allant de 1951 à 1997 ne précisent pas la spécialité du médecin ayant réalisé l'accouchement à domicile. Par la suite les accouchements à domicile sont si peu fréquents que la personne ayant pratiqué l'accouchement n'est pas clairement identifiée. Entre 1998 et 2005, la personne ayant pratiqué

l'accouchement à domicile est inscrite sous la même variable qu'il s'agisse d'un médecin ou d'une sage-femme. À partir de 2006 toute aide reçue par la parturiente est confondue sous la même dénomination qu'il s'agisse d'un médecin, d'une sage-femme, du SAMU ou des pompiers.

CONCLUSION

Ces cinquante dernières années ont été marquées par le développement des techniques médicales et par la libéralisation du droit à la contraception et à l'avortement. Les médecins généralistes ont accompagné les femmes et ont su garder leur place auprès d'elles à travers ces bouleversements. Dans ce travail nous avons pu confronter les données historiques aux témoignages de médecins sur leur pratique.

La sécurisation du suivi de la grossesse et des accouchements a entraîné une généralisation des accouchements en maternité. Les médecins généralistes ne pratiquent plus d'accouchements et il ne leur viendrait pas à l'idée de le revendiquer. Le suivi des grossesses se fait désormais en collaboration avec les maternités et les sages-femmes dans le cadre de réseaux, ce qui permet de définir les rôles de chacun.

Le médecin généraliste est un médecin de premier recours. Il est donc logique qu'il soit souvent consulté pour une contraception. Le gynécologue médical est une ressource pour le médecin généraliste dans les situations complexes. La demande des gynécologues d'être des médecins de premier recours a pu entraîner une confusion des rôles avec un problème d'accès aux soins. Là encore le travail en réseau permettrait d'organiser les tâches et rôles de chacun.

Les médecins généralistes ont très largement soutenu les mouvements féministes de libéralisation de l'avortement. C'est très naturellement qu'ils pratiquent les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en collaboration avec les services hospitaliers.

Le suivi des femmes au cours de leur vie reste une partie importante de l'activité du médecin généraliste même si ce suivi a été profondément bouleversé, comme l'a été la vie des femmes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Broclain D. La médecine générale en crise? Aiach P, Fassin D, éditeurs. Les métiers la santé. Paris: Anthropos-Economica; 1994;
2. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP; 2010. 423 p.
3. Naour J-Y Le, Valenti C. Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle. Seuil; 2003. 387 p.
4. Gauthier X. Naissance d'une liberté Avortement, contraception: Le grand combat des femmes au XXe siècle. Laffont R, éditeur. 2002. 437 p.
5. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Démographie - Naissances vivantes-France métropolitaine [Internet]. Naissances et fécondité. 2017 [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries?idbank=000067677&idbank=001641590&bouton=OK&codeGroupe=1504>
6. Damgé M. Des sages-femmes et des parents jugent l'accouchement à domicile menacé. Le Monde. (29 octobre 2013).
7. Durand A-A. Les maisons de naissance, un accouchement hors de l'hôpital. Le Monde. 2016;(01 avril 2016).
8. Haute Autorité de Santé. Cahier des charges de l'expérimentation Maisons de naissances. 2014.
9. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Maisons de naissance: neuf structures ouvriront bientôt leurs portes [Internet]. 2015 [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/maisons-de-naissance-neuf-structures-ouvriront-bientot-leurs-portes/>
10. Herzlich C, Bungener M, Paicheler G. Cinquante ans d'exercice de la médecine en France Carrière et pratiques des médecins français 1930-1980. Les éditions INSERM; 1993. 248 p.
11. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Historique des reformes hospitalières en France [Internet]. [cité 20 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>
12. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. La gynécologie médicale en France [Internet]. 2012 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: http://www.fncgm.com/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=36
13. Association Nationale des Internes en Gynécologie Médicale. Filière de gynécologie médicale La démographe médicale [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: http://www.aigm.asso.fr/AIGM/Filiere_de_GM_-_Demographie.html
14. Lehr-Drylewicz A-M. Prendre en charge la santé des femmes en médecine générale. exercer. 2014;25(111).
15. Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité. 1994.
16. Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle de [Internet]. Journal Officiel de la République Française. 2017 [cité 16 août 2017]. p. 272. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034502881
17. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011.
18. Bréart G, Puech F, Rozé J. Mission périnatalité Vingt propositions pour une politique périnatale. 2003.
19. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005.
20. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Plan périnatalité 2005-2007. Humanité,proximité, sécurité, qualité. 2004.
21. Réseau de Santé Périnatal Parisien. Espace professionnel du Réseau de Santé Périnatal Parisien [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.rspp.fr/index.php/accueil-professionnel>
22. Hassoun D. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France Danièle Hassoun [Internet]. [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>

23. Chosson M. La contraception au fil du temps [Internet]. 2013 [cité 1 juil 2017]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
24. Régnier-Loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? [Internet]. Population et Sociétés - Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. [cité 15 août 2017]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/publi_pdf1_439.fr.pdf
25. Institut National d'Etudes Démographiques. Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans [Internet]. [cité 18 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
26. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveaux contexte, nouvelles pratiques? Popul Sociétés - Bull Mens d'information l'Institut Natl d'études démographiques. 2012;492:1-4.
27. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale [Internet]. 2009 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
28. France Culture. 1971, le manifeste des 343 salopes [Internet]. L'histoire en direct. France Culture; 1999 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/histoire/avant-la-loi-veil-le-coup-declat-des-343-salopes>
29. Garcia S. Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement. Actes Rech Sci Soc. 2005;158(3):96-115.
30. Association Choisir. Avortement: une loi en procès l'affaire de Bobigny. Idées/ Gallimard; 1973. 255 p.
31. Denuziere M. Débat sur l'avortement devant le tribunal de Bobigny: Le procès d'une loi surannée. Le Monde. 1972;1.
32. Milliez P, Riquet M, Berger F, Courteaud P. L'avortement en question. Le Figaro. 1972;5.
33. Sitbon G. Avortement: La France hors la loi. Le Nouv Obs. 1972;4.
34. Franck M. Avortement : L'Ordre des médecins contre-attaque. Fr Soir. 1972;2.
35. Allain-Regnault M. Selon l'ordre des médecins Les propos du professeur Milliez sont en infraction avec la loi de 1920 et le code de déontologie. Le Monde 23 novembre 1972.
36. Milliez P, Minkowski A. Une certaine idée de la médecine. Ramsay. 1982. 248 p.
37. Le Monde. Pour son témoignage Le docteur Palmer reçoit une lettre de désapprobation du président du conseil de l'ordre des médecins. Le Monde 23 novembre 1972. 1972;
38. Valenti C. Bobigny Le procès de l'avortement. Larousse, éditeur. 2010. 223 p.
39. Zancarini-fournel M. Histoire(s) du MLAC(1973-1975). Clio Hist Soc. 2003;18(2003).
40. Pohier J-M. Toute expulsion volontaire d'un fœtus n'est pas forcément l'élimination d'une être humain. Le Monde. (23 novembre 1972).
41. Giroud F. Le droit à la vie. L'Express. 1972;3.
42. Berger F. Tribunal de Bobigny : Deux prix Nobel et de nombreuses personnalités mettent en accusation la loi sur l'avortement. Le Figaro. 1972;1.
43. Pavard B. Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979). Clio Hist femmes sociétés. 29(2009):19.
44. Directon de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes & Résultats. (1013):6.
45. Mouvement Français pour le planning familial [Internet]. [cité 15 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.planning-familial.org/articles/presentation-du-planning-familial-0027?prehome=off>
46. Ministère des Solidarités et de la Santé. IVG: un droit garanti par la loi [Internet]. 2013 [cité 23 août 2017]. p. 10. Disponible sur: <http://ivg.social-sante.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
47. Planning Familial. Droit à l'avortement: la Loi Santé met fin au délai de réflexion obligatoire [Internet]. 2016 [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.planning-familial.org/actualites/droit-lavortement-la-loi-sante-met-fin-au-delai-de-reflexion-obligatoire-0026032?prehome=off>
48. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Statistique du Mouvement de la Population Années 1950 et 1951. Presses Un. Imprimerie Nationale Paris; 1956. 83;181.
49. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population Statistiques annuelles 1960-1961-1962. Imprimerie Nationale de Paris; 1969. 96 p.
50. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population Année 1970. p. 94.
51. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population statistiques annuelles 1963-1964. 1971. 62;162.

52. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population années 1974. 92 p.
53. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population Statistiques annuelles 1965-1966. 1974. 129 p.
54. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population Année 1980. 93 p.
55. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population Année 1981.
56. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les collections de l'INSEE La Situation démographique en 1982 Mouvement de la population. 109 p.
57. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les collections de l'INSEE La Situation démographique en 1983 Mouvement de la population. 1986. 109 p.
58. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les collections de l'INSEE La Situation démographique en 1984 Mouvement de la population. 1986. 110 p.
59. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les collections de l'INSEE La Situation démographique en 1985 Mouvement de la population. 1987. 109 p.
60. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les collections de l'INSEE La Situation démographique en 1986 Mouvement de la population. 1988. 109 p.
61. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les collections de l'INSEE La Situation démographique en 1987 Mouvement de la population. 1989. 86 p.
62. Le Bras H. L'évolution de la fécondité en France de 1945 à 2010 [Internet]. Collège de France. 2011 [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/cdf/1544>
63. Leridon H. La baisse de la fécondité depuis 1965: moins d'enfants désirés et moins de grossesses non désirées [Internet]. Population. 1985 [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1985_num_40_3_17884
64. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Mouvement de la Population années 1975.
65. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Enfant sans vie ou mort-né [Internet]. 2016 [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1394>
66. Service des études juridiques du Sénat. Etude de législation comparée n°184 -avril 2008- Les enfants nés sans vie [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/lc/lc184/lc1840.html>
67. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2006. 2006.
68. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2007. 2007.
69. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Natalité-Fécondité [Internet]. Tableaux de l'Economie Française. 2016 [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906667?sommaire=1906743&q=naissances+2006>
70. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2008. 2008.
71. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2009. 2009.
72. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2010. 2010.
73. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2011. 2011.
74. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2012. 2012.
75. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Conditions d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère Année 2013. 2013.
76. Woo E. Obituaries Harvey Karman 1924-2008 Creator of device for safer abortions. Los Angeles Times. 2008;

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation du projet : comprendre les évolutions du suivi des femmes par le médecin généraliste au cours des cinquante dernières années.

Parcours/identité professionnel(le) :

Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?

Installation directement après les études

Premières années d'installation ?

Reprise du cabinet d'un confrère qui est parti ?

Quel était votre type d'exercice ? (De l'exercice solitaire, de groupe, en milieu urbain, rural etc.) ?

Qu'est-ce qui a motivé ce choix

Avez-vous changé de lieu/mode d'exercice ?

Parcours institutionnel :

Qu'est-ce qui vous a amené à : exercer dans une maternité, faire partie du MLAC, exercer à la campagne, réaliser des accouchements, suivre des grossesses, réaliser des IVG médicamenteuses en ville, réaliser des échographies, vous installer au sein d'une maison de santé pluri disciplinaire ?

Dans votre exercice actuel, avez-vous beaucoup de motifs de consultation en lien avec la santé des femmes tels que la contraception, l'avortement ou le suivi de grossesse ?

Effectuez-vous des actes techniques comme la pose d'implants et de DIU, des IVG et des échographies ?

Avez-vous remarqué une évolution sur le suivi des femmes depuis le début de votre exercice ?

Avez-vous déjà réalisé des accouchements ?

Les origines personnelles :

Qu'est-ce qui vous a amené à choisir médecine puis médecine générale ?

Pouvez-vous me décrire comment se sont déroulées vos études médicales ?

Où avez-vous fait vos études ?

Avez-vous passé des diplômes universitaires ?

Avez-vous fait d'autres études que des études médicales ?

Annexe 2: Données INSEE sur les naissances en France

Données de l'INSEE :

Statistique du mouvement de la population en France métropolitaine :(5,48–61)

Les données concernent les naissances ayant eu lieu en France métropolitaine.

Sur les bulletins de naissance d'enfants déclarés vivants de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) :

Les variables suivantes ont été étudiées :

« ASSIST » (assistance reçue par la mère)

1 : médecin seulement

2 : sage-femme seulement

3 : médecin et sage-femme

4 : sans assistance

9 : non déclarée

« LIEU-ACC » (lieu de l'accouchement)

1 : logement particulier

2 : établissement hospitalier

3 : lieu accidentel (voie publique...)

4 : non déclaré

Il est à noter que dans les registres la spécialité du médecin n'est pas recueillie

Ces données montrent l'accroissement des naissances en milieu hospitalier : « certainement inférieure à 10% en 1920, elles atteignent 47,3% en 1951, puis plus de 90% en 1964 ».

De 1951 à 1955 le nombre d'accouchement à domicile chute de 49,1 à 34,3%

En 1951, Sur 826 722 naissances d'enfants vivants :

403 619 accouchements ont eu lieu dans un logement particulier

Dont 202 088 ont été réalisés dans un logement particulier par un médecin,

15 623 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

85 490 ont été réalisés par un médecin dans un hôpital ou une maternité.

Reste 8 226 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 3 724 avec un médecin et une sage-femme mais des lieux autres ou non déclarés.(48)

De 1953 à 1955 il n'y a pas de données sur la présence d'un médecin lors des accouchements à domicile.

En 1960, sur 819 819 naissances d'enfants vivants :

159 603 accouchements dans un logement particulier

dont 94 318 ont été réalisés à domicile par un médecin,

4 474 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 1 291 accouchements réalisés en la présence d'un médecin, et 447 un médecin et une sage-femme mais des lieux autres ou non déclarés.(49)

En 1962, plus de 85% des naissances ont lieu dans un établissement hospitalier, parmi les naissances à domicile, 57,6 % des accouchements à domicile étaient réalisés en présence d'un médecin.

En 1964, sur 877 804 naissances d'enfants vivants :

84 276 ont eu lieu dans un logement particulier

dont 46 192 accouchements ont été réalisés à domicile par un médecin,

2 272 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 828 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 170 avec un médecin et une sage-femme mais des lieux autres ou non déclarés (51)

En 1965, sur 865 688 naissances d'enfants vivants :

68568 ont eu lieu dans un logement particulier

dont 36 823 accouchements ont été réalisés par un médecin,

1 777 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 748 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 201 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (53)

Entre 1965 et 1975, la natalité baisse fortement , on parle alors à d'une fin du baby- boom (62)
Cette situation est favorisée par une diffusion rapide des moyens de contraception durant les années 1970.

De plus, dès 1965, on voit aussi un retard dans l'apparition de la première naissance d'un couple. (63)
De plus, dès 1965, les couples retardent le moment de la naissance de leur premier enfant

Cette baisse n'est pas particulière à la France, elle a débuté en 1959 aux États-Unis, en 1960 au Canada, et en 1964-65 dans les pays d'Europe occidentale.

En 1970, sur 850 381 naissances d'enfants vivants :
22 308 accouchements ont lieu dans un logement particulier
dont 10 699 sont réalisés par un médecin et 730 par un médecin et une sage-femme (50)

En 1974, sur 801 218 naissances d'enfants vivants :
7 791 accouchements ont lieu dans un logement particulier
3 983 ont été réalisés dans un logement particulier par un médecin,
312 ont été réalisés dans un logement particulier par un médecin et une sage-femme (52)

En 1975, sur 745 065 naissances d'enfants vivants :
5 748 ont eu lieu dans un logement particulier
dont 2 969 ont été réalisés à domicile par un médecin,
276 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme
Reste 457 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 568 avec un médecin et une sage-femme mais des lieux autres ou non déclarés (64)

À partir de 1975, la natalité augmente, probablement favorisée par les mesures sociales (augmentation du nombre de crèches et d'écoles maternelles, création de l'allocation parent isolé en 1976) mais aussi avec l'arrivée de populations étrangères.

On observe aussi un retard dans l'apparition de la première naissance d'un couple, probablement favorisé par l'allongement des études, un accès plus facile à une contraception.

Depuis la fin du baby- boom, la natalité est globalement stable en France, oscillant autour de 800 000 naissances par an depuis les années 80. Le point le plus bas est en 1994 avec 741 000 naissances et le pic date de 2010 avec 833 000 nouveaux nés.

En 1980, sur 800 376 naissances d'enfants vivants :
3 257 ont eu lieu dans un logement particulier
dont 1 863 ont été réalisés par un médecin,
221 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme
Reste 686 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 1487 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (54)

En 1981, sur 805 483 naissances d'enfants vivants :
3085 ont eu lieu dans un logement particulier
dont 1729 ont été réalisés par un médecin,
292 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme
Reste 732 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 1564 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (55)

En 1982, sur 797 223 naissances d'enfants vivants :
3 036 ont eu lieu dans un logement particulier
dont 1 696 ont été réalisés par un médecin,
319 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme
Reste 759 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 2 218 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés(56)

En 1983, sur 748 525 naissances d'enfants vivants :
2 826 ont eu lieu dans un logement particulier
dont 1 561 ont été réalisés par un médecin,
314 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 821 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 2 989 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (57)

En 1984, sur 759 939 naissances d'enfants vivants :

2 567 ont eu lieu dans un logement particulier

dont 1 497 ont été réalisés par un médecin,

297 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 790 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 3 134 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (58)

En 1985, sur 768 431 naissances d'enfants vivants

2 589 ont eu lieu dans un logement particulier

dont 1 349 ont été réalisés par un médecin,

315 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 1 263 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 2 226 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (59)

En 1986, sur 778 468 naissances d'enfants vivants

2 574 ont eu lieu dans un logement particulier

dont 1 361 ont été réalisés par un médecin,

312 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 1 015 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 2 000 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (60)

En 1987, sur 767 928 naissances d'enfants vivants

2 487 ont eu lieu dans un logement particulier

dont 1 300 ont été réalisés par un médecin,

319 ont été réalisés par un médecin et une sage-femme

Reste 966 accouchements réalisés en la présence d'un médecin et 1 901 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés (61)

En 1988, sur 771 268 naissances d'enfants vivants :

1 447 accouchements ont été réalisés à domicile par un médecin

4 235 ont été réalisés à domicile par un médecin et une sage-femme

871 accouchements ont été réalisés en la présence d'un médecin et 2 793 avec un médecin et une sage-femme mais sur des lieux autres ou non déclarés

En 1989, sur 765 473 naissances d'enfants vivants :

1 441 ont été réalisées à domicile par un médecin

3 533 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1990, sur 762 407 naissances d'enfants vivants :

2 199 ont été réalisées à domicile par un médecin

4 427 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1991, sur 759 056 naissances d'enfants vivants :

1 365 ont été réalisées à domicile par un médecin

3 457 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1992, sur 743 658 naissances d'enfants vivants :

1 426 ont été réalisées à domicile par un médecin

4 056 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1993, sur 711 610 naissances d'enfants vivants :

1 152 ont été réalisées à domicile par un médecin

2 571 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1994, sur 710 993 naissances d'enfants vivants :

936 ont été réalisées à domicile par un médecin

2 924 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1995, sur 729 609 naissances d'enfants vivants :
882 ont été réalisées à domicile par un médecin
3658 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1996, sur 734 338 naissances d'enfants vivants :
774 ont été réalisées à domicile par un médecin
2149 ont été réalisés à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1997, sur 726 768 naissances d'enfants vivants :
538 ont été réalisées à domicile par un médecin
1349 ont été réalisées à domicile par un médecin et une sage-femme

En 1998, sur 738 080 naissances d'enfants vivants :
16 061 ont été réalisées à domicile par un médecin ou une sage-femme
Il est à noter que pour 438 980 naissances l'information sur le lieu de naissance n'a pas été renseignée.

En 1999, sur 744 791 naissances d'enfants vivants :
16 003 ont été réalisées à domicile par un médecin ou une sage-femme
Il est à noter que pour 123 044 naissances l'information sur le lieu de naissance n'a pas été renseignée.

Explications sur les variabilités des chiffres :

Distinction entre les termes « enfant né vivant » et « enfant né sans vie » (65,66) :
Jusqu'en février 1993, si l'enfant était vivant au moment de la déclaration, l'officier d'état civil enregistrait un acte de naissance.

Dans le cas contraire il enregistrait un acte « d'enfant sans vie », que l'enfant ait vécu ou non.

Depuis mars 1993, si un certificat atteste que l'enfant est né « vivant et viable », il est établi un acte de naissance et un certificat de décès. La viabilité a été précisée : il s'agit d'enfants pesant au moins 500grammes ou nés après 22 semaines d'aménorrhées.

En l'absence de ce certificat il est établi un acte d'enfant sans vie.

Une circulaire de 2001 définit la notion d'enfant sans vie. Il en résulte qu'à partir de 2002 les fichiers naissances portent un nombre d'enfants sans vie nettement supérieur à celui des années antérieures, passant de 4000 en 2001 à près de 6700 en 2002.

En 2008, la notion d'enfant sans vie est de nouveau redéfinie, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement.

Les critères de durée de gestation de 22SA ou de poids 500 grammes ne sont plus pris en compte, ce qui a entraîné, de nouveau, une augmentation du nombre d'enfants nés sans vie.

Distinction des données concernant la France et la France métropolitaine :

À partir de 1998, les fichiers contiennent soit les données de la France métropolitaine, soit les données de la France métropolitaine et des quatre départements d'Outre-Mer, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

En mars 2011, Mayotte est devenue le cinquième DOM, ses naissances ne sont plus prises en compte pour la France métropolitaine.

Modification des variables étudiées :

À partir de 1998, les variables « ASSIST » (assistance reçue par la mère)
et « lieu-acc » (lieu de l'accouchement) disparaissent pour être remplacées par la variable « ACCOUCH » dont les modalités sont :

0 : Non déclarée

1 : Dans un établissement spécialisé

2 : À domicile ou d'autres lieux avec une assistance (médecin ou sage-femme)

3 : Sans assistance

En 2000 sur 774 782 naissances d'enfants vivants :

13 133 ont eu lieu à domicile ou dans un autre lieu qu'un établissement spécialisé avec une assistance (médecin ou sage-femme)

En 2001 sur 770 945 naissances d'enfants vivants :

8 244 ont eu lieu à domicile ou dans un autre lieu qu'un établissement spécialisé avec une assistance (médecin ou sage-femme)

En 2002 sur 761 630 naissances d'enfants vivants :

7402 ont eu lieu à domicile ou dans un autre lieu qu'un établissement spécialisé avec une assistance (médecin ou sage-femme)

En 2003 sur 761 464 naissances d'enfants vivants :

6 485 ont eu lieu à domicile ou dans un autre lieu qu'un établissement spécialisé avec une assistance (médecin ou sage-femme)

En 2004 sur 767 816 naissances d'enfants vivants :

8 569 ont eu lieu à domicile ou dans un autre lieu qu'un établissement spécialisé avec une assistance (médecin ou sage-femme)

En 2005 sur 774 355 naissances d'enfants vivants :

8 698 ont eu lieu à domicile ou dans un autre lieu qu'un établissement spécialisé avec une assistance (médecin ou sage-femme)

À partir de 2006, toutes les formes d'aides ayant été reçues par la femme sont confondues sous la même dénomination « assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers)

En 2006, sur 796 896 naissances d'enfants vivants :

6 622 ont eu lieu à domicile
avec dans 6 221 cas une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers) (67)

En 2007, sur 785 985 naissances d'enfants vivants :

7 444 ont eu lieu à domicile
avec dans 6 998 cas avec une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers) (68)

Suite à la crise économique débutée en 2008, la fécondité recule dans la plupart des pays européens sauf en France où la fécondité est stable et élevée depuis 2006(69)

En 2008, sur 796 044 naissances d'enfants vivants :

9 032 ont eu lieu à domicile avec dans 8 531 cas une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers) (70)

En 2009, sur 793 420 naissances d'enfants vivants :

8 762 ont eu lieu à domicile
avec dans 8 299 cas une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers) (71)

En 2010, sur 802 224 naissances d'enfants vivants :

10 290 ont eu lieu à domicile
avec dans 9790 cas une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers)(72)

En 2011, sur 792 996 naissances d'enfants vivants :

10 432 ont eu lieu à domicile
avec dans 9 935 cas une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers)(73)

En 2012 sur 790 290 naissances d'enfants vivants

11 575 ont eu lieu à domicile
avec dans 11 038 cas une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers)(74)

En 2013, sur 781 621 naissances d'enfants vivants

7 085 ont eu lieu à domicile
avec dans 6 572 cas une assistance médicale (médecin sage-femme, SAMU, pompiers)(75)

Annexe 3: Principaux repères législatifs :

Article 317 du Code Pénal de 1810(3,22) :

« Quiconque par aliments, breuvage, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de réclusion. [...] Les médecins chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqués ou administrés ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps. »

Cet article 317 punit d'une réclusion criminelle de six mois à deux ans avec une amende, des femmes s'étant livrées à des manœuvres abortives, ainsi que les médecins et professionnelles de santé qui les ont aidées. Il n'existe pas de distinction entre les manœuvres dites thérapeutiques, lorsque la santé de la mère est en danger du fait de la grossesse, et celles considérées comme criminelles. Il est difficile de connaître le nombre de manœuvres abortives qui ont été réalisées compte tenu de la déficience des sources judiciaires.

Cependant, le XIX^e siècle est le siècle de la « généralisation de l'avortement » et de son extension massive à toutes les couches sociales. Cela est dû au passage à une société industrielle, au relâchement de la tutelle religieuse sur les mœurs et les individus. L'aristocratie, puis la bourgeoisie, ont limité leur descendance afin de ne pas trop disperser leur fortune. Les populations moins aisées adoptent le même comportement avec l'idée d'une possible ascension sociale. Les méthodes et les techniques ont évolué : les vieilles potions traditionnelles, totalement inefficaces, les poisons menaçant la vie de la femme et du fœtus vont être progressivement remplacés par des moyens mécaniques, notamment des sondes intra-utérines, plus fiables et moins délétères. Les femmes les plus fortunées font appel à des sages-femmes ou à des médecins alors que pour les plus pauvres ce sont des matrones sans diplôme utilisant des méthodes moins fiables et plus dangereuses.

Lors des procès, les avorteurs sont condamnés alors que les avortées sont régulièrement acquittées, les jurys d'assise sont plus indulgents et sensibles aux conditions souvent dramatiques ont amenés les femmes à interrompre leur grossesse.

1852 : reconnaissance de l'avortement thérapeutique (3,22):

Au XIX^e siècle, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas acceptent la nécessité de sacrifier le fœtus pour la vie de la mère.

C'est en 1852 que l'avortement thérapeutique sera officiellement reconnu en France.

L'embryon est alors défini par certains comme un amas indistinct de chair, justifiant la supériorité de la vie de la mère sur celui-ci et justifiant ainsi une intervention précoce pour éviter les complications d'une future césarienne, dont l'issue est, le plus souvent, fatale pour la mère. Dans les cas d'avortements thérapeutiques, les médecins prennent de nombreuses précautions : le consentement de la mère est recueilli et l'acte n'a lieu qu'après le conseil de deux autres praticiens. Un rapport est ensuite signé et rédigé par les trois médecins avec un exemplaire qui peut être remis au commissaire de police ou au parquet.

Le débat change alors en France, il porte sur les modalités d'application, la responsabilité de l'intervention et sur sa justification légale. Il oppose ceux souhaitant une codification claire et définie sanctionnée par la loi dans le but de limiter les abus, aux partisans de la libre appréciation du médecin qui agira en sa liberté de conscience et d'action.

Mais le fléchissement de la natalité française à la fin du XIX^e siècle devient une source d'angoisse politique et militaire. La France est le premier pays européen à voir baisser sa fécondité. Mille huit cent soixante-quinze est la première année où le nombre de naissances chute, par la suite plus aucune génération n'aura plus de 2,7 enfants en moyenne. Le nombre de familles nombreuses diminue significativement.

Au début du XX^e siècle, l'avortement est alors un acte contraire aux intérêts de la société et de l'État. Dans un contexte de tensions internationales, avec un dynamisme démographique

de l'Allemagne, associé à une influence particulièrement importante de l'Église catholique en France, l'avortement devient un crime antinational et antipatriotique. L'arrivée de la Grande Guerre ne fera que conforter cette idée.

La Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle (3,22,29):

La loi du 31 juillet 1920 interdit l'avortement ainsi que l'utilisation et la diffusion de tout moyen contraceptif en France. Son but est d'enrayer la diminution de la natalité dans un contexte démographique marqué par les pertes liées à la guerre, dans un pays qui a un taux de natalité plus faible que celui de ses pays voisins et notamment l'Allemagne.

Elle ne modifie pas l'article 317 du Code Pénal, ni les peines prévues. Elle fait de la provocation à l'avortement c'est à dire la propagande anticonceptionnelle et la fourniture de moyens destinés à provoquer des avortements, et non pas de l'avortement lui-même, un délit passible des tribunaux correctionnels.

La contraception féminine (capes, diaphragmes) est entravée, mais pas les préservatifs luttant contre les maladies vénériennes.

La réalisation d'un avortement est renvoyée à l'article 317 du Code Pénal qui n'est pas modifié. L'avortement reste un crime. Mais le nombre des avortements ne diminue pas, bien au contraire. Il est même considéré que les femmes ayant avorté et les avorteurs bénéficient d'une certaine clémence des jurys d'assises.

La Loi du 27 mars 1923 durcit celle de 1920 en modifiant la qualification de l'avortement : ce n'est plus crime mais un délit qui sera jugé par un jury de magistrats, considérés comme moins enclin à s'émouvoir qu'un jury populaire. Le nombre d'acquittements passe de 72% entre 1897 et 1908 à 19% entre 1925 et 1934.

Le nombre d'avortements ne diminue toujours pas et la natalité française n'est pas relancée. Au début du XX^e siècle, face aux déficiences de la contraception, la question de l'avortement devient une réalité sociale et politique, la légalisation apparaît comme une nécessité. Pourquoi ce qui est permis pour des raisons de santé ne le serait-il pas pour des raisons sociales ? Que faire des cas de viols, de misère sociale avec un refus de l'enfant à naître et donc un risque d'infanticide ?

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail est de comprendre quelle a été l'évolution du suivi des femmes par le médecin généraliste en France depuis 1958, date de la réforme hospitalo-universitaire et de l'avènement des spécialités médicales.

Une recherche documentaire a été associée à des entretiens semi-directifs de médecins ayant eu des actions spécifiques auprès des femmes durant leur exercice.

Les médecins généralistes ont accompagné les femmes durant leur grossesse en pratiquant même des accouchements à domicile jusqu'à la fin du XX^e siècle. Cette activité a cessé lors de la médicalisation des accouchements avec le développement des maternités.

Les médecins généralistes ont une activité importante en matière de contraception et participent à la régulation des naissances. Ceci dès le début du mouvement pour la liberté de l'avortement et la contraception en réalisant des avortements clandestins et actuellement dans le cadre des réseaux pour les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses.

L'accompagnement des femmes par le médecin généraliste a évolué en fonction des progrès techniques et scientifiques mais aussi avec les avancées sociétales. Parfois des conflits de territoires peuvent survenir avec d'autres professionnels de santé. Le travail en réseau peut être une solution pour assurer un suivi de qualité à toutes les femmes tout au long de leur vie.

Mots-clés : histoire de la médecine générale en France, soins primaires, femme, grossesse, accouchement, contraception, avortement

SUMMARY

This thesis looks at how the care of women by General Practitioners in France has evolved since 1958, the year of hospital and university reform and the rise of medical specialities.

A search of documents was made for specific episodes of care for women and linked semi-structured interviews of General Practitioners were performed.

General Practitioners gave antenatal care during pregnancy, and, until the end of the 20th century, they even performed home deliveries. These stopped when child birth was medicalised with the development of maternity units.

General Practitioners have an important role in providing contraception and birth control. At the start of the movement for contraception and abortion rights they helped with illegal abortions and today can provide medical abortions as part of a team.

The care of women by General Practitioners has evolved with scientific and technical progress, but also with social changes. Sometimes conflict over medical territories arises with other health care workers.

Networking could be a way to give every women quality care throughout their lives.

Key words: history of general practice in France, primary care, women, pregnancy, delivery, contraception, abortion