

SORBONNE UNIVERSITÉ

FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNEE 2018

THESE

N° SORUM057

PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

M. MAURICE Léo

Né le 21 juillet 1986 à Les Lilas (93)

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2018

**Etude qualitative sur les attentes des médecins
pratiquant L'IVG médicamenteuse en Ile de France suite
à la suppression du délai de réflexion obligatoire**

DIRECTRICE DE THESE : Dr. Charlotte BESACIER

PRESIDENT DE THESE : Pr. Alain LORENZO

MEMBRE DU JURY : Dr. Jean-Sébastien CADWALLADER

MEMBRE DU JURY : Dr. Vincent MIRAMONT

Remerciements

Merci,

A Monsieur le Professeur Alain LORENZO. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse ; veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER. Pour l'aide technique que vous m'avez apportée sur ce travail et pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail ; soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Vincent MIRAMONT. Vous me faites l'honneur de juger mon travail ; veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements.

A Madame le Docteur Charlotte BESACIER, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour tes conseils, ta bonne humeur, ta disponibilité et ton aide qui a été déterminante sur la fin.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude. Merci pour l'intérêt et la motivation dont vous avez fait preuve.

Merci,

A Anaïs et à ma famille, pour leur soutien et leur amour.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS

- 1 ACAR Christophe Chirurgie thoracique PITIE SALPETRIERE
- 2 AIT OUFELLA Hafid Réanimation médicale SAINT ANTOINE
- 3 ALAMOWITCH Sonia Neurologie SAINT ANTOINE
- 4 AMARENCO Gérard Rééducation fonctionnelle TENON
- 5 AMOUR Julien Anesthésiologie PITIE SALPETRIERE
- 6 AMOURA Zahir Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 7 AMSELEM Serge Génétique TROUSSEAU
- 8 ANDRE Thierry Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE
- 9 ANDREELLI Fabrizio Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 10 ANTOINE Jean-Marie Gynécologie obstétrique TENON
- 11 APARTIS Emmanuelle Physiologie SAINT ANTOINE
- 12 ARLET Guillaume Bactériologie TENON
- 13 ARNULF Isabelle Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 14 ARRIVE Lionel Radiologie SAINT ANTOINE
- 15 ASSOUAD Jalal Chirurgie thoracique TENON
- 16 ASTAGNEAU Pascal Epidémiologie² PITIE-SALPETRIERE
- 17 AUBRY Alexandra Bactériologie PITIE SALPETRIERE
- 18 AUCOUTURIER Pierre Immunologie SAINT ANTOINE
- 19 AUDO Isabelle Ophtalmologie CHNO 15/20
- 20 AUDRY Georges Chirurgie viscérale infantile TROUSSEAU
- 21 AUTRAN Brigitte Immunologie/bio cellulaire PITIE SALPETRIERE
- 22 BACHELOT Anne Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 23 BALLADUR Pierre Chirurgie générale SAINT ANTOINE
- 24 BALLESTER Marcos Gynécologie Obstétrique TENON
- 25 BARBAUD Annick Dermatologie TENON
- 26 BARROU Benoît Urologie PITIE SALPETRIERE
- 27 BAUJAT Bertrand O.R.L. TENON
- 28 BAULAC *Surnombre* Michel Anatomie/Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 29 BAUMELOU Alain Néphrologie PITIE SALPETRIERE
- 30 BAZOT Marc Radiologie TENON
- 31 BEAUGERIE Laurent Gastroentérologie/Nutrition SAINT ANTOINE
- 32 BEAUSSIER Marc Anesthésiologie/Réanimation SAINT ANTOINE
- 33 BELMIN Joël Médecine interne/Gériatrie Charles FOIX
- 34 BENVENISTE Olivier Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 35 BERENBAUM Francis Rhumatologie SAINT ANTOINE
- 36 BERTOLUS Chloé Stomatologie PITIE SALPETRIERE
- 37 BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry Neuro pédiatrie TROUSSEAU
- 38 BITKER Marc Olivier Urologie PITIE SALPETRIERE
- 39 BOCCARA Franck Cardiologie SAINT ANTOINE
- 40 BODAGHI Bahram Ophtalmologie PITIE SALPETRIERE
- 41 BODDAERT Jacques Médecine interne/Gériatrie PITIE SALPETRIERE
- 42 BOELLE Pierre Yves Bio statistiques SAINT ANTOINE
- 43 BOFFA Jean-Jacques Néphrologie TENON
- 44 BONNET Francis Anesthésiologie/Réanimation TENON
- 45 BORDERIE Vincent Ophtalmologie CHNO 15/20
- 46 BOUDGHENE-STAMBOULI Frank Radiologie TENON
- 47 BRICE Alexis Génétique PITIE SALPETRIERE
- 48 BROCHERIOU Isabelle Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE
- 49 BRUCKERT Eric Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 50 CACOUB Patrice Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 51 CADRANEL Jacques Pneumologie TENON
- 52 CALMUS Yvon Bio Cellulaire/Gastro Entérologie PITIE SALPETRIERE
- 53 CALVEZ Vincent Virologie PITIE SALPETRIERE
- 54 CAPRON *Surnombre* Frédérique Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE
- 55 CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes Pédiatrie TROUSSEAU
- 56 CARETTE Marie-France Radiologie TENON
- 57 CARPENTIER Alexandre Neuro chirurgie PITIE SALPETRIERE
- 58 CARRAT Fabrice Biostatistiques/inf médicale SAINT ANTOINE
- 59 CARRIE Alain Biochimie PITIE SALPETRIERE

60 CATALA Martin Histologie et Cytologie PITIE SALPETRIERE
 61 CAUMES Eric Maladies infectieuses/tropicales PITIE SALPETRIERE
 62 CHABBERT BUFFET Nathalie Endocrinologie TENON
 63 CHAMBAZ Jean Biologie cellulaire PITIE SALPETRIERE
 64 CHARTIER-KASTLER Emmanuel Urologie PITIE SALPETRIERE
 65 CHASTRE *Surnombre* Jean Réanimation chirurgicale PITIE SALPETRIERE
 66 CHAZOUILLERES Olivier Hépatologie SAINT ANTOINE
 67 CHERIN Patrick Médecine interne PITIE SALPETRIERE
 68 CHICHE Laurent Chirurgie vasculaire PITIE SALPETRIERE
 69 CHIRAS *Surnombre* Jacques Radiologie/Imagerie médicale PITIE SALPETRIERE
 70 CHRISTIN-MAITRE Sophie Endocrinologie SAINT ANTOINE
 71 CLEMENT Annick Pneumologie TROUSSEAU
 72 CLEMENT-LAUSCH Karine Nutrition PITIE SALPETRIERE
 73 CLUZEL Philippe Radiologie/Imagerie médicale PITIE SALPETRIERE
 74 COHEN Aron Cardiologie SAINT ANTOINE
 75 COHEN David Pédo Psychiatrie PITIE SALPETRIERE
 76 COHEN Laurent Neurologie PITIE SALPETRIERE
 77 COLLET Jean-Philippe Cardiologie PITIE SALPETRIERE
 78 COMBES Alain Réanimation médicale PITIE SALPETRIERE
 79 CONSTANT Isabelle Anesthésiologie/réanimation TROUSSEAU
 80 COPPO Paul Hématologie clinique SAINT ANTOINE
 81 CORIAT Pierre Anesthésiologie/réanimation PITIE SALPETRIERE
 82 CORNU Philippe Neuro chirurgie PITIE SALPETRIERE
 83 CORVOL Henriette Pédiatrie TROUSSEAU
 84 CORVOL Jean-Christophe Neurologie PITIE SALPETRIERE
 85 COSNES *Surnombre* Jacques Gastro Entérologie/Nutrition SAINT ANTOINE
 86 COULOMB Aurore Anatomie/cytolo patho TROUSSEAU
 87 CUSSENOT Olivier Anatomie/Urologie TENON
 88 DARAI Emile Gynécologie obstétrique TENON
 89 DAUTZENBERG *Surnombre* Bertrand Pneumologie PITIE SALPETRIERE
 90 DAVI Frédéric Hématologie biologique PITIE SALPETRIERE
 91 DELATTRE Jean-Yves Neurologie PITIE SALPETRIERE
 92 DELHOMMEAU François Hématologie biologique SAINT ANTOINE
 93 DEMOULE Alexandre Pneumologie/réanimation PITIE SALPETRIERE
 94 DERAY Gilbert Néphrologie PITIE SALPETRIERE
 95 DOMMERGUES Marc Gynécologie obstétrique PITIE SALPETRIERE
 96 DORMONT Didier Radiologie/imagerie médicale PITIE SALPETRIERE
 97 DOUAY Luc Hématologie biologique TROUSSEAU
 98 DOURSOUNIAN Levon Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE
 99 DRAY Xavier Gastroentérologie SAINT ANTOINE
 100 DUBOIS Bruno Neurologie PITIE SALPETRIERE
 101 DUCOU LE POINTE Hubert Radiologie TROUSSEAU
 102 DUGUET Alexandre Pneumologie PITIE SALPETRIERE
 103 DUPONT DUFRESNE Sophie Anatomie/ Neurologie PITIE SALPETRIERE
 104 DURR Alexandra Génétique PITIE SALPETRIERE
 105 DUSSAULE Jean-Claude Physiologie SAINT ANTOINE
 106 DUYCKAERTS Charles Anatomie/Cytologie pathologique PITIE SALPETRIERE
 107 EL ALAMY Ismaël Hématologie biologique TENON
 108 EYMARD Bruno Neurologie PITIE SALPETRIERE
 109 FAIN Olivier Médecine interne SAINT ANTOINE
 110 FARTOUKH Muriel Pneumologie/Réanimation TENON
 111 FAUTREL Bruno Rhumatologie PITIE SALPETRIERE
 112 FERON Jean-Marc Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE
 113 FERRE Pascal Biochimie/Biologie moléculaire PITIE SALPETRIERE
 114 FEVE Bruno Endocrinologie SAINT ANTOINE
 115 FITOUSSI Franck Chirurgie infantile TROUSSEAU
 116 FLEJOU Jean-François Anatomie pathologique SAINT ANTOINE
 117 FLORENT Christian Hépatogastro-Entérologie SAINT ANTOINE
 118 FOIX L'HELIAS Laurence Pédiatrie TROUSSEAU
 119 FONTAINE Bertrand Neurologie PITIE SALPETRIERE
 120 FOSSATI Philippe Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE
 121 FOURET Pierre Anatomie/Cytologie pathologique PITIE SALPETRIERE
 122 FOURNIER Emmanuel Physiologie PITIE SALPETRIERE
 123 FRANCES *Surnombre* Camille Dermatologie TENON
 124 FUNCK- BRENTANO Christian Pharmacologie PITIE SALPETRIERE

125 GALANAUD Damien Radiologie et imagerie médicale PITIE-SALPETRIERE
 126 GARBARG CHENON Antoine Virologie TROUSSEAU
 127 GIRARD Pierre Marie Maladies infectieuses/tropicales SAINT ANTOINE
 128 GIRERD Xavier Thérapeutique/Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
 129 GLIGOROV Joseph Oncologie TENON
 130 GOROCHOV Guy Immunologie PITIE SALPETRIERE
 131 GOSSEC Laure Rhumatologie PITIE SALPETRIERE
 132 GOUDOT Patrick Stomatologie PITIE SALPETRIERE
 133 GRATEAU Gilles Médecine interne TENON
 134 GRENIER *Surnombre* Philippe Radiologie PITIE SALPETRIERE
 135 GRIMPREL Emmanuel Urgences pédiatriques TROUSSEAU
 136 GUIDET Bertrand Réanimation médicale SAINT ANTOINE
 137 HARTEMANN Agnès Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
 138 HAROCHE Julien Médecine interne PITIE SALPETRIERE
 139 HATEM Stéphane Département de Cardiologie PITIE SALPETRIERE
 140 HAUSFATER Pierre Thérapeutique/Médecine d'urgence PITIE SALPETRIERE
 141 HAYMANN Jean-Philippe Physiologie TENON
 142 HELFT Gérard Cardiologie PITIE SALPETRIERE
 143 HENNEQUIN Christophe Parasitologie SAINT ANTOINE
 144 HERSON *Surnombre* Serge Médecine interne PITIE SALPETRIERE
 145 HERTIG Alexandre Néphrologie TENON
 146 HOANG XUAN Khê Neurologie PITIE SALPETRIERE
 147 HOURY Sydney Chirurgie digestive/viscérale TENON
 148 HOUSSET Chantal Biologie cellulaire SAINT ANTOINE
 149 HULOT Jean Sébastien Pharmacologie PITIE SALPETRIERE
 150 ISNARD-BAGNIS Corinne Néphrologie PITIE SALPETRIERE
 151 ISNARD Richard Cardiologie PITIE SALPETRIERE
 152 JARLIER Vincent Bactériologie PITIE SALPETRIERE
 153 JOUANNIC Jean-Marie Gynécologie obstétrique TROUSSEAU
 154 JOUVENT Roland Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE
 155 JUST Jocelyne Pédiatrie TROUSSEAU
 156 KALAMARIDES Michel Neurochirurgie PITIE SALPETRIERE
 157 KAROUI Medhi Chirurgie digestive PITIE SALPETRIERE
 158 KAS Aurélie Biophysique/Médecine nucléaire PITIE SALPETRIERE
 159 KATLAMA Christine Maladies infectieuses/tropicales PITIE SALPETRIERE
 160 KAYEM Gilles Gynécologie-Obstétrique TROUSSEAU
 161 KLATZMANN David Immunologie PITIE SALPETRIERE
 162 KOMAJDA *Surnombre* Michel Cardiologie PITIE SALPETRIERE
 163 KOSKAS Fabien Chirurgie vasculaire PITIE SALPETRIERE
 164 LACAU SAINT GUILY Jean ORL TENON
 165 LACAVE Roger Histologie et Cytologie TENON
 166 LACORTE Jean-Marc Biologie cellulaire PITIE SALPETRIERE
 167 LAMAS Georges ORL PITIE SALPETRIERE
 168 LANDMAN-PARKER Judith Hématologie/oncologie pédiatriques TROUSSEAU
 169 LANGERON Olivier Anesthésiologie PITIE SALPETRIERE
 170 LAPILLONNE Hélène Hématologie biologique TROUSSEAU
 171 LAROCHE Laurent Ophtalmologie CHNO 15/20
 172 LAZENNEC Jean-Yves Anatomie/Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE
 173 LE FEUVRE Claude Cardiologie PITIE SALPETRIERE
 174 LE GUERN Eric Génétique PITIE SALPETRIERE
 175 LE HOANG Phuc Ophtalmologie PITIE SALPETRIERE
 176 LEBLOND Véronique Hématologie clinique PITIE SALPETRIERE
 177 LEENHARDT Laurence Endocrinologie/Médecine Nucléaire PITIE SALPETRIERE
 178 LEFEVRE Jérémie Chirurgie générale SAINT ANTOINE
 179 LEGRAND Ollivier Hématologie clinique SAINT ANTOINE
 180 LEHERICY Stéphane Radiologie/imagerie médicale PITIE SALPETRIERE
 181 LEMOINE François Immunologie PITIE SALPETRIERE
 182 LEPRINCE Pascal Chirurgie thoracique PITIE SALPETRIERE
 183 LESCOT Thomas Anesthésiologie/réanimation SAINT ANTOINE
 184 LETAVERNIER Emmanuel Physiologie TENON
 185 LEVERGER Guy Hématologie/oncologie pédiatriques TROUSSEAU
 186 LEVY Rachel Histologie et Cytologie TENON
 187 LEVY Richard Neurologie PITIE SALPETRIERE
 188 LOTZ Jean-Pierre Oncologie médicale TENON
 189 LUBETZKI Catherine Neurologie PITIE SALPETRIERE

190 LUCIDARME Olivier Radiologie PITIE SALPETRIERE
 191 LUYT Charles Réanimation médicale PITIE SALPETRIERE
 192 MAINGON Philippe Radiothérapie PITIE SALPETRIERE
 193 MARCELIN Anne Geneviève Bactériologie PITIE SALPETRIERE
 194 MARIANI *Surnombre* Jean Biologie cellulaire/médecine interne Charles FOIX
 195 MARTEAU Philippe Gastroentérologie SAINT ANTOINE
 196 MASQUELET Alain Charles Chirurgie Orthopédique SAINT ANTOINE
 197 MAURY Eric Réanimation médicale SAINT ANTOINE
 198 MAZERON *Surnombre* Jean-Jacques Radiothérapie PITIE SALPETRIERE
 199 MAZIER *Surnombre* Dominique Parasitologie PITIE SALPETRIERE
 200 MENEGAUX Fabrice Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE
 201 MENU Yves Radiologie SAINT ANTOINE
 202 MEYOHAS Marie Caroline Maladies infectieuses/tropicales SAINT ANTOINE
 203 MILLET Bruno Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE
 204 MITANCHEZ Delphine Néonatalogie TROUSSEAU
 205 MOHTY Mohamad Hématologie clinique SAINT ANTOINE
 206 MONTALESCOT Gilles Cardiologie PITIE SALPETRIERE
 207 MONTRAVERS Françoise Biophysique/Médecine nucléaire TENON
 208 MOZER Pierre Urologie PITIE SALPETRIERE
 209 NACCACHE Lionel Physiologie PITIE SALPETRIERE
 210 NAVARRO Vincent Neurologie PITIE SALPETRIERE
 211 NETCHINE Irène Physiologie TROUSSEAU
 212 NGUYEN KHAC Florence Hématologie biologique PITIE SALPETRIERE
 213 NGUYEN QUOC Stéphanie Hématologie clinique PITIE SALPETRIERE
 214 NIZARD Jacky Gynécologie – Obstétrique PITIE SALPETRIERE
 215 OPPERT Jean-Michel Nutrition PITIE SALPETRIERE
 216 PAQUES Michel Ophtalmologie CHO 15/20
 217 PARC Yann Chirurgie digestive SAINT ANTOINE
 218 PASCAL-MOUSSELLARD Hugues Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE
 219 PATERON Dominique Thérapeutique/accueil des urgences SAINT ANTOINE
 220 PAUTAS Eric Gériatrie Charles FOIX
 221 PAYE François Chirurgie générale/digestive SAINT ANTOINE
 222 PERETTI Charles Psychiatrie d'Adultes SAINT ANTOINE
 223 PERIE Sophie ORL TENON
 224 PETIT Arnaud Pédiatrie TROUSSEAU
 225 PIALOUX Gilles Maladies infectieuses/tropicales TENON
 226 PLAISIER Emmanuelle Néphrologie TENON
 227 POIROT Catherine Cytologie et Histologie
 228 POITOU-BERNERT Christine Nutrition PITIE SALPETRIERE
 229 POYNARD *Surnombre* Thierry Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE
 230 PRADAT Pascale Rééducation Fonctionnelle PITIE SALPETRIERE
 231 PUYBASSET Louis Anesthésiologie/Réanimation PITIE SALPETRIERE
 232 RATIU Vlad Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE
 233 RAUX Mathieu Anesthésiologie/réanimation PITIE SALPETRIERE
 234 RAY Patrick Réanimation/Médecine Urgence TENON
 235 REDHEUIL Alban Radiologie PITIE SALPETRIERE
 236 RIOU Bruno Urgences médico chirurgicales PITIE SALPETRIERE
 237 ROBAIN Gilberte Rééducation Fonctionnelle ROTHSCILD
 238 ROBERT Jérôme Bactériologie PITIE SALPETRIERE
 239 RODRIGUEZ Diana Neurone pédiatrie TROUSSEAU
 240 RONCO Pierre Marie Néphrologie / Dialyse TENON
 241 RONDEAU Eric Néphrologie TENON
 242 ROSMORDUC Olivier Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE
 243 ROUGER Philippe Hématologie INTS
 244 ROUPRET Morgan Urologie PITIE SALPETRIERE
 245 ROZE Emmanuel Neurologie PITIE SALPETRIERE
 246 SAHEL José-Alain Ophtalmologie CHNO 15/20
 247 SAMSON Yves Neurologie PITIE SALPETRIERE
 248 SANSON Marc Histologie/Neurologie PITIE SALPETRIERE
 249 SARI ALI El Hadi Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE
 250 SAUTET Alain Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE
 251 SCATTON Olivier Chirurgie Hépatobiliaire PITIE SALPETRIERE
 252 SELLHEAN Danielle Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE
 253 SEKSIK Philippe Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE
 254 SELLAM Jérémie Rhumatologie SAINT ANTOINE

255 SEZEUR Alain Chirurgie générale DIACONESSES
256 SIFFROI Jean-Pierre Génétique TROUSSEAU
257 SIMILOWSKI Thomas Pneumologie PITIE SALPETRIERE
258 SIMON Tabassome Pharmacologie clinique SAINT ANTOINE
259 SOKOL Harry Gastroentérologie SAINT ANTOINE
260 SOUBRIER Florent Génétique PITIE SALPETRIERE
261 SPANO Jean-Philippe Oncologie médicale PITIE SALPETRIERE
262 STANKOFF Bruno Neurologie SAINT ANTOINE
263 STEICHEN Olivier Urgences médico chirurgicales TENON
264 STERKERS Olivier ORL PITIE SALPETRIERE
265 STRAUS Christian Physiologie PITIE SALPETRIERE
266 SVRCEK Magali Anatomie pathologique SAINT ANTOINE
267 TALBOT Jean-Noël Médecine nucléaire TENON
268 TANKERE Frédéric ORL PITIE SALPETRIERE
269 THABUT Dominique Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE
270 THOMAS *Surnombre* Guy Médecine légale/Psy d'adultes SAINT ANTOINE
271 THOMASSIN-NAGGARA Isabelle Radiologie TENON
272 THOUMIE Philippe Rééducation fonctionnelle ROTHSCHILD
273 TIRET *Surnombre* Emmanuel Chirurgie générale/digestive SAINT ANTOINE
274 TOUBOUL Emmanuel Radiothérapie TENON
275 TOUNIAN Patrick Gastroentérologie/nutrition TROUSSEAU
276 TOURAINE Philippe Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
277 TRAXER Olivier Urologie TENON
278 TRESALLET Christophe Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE
279 TRUGNAN Germain Biochimie SAINT ANTOINE
280 TUBACH Florence Biostatistiques/inf médicale PITIE SALPETRIERE
281 ULINSKI Tim Pédiatrie TROUSSEAU
282 UZAN Catherine Chirurgie générale/Gynécologie PITIE SALPETRIERE
283 VAILLANT Jean-Christophe Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE
284 VERNY Marc Médecine interne/Gériatrie PITIE SALPETRIERE
285 VIALLE Raphaël Chirurgie infantile TROUSSEAU
286 VIDAILHET Marie José Neurologie PITIE SALPETRIERE
287 VIGOUROUX Corinne Biologie cellulaire SAINT ANTOINE
288 WALTJ Hervé Pédiatrie / Néo natalité TROUSSEAU
289 WENDUM Dominique Anatomie pathologique SAINT ANTOINE
290 WISLEZ Marie Pneumologie TENON

MEDECINE GENERALE

MAGNIER Anne Marie
CORNET (surnombre) Philippe

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	11
CONTEXTE	13
1. Rappel historique de l'avortement	13
2. Epidémiologie	18
2.1. Situation mondiale	18
2.2 Situation européenne	20
2.3 Situation en France	21
3. Place du médecin généraliste	23
4. Présentation de REVHO	24
5. Méthode médicamenteuse hors établissement de santé	25
5.1 Cadre réglementaire	25
5.2 Cadre organisationnel	26
5.3 Déroulement de la procédure d'IVG hors établissement de santé	27
5.4 Contre-indications à l'IVGM	29
MATERIEL ET METHODES	32
A. Choix de la méthode	32
1. Choix de la méthode qualitative	32
2. Le focus group	32
B. Choix de la population	33
C. Mode de recrutement	33
D. Conduite des focus group	33
1. Élaboration du guide d'entretien	33
2. Déroulement d'un focus group	34
E. Analyse des données	35
RESULTATS	36
A. Les médecins participants	36
B. Les focus group	37
C. Analyse transversale des focus group	38
1. Les requis à l'IVGM	38
1.1 La patientèle concernée	38
1.2 L'organisation de la consultation de demande d'IVG	38
1.3 La place de l'examen gynécologique	39
1.4 Le diagnostic de grossesse	41
1.5 La prescription d'examens complémentaires	41
1.5.1 Bilan pré-IVG	41
1.5.2 Bilan de contrôle	43
1.6 La contraception	44
1.7 La visite de contrôle	44
2. L'accompagnement de la demande d'IVG	45
2.1 L'accompagnement psychologique	45
2.2 La place du conjoint et de l'entourage	46
2.3 Le dépistage des violences	47
2.4 Le dépistage des IST	47
3. Les difficultés rencontrées	48
3.1 Freins rencontrés	48
3.2 La délivrance de l'information	49
3.3 La place de l'échographie	50
3.3.1 La différence d'accès ville/hôpital	50
3.3.2 L'absence d'image intra-utérine	50

3.3.3 Les interrogations sur la nécessité de l'échographie.....	51
3.4 Les relations interprofessionnelles.....	51
3.4.1 Avec les échographistes.....	51
3.4.2 Avec les laboratoires.....	52
3.4.3 Avec les sages-femmes.....	53
3.5 La notion de coût financier.....	53
4. Le militantisme des praticiens.....	54
4.1 Investissement dans la pratique des IVG.....	54
4.2 Respect du choix des patientes.....	55
5. La suppression du délai obligatoire de réflexion, élément subversif.....	55
5.1 Fin du délai de réflexion.....	55
5.2 L'apparition du terme « précoce ».....	57
5.2.1 Définition de la grossesse précoce.....	57
5.2.2 Définition de l'IVGM précoce.....	58
5.2.3 Définition de la grossesse de localisation indéterminée.....	58
5.2.4 Vision de l'IVG précoce.....	59
6. Inquiétude des praticiens.....	60
6.1 La crainte de la GEU.....	60
6.1.1 Frein à l'IVG.....	60
6.1.2 La localisation de la grossesse.....	61
6.1.3 Dépistage et prévention de la GEU.....	61
6.1.4 Le vécu des praticiens.....	63
6.2 La crainte des pertues de vues.....	64
6.2.1 Une situation fréquente.....	64
6.2.2 Le profil des pertues de vue.....	64
6.2.3 Le ressenti des praticiens.....	65
6.3 L'urgence de la demande.....	66
6.4 La responsabilité du médecin.....	67
6.5 La crainte de l'IVGM clandestine.....	68
7. La demande de consensus.....	68
7.1 Les ressources actuelles.....	68
7.2 La diversité des pratiques.....	70
7.3 Le besoin de certitude.....	71
7.4 Le besoin de simplification.....	72
7.5 La participation à la recherche médicale.....	73
DISCUSSION.....	74
I. PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	74
II. VALIDITE DE L'ETUDE.....	75
1. Forces de l'étude:.....	75
2. Faiblesses de l'étude :.....	76
III. DISCUSSION DES RESULTATS AVEC UNE COMPARAISON A LA LITTERATURE.....	76
1. Les freins de la prise en charge hors établissement de santé.....	76
2. L'examen gynécologique.....	77
3. L'augmentation des demandes d'IVG avant 5 SA.....	78
4. Définition de la grossesse précoce.....	78
5. La crainte de la GEU.....	79
6. Les pertues de vue.....	80
7. Amélioration des conditions de la prise en charge de l'IVG hors établissement de santé.....	81
7.1 Possibilité de réaliser des IVGM sans échographie.....	81
7.2 Un suivi adapté au choix et au profil des patientes.....	83
7.3 Le rôle des sages-femmes dans l'extension de la pratique de l'IVGM en ville.....	84
IV. PERSPECTIVES.....	85
CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	90
ANNEXES.....	97
Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	97
Annexe 2 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF ANONYME.....	98

ABREVIATIONS

AINS : Anti inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

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

bHCG : beta Human Chorionic Gonadotropin

CIVG : Centre autonome d'IVG

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CDS : Centre de Santé

CSP : Code de Santé Publique

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

GEU : Grossesse Extra Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IVGM : Interruption Volontaire de Grossesse Médicamenteuse

IDF : Île-de-France

JA : Jour d'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PGE1 : Prostaglandine E1

PGE2 : Prostaglandine E2

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

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

SA : Semaine d'Aménorrhée

UE : Union Européenne

INTRODUCTION

En 2016, 211 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France dont 16,4% en cabinet libéral(1).56 % des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses (IVGM), contre 10 % en 1992. L'augmentation progressive du nombre des IVGM en ville ainsi que dans les centres de santé(CDS) et les centres d'éducation et de planification familiale (CPEF) depuis 2009 s'accompagne de la baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier.(1)

La simplification de la procédure ces dernières années a amélioré le confort des patientes (2) et la modification des lois santé a ouvert le champ au parcours ambulatoire et aux médecins généralistes depuis 2004 (3).

La loi de modernisation de notre santé votée le 26 janvier 2016 (4), a permis aux sages-femmes de réaliser des IVGM et aux CDS des IVG instrumentales, et a, en outre, supprimé le délai obligatoire de réflexion de 7 jours pour pouvoir bénéficier d'une IVG.

Actuellement il est recommandé de pratiquer une IVG après localisation de la grossesse par une image intra-cavitaire à l'échographie, pour éliminer une grossesse extra-utérine (GEU) (2) qui, elle, n'est pas sensible au traitement. Cette image apparaît lors d'une échographie vaginale à partir de 5 semaines d'aménorrhée (SA) (sac gestationnel) et/ou d'un taux de bHCG à 1000mUI/L, et des erreurs d'interprétations sont possibles (5).

On peut confirmer une grossesse de façon très précoce par un dosage de bHCG urinaires qualitatifs. Les plus utilisés permettent de détecter des concentrations à partir de 25 mUI/L, ce qui correspond à une grossesse 3 à 4 jours après l'implantation, cela donc même avant un retard de règles. Les résultats sont positifs chez 98% des femmes 7 jours après l'implantation soit au moment du retard de règles.

L'efficacité du protocole recommandé par l'HAS pour les grossesses ≤ 7 SA, utilisant une dose de 600 mg de mifépristone suivie de l'administration 36 à 48 heures plus tard de 400 μ g de misoprostol par voie orale, a largement été

étudiée: elle est comprise entre 92 et 97% selon les études (6)(7)(8)(9) et est efficace à tous les âges de grossesse (10).

La méthode médicamenteuse est maintenant jugée efficace, mais reste très encadrée par des recommandations sécuritaires alors même que la suppression du délai de réflexion offre la possibilité de faciliter la prise en charge des patientes en réalisant les IVGM plus précocement. La question se posait de faire un état des lieux de la pratique des IVGM hors et en établissement de santé depuis le changement de la loi. L'objectif de cette étude était d'identifier les attentes des médecins pratiquants l'IVGM en Ile de France (IDF) suite à la suppression du délai obligatoire de réflexion.

CONTEXTE

1. Rappel historique de l'avortement

Depuis l'Antiquité, on retrouve une volonté de l'Homme de pouvoir réguler les naissances, avec des hypothèses qui nous paraissent aujourd'hui grotesque quant au processus de procréation. Les connaissances de l'époque ne permettent pas de situer le début de la vie à un stade embryonnaire et les femmes ignorent donc leur grossesse jusqu'à l'apparition de mouvements fœtaux ressentis par la mère au cours du quatrième mois de grossesse. Il est donc difficile de caractériser un avortement du premier trimestre, qu'il soit naturel, ou provoqué par des méthodes clandestines.(11)

La révolution industrielle du XIXème siècle pousse des théoriciens tels que Thomas Malthus à élaborer des politiques de contrôle de la natalité pour limiter la croissance démographique.

En France, la régulation des naissances n'est pas soutenue par la politique de l'époque :

- **1810** : Code pénal, article 317 : l'avortement est un crime passible de la Cour d'Assises. (12)

Suite à la première guerre mondiale et aux pertes humaines engendrées, le gouvernement soutient une natalité forte.

- **Loi de 1920** : elle réprime la complicité et la provocation à l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle mais permet la vente libre de préservatifs ; elle sera renforcée par trois lois en 1923, 1941 et 1942 qui aggravent considérablement les peines.
- **1923** : Le Code pénal fait de l'avortement un délit, afin de mieux le poursuivre devant les cours d'assises.
- **1930** : Le Pape Pie XI condamne l'usage des contraceptifs même dans le cadre du mariage.

La seconde guerre mondiale et le gouvernement de Vichy ne font que renforcer ces politiques.

- **23 juillet 1939** : Le Code de la famille accroît la répression de l'avortement. Une prime à la première naissance est créée. Création de brigades policières spécialisées dans la chasse aux avorteuses. Arrestation de Madeleine Pelletier, une féministe qui défend le droit à l'avortement.
- **1942** : La loi considère l'avortement comme un crime contre l'État français, il est passible de la peine de mort.

Dans la période après-guerre, sexualité et procréation ne sont toujours pas dissociées.

- **1952** : Création à Londres de l'International Planned Parenthood Federation. Une politique de régulation des naissances devient de plus en plus nécessaire en France, mais les propositions de lois dans ce sens rencontrent un refus des partis de droite comme de gauche.
- **1956** : Création en France du mouvement "Maternité Heureuse", puis en **1960** du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPP). (13)
- **1962** : Le Conseil de l'Ordre des Médecins déclare : "Le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'appréciation des moyens anticonceptionnels."

Lors de la campagne pour la première élection du président de la République au suffrage universel de 1965, la régulation des naissances s'invite dans les débats et le candidat socialiste François Mitterrand propose dans ce programme une réglementation sur la contraception orale. Ce sera le Général de Gaulle qui sera élu, mais 2 ans plus tard il soutient la proposition de l'un de ses députés.

- **1967** : La « loi Neuwirth » suspend l'article 3 de la loi de 1920 qui portait sur l'interdiction de la diffusion de la contraception.(14)
- **1968** : Déclaration des droits de l'homme des Nations Unies : "Les couples ont le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et du moment de leur naissance".

Les mouvements anti-avortement (ou « pro-vie) se développent de par le monde, et des manifestations populaires « pro-choix » s'organisent en retour.

- **1970** : Création de l'association opposée à l'avortement : « Laissez-les vivre ».

- **5 avril 1971** : « Manifeste des 343 » dans le journal *Nouvel Observateur* de 343 femmes déclarant avoir avorté. (15)
- **1972** : Procès de Bobigny et organisation de la lutte pour l'avortement. (16)
- **5 février 1973** : Publication à l'initiative du Groupe d'information santé du manifeste de 331 médecins qui revendiquent dans le *Nouvel Observateur* avoir pratiqué des avortements.

Le décès du président Georges Pompidou permettra l'accession de Valéry Giscard d'Estaing qui prône une France moderne. Mme Simone Veil sera nommée Ministre de la Santé.

- **21 décembre 1974** : Adoption de « la loi Veil » par le parlement autorisant l'avortement sous certaines conditions, promulguée le 17 janvier 1975. (17)
- **31 décembre 1979** : « Loi Veil -Pelletier » définitive.
- **1 janvier 1983** : « Loi Roudy » : Remboursement de l'IVG et circulaire sur l'"obligation hospitalière" et la mise en place des Centres autonomes d'IVG (CIVG).
- **1987** : Abrogation de l'article de la loi de 1920 concernant la publicité pour les préservatifs (Article 647 du Code de la Santé, conservé pour l'avortement).
- **1988** : Mise sur le marché du RU-486. La polémique sur la "banalisation de l'avortement" resurgit.
- **1989** : Autorisation de l'IVG médicamenteuse (IVGM)
- **1990** : Résurgence des mouvements anti-avortement et plus de 100 CIVG sont attaqués par les mouvements pro-life.
- **1993** : « Loi Neiertz » réprimant l'"entrave à l'IVG" et permettant aux associations de se porter partie civile en cas d'envahissement des CIVG.
- **2000** : Campagne « contraception », décidée au Ministère des Affaires sociales, commercialisation de la contraception d'urgence et décret de Mme Royale sur sa distribution dans les établissements scolaires. Ordonnance n°2000-548 du 15 juillet 2000 supprimant l'article L.162-11 du Code de Santé Publique (CSP) concernant la réglementation des IVG pour les femmes étrangères. Depuis, celles-ci, même en situation irrégulière peuvent accéder à l'IVG au même titre et dans les mêmes conditions que les femmes françaises.

- **4 juillet 2001** : « Loi Aubry- Guigou » : Modifications de la loi Veil portant notamment sur :
 - Le délai maximal de recours autorisé à l'IVG de 12 à 14 SA (de 10 à 12 semaines de grossesse).
 - Le recours à l'IVG médicamenteuse hors établissements de santé sous conditions.
 - La suppression de l'autorisation parentale pour les mineures concernant l'accès à la contraception et à l'IVG. La patiente est la seule personne habilitée à demander et à confirmer au médecin sa demande d'IVG. La loi a cependant prévu la présence obligatoire d'un majeur référent pour la demande d'IVG. Celui-ci n'a qu'une mission d'accompagnement et de soutien, il ne se substitue en aucun cas à l'autorité parentale et n'engage nullement sa responsabilité civile ou pénale.
 - L'entretien pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures (toujours obligatoires pour les mineures).
 - La dépénalisation de l'avortement.(18)

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

- **Juillet 2004** : Décrets d'applications de la loi Aubry Guigou sur l'IVGM hors établissements de santé jusqu'à 7 SA (3). L'article R2212-11 du CSP précise: « Le médecin effectuant des IVG par voie médicamenteuse dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R.2212-9 justifie d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, soit par une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesses médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par un responsable médical concerné. »

- **21 juillet 2009** : Loi HPST portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux hôpitaux, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) vise à favoriser l'accès à la contraception, en élargissant les missions des sages-femmes, des

infirmiers et des pharmaciens pour le suivi et la prescription de contraceptifs.(19)

- **Octobre 2009** : Ouverture de la pratique des IVG hors établissements de santé aux CPEF et aux CDS.(20)
- **25 mars 2013** : Décret n° 2013-248 relatif à la participation des assurés prévue dans l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une IVG et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures prévoyant la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie des frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation inhérents à l'IVG. (21)
- **22 janvier 2014** : Adoption par l'Assemblée nationale de l'amendement supprimant la mention de « situation de détresse » de l'article du CSP précisant les conditions d'accès à un avortement, dans le cadre du passage en 1^{ère} lecture du projet de loi pour l'égalité entre les femmes et les hommes.
- **26 janvier 2016** : La loi de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine. Elle permet également aux sages-femmes de pratiquer des IVGM et aux CDS de pratiquer des IVG instrumentales(4).
- **1^{er} avril 2016** : Tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie. (22)
- **2 juin 2016** : Le décret n° 2016-743 permet aux sages-femmes de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse.(23)
- **8 août 2016** : L'arrêté modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifie la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes afin de leur permettre la réalisation des IVGM.(24)

2. Epidémiologie

2.1. Situation mondiale

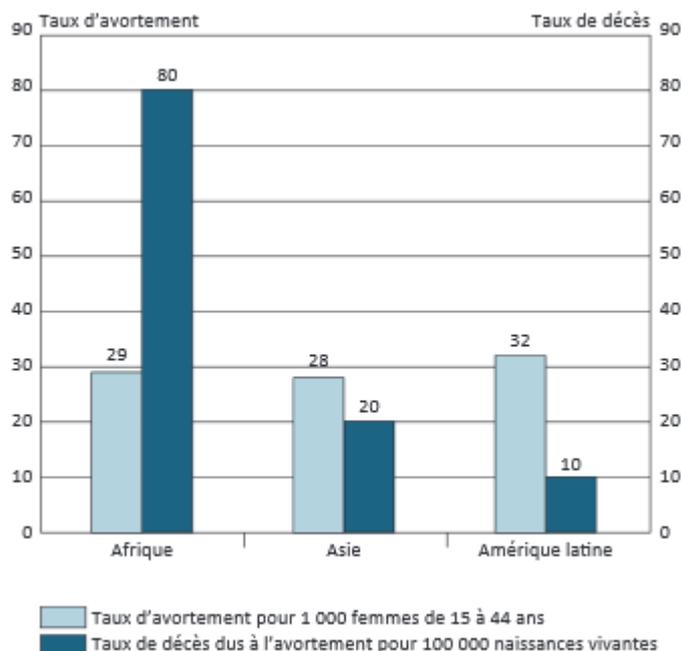
Près de 44 millions d'IVG ont eu lieu dans le monde en 2008, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Près de la moitié étaient des avortements à risque.

Chaque année, environ une grossesse sur cinq est interrompue volontairement. En 2008, 43,8 millions d'avortements volontaires ont été pratiqués dans le monde, dont 38 millions dans les pays en développement. Pour 1 000 femmes en âge d'avoir des enfants, 28 avortements ont été pratiqués. En 1995, ce taux s'élevait à 35 pour mille. Ces statistiques sur l'IVG restent difficiles à établir, notamment parce que beaucoup d'avortements sont réalisés clandestinement. Le droit à l'avortement est limité dans plus de deux tiers des pays : dans la majorité des Etats, l'avortement est autorisé uniquement dans des conditions exceptionnelles, par exemple si la vie de la mère est menacée ou s'il existe un risque pour sa santé physique ou mentale. En 2011, seuls 58 pays, soit moins d'un tiers des pays, permettent les IVG sans justification médicale, morale ou économique. En général, ce droit s'accompagne d'un délai (en France par exemple, il est interdit de pratiquer un avortement chirurgical passé la 12e semaine de grossesse).

Près d'un avortement sur deux est un avortement à risque : selon les dernières estimations, 21,6 millions d'avortements « non sécurisés » ont été pratiqués en 2008, soit près d'un avortement sur deux. La plupart, 21 millions, ont eu lieu dans des pays en développement. Ces avortements, presque tous clandestins, sont réalisés dans de mauvaises conditions sanitaires (personnel non qualifié, manque d'hygiène, grossesse trop avancée). Chaque année, 47.000 femmes meurent à la suite d'un avortement à risque.

Pourtant, même si la part des avortements à risque augmente, la mortalité liée à l'IVG diminue, notamment en Amérique latine, avec la diffusion d'avortements clandestins par médicaments.(25)

Figure. Taux d'avortement et létalité par continent en 2008



Note : ne sont pris en compte ici que les avortements volontaires en excluant les avortements spontanés.

Figure 1. Taux d'avortement et létalité en 2008 (26)

Les grossesses non désirées sont la principale cause des avortements. Elles sont surtout liées à l'absence de contraception ou l'utilisation de méthodes inefficaces, faute d'accès aux moyens modernes. Dans certaines régions d'Asie ou d'Europe orientale, où il est très important d'avoir un garçon, il existe aussi des avortements sélectifs, selon le sexe de l'enfant à naître. Dans ces pays, comparés aux autres, il naît beaucoup plus de garçons que de filles.

Le droit à l'avortement est encore limité dans les trois quarts des pays du monde. Dans une majorité de pays, la loi n'autorise l'avortement que dans des conditions exceptionnelles (recensement datant de 2008) : lorsque la vie de la mère est menacée (possible dans 98 % des pays) ou lorsqu'il y a un risque pour la santé physique ou mentale de la mère ou de l'enfant (68 %). Seuls 56 pays (28 %) permettent les IVG, en accompagnant en général ce droit d'un délai. (27)

Le développement de l'IVG démarre en Chine en 1987 puis en Occident en France en 1988 avec l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la mifépristone et cela malgré de nombreux déboires, développés plus loin. La Grande Bretagne et la Suède ont suivi l'exemple de la France mais il faut attendre 1997 pour obtenir une AMM européenne, et 2000 pour que la Food et Drug Administration (FDA) donne à son tour l'autorisation aux Etats-Unis. En 2011, 29 millions de femmes ont eu recours à une IVGM et cela dans plus de 30 pays ayant autorisé la mifépristone, avec une répartition très inégale de cette méthode : 25 millions de femmes en Chine, 2 millions en France et 2 millions pour le reste des pays où la méthode est autorisée. Cette grande disparité s'explique notamment par une grande inégalité d'accès à ces méthodes et par le coût trop élevé de la molécule de mifépristone dans certains pays.

2.2 Situation européenne

Au niveau européen, de nombreuses disparités sont encore retrouvées. La majorité des 27 membres de l'Union Européenne (UE) ont légalisé l'avortement, et l'autorisent jusqu'à 14 SA, sauf pour le Portugal et la Slovénie (12 SA), jusqu'à 20 SA en Suède et 26 SA au Royaume Uni. (29)

Mais plusieurs exceptions sont cependant à relever.

L'IVG n'est autorisé qu'en cas de :

- Viol ou risque vital pour la mère à Chypre
- Viol, risque vital pour la mère ou malformations fœtales graves en Pologne (Retour en arrière de la loi en 1997)
- Seulement en cas de risque vital pour la mère à Malte. (30)

L'avortement en Irlande, pays de forte tradition catholique, était illégal sauf s'il résultait d'une opération visant à sauver la vie de la mère. Il était interdit à la fois par le droit constitutionnel à la vie des enfants à naître et par la législation nationale. Les informations sur les services d'avortement à l'étranger et sur le voyage à l'étranger pour avorter sont protégées par la Constitution et encadrées par la loi irlandaise. Le 25mai2018, un référendum abroge l'article constitutionnel qui interdit l'avortement et permet donc au gouvernement de

faire voter une loi permettant l'avortement jusqu'à la douzième semaine de grossesse.

En décembre 2013, le gouvernement espagnol a voté une nouvelle loi restreignant considérablement l'accès à l'IVG pour les femmes.

Le 23 septembre 2014, le projet de loi est retiré, faute de consensus au sein de la majorité(31). Le 9 septembre 2015, le Sénat approuve une réforme de la loi sur l'avortement interdisant aux mineures d'avorter sans consentement parental, une version assouplie d'une réforme vivement contestée par l'opposition.

Les gouvernements de ces différents pays vont donc à l'encontre des recommandations de l'UE émises en 2008 :« interdire l'avortement n'aboutit pas à réduire le nombre d'avortements » mais au contraire que « cela mène surtout à des avortements clandestins, plus traumatisants et plus dangereux ».

Avec 15 avortements pour 1000 femmes, la France se situe dans la moyenne européenne.

Comme nous l'avons vu précédemment, la France fut le premier pays européen à autoriser en 1988 l'IVGM, suivie rapidement en Europe par la Grande Bretagne (1990) et la Suède (1991). Certains pays ne l'ont autorisé que bien plus tard (l'Italie en 2010) tandis que dans d'autres pays, la méthode est autorisée mais du fait de son coût élevé, elle reste en pratique inaccessible. (Exemple : la Roumanie)

L'agence européenne du médicament a autorisé en 2007 l'avortement médicamenteux jusqu'à 7 SA au domicile et jusqu'à 9 SA en milieu hospitalier.

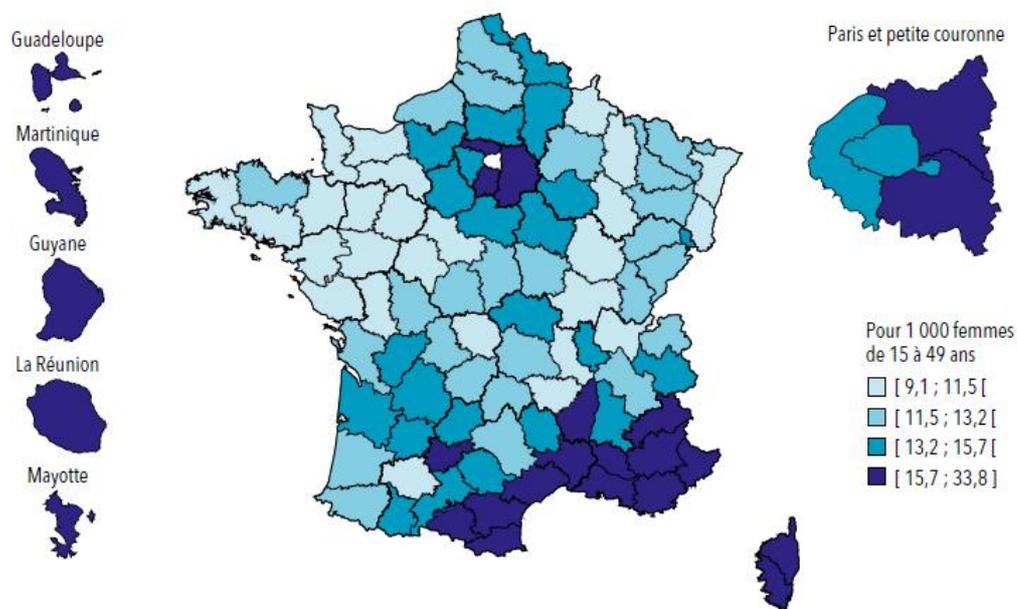
En pratique, l'IVGM hors établissement de santé n'est pratiquée qu'en France, en Belgique en Suède et en Suisse.

2.3 Situation en France

En 2016, 211 900 IVG ont été réalisées en France, dont 197 800 en Métropole. Leur nombre est en légère baisse pour la troisième année consécutive. Le taux de recours est de 13,9 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et de 25,2 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 26,0 IVG pour 1 000

femmes. Les taux continuent de décroître chez les moins de 20 ans, atteignant 6,7 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 17,8 parmi les 18-19 ans. L'indice conjoncturel d'avortement s'établit à 0,52 IVG par femme en 2016. Au niveau national, 64% des IVG sont pratiquées par méthode médicamenteuse. 34 700 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière en Métropole, et 3 500 dans les DROM, soit 18 % du total des IVG, comme en 2015. En IDF, cette proposition est encore plus importante puisque plus d'une IVG sur quatre est réalisée hors du cadre hospitalier, et qu'un tiers des IVGM le sont également.(1)

Carte 1 Les recours à l'IVG en 2016



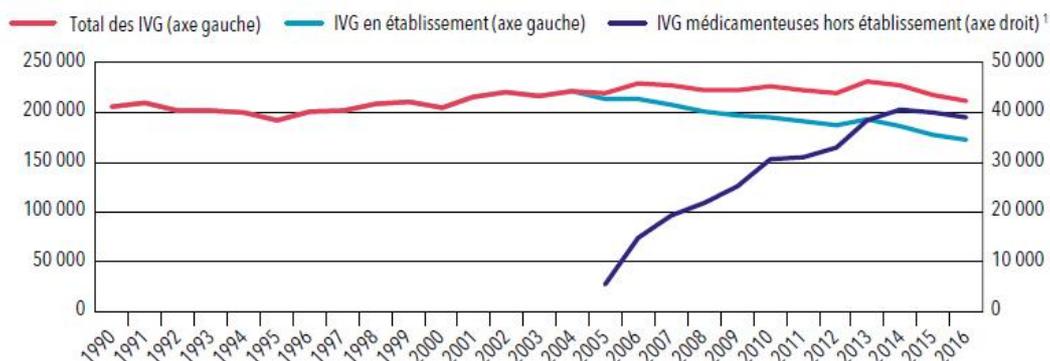
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2016.

Carte 1. Les recours à l'IVG en 2016 (1)

Graphique 1 Évolution du nombre d'IVG depuis 1990



1. Forfait médicaments de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation et le régime général ; à partir de 2010, selon la date de soins et tous régimes confondus.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte depuis 2012), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram (forfait médicaments de ville, tous régimes confondus), traitements DREES.

Graphique 1. : Evolution du nombre d' IVG depuis 1990 (1)

3. Place du médecin généraliste

Dans l'étude prospective COCON réalisée auprès de 2863 femmes françaises, Lelong et al. ont trouvé que 23 % des femmes avaient vu leur médecin généraliste au début de leur processus d'IVG (32). Dans une étude réalisée auprès de 716 patientes de la région centre, Chefeg Ben Aissa et al. mettaient en évidence que 30% des femmes auraient réalisée leur IVG chez leur médecin généraliste, si celui-ci effectuait cet acte, et si elles avaient eu connaissance de la loi. 55% d'entre elles avaient parlé de leur grossesse en cours à leur médecin traitant et 40% s'étaient informées auprès de lui pour leur IVG (33). Les femmes ayant réalisé une IVGM en ville y allèguent entre autres les avantages suivants :

- C'est une méthode déculpabilisante qui donne moins d'importance à l'évènement que lors d'une prise en charge hospitalière. L'évènement serait vécu comme moins traumatisant, moins brutal, moins grave (34).
- Cette méthode permet un accès rapide, et répond à une demande des patientes ressentant une urgence de prise en charge (34)(35).

- La prise en charge au domicile représente un certain confort, interprété comme une discrétion et une intimité accompagnée (34)(36). Les femmes apprécient dans ce cas de pouvoir être rassurées et entourées par leurs proches.

Le développement de l'activité IVGM chez les médecins généralistes permettrait donc aux patientes d'avoir plus souvent le choix, et correspond à une demande des femmes.

Plus de 1 300 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet. Les données de la CNAM répertorient 750 gynécologues et 571 omnipraticiens ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet de ville en 2016. 107 CDS et CPEF ont été remboursés d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG. Les sages-femmes demeurent encore peu impliquées, avec seulement 77 forfaits concernant des IVG (moins de 1 %) (1).

4. Présentation de REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie)

Créé en novembre 2004, le réseau REVHO a pour objectif initial de faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville et à la contraception.

Pour diffuser la méthode médicamenteuse en ville et garantir sa bonne application, un réseau de santé, s'appuyant essentiellement sur des médecins de ville s'est constitué. Le but de REVHO est aussi d'améliorer l'accès à l'IVG dans la région francilienne quel que soit le lieu de prise en charge et la méthode d'IVG en mettant en place l'IVG sous anesthésie locale en CDS, en accompagnant les centres d'orthogénie dans leur organisation interne, ou en formant les équipes hospitalières à l'accueil et à l'accompagnement des patientes durant tout le parcours IVG.

En 2017, le réseau compte 315 professionnels libéraux, il s'agissait de 138 gynécologues, de 165 généralistes et de 12 sages-femmes. La part des sages-femmes évolue lentement depuis la promulgation de la loi santé 2016 qui a élargi leurs compétences à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.

21 nouvelles conventions ont été signées en 2017 par des professionnels de ville dont 7 sages-femmes.

Le partenariat avec les départements et les municipalités a permis de former des professionnels de CPEF départementaux et de centres municipaux de santé.

Plusieurs conventions ont été signées à l'issue de ces formations.

Au 31 décembre 2017, 66 médecins de ville salariés pratiquaient des IVG dans 129 Centres de santé, CMS/CPEF/CPMI. Il s'agissait de 52 généralistes et de 14 gynécologues. Contrairement aux professionnels libéraux, les conventions ne sont pas nominatives.(37)

5. Méthode médicamenteuse hors établissement de santé

5.1 Cadre réglementaire

Les conditions de réalisation des IVGM hors établissements de santé ont été précisées par :

- le décret n°2002-796 du 3 mai 2002 (en application des articles R.2212-9 et R.2212-19 du CSP(38).
- le décret du 1^{er} juillet 2004 (modification du précédent) (39).
- L'arrêté du 23 juillet 2004, relatif aux forfaits afférents à l'IVG (lui-même modifié par l'arrêté du 4 août 2009) (40)
- La circulaire du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des IVG : pratique des IVG en ville et en établissements de santé (41).
- La circulaire du 6 octobre 2009 relative à la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les CEPF et les CDS(20).
- Décembre 2010, la HAS a actualisé les recommandations de ANAES de mars 2001 concernant l'IVGM(2)
- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé supprime le délai de réflexion d'une semaine entre la

consultation d'information et celle du recueil de consentement, et permet désormais aux sages-femmes de réaliser les IVGM (4).

- Juin 2015, actualisation des recommandations par l'HAS après l'arrêt de la commercialisation du CYTOTEC (utilisation hors AMM)(42).

5.2 Cadre organisationnel

Les recommandations sont que toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complication est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide. (32)(2).

La prise en charge de l'IVGM peut se faire soit en établissement de santé (public ou privé) avec ou sans hospitalisation, soit hors établissement de santé par des médecins de ville jusqu'à 7 SA (ou 49 jours d'aménorrhée (JA))(41).

Les médecins des CPEF et des CDS sont également autorisés à pratiquer des IVGM depuis 2009. (20)

Les médecins doivent justifier d'une expérience professionnelle adaptée et avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé à la pratique des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique et s'engageant à recevoir la patiente en cas d'urgence). Peuvent ainsi pratiquer tous les médecins justifiant :

- Soit une qualification universitaire en gynécologie.
- Soit une pratique des IVGM dans un établissement de santé. (41)

Un livret d'information à l'intention des médecins édité par le ministère de la Santé décrit les modalités de prise en charge de l'IVGM en médecine de ville(43).

A noter que les établissements de santé peuvent quant à eux pratiquer des IVGM jusqu'à 9 SA et des IVG chirurgicales jusqu'à 14 SA. (2)

Le schéma de consultation est strictement identique que l'IVG soit réalisée en établissement ou en ville.

L'efficacité de la méthode en ville est comparable à celle de la technique médicamenteuse pratiquée en milieu hospitalier.(44)(45)

Le médecin doit se procurer les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG en passant une commande à une pharmacie d'officine, médicaments uniquement délivrés aux médecins ayant passé une convention avec un établissement de santé.(21)(40)

L'arrêté du 26 février 2016 refond totalement les actes issus de l'arrêté du 23 juillet 2004 en fixant les tarifs de prise en charge à 100 % de l'ensemble des actes entourant l'IVG. (22)

Le forfait initial est découpé en 3 phases : recueil du consentement, réalisation de l'IVG et consultation de contrôle. Ce découpage offre plus de souplesse pour la facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel.

Les honoraires versés au médecin s'il réalise la globalité de l'IVGM sont de 187,92 € (aucun dépassement d'honoraires n'est toléré), remboursé à 100% par l'Assurance Maladie(22).

5.3 Déroulement de la procédure d'IVG hors établissement de santé

Lors de la première consultation, une information claire et précise sur la procédure doit être délivrée à la patiente. Un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale est systématiquement proposé, il est obligatoire pour les mineures. Ce type d'entretien est accessible dans les CPEF.

Le praticien procède à un interrogatoire puis réalise un examen clinique afin de dater la grossesse et de vérifier l'absence de contre-indication à l'IVGM hors établissement de santé. Il peut être amené à pratiquer une échographie de datation ou à la prescrire. Un dépistage des maladies sexuellement transmissibles et un frottis cervico-vaginal peuvent être proposés selon le contexte, mais ils ne sont pas inclus dans le forfait IVG pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

La question de la contraception doit être abordée lors de cette consultation. La détermination du groupe sanguin, du rhésus et une recherche d'agglutinines irrégulières sont prescrites et doivent être réalisées avant la deuxième consultation.

S'il a lieu, un délai de 48 heures doit être respecté entre l'entretien psycho-social et la prise médicamenteuse.

La deuxième consultation constitue la phase effective de l'IVG avec, après signature d'un consentement écrit, la prise médicamenteuse de 600 mg de mifépristone par voie orale. (2)

Le praticien remet à la patiente une ordonnance d'antalgiques, ainsi qu'une fiche d'information et de liaison afin que la femme dispose de repères pour le déroulement de l'IVG et pour la survenue d'éventuelles complications, ainsi que les coordonnées adéquates à contacter en cas d'urgence. Le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes propose un guide spécifique à l'IVG.

La seconde phase de l'IVG est l'administration de 400 µg de misoprostol par voie orale 36 à 48 heures plus tard. Elle a lieu au domicile de la patiente, ou lors d'une consultation dédiée. La seule voie d'administration recommandée est la voie orale.

L'HAS rappelle les seuls protocoles qui possèdent une AMM :

Anti progestérone suivie, 36 à 48h après... d'une prostaglandine
mifépristone , 600 mg per os : - MIFEGYNE 3 cp à 200 mg en une prise	misoprostol , 400µg per os : -GYMISO : 2 cp à 200µg en une prise -MISOONE : 1 cp à 400µg
	Ou géméprost , 1 mg par voie vaginale - CERVAGEME : 1 ovule à 1 mg
Ou mifépristone , 200 mg per os : -MIFEGYNE : 1 cp à 200 mg - MIFFEE 1 cp à 200 mg	géméprost , 1 mg par voie vaginale - CERVAGEME : 1 ovule à 1 mg

Tableau 1 : Protocole de l'IVGM jusqu'à 7 SA (Hôpital ou ville)(42)

Le misoprostol est actuellement commercialisé sous le nom de GYMISO (comprimé 200µg), ou MISOONE (comprimé de 400µg). Le CYTOTEC,

misoprostol indiqué en gastro-entérologie, utilisé en gynécologie hors AMM, n'est plus commercialisé depuis le 1er mars 2018(46).

Si la contraception choisie est hormonale, celle-ci doit être débutée le jour même de la prise de misoprostol.

Chez les femmes rhésus négatif, une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D est prescrite (47). Cette injection doit avoir lieu au plus tard dans les 72 heures qui suivent la prise de mifépristone. Elle peut être réalisée secondairement par le professionnel réalisant l'IVG ou par une infirmière Diplômée d'Etat libérale au domicile de la patiente.

La troisième consultation correspond à la visite de contrôle.

Elle est programmée entre le 14ème et le 21ème jour post-IVG. Cette visite consiste en un examen clinique associé à une échographie pelvienne ou un dosage de β -HCG plasmatique afin de vérifier la décroissance qui doit être d'au moins 80% à J15 par rapport au dosage initial (48). Cette consultation est également destinée à une réévaluation de la contraception. La pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant peut avoir lieu au cours de cette consultation en cas de preuve de la vacuité utérine.

Un accompagnement psycho-social peut à nouveau être proposé.

5.4 Contre-indications à l'IVGM

Il faut distinguer les contre-indications liées aux produits et les contre-indications liées à la méthode.

- Contre-indications à la mifépristone :
 - Insuffisance surrénalienne chronique
 - Allergie connue à la substance active ou à l'un des excipients
 - Asthme sévère, non contrôlé par le traitement
 - Porphyrie héréditaire

- Contre-indications aux prostaglandines :
 - Hypersensibilité au misoprostol ou à l'un de ses excipients
 - Antécédents d'allergies aux prostaglandines
- Contre-indications à la méthode médicamenteuse

Les contre-indications absolues sont :

- Grossesse extra utérine(GEU). Il s'agit d'une urgence vitale qu'il faudra éliminer avant de procéder à une IVG.
- Troubles de l'hémostase à type d'hypo-coagulation ou traitement-coagulant
- Anémie profonde
- Dispositif intra-utérin en place

Les contre-indications relatives sont :

- Difficultés de compréhension des informations (problèmes liés à la langue ou autre)
 - Problèmes socio-économiques importants (grande précarité)
 - Ambivalence (proposition d'un temps de réflexion supplémentaire)
 - Impossibilité d'effectuer une visite de contrôle 15 – 21 jours après.
- Contre-indications à la méthode médicamenteuse en ville

A toutes les contre-indications précédemment citées s'ajoutent plusieurs critères d'exclusion en rapport avec la prise des médicaments au domicile et les éventuelles difficultés que cela peut engendrer: (41)(2)

- Terme supérieur à 7 SA (49 JA) ;
- Crainte de la part de la patiente de fortes douleurs ou de saignements abondants, préférence d'un lieu autre que le domicile personnel pour réaliser l'IVG ;
- Centre hospitalier avec service d'urgence à plus d'une heure de transport du domicile ;

- Impossibilité d'avoir un(e) accompagnant(e) au domicile le jour de la prise du misoprostol ;
- Absence de confort minimum au domicile de la patiente (toilettes sur le palier...) et charge familiale importante (enfants présents au domicile le jour de la prise de misoprostol) ;

MATERIEL ET METHODES

A. Choix de la méthode

1. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative a été choisie pour cette étude car elle était plus adaptée pour avoir accès au ressenti et aux représentations des médecins. Cette méthode recherchait plus à comprendre qu'à mesurer en laissant la population choisie s'exprimer. Le recours à des questionnaires, comme c'est le cas dans la méthode quantitative, n'aurait pas permis l'essor d'idées inconnues auparavant (49).

2. Le focus group

La méthode par focus group a été choisie en raison de la liberté d'expression qu'il favorise, la diversité des points de vue était recherchée (50). Il s'agissait d'entretiens collectifs qui ont permis de collecter des informations sur un sujet donné. Les entretiens étaient semi-dirigés, ils reposaient sur des questions ouvertes élaborées dans un guide d'entretien (annexe 1). Les participants étaient invités à faire part de leurs opinions, la discussion y était libre mais focalisée sur le sujet étudié. Cette technique a répondu à plusieurs objectifs :

- collecter des opinions, des croyances, des comportements concernant un sujet donné
- confirmer des hypothèses
- évaluer des besoins, des attentes et des satisfactions
- encourager les échanges autour d'un problème donné
- tester ou faire émerger des idées nouvelles au sein d'un groupe, pouvant être inattendues pour le chercheur (50)

B. Choix de la population

Composition des focus group : La population choisie était celle de médecins généralistes et gynécologues pratiquant des IVGM hors ou en établissement de santé en IDF. Le nombre de participants à chaque focus group était respectivement de 7 et de 5, tous volontaires, avec respect de l'anonymat. Nombre de focus group: Dans une étude qualitative, le critère utilisé pour déterminer le nombre de focus group est la saturation des données, c'est-à-dire lorsque une nouvelle collecte de données ne nous apporte pas d'information supplémentaire (49). Deux focus group ont été réalisés sans que la saturation des données n'ait été obtenue.

C. Mode de recrutement

Le recrutement a été fait par sollicitation directe et par mail. Lors des différents contacts, il a été veillé à ne pas donner trop d'informations, ce qui aurait pu orienter les débats.

D. Conduite des focus group

1.Élaboration du guide d'entretien

Ce guide d'entretien était composé de huit questions courtes, claires et ouvertes afin de stimuler le travail de groupe et l'échange. Ces questions allaient du domaine le plus général au plus spécifique. Une des principales caractéristiques du guide d'entretien dans les études qualitatives était qu'il soit modulable tout au long du travail (49). En annexe se trouve la version finale du guide après les différentes modifications apportées à la suite des entretiens.

2. Déroulement d'un focus group

Lieu : Il devait être neutre, calme et accessible par les participants (51). Il a donc été choisi une salle de cours de la Faculté de Médecine Paris 6 (Sorbonne).

Durée : Chaque question était abordée pendant environ 10 minutes et les séances ont duré respectivement 1h43min et 1h30min. La durée totale des focus group a été de 193 minutes. Les focus group se sont déroulés le 31 mai et le 15 juin 2016.

Intervenants : il y avait trois « intervenants » au cours d'un focus group :

- Le groupe de participants : rassemblé autour d'une table, il leur a été donné un questionnaire quantitatif anonyme recueillant diverses informations à remplir (annexe 2), et un formulaire de recueil de consentement à signer. Initialement, le principe du focus group et le thème leur étaient présentés. Il leur a été demandé leur accord pour la retranscription de tout ce qui serait dit pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions était obligatoire et ceci était annoncé en début de séance.

-Le modérateur (directeur de thèse) : Elle était chargée d'animer le groupe et de créer une dynamique de groupe. L'objectif était de faire émerger les différents points de vue. Elle devait éviter ce qu'il est convenu d'appeler la contamination du groupe, elle devait donner la parole à tout le monde, être neutre et empathique, sans révéler son point de vue sur ce qui était dit (51). Avant de débiter l'enregistrement, elle devait souhaiter la bienvenue aux participants, les remercier d'être venus, se présenter et expliquer le déroulement du focus group et les règles de base (51).

-L'observateur (auteur de la thèse) : je m'occupais des enregistrements audio des séances. Mon second rôle était de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.

Mode d'enregistrement : Un appareil numérique d'enregistrement audio a été utilisé : un micro Auna 900-B© avec enregistrement numérisé par le logiciel Audacity. Ils étaient disposés au centre de la table de conférence.

Retranscription : Une fois les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, la retranscription intégrale sur un support informatique a été immédiatement réalisée, complétée par les évènements et les réactions des médecins. Cette retranscription fut réalisée de façon intégrale, sans correction ni reformulation des propos. De même, les échanges non verbaux (rires, hésitations, les temps de réflexion) ont été mentionnés (49).

E. Analyse des données

Dans un premier temps, une analyse verticale a été réalisée par la lecture répétée de chaque focus group afin de s'imprégner du discours. Dans un second temps, il a été réalisé une analyse transversale. Cela a consisté en l'analyse des transcriptions des paroles des participants (verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée thématique qui pouvait les résumer (50), (49). Cette analyse devait être reproductible, c'est-à-dire que quelle que soit la personne qui la réalise, les conclusions devaient être les mêmes. Cette analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal. Ce n'est pas la fréquence d'une idée qui était recherchée mais la multitude de celles-ci (52). Pour augmenter la validité interne, le codage axial a été réalisé par deux personnes : la directrice et l'auteur de la thèse. Cette analyse thématique a permis d'élaborer une synthèse narrative et descriptive de l'étude qui est présentée ci-après.

RESULTATS

A. Les médecins participants

25 médecins ont été contactés par mail pour participer au focus group. 2 Dates ont été proposées aux médecins. 13médecins ont répondu à notre invitation. 12 médecins sont venus.

Le premier focus group est composé de 7 médecins (4 femmes et 3 hommes).

Le second focus group est composé de 5 médecins (5 femmes).

La majorité exerce dans Paris Intra-muros (N=7). La moyenne d'âge est de 54 ans et l'écart-type de 30ans à 66 ans. Ils pratiquent tous une activité de gynécologie dans leur pratique courante notamment la prescription de la contraception orale et de la réalisation d'IVG. 8 médecins travaillent en libéral, 4 en milieu hospitalier au sein de centres d'orthogénie.

Praticiens	Sexe	Age	Spécialités	Formations complémentaires
P1	F	64	généraliste	
P2	M	61	gynécologie- obstétrique	DU échographie
P3	F	58	généraliste	
P4	F	30	généraliste	
P5	M	55	gynécologie- obstétrique	
P6	M	59	généraliste	DU gynécologie
P7	F	66	généraliste	
P8	F	60	généraliste	DU échographie
P9	F	61	généraliste	
P10	F	30	généraliste	DIU orthogénie
P11	F	44	généraliste	DU gynécologie
P12	F	44	généraliste	DIU orthogénie

Tableau 2. Données sur les caractéristiques des médecins

Praticiens	Lieu d'exercice	Début d'activité	Nb d'années De pratique IVG
P1	cabinet de groupe	1978	5
P2	hospitalier	1980	36
P3	libéral	1989	10
P4	CDS	2014	0
P5	hospitalier	1987	29
P6	CPEF/CDS	1989	11
P7	libéral	1981	10
P8	libéral	1981	11
P9	libéral	1981	10
P10	hospitalier	2013	2
P11	hospitalier	2003	13
P12	libéral	2008	5

Tableau 2. Données sur les caractéristiques des médecins.

B. Les focus group

Les Focus group se sont déroulés les 31 mai et 15 juin 2016 en début de soirée dans les locaux du Département de Médecine Générale à la faculté de Saint Antoine, dans le 11ème arrondissement de Paris.

La durée des focus group était respectivement de 1h43min et 1h30min.

C. Analyse transversale des focus group

1. Les requis à l'IVGM

1.1 La patientèle concernée

Des praticiens évoquaient la crainte de proposer une IVGM à toutes les patientes. Certains disaient préférer prendre en charge des patientes connues, surtout si mineures.

P11 : « On va peut-être se rassurer assez pour se dire qu'on peut le proposer à tout le monde. C'est peut-être ça en fait qui nous fait peur, c'est de le proposer à tout le monde sans avoir de certitude. »

P8 : « C'est vrai que les mineures, moi en ville n'étant pas en centre, je sais pas pour l'instant. Là j'aurais envie de dire : quand c'est des patientes que je connais, oui là je n'hésiterais pas. »

1.2 L'organisation de la consultation de demande d'IVG

Des médecins travaillant en milieu hospitalier rapportaient qu'une partie de la première consultation était effectuée par une infirmière formée.

P11 : « Alors dans un centre, les femmes elles sont vues par plusieurs personnes successivement. Et chez nous y a une infirmière qui reçoit les patientes et qui fait une partie du dossier et qui parle de la contraception, qui pose des questions »

En ambulatoire, des praticiens mettaient en place un accueil téléphonique pour délivrer une partie des informations avant la première consultation, tout en soulignant la difficulté d'organisation de cette consultation qui se devait d'être longue.

P8 : « Comme j'ai des délais de rendez-vous parce que je suis surbookée, la secrétaire quand c'est des demandes d'IVG me les passe directement et je commence déjà à lui expliquer des choses par téléphone et à lui prescrire des choses, elle va venir chercher l'ordonnance et après y aura la grosse consult' »

P3 : « Et là c'est plus difficile parce qu'il faut pouvoir prendre le temps et qu'on n'a pas forcément tout ce temps et que faut ménager 2 consultations au moins et ça c'est un peu difficile. »

Certains participants tenaient à revoir la patiente à 48h pour la prise du misoprostol, surveillance et éducation.

P1 : « Oui je les revois parce que ça permet de savoir si elles ont commencé à saigner, pas saigner, comment ça se passe, si elles ont bien compris, qu'il faut prendre les antalgiques, qu'elles sont arrêtées ce jour-là, qu'il faut prendre la pilule ce soir, c'est ... effectivement je mets 2 consultations à 48h d'intervalle c'est vrai. »

1.3 La place de l'examen gynécologique

Plus de la moitié des intervenants proposaient l'examen gynécologique systématiquement en première consultation et/ou visite de contrôle. Certains pensaient qu'il était plus pertinent de le proposer en visite de contrôle car il permettait de rassurer et dépister les complications.

P7 : « Alors moi je le fais assez systématiquement, enfin quand elles reviennent euh... mais je le fais un peu pour deux raisons : d'une part parce que même en ayant parlé assez fréquemment ils disent « oh j'ai continué quand même à saigner » et donc en faisant un examen je peux peut-être trouver quelque chose euh qui va orienter sur un problème, sur un diagnostic ou sur ... repérer qu'il y a peut-être un problème. Ça c'est le premier point, le deuxième heu c'est aussi heu souvent moi je leur demande « est-ce que vous êtes d'accord moi j'aimerais bien vous examiner »

et elles disent « oh oui comme ça je saurais si tout va bien maintenant » donc y avait un coté aussi de ...d'essayer de de... de réassurance, voilà. »

Parmi les praticiens qui le proposaient systématiquement certains doutaient de sa nécessité.

P1 : « Moi j'aime bien aussi être systématique, faire des trucs, donc je le faisais et c'est vrai qu'après on... je me dis est-ce qu'on n'est pas trop intrusif et en même temps je me dis si on le fait pas là, ba par contre... »

P3 : « moi je pense qu'il faut pas le faire. Mais je le fais quand même. »

Les autres pensaient qu'il était inutile de le proposer en cas d'absence de symptômes ou si une échographie avait été réalisée.

P8 : « Alors moi quand je les vois avec leur écho je me demande à quoi ça sert. »

P6 : « Mais justement sur l'examen systématique y a des études qui montrent que ça n'a aucun intérêt si y a pas de symptômes et qu'on trouvera rien. »

Des médecins travaillant en milieu hospitalier pensaient que l'examen gynécologique pouvait être fait dans de bonnes conditions pendant la consultation IVG, notamment chez la femme jeune.

P11 : « Moi je trouve que l'examen gynécologique proposé chez les femmes qui viennent faire des IVG, en particulier chez celles qui en ont jamais eu c'est intéressant parce que ça permet, on prend le temps d'expliquer ce que c'est un examen gynécologique et on sait en particulier dans les IVGM il peut y avoir des complications y a quand même 3% d'échecs, et les femmes seront amenées à avoir un examen gynécologique dans des circonstances qui seront plus anxiogènes que la première consultation. »

1.4 Le diagnostic de grossesse

La majorité des médecins interrogés faisait le diagnostic de grossesse par un dosage de bHCG sanguins, et non directement par échographie de datation.

P6 : « Elle vient elle a 500 de bHCG. »

P8 : « A la limite à l'heure actuelle l'écho oui pour cette histoire de GEU mais sinon je m'en fiche quoi. »

Quelques praticiens le faisaient avec un bHCG urinaire et une date de dernière règle fiable.

P4 : « Elle vient elle a un retard de règles, test urinaire positif. On a quelques fois dès test urinaires dans les CDS qu'on peut faire directement au cabinet. Si on a des dates de dernières règles fiables. »

Certains réalisaient une échographie de datation en complément pour éliminer une grossesse de plus de 7 SA.

P2 : « Alors ça dépend parce que l'échographie de datation c'est aussi pour ne pas dépasser 7 semaines. »

1.5 La prescription d'examen complémentaires

1.5.1 Bilan pré-IVG

La grande majorité des intervenants disaient prescrire des bHCG sanguins ainsi qu'une échographie avant de pratiquer une IVG médicamenteuse. Des praticiens hospitaliers affirmaient parfois se passer de bHCG s'ils avaient une certitude échographique.

P9 : « Ba en pratique quand moi je le fais, des bHCG et l'échographie. »

P12 : « Les deux. Il faut les deux. Pas obligatoirement mais c'est ce que je fais. »

P10 : « Parce que si on a une certitude échographique on a pas besoin de beta. Donc après c'est parce que c'est hospitalier »

Quelques médecins ne prescrivaient l'échographie qu'à partir d'un certain seuil de bHCG.

P6 : « Une IVG médicamenteuse je fais les beta bHCG et si les beta bHCG sont supérieurs à 1500-20 000 je ferai pas sans écho. »

Plusieurs praticiens prescrivaient également un groupe sanguin et un rhésus.

P1 : « par contre le groupe sanguin rhésus oui »

P2 : « Mais bon, ça fait partie des recommandations donc on fait que ça, carte de groupe et rhésus, et les bHCG. »

Les participants restaient partagés sur la prescription d'une numération et d'un bilan d'hémostase.

P7 : « La coagulation j'y ai pas pensé mais je crois pas que j'y penserai et je me pose la question »

P4 : « Alors nous au CDS on a...décidé ensemble conjointement qu'on ferait un bilan avec quand même un bilan avec un TP et une hémostase... »

1.5.2 Bilan de contrôle

La quasi-totalité des intervenants rapportaient prescrire un bHCG de contrôle à réaliser dans les 15 jours suivant l'IVGM. Les protocoles de surveillance de décroissance des bHCG qu'ils utilisaient, bien que conformes aux recommandations, étaient disparates.

P10 : « Si on a pas de beta initiaux on en fait quand même faire à 14 jours, mais comme on fait pas la décroissance on a pas les 90%, on considère qu'a moins de 1000 c'est bon »

P11 : « C'est 80% de décroissance de beta bHCG à 8 jours je crois ou 7 jours. »

Pour certains médecins les différents temps de dosage de bHCG de contrôle et taux de décroissance à surveiller entraînaient une confusion.

P8 : « Si j'ai bien compris faut faire un bHCG précoce après l'IVG je sais plus combien de temps exactement après. »

P7 : « Vous avez dit tout à l'heure à J3 y avait 50% de diminution. »

Quelques personnes affirmaient ne pas prescrire d'échographie de contrôle à titre systématique. Seulement en cas d'anomalie de décroissance des bHCG à J14 ou de signes cliniques de complication.

P10 : « Alors que si on est à plus de 1000 ou si cliniquement elle a des signes de saignements importants etc... nous on va faire une écho à ce moment-là. »

1.6 La contraception

Pour l'ensemble des praticiens il était primordial d'aborder la contraception lors de la prise en charge de l'IVG.

P11 : « Par contre que nous on parle pas de contraception, j'aurais l'impression de pas avoir fait mon travail quoi. »

P2 : « Surtout on va parler contraception et tout et donc ça ça dépend un peu. »

P8 : « Donc qu'est ce qui s'est passé ? Voilà. Et c'est là qu'on aborde la contraception et que ça prend du temps. »

Pour un des participants il fallait aborder la contraception le plus tôt possible dans la prise en charge à cause des pertues de vue.

P10 : « Effectivement je pense qu'il faut l'aborder avant parce que y a ce risque de pertues de vues »

1.7 La visite de contrôle

Les médecins interrogés organisaient une consultation de contrôle 2 à 3 semaines après l'IVG. Certains contactaient seulement la patiente par téléphone.

P4 : « moi du coup ce que je fais comme c'est encore très protocolisé, c'est elles ont leur rendez-vous et sur l'ordonnance elles ont la date ou elles doivent faire le beta, donc elles ont les 2 rendez-vous avec 2 dates comme ça c'est... donc plutôt sur les 21 jours, ça fait 3 semaines. »

P5 : « Donc ça c'est effectivement le truc donc euh...voilà, c'est un peu aléatoire. Sauf que quand je dis la revoir, c'est pas forcément la revoir, c'est la contacter. »

2. L'accompagnement de la demande d'IVG

2.1 L'accompagnement psychologique

L'ensemble des médecins ont exprimé de l'intérêt pour le vécu des patientes.

P4 : « J'ai plus peur de la patiente de son... qu'elle le vive mal, que ce soit une méthode pas adaptée dans telle situation, plus dans ce... et que après y ait des retentissements psychologiques plus tard ou autres. »

Plusieurs participants ont souligné la variabilité du vécu des patientes du parcours de soin.

P9 : « Après je pense qu'il faut pas faire un cas général, c'est à dire que y a autant de femmes que d'IVG. »

P11 : « Moi je suis pas sûre qu'une IVG se soit traumatisant dans tout parcours. Une IVG ça peut être un soulagement, une solution. »

P8 : « Mais j'en ai deux ou c'est vraiment... c'est plus moi que ça gêne en fait. »

La prise de mifépristone en présence du médecin, et même la prise de misoprostol à 48h, pour certains, était un acte de soutien psychologique fort.

P4 : « je pense aussi que, c'est comme on disait, pour certaines patientes c'était important parce que c'est la réassurance c'est le médecin qui l'a donné, souvent c'est aussi « je suis pas seule là-dedans » »

P1 : « 2 consultations à 48h, moi j'trouve, j'trouve que ça permet le soutien un peu... c'est un évènement quand même. Quand même un petit peu quoi. »

Des praticiens affirmaient que l'attente de la patiente, l'accès au parcours de soin influençaient beaucoup le vécu de la patiente.

P11 : « je sais pas, nous on est confrontés à ça mais les études le disent aussi que le plus difficile après avoir pris sa décision c'est d'attendre que ça se fasse. »

P10 : « C'est le parcours d'accès à l'IVG. Pour l'avoir vécu c'est les refus, les gens qu'elles ont rencontrées, les attitudes, qui ont engendrés le plus de choses. »

2.2 La place du conjoint et de l'entourage

Plusieurs médecins disaient aborder la place du conjoint/accompagnant avec la patiente pendant la consultation, et que cela pouvait aider au choix de la méthode.

P4 : « ...mais y en a beaucoup pour qui c'est important d'expliquer les choses et du coup forcément dans la conversation on va souvent être amené à demander « et votre partenaire ? » etc... »

P2 : « Une femme qui dit « ah non il est pas du tout au courant » et ba peut être que le médicamenteux à la maison n'est pas la meilleure méthode. »

La majorité des intervenants pensaient qu'il fallait exclure le conjoint de la consultation.

P2 : « c'est pas je pense, c'est presque conforme à la loi, puisqu'elle doit être seule... Elle est seule dans sa décision, hors le seul moyen d'être sûr qu'une personne décide, elle, c'est à un moment d'être seule, ça peut être un moment assez court dans la

consult'. »

Certains médecins ont évoqué l'importance de l'accompagnant pour certaines patientes.

P1 : « Moi j'ai compris que quand je me suis retrouvée en situation, ce qui est quand même un peu fort mais. Tu t'aperçois tout d'un coup, tu perçois de ta fragilité et t'es accompagné par quelqu'un qui n'est pas malade parce que t'es débordé alors après c'est légitime qu'elle vienne pas toute seule. (Rires). Mais c'est étonnant parce que moi j'avais pas perçu ce que ça voulait dire pour les gens de venir accompagné. »

2.3 Le dépistage des violences

Des praticiens parlaient du dépistage des violences pendant la consultation, et certains par le biais de l'examen gynécologique.

P4 : « je suis désolé mais je demande aussi si elles ont été victimes de violence. »

P1 : « Et puis la deuxième raison c'est qu'en les examinant je leur demande si elles ont subi des violences ou pas. C'est à ce moment-là qu'on est vraiment dans l'intime et c'est à ce moment-là que j'ai réussi à caser la phrase des violences, avant j'arrivais pas à la mettre ailleurs qu'à ce moment. »

2.4 Le dépistage des IST

Les avis étaient assez scindés concernant la proposition systématique de dépistage des IST dans la prise en charge de l'IVG.

P4 : « je le fais systématiquement parce que quand y a une IVG comme quand il y a une contraception, comme quand il y a une femme je demande toujours les risques d'exposition »

P1 : « je préfère leur demander ce qu'elles veulent et puis elles savent aussi si elles ont un rapport à risque, si elles ont besoin d'un dépistage, de tout quoi. »

Plusieurs praticiens s'interrogeaient sur les meilleures méthodes de prélèvements pour le dépistage des IST.

P8 : « A l'époque c'était urinaire c'était dans notre formation donc en 2005 qu'on nous disait ça. Et puis maintenant c'est plus performant sur le col. »

P10 : « Je pense que si on veut le faire et qu'on veut élargir le dépistage c'est quand même hyper pratique urinaire. »

3. Les difficultés rencontrées

3.1 Freins rencontrés

Les intervenants exposaient plusieurs facteurs qui pouvaient les freiner face à une demande d'IVG médicamenteuse :

- la distance, que ce soit un domicile éloigné du cabinet ou un voyage de prévu.
- le niveau de compréhension de la patiente
- le ressenti du médecin vis-à-vis de la patiente
- l'isolement de la patiente

P11 : « Moi je pense que y a vraiment aucun objectif. Je pense que c'est un feeling pendant la consultation, à se dire quel projet on a. »

P10 : « la compréhension exactement ouais. »

P2 : « Après c'est comme tout en médecine chaque patiente est unique et alors par exemple nous on en ferait jamais avec un voyage bien sûr »

3.2 La délivrance de l'information

Dans leur pratique, des médecins constataient que les patientes étaient souvent peu au courant des conditions pour bénéficier de l'IVG, ainsi que des différentes contraceptions.

P10 : « est-ce que vous avez eu toutes les informations ? » « Voilà ce qu'on peut vous proposer » parce que y en a qui ont eu que la pilule et elles pensent que y a que ça de possible. »

Des médecins trouvaient qu'il y avait trop d'information à fournir lors de la consultation d'IVG, et que les patientes ne retenaient pas assez d'informations.

P11 : « Après y a tellement de chose à faire dans cette consultation que probablement y a des femmes qui entendent pas, qui n'écoutent pas même et il faudra revoir après avec elles ce qu'elles ont entendu, ce qu'elles ont compris mais probablement y a des femmes qui écoutent pas. »

D'autres évoquaient l'appréhension qu'ils avaient des réactions des patientes suite à l'information sur les complications.

P11 : « Moi j'aurais peur que, enfin c'est de la pratique ça, quand on alarme trop les femmes elles disent « bon ba je veux pas le faire » et celles qui sont pas là. »

P2 : « oui c'est pour ça qu'il faut tester. Il y a des dames dont on sent que si on leur parle de pathologie et tout elles vont revenir pour être rassurées. Et puis peut-être pas et puis celle-là entre guillemet je la sens pas euh... et j'attends d'être sûr. »

Certains pensaient qu'une patiente bien informée avait moins de chances d'être perdue de vue et d'autres que ça n'avait pas d'incidence.

P2 : « Oui mais quand on leur explique tout ça en général on a de grande chance de la revoir. Au moins qu'elle fasse son bHCG. »

P4 : « malgré que j'avais souvent une heure une heure et demi à leur consacrer malgré l'insistance... de leur dire que c'est hyper important... »

3.3 La place de l'échographie

3.3.1 La différence d'accès ville/hôpital

De nombreux praticiens ambulatoires se plaignaient de la difficulté d'accès à l'échographie en ambulatoire, tandis que les praticiens hospitaliers affirmaient demander l'échographie quasi-systématiquement car facilement accessible en milieu hospitalier.

P11 : « Mais ça dépend de l'accès qu'on a à l'échographie surtout. Parce que évidemment en ville c'est pas du tout le même raisonnement et ça dépend du réseau qu'on a aussi, si on a accès à un radiologue qui va le faire rapidement ou pas du tout. »

P10 : « Pratique actuellement ? L'échographie. Parce que si on a une certitude échographique on a pas besoin de beta. Donc après c'est parce que c'est hospitalier et que, effectivement... »

3.3.2 L'absence d'image intra-utérine

Une grande partie des intervenants s'étaient plaints de la frustration autant pour la patiente que pour le médecin de ne pas avoir d'image intra-utérine à l'échographie. Nécessitant souvent de devoir refaire l'échographie et rallongeant les délais de prise en charge.

P6 : « ça me pose problème de redemander une écho, de lui demander de retrouver un rendez-vous d'écho, ce qui peut mettre plusieurs jours, donc ça peut être difficile.

C'est très très, très très peu satisfaisant d'avoir l'écho et de dire « ha merde y a rien » « à refaire ». »

3.3.3 Les interrogations sur la nécessité de l'échographie.

Plusieurs intervenants doutaient de l'intérêt de l'échographie dans la prise en charge, notamment en début de la grossesse.

P6 : « non mais euh... c'est vrai que l'écho, est-elle indispensable ou pas ? Avant 4 semaines ? Si elles sont à 1500-2000 est-ce que ça vaut le coup de les envoyer pour rien ? Est-ce que ça vaut le coup de leur faire l'écho ou pas ? »

3.4 Les relations interprofessionnelles

3.4.1 Avec les échographistes

Les médecins travaillant en ambulatoire rapportaient plusieurs problèmes qu'ils pouvaient rencontrer avec les échographistes :

- les mauvais rapports avec les prescripteurs et/ou les patientes et la difficulté de trouver un échographiste fiable.

P6 : « Si y a une deuxième écho ça veut dire c'est encore un échographiste ou une échographiste qui n'est pas forcément très sympathique avec la dame »

-la pratique des échographistes, hors prescription, d'échographie morphologique, dont certains montrent les images cardiaques à la patiente.

P1 : « à l'inverse quand on mettait datation ils leur mettaient un rendez-vous vite. Alors ils leur donnent rendez-vous vite et après ils peuvent pas s'empêcher de leur montrer le cœur qui bat ça m'énerve. »

- Le caractère opérateur dépendant de l'examen.

P7 : « parce que je me retrouve... à faire des échos parce que les rapports avec des patientes qui ont plein de soucis parfois sur l'imagerie, même quand on envoie dans le même cabinet mais malheureusement c'est le remplaçant ou autre c'est ...c'est difficile. »

Pour certains intervenants certains échographistes étaient coupables de maltraitance envers les patientes.

P4 : « parce que j'ai été choqué aussi par les échographies que les dames me ramenaient avec « activité cardiaque » euh « machin chose », c'est vraiment violent pour les dames, et c'est pour ça que l'échographie moi ça m'embête parce que je trouve c'est une violence pour les femmes. »

Des praticiens hospitaliers et ambulatoires travaillaient en réseau avec le même échographiste et ne disaient pas rencontrer de problème.

P12 : « Nous pour le moment on a pas particulièrement changé nos habitudes. Donc moi j'ai un échographiste qui travaille avec moi, et il a des plages réservées pour l'IVG »

3.4.2 Avec les laboratoires

Des médecins ont évoqué des rapports difficiles et la vénalité de certains laboratoires.

P7 : « Et les labos du coin ils sont pas sympas hein. »

3.4.3 Avec les sages-femmes

Des intervenants s'interrogeaient sur la capacité des sages-femmes à participer à l'accès à l'échographie et à collaborer dans le cadre de l'IVG médicamenteuse.

P8 : « Enfin bon, moi j'ai pas beaucoup d'espoir face à l'arrivée des sages-femmes échographistes. »

P8 : « Elles sont mise en tutelle pour l'instant mais c'est en train de se généraliser »

P9 : « Les sages-femmes peuvent faire des IVG med' et y en a certainement qui font des échos ? »

3.5 La notion de coût financier

Plusieurs participants ont abordé le coût de certains examens complémentaires, et la prise en compte de la situation financière des patientes dans la prescription.

P8 : « Y avait pas d'échographie, c'est pas possible d'avoir une écho, elle était pas à la sécu, elle avait pas de sous, enfin tout était compliqué. »

P1 : « parce que ça a un coup, alors en ville ça a un coût pas possible. Et déjà que c'est difficile... je ne sais pas dans le 13ème j'ai vu beaucoup de gens qui sont pas pauvres mais tu vois c'est limité quoi, quand on prend des gens qui ont pas de mutuelle, là on sait bien qu'ils vont avoir une prise en charge e 100% mais chlamydiae tout ça va pas être pris en charge à 100%, et je veux dire la note elle augmentait. »

P7 : « Je rejoins Anne Marie dans les deux arguments qu'elle a donné...ba le problème économique c'est quand même ... là d'ailleurs ne seront remboursés que rhésus et ...bHCG et euh... »

P1 : « trop cher. » (à propos de l'échographie de contrôle)

P4 : « Et nous si on a des patients qui n'ont pas de sécurité sociale on les fait passer sur les consultations de planning donc heu... bien entendu qu'on prend en compte la mutuelle et l'état financier du patient. »

4. Le militantisme des praticiens

4.1 Investissement dans la pratique des IVG

La majorité des participants affirmaient réaliser des IVG depuis plusieurs années, certains depuis 10 ans ou plus. Deux praticiens hospitaliers étaient spécialisés dans l'orthogénie.

P8 : « Et on a été les premiers généralistes formés, on avait déjà préparé la formation, dès que la loi est sortie, voilà. C'est pour ça c'était en 2005. »

Plusieurs participants disaient avoir participé à la création d'association ou de projet IVG en CDS.

P5 : « j'ai cofondé avec Michel qui est là l'association REVHO, qui a 10 ans »

P4 : « J'ai aidé à monter le projet IVG avec le CDS, ça fait 1 mois et demi »

Des participants ont évoqué leur volonté de diffuser la pratique de l'IVGM en ville.

P5 : « Le but de cette association était de favoriser la diffusion de l'IVG dans les cabinets de ville et après dans les CDS, avec on avait déjà comme objectifs les médecins gynécologue et généralistes. »

P1 : « je me suis formé à L'IVG médicamenteuse il y a quelques années parce qu'il y avait un...un besoin...de la part des patientes... et dans le 13ème on avait un seul médecin qui en faisait. »

4.2 Respect du choix des patientes

Plusieurs médecins disaient rappeler à la patiente qu'elle était seule décisionnaire selon la loi.

P2 : « Et quand même, alors moi je suis très clair par rapport à la loi, je dis à la dame, une fois qu'elle est seule, hein, je dis à la dame « vous savez sans doute que dans la loi il n'y a QUE vous qui comptez, mais je vais quand même vous demander ». »

5. La suppression du délai obligatoire de réflexion, élément subversif

5.1 Fin du délai de réflexion

La majorité des praticiens avaient un avis positif concernant la suppression du délai obligatoire de réflexion et remarquaient une augmentation des demandes d'IVG à des âges de grossesse précoce.

P1 : « Ouais moi je trouve que la suppression de 7 jours c'est que du bonheur. De dire aux femmes « mais attend faut attendre 7 jours « je déteste ça. « Vous êtes sûr ? attendez faut bien réfléchir ». »

P9 : « voilà je trouve ça vraiment bien qu'il n'y ait plus ce délai obligatoire d'une semaine. »

P6 : « Oui elles viennent de plus en plus tôt et puis c'est vrai que l'affaire du délai est là, ça change tout en...en 2 jours euh... c'est fait. »

P12 : « Actuellement c'est vrai que celles que je rencontre, elles sont à 5 semaines, voilà. »

La moitié des participants évoquaient des patientes chez qui ils avaient ressenti le besoin d'un délai de réflexion supplémentaire, et certains affirmaient que la suppression du délai obligatoire ne devaient pas empêcher le praticien de prendre le temps pour faire l'IVG si nécessaire en fonction de son ressenti vis-à-vis de la patiente. Certains redoutaient même que l'accélération de la prise en charge puisse induire plus d'erreurs médicales.

P10 : « On est pas obligé de faire des IVG précoces à tout le monde si on sent qu'un délai de réflexion est nécessaire, voilà. »

P9 : « Y a aussi celles qui veulent que ça soit fait tout de suite tout de suite parce que « je ne veux pas y penser », et voilà, et parfois ça peut être fort intéressant d'y penser. »

P2 : « c'est sûr que ça va être un peu difficile d'essayer de cerner les dames qui auront besoin d'un peu plus de temps. Alors autant je suis très content que le délai ait été supprimé, autant, de temps en temps, ça va nous mettre face à des situations plus difficiles qu'avant et que de même on va faire certaines erreurs d'aller trop vite pour certaines femmes. »

Des médecins en ambulatoire rappelaient qu'un délai persistait à cause de l'attente dans la prise en charge, et notamment les rendez-vous d'échographie.

P12 : « Ba du coup quelque part il y a un décalage en fait entre l'accessibilité pour

la patiente et la réponse à sa demande. Finalement j'ai l'impression qu'on est pas encore muni d'outils, de protocole pour répondre à une demande. Si elles doivent refaire les beta bHCG refaire l'échographie donc quelque part ça les met aussi dans une position d'attente et d'absence de réponse immédiate. »

5.2 L'apparition du terme « précoce »

5.2.1 Définition de la grossesse précoce

La plupart des personnes s'interrogeaient sur la définition de grossesse précoce. Plusieurs participants la définissaient par une grossesse sans image intra-utérine à l'échographie, ou avant 5 SA.

P12 : « Donc pour moi si j'indique le terme « précoce » c'est un diagnostic que nous on fera entre nous en fait, est-ce qu'on va classer cette grossesse dans une définition particulière et on va avoir une conduite à tenir spécifique à cette sémantique attribuée qui pour moi évoque autre chose. »

P8 : « C'est une grossesse avant qu'on voit quelque chose à l'échographie, donc ça va être avant 6 semaines. 5 semaines, les femmes on commence à les voir à 5 semaines et demie. Donc pour moi IVG très précoce ça serait avant 5 semaines et demie. »

P9 : « Oui voilà, une grossesse sans certitude échographique, de vésicule vitelline ou de sac utérin, ou une grossesse avec un utérus vide mais un bêta positif. »

Un médecin définissait la grossesse précoce comme une grossesse chez une mineure.

P11 : « Pour moi y a une différence entre grossesse précoce et IVG précoce. "Grossesse précoce " ça me fait penser aux femmes qui ont des grossesses jeunes, donc les mineures qui ont des grossesses. »

5.2.2 Définition de l'IVGM précoce

Pour plusieurs médecins le terme « précoce » restait à définir, voire était un mauvais terme. Certains définissaient l'IVGM précoce comme une IVGM réalisée sans certitude échographique de grossesse intra-utérine évolutive, d'autres par une IVGM réalisée dès les premiers signes de grossesse confirmée par un dosage de bHCG et sans échographie.

P5 : « y a pas de définition de l'IVG précoce.... »

P2 : « Ba justement, l'idée de L'IVG précoce c'est une IVG avant qu'on ait la certitude absolue avec une image forcément d'une grossesse intra-utérine évolutive, mais je suis d'accord qu'il n'y a pas de définition, c'est une conception des choses si je puis dire. »

P6 : « oui donc moi je suis d'accord aussi c'était les IVG sans image à l'échographie. »

P12 : « Ça pourrait être est-ce qu'on la fait l'IVG dès que la patiente a des signes peut-être même cliniques ou de grossesse, de suspicion de grossesse confirmée par les beta bHCG. »

5.2.3 Définition de la grossesse de localisation indéterminée

Un praticien définissait la grossesse de localisation indéterminée soit par une grossesse avec un taux très bas de bHCG sans réalisation d'une échographie, soit par une grossesse avec absence de sac intra-utérin à l'échographie.

P5 : « ça correspond en fait aux 2 situations, ça correspond aussi à quand il n'y a pas d'échographie. Parce qu'en fait quand on n'a pas d'échographie de facto c'est une grossesse de localisation indéterminée. Donc c'est soit quand on a pas fait

l'échographie soit quand on a fait une échographie et qu'elle ne montre pas de sac intra-utérin, c'est les 2 situations. »

5.3.4 Vision de l'IVG précoce

Globalement les médecins avaient une vision positive de l'IVGM précoce : ils imaginaient qu'elle se ferait sans échographie, qu'il y aurait une organisation du suivi différente, que le parcours de la patiente serait simplifié, qu'il y aurait une diminution des effets indésirables et qu'il y aurait une amélioration du vécu des patientes.

P10 : « ...ce délai supprimé ça pourrait permettre de voir des femmes avec juste un beta bHCG, pas d'écho, et de faire l'IVG presque dans la foulée. »

P10 : « l'IVG précoce qui sera probablement une prise en charge différente de l'IVG actuelle, je pense que effectivement ça peut répondre à toujours améliorer ce que veut chaque femme dans son vécu. »

P8 : « Donc l'IVG précoce c'est beaucoup plus léger, c'est plus petit, ça va peut-être moins saigner, être mieux vécu, je sais pas. »

Certains médecins craignaient que l'IVGM précoce ne soit moins efficace, et qu'elle ne simplifie pas la prise en charge pour le médecin.

P8 : « Après pour revenir à ce que tu disais au début c'est vrai que j'avais appris aussi lors de ma formation que l'IVG médicamenteuse les échecs étaient plus importants quand on le faisait très très tôt. J'avais effectivement cette inquiétude là, mais je pense qu'il doit y avoir des statistiques maintenant. »

P11 : « voilà jusqu'où on la suit en fait ? Et en fait ça veut dire des réseaux...et ça veut dire, c'est pas forcément simplifié, c'est ça en fait. C'est qu'en pratique ça veut pas dire « simplifier ». Alors peut être que ça veut dire « ne pas attendre » ça

simplifie le vécu des femmes, le parcours des femmes mais c'est pas simplifié sur le plan médical, enfin il ne me semble pas que ça soit simplifié. »

6. Inquiétude des praticiens

6.1 La crainte de la GEU

6.1.1 Frein à l'IVG

Plusieurs des médecins interrogés affirmaient ne pas réaliser d'IVG sans certitude échographique de grossesse intra-utérine. Certains rapportaient avoir été formés à toujours éliminer une GEU avant de pratiquer l'IVG.

P11 : « Avec le protocole actuel c'est à dire pas de caractère intra-utérin on attend. »

P10 : « Oui, en fait effectivement, nous, pour avoir une grossesse et commencer une IVG, c'est une certitude échographique. »

P2 : « ...en France y a très peu de personnes qui ne font pas l'échographie, enfin qui ne demandent pas l'échographie avant de faire une IVG. »

6.1.2 La localisation de la grossesse

Des praticiens disaient attendre de l'échographie une image intra-utérine pour pouvoir localiser la grossesse et notamment la présence d'un vrai sac utérin, d'une vésicule vitelline ou d'un embryon.

P8 : « Mais des fois on voit bien que c'est un sac même si y a pas la vésicule vitelline donc c'est pour ça. »

P12 : « Ba la longueur cranio-caudale ou la vésicule vitelline. »

6.1.3 Dépistage et prévention de la GEU

Des praticiens évoquaient le fait qu'il n'y avait pas de dépistage de la GEU, et que cette dernière était souvent asymptomatique en début de grossesse.

P5 : « d'ailleurs je voulais revenir sur ce que vous avez dit, vous disiez « il y a eu un raté », il y a pas de raté la grossesse extra-utérine y a pas de dépistage, il n'y a pas de recommandation pour le dépistage. Donc vous n'avez rien raté. La dame elle avait une grossesse extra-utérine et voilà tout. »

Certains évoquaient leur crainte de confondre les symptômes de GEU avec les effets indésirables de l'IVGM.

P5 : « faire la différence entre une douleur d'une IVG et une douleur de GEU on y arrive pas. »

P11 : « Et qui auront des signes liés à l'avortement qui doivent se confondre avec les signes de la grossesse extra utérine, et c'est l'inquiétude. »

Pendant la consultation les intervenants informaient les patientes sur les symptômes d'urgence devant les faire revenir consulter. Certains remettaient une feuille d'information.

P5 : « c'est ce que j'ai fait à Trousseau j'ai fait une feuille d'information ou je mets tous les signes cliniques qui doivent amener à consulter en urgence. En fait c'est des signes de choc en fait... »

Plusieurs médecins pensaient que faire une IVGM précocement avec une surveillance par bHCG pouvait permettre le diagnostic précoce d'une éventuelle GEU.

P10 : « Enfin, voilà, est-ce que y a vraiment en fait un danger à avoir cette GEU avant 7 semaines parce que si on fait une IVG précoce l'intérêt est dans le suivi, et bon si finalement on se dit que la décroissance des beta on peut la surveiller un peu plus, à une semaine par exemple »

P11 : « La GEU ça reste encore la grande question. Y a des réflexions, une femme qui veut pas d'IVG elle aura son diagnostic de grossesse plus tard donc son diagnostic de grossesse extra utérine plus tard alors que pour une femme qui fait son IVG très précocement elle aura son diagnostic et de la grossesse et peut être de la GEU précocement mais ça c'est des supputations quoi. »

P2 : « c'est une chance parce que ça permet de faire le diagnostic éventuel de GEU très précoce, ça peut lui sauver sa trompe, elle peut avoir un traitement conservateur voir une abstention thérapeutique. »

6.1.4 Le vécu des praticiens

La majorité des participants évoquaient la peur de la GEU, et notamment de la rupture tubaire, parfois liée à des expériences traumatisantes de suivi d'IVG.

P11 : « On peut juste y penser sans l'éliminer c'est ça qui fait peur alors que si on fait l'échographie on a un sac et une vésicule, là on est quasiment sûr. »

P7 : « elle a perdu sa trompe et c'est vrai que ça reste quelque chose pour moi... et... je suis vraiment, vraiment désolé pour elle quoi »

Certains praticiens exprimaient l'inquiétude provoquée par l'absence d'image intra-utérine à l'échographie.

P3 : « j'ai redemandé une écho, bHCG. C'était des craintes...à cause de la grossesse extra-utérine. »

P4 : « Du coup effectivement je me dis si à moins de 1500 j'ai rien à l'écho euh j'aurais envie d'être sûre que, enfin avoir plusieurs personnes autour de moi qui me disent « ba oui on est tranquille ». »

Un médecin disait qu'il y avait une obsession pour la GEU, médiée par les études médicales et les formations.

P11 : « Et en tant que médecin on a fait toute nos études en ce qui concerne la grossesse, on nous a bassiné avec cette histoire de GEU, donc on pense qu'à ça. »

Un praticien n'exprimait pas de crainte au sujet de la GEU.

P10 : « Finalement la GEU est ce qui fait que là on la fait pas encore, mais

finalement je pense que y a pas de craintes. Si on les suit bien, ba effectivement on va s'apercevoir qu'il y en a quand même, donc bon c'est le suivi en fait. »

6.2 La crainte des perdues de vues

6.2.1 Une situation fréquente

Plus de la moitié des médecins se plaignaient d'avoir fréquemment des patientes qui ne revenaient pas à la visite de contrôle.

P1 : « Parce que moi le contrôle à 15 jours, je trouve que souvent elles viennent pas, elles viennent une fois sur 2. »

P4 : « En gros quand même la moitié des femmes ne reviennent pas à la consultation »

P8 : « moi y a un truc qui m'embête juste un peu c'est que j'en ai au moins une sur trois qui revient pas, une fois que l'IVG est faite je n'ai plus de nouvelle.

6.2.2 Le profil des perdues de vue

Les médecins rapportaient leurs impressions sur le profil des perdues de vue : que les patientes non connues du praticien, les moins inquiètes et celles qui consultent en CDS ou CPEF revenaient moins souvent. Un praticien pensait qu'une patiente dont on avait évalué la fiabilité et informée en conséquence aurait plus de chance de revenir. Un autre disait qu'on ne pouvait pas prédire les perdues de vue.

P11 : « alors que celles qui ne sont pas inquiètes vont dire « je m'en moque je vais aller plus vite » mais c'est celles probablement qui ne reviendront pas par la suite. »

P8 : « Ce qui s'est passé au début quand j'ai commencé à faire des IVG, en fait c'était sur mes patientes et puis j'avais même pas une sur cinq qui revenait pas quoi. Elle revenait toutes. Et là c'est petit à petit en étant, moi je suis pas sur la liste encore, c'est mes associés qui sont sur la liste, faudra que je m'y mette. Après on a eu d'autres personnes que je ne connaissais pas du tout qui m'étaient adressées par d'autres médecins, et c'est là qu'on a vu effectivement une sur deux. »

P4 : « J'ai l'impression qu'en médecine générale on les voit un peu plus... »

P2 : « je pense quand même que le taux d'absentéisme est bien plus faible chez une dame chez qui déjà on a essayé d'estimer la fiabilité, puis à qui on a parlé d'une éventuelle complication, rare, mais grave. Donc elle va avoir envie de se rassurer. Et si elle se rassure pas avec la prise de sang et qu'elle nous téléphone ba ok. »

6.2.3 Le ressenti des praticiens

La majorité des praticiens exprimaient une inquiétude et parfois un sentiment d'impuissance face aux patientes perdues de vue.

P7 : « donc elle m'a rappelé quelques jours après... pour discuter en disant... je continue à saigner pas mal, à avoir mal au ventre, « j'ai pas beaucoup saigné mais là j'ai mal au ventre » ... je lui ai demandé de venir en consultation. Elle est pas venue, elle est partie en vacances »

P8 : « J'ai beau leur téléphoner, enfin vraiment essayer par tous les moyens, elles me posent des lapins, y compris quand je dois leur poser un implant ou un DIU 48h après l'IVG, c'est le lapin pareil. Donc c'est celles-là, voilà. Comment on fait ? »

P9 : « Mais après oui on peut leur faire des incantations mais je pense que ça changera pas grand-chose (rires). »

Un médecin racontait avoir accepté la situation avec l'expérience et ressentir moins d'inquiétude.

P11 : « On a pris le pli et finalement on sait que y en a qui reviendront pas et ça nous inquiètent finalement plus. C'est les praticiens qui débutent que ça inquiète et puis après on en voit pas mal qui sont moins inquiets. »

6.3 L'urgence de la demande

Presque tous les participants ont évoqué les demandes urgentes d'IVG. Pour certains, il fallait réaliser l'IVG sans attendre si la patiente semblait sûre de sa décision.

P5 : « j'en ai connu aussi d'autres qui disaient « non c'est pas grave je veux mon IVG aujourd'hui », faut savoir que y a des femmes qui arrivent et qui disent « je veux mon IVG aujourd'hui », elles se sont mis ça dans la tête et... là à partir de ce moment-là je leur dis « ok y a pas de problème » »

P2 : « on a pas de raison de ne pas le faire si elle insiste beaucoup. »

Face à l'urgence de la demande, des médecins, obligé parfois de temporiser à cause des examens, disaient culpabiliser.

P4 : « Non le sentiment d'être embêtée parce que la dame est sûre d'elle, c'est le moment maintenant. »

D'autres praticiens racontaient que les demandes d'IVG de patientes trop pressées les gênaient dans leur pratique.

P9 : « Et là on a l'impression qu'on est vraiment dans une urgence, voilà c'est tout de suite, c'est maintenant. Moi j'avoue que ça me met mal à l'aise parce que je trouve qu'une IVG c'est une histoire dans la vie de la femme qui est toujours

traumatisante, voilà et je pense que c'est important d'y réfléchir, et à on a l'impression que c'est tout tout de suite maintenant. Voilà, je...je sais pas. »

P3 : « quand elles ont tout, qu'elles sont bien déterminées, que tout est bien, y a le groupe, les bêta, machin, il faut faire... moi j'ai l'impression que je suis obligé de faire la consultation en une seule fois. »

Pour certains praticiens, il fallait bien évaluer l'urgence de la demande.

P5 : « Et bien je lui demande ce qu'elle veut. Est-ce qu'elle veut interrompre la grossesse tout de suite ou pas. Là c'est de là que le timing est important. C'est à dire est-ce qu'on a 48h-72h pour nous donner le temps de faire le diagnostic de grossesse intra-utérine ou elle peut pas attendre. Je pense que c'est de là qu'il faut partir. »

P4 : « c'est pas parce que y a plus le délai de réflexion qu'on ne peut pas donner le temps de la revoir tranquillement 2 jour après avec un rdv dédié etc....et puis sans délai de réflexion ça veut pas dire « immédiatement » « tout de suite » »

6.4 La responsabilité du médecin

Plusieurs intervenants s'interrogeaient sur les limites de la responsabilité du médecin dans la prise en charge de l'IVGM et notamment en cas de perte de vue. Certains parlaient de contrat signé pour se décharger et inciter au retour des patientes.

P1 : Etre sûr qu'elle revienne quoi. Le contrat c'est « vous faite un contrôle et vous revenez ».

P10 : « alors je sais pas comment ça peut s'établir, est-ce qu'on fait signer des choses ? Est-ce qu'on se décharge ? »

P8 : « Après moi je m'interroge sur : est-ce que si on leur fait signer quelque chose en leur rappelant, voilà dans un cas particulier, je suis même pas sûre, si elle signe tout... »

6.5 La crainte de l'IVGM clandestine

Quelques praticiens ont évoqué les IVG clandestines au misoprostol. Certains supposaient que la prise médicamenteuse en présence du médecin évitait son trafic.

P2 : « "ba sauf qu'effectivement y a des IVG clandestines même en France, avec du CYTOTEC importé, on sait que ça existe. »

P1 : « Justement la prise de MIFEGYNE sur place évite les trafics quand même. »

7. La demande de consensus

7.1 Les ressources actuelles

La majorité des médecins interrogés s'appuyaient sur les protocoles existants et sur les recommandations qu'ils avaient eues en formation.

P8 : « Après je me dis, en théorie, quand j'ai appris quand j'ai été formée, il fallait deux taux de beta bHCG pour montrer que y avait bien une croissance et une écho par rapport à la GEU et qu'on était bien dans le terme où on avait le droit de le faire en ville, voilà c'était surtout ça. »

P4 : « Moi c'est une idée que, quand j'ai fait la formation REVHO effectivement on m'a pas clairement dit qu'on pouvait se passer d'échographie. »

P1 : « Je sais pas moi j'ai reçu la...la formation et effectivement on n'avait pas eu vraiment de réponse mais on s'était posé la question de si la grossesse est intra...extra utérine (inaudible) qu'est-ce qui se passe ? Donc j'étais resté sur l'idée qu'il fallait une image échographique Alors ... »

Certains intervenants s'appuyaient également sur les résultats de la littérature scientifique.

P11 : « Je crois qu'il y a des études qui sont parues, mais y en a très peu, y a deux études actuellement et en particulier des anglo-saxons, au canada ils ont même des protocoles qui sont écrits mais y a très peu d'études. Apparemment y aurait pas moins d'efficacité avant 5 semaines, mais c'est sur une seule étude. »

P10 : « Du coup, c'est vrai qu'on sait actuellement avec les études qu'on a, que le risque de complication, d'échec, d'hémorragie machin il est tellement minime, enfin il est minime et quand on en fait on voit que ça n'arrive quasiment jamais et donc en fait finalement les pertues de vues ba on les accepte quoi, parce qu'on sait que c'est très rare et que ça fait partie de ... »

P2 : « ils semblent qu'il y ait des études qui commencent à dire ça mais c'est pas encore très avéré. »

Plusieurs praticiens avaient été informés sur des protocoles d'IVGM précoce.

P8 : « Alors si j'ai bien compris parce qu'à REVHO ils nous ont présenté comment dire un peu le protocole des IVG précoces... »

P11 : « Mais il me semble qu'il y avait des protocoles qui avait été proposés de prise en charge précoce il y a quelques années déjà qui sont en fait utilisés et là très récemment y a des études très récentes qui l'a proposé mais... »

7.2 La diversité des pratiques

La diversité des pratiques se révélait sur plusieurs niveaux :

- Dans l'organisation des consultations : L'examen gynécologique, le dépistage IST, la prise de misoprostol à 48h, la surveillance des bHCG.
- Les différences ville/hôpital : notamment l'accès à l'échographie, la délivrance de l'information.
- Selon la zone géographique où l'on exerce :

P8 : « Alors c'est plus facile quand on est en IDF, y a un maillage hospitalier quand même pas mal. Après au fin fond de la campagne en montagne et tout ça, c'est peut-être plus difficile. »

Plusieurs praticiens affirmaient que des médecins pratiquaient déjà des IVGM sans certitude de grossesse intra-utérine.

P11 : « Moi ça j'en ai vu ça. Des médecins de ville qui soit par exemple voient une poche à l'échographie mais ne voient pas de vésicule vitelline et qui vont pas attendre la vésicule vitelline. »

Les participants évoquaient également les pratiques à l'international.

P2 : « En Chine, dans la culture chinoise, dans la culture chinoise c'est presque, c'est presque une contraception comme une autre. »

P9 : « je sais plus dans quel pays que, les pays nordiques, en fait ils font pas le contrôle de beta bHCG. »

7.3 Le besoin de certitude

Plus de la moitié des praticiens exprimaient le besoin de protocoles validés, et d'avantages de résultats scientifiques pour se lancer dans la pratique de l'IVGM précoce.

P8 : « Et bien moi j'attends un protocole précis que j'appliquerai à la lettre (rire). »

P12 : « Finalement j'ai l'impression qu'on est pas encore muni d'outils, de protocole pour répondre à une demande. »

P7 : « Oui mais je veux un protocole bien clair, bien rédigé. Je veux un truc heu... »

P10 : « mais je pense que si on a des recommandations établies sur comment et avec qui faire l'IVG précoce qui sera probablement une prise en charge différente de l'IVG actuelle, je pense qu'effectivement ça peut répondre à toujours améliorer ce que veut chaque femme dans son vécu. »

P11 : « Donc à mon avis les études c'est ce qui peut permettre de convaincre, et même c'est ce qui peut permettre de se lancer, parce que dans les centres y a pas encore de protocole, dans certains peut-être, mais y a pas encore de protocole défini auquel tout le monde adhère. Mais le fait de rentrer dans une étude avec un protocole précis ça va permettre d'inclure des patientes et de peut-être dépasser ces inquiétudes-là. »

7.4 Le besoin de simplification

La majorité des participants manifestaient le souhait de pouvoir réaliser des IVGM sans échographie, surtout pour des grossesses avec des taux bas de bHCG.

P8 : « Non mais pour moi ça me fait penser à « ouf ! pas besoin de trouver une écho », parce que toute façon ça servirait à rien, on va rien voir, donc on se lance comme ça avec les bHCG. »

P4 : « moi je pense, ça s'est pas encore présenté, mais probablement que si j'ai une patiente qui vient, qui est sûre, qui est fiable sur ses dernières règles et que j'ai des betas à moins de 1500 ou on va dire moins de 1000, je suis pas sûre que je prescrirai une échographie. »

P6 : « Donc si je pouvais arrêter de penser « écho obligatoire avant 1500 » ça me soulagerait de commencer à faire des IVG avant. »

Quelques praticiens disaient être potentiellement favorables à la prise de mifépristone par la patiente au domicile.

P7 : « Et ça renvoie un peu à ce qu'on disait « je sais que je suis enceinte de quelque heu... de peu de temps, je vais prendre mon comprimé à la pharmacie et puis voilà » enfin tu vois... aller dans ...là on raccourcit encore mais on y est pas encore à, à la fin du mois je prends systématiquement mon comprimé de ... »

P4 : « ...mais c'est vrai que si on veut aller jusqu'au bout de « l'IVG c'est un choix délibéré » c'est le choix de la femme, c'est une sorte d'infantilisation je trouve de dire « il faut absolument que ce soit le médecin qui donne et qu'elle le prenne devant », et je me pose la question « ah ba oui pourquoi pas ». »

7.5 La participation à la recherche médicale

Un des participants avait réalisé une thèse sur l'IVG.

P10 : « J'ai fait ma thèse sur...c'était une étude qualitative sur le ressenti des femmes, enfin c'était exactement sur le vécu des patientes qui font l'IVGM en ville chez un médecin généraliste. »

Un médecin pensait qu'inclure des patientes dans une étude pouvait limiter le nombre de perdue de vue.

P11 : « c'est pour ça que je me disais commencer sa pratique dans une étude, ça peut aussi inciter les femmes à être plus vigilante parce qu'on leur dit c'est une étude et du coup on aura peut-être plus de retour et de suivi, peut-être. »

Une des personnes présente exprimait son enthousiasme à participer au focus group.

P7 : « je suis très contente de participer à ce groupe. »

DISCUSSION

I. PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS

Dans notre étude, les personnes interrogées étaient toutes des médecins généralistes ou gynécologue-obstétriciens, pratiquant des IVGM en IDF en milieu ambulatoire ou hospitalier. 12 praticiens ont été interrogés lors de 2 entretiens de groupe.

Les praticiens avaient besoin d'une première consultation longue pour délivrer les informations et aborder le choix de la contraception. Il leur fallait un dosage de bHCG pour faire le diagnostic de grossesse, et une échographie pour s'assurer de son caractère évolutif et intra-utérin, et ainsi pouvoir donner les médicaments abortifs. Un bHCG de contrôle était à réaliser dans les 15 jours suivant la prise médicamenteuse et une visite de contrôle était organisée dans les 3 premières semaines. La place de l'examen gynécologique était discutée.

Le vécu de la patiente semblait être une préoccupation partagée par les médecins. L'exclusion du conjoint ou accompagnant de la consultation semblait important dans la prise en charge, mais parler du conjoint avec la patiente faisait partie de l'accompagnement psychologique et pouvait s'avérer une aide pour le choix de la méthode. La proposition systématique du dépistage IST ne faisait pas l'unanimité.

Les freins rencontrés à la prise en charge pouvaient être liés :

- à la patiente : ressenti du praticien, niveau de compréhension, isolement, distance du domicile.
- à l'organisation des soins : accès à l'échographie, localisation de la grossesse.
- au coût financier : pour les patientes en situation de précarité.

Avec la suppression du délai obligatoire de réflexion, les praticiens avaient l'impression que la fréquence des demandes d'IVG à des âges de grossesse précoces augmentait.

Bien que cette mesure rencontrait globalement un accueil positif, des médecins pensaient que certaines patientes avaient besoin d'un délai de réflexion.

Les termes « grossesse précoce », « IVGM précoce » restaient à définir.

Les médecins imaginaient que l'IVGM précoce se ferait sans échographie.

Les principales inquiétudes des praticiens étaient la GEU, les pertues de vue, les demandes d'IVG urgentes et la responsabilité individuelle dans la prise en charge.

Pour la prise en charge, les participants s'appuyaient sur les recommandations actuelles.

L'ensemble des praticiens semblait intéressé par la réalisation d'IVGM sans échographie pour des grossesses avec des taux bas de bHCG, mais demandait à être conforté par des études et des consensus.

II. VALIDITE DE L'ETUDE

1. Forces de l'étude :

Le recueil et l'analyse des données ont été faits avec peu d'a priori sur le sujet car je n'avais aucune connaissance sur la pratique de l'IVG et ses problématiques avant de commencer mon travail de thèse. Le choix de recueil des données par focus group a stimulé via les interactions entre les participants, l'émergence des idées, des interrogations, et des perceptions. La durée des focus group assez longue a permis d'épuiser les conversations sur les différents sujets. Le codage axial a été réalisé à deux avec le directeur de thèse, ce qui a permis de croiser les données et trouver un consensus sur les catégories de codes. Le sujet de l'étude est resté inconnu des participants jusqu'au jour des entretiens. Les temps de paroles ont été relativement partagés entre les participants.

2. Faiblesses de l'étude :

Les 2 entretiens réalisés n'ont pas permis d'arriver à saturation des données. En effet, lors de l'analyse, bien que la majorité des idées ont été redondante et la plupart des thèmes abordés, des idées nouvelles ont émergé dans le deuxième focus group, et il aurait fallu probablement plusieurs autres entretiens pour aboutir à la saturation. De plus, la sélection des médecins interrogés s'est faite en cercle fermé, beaucoup de médecins se connaissaient, et même certains travaillaient ensemble, partageaient les mêmes idéologies, ce qui a pu restreindre la diversité des pratiques de la population interrogée. Il y a eu une perte de données minimales lors de la retranscription liée à un mauvais enregistrement audio : le micro utilisé n'était pas adapté à l'enregistrement de groupe, certains mots ou phrases étaient inaudibles.

III. DISCUSSION DES RESULTATS AVEC UNE COMPARAISON A LA LITTERATURE

1. Les freins de la prise en charge hors établissement de santé

Les résultats de cette étude montrent que le parcours de soins semblait plus difficile à mettre en place pour les praticiens en ville, notamment à cause d'une difficulté plus importante pour l'organisation des rendez-vous, la longueur des consultations et l'accès à l'échographie. En effet, les praticiens rapportaient la nécessité de consultations longues en raison de la complexité médicale liée aux contraintes du schéma thérapeutique, à la nécessité d'une bonne compréhension des risques, et à la composante psychologique de la réalisation d'une IVG.

Les praticiens hospitaliers ne semblaient pas intervenir directement dans la prise des rendez-vous, certains avaient une aide infirmière pour la délivrance des informations, et demandaient quasi systématiquement une échographie, parfois même en priorité par rapport aux bHCG en raison de la disponibilité d'un échographiste sur place. Deux thèses de médecine réalisées en 2015 dans la

région Rhône-Alpes et en 2017 dans la région Grand Est, mettaient en évidence parmi le principaux freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, le caractère chronophage de la prise en charge et le manque d'accès à l'imagerie (53)(54). Une autre étude réalisée en 2014, en région Rhône-Alpes faisait état que la pratique de l'IVGM était considérée par les médecins généralistes en ville comme peu valorisée, mal rémunérée, au sein d'un cadre médico-légal strict, et demeurait une pratique essentiellement militante(55).

2. L'examen gynécologique

La majorité des médecins proposait systématiquement l'examen gynécologique, bien que certains doutaient de sa nécessité, et que les autres pensaient qu'il était inutile en l'absence de symptômes gynécologiques, ou si une échographie avait été réalisée. Actuellement il n'y a pas de recommandations claires de l'HAS sur les indications à pratiquer l'examen gynécologique dans la prise en charge de l'IVGM (2). Selon un article de 2017 de la revue Prescrire, il n'existe pas de données qui démontrent l'intérêt d'un examen au speculum ni celui du toucher vaginal en l'absence de symptômes gynécologiques, en dehors du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce qui ne remet pas en cause l'utilité d'un entretien périodique visant à détecter une affection gynécologique, à faire le point sur la contraception, à donner des conseils de prévention des IST. Avec ces informations, aux femmes de choisir si elles souhaitent ces examens (56). Une étude réalisée en 2017 mettait en évidence un vécu globalement négatif de ce dernier, en soulignant l'importance d'une information préalable sur l'examen gynécologique et d'une relation de confiance pour rassurer la patiente, du respect de l'intimité lors du déshabillage, de l'éviction de la douleur avec du matériel adapté et du sentiment de soumission par le libre choix de la position gynécologique(57).

3. L'augmentation des demandes d'IVG avant 5 SA

Depuis la suppression du délai, les participants avaient l'impression d'une augmentation des demandes d'IVG à des âges de grossesse précoce. Ils se retrouvaient partagés entre l'envie de faciliter le parcours en accélérant la prise en charge des patientes, et l'obligation de temporiser pour respecter les recommandations actuelles ou pour ne pas faire d'erreur de prise en charge. Le rapport d'activité REVHO de 2017 relève une augmentation des IVG réalisées avant 5 SA (<35 JA). Les IVG réalisées au cours de la 6ème SA baissent au profit de celles réalisées avant 5 SA. Depuis la suppression de l'obligation de délai de réflexion en 2016, les IVG sont pris en charge de plus en plus précocement. Il y a une progression de près de 4% de ces IVG précoces entre 2016 et 2017(37).

4. Définition de la grossesse précoce

Dans la littérature francophone, on ne retrouve pas de définition de la grossesse précoce. Il y a une définition de l'avortement précoce dans le dictionnaire de l'académie de médecine qui le définit par un avortement spontané dans le premier trimestre de grossesse (58). Dans un article du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français(CNGOF) de 2003, la grossesse précoce y est définie, sans qu'une définition claire ne soit proposée, par une grossesse chez une femme mineure (59). L'OMS utilise également ce terme, en français, anglais ou espagnol, pour désigner les grossesses chez des femmes de moins de 20 ans (60). Dans les dictionnaires médicaux anglophones le terme « early pregnancy » désigne les grossesses du premier trimestre (61). Dans une étude parue en juillet 2018, Song et al. définissent la grossesse précoce (early pregnancy) comme une grossesse d'âge ≤ 49 JA (62).

5. La crainte de la GEU

La GEU reste l'une des principales craintes des praticiens. Une crainte bien ancrée, puisque l'on apprend qu'il faut éliminer ce diagnostic dès le début des études médicales, et, pour certains médecins, elle est liée à des mauvaises expériences. Le risque de la GEU dans la population générale est de 1 à 2% (63). Une étude aux USA menée dans les centres d'IVG entre 2009 et 2010 a montré une incidence des GEU de 7 pour 100 000 IVG, avec 1 décès pour 233 805 IVG lié à une GEU méconnue (64). En pratique le risque de GEU dans le cadre d'une IVG serait relativement faible. Il n'y a actuellement pas de recommandation pour le dépistage systématique de la GEU chez les femmes enceintes. Il existe cependant des méthodes de dépistage sans échographie, comme le modèle de régression logistique « M4 » qui avait une sensibilité de 87% (95% CI 0.83-0.91.) pour détecter des GEU selon une étude méta-analytique de 2018 (65). Un diagnostic précoce de GEU pourrait permettre d'éviter un traitement chirurgical (abstention thérapeutique, traitement médical). Le diagnostic de GEU repose sur la confrontation d'un dosage de bHCG et d'une échographie mais des erreurs d'interprétations sont possibles (5).

Selon le CNGOF, en l'absence de facteurs de risque et de symptômes, une grossesse de localisation indéterminée ne contre-indique pas la prise des médicaments pour l'IVG. Il est cependant recommandé d'informer les femmes du risque de non-diagnostic de GEU et des signes qui doivent les alerter (accord professionnel). Dans ce contexte, un suivi par dosage plasmatique des bHCG est recommandé avant et après la procédure (accord professionnel). Une baisse des bHCG d'au moins 50 % à J5 et 80 % à J7 permet de conclure au succès de la procédure (NP3) (66).

6. Les perdues de vue

Une autre des inquiétudes des praticiens étaient les perdues de vue.

La HAS recommande à toute patiente ayant eu une IVG qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale, une visite de contrôle(2).

En France, les données de la littérature rapportent un taux entre 30 et 50% de patientes qui ne reviennent pas à la consultation de contrôle ou ne transmettent pas le résultat de la prise de sang post IVG (67)(68)(69). Les statistiques recueillies au sein du REVHO, estime à 32% la proportion de perdues de vue en 2017(37), un chiffre stable depuis 2012 (70)(71).

Une étude prospective des femmes perdues de vue après une IVG réalisée en 2017 mettait en évidence des facteurs sociodémographiques prédictifs de l'absence en suivi : la moyenne d'âge, la situation maritale, la parité et le niveau de vie (niveau scolaire, profession, classe sociale, assurance santé). L'étude concluait qu'il était nécessaire d'adapter le suivi des femmes en post-IVG en leur proposant une prise en charge plus personnalisée par rapport à leur choix et leurs critères sociodémographiques et médicaux pour guider les propositions de suivi (72).

Une autre étude sur l'observance des patientes à leur consultation post IVGM hors établissement de santé montrait un taux d'inobservance de 37,5%. Les facteurs associés à un plus fort risque d'inobservance étaient : la gestité supérieure à 3, le terme supérieur à 6SA, l'antécédent personnel d'IVG, ne pas bénéficier du régime général, être venue seule en consultation, s'être déplacée à pieds ou en transports en commun et ne pas être venue sur les conseils d'un professionnel de santé (73).

Des études de 2009 et 2017, sur les perdues de vue dans le cadre du suivi de patients infectés par le VIH, et par la tuberculose retrouvaient également des critères sociodémographiques prédictifs (74)(75). L'étude sur les patients infectés par le VIH en rupture de suivi mettaient en évidence la pertinence du rappel téléphonique pour limiter les perdues de vue (74).

La littérature rapporte également l'idée que certaines caractéristiques des professionnels de santé ont un impact sur le risque de non-observance des patients. La spécialité médicale, le nombre de consultations hebdomadaires, le

temps pris pour répondre aux questions des patientes, la programmation d'un rendez-vous de suivi etc..., peuvent avoir un impact sur le retour des femmes en consultation(76).

Deux facteurs renforçant favorisant le suivi sont également cités dans la littérature : l'attitude positive du médecin envers son patient et le fait de lui montrer qu'il se préoccupe réellement de lui. L'écoute du médecin semble primordiale (77).

7. Amélioration des conditions de la prise en charge de l'IVG hors établissement de santé

7.1 Possibilité de réaliser des IVGM sans échographie

Les médecins étaient intéressés par la réalisation d'IVGM à des taux bas de bHCG sans échographie, mais avaient besoin d'être confortés par des études et des protocoles validés. Actuellement les recommandations de l'HAS sont d'éliminer une GEU avant de procéder à l'IVG, soit la réalisation d'une échographie mettant en évidence une image intra-cavitaire (2). Le CNGOF, dans leurs recommandations de 2016, encourage l'échographie avant une IVG mais pour les femmes certaines de la date de leurs dernières règles et/ou de la date du rapport sexuel à risque, pour lesquelles un examen clinique par un professionnel de santé formé est possible, l'absence d'accès à l'échographie de routine ne doit donc pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée (accord professionnel) (66).

L'IVGM a désormais fait la preuve de son efficacité, de sa sécurité et de sa tolérance. Son acceptabilité est évaluée entre 92,9 et 98% dans les études françaises (9)(78) et elle recueille d'ailleurs de plus en plus la préférence des patientes (9)(79). Cependant, elle reste une procédure très encadrée. Devant ce paradoxe, de nombreux auteurs s'interrogent sur la possibilité d'une simplification de la méthode (80)(81), et en particulier d'une simplification de la surveillance (82).

Les IVGM hors établissement de santé représentent plus d'une IVG sur quatre en IDF(1). Les médecins généralistes sont souvent en première ligne pour recevoir les patientes en demande d'IVG. Une étude réalisée dans la région Rhône-Alpes en 2015 sur 260 patientes ayant pratiqué une IVG dans un des 8 centres recensés montre que 34% d'entre elles auraient préféré être prises en charge par leur médecin généraliste (53). Selon une étude, la majorité des médecins généralistes souhaitaient réduire le nombre de consultations obligatoires, que l'évaluation de l'éligibilité de la femme et de l'efficacité soit réalisée cliniquement par le médecin, sans échographie systématique, et que le délai soit étendu à 8 ou 9 SA (55).

La possibilité de réaliser des IVGM sans échographie pour des taux bas de bHCG, permettrait de répondre à une demande qui semble croissante, d'IVG « urgentes » à des âges de grossesse précoce. Cela pourrait d'une part d'éviter l'attente de l'obtention d'une image intra-utérine échographique qui peut être mal vécue par les patientes, et d'autre part de simplifier l'organisation du praticien, tout en réduisant le coût des examens, notamment pour les patientes en situation précaire. Il existe actuellement peu d'étude évaluant cette pratique. L'étude prospective de Schaff et al. en 2000 montrait un taux de réussite de l'IVG médicamenteuse précoce avant visualisation d'un sac gestationnel intra-utérin de 93% (83). En 2012, l'étude de Goldstone et al. mettait en évidence un risque d'échec de l'IVG médicamenteuse avec des doses basses de mifépristone de 9% avant visualisation d'un sac gestationnel intra-utérin contre 3,5% avec un sac gestationnel intra-utérin visible (84). Une revue de littérature de 2010 a évalué la possibilité de réaliser des IVGM sans échographie dans les milieux précaires et a conclu qu'on pouvait estimer convenablement l'âge de la grossesse grâce à la date des dernières règles et l'examen clinique et que l'efficacité démontrée de la mifépristone associée au misoprostol jusqu'à la 63^{ème} semaines de grossesse permettait d'envisager cette pratique (85).

7.2 Un suivi adapté au choix et au profil des patientes.

Le CNGOF précise dans ses recommandations de 2016, que si la consultation de suivi n'est pas cliniquement indispensable, il est cependant important de s'assurer de l'efficacité du traitement (NP2, grade B). D'autres modalités, plus flexibles et mieux adaptées aux conditions de vie de chacune sont envisageables pour s'en assurer (autotest, télémédecine). Le recours au dosage des bHCG sérique 15 jours après l'IVG médicamenteuse peut être utilisé pour juger du succès de la méthode (grade B). Une baisse supérieure à 80 % du dosage initial 15 jours après l'IVGM est en faveur d'une réussite de celle-ci (grade B) (66). Ainsi, un appel téléphonique et la réception d'un dosage de bHCG de contrôle pourrait suffire pour certaines patientes.

Selon l'OMS, après un avortement médicamenteux jusqu'à 9 SA il n'y a besoin d'aucun suivi médical en raison de la grande efficacité des médicaments, seulement de conseiller aux femmes de revenir si elles présentent des signes persistants de grossesses, des saignements importants prolongés ou de la fièvre (86).

Une étude réalisée en 2004 a évalué l'aptitude des praticiens à diagnostiquer l'expulsion de la grossesse après IVG en se basant uniquement sur l'interrogatoire de 931 femmes pour des grossesses de moins de 63 jours. Quand les médecins et les patientes pensaient qu'il y avait bien eu expulsion du sac gestationnel, l'échographie le confirmait dans 99,1% des cas (87).

Une étude réalisée à Pittsburgh (États-Unis) chez 139 patientes montre qu'un suivi téléphonique de la patiente par le clinicien, avec un test urinaire bHCG haute sensibilité (25-50 UI) à J30, permet de prédire l'expulsion avec une valeur prédictive positive de 97,5 % et représente une alternative à l'échographie (88).

Une autre étude a été menée aux États-Unis chez 3 103 femmes avec rapport journalier, visite au clinicien à J7 - J14 et utilisation d'un test urinaire à faible sensibilité (2 000 UI/ml) à J7-J14. Elle montre que les observations des patientes, l'examen clinique et la réalisation d'un test urinaire permettent d'identifier les femmes qui nécessitent des soins supplémentaires avec une sensibilité et une valeur prédictive de 100 %, sans qu'une échographie soit requise (89)(90). La possibilité de pouvoir proposer différentes formes de suivi

en fonction du choix et du profil des patientes pourrait améliorer le parcours et diminuer le nombre de perdue de vue.

7.3 Le rôle des sages-femmes dans l'extension de la pratique de l'IVGM en ville.

Parmi les participants interrogés, certains semblaient mitigés face au rôle des sages-femmes à faciliter l'accès à l'IVGM en ville. En 2017, environ 30% des sages-femmes travaillaient en ville (dont 20% exclusivement), soit 6700 réparties dans la France entière (91), qui peuvent maintenant pratiquer des IVGM sous les mêmes conditions que les médecins généralistes depuis la loi du 26 janvier 2016 (4).

Les sages-femmes réalisaient déjà sous délégation les consultations pré-IVG et post-IVG, la délivrance de la mifépristone, la surveillance lors des hospitalisations, les consultations post-IVG depuis des dizaines d'années.

Une enquête réalisée en 2007 avait comptabilisé 1 600 sages-femmes agissant ou non sous délégation et réalisant 20,4 % des entretiens psychosociaux, dans le cadre d'une IVG. D'après les déclarations des établissements, même si les médecins étaient légalement les seuls à pouvoir pratiquer des IVG, près d'un tiers du personnel intervenant dans la pratique des IVG étaient des sages-femmes. Dans le secteur public, elles représentaient 39 % des professionnels concernés (hors anesthésistes-réanimateurs) et 4 % dans le secteur privé (92). Dans les petits établissements (< 250 IVG/an), 42 % des professionnels concernés par l'activité d'IVG étaient des sages-femmes. Elles étaient 10 % dans les structures réalisant au moins 1 000 IVG dans l'année. Trois quarts des sages-femmes qui participaient à la prise en charge des IVG travaillaient sous délégation du médecin et pouvaient intervenir dans la réalisation de l'IVG (hormis les entretiens). Dans les petits établissements, 85 % des sages-femmes étaient impliquées dans la prise en charge des IVG puisqu'elles agissaient sous délégation du médecin(93)(92). On peut donc considérer que l'IVG est ancrée depuis plus longtemps dans la pratique des sages-femmes que dans celle des médecins généralistes.

Une étude réalisée en 2016 dans l'Isère, montrait qu'un tiers des sages-femmes iséroises semblait prêt à intégrer l'IVGM dans leur pratique(94).

On retrouvait un résultat à peu près similaire chez les sages-femmes libérales du Calvados, de la Manche et de l'Orne : parmi 49 sages-femmes ayant répondu, 43,8% avaient déclaré vouloir prendre en charge prochainement les IVG, principalement pour répondre à un problème de santé publique (95,2%).

L'argument le plus avancé par les sages-femmes qui ne souhaitaient pas les prendre en charge était qu'elles ne se sentaient pas assez compétentes (55,6%).

Enfin, 71.4% des sages-femmes de notre population étaient intéressées par une formation continue sur l'IVG médicamenteuse en ville (95).

164 sages-femmes ont été formées à la méthode médicamenteuse entre 2016 et 2017 selon le rapport REVHO 2017. Les sages-femmes qui ont récemment obtenu l'autorisation de pratiquer le suivi gynécologique de la femme et les IVGM, pourraient également bénéficier des formations à l'IVG instrumentale. Ce qui permettrait d'enrichir l'offre de soins et de garantir un réel choix aux femmes en ce qui concerne la méthode (37).

A voir si l'engouement des sages-femmes pour l'IVGM en ville sera plus important que pour les médecins généralistes d'ici les prochaines années.

IV. PERSPECTIVES

L'IVGM en ambulatoire a vu sa prise en charge évoluer depuis les décrets d'application de la loi Aubry-Guigou en 2004 permettant sa pratique hors établissement de santé (3). Des études ont montré que le misoprostol pouvait être confié à la patiente le jour de la prise de la mifépristone pour être pris chez elle (96)(97). L'échographie de contrôle réalisée plus précocement donnaient beaucoup de fausses images de rétention qui pouvaient conduire à des aspirations inutiles et il a été démontré que l'efficacité de la méthode pouvait être contrôlée de manière fiable par un dosage de bHCG par plusieurs études (98)(99). Ainsi en 2010, l'HAS a préconisé une visite de contrôle entre J14 et J21 (contre J10 avant) avec la possibilité de prendre le misoprostol au domicile par la patiente, et le choix d'un contrôle par échographie ou dosage de bHCG(2). Ce

qui a permis d'éviter un déplacement à la patiente, lui permettant de choisir le lieu, le jour et les accompagnants qui lui conviennent le mieux pour la prise du misoprostol, et de contrôler l'efficacité de la méthode de manière plus accessible et avec un moindre coût.

Dans cette dynamique d'amélioration de la prise en charge, les attentes des praticiens dans cette étude invitent à réaliser d'autres études qualitatives et quantitatives sur de nouveaux protocoles de recherche incluant les caractéristiques spécifiques des IVG sur grossesses précoces.

Toutefois la pratique et donc aussi la recherche dans le domaine de l'IVGM risquent d'être perturbées dans les temps à venir par les protocoles de l'HAS. En effet dans un rappel de juin 2018 (42), l'HAS préconise pour les grossesses de moins de 7 SA (soit au maximum de 49 JA), une prise de 600 mg de mifépristone (MIFEGYNE) par voie orale suivie 36 à 48 h plus tard de l'administration d'un analogue d'une prostaglandine: 400 µg de misoprostol par voie orale (ou 1 mg de Géméprost par voie vaginale); ou une prise de 200 mg de mifépristone (MIFEGYNE ou MIFFEE) par voie orale suivie 36 à 48 h plus tard de l'administration par voie vaginale d'un analogue d'une prostaglandine : 1 mg de Géméprost.

Le CNGOF recommande depuis 2016, en s'appuyant sur la littérature internationale, l'utilisation de 200 mg de mifépristone mais la HAS rappelle que cette posologie est hors AMM , associée au misoprostol(48).

En effet, une revue systématique de la littérature de 2016, sur la prise en charge des patientes en demande d'IVGM(10), met en évidence plusieurs résultats : la dose de 200 mg de mifépristone associée au misoprostol est efficace à tout âge gestationnel (NP1), le géméprost est moins efficace que le misoprostol (NP2) et la dose de 200 mg de mifépristone doit être préférée à la dose de 600 mg quel que soit le terme (NP1, grade A).

L'étude de Song et al. en 2018, montre l'efficacité de la mifépristone à des doses de 100µg associée au misoprostol (62).

De plus le géméprost (CERVAGEME) est très peu utilisé en France car il exige une conservation au congélateur et sa dispensation est seulement hospitalière.

Le misoprostol est actuellement commercialisé sous le nom de GYMISO (comprimé 200µg), ou MISOONE (comprimé de 400µg). Le CYTOTEC, misoprostol dosé lui aussi à 200µg, indiqué en gastro-entérologie, était utilisé en gynécologie mais hors AMM. Il n'est plus commercialisé par le laboratoire Pfizer depuis le 1er mars 2018(46) bien qu'il était la spécialité de misoprostol la plus largement utilisée en France pour l'IVGM en ville comme en milieu hospitalier, en raison de son faible coût et de sa galénique.

A savoir que 2 comprimés de GYMISO ou 1 comprimé MISOONE (1cpr/bte) coûte actuellement 14,90 euros TTC (22) contre 17,24 euros pour 60 comprimés de CYTOTEC, soit environ 30 centimes le comprimé.

En 2013, l'ANSM mettait en garde les professionnels de santé sur les risques potentiels liés à l'utilisation hors AMM du CYTOTEC dans le déclenchement artificiel de l'accouchement.

En France, la prescription hors AMM n'est pas interdite, mais elle est très encadrée. La prescription d'un médicament hors AMM est possible à condition de respecter trois conditions :

- Qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique.
- Que son recours soit indispensable pour améliorer ou stabiliser l'état clinique.
- Enfin dans le cas où les deux premières conditions ne seraient pas remplies il faut que l'ANSM fasse une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour l'usage hors AMM du médicament (possible maximum pour 3 ans).

Toutefois, si l'AMM garantit l'efficacité et la sécurité du médicament lorsqu'il est utilisé de façon conforme, l'inverse n'est pas obligatoirement vrai. L'absence d'AMM n'est pas synonyme d'absence de données scientifiques favorables.

Dans ce contexte de vigilance accrue à l'égard de la prescription hors AMM du CYTOTEC, le CNGOF a mis en place une synthèse des données scientifiques publiées sur l'usage du misoprostol en gynécologie-obstétrique (100).

Le cadre est donc posé pour imposer aux professionnels de santé une prescription dans le cadre de l'AMM. Mais la prescription dans ce cadre ne permet pas d'effectuer un protocole de 200mg de mifépristone suivi de misoprostol hors établissement de santé. Seul le Géméprost, dont la délivrance est uniquement hospitalière et contraignante (stockage au congélateur).

A l'heure où l'on nous encourage à prescrire en DCI, il peut nous paraître étonnant, voir aberrant d'être rappelé à l'ordre si l'on n'utilise pas le bon princeps et de voir un médicament moins coûteux disparaître car une AMM se demande par un laboratoire et s'obtient pour une spécialité et non pour une molécule. Rappelons également que ces spécialités n'ont pas fait l'objet d'étude sur la population pédiatrique, et que les AMM ne concernent que les patientes de plus de 18 ans. Faut-il pour autant ne pas avoir recours à l'IVG par voie médicamenteuse chez toutes les patientes mineures et les orienter systématiquement vers une méthode instrumentale ?

Pourquoi ce médicament princeps, qui est toujours utilisé après plus de 10 ans de commercialisation, et dont le brevet est tombé dans le domaine public, n'existe pas sous forme générique ?

CONCLUSION

L'IVGM est une technique en évolution qui va vers un allégement de la procédure, tout en restant une méthode sûre et efficace.

Pourtant ces améliorations ne rendent pas forcément l'IVGM plus simple. D'une part pour les patientes, à qui on laisse de plus en plus le choix, mais aussi plus de responsabilité dans leur prise en charge (prise de traitement autonome, auto-surveillance...). D'autre part pour les médecins qui rencontrent de nouvelles difficultés face à l'envie de faciliter la prise en charge et le vécu des patientes tout en respectant une procédure lourde et sécuritaire.

Depuis la suppression du délai obligatoire de réflexion en janvier 2016, les praticiens sont confrontés à plus de demandes d'IVG pour des grossesses de moins de 5 SA en IDF. Cette étude montre qu'ils étaient prêts à réaliser des IVGM sans échographie pour les demandes précoces et urgentes sous couvert d'être appuyés par des protocoles et des études valides, en gardant à l'esprit qu'ils ne le proposeraient pas à toutes les patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Annick Vilain (DREES), 2017, « 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 », *Études et Résultats*, n°1013, Drees, juin.
2. HAS. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations. Décembre 2010.*
3. Décret n°2004-636 du 1 juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire) | Legifrance [Internet]. [cité 25 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005796989>
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
5. Ardaens Y, Guérin B, Perrot N, Legoeff F. Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. /data/revues/03682315/003200S7/28/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 12 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114885>
6. Aubény E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L, et al. Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol [corrected]. *Int J Fertil Menopausal Stud.* 1995;40 Suppl 2:85-91.
7. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med.* 27 mai 1993;328(21):1509-13.
8. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med.* 30 avr 1998;338(18):1241-7.
9. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2005;33(4):220-227.
10. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2016;45(10):1490-514.
11. Véronique Dasen, *L'embryon humain à travers l'histoire*, Infolio, 2007.
12. Code Pénal de 1810 (Texte intégral-Etat lors de sa promulgation en 1810): Livre III- Titre second (Articles 295 à463) (Internet). (Consulté le 9 septembre 2018); (96-97). Disponible sur: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm.
13. Mouvement Français pour le Planning Familial. *D'une révolte à une lutte, 25 ans d'histoire du planning familial.* MFPF et Editions Tierce. 1982.

14. *Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances abrogeant les articles L648 et L649 du code de santé publique. 67-1176 décembre 28, 1967.*
15. *Manifeste des 343 (Internet). Wikipédia. 2013 (Consulté le 20 mai 2018).*
16. *Il y a 40 ans, le procès de Bobigny. (Consulté sur Internet le 13 mai 2018) Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/direction-des-services-judiciaires-10022/il-y-a-40-ans-le-proces-de-bobigny-24792.html>.*
17. *Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite "Loi Veil" relative à l'interruption volontaire de grossesse. 75-17 janv 17, 1975.*
18. *Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 dite "loi Aubry-Guigou" relative à l'interruption de grossesse et à la contraception. 2001-588 juillet 4, 2001.*
19. *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.*
20. *Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n°2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou de d'éducation familiale et les centres de santé. Prévention des grossesses non désirées.*
21. *Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures.*
22. *Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.*
23. *Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination | Legifrance [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>*
24. *Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.*
25. *« L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal », Clémentine Rossier, Population & Sociétés, n°513, juillet-août 2014.*
26. *C. Rossier, Population & Sociétés, n°513/Fiche pédagogique Ined, www.ined.fr.*
27. *Allan Guttmacher Institute, fiche pédagogique de l'INED, 2007.*
28. *Sedgh G et al., Induced abortion: rates and trends worldwide, Lancet, 2007, Volume 370, Issue 9595 : 1338–1345.*
29. *Vilain A., Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », Études et Résultats, DREES, n° 712, décembre 2009.*
30. *Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. 2011;*

31. (es) « Rajoy deja caer al ministro Gallardón en busca del centro político », sur *El Pais*, 23 septembre 2014.
32. ANAES, 2001, *Prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse jusqu'à 14 semaines*, mars 2001.
33. Raja CHEFEG BEN AISSA, Pierre-Emmanuel BROCAIL, Julien COTTET. *L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi : Quels sont les freins chez les médecins généralistes ? Existe-il une demande de la part des patientes ? Une enquête qualitative auprès de 1000 médecins généralistes de la région Centre Une enquête quantitative multicentrique auprès de 2401 patientes en parcours de soins IVG [Internet]. TOURS; 2013 [cit. 23 f.vr 2014].*
34. RIGAUD BARDES A. *Parcours d'accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : représentations et attitudes des femmes*. Université Claude Bernard Lyon 1; 2011.
35. Martin S. *Etude qualitative sur le vécu de l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire*, Th : med, Paris V, 2014.
36. DESILLE S. *IVG médicamenteuse à l'hôpital ou à domicile : paroles de femmes [médecine]*. RENNES; 2006.
37. REVHO, *Rapport d'activité 2017*, disponible sur: revho.fr.
38. Décret n°2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur | *Legifrance [Internet]*. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632976>
39. Décret n°2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des IVG hors établissements de santé.
40. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.
41. Circulaire n° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisations des interruptions médicamenteuses de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé. Ministère de la santé et de la protection sociale.
42. HAS. *IVG médicamenteuses : les protocoles à respecter*. Février 2015, MAJ Juin 2016 (Consulté le 15 Aout 2018) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf.
43. Ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la santé. *L'Interruption volontaire de grossesse en médecine de ville*. Livret d'information à l'intention des médecins. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.

44. Seidenberg A., Von Castelberg B., Stutz B., Maggi B., Oertle D., Diggelmann H., Interruptions de grossesses ambulatoires médicamenteuses au cabinet? Une comparaison prospective de 552 cas. *Primary Care*. 2009(11) :210-212.
45. Gaudu S., Crostc M., Esterle L. Results of a 4 year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France, *Rev Contraception*, 2012.
46. Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Cytotec-misoprostol-arret-de-commercialisation-a-compter-du-1er-mars-2018-Communiqué>
47. Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France. Prévention de l'alloimmunisation Rhésus-D foeto-maternelle. ©2005. [consulté 8 février 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM.
48. Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France. Recommandation pour la pratique clinique : interruption volontaire de grossesse ©2016. [consulté 8 février 2017]. Disponible sur : <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>.
49. AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN L. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale* 2008;19(84):142–5.
50. MOREAU A., DEDIANNE M.C., LETRILLIART L. et al. S'approprier la méthode dufocus group. *La revue du praticien en médecine générale*. 2004 mars 15;tome 18(645):382–4.
51. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. [cité 2018 janv19]. Available de: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/annexec.php>.
52. KITZINGER J. Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311:299–302.
53. Delmont A. Evaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. Th : Med : Université de Grenoble ; 2015.
54. LEROY H., MEDECINE GENERALE DE VILLE ET IVG MEDICAMENTEUSE EN REGION GRAND EST, Th: med, université de Lorraine, 2017.
55. Hidoussi H, Vallée J. Service universitaire de médecine générale Jean-Monnet Saint-Etienne. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations difficultés et propositions des médecins généralistes. *Recherche*.2014. 111:20-8.
56. Examen gynécologique pelvien, pas de toucher vaginale systématique en l'absence de symptômes, *La revue Prescrire*, juillet 2017, tome 37 N°405, p528-529.
57. Pascal, Camille. Pratique et vécu de l'examen gynécologique. Université de Montpellier UFR Médecine. Diplôme d'Etat - Médecine : 2017.

58. *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=grossesse%20pr%C3%A9coce&page=1>*
59. *Seince & coll., CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français), Grossesse et accouchement des adolescentes, Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, Volume 2003 (en ligne) www.cngof.asso.fr.*
60. *OMS | Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement [Internet]. WHO. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/fr/*
61. *McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. (2002).*
62. *Song L-P, Tang S-Y, Li C-L, Zhou L-J-G-Y-K, Mo X-T. Early medical abortion with self-administered low-dose mifepristone in combination with misoprostol. J Obstet Gynaecol Res. 5 juill 2018;*
63. *Bouyer J. Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences. /data/revues/03682315/003200S7/8/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 14 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114883>*
64. *Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. Obstet Gynecol. janv 2013;121(1):166-71.*
65. *Bobdiwala S, Saso S, Verbakel JY, Al-Memar M, Van Calster B, Timmerman D, et al. Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location: a systematic review and meta-analysis. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 21 août 2018;*
66. *CNGOF, L'interruption Volontaire de Grossesse, Recommandations pour la pratique clinique, 2016.*
67. *Nouyrigat, E. & Dousquet, P. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, Recommandations pour la pratique clinique, 2010.*
68. *Nguyen, F. L'interruption volontaire de grossesse en pratique de ville. Spécificités et difficultés rencontrées dans la pratique de ville dans le cadre de l'IVG par méthode médicamenteuse. Faculté de médecine de Paris 13, 2011.*
69. *Hassoun D. & Perrin, I. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale. L'expérience d'un réseau ville-hôpital de Seine-Saint-Denis. J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod. 35, 483-489 2006.*
70. *REVHO. Rapport d'activité 2015.*
71. *REVHO. Rapport d'activité 2016.*
72. *Clavier C., L'IVG et après ? : étude prospective des femmes perdues de vue après une IVG, Th:med, Reims, 2017.*

73. Berionni P., *Etudes des freins de la consultation post-interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville au sein du REVHO en Seine et Marne*, Th: med, 2018.
74. Leïla Adriouch. *Comprendre pour mieux agir : étude descriptive d'une cohorte de 30 patients infectés par le VIH et "perdus de vue" à l'hôpital de jour de Cayenne. Médecine humaine et pathologie*. 2009.
75. M.Tetart et al., *Facteurs prédictifs de perte de vue des cas de tuberculose maladie, centre hospitalier de Tourcoing*, 2017.
76. DiMatteo, R. & Donald Sherbourne, C. *Physician's Characteristics Influence patient's Adherence to Medical Treatment : results from the Medical outcomes study*. *Health Psychol*. 12,93-102,1993.
77. Rodin, J. & Janis, I.L. *The social power of health-care practitioners as agents of change*. *J. Soc. Issues* 35,60-81,1979.
78. Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité*. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. nov 2009;37(11-12) : 850-856.
79. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. *Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice*. *Contraception*. sept 2011;84(3): 224 - 229.
80. Harper C, Ellertson C, Winikoff B. *Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision?* *Contraception*. févr 2002;65(2):133-142.
81. Shannon C, Winikoff B. *How much supervision is necessary for women taking mifepristone and misoprostol for early medical abortion?* *Womens Health Lond Engl*. mars 2008;4(2):107-111.
82. Blum J, Shochet T, Lynd K, Lichtenberg ES, Fischer D, Arnesen M, et al. *Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study*. *Contraception*. déc 2012;86(6):757-762.
83. Schaff EA, Fielding SL, Eisinger S, Stadalius L. *Mifepristone and misoprostol for early abortion when no gestational sac is present*. *Contraception*. mai 2001;63(5):251-4.
84. Goldstone P, Michelson J, Williamson E. *Effectiveness of early medical abortion using low-dose mifepristone and buccal misoprostol in women with no defined intrauterine gestational sac*. *Contraception*. juin 2013;87(6):855-8.
85. Kaneshiro B, Edelman A, Sneeringer RK, Ponce de Leon RG. *Expanding medical abortion: can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound?* *Contraception*. mars 2011;83(3):194-201.
86. *Organisation mondiale de la santé. Avortement sécurisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.

87. Rossi B, Creinin MD, Meyn LA. Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*. oct 47 2004;70(4):313-7.
88. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J, Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception* 2010;81 (2):143-9.
89. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol* 2010;115 (2Pt 1):264-72.
90. Faucher P, Rayr C. Peut-on simplifier la procédure de l'avortement médicamenteux ? /data/revues/03682315/00410HS3/8/ [Internet]. 6 août 2012 [cité 14 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/742932>
91. DREES,EFFECTIFS DES SAGES-FEMMES par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge, 2017 [Internet]. Disponible sur: www.data.drees.sante.gouv.fr/
92. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Études et résultats N° 712, décembre 2009.
93. Agen M, Rayr C. Le rôle des sages-femmes dans la prise en charge des IVG médicamenteuses. /data/revues/03682315/00410HS3/14/ [Internet]. 6 août 2012 [cité 14 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/742934>
94. Carole Delaforge. Place de la sage-femme dans la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse en Isère : étude épidémiologique descriptive. *Gynécologie et obstétrique*. 2016. <dumas- 01367263>.
95. Axelle Bulke. Les sages-femmes libérales souhaitent-elles assurer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses? Enquête auprès des sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. *Gynécologie et obstétrique*. 2017. <dumas-01548113>.
96. Dagousset I, Fourrier E, AUBENY E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2004; 32(1):28-33.
97. Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU 486) for abortion. *J Fam Pract* 1997; 44:353-60.
98. Honkanen H. et al. The kinetic of serum β HCG. *Hum reprod* 2002; 17:2315-19.
99. Fiala C. Verifying the effectiveness of medical abortion: ultrasound versus β HCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 109:190-5.
100. Simon, E. G. & Marret, H. L'usage hors AMM du misoprostol en gynécologie obstétrique : introduction. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* Volume 43, n° 2, 87-102 (février 2014).

ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

1. Rencontrez-vous des patientes pour une demande d'IVG très précoce ?

2. Comment faites-vous le diagnostic des grossesses très précoces ? En pratique ?

Par rapport à la DDR ?

Examen gynécologique ?

Avec un dosage de bHCG ? Répété à 48h d'intervalle ?

Avec une échographie de datation ? L'attente d'un sac gestationnel intra utérin SGIU ? D'une vésicule vitelline VV ? D'un embryon avec activité cardiaque AC ?

3. De quels éléments avez-vous besoin pour proposer une IVGM ?

Un dosage de HCG ? Répété à 48h d'intervalle ?

Un examen gynécologique ?

Avec une échographie de datation ? L'attente d'un SGIU ? D'une VV ? D'un embryon avec AC ?

D'une carte de groupe ?

Autre ?

4. Que pensez-vous de votre prise en charge sur des demandes d'IVG très précoces ?

Est-ce que cette démarche vous convient ? En êtes-vous satisfait ? Ou non ?

Qu'aimeriez-vous leur proposer ?

5. Quelles sont les difficultés ou obstacles que vous avez rencontrés personnellement ?

6. Quelles sont vos craintes ou hésitations concernant l'IVG médicamenteuse très précoce ?

Risque de GEU ?

Risque d'une IVG sur une grossesse non évolutive ?

Efficacité de la méthode ?

Tolérance ?

Acceptabilité ?

Informations données à la patiente peu claires ? Trop longues ?

Risque du suivi, perdu de vue ?

7. Quelle surveillance mettez-vous ou mettriez-vous en place ?

Dosage HCG le jour du misoprostol ?

Contrôle précoce HCG ?

Echographie ? Visite rapprochée clinique de contrôle ?

8. De quelle façon pourrait-on faciliter ou améliorer la prise en charge des IVG très précoces selon vous ?

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF ANONYME

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

UPMC, 27 rue Chaligny, 75012 PARIS

Etat des lieux concernant les demandes d'IVG à un stade de grossesse très précoce. Etude qualitative réalisée sur un groupe de professionnels intervenant dans la prise en charge des IVG par focus groups.

Veillez, s'il vous plaît, renseigner les informations suivantes :

-Sexe :

-Age :

-Spécialité :

-Lieu d'exercice :

-Année de début d'activité :

-Nombre d'années dans la pratique de l'IVG :

-Formations complémentaires :

-Motivation pour participer à l'entretien :

(Échelle de 0 à 10)

-Satisfaction de la participation à l'entretien :

(Échelle de 0 à 10)

Etude qualitative sur les attentes des médecins pratiquant L'IVG médicamenteuse en Ile de France suite à la suppression du délai de réflexion obligatoire

RESUME :

Objectifs : La loi du 26 janvier 2016 a supprimé le délai obligatoire de réflexion, offrant la possibilité de réaliser des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses (IVGM) plus précocement. Il s'agissait d'identifier les attentes des médecins pratiquants des IVGM en Ile de France (IDF) depuis la suppression du délai de réflexion.

Méthode : Enquête qualitative, par focus group semi directifs de médecins réalisant des IVGM hors ou en établissement de santé en IDF. Analyse par théorisation ancrée, avec double codage.

Résultats : 12 médecins interrogés lors de 2 focus group. Les participants s'appuyaient sur les recommandations actuelles pour la réalisation des IVGM. Ils avaient besoin d'une échographie pour s'assurer du caractère intra-utérin de la grossesse. Les principaux freins étaient le ressenti vis-à-vis de la patiente, la lourdeur de la prise en charge, la précarité et l'accès à l'échographie. Les praticiens remarquaient que la fréquence des demandes d'IVG à des âges de grossesse précoces augmentait. Les termes « grossesse précoce », « IVGM précoce » restaient à définir. Les médecins imaginaient que l'IVGM précoce se ferait sans échographie. Les principales inquiétudes des praticiens étaient la GEU, les pertes de vue, les demandes d'IVG urgentes et la responsabilité individuelle. Les participants souhaitaient pouvoir réaliser des IVGM sans échographie mais sous couvert de recommandations consensuelles.

Conclusion : Les médecins étaient prêts à réaliser des IVGM sans échographie pour les demandes précoces et urgentes sous couvert d'être appuyés par des protocoles et des études en gardant à l'esprit qu'ils ne le proposeraient pas à toutes les patientes.

Mots clés : IVG médicamenteuse, délai de réflexion, avortement médicamenteux précoce, étude qualitative, médecine générale