



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

EVALUATION DES PRATIQUES EN MEDECINE GENERALE :
A propos de l'interruption volontaire de grossesse à la Maison
Dispersée de Santé de Lille

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2018 à 18h
au Pôle Formation
Par Edith NEBENZAHL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Marie-Jeanne MARTIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

IVG : Interruption volontaire de grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut national d'études démographiques

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

SA : Semaines d'aménorrhée

MDS : Maison Dispersée de Santé

DIU : Dispositif intra utérin

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

IST : Infections sexuellement transmissibles

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

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

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

AFC : Association Française pour la Contraception

**EVALUATION DES PRATIQUES EN MEDECINE
GENERALE :**
**A propos de l'interruption volontaire de grossesse à la
Maison Dispersée de Santé de Lille**

Table des matières

RÉSUMÉ	11
ABSTRACT	12
INTRODUCTION	13
GÉNÉRALITÉS	14
1. IVG en France et données épidémiologiques	14
1.1 Données quantitatives générales.	14
1.2 IVG dans les Hauts de France en 2015	14
1.3 Données qualitatives	15
1.3.1 Evolution du recours à l'IVG	15
1.3.2 Le recours répété à l'IVG	15
1.3.3 Evolution des lieux de réalisation d'une IVG	16
1.3.4 Disparités territoriales et dégradation d'accès à l'IVG ?	17
1.4 IVG et inégalités sociales.	17
2. IVG en France : aspects législatifs	18
2.1 Evolution du cadre légal de l'IVG.	18
3. IVG médicamenteuse et recommandations de bonne pratique.	19
3.1 Méthode médicamenteuse avant 7 SA en ville.	20
3.2 Condition de prise en charge des IVG médicamenteuses en ville.	20
3.3 Déroulement des consultations lors d'une IVG.	20
4. IVG en médecine générale.	23
4.1 Convention avec un établissement de santé.	23
4.2 Tarification	24
5. IVG médicamenteuse à la Maison Dispersée de Santé	24
6. Audit Clinique : définitions et perspectives.	25
MÉTHODE	26
1. Type d'étude	26
2. Choix des données à recueillir et mode de recueil.	26
2.1 Liste des données recueillies pour l'étude.	26
2.2 Recueil des données.	30
2.3 Analyse	30
3. Population étudiée.	30
4. Aspect réglementaire et éthique.	31
RÉSULTATS	32
1. Description de la population étudiée.	32
2. Résultats pour la période 2014 à 2017	33
DISCUSSION	35
1. Forces et faiblesses de l'étude	35
1.1 Les points forts	35
1.2 Les points faibles	35
2. Les principaux résultats	36
CONCLUSION	47
Références bibliographiques	48
Annexe 1 : Documents relatifs à la réalisation d'une IVG médicamenteuse à la Maison Dispersée de Santé.	51
Annexe 2 : Modèle de la convention établie entre un médecin de la MDS et un des centres hospitaliers référent.	56

RÉSUMÉ

Contexte : L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse peut être réalisée en ville par des médecins généralistes depuis 2004. Des recommandations professionnelles de bonne pratique encadrent sa prise en charge et le suivi médical des femmes qui y ont recours. A la Maison Dispersée de Santé de Lille, trois médecins généralistes pratiquent des IVG médicamenteuses.

Objectif : Déterminer les différences entre ce qui est connu de façon théorique comme obligatoire et recommandé pour une IVG médicamenteuse et l'accompagnement pratique des femmes à la Maison Dispersée de Santé.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative rétrospective, descriptive, mono centrique avec un recueil de données obtenues à partir des dossiers médicaux des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse à la Maison Dispersée de Santé de 2014 à 2017.

Résultats : Au total, 194 dossiers médicaux ont pu être analysés. Les femmes avaient un antécédent d'IVG dans 30,4 % des cas. La contraception était renseignée pour 63,9% des cas. Une échographie de datation était réalisée pour 86,6% des femmes. Une antalgie adaptée était prescrite pour 90,2% des femmes. Le frottis cervico-vaginal était réalisé dans 37,1% des cas. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles n'avait pas été effectué pour 84,5% des cas. Une contraception ultérieure était prescrite pour 80,4% des femmes. Environ une femme sur deux se rendait à la visite de contrôle mais le contrôle de l'efficacité était réalisé dans près de 80% des cas. La proposition d'un accompagnement psychologique était mentionnée dans 20,1% des cas. Le médecin effectuant l'IVG était le médecin traitant dans 23,2% des cas. Le taux de succès des IVG médicamenteuses était estimé à 68,6% à partir des données disponibles.

Conclusion : Notre travail a permis d'analyser la réalité des pratiques de médecins généralistes en matière d'IVG médicamenteuse et d'en mettre en évidence les points forts et les points faibles. Il est fondamental de rappeler l'importance de la traçabilité du contenu des consultations dans le dossier médical afin d'améliorer la prise en charge globale de ces femmes en soins primaires. La question se pose de savoir comment améliorer la qualité des soins pour les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse auprès d'un médecin généraliste qui n'était pas le médecin traitant.

ABSTRACT

Context: Medicinally induced abortion has been performed by general practitioners since 2004. Professional recommendations for good practice oversee its management and subsequent follow up of women who undergo it. At the Maison Dispersee de Sante of Lille, three general practitioners perform medicinally induced terminations.

Objective: To determine the difference between what is known as theoretically mandatory/recommended for a medicinally induced abortion and the accompanying practical support of women at the Maison Dispersee de Sante.

Method: We employed a retrospective, descriptive, mono-centric quantitative study composed of data obtained from the medical records of women who had undergone a medicinally induced abortion at the Maison Dispersee de Sante from 2014-2017.

Results: In total, 194 medical records were analyzed. The women had previously underwent medically induced abortions in 30.4% of cases. Contraception was reported for 63,9% of the cases. An early pregnancy dating scan was performed for 86.6% of women. Adequate analgesia was prescribed for 90.2% of women. Cervical vaginal smear was performed for 37.1% of cases. STI screening was not performed for 84.5% of cases. Subsequent contraception was prescribed for 80,4% of women. Roughly one out of two women went to the follow-up visit but the control of the efficacy was realized in nearly 80% of the cases. The recommendations for psychological support were mentioned in 20.1% of cases. The physician performing the termination was the woman's attending physician in 23.2% of cases. The rate of success of medicinally induced abortion was estimated at 68.6%, based on available and usable data.

Conclusion: Our work permitted us to analyze the reality of medicinally induced abortion in GP practice and to highlight both the strong and weak points. It is imperative to note the importance of the traceability of consultative content in the medical file in order to improve the quality of overall care of these women in the primary care setting. The question arises of how to improve this quality of care for those women who have undergone a medicinally induced abortion performed by a general practitioner who was not the attending physician.

INTRODUCTION

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses peuvent actuellement être réalisées en médecine générale sous certaines conditions.

Chaque année en France métropolitaine 1,4 % les femmes en âge de procréer ont recours à une IVG (chirurgicale ou médicamenteuse). (1)

L'IVG a été autorisée par la promulgation de la loi de 1975, et est encadrée sur le plan de sa réalisation pratique par des recommandations professionnelles érigées notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS).

De nombreuses réformes ont permis d'assouplir les conditions de son accès au fil des années, dont l'abolition récente du délai de réflexion de 7 jours qui souligne l'actualité de la question de l'IVG. (2)

La méthode médicamenteuse s'est développée à la fin des années 1980, et son recours a été rendu possible dans les cabinets de ville en 2004. (3)

C'est au cours de mon stage à la Maison Dispersée de Santé à Lille, où sont pratiquées des IVG médicamenteuses, que s'est développé mon intérêt pour les modalités de sa réalisation en médecine générale.

La question était de savoir comment les femmes étaient-elles accompagnées pour une IVG médicamenteuse en médecine générale ?

L'objectif principal était de déterminer les éventuelles différences entre ce qui est connu de façon théorique comme obligatoire et recommandé pour une IVG médicamenteuse et l'accompagnement pratique des femmes par des médecins généralistes à la Maison Dispersée de Santé.

La finalité de ce travail était d'amener une réflexion autour de l'accompagnement des femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse à travers l'expérience de la Maison Dispersée de Santé.

GÉNÉRALITÉS

1. IVG en France et données épidémiologiques

1.1 Données quantitatives générales.

En France, environ 200 000 IVG sont pratiquées chaque année avec un taux de recours relativement stable au fil du temps. (1)

En 2015 en France métropolitaine, 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été enregistrées, et 26,5 dans les DOM, soit un total de 218 000 IVG. (4)

En 2016, le nombre d'IVG réalisées en France était de 211 900. (5)

Les IVG connaissent néanmoins une évolution selon les âges avec un taux en baisse chez les femmes de moins de 20 ans et un recours le plus fréquent observé chez les femmes entre 20 et 24 ans. (4)

L'IVG peut concerner une femme à plusieurs reprises au cours de sa vie.

Trente-trois pour cent environ des femmes ont recours à une IVG au moins une fois au cours de leur vie. (6)

Les régions les plus concernées en terme de taux de recours en France en 2015 sont les DOM, L'Ile de France, et les régions du Sud (Midi-Pyrénées, PACA, Languedoc-Roussillon). (5)

En 2016 on estime à 64% le taux d'IVG médicamenteuses réalisées en France métropolitaine. (Avec une diminution sensible du nombre d'IVG instrumentales.) (5)

1.2 IVG dans les Hauts de France en 2016

En 2016, 1485 IVG médicamenteuses ont été réalisées en ville dans les Hauts de France. (5)

Par ailleurs 16 057 IVG ont été réalisées en centre hospitalier dans les Hauts de France, pour un total d'IVG réalisées à 17552. (5)

D'autres données de la DREES comptaient par ailleurs 13,9 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. (5)

1.3 Données qualitatives

1.3.1 Evolution du recours à l'IVG

La législation encadrant l'IVG a connu de nombreuses modifications depuis 1975 visant à élargir et à assouplir les conditions de son accès. Toutefois il n'a pas été constaté d'augmentation du taux global d'IVG. (1)

La durée moyenne de grossesse au moment de l'IVG n'a pas non plus été modifiée par l'allongement du délai légal de recours à l'IVG, et se situe aux alentours de 7,1 semaines d'aménorrhée, en ce qui concerne l'IVG médicamenteuse (qui peut être réalisée jusqu'à 9 SA en établissements de santé.) (1)

Ces données soulignent probablement l'importance qu'a pris le recours à l'IVG médicamenteuse en ville dont le délai limite est fixé à 7 SA.

Le recours à l'IVG se concentrerait à des périodes d'âges se situant avant la période de fécondité forte qui recule, l'âge moyen de la maternité en France se situant désormais autour de 30,1 ans. (1)

L'âge moyen lors d'une IVG en 2011 était de 27,5 ans contre 28,4 en 1990. (1)

Toutefois il a été constaté une hausse du recours à l'IVG entre 18 et 25 ans malgré une couverture contraceptive forte. (1)

1.3.2 Le recours répété à l'IVG

La question du recours répété à l'IVG est une question centrale de santé publique, soulignant les enjeux de la contraception et de son suivi par les médecins généralistes.

Il est actuellement constaté qu'après un premier recours à une IVG, la probabilité de recourir à nouveau à une IVG augmenterait. (6)

Cette constatation pose question en France où les moyens contraceptifs sont considérés comme simple d'accès.

Elle souligne l'importance du rôle que le médecin généraliste a à jouer dans l'éducation à la contraception auprès des femmes, et à fortiori lors d'une consultation dédiée à cet effet.

Néanmoins les femmes ayant à nouveau recours à une IVG déclarent utiliser une méthode contraceptive davantage que les autres femmes enceintes et ayant recours pour la première fois à une IVG. (7)

Les femmes âgées de moins de trente ans, les étudiantes et les femmes vivant seules seraient davantage concernées par le recours répété à l'IVG. (7)

Ce phénomène du recours répété à l'IVG s'expliquerait selon certains auteurs par le délai plus long entre le début de l'activité sexuelle et la naissance du premier enfant, mais aussi par la complexité du rapport à la contraception des femmes dans la société actuelle, avec des histoires affectives et sexuelles transformées et diversifiées. (6)

1.3.3 Evolution des lieux de réalisation d'une IVG

Les IVG réalisées en dehors des structures hospitalières sont plus fréquentes aujourd'hui et représentent désormais 18% du total des IVG, soit environ 36 300 IVG réalisées hors structure hospitalière en Métropole en 2015. (4)

Il est à noter également une diminution sensible du nombre d'IVG instrumentales réalisées à l'hôpital en France en 2015, avec un taux stabilisé autour de 50 % au profit des IVG médicamenteuses. (4)

Depuis 2004 près d'une IVG médicamenteuse sur six était réalisée en cabinet libéral dont un quart par des médecins généralistes. (8)

Les IVG réalisées en cabinet de ville en 2016 s'élevaient à 16,4% en France métropolitaine, et 1,2 % dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), soit l'équivalent de 34 700 IVG médicamenteuses, avec une augmentation progressive significative de leur nombre depuis 2009. (5)

1.3.4 Disparités territoriales et dégradation d'accès à l'IVG ?

Il semble qu'en dépit des avancées constatées dans l'évolution de la législation française en matière d'accès à l'IVG, des disparités régionales continuent de persister, rendant problématique l'accès à l'IVG. (9)

En effet certains territoires sont davantage concernés que d'autres par des difficultés pour les femmes à accéder à l'IVG, ainsi que des disparités dans l'accès et le choix aux infrastructures de santé. La baisse du nombre des structures de prise en charge des IVG, la question de la sous-évaluation de l'acte sur le plan de la rémunération mais également la faible valorisation professionnelle et le manque de formation à la pratique des IVG accentueraient cette problématique. (9)

Plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG ont fermé en dix ans. (1)

D'autre part, le départ prévu à la retraite des médecins pratiquant des IVG sans certitude sur leur remplacement, laisse à penser que les conditions d'accès à l'IVG pourraient se dégrader dans les années à venir. (9)

1.4 IVG et inégalités sociales.

Depuis 2013, l'IVG est remboursée à 100% par la sécurité sociale.

Un arrêté publié au Journal Officiel du 8 mars 2016 relatifs aux « forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse » a permis le remboursement également à 100% de l'ensemble de actes autour de l'IVG par l'Assurance maladie. (10)

Ces mesures ont pour vocation de réduire les inégalités d'accès à l'IVG pour les femmes.

Il n'est toutefois pas possible de faire une évaluation épidémiologique analytique précise des inégalités sociales en France dans le domaine de l'IVG, que celles-ci concernent l'accès à une contraception efficace ou le recours à l'IVG elle-même, le système statistique de santé publique française ne le permettant pas à l'heure actuelle. (1)

En effet le bulletin statistique française de recensement des IVG ne contient pas de cases de renseignements visant à préciser la situation sociale des femmes.

2. IVG en France : aspects législatifs

2.1 Evolution du cadre légal de l'IVG.

En décembre 1974, au terme de nombreux débats, le projet de loi sur l'IVG est adopté, autorisant l'acte sur demande simple à un médecin dans un délai de 10 semaines. La loi ne prévoyait initialement pas le remboursement de l'acte par la Sécurité Sociale et tachait de le limiter à des cas de nécessité. Tout médecin ou établissement hospitalier privé avait le droit de refuser une demande d'IVG. (2)

Dans ce contexte politique de débats autour de la régulation des naissances, la loi du 4 décembre 1974 permettait le remboursement de la contraception et supprimait le caractère obligatoire de l'autorisation parentale pour les femmes mineures. (11)

La promulgation de la loi autorisant l'IVG, ou « loi Veil » a lieu le 17 janvier 1975. (12)

La loi du 31 décembre 1979 entérine le contenu de la loi de janvier 1975 et diminue certains obstacles à la réalisation d'une l'IVG notamment sur les critères d'accord du médecin et l'accueil d'une femme en demande d'IVG dans les centres hospitaliers. (13)

Le 31 décembre 1982 à lieu la promulgation d'une loi qui engage l'Etat Français à prendre en charge les dépenses de l'Assurance Maladie pour la réalisation de l'IVG. (14)

Le 21 décembre 1990, le Conseil d'Etat affirme que la loi autorisant l'IVG en France ne s'oppose pas à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. (15)

Le 27 janvier 1993 à lieu la promulgation de la loi pénalisant le délit d'entrave à l'IVG. (16)

En octobre 2000 est présenté un projet de loi visant à réformer les précédentes dispositions législatives existant sur la contraception et l'interruption volontaire de

grossesse. Ce projet de loi prévoit notamment un allongement du délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse ainsi qu'un assouplissement des conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les femmes mineures.(2)

Le 4 juillet 2001 a lieu la promulgation de la loi n°2001-588 relative à l'IVG et à la contraception. (17)

Le 17 janvier 2013, l'IVG devient gratuite quelque soit la méthode choisie (instrumentale ou médicamenteuse) et ce pour toutes les femmes. (2)

La notion de détresse est supprimée des conditions de recours à l'IVG par la promulgation de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, qui prévoit également une extension du délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG. (18)

Le délai minimal de réflexion d'une semaine est supprimé par la promulgation de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (19)

3. IVG médicamenteuse et recommandations de bonne pratique.

Des recommandations concernant la prise en charge d'une IVG, que celle-ci soit chirurgicale ou médicamenteuse ont été éditées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en mars 2001. (20)

Une actualisation concernant la prise en charge de l'IVG médicamenteuse a été faite par la Haute Autorité de Santé en décembre 2010 dans l'objectif de préciser la stratégie médicamenteuse ainsi que les modalités pratiques de la réalisation d'une IVG à domicile. (8)

Le CNGOF, la FNCGM, l'ANCIC, le REVHO, et l'AFC, avaient également participé à cette actualisation.

3.1 Méthode médicamenteuse avant 7 SA en ville.

La méthode médicamenteuse pour une IVG avant 7 SA en cabinet libéral repose sur la prise de mifépristone à la posologie de 600 milligrammes par voie orale suivie par la prise de 400 microgrammes de misoprostol par voie orale 36 à 48 heures plus tard. (8)

3.2 Condition de prise en charge des IVG médicamenteuses en ville.

Jusqu'au terme de 7 SA, un médecin libéral peut pratiquer une IVG médicamenteuse en dehors d'un établissement de santé. Les conditions pour ce faire doivent être d'avoir une convention avec un établissement de santé autorisé à la prise en charge des IVG et de présenter une expérience professionnelle adaptée. (8)

3.3 Déroulement des consultations lors d'une IVG.

Le déroulement des consultations lors d'une IVG peuvent se schématiser en trois temps. Le premier temps est celui, en présence du médecin, de la prise du premier médicament. Le deuxième temps, celui de la prise du second médicament. La visite de contrôle qui constitue le troisième temps. (21)

Les recommandations de la HAS de décembre 2010 détaillent le déroulement des consultations préalables à l'IVG mais également du suivi de l'IVG. Elles stipulent que dès la première consultation, les femmes doivent pouvoir bénéficier d'une information claire et précise, orale et écrite sur la procédure ainsi que sur le choix des différentes méthodes pour une IVG.

Un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit toujours être proposé aux femmes majeures et est obligatoire pour les femmes mineures. (8) Cet entretien doit être réalisé par des professionnels compétents pour cet accompagnement spécifique ainsi que pour l'identification d'éventuelles difficultés psycho sociales. (8)

Le délai de réflexion qui était toujours obligatoire au moment de la rédaction des recommandations de bonne pratique de la HAS rendait compte de la nécessité de la tenue de deux consultations préalables à l'IVG. Toutefois, à la lumière des modifications législatives récentes abolissant le délai de réflexion, ces temps de consultations peuvent désormais raisonnablement être pensés en une seule et même consultation.

Au cours de la consultation de demande d'IVG, l'entretien et l'examen clinique doivent préciser l'âge gestationnel de la grossesse. Un consentement écrit doit être signé par la patiente. (8)

Une échographie de datation doit pouvoir être réalisée rapidement. (8)

Il est recommandé de proposer en fonction du contexte clinique un dépistage des infections transmissibles par voie sexuelle, notamment le VIH ainsi que des frottis cervico-vaginaux de dépistage. (8)

La HAS souligne par ailleurs l'importance de pouvoir aborder la question de la contraception actuelle, afin de comprendre les raisons de son échec, ou de relever son éventuelle absence.

Sur le plan de la contraception à venir après la réalisation de l'IVG, celle-ci doit être discutée voire prescrite dès la première consultation. (8)

Un groupage sanguin ABO-D doit être également être effectué avant la réalisation de l'IVG. (8)

La consultation de réalisation effective de l'IVG est celle de la prise de mifépristone. Des numéros téléphoniques et la démarche à suivre en cas d'urgence ou de survenue d'effets indésirables doivent être remis à la patiente ainsi qu'une fiche de conseils sur les suites attendues de l'IVG. (8)

Il doit être prescrit un traitement d'antalgiques de palier 1 définis par la HAS comme de l'ibuprofène ou du fénopropène à dose antalgique et des antalgiques de palier 2, définis comme du paracétamol en association avec de la codéine ou de l'opium, du tramadol seul ou en association avec du paracétamol.

La prescription d'une méthode contraceptive doit être faite. (8)

Dans le cas d'une patiente à Rhésus négatif, une injection de 200 microgrammes d'immunoglobulines anti-D doit être faite et ce dans les 72 heures suivant les premiers saignements, le mieux étant de réaliser cette injection lors de la prise de mifépristone en cas d'IVG à domicile. (8)

La prise de misoprostol doit avoir lieu 36 à 48 heures plus tard et ce dernier doit être délivré à la patiente en cas de choix d'IVG à domicile. Si le misoprostol est pris à domicile il est nécessaire que la distance entre le centre hospitalier référent et le domicile de la patiente soit limitée avec un délai d'une heure pour s'y rendre. (8)

Une visite de contrôle doit avoir lieu entre le 14^e et le 21^e jour qui suit l'IVG et doit également s'accompagner obligatoirement d'un contrôle de l'efficacité de la méthode par un examen clinique, et la réalisation d'une échographie pelvienne ou d'un dosage de b-hCG. Selon les circonstances cliniques, cette visite peut également avoir lieu plus précocement. (21)

Il est par ailleurs recommandé de proposer un accompagnement psychologique. (8)

Une vérification de la bonne compréhension ainsi que de la juste utilisation de la méthode contraceptive choisie est recommandée. (8)

En cas d'échec de l'IVG médicamenteuse, une IVG chirurgicale est nécessaire. Les échecs de la méthode médicamenteuse sont définis par la HAS comme une grossesse

arrêtée mais non complètement expulsée, une grossesse évolutive ou la nécessité d'un geste endo-utérin à visée hémostatique. (8)

4. IVG en médecine générale.

Depuis 2004, les médecins de ville dont font partie les médecins généralistes sont autorisés à réaliser des IVG médicamenteuses, conformément à la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. (17)

4.1 Convention avec un établissement de santé.

La pratique des IVG en ville est soumise à l'obligation d'une convention avec un établissement de santé apte à la réalisation des IVG. Un modèle de convention type réglementaire doit être suivi, et ce document qui détaille le rôle et les obligations de chacun doit être signé par le médecin généraliste effectuant l'IVG ainsi que par l'établissement de santé. (21) Le médecin généraliste doit ensuite envoyer une copie de la convention signée au conseil départemental de l'Ordre des Médecins, au conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens et également à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève. (21)

L'établissement de santé signataire doit pouvoir être en mesure d'accueillir en permanence la patiente ayant eu recours à une IVG et ce afin également de pouvoir prendre en charge les complications ou les échecs éventuels de l'IVG médicamenteuse. (21)

Il appartient au médecin généraliste de conserver le consentement écrit de la patiente dans son dossier médical. (21)

4.2 Tarification

L'assurance maladie prend en charge à 100% l'IVG médicamenteuse dans le cadre d'un forfait. La rémunération forfaitaire de l'IVG est comprise entre 187,92 et 193,16 euros pour le médecin généraliste réalisant l'ensemble de l'IVG médicamenteuse. (22)

Les coûts relatifs à l'ensemble des examens réalisés dans le cadre d'une IVG médicamenteuse en ville sont également pris en charge intégralement depuis le 1^{er} avril 2016 et doivent faire l'objet d'une prescription médicale avec mention de codes de prestation spécifiques. (21)

5. IVG médicamenteuse à la Maison Dispersée de Santé

Sur les six médecins généralistes exerçant à la Maison Dispersée de Santé de Lille, située dans le quartier de Lille-Moulins, trois pratiquent des IVG médicamenteuse en ville, dont deux depuis 2004. Ces praticiens ont signé une convention avec des établissements de santé de proximité et aptes à la prise en charge des IVG. Ils exercent également dans le service d'orthogénie de l'un de ces centres hospitaliers.

En cas de survenue de complications, ou en cas d'échec de l'IVG médicamenteuse à domicile, les patientes sont orientées dans les établissements de santé avec lesquels ces praticiens ont une convention.

Les femmes se présentant à la MDS pour une IVG médicamenteuse sont :

- Des femmes ayant pour médecin traitant un des médecins de la MDS, que celui-ci pratique les IVG médicamenteuses ou non.
- Des femmes n'ayant pas de médecin traitant à la MDS mais adressées par leur médecin généraliste.
- Des femmes n'ayant pas de médecin traitant à la MDS mais dont le suivi gynécologique est effectué par un des médecins de la MDS.

- Des femmes adressées par le CPEF.
- Des femmes informées par leurs propres moyens, entourage, réseau social, de la possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse à la MDS.

6. Audit Clinique : définitions et perspectives.

L'Audit Clinique est défini par la HAS comme une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Dans un premier temps cette pratique a pour but de mesurer les différences entre la pratique réelle observée et la pratique attendue et recommandée à partir de critères d'évaluations. (23) C'est à partir des premiers résultats obtenus que les professionnels de santé peuvent réorganiser leur pratique afin d'améliorer la qualité des soins. (23)

Dans un troisième temps, une nouvelle mesure des écarts entre pratique réelle et la pratique attendue ou recommandée est faite à partir des mêmes critères d'évaluation. (23) Notre étude peut donc s'apparenter au premier temps d'un Audit clinique.

MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective, descriptive, mono centrique.

2. Choix des données à recueillir et mode de recueil.

Le choix du type de données à recueillir s'est fait à partir des recommandations de bonne pratique et des éléments de la loi encadrant la pratique des IVG médicamenteuses. D'autres données telles que l'âge au moment de l'IVG, l'existence d'un antécédent d'IVG, le terme de la grossesse en SA, le succès ou l'échec de l'IVG ont été également recueillies.

D'autre part il était précisé si l'IVG était réalisée ou non par le médecin traitant.

2.1 Liste des données recueillies pour l'étude.

Un total de 18 variables a été recueilli :

- Age au moment de l'IVG

- Antécédent d'IVG :

Cette donnée pouvait être renseignée par oui ou par non ou ne pas être disponible.

- Terme de la grossesse en SA

- Echographie pelvienne de datation réalisée :

Oui/non ou non disponible.

Cette donnée était considérée comme non disponible lorsqu'il était mentionné dans le dossier qu'elle était réalisée ou prescrite mais dont les résultats ne figuraient ni dans le dossier papier ni dans le dossier informatisé.

- Consentement écrit recueilli par le médecin effectuant l'IVG :

Oui ou non disponible.

- Contraception antérieure :

Oui/non ou non disponible.

Était validée comme contraception antérieure tout moyen contraceptif disponible en France : contraception hormonale oestroprogestative orale, contraception hormonale oestroprogestative transdermique, contraception hormonale oestroprogestative vaginale, contraception hormonale progestative orale, contraception hormonale progestative sous-cutanée ou injectable, dispositif intra-utérin au cuivre, dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, spermicides, diaphragme et cape cervicale).

L'usage de la pilule du lendemain à elle seule n'était pas considéré comme un moyen de contraception.

- Groupe ABO-D :

Oui ou non disponible.

Les renseignements concernant le groupe sanguin de la patiente étaient recueillis soit dans les antécédents, soit dans les archives informatiques de prescription d'analyse sanguine, soit par la mention dans l'observation médicale que la carte de groupe avait été vue par le médecin généraliste.

- Immunoglobulines anti-D en cas de Rhésus négatif :

Oui /non.

La prescription médicamenteuse étant informatisée au cabinet, il n'était pas retenu la non disponibilité de cette donnée qui, si elle venait à manquer, était considérée comme non prescrite.

- Frottis cervico-vaginal :

Oui/non.

La vérification d'un frottis récent déjà réalisé depuis moins de trois ans, ou la notification des résultats d'un frottis datant de moins de trois ans ou un frottis programmé dans les suites de l'IVG étaient acceptés.

Du fait de la tenue informatisée du dossier médical et des prescriptions, la non disponibilité de cette donnée était considérée comme non effectuée.

- Dépistage des IST :

Oui/ non.

Un seul dépistage parmi celui du VIH, des hépatites VHB et VHC, du sérodiagnostic de la syphilis (TPHA-VDRL), ou PCR chlamydiae suffisait.

Du fait de la tenue informatisée du dossier médical et des prescriptions, la non disponibilité de cette donnée était considérée comme non effectuée.

- Contraception post IVG prescrite :

Oui/ non.

Etait validée comme contraception tout moyen contraceptif disponible en France : contraception hormonale oestroprogestative orale, contraception hormonale oestroprogestative transdermique, contraception hormonale oestroprogestative vaginale, contraception hormonale progestative orale, contraception hormonale progestative sous-cutanée ou injectable, dispositif intra-utérin au cuivre, dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, spermicides, diaphragme et cape cervicale) .

Si la stérilisation avait été une demande formulée par la patiente en post IVG et évoquée en consultation, elle était également considérée comme valide pour le recueil. (24)

La prescription de la pilule du lendemain seule n'était pas considérée comme un moyen de contraception.

- Visite de contrôle entre le 14^e et le 21^e jour :

Oui/non.

Si la visite de contrôle avait lieu avant le 14^{ème} jour elle était également prise en compte. Au-delà du 21^{ème} jour, si la patiente venait à effectuer une visite de contrôle, celle-ci n'était pas prise en compte dans le recueil.

- Antalgiques adaptés prescrits :

Oui/non.

Etaient considérés comme adaptés des antalgiques de pallier 1 à type d'AINS, ou l'association d'antalgiques de pallier 1 et de pallier 2.

La prescription de paracétamol seul n'était pas retenue comme une antalgie adaptée.

Du fait de la tenue informatisée du dossier médical et des prescriptions, la non disponibilité de cette donnée était considérée comme non effectuée.

- Contrôle de l'efficacité :

Oui/non ou non disponible.

Le contrôle de l'efficacité étant considéré comme fait soit par dosage de b-HCG plasmatique, soit par la réalisation d'une échographie pelvienne.

Lorsque le dosage de b-HCG ou l'échographie étaient prescrits mais leurs résultats non retrouvés, le contrôle de l'efficacité était alors considéré comme non disponible.

- Délai de réflexion respecté :

Oui/non ou non disponible.

Le délai de réflexion a été pris en compte pour le recueil des données pour les seules années concernées par la loi avant sa modification soit 2014, 2015 et 2016.

Il était considéré comme non disponible pour les années précédemment citées lorsqu' il était mentionné que les patientes étaient adressées par courrier par un premier médecin contacté pour une demande d'IVG mais sans précision de la date de la première consultation.

- Succès de l'IVG :

Oui/non ou non disponible.

- IVG réalisée par le médecin traitant :

Oui/non.

- Accompagnement psychologique proposé :

Oui ou non disponible. Si l'accompagnement psychologique n'était pas mentionné dans le dossier informatisé de la patiente il était considéré comme une donnée non disponible et non pas non effectué, car il ne dépend pas d'une prescription informatisée.

2.2 Recueil des données.

Le recueil des données était fait à la MDS à partir des dossiers papiers des patientes ayant fait une demande d'IVG auprès des médecins de la MDS. Ces dossiers étaient archivés au sein du secrétariat de la MDS.

Le recueil a porté sur des IVG réalisées à la MDS entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 novembre 2017.

Les patientes étaient identifiées à partir du dossier papier puis leur dossier médical informatisé contenant le reste des données à recueillir était consulté.

Toutes les variables étaient enregistrées de manière anonyme dans un logiciel de saisie des données de type Excel.

2.3 Analyse.

Le résultat pour chaque donnée recueillie était exprimé en pourcentage.

3. Population étudiée.

Critère d'inclusion : Toutes les femmes enceintes de plus de 18 ans ayant fait une demande d'IVG médicamenteuse avant 7SA auprès d'un médecin généraliste à la MDS.

Critères d'exclusion : Toute patiente demandant une IVG médicamenteuse après 7SA. Toute patiente demandant une orientation sur un établissement de santé afin de réaliser

une IVG chirurgicale. Toute patiente mineure. Toute patiente ayant formulé une première demande d'IVG sans que celle-ci ne soit in fine réalisée.

4. Aspect réglementaire et éthique.

Le correspondant CNIL de l'Université de Lille avait donné un avis favorable à la réalisation de l'étude, celle-ci n'étant pas soumise aux formalités déclaratives, toutes les données collectées étant anonymisées à la source.

RÉSULTATS

1. Description de la population étudiée.

L'étude des dossiers et le recueil des données se sont déroulés d'octobre à décembre 2017 à la MDS.

Un total de 194 dossiers a été analysé pour des IVG réalisées entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 novembre 2017.

Il a été décidé d'exclure 8 dossiers du recueil pour le motif que le dossier papier et le dossier informatisé ne contenaient aucune information sur la réalisation effective de l'IVG médicamenteuse, soit en pratique les dossiers pour lesquels un consentement écrit était signé ou une lettre d'un praticien adressant la patiente pour une IVG médicamenteuse était retrouvée mais sans certitude que la patiente ait reçu les médicaments.

La moyenne d'âge des femmes pour la période étudiée était de 28,1 ans. (Tableau 1)

Les femmes avaient un antécédent d'IVG dans 30,4% des cas. Pour 19,1 % d'entre elles cette donnée n'était pas disponible dans le dossier médical. (Tableau 1)

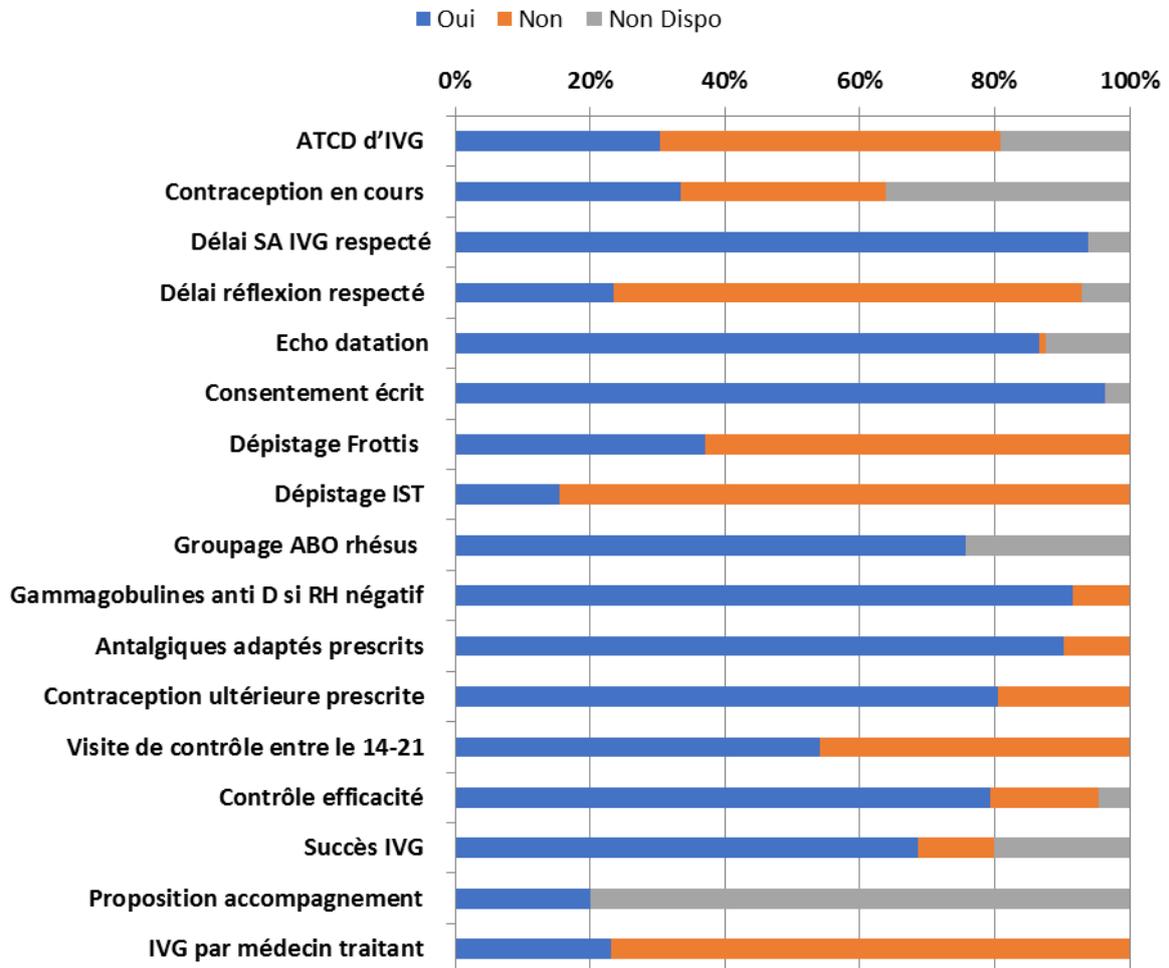
2. Résultats pour la période 2014 à 2017 :

Tableau comparatif pour la période 2014 à 2017 :

	2014		2015		2016		2017		TOTAL 2014-2017	
	N=46	%	N=62	%	N=49	%	N=37	%	N=194	%
Âge IVG										
Moyenne	29,6		28,7		28,3		26,1		28,1	
Non Dispo	0		0		1		0		1	
ATCD d'IVG										
Oui	9	19,6%	18	29,0%	18	36,7%	14	37,8%	59	30,4%
Non	31	67,4%	37	59,7%	21	42,9%	9	24,3%	98	50,5%
Non Dispo	6	13,0%	7	11,3%	10	20,4%	14	37,8%	37	19,1%
Contraception en cours										
Oui	10	21,7%	26	41,9%	17	34,7%	12	32,4%	65	33,5%
Non	13	28,3%	17	27,4%	14	28,6%	15	40,5%	59	30,4%
Non Dispo	23	50,0%	19	30,6%	18	36,7%	10	27,0%	70	36,1%
Délai SA IVG respecté										
Oui	41	89,1%	59	95,2%	48	98,0%	34	91,9%	182	93,8%
Non Dispo	5	10,9%	3	4,8%	1	2,0%	3	8,1%	12	6,2%
Délai réflexion respecté										
Oui	7	15,2%	17	27,4%	13	26,5%	N/A	N/A	37	23,6%
Non	39	84,8%	44	71,0%	26	53,1%	N/A	N/A	109	69,4%
Non Dispo	0	0,0%	1	1,6%	10	20,4%	N/A	N/A	11	7,0%
Echo datation										
Oui	33	71,7%	54	87,1%	47	95,9%	34	91,9%	168	86,6%
Non	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	1	2,7%	2	1,0%
Non Dispo	13	28,3%	8	12,9%	1	2,0%	2	5,4%	24	12,4%
Consentement écrit										
Oui	44	95,7%	61	98,4%	47	95,9%	35	94,6%	187	96,4%
Non Dispo	2	4,3%	1	1,6%	2	4,1%	2	5,4%	7	3,6%
Dépistage Frottis										
Oui	13	28,3%	23	37,1%	18	36,7%	18	48,6%	72	37,1%
Non	33	71,7%	39	62,9%	31	63,3%	19	51,4%	122	62,9%
Dépistage IST										
Oui	8	17,4%	8	12,9%	5	10,2%	9	24,3%	30	15,5%
Non	38	82,6%	54	87,1%	44	89,8%	28	75,7%	164	84,5%
Groupage ABO rhésus										
Oui	32	69,6%	53	85,5%	34	69,4%	28	75,7%	147	75,8%
Non Dispo	14	30,4%	9	14,5%	15	30,6%	9	24,3%	47	24,2%
Gammagobulines anti D si RH négatif										
Oui	6	100,0%	7	87,5%	3	75,0%	6	100,0%	22	91,7%
Non	0	0,0%	1	12,5%	1	25,0%	0	0,0%	2	8,3%
Antalgiques adaptés prescrits										
Oui	42	91,3%	59	95,2%	42	85,7%	32	86,5%	175	90,2%
Non	4	8,7%	3	4,8%	7	14,3%	5	13,5%	19	9,8%
Contraception ultérieure prescrite										
Oui	40	87,0%	55	88,7%	33	67,3%	28	75,7%	156	80,4%
Non	6	13,0%	7	11,3%	16	32,7%	9	24,3%	38	19,6%
Visite de contrôle entre le 14-21										
Oui	21	45,7%	32	51,6%	31	63,3%	21	56,8%	105	54,1%
Non	25	54,3%	30	48,4%	18	36,7%	16	43,2%	89	45,9%
Contrôle efficacité										
Oui	40	87,0%	54	87,1%	34	69,4%	26	70,3%	154	79,4%
Non	6	13,0%	0	0,0%	14	28,6%	11	29,7%	31	16,0%
Non Dispo	0	0,0%	8	12,9%	1	2,0%	0	0,0%	9	4,6%
Succès IVG										
Oui	37	80,4%	44	71,0%	32	65,3%	20	54,1%	133	68,6%
Non	3	6,5%	8	12,9%	6	12,2%	5	13,5%	22	11,3%
Non Dispo	6	13,0%	10	16,1%	11	22,4%	12	32,4%	39	20,1%
Proposition accompagnement										
Oui	7	15,2%	15	24,2%	8	16,3%	9	24,3%	39	20,1%
Non Dispo	39	84,8%	47	75,8%	41	83,7%	28	75,7%	155	79,9%
IVG par médecin traitant										
Oui	9	19,6%	19	30,6%	10	20,4%	7	18,9%	45	23,2%
Non	37	80,4%	43	69,4%	39	79,6%	30	81,1%	149	76,8%

N/A : Non applicable

Graphique : Résultats pour la période 2014 à 2017



DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1 Les points forts

Il s'agit de la première étude réalisée dans la région Hauts de France sur la prise en charge pratique des femmes pour une IVG médicamenteuse en médecine générale, qui permet de soulever des questions concrètes ayant pour but d'améliorer la qualité des soins.

Par ailleurs un nombre important de dossiers médicaux (194) ont pu être analysés au sein d'une maison médicale de médecine générale.

L'analyse groupée de la pratique de différents médecins généralistes exerçant au sein de cette même maison médicale constitue également un point fort.

1.2 Les points faibles

Des biais de mesure existent pour cette étude car les données pouvaient parfois manquer en rapport avec le système informatique du cabinet, notamment la prescription d'éléments qui pouvait être réalisée sur ordonnance papier mais qui en conséquence ne pouvaient être retrouvée avec la méthode de recueil de données utilisée.

L'insuffisance de précision de certains critères recueillis comme la proposition d'un accompagnement psychologique qui reste une donnée imprécise et difficilement quantifiable dans ce type d'étude constitue un biais de confusion.

L'étude connaît également un biais de sélection induit par le fait qu'une partie des dossiers médicaux des femmes reçues à la MDS pour une IVG médicamenteuse entre 2014 et 2017 n'ont pas pu être inclus dans l'étude en raison d'un défaut d'archivage et de conservation des données relatives à la prise en charge de l'IVG.

Un autre point faible est que cette étude visait à déterminer comment les femmes étaient prises en charge pour une IVG médicamenteuse par leur médecin généraliste, or il ne s'agissait que d'une minorité des cas où le médecin réalisant l'IVG était également le médecin traitant.

Par ailleurs le manque de données sur les caractéristiques de la population étudiée constitue un point faible dans la mesure où elle rend difficilement généralisable les résultats de l'étude.

2. Les principaux résultats

Antécédent d'IVG :

Le fait que près de 30% des femmes aient un antécédent d'IVG dans notre étude paraît être en cohérence avec les données épidémiologiques actuelles notamment celles émanant d'une étude multicentrique sur les IVG médicamenteuses réalisée en 2014 et qui étudiait les caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG. (25) En effet, dans cette étude qui portait sur un échantillon de plus de 400 femmes, 22% des femmes avaient déjà eu une IVG antérieure et 8% deux ou plus. (25)

La question se pose de savoir pour quelles raisons pour près de 19% des femmes de notre étude l'antécédent d'IVG n'était pas précisé dans le dossier médical. Une hypothèse est que le fait de ne pas être le médecin traitant de la femme consultant pour une IVG pourrait induire à une diminution du réflexe de notifier les antécédents médicaux dans le dossier médical informatisé. Une autre hypothèse est que le fait de ne pas être le médecin traitant d'une femme consultant pour une IVG pourrait rendre délicate une question portant sur un antécédent d'IVG au cours d'une première consultation. Il est possible que cette question puisse induire une interprétation de jugement chez la femme en demande d'une IVG.

Il semble toutefois important de recueillir cette information auprès d'une femme en demande d'IVG médicamenteuse. En effet il a été décrit que les femmes ayant un recours répété à l'IVG étaient plus à risque de vivre une situation de violences conjugales et se trouvaient davantage dans des conditions sociales précaires. (26)

Il apparaît donc nécessaire que cet élément soit recherché et notifié de manière systématique dans le dossier médical, à fortiori dans le contexte d'une prise en charge en médecine générale. Le repérage de ces éventuelles situations à risque pourraient amener à une amélioration de la prise en charge globale de la patiente.

Contraception en cours :

Dans une étude sur les IVG (toutes méthodes confondues) réalisées en France métropolitaine, il avait été retrouvé qu'une majorité de femmes bénéficiaient d'une contraception au moment du recours à une IVG. (27) Dans les résultats de notre travail, près d'un tiers des femmes consultant pour une IVG avaient une contraception en cours, mais pour plus d'un autre tiers d'entre elles la contraception en cours n'était pas notifiée dans le dossier médical. Le fait que la contraception antérieure n'ait été que peu renseignée dans les dossiers médicaux pose question. En effet les grossesses accidentelles sont fréquemment dues à des échecs de contraception (28), alors même que les femmes pouvaient penser être « protégées » du risque de grossesse par leur méthode contraceptive. Les erreurs de prise ou l'usage non systématique d'un moyen de contraception régulier semblerait être les principales causes des échecs. (27) Il apparaît donc nécessaire que les circonstances des échecs de contraception aboutissant à une demande d'IVG soient précisées afin de pouvoir proposer une éventuelle autre méthode contraceptive ou d'en expliquer à nouveau les modalités aux femmes. Cette démarche contribuerait ainsi à améliorer leur suivi en médecine générale.

Délai de réflexion pour la période 2014-2016 :

Le fait que le délai de réflexion n'ait pas été respecté pour une large majorité des cas pendant la période 2014 à 2016 pourrait s'expliquer par plusieurs hypothèses.

Il est possible que celui-ci n'ait pas été respecté afin de pouvoir réaliser une IVG médicamenteuse en ville dans les délais imposés par la loi, soit 7 SA, et ainsi d'éviter à une femme une prise en charge de l'IVG selon d'autres modalités qu'elle n'aurait pas souhaitées.

En effet, il semble que les femmes soient souvent prises en charge pour une IVG dans la limite des délais, en raison notamment des temps de retard pris si celles-ci avaient exprimées leur demande d'IVG au préalable à d'autres interlocuteurs qui ne pouvaient en assurer la prise en charge. (29)

Une autre hypothèse est que la pratique des médecins généralistes de la MDS en matière d'IVG avait anticipé les modifications législatives de 2017, afin de rester dans l'esprit protecteur de la loi sur l'IVG à l'égard des femmes. Ce non-respect du délai de réflexion pourrait donc s'expliquer par le souci d'améliorer l'accès rapide et la prise en charge d'une IVG médicamenteuse en ville.

Le fait que le délai de réflexion ait par ailleurs été respecté pour près d'une femme sur cinq à la MDS pourrait également témoigner du souci des médecins généralistes d'avoir laissé au cas par cas un temps décisionnel adapté au vécu de l'IVG par ces femmes.

Echographie de datation :

Une large majorité des femmes reçues pour une IVG médicamenteuse à la MDS avaient eu une échographie de datation. La part des femmes pour lesquelles l'échographie n'avait pas été réalisée ou n'était pas disponible ne remet pas en cause la qualité des soins. En effet, comme le rappelle le CNGOF, la réalisation d'une échographie doit être encouragée mais ne doit pas être un frein à l'IVG si la femme est certaine de la date de ses dernières

règles et qu'elle bénéficie d'un examen clinique adapté par un professionnel de santé expérimenté. (26)

Réalisation d'un frottis cervico-vaginal :

Au cours d'une grossesse, on estime à 1% l'incidence des dysplasies cervicales observées. (30) Il apparaît pertinent de préciser davantage dans le dossier médical la réalisation récente ou prévue d'un frottis cervico-vaginal, dans la mesure où la réalisation d'une IVG devrait pouvoir permettre d'approfondir et d'améliorer le suivi gynécologique de ces femmes.

Le faible taux observé des femmes ayant bénéficié d'un frottis de dépistage dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que peu d'IVG avaient été réalisées par le médecin traitant.

D'autres facteurs pourraient expliquer la non réalisation du frottis, notamment le fait que ces femmes pouvaient être suivies par leur propre médecin traitant ou un gynécologue en dehors de la MDS.

Toutefois il convient de nuancer les résultats observés dans la mesure où un frottis cervico-vaginal est recommandé à partir de 25 ans et tous les trois ans (31) et qu'une des faiblesses de notre étude est qu'il n'a pas été pris en compte l'âge de la patiente par rapport à la réalisation d'un frottis.

Dépistage des IST :

Une étude publiée en 2017 qui décrivait les situations de dépistage des IST en soins primaires retrouvait que peu de dépistage des IST étaient réalisées par les médecins traitants en raison de leur méconnaissance de la sexualité de leurs patients et de leurs éventuelles prises de risque. (32)

Dans notre étude, peu de femmes ont pu bénéficier d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles au cours de leur prise en charge, alors que la survenue d'une

grossesse non désirée soulève nécessairement la question d'un rapport sexuel « à risque » éventuel.

Une des hypothèses pouvant expliquer ces résultats est qu'il peut être délicat d'aborder cette question au cours de la consultation pour une demande d'IVG. En effet il est possible d'imaginer que le fait de prescrire des examens paracliniques de dépistage en dehors d'une demande explicite formulée par une femme en demande d'IVG soit vécu comme l'expression d'un jugement d'irresponsabilité sur un comportement sexuel « à risque ».

En effet, beaucoup de médecins généralistes craignent le caractère intrusif de leurs questions lorsque le thème de la sexualité est abordé en consultation. (33)

Une étude qualitative publiée en 2017 qui étudiait le ressenti des patients lors de l'abord de la sexualité par un médecin généraliste retrouvait toutefois qu'une majorité de patients ne ressentait pas comme intrusif le fait d'aborder le thème de la sexualité en consultation même lorsqu'ils venaient consulter pour un motif différent. (33) Il semblerait toutefois nécessaire, selon les auteurs, d'aborder la question dans un cadre adapté avec bienveillance, empathie et confiance. (33)

Une autre hypothèse pouvant expliquer nos résultats est que ce dépistage ait pu être proposé oralement aux femmes mais que la majorité d'entre elles ne souhaitait pas en bénéficier.

Il est aussi possible que le dépistage ne s'avérait pas nécessaire dans la mesure où les conditions ayant conduit à la survenue d'une grossesse non désirée n'impliquait pas de risque de contracter une IST, notamment dans le cas d'une IVG concernant un couple ayant déjà bénéficié d'un dépistage des IST récemment. Par ailleurs, le type de contexte clinique devant amener à la réalisation d'un dépistage des IST n'est pas précisé dans les recommandations de la HAS.(8) De la même manière que pour la réalisation d'un frottis cervico-vaginal, une des hypothèses pour expliquer le faible taux de dépistage observé pourrait être que le médecin réalisant l'IVG n'était dans la majorité des cas pas le médecin

traitant, et pouvait ainsi confier à son collègue généraliste le soin d'assurer la prise en charge globale de la patiente.

Une autre faiblesse de notre étude a été de ne pas prendre en compte la situation sérologique déjà connue des femmes consultant pour une demande d'IVG. En effet certaines femmes suivies à la MDS sont porteuses connues d'une IST ce qui peut aussi contribuer à expliquer le fait qu'il n'ait pas été réalisé d'examens de dépistage.

Il a été décrit que les médecins semblent à tort davantage prioriser la question de la contraception que celle de la prévention des IST dans un contexte d'IVG. (34)

Néanmoins le taux d'IST, notamment les gonococcies et les infections à Chlamydiae Trachomatis, augmente en France depuis une quinzaine d'années. (35)

Le risque demeure donc de contracter une IST dans un contexte de survenue de grossesse non désirée et il semble ainsi important d'améliorer les conditions de prise en charge globale d'une IVG médicamenteuse en ville en notifiant davantage dans le dossier médical la proposition et la réalisation de dépistage des IST.

Groupe ABO Rhésus :

Une faible part des dossiers médicaux consultés ne contenait pas d'informations sur le groupe sanguin d'une femme ayant eu une IVG médicamenteuse à la MDS. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certaines femmes possédaient déjà une carte de groupe sanguin et que celle-ci bien que vérifiée par le médecin réalisant l'IVG n'ait pas été consignée dans le dossier médical informatisé. Toutefois il semble là encore important de rendre ces données disponibles dans la totalité des dossiers médicaux afin d'améliorer la qualité des soins notamment en matière de transmissions d'informations utiles entre la MDS et les établissements de santé référents dans le cas d'une survenue de complications.

Antalgie et IVG :

La quasi-totalité des femmes avaient pu bénéficier d'une prise en charge antalgique adaptée pour leur IVG ce qui témoigne d'une bonne qualité des soins sur ce critère et d'une juste sensibilisation à la prise en charge de la douleur par les médecins pratiquant des IVG médicamenteuses à la MDS.

Visite de contrôle entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour :

Près d'une femme sur deux ne s'était pas présentée à la visite de contrôle après l'IVG. Cela est en cohérence avec ce qui était décrit dans la littérature. (27)

Au vu de ces résultats, il convient de se demander si l'intérêt et l'objectif de cette visite de contrôle avaient été correctement expliqués par le médecin réalisant l'IVG.

A nouveau, il serait intéressant de pouvoir mesurer si la décision de venir à la visite de contrôle pour une femme pouvait être influencée par le fait que l'IVG ait été réalisée par son médecin traitant. Toutefois, le recueil de données ne prenait pas en compte les femmes pouvant consulter pour la visite de contrôle après le 21^{ème} jour ce qui pourrait confondre l'interprétation des résultats observées. En effet, il semble possible que certaines femmes ne pouvaient pas consulter dans les temps recommandés et aient pu effectuer une visite de contrôle plus tardivement après l'IVG, notamment dans le cas où elles auraient pu estimer que celle-ci pouvait être différée dans la mesure où le contrôle biologique post IVG était normal.

Enfin la question se pose de savoir si le fait d'avoir déjà réalisé une IVG médicamenteuse sans échec ni complication par le passé influençait la décision d'une femme à se présenter à la visite de contrôle pour une nouvelle IVG.

Contrôle de l'efficacité :

Dans la plupart des cas, des examens paracliniques visant à s'assurer de l'efficacité de l'IVG avaient été prescrits et leurs résultats notifiés dans le dossier.

Les cas contraires observés pourraient être expliqués par le fait qu'ils n'aient pas été prescrits par le biais du logiciel informatique mais sur une version papier.

Les cas où le contrôle de l'efficacité avait été prescrit mais leurs résultats non consignés dans le dossier médical pourraient s'expliquer par le fait que les femmes n'aient pas réalisé ce contrôle ou que les résultats n'aient pas été correctement enregistrés dans le logiciel informatique.

Le contraste observé entre le taux important de femmes ne se présentant pas à la visite de contrôle et celui important de femmes ayant néanmoins réalisé un contrôle de l'efficacité après l'IVG pourrait laisser supposer que pour une partie des femmes, la réalisation des examens paracliniques se substituerait à la visite de contrôle.

Contraception après l'IVG :

Le fait qu'une grande partie des femmes ait pu bénéficier de la prescription d'une contraception pour la période suivant l'IVG pourrait témoigner d'une bonne sensibilisation aux enjeux de la contraception dans ce contexte par les médecins généralistes de la MDS. Les cas observés où celle-ci n'était pas prescrite pourraient s'expliquer par le fait que les femmes auraient pu ne pas souhaiter de contraception en période immédiate post IVG, dans l'hypothèse où celle-ci ne s'avérait pas nécessaire dans leur situation ou qu'elles ne trouvaient pas de « solution » contraceptive suffisamment adaptée à leurs attentes.

La non prise en compte de la prescription d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) dans le recueil des données pourrait aussi contribuer à expliquer les résultats observés.

Le taux élevé constaté pour la prescription d'une contraception ultérieure est intéressant à mettre en parallèle avec le taux faible de femmes se présentant à la visite de contrôle. En effet, ces résultats signifient que la prescription d'une contraception avait été faite dès la première consultation de demande d'IVG et témoigne donc d'une bonne anticipation par les médecins généralistes de la possibilité de perdre de vue ces patientes.

Ceci est un point important dans la mesure où l'IVG doit être l'occasion pour le médecin d'aider à une meilleure adhésion à une méthode contraceptive pour une femme ou d'adapter sa prescription en se basant sur l'expérience et les difficultés rencontrées par chaque patiente vis-à-vis de sa contraception antérieure. (36)

En effet il semblerait que beaucoup d'IVG soient davantage liées à des échecs de contraception plutôt qu'à une absence de contraception. (27)

Notre étude n'a pas pris en compte la différence entre le type de contraception antérieure à l'IVG et celui prescrit au décours, ce qui aurait pu être un élément pertinent pour approfondir la démarche des médecins généralistes en matière de remédicalisation de la contraception après l'IVG.

Enfin, les femmes en situation de précarité devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge optimale tant sur le plan pratique de la prescription d'une contraception que de sa traçabilité dans le dossier médical dans la mesure où elles semblent être les plus à risque de ne pas bénéficier d'une contraception efficace après une IVG. (37)

Proposition d'un accompagnement psychologique :

Un des résultats notables observé dans notre étude est l'absence marquée de la mention dans les dossiers médicaux de la proposition d'un soutien ou d'un accompagnement psychologique adapté à la situation des femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse.

Ces résultats soulignent la difficulté de la question de l'accompagnement psychologique dans ce contexte. Il est possible que les médecins généralistes aient pu faire le choix de laisser à la patiente son autonomie dans la demande d'un soutien psychologique spécialisé si elle le ressentait nécessaire. Il est également possible que dans le cas d'une femme ne présentant pas de signes de souffrance marqués en rapport avec la demande d'IVG, les médecins généralistes aient fait le choix de ne pas insister sur la dimension psychologique.

De surcroît, il n'existe pas à ce jour suffisamment d'études permettant d'approfondir la question du retentissement psychologique d'une IVG. (20)

Toutefois, il semble que même dans les meilleures conditions possibles de sa réalisation, des difficultés psychologiques puissent émerger. (38)

Il demeure donc une question sur la possibilité d'améliorer la prise en compte de l'aspect psychologique du vécu d'une IVG. En effet, le fait de ne pas proposer un soutien psychologique de manière explicite laisse supposer que le médecin généraliste pourrait penser l'IVG comme un acte purement médical qui ne nécessiterait pas de prise en charge spécialisée supplémentaire. Il apparaît toutefois légitime de se demander si le fait de ne pas proposer un accompagnement psychologique de manière systématique fragilise la prise en charge globale de la femme en demande d'IVG dans la mesure où celle-ci se voit privée d'une possibilité de soutien différent de celui que peut lui apporter le seul médecin généraliste.

Une autre dimension aurait pu être prise en compte dans le recueil des données dans la mesure où auraient pu être également incluses dans notre étude les précisions par les médecins généralistes de leur exploration du ressenti et du vécu émotionnel de l'IVG par les femmes, sans pour autant que leur analyse ait conduit à proposer un accompagnement psychologique.

Il convient toutefois de nuancer les résultats observés en soulignant le caractère très aléatoire de la traçabilité dans le dossier médical d'une telle proposition. Il est en effet tout à fait envisageable qu'un soutien psychologique ait pu être évoqué et proposé en consultation sans que le médecin généraliste ne l'ait notifié dans le dossier médical informatisé.

Il convient également de souligner que le fait de pouvoir choisir la méthode de l'IVG pour une femme semble avoir une importance particulière sur le retentissement psychologique. (39)

Par ailleurs, il ne semblerait pas y avoir de relation entre le recours à l'IVG et une augmentation des troubles psychiatriques chez les femmes. (39)

Echec / Succès de l'IVG médicamenteuse :

Le taux de succès des IVG médicamenteuses observé à la MDS est inférieur à celui usuellement décrit de l'ordre de 95 % (40) mais le nombre important de données non disponibles sur l'issue de l'IVG pourrait en partie expliquer les résultats obtenus. Il serait intéressant de pouvoir corrélérer par le biais d'analyses statistiques supplémentaires le taux d'échec au délai en SA au moment de l'IVG.

CONCLUSION

Notre étude qui a porté sur 194 dossiers médicaux de patientes prises en charge pour une IVG médicamenteuse à la MDS a permis d'analyser la réalité des pratiques de médecins généralistes dans ce domaine. A la lumière des principaux résultats, nous avons pu mettre en évidence la qualité de la prise en charge de ces femmes en soins primaires mais également des pistes d'amélioration sur le dépistage des IST ou encore sur l'accompagnement psychologique dont elles pourraient bénéficier.

Il apparaît fondamental de souligner l'importance de la notification systématique dans le dossier médical du détail du contenu des consultations entourant la réalisation d'une IVG médicamenteuse afin de garantir et de concrétiser davantage le souci d'une prise en charge globale, indispensable en contexte de soins primaires.

Par ailleurs la question se pose de savoir comment améliorer la qualité des soins pour les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse auprès d'un médecin généraliste qui n'était pas le médecin traitant.

D'autres études seraient souhaitables pour compléter notre travail, afin d'approfondir les questions qui y ont été soulevées, notamment en comparant les principaux résultats à la recherche de liens statistiques de causalité.

Enfin, il semblerait intéressant de pouvoir, à travers une étude qualitative, analyser le vécu des femmes prises en charge pour une IVG médicamenteuse en médecine générale.

Références bibliographiques

1. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365-98.
2. IVG : un droit garanti par la loi | IVG.GOUV.FR [Internet]. [cité 8 nov 2017]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
3. CIRCULAIRE n°DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13988.pdf
4. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015/DREES/Juin 2016 ; Numéro 0968 [Internet]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
5. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016/DREES/Juin 2017 ; Numéro 1013 [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
6. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété [Internet]. Institut National d'Études Démographiques (INED); 2015 [cité 18 févr 2018]. (Population et Sociétés). Report No.: 518. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/idg/posocf/518.html>
7. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues03987620v61i4S0398762013002605](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/03987620v61i4S0398762013002605) [Internet]. 27 juill 2013 [cité 8 nov 2017]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/824995/resultatrecherche/5](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/824995/resultatrecherche/5)
8. Haute Autorité de Santé - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse
9. Brival M-L. État des lieux de l'accessibilité à l'IVG en France. *Médecine Thérapeutique Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol*. 1 janv 2012;14(1):14-21.
10. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.
11. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. 74-1026 déc 4, 1974.
12. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
13. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
14. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 Relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. 82-1172 déc 31, 1982.

15. Conseil d'Etat, ASSEMBLEE, du 21 décembre 1990, 111417, inédit au recueil Lebon [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007780652&dateTexte=>
16. LOI n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.
17. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception | Legifrance [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631>
18. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014-873 août 4, 2014.
19. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
20. ivg_2001_-_argumentaire_2001_2011-04-28_15-32-48_847.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_argumentaire_2001_2011-04-28_15-32-48_847.pdf
21. guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf
22. Avortement prix | IVG.GOUV.FR [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avortement-prix.html>
23. audit_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/audit_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf
24. Haute Autorité de Santé - Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg
25. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 janv 2017;45(1):22-7.
26. cngof-2016-livg-medicamenteuse.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>
27. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;(1):148-61.
28. Toulemon L, Leridon H. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements. Popul Fr Ed. 1992;47(1):1-45.
29. Critiques. Trav Genre Sociétés. 2004;(11):199-235.

30. Selleret L, Mathevet P. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 févr 2008;37(1, Supplement):S131-8.
31. Haute Autorité de Santé - État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
32. Morvan Y, Varache C, Grimault C, Fayolle A, Pineau S, Vandamme Y, et al. Situations de dépistage des infections sexuellement transmissibles en soins primaires. *Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0399077Xv47i4sSS0399077X17304249* [Internet]. 25 mai 2017 [cité 4 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1123146/resultatrecherche/6>
33. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues11581360unassignS1158136017300166* [Internet]. 17 mai 2017 [cité 4 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1121938/resultatrecherche/8>
34. Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Bianchi PG, Dumont P, Lüdicke F, Campana A. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception.* 1 févr 2003;67(2):107-13.
35. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html
36. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception.* 1 oct 2010;82(4):337-44.
37. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod.* 1 nov 2006;21(11):2862-7.
38. Morrier C. Patientes et soignants face à l'interruption volontaire de grossesse. */data/revues/02423960/00250001/17/* [Internet]. 18 févr 2008 [cité 12 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/83460>
39. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues03682315unassignS0368231516301594* [Internet]. 29 oct 2016 [cité 21 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1091846/resultatrecherche/6#N104FC>
40. IVG médicamenteuse | IVG.GOUV.FR [Internet]. [cité 7 déc 2017]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html>

Annexe 1 : Documents relatifs à la réalisation d'une IVG médicamenteuse à la Maison Dispersée de Santé.



167/169 rue d'Arras
59000 Lille
03 20 86 06 50

IVG Médicamenteuse à domicile Consentement

Je soussignée,

NOM

PRENOM

Confirme ma demande d'Interruption Volontaire de Grossesse.

Cette IVG aura lieu à domicile par méthode médicamenteuse.

J'ai été informée des modalités et du déroutement par le médecin.

Fait à Lille le

Vous avez choisi de faire une IVG Médicamenteuse à domicile

Cette méthode consiste à provoquer une fausse couche.

1^{er} étape : la prise de comprimés de Mifégyne°

Le :

Ces comprimés vont arrêter la grossesse en faisant chuter les hormones.

La plupart du temps il ne se passe rien avec ces comprimés.

Il est possible d'avoir des nausées.

Il est possible de commencer de saigner rapidement après la prise de comprimés.

Cela est rare mais il vaut mieux se protéger. Ces saignements peuvent être peu abondants, comme des règles ou plus abondants.

Si vous saigner beaucoup, vous pourriez croire que la fausse couche a eu lieu. Ce qui n'est jamais le cas.

Il faut impérativement venir prendre la deuxième série de comprimés.

2^{ème} étape : la prise de comprimés de Cytotec°

Le :

Ces comprimés vont compléter la fausse couche.

Pour cette étape il faut que vous soyez tranquillement installée chez vous sans avoir à vous préoccuper de la maison, du travail ou des enfants, mais il faut que quelqu'un reste avec vous à la maison.

En même temps que ces comprimés, prenez les comprimés contre la douleur.

Des saignements surviennent entre une et deux heures après la prise des comprimés, parfois un peu plus tard.

Cela peut être des saignements abondants, comme devoir se changer toutes les heures pendant deux à trois heures. Cela peut aussi ressembler à des règles abondantes sans plus.

Les saignements s'accompagnent de caillots de sang qui parfois peuvent être gros comme une orange. Il ne s'agit que de caillots de sang.

Les saignements peuvent s'accompagner de douleurs comme des douleurs de règles un peu plus fortes.

Il est quelque fois possible d'avoir des diarrhées et/ou des vomissements.

Puis vous allez saigner pendant dix à quinze jours de façon chaotique mais pas forcément en abondance. Pendant ces dix à quinze jours, il faut utiliser des serviettes hygiéniques, et non des tampons.

3^e étape : une prise de sang une semaine
après la prise de la 2^e série de comprimés

Le :

Cette prise de sang contrôle l'efficacité de la méthode.
Cela vérifie une baisse suffisante du taux d'hormones.

4^e étape : la consultation de contrôle avec le médecin qui vous a accompagnée
dans votre démarche deux semaines après le début

Le :

Cette consultation est obligatoire.
Elle permet de voir comment vous allez et si la technique a bien marché.

Cette méthode est efficace dans 96 à 97 % des cas. C'est le dosage des hormones à la troisième étape et la consultation de contrôle qui pourront affirmer que la fausse couche s'est bien déroulée.

Si le taux d'hormones a augmenté, la grossesse s'est poursuivie, cela est exceptionnel.

Si le taux d'hormones n'a pas suffisamment baissé, c'est que la grossesse ne s'est pas bien évacuée (le plus souvent il s'agit de caillots).

Dans ces situations, il faut faire une petite aspiration de complément.

Quelle que soit l'étape, vous pouvez contacter

Le médecin de la maison médicale qui vous a prescrit le traitement ou un-e de ses collègues

Au 03 (...)

Le service d'orthogénie (...) au 03(...).

Si vous êtes inquiète la nuit ou le week-end, vous pouvez vous présenter

Aux urgences gynécologie de l'hôpital (...)

Aux urgences gynécologie de l'hôpital (...).

Dans ce cas munissez-vous de votre fiche de liaison.

Fiche de liaison pour le suivi d'une IVG médicamenteuse à domicile.

NOM

PRENOM

Date de naissance

Téléphone

Groupe Rh

Allergies

G P

Traitement en cours

DDR

Béta HCG du

Echographie du

Terme

ATCD médicaux et chirurgicaux

ATCD gynéco obstétricaux

Contraception antérieure

Contraception prévue

Date de la prise de Mifégyne°

Date de la prise de Cytotec°

Sérum antiD

Courrier de fin de procédure IVG médicamenteuse à domicile.

Lille le

Chère consœur, cher confrère,

J'ai vu en consultation de contrôle suite à une IVG médicamenteuse à domicile

Madame
Née le

L'IVG s'est bien déroulée.

Bien à vous

Annexe 2 : Modèle de la convention établie entre un médecin de la MDS et un des centres hospitaliers référent.



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

CONVENTION N°

Convention enregistrée au
CHRU de Lille sous le n°
(numéro à rappeler dans
chaque correspondance)

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE

ENTRE

Le **Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille**, établissement public de santé, inscrit au FINESS sous le numéro 59 078 019 3, dont le numéro SIRET est 265 906 719 000 17, dont le siège est sis 2, avenue Oscar Lambret, 59037 LILLE CEDEX, représenté par son Directeur Général, Monsieur MORICE Yvonnick, ci-après désigné par le sigle « CHRU de Lille ».

ET

Madame **.....**, docteur en médecine, dont le cabinet est situé Maison Médicale Moulins, 167/169 Rue d'Arras 59000 LILLE
Inscrite à l'ordre des médecins sous le numéro suivant : 59 1 17581 5

Vu les articles L2212-2 et R 2212-9 du code de la santé publique,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R 2212-11.

Le centre de santé ou le centre de planification ou d'éducation familiale signataire de la convention justifie de la qualification des médecins concernés.

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Article 4

L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Articles 5

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

Le cosignataire de la présente convention adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse pratiquées.

Article 6

L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

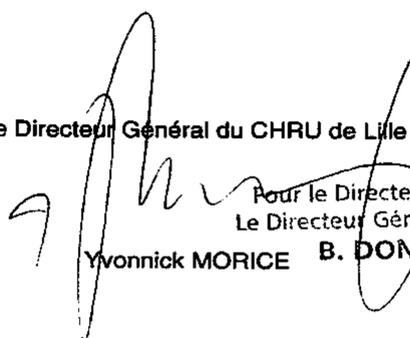
La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée envoyée en recommandé avec accusé réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Article 8

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement de santé à l'Agence Régionale de la Santé dont il relève et par le médecin, au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans le ressort de laquelle il exerce.

Fait à Lille le

Le Directeur Général du CHRU de Lille


Pour le Directeur Général
Le Directeur Général Adjoint
Yvonnick MORICE B. DOMUS

AUTEUR : Nom : NEBENZAHL

Prénom : Edith

Date de Soutenance : 20/04/2018

Titre de la Thèse : Evaluation des pratiques en médecine générale : à propos de l'interruption volontaire de grossesse à la Maison Dispersée de Santé de Lille.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Interruption Volontaire de Grossesse, évaluation des pratiques, soins primaires, contraception, dépistage, accès aux soins.

Résumé :

Contexte : L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse peut être réalisée en ville par des médecins généralistes depuis 2004. Des recommandations professionnelles de bonne pratique encadrent sa prise en charge et le suivi médical des femmes qui y ont recours. A la Maison Dispersée de Santé de Lille, trois médecins généralistes pratiquent des IVG médicamenteuses.

Objectif : Déterminer les différences entre ce qui est connu de façon théorique comme obligatoire et recommandé pour une IVG médicamenteuse et l'accompagnement pratique des femmes à la Maison Dispersée de Santé.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative rétrospective, descriptive, mono centrique avec un recueil de données obtenues à partir des dossiers médicaux des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse à la Maison Dispersée de Santé de 2014 à 2017.

Résultats : Au total, 194 dossiers médicaux ont pu être analysés. Les femmes avaient un antécédent d'IVG dans 30,4 % des cas. La contraception était renseignée pour 63,9% des cas. Une échographie de datation était réalisée pour 86,6% des femmes. Une antalgie adaptée était prescrite pour 90,2% des femmes. Le frottis cervico-vaginal était réalisé pour 37,1% des cas. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles n'avait pas été effectué pour 84,5% des cas. Une contraception ultérieure était prescrite pour 80,4% des femmes. Environ une femme sur deux se rendait à la visite de contrôle mais le contrôle de l'efficacité était réalisé dans près de 80% des cas. La proposition d'un accompagnement psychologique était mentionnée dans 20,1% des cas. Le médecin effectuant l'IVG était le médecin traitant dans 23,2% des cas. Le taux de succès des IVG médicamenteuses était estimé à 68,6% à partir des données disponibles.

Conclusion : Notre travail a permis d'analyser la réalité des pratiques de médecins généralistes en matière d'IVG médicamenteuse et d'en mettre en évidence les points forts et les points faibles. Il est fondamental de rappeler l'importance de la traçabilité du contenu des consultations dans le dossier médical afin d'améliorer la prise en charge globale de ces femmes en soins primaires. La question se pose de savoir comment améliorer la qualité des soins pour les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse auprès d'un médecin généraliste qui n'était pas le médecin traitant.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Subtil

Assesseurs : Monsieur le Professeur Lefebvre

Monsieur le Docteur Messaadi : directeur de thèse

Madame le Docteur Martin

