

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ESCOUBET Céline Laure Delphine

née le 25/07/1989 à Paris 14ème

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2015

**Développement de l'offre de soins interruption volontaire de
grossesse médicamenteuse en médecine générale
dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie**

Président de thèse : Professeur Dominique LUTON

Directrices de thèse : Docteur Aude LENORMAND

Professeur Isabelle AUBIN-AUGER

DES de médecine générale

Auteurs

Céline Escoubet

Interne de médecine, DES de médecine générale

Université Paris Diderot - Paris 7

Résidant au 1 rue Robineau 75020 Paris

06 86 07 17 59

celine.escoubet@gmail.com

Docteur Aude Lenormand

Directrice de thèse

Docteur en médecine

Maitre de stage universitaire à l'Université Paris Diderot - Paris 7

Médecin généraliste 6 Place du Général de Gaulle, 02290 Vic-sur-Aisne, France

03 23 55 50 12 / 06 18 73 32 91

aude.lenormand@wanadoo.fr

Professeur Isabelle Auger - Aubin

Directrice de thèse

Docteur en médecine, MD-PhD

Maitre de stage universitaire et Professeur associé à l'Université Paris Diderot - Paris 7

Médecin généraliste 40 Rue Carnot, 95230 Soisy sous Montmorency, France

01 34 05 18 18 / 06 83 28 26 36

Isabelle.auger-aubin@univ-paris-diderot.fr

Membres du jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Dominique Luton

Chef de service de gynécologie obstétrique des hôpitaux Bichat et Beaujon.

Autres membres du jury :

Monsieur le Professeur David Messika-Zeitoun, cardiologue à l'hôpital Bichat.

Monsieur le Professeur Antoine Leenhardt, cardiologue à l'hôpital Bichat.

Madame le Docteur Aude Lenormand, médecin généraliste.

Madame le Professeur Isabelle Auger-Aubin, MD-PhD.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique Luton, pour me faire l'honneur de juger mon travail et de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur David Messika-Zeitoun et Monsieur le Professeur Antoine Leenhardt, pour avoir accepté de participer au jury de ma thèse.

A mes directrices de thèse, Docteur Aude Lenormand et Professeur Isabelle Auger-Aubin, pour leur encadrement.

Au Docteur Pascal Abboud, chef de service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital de Soissons, pour sa collaboration active dans ce travail.

Au Docteur Danielle Hassoun et au Docteur Lydia Caillaud : merci de vous être déplacée de si loin pour partager vos connaissances, votre expérience et votre savoir-faire.

A l'hôpital de Soissons, pour son aide dans l'entreprise de ce projet.

Aux Docteurs Benoit Roullier, Franck Wilmart, Alain Szytkgold et à tous les internes qui m'ont consacrés du temps pour parfaire mon questionnaire.

A tous les médecins généralistes qui ont acceptés de participer à cette étude.

A Anne Shotar, pour ses relectures attentives si précieuses.

A ma famille et particulièrement ma mère.

A mon mari.

A mes amis.

Abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ARS	Agence régionale de Santé
CIVG	Centre d'interruption volontaire de grossesse
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier de Soissons
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DIU	Dispositif intra-utérin
FCV	Frottis cervico-vaginaux
HAS	Haute autorité de Santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IVGM	Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse
MG	Médecin(s) généraliste(s)
NA	Non approprié
REVHO	Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie
SA	Semaines d'aménorrhée

Soutiens Financiers

Financement du déjeuner des médecins lors de la formation le 19 mars 2015 par le laboratoire

Nordic Pharma.

Financement de l'intervention du Docteur Hassoun par l'association GEGOS (Groupement d'Etude de Gynécologie-Obstétrique de Soissons).

Table des matières

1	RESUME	8
2	INTRODUCTION : L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN FRANCE.....	9
2.1	HISTOIRE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN FRANCE.....	9
2.2	LES DIFFERENTES METHODES D'IVG	11
2.3	L'IVG MEDICAMENTEUSE.....	13
2.3.1	<i>Législation de l'IVGM en ville</i>	<i>13</i>
2.3.2	<i>Parcours de soins IVG médicamenteuse et protocoles des médicaments.....</i>	<i>14</i>
2.3.3	<i>Suivi des patientes après la prise des médicaments.</i>	<i>17</i>
2.3.4	<i>Efficacité.....</i>	<i>18</i>
2.3.5	<i>Effets secondaires et complications de la méthode médicamenteuse.....</i>	<i>18</i>
2.3.6	<i>Indications de l'IVGM en ville.....</i>	<i>20</i>
2.3.7	<i>Contre-indications de l'IVGM en ville.....</i>	<i>21</i>
2.3.8	<i>La place du MG dans l'IVGM.....</i>	<i>22</i>
2.4	EPIDEMIOLOGIE DE L'IVG	23
2.4.1	<i>En France.....</i>	<i>23</i>
2.4.2	<i>En Picardie.....</i>	<i>25</i>
2.4.3	<i>Contexte local : dans le secteur du CH de Soissons</i>	<i>26</i>
3	PARTIE 1 : PERCEPTION DES MG SUR LA REALISATION D'IVGM EN CABINET	28
3.1	OBJECTIF	28
3.2	MATERIEL ET METHODE	28
3.3	RESULTATS.....	29
3.3.1	<i>Les obstacles à la pratique d'IVG en médecine générale</i>	<i>29</i>
3.3.2	<i>Les motivations des MG à pratiquer des IVG</i>	<i>43</i>
3.4	CONCLUSION	45
4	PARTIE 2 : ENQUETE AUPRES DES MG DU SECTEUR DU CH DE SOISSONS.....	46
4.1	OBJECTIFS.....	46

4.2	MATERIEL ET METHODE	46
4.2.1	<i>Population cible de l'étude</i>	46
4.2.2	<i>Construction et diffusion du questionnaire</i>	47
4.2.3	<i>Analyse statistique</i>	48
4.3	RESULTATS	49
4.3.1	<i>La population de l'étude</i>	49
4.3.2	<i>Les obstacles à la réalisation d'IVGM au cabinet de médecine générale</i>	51
4.3.3	<i>L'évaluation de la formation déjà proposée par le CH de Soissons</i>	54
4.3.4	<i>Les souhaits concernant l'organisation d'une formation à l'IVGM</i>	54
4.3.5	<i>Les souhaits concernant les mesures à mettre en place pour faciliter l'IVGM en cabinet de médecine générale</i>	56
4.4	CONCLUSION	56
4.5	DISCUSSION	57
5	PARTIE 3 : FORMATION A L'IVGM POUR LES MG ET DEVELOPPEMENT DU RESEAU VILLE-HOPITAL POUR L'IVGM A SOISSONS	58
5.1	OBJECTIF	58
5.2	MATERIEL ET METHODES	58
5.3	RESULTATS	59
5.3.1	<i>Les participants à la formation</i>	59
5.3.2	<i>Le contenu de la formation</i>	60
5.3.3	<i>L'évaluation de la formation</i>	61
5.3.4	<i>Les financements obtenus</i>	63
5.3.5	<i>Mise en place du réseau ville-hôpital pour l'IVGM à Soissons</i>	63
5.3.6	<i>Le nombre de nouveaux MG conventionnés 3 mois après la formation</i>	64
5.4	CONCLUSION	65
6	DISCUSSION	66
7	CONCLUSION GENERALE DE L'ETUDE	71
8	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	72

9	ANNEXES	76
9.1	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS	76
9.2	ANNEXE 2 : HISTOGRAMME DES REPONSES CONCERNANT LE CONTENU DE LA FORMATION A ORGANISER.	81
9.3	ANNEXE 3 : PROGRAMME DE LA FORMATION	82
9.4	ANNEXE 4 : EVALUATION DE LA FORMATION	83
9.5	ANNEXE 5 : DOCUMENTS MIS A DISPOSITION DES MEDECINS PAR LE RESEAU VILLE-HOPITAL DE SOISSONS.	89
9.5.1	<i>Fiche de liaison ville-hôpital</i>	89
9.5.2	<i>Fiche information patiente</i>	90
9.5.3	<i>Feuille de consentement patiente</i>	94
9.5.4	<i>Ordonnances</i>	95

1 Résumé

Introduction: L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (IVGM) en médecine générale est peu disponible dans le secteur du centre hospitalier de Soissons (CHS). L'objectif de l'étude est d'augmenter l'offre de soins IVGM en médecine générale dans ce secteur.

Matériel et méthode: Il s'agit d'une étude quantitative descriptive puis interventionnelle. Un questionnaire informatisé, envoyé aux 99 médecins généralistes (MG) du secteur du CHS, évaluait les obstacles à la pratique d'IVGM, le souhait de formation et les mesures à développer dans le cadre d'un réseau ville-hôpital. Le recueil des réponses a eu lieu du 14/05/2014 au 28/06/2014. Une formation a été organisée le 19/03/2015. Des outils pour structurer le réseau ville-hôpital ont été proposés. Le critère principal de jugement était l'existence de nouveaux MG conventionnés avec le CHS pour l'IVGM à 3 mois de la formation.

Résultats: 42 MG (42%) ont répondu entièrement au questionnaire. Les principaux obstacles à la pratique d'IVGM concernaient la sphère logistique (37 MG (84%)) et pratique (31 MG (70%)). Les obstacles économiques (18%), idéologiques (32%) ou relatifs à l'image du médecin (23%) semblaient moins importants. 21 MG (50%) souhaitaient une formation. 9 MG (dont 2 déjà conventionnés) ont participé à la formation. A 3 mois, aucun nouveau MG ne s'était conventionné pour l'IVGM, mais 5 MG avaient ce projet à moyen terme.

Conclusion: Les obstacles les plus importants à la pratique d'IVGM par les MG du secteur du CHS semblaient modifiables. L'intervention n'a pas permis d'augmenter l'offre de soins IVG médicamenteuse locale à 3 mois. De nouveaux conventionnements semblaient possibles dans les mois à venir.

2 Introduction : L'interruption volontaire de grossesse en France

2.1 Histoire de l'interruption volontaire de grossesse en France

En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite loi Veil, reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980. L'IVG est remboursée par la Sécurité sociale en vertu de la loi du 1^{er} janvier 1983 (loi Roudy) (1).

De 1982 à 1988 se sont déroulées les premières études en France permettant d'établir la dose utile, l'innocuité du RU 486 et de la méthode de l'IVG médicamenteuse (IVGM). Le RU 486 obtient l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1989 en France, concomitante de l'autorisation légale de pratiquer des IVG médicamenteuses. L'AMM européenne est obtenue en 2008 (2).

En octobre 1989, Roussel Uclaf/Hoechst décide de retirer le produit du marché. Le ministre de la santé Claude Evin oblige le laboratoire à remettre le produit sur le marché en alléguant que le "RU 486 est la propriété morale des femmes". En 1992, RU/Hoechst se désengage. Le laboratoire Exelgyn est créé et commercialise le RU 486 sous le nom de Mifegyne® (2).

La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze semaines de grossesse. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVGM dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste (MG) justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (SA). Les médecins

autorisés, depuis juillet 2004, à pratiquer cette intervention dans leur cabinet déclarent cette activité par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention. Depuis le décret du 6 mai 2009, qui précise les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVGM en dehors des établissements de santé, les centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses (1).

Depuis le 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, les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une IVG par voie instrumentale ou médicamenteuse sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Cette mesure met fin aux différences de taux de prise en charge par l'assurance maladie : 100 % pour les assurées mineures et 70 % en soins de ville ou 80 % en établissement de santé pour les assurées majeures (3). L'assurance maladie prend également en charge à 100% les contraceptifs remboursables (pilules de première et deuxième génération, implant contraceptif et stérilet) pour les femmes de 15 à 18 ans, dans toutes les pharmacies, sur présentation d'une ordonnance et de la carte vitale des parents. Le tarif payé aux établissements de santé pour le forfait d'IVG chirurgicales est revalorisé de 50 % dans le secteur public. Dans le secteur privé, seule la partie hébergement a été revalorisée (1).

À compter du 31 mars 2013, le forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG est remboursé en totalité par l'Assurance Maladie (4). Dans la nuit de mercredi 8 au jeudi 9 avril 2015, lors de l'examen du projet de loi santé dans l'hémicycle, les députés ont confirmé la suppression du délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième visite médicale pour une IVG (5).

2.2 Les différentes méthodes d'IVG

Voici un récapitulatif des différentes méthodes d'IVG disponibles en France :

Avantages et inconvénients de chacune des méthodes ⁽⁵²⁾				
Méthode	Délais/Lieux	Processus	Avantages	Inconvénients
IVG médicamenteuse	Jusqu'à 7 semaines de grossesse dans les établissements de santé ; Jusqu'à 5 semaines de grossesse pour les médecins de ville et les CPEF	1 ^{er} RDV : prise de la Mifégyne (stoppe le développement de l'embryon) 2 ^e RDV, 36 à 48h plus tard : prise de prostaglandines (provoque les contractions de l'utérus pour expulser l'embryon par voies naturelles, 2-4h voire davantage, après la prise des comprimés)	Méthode non invasive A domicile Méthode faisable rapidement après le choix	Durée du processus (plusieurs jours) Expulsion chez soi (parfois) Charge psychologique ⁽⁵³⁾ Douleur et pénibilité (effets secondaires : hémorragies, vomissements, diarrhées, nausées, maux de ventre, voire perte de vue) Une aspiration est parfois nécessaire (3 à 5% d'échec de l'IVG médicamenteuse)
IVG par aspiration Anesthésie locale	Jusqu'à 12 semaines de grossesse, en établissement de santé	Durée de l'intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatation du col de l'utérus, aspiration) Pré et post-intervention : 1 à 2 h	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Conscience	A l'hôpital Anesthésie
IVG par aspiration Anesthésie générale	Jusqu'à 12 semaines de grossesse, en établissement de santé	Intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatation du col de l'utérus, aspiration) Pré et post-intervention : 1 à 2h	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Inconscience	A l'hôpital Anesthésie Davantage de complications possibles ⁽⁵⁴⁾ Récupération plus longue

(52) Sur ce sujet, voir : Henshaw RC, Najil SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration. Women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993;307(6906):714-7

(53) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.39 et 136

(54) Organisation mondiale de la santé (OMS), Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2004 et Immediate complications of surgical abortion, *Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 2006, C. Soulat, M. Gelly, Centre de Contraception et d'IVG, Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Tableau copié du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

L'article 1 de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à IVG définit les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation comme suit (6) :

Méthode de l'IVG, de l'anesthésie et lieu	Coût (euros)
IVG MÉDICAMENTEUSE	
IVG médicamenteuse en médecine de ville (cabinet médical, centre de santé et CPEF)	191,74 €
IVG médicamenteuse en établissements de santé	257,91 €
IVG CHIRURGICALE	
Avec anesthésie locale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée	437,03 €
Avec anesthésie locale pour un séjour comportant au moins une nuitée	477,66 €
Avec anesthésie générale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée	586,01 €
Avec anesthésie générale pour un séjour comportant au moins une nuitée	644,71 €

Tableau copié du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

L'IVGM en médecine de ville (cabinet médical, centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale) est remboursée par l'Assurance Maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire fixé à 191,74 euros. Ce tarif comprend la deuxième consultation médicale préalable à la

prise des médicaments, les deux consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de contrôle. Il ne comprend pas la première consultation médicale préalable à la prise des médicaments ni les actes complémentaires éventuellement nécessaires (analyses de biologie médicale, échographie), pris en charge dans les conditions habituelles (4).

L'IVGM en établissement de santé (hôpital, clinique) est remboursée par l'Assurance Maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire fixé à 257,91 euros. Ce tarif comprend les analyses de laboratoire préalables à l'IVG, les 2 consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de contrôle. Il ne comprend pas les 2 consultations médicales préalables à la prise des médicaments, facturables en sus et prises en charge dans les conditions habituelles (4).

L'IVG chirurgicale est remboursée par l'Assurance Maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire variable (de 437,03 euros à 644,71 euros) en fonction de l'établissement de santé (hôpital ou clinique), du type d'anesthésie (locale ou générale) et de la durée de l'hospitalisation. Ce tarif comprend les analyses préalables à l'IVG, l'anesthésie locale ou générale, l'acte d'IVG et la surveillance, l'accueil et l'hébergement. Il ne comprend pas les 2 consultations médicales préalables à l'IVG ni la consultation médicale de contrôle, facturables en sus et prises en charge dans les conditions habituelles. À noter que le forfait journalier n'est pas facturable (4).

Le choix de la méthode devrait être avant tout le choix des patientes, qui y attachent une grande importance (7). Malheureusement l'ensemble des méthodes est rarement disponible à l'endroit où les femmes vont pratiquer leur IVG, et les centres imposent le plus souvent une méthode selon le terme de la grossesse à interrompre (6,8).

2.3 L'IVG médicamenteuse

L'IVGM se définit comme une interruption de grossesse induite par des médicaments et ne nécessitant pas de geste chirurgical, et ce quelle que soit la raison du geste, que ce soit pour une grossesse évolutive, un avortement incomplet, une hémorragie ou à la demande de la patiente (2).

2.3.1 Législation de l'IVGM en ville

Le médecin libéral devra signer une convention avec un hôpital de référence de son choix. Les médecins éligibles sont les gynécologues, gynéco-obstétriciens ou médecins généralistes ayant une pratique régulière des IVGM attestée par le directeur de l'établissement hospitalier.

Le centre hospitalier (CH) référent s'engage en retour à organiser la prise en charge des échecs et complications vingt-quatre heures sur vingt-quatre, à former les médecins et répondre à leurs demandes d'informations autour de l'IVGM, à évaluer chaque année l'activité des IVG faites en ville et à adresser les conventions signées à différentes autorités de tutelles (DDASS, ARH, URCAM).

Le médecin libéral s'engage à informer les femmes sur les méthodes possibles d'IVG et leurs complications, sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles ; proposer une rencontre avec une conseillère conjugale (non obligatoire sauf pour les mineures) ; répondre à la demande de la patiente et aux appels téléphoniques dans la mesure du possible.

Le médecin est responsable de ses actes. La pratique d'IVGM en ville n'entraîne pas de surcoût pour l'assurance professionnelle.

Pour les médecins libéraux, cette nouvelle pratique permet de proposer un service de proximité en toute sécurité (9) à condition d'avoir été formés. Elle implique de prendre le temps de fournir aux femmes des explications claires afin de les aider à choisir la méthode.

2.3.2 Parcours de soins IVG médicamenteuse et protocoles des médicaments

Le parcours de soins pour l'IVG médicamenteuse est actuellement le suivant (6) :

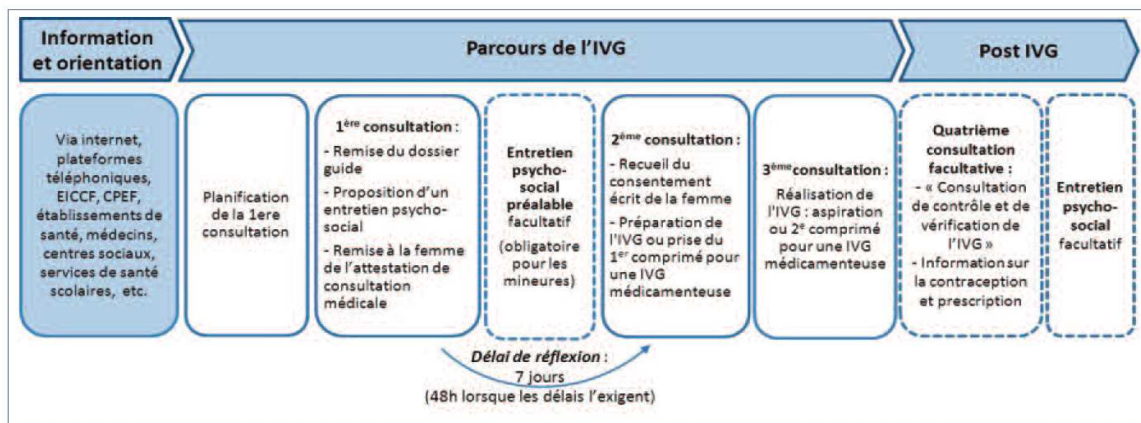


Schéma copié du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

Le 1^{er} contact se fait via les secrétaires, infirmières, ou conseillères à l'hôpital, au CPEF ou en cabinet de médecin libéral.

La 1^{re} consultation médicale est une consultation préalable à l'IVG. Elle peut être réalisée par tout médecin, conventionné ou pas. Elle permet la datation de la grossesse et l'information des patientes sur les différentes méthodes d'IVG possibles, la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. On lui remet une attestation de demande d'IVG et une fiche de liaison. On lui propose systématiquement une consultation psycho-sociale préalable à l'IVG, qui n'est obligatoire que pour les mineures. Cette consultation préalable n'est pas comprise dans le forfait pris en charge à 100% (10).

La patiente dispose ensuite d'un délai de réflexion de 7 jours minimum avant de planifier l'IVG (La suppression de ce délai a été votée en avril 2015 mais les décrets d'applications ne sont pas encore parus). Les 4 consultations suivantes sont prises en charge par le forfait.

Lors de la première consultation IVG, le médecin recueille par écrit le consentement de la patiente, dont un exemplaire est remis à la patiente et l'autre conservé dans le dossier.

Lors de la seconde consultation IVG, le médecin administre la mifépristone et perçoit le montant du forfait. Cette consultation peut être fusionnée avec la première. En cas de patiente de groupe sanguin rhésus négatif, une injection de 200µg de gamma-globuline anti-D devra être faite par une infirmière libérale ou un médecin par voie intra-musculaire ou intra-veineuse dans les 72h suivant la prise de mifépristone (10,11).

La troisième consultation a lieu 48 heures après la deuxième. Le misoprostol sera pris à cette occasion. Le misoprostol doit être pris devant le médecin dans l'AMM du médicament. La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis un amendement autorisant la prise du misoprostol à domicile, rendant cette consultation facultative (le misoprostol sera remis à la patiente lors de la première consultation avec pour consigne de le prendre à 48h de la mifépristone) (10).

La consultation post-IVG a lieu 14 à 21 jours après la prise de la mifépristone. En cas de doute sur le succès de l'IVG ou sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à l'établissement hospitalier référent (10).

Le protocole d'administration des médicaments ayant l'AMM en France peut être schématisé de la manière suivante (2) :

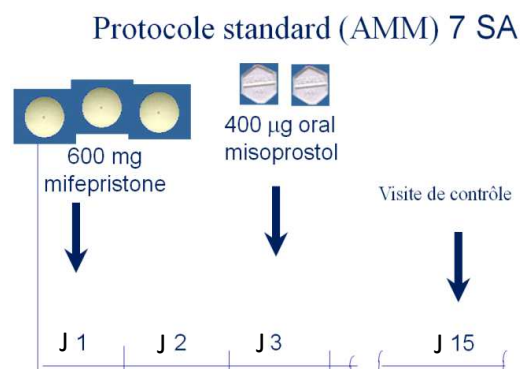


Schéma copié d'un diaporama de présentation du Docteur Hassoun sur l'IVGM (2).

La voie d'administration buccale est la plus simple en pratique, même si la HAS recommande plutôt la voie orale. L'administration buccale est définie par l'absorption du principe actif par la

muqueuse de la bouche (positionnement du comprimé entre la joue et la gencive). Les doses répétées de misoprostol sont jugées inutiles selon la HAS jusqu'à 7 SA.

Après 7 SA, l'IVGM ne peut être réalisée qu'à l'hôpital. La patiente est hospitalisée pendant les 3 heures suivant la prise du misoprostol. Mais la plupart des complications surviennent plus tard.

Selon le décret de juillet 2004, le médecin pratiquant l'IVG devra se procurer les médicaments chez un pharmacien d'officine. Seul un médecin ayant passé une convention avec un établissement de santé peut les obtenir. L'ordonnance devra comporter les mentions suivantes : «usage professionnel» ; identification du médecin prescripteur (nom, qualité, numéro d'inscription à l'ordre, adresse, signature, date) ; nom du CH de référence ; date de signature de la convention. La mifépristone est commercialisée sous le nom de Mifegyne®. La boîte de 3 comprimés de 200 mg coûte 76,37 €. Sa durée de conservation est de 4 ans (12). Le misoprostol existe sous trois formes : Gymiso® (15,37 € la boîte de deux comprimés de 200 µg) ; MisoOne® (boîtes de 1 ou 16 comprimés de 400µg, prix libre (13,14)) ; Cytotec® (19,19 € la boîte de 60 comprimés de 200 µg, il n'a pas l'AMM dans cette indication). Leur durée de conservation est de 3 ans (15).

Aucun dépassement d'honoraires n'est autorisé au forfait fixé à 191,74 € pour une IVG médicamenteuse en ville. Il comprend les médicaments achetés par le médecin et les 4 consultations prévues par le décret. La première consultation médicale, les échographies et examens de laboratoire ne sont pas compris dans ce forfait. Les éventuelles injections d'immunoglobuline anti-D sont prises en charge à 100% en dehors du forfait.

Le code « FHV/FMV » devra être indiqué sur la feuille de soin ou lors de la télétransmission. La réalisation d'une IVG médicamenteuse en ville est possible pour les patientes détentrices de la couverture maladie universelle et de l'aide médicale d'état. Un anonymat est possible pour les mineures, via une feuille de soins anonymisée. Cet anonymat semble cependant plus facile à gérer lors d'une prise en charge en établissement hospitalier.

2.3.3 Suivi des patientes après la prise des médicaments.

Le suivi clinique des patientes se base sur quatre questions principales :

- Y a-t-il eu des douleurs ?
- Y a-t-il eu des saignements ?
- Y a-t-il eu visualisation de l'œuf ?
- Y a-t-il eu une disparition des signes sympathiques de grossesse ?

A l'examen clinique, on cherchera la taille de l'utérus et les douleurs à l'examen.

Les signes qui doivent faire consulter en urgence doivent être exposés à la patiente, ainsi que l'importance de ne pas être seule et d'être à proximité du CH référent :

- Imprégner plus de deux serviettes hygiéniques maxi en une heure et durant plus de deux heures.
- Fièvre supérieure à 38°C persistante ou apparaissant plus de 6 à 8 heures après la prise du misoprostol.
- Aucun saignement survenant dans les 48H suivant la prise de misoprostol (penser à une grossesse extra-utérine ou à une grossesse évolutive).

Le suivi para-clinique peut être réalisé par suivi des taux de HCG plasmatique. En cas d'efficacité de la méthode, on s'attend à une diminution rapide entre J3 et J5 de la prise de la mifépristone (diminution de 60% en 24h). Puis on observe une diminution d'environ 50 % tous les 2 jours avec disparition complète en 33 jours en moyenne (1 à 90 jours). Le taux d'HCG avant 7 SA est en moyenne inférieur à 55 000 UI. A J14, une décroissance de 99% correspond à un taux inférieur à 1000 UI. Même sans taux initial, un taux inférieur à 1000 UI, 15 jours après la prise des médicaments, signe le succès de la méthode si la patiente est cliniquement stable (2).

L'échographie seule ne permet pas de porter de façon pertinente l'indication d'une aspiration même si la probabilité de devoir pratiquer une aspiration est plus grande en cas d'images de rétention trophoblastique importante ou en cas de grossesse arrêtée non expulsée. Ces images

conduisent souvent à des échographies répétées, stressantes pour la femme et le médecin, source d'aspirations injustifiées (2). Les symptômes cliniques restent le critère déterminant pour décider d'une aspiration chirurgicale.

2.3.4 Efficacité

L'efficacité de la méthode médicamenteuse est excellente. L'association des deux produits Mifepristone + Misoprostol jusqu'à 7 SA induit une interruption de grossesse dans 95-98 % des cas quelque soit le protocole utilisé.

2.3.5 Effets secondaires et complications de la méthode médicamenteuse

En dehors des douleurs et des saignements, les effets secondaires sont en règle de courte durée et de faible intensité.

Les douleurs sont en règle d'intensité faible à sévère. Elles peuvent commencer très vite après la prise de misoprostol (une demi-heure à 3 heures après). Elles disparaissent ou s'atténuent le plus souvent après l'expulsion complète. La persistance de la douleur (associée à des métrorragies et et/ou de la fièvre) peut signer une complication. La prescription d'antalgiques doit être anticipée. En première intention, on préconisera la prise d'un comprimé d'Ibuprofène 400 mg 20 minutes avant la prise de misoprostol, à répéter toutes les 4 à 6 h, maximum 3 par jour. En cas de douleurs persistantes, une prescription de palier 2 type Lamaline® (paracétamol+caféine+opium) ou paracétamol codéiné sera faite. Le paracétamol seul peut être utile pour les douleurs plus modérées, notamment dans les suites (2).

Les troubles digestifs sont liés à la prise de misoprostol : nausée (36-67%), vomissement (14-26%), diarrhée (8-23%). Leur fréquence et intensité augmentent avec la dose et le terme de la grossesse. Ils sont généralement de courte durée et de faible intensité, et nécessitent rarement un traitement. En cas de vomissements dans la demi-heure qui suit la prise des médicaments, il est

conseillé d'en reprendre un autre. Un anti émétique peut être administré 20 minutes avant la prise des médicaments chez les femmes qui vomissent beaucoup. La voie buccale conseillée pour le misoprostol évite souvent la survenue des vomissements (2).

Les saignements commencent entre une heure et trois heures après la prise du misoprostol. Leur volume est plus important que des menstruations normales. Leur durée moyenne est de 10-13 jours (1 à 60 jours). Les métrorragies abondantes sont quasi systématiques, mais deviennent une complication si elles sont cataclysmiques; elles nécessitent alors un geste chirurgical. Dans le cas des IVG médicamenteuses, le recours à l'aspiration pour stopper les saignements à lieu dans 0,3 à 2,6% des cas, et une transfusion a lieu dans 0 à 0,2% des cas (contre 0.1% lors d'IVG chirurgicales précoces). La consigne doit être donnée aux patientes de consulter aux urgences en cas d'imprégnation de plus de deux serviettes hygiéniques maxi en une heure et durant plus de deux heures lors de l'expulsion ou en cas de reprise de saignements abondants à distance de la prise des médicaments. Avant de pratiquer une IVG médicamenteuse en ville, on s'assurera que la patiente ne sera pas seule dans la suite de la prise des médicaments, et que l'hôpital de référence lui est accessible en moins d'une heure.

Les complications sont dans le continuum des effets secondaires. Elles sont rares, rendant la méthode très sûre quelque soit le protocole utilisé (9). Les hémorragies surviennent dans moins de 0,4 à 2 % des cas (0,2 % nécessitent une transfusion). Les infections surviennent dans moins de 0,09 à 0,5 % des cas. Elles doivent être suspectées en cas de douleur pelvienne, métrorragies, leucorrhées fétides, de fièvre avec un utérus normal, ramolli ou sensible. L'échographie permettra de mettre en évidence une éventuelle rétention utérine à aspirer. En cas d'infection, une antibiothérapie large spectre sera prescrite. La très faible incidence de ces accidents, alors que plus de 2 millions de femmes dans le monde ont bénéficié de la méthode ne justifie pas une antibioprophylaxie systématique (2).

2.3.6 Indications de l'IVGM en ville

Les critères d'inclusion d'une patiente pour pratiquer une IVGM en ville sont les suivants (2) :

- Terme de la grossesse inférieur à 49 jours d'aménorrhée
- Souhait de la patiente
- Bonne compréhension des explications
- Trajet Domicile-Centre référent inférieur à 1 heure
- Acceptation des contraintes de la méthode
- Logement avec toilettes et téléphone
- Besoin de confidentialité
- Accompagnée au domicile le jour du misoprostol
- IVG chirurgicale difficile (malformations utérines, hymen intact)
- Pas de nécessité d'anonymat.

Le misoprostol n'est pas contre-indiqué en cas de risque cardio-vasculaire chez la patiente. On peut faire une IVGM à une femme ayant une grossesse arrêtée, mais dans ce cas le misoprostol suffit (peu de récepteurs à la progestérone sont alors présents). On peut pratiquer une IVGM chez une femme ayant des allergies, hors allergie à ces médicaments déjà documentés. Les allergies à ces médicaments sont rares. Les fibromes utérins ne contre-indiquent pas l'IVGM. On peut pratiquer une IVGM chez une patiente asthmatique, hors crise. Le misoprostol est bronchodilatateur. L'allaitement n'est pas une contre-indication selon le CRAT. Les antécédents de césarienne ou d'utérus cicatriciel ne sont pas une contre-indication. Il n'y a pas de risque de rupture utérine au premier trimestre. La gémellarité ou l'obésité ne sont pas des contre-indications, et n'entraînent pas de modification du protocole (2). Une valvulopathie ne contre-indique pas la réalisation d'une IVGM, et ne nécessite pas la prescription d'une antibioprophylaxie des endocardites (16).

2.3.7 Contre-indications de l'IVGM en ville

Les critères d'exclusion de la méthode médicamenteuse en ville sont (2) :

- Patiente ne comprenant pas les explications fournies
- ambivalence, besoin de temps
- Fragilité psychologique
- Besoins d'une prise en charge sociale
- Patiente isolée ou sans hébergement
- Vomissements importants
- Besoin de confidentialité
- Charge familiale importante (enfants)
- Impossibilité d'une visite de contrôle (voyage)
- Mineure isolée sans autorisation parentale (à voir au cas par cas)

Les contre-indications à l'usage de la mifépristone sont l'insuffisance surrénale chronique, la corticothérapie chronique, la porphyrie et l'allergie connue à la mifépristone. La contre-indication de l'utilisation du misoprostol est l'allergie connue au médicament ou aux autres prostaglandines.

Les contre-indications à la méthode sont :

- Une grossesse extra-utérine, car les trompes ne possèdent pas de récepteurs à la progestérone et la méthode est donc inefficace pour arrêter la grossesse.
- Des troubles hémorragiques ou un traitement anti-coagulant, car la méthode chirurgicale permet de mieux contrôler les saignements.
- Une anémie inférieure à 9g/dL. Une NFS n'est cependant pas indiquée systématiquement avant la pratique d'une IVGM.
- Une grossesse sur dispositif intra-utérin (DIU) si l'ablation de celui-ci n'est pas possible.
- Une insuffisance rénale ou hépatique sévère.

2.3.8 La place du MG dans l'IVGM

Dans l'étude prospective COCON réalisée auprès de 2863 femmes françaises, Lelong et al. ont trouvé que 23 % des femmes avaient vu leur MG au début de leur processus d'IVG (8). Dans leur étude réalisée auprès de 716 patientes de la région centre, Chefeg Ben Aissa et al. mettaient en évidence que 30% des femmes auraient réalisé leur IVG chez leur MG, 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 MG et 40% s'étaient informées auprès de lui pour leur IVG (17).

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 (18).
- Cette méthode permet un accès rapide, et répond à une demande des patientes ressentant une urgence de prise en charge (18,19).
- La prise en charge au domicile représente un certain confort, interprété comme une discrétion et une intimité accompagnée (18,20). Les femmes apprécient dans ce cas de pouvoir être rassurées et entourées par leurs proches (21).

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

2.4 Epidémiologie de l'IVG

2.4.1 En France

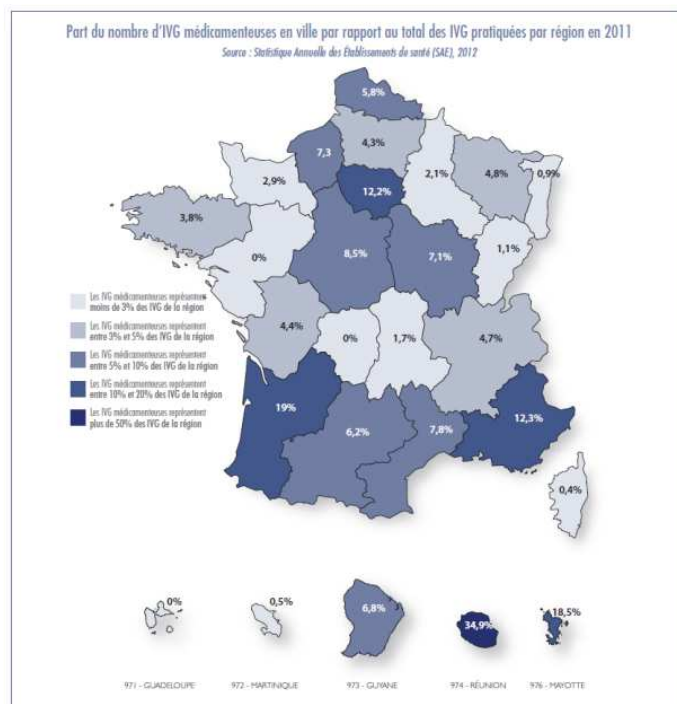
Les IVGM représentent une part de plus en plus importante des IVG réalisées (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution des proportions d'IVG réalisées par la méthode médicamenteuse (2)

	1991	2001	2005	2007
Avortements médicamenteux	13 %	29,7 %	44 % 47 % en service public 37 % en service privé	49 % Dont 9 % en ville

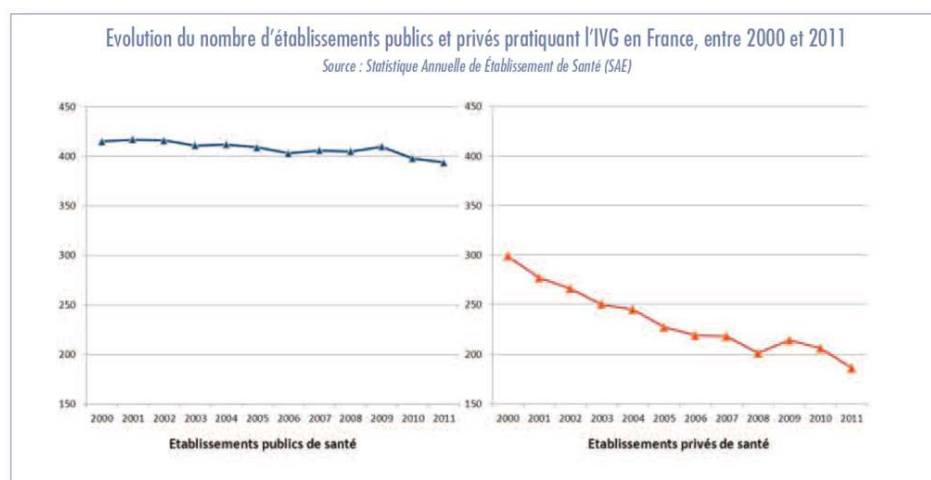
Tableau copié du diaporama du Docteur Hassoun sur l'IVG médicamenteuse (2).

En 2011, la part d'IVG réalisées par la méthode médicamenteuse en ville reste assez petite, comme l'indique la figue ci-dessous (6) :



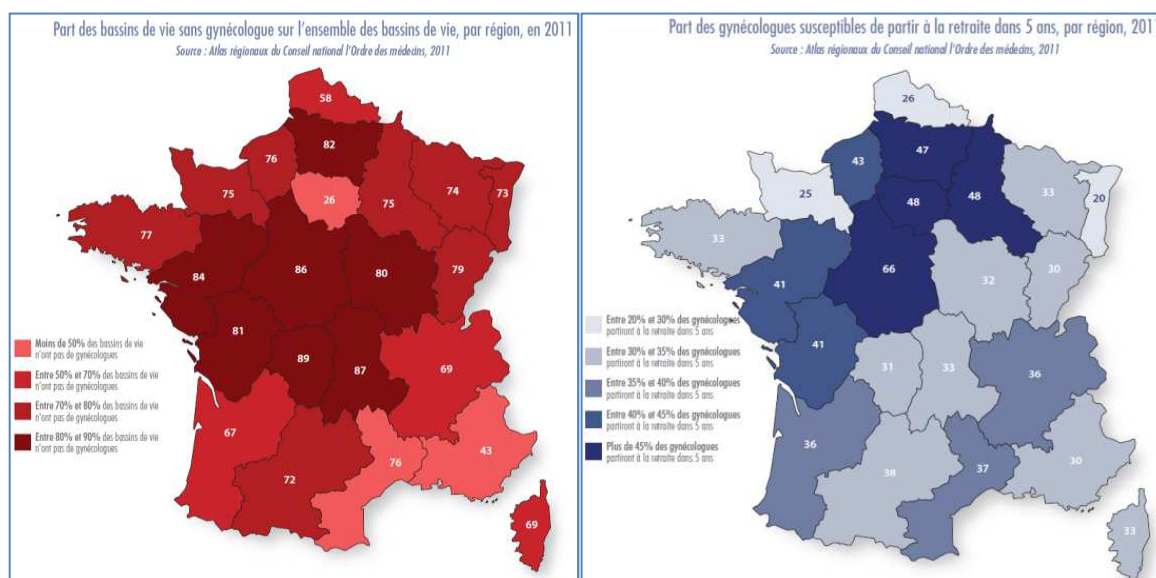
Carte copié du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

L'offre de soin IVG est en baisse malgré une demande stable. On assiste à la fermeture de plus en plus d'établissements privés en pratiquant, sans augmentation de l'offre de soin publique :



Graphique copié du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

Les gynécologues libéraux sont actuellement en nombre insuffisant pour répondre aux besoins de la population et leur nombre a tendance à décroître. Seul 200 gynécologues-obstétriciens et 30 gynécologues libéraux sont formés chaque année, contre des départs à la retraite importants prévus dans les années à venir (6):

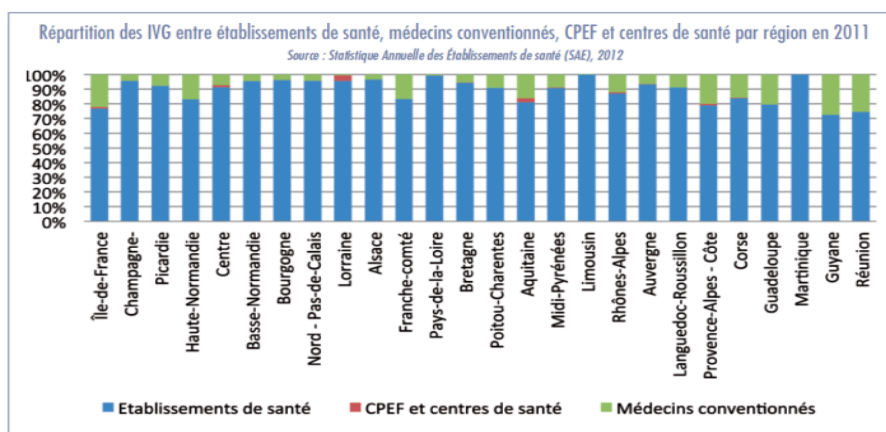


Cartes copiées du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

Le développement de l'offre de soin IVGM en ville par les MG semble présenter plusieurs avantages. Ils peuvent proposer des soins de proximité (22) et sont souvent plus faciles d'accès

que l'hôpital (6). Le choix de la méthode, la confidentialité et la gratuité de l'IVG pour les femmes ne sont pas toujours assurés en établissement de santé (6). La sécurité de la pratique d'IVGM en ville par les MG a été bien évaluée (9). En termes financiers, le développement de l'offre de soin IVGM en ville correspondrait à une diminution des coûts, même si son principal atout reste de pouvoir donner le choix aux patientes (6,23).

Actuellement l'implication des MG dans la réalisation d'IVGM en ville reste faible. En 2009, 42% des médecins conventionnés pour les IVGM sont des MG et 57% des gynécologues (6). En 2011, les IVGM représentent 55% des 209 300 IVG réalisées, et 48% des IVG réalisées dans les établissements de santé. 80% des IVG sont réalisées en secteur public en établissement de santé, et 14% des IVG sont réalisées hors établissement hospitalier : 13% en cabinet libéral et 1% en centre de santé, CPEF (1) :



Graphique copié du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

L'augmentation de l'offre de soin IVGM en ville par les MG semble donc nécessaire et possible.

2.4.2 En Picardie

L'implication des MG dans la réalisation d'IVGM en ville est très différente en Picardie (et en particulier dans le secteur du CH de Soissons) de celle retrouvée sur la moyenne du territoire français.

En 2012 il existe 15 centres d'orthogénie tous rattachés aux services de gynécologie-obstétrique de CH publics. Il n'y a que 2 gynécologues par centre le plus souvent, dont 4 centres avec au moins un médecin de plus de 65 ans. Des IVGM en ville sont réalisées en réseau avec les CH d'Amiens, Creil, Beauvais, Compiègne, Senlis et Château Thierry (24).

En 2011, Sur les 5507 IVG réalisées, 5074 étaient faites en hospitalier, 433 en ville (soit 8%) et aucune en centre de santé, établissement de PMI et de planification familiale (1). 82% des bassins de vie picards n'ont pas de gynécologue. 47% des gynécologues de la région sont susceptibles de partir à la retraite d'ici 2016 contre seulement 230 gynécologues formés chaque année en France (6).

2.4.3 Contexte local : dans le secteur du CH de Soissons

En 2012 dans le secteur du CH de Soissons, 338 IVG ont été réalisées dont 248 par la méthode médicamenteuse (73,4%) (25). Les IVGM réalisées avant 7 SA au centre d'IVG (CIVG) de Soissons correspondaient à 50-57% des IVGM réalisées (données de l'Observatoire régional de la santé et du social de Picardie via l'exploitation des Statistiques annuelles des établissements de Santé et des Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, entre 2006 et 2011). Cette proportion importante serait donc reportable sur le secteur extra-hospitalier.

En 2014, seulement 4 gynécologues réalisaient des IVG au CH de Soissons, au sein du CPEF. Ils étaient âgés de 50, 55, 57 et 65 ans. Deux de ces gynécologues souhaitaient réduire à court terme leur pratique de l'IVG. Il n'y avait que 2 gynécologues libéraux dans le secteur et aucun n'était conventionné avec l'hôpital pour les IVGM.

On constatait par ailleurs un faible rendement local des réunions d'information organisées pour les MG concernant l'IVGM en ville. Depuis 2012, une cinquantaine de médecins parmi les MG du secteur du CIVG de Soissons avait participé à une séance d'information organisée par l'hôpital. Elle portait à la fois sur le suivi des cancers du sein, les frottis cervicaux vaginaux (FCV) et la réalisation d'IVGM en ville. Au terme de cette soirée était proposé aux MG intéressés de faire une demi-

journée de consultation avec les gynécologues du CIVG de Soissons. Seuls 2 MG ayant participé aux formations avaient finalement signé la convention ville-hôpital (3% des MG ayant participé aux formations). Depuis 2012, une seule IVGM avait été réalisée en extra-hospitalier. En parallèle, le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) propose des formations à l'IVGM aux MG en Ile-de-France. L'inscription à ces formations est volontaire, et les médecins inscrits savent qu'elle ne portera que sur l'IVG en médecine de ville. Le taux de conventionnement obtenu après ces séances dépassait 41% en 2012 (48 médecins formés et 20 signatures de convention).

Il a donc semblé nécessaire que les MG et les gynécologues hospitaliers travaillent ensemble pour proposer une offre de soins plus variée aux patientes. L'objectif de cette étude était donc d'augmenter l'offre de soins IVGM en médecine générale dans le secteur du CH de Soissons.

3 PARTIE 1 : Perception des MG sur la réalisation d'IVGM en cabinet

3.1 Objectif

L'objectif de cette première partie était de préciser le ressenti des MG français sur la pratique des IVGM en ville. Ces données ont servi à construire un questionnaire adapté à l'exploration des obstacles à la pratique d'IVGM chez les MG du secteur de Soissons. Ce questionnaire est exposé dans la partie 2 de l'étude.

3.2 Matériel et méthode

Il a été réalisé une recherche documentaire des études qualitatives sur les obstacles à la pratique de l'IVGM en médecine générale. Les résultats ont été regroupés et réorganisés, et sont présentés dans les paragraphes ci-dessous. La recherche documentaire s'est déroulée du 31/01/2014 au 09/03/2014. Elle a été interrompue lorsqu'une redondance dans les données a été constatée. Cette redondance est en faveur de l'exhaustivité de la liste des obstacles à la réalisation des IVGM ainsi obtenue.

Aucun article publié n'a été trouvé dans les bases de données Medline et Psycinfo. Plusieurs thèses qualitatives de médecine portant sur ce sujet ont été identifiées dans la base des thèses de la bibliothèque inter-universitaire de Santé. Certaines thèses ont été incluses sur la suggestion de médecins généralistes (17,22,26–33).

3.3 Résultats

3.3.1 Les obstacles à la pratique d'IVG en médecine générale

Le tableau suivant résume les obstacles retrouvés lors des études, détaillés dans les paragraphes suivants :

Sphère économique	• Manque de contre partie financière substantielle • Lourdeur de la procédure de l'IVGM en inadéquation avec la rémunération • Perte possible de patiente entraînée par la pratique d'IVGM • Arguments économiques concernant les patientes
Sphère logistique	• Activité chronophage • Lourdeur administrative de la procédure • Difficultés d'organisation de l'IVGM en ville • Problème de la permanence des soins • Situation géographique du cabinet incompatible avec la pratique d'IVGM • Absence de service rendu pour les patientes Cabinet de médecine générale : un lieu inadapté à l'IVGM
Sphère pratique	• Méconnaissance de cette possibilité • Difficultés à travailler en équipe pluri-disciplinaire • Une activité supplémentaire impossible pour les MG • Réticences à travailler avec un CIVG donné • Difficultés liées à la signature de la convention avec le CIVG • Insuffisance de la formation • Responsabilités et risques entrepris • Difficultés liées à la prise en charge des mineures
Sphère idéologique	• Manque d'intérêt intellectuel pour l'IVG • Acte trop lourd émotionnellement • Principe scientifique • Entrave religieuse • L'éthique et la morale : crainte d'une banalisation de l'IVG • La conception des missions du MG • Contestation politique : désaccord avec la loi encadrant l'IVGM • Crainte d'une agressivité des opposants à l'IVG • Difficulté à rester empathique avec les patientes
Sphère relative à l'image du MG	• Crainte du MG pour sa réputation • Crainte du MG d'une modification de la relation médecin-patient • Sensation de devenir un prestataire de service • Nécessité de correction et d'intimité incompatible avec la pratique d'IVG au cabinet • La tradition : le MG est habitué au système existant et préfère s'y conforter • Crainte d'identification du cabinet pour les IVGM • Pratique de l'IVGM vécue comme peu valorisante

3.3.1.1 Sphère économique

L'économie désigne la gestion de la maison, en opposition à la politique qui est la gestion de la cité. Elle est l'activité humaine qui consiste en la production, la distribution, l'échange et la consommation de biens et de services (17).

Les obstacles de cet ordre exprimés par les MG étaient les suivants :

- Le manque de contrepartie financière substantielle (17,22,26,28,34-36)
 - Cotation de la sécurité sociale insuffisante (17).
 - Crainte d'une surprime d'assurance responsabilité civile professionnelle (qui est majorée si le MG pose des DIU ou des implants)(17,27).
 - Attente pour encaissement des chèques des patientes sans provision (26) et difficultés à se faire payer le montant du forfait (28).
 - Délais excessifs de remboursement du tiers payant/soins CMU par l'assurance maladie (26).
 - Coût des médicaments :
 - o Engagement financier lié à l'achat des médicaments : avance des prix des médicaments, incertitude du remboursement : médecins non payés, IVG finalement non réalisée (26,27).
 - o Conditionnement en nombre trop peu important du Gymiso® (2 comprimés par boîte contre 60 pour le Cytotec®).
 - o Cytotec® beaucoup moins cher mais hors AMM (26,27,29)...
 - o Devoir « tricher » sur les médicaments et le forfait pour s'y retrouver financièrement « sinon ça ne représente même pas 3 consultations à 22 euros »(26) : mifépristone utilisée à 1 comprimé au lieu de 3 pour faire des économies (27,29).
 - o Aspect « sordide que le MG ait à payer » pour acheter les médicaments inclus dans le forfait (28).

- Lourdeur de la procédure : (17,28)
 - Nécessité d'un investissement en temps vécu comme une perte de rendement(17,26).
 - Investissement émotionnel important pour le médecin pas assez rémunéré en contre partie (26).
- Perte possible de patients ressenti comme une perte de rendement(17)
 - Patientes chez qui on pratique soi-même une IVG (elles associeraient leur MG à une période difficile de leur vie et elles souhaiteraient donc l'éviter par la suite).
 - Autres patients du cabinet n'acceptant pas que leur MG pratique des IVG.
- Argument économique concernant les patientes :
 - Surcoût pour les patientes de l'IVG réalisée en ville par rapport à la prise en charge hospitalière hors mineures et CMU : avance des frais (26,36) et éléments non inclus dans le forfait (1^{re} consultation, échographie de datation, dosage des HCG plasmatiques, médicaments antalgiques, serviettes hygiéniques). Cette forme de prise en charge est considérée comme dissuasive pour les patientes (35).
 - Les MG se sentent mal à l'aise de demander 191 euros aux patientes (26).
 - Une des solutions avancée est de pratiquer le tiers payant ou l'encaissement après remboursement de la patiente (28,29,36) ou d'étaler le paiement(28)
 - Satisfaction exprimé des MG du 100% depuis mars 2013 (29).
 - Problème de l'anonymat : remboursement pour les majeures dépendant de la sécurité sociale de leurs parents ou de leur conjoint (35).

3.3.1.2 Sphère logistique

La logistique est l'activité qui a pour objet de gérer les flux physiques d'une organisation, dans le but de mettre à disposition les ressources correspondant aux besoins, et ce, aux conditions économiques et pour une qualité de service déterminée, dans des conditions de sécurité et de sûreté satisfaisantes (17).

Les obstacles de cet ordre exprimés par les MG étaient les suivants :

- Activité chronophage (17,22,26–29,35,36) :
 - En moyenne 90 minutes pour les consultations du forfait (36).
 - 1^{re} consultation longue, d'autant plus si la patiente n'est pas connue du cabinet (pas de relationnel déjà établi, pas de dossier médical) (26,35).
 - Visite de contrôle longue en cas d'échec ou s'il y a besoin de prescrire une contraception ultérieure (26,35).
 - Risque de dérive : mauvaise prise en charge par manque de temps (27).
 - Avantage des structures salariées où on peut plus facilement prendre le temps (27).
- Lourdeur administrative de la procédure (26,27,29,35,36) :
 - Les formulaires à remplir sont nombreux, pour donner une « protection légale ».
 - Les bulletins statistiques sont souvent oubliés (26,35).
 - Le protocole est très codifié (anonymat, standardisation..) induisant une dépersonnalisation même s'il permet d'éviter les erreurs (26).
- Difficulté d'organisation pour :
 - Prévoir toutes les consultations (27,35) :
 - Se dégager du temps professionnel pour l'accueil non programmé des demandes d'IVG (26).
 - Prévoir un relais en cas de vacances du MG au milieu de la procédure (28).

- Nécessité de revoir les patientes en consultation post IVG avec beaucoup d'absentéisme les obligeant à rappeler les patientes (28,36).
- La pratique d'IVG est perçue comme un facteur de désorganisation : accepter les consultations imprévues sans rendez-vous, voire des jours non ouvrés lorsque le terme de la grossesse est limite (26).
- Acheter les médicaments (26–28) :
 - Mifégyne® et Gymiso® sont des médicaments d'exception avec lourdeur administrative pour aller les chercher en pharmacie, « plus compliqué que la morphine »(35).
 - Parfois le pharmacien n'est pas au courant de la loi et refuse de les commander (27).
- S'assurer des bons correspondants pour l'échographie de datation(28) :
 - Accessible rapidement (27).
 - Certains échographistes sont culpabilisants (montrent le fœtus, font écouter les bruits du cœur fœtal etc..) (26).
 - Nécessité d'avoir un échographiste fiable car la pratique en extra-hospitalier est très encadrée par la loi sur les termes de grossesse (27,35).
- Organiser une consultation psychosociale pour les femmes le désirant (17,27,29) : difficulté à obtenir un rendez-vous rapide en extra-hospitalier.
- Gérer une 2^e patientèle : patientes non connues du cabinet consultant uniquement pour une IVG (26).
- Problème de la permanence des soins et gestion des urgences (26):
 - Réticence vis-à-vis de la pratique d'exception de laisser son numéro de portable aux patientes et problème de la disponibilité téléphonique (22,26,28,35,36).
 - Les médecins pratiquant des IVGM ne sont cependant jamais dérangés car leur téléphone n'est pas réutilisé par les patientes par la suite (26).

- Situation géographique :
 - Trop proche ou trop loin d'un CIVG (17).
 - Restrictions légales concernant la distance entre domicile de la patiente et CIVG supérieur à 1 heure (35).
- Absence de service rendu : le conventionnement du MG ne correspond pas à une demande ou un besoin de sa patientèle (22):
 - Demande insuffisante des patientes justifiant la non pratique (17,22,26,27,35,36) probablement en partie expliquée par la méconnaissance de cette possibilité par les patientes (27).
 - Un système existant satisfaisant : accès à l'IVG assuré par l'hôpital ou d'autres confrères (17,26-28,35).
 - Patientèle âgée (22).
 - Demande en général après 7 SA, donc le délai légal pour l'IVG en ville est dépassé (26,27).
 - Préférence supposée des patientes de faire leur IVG à l'hôpital : crainte des complications à domicile, meilleur vécu supposé car meilleur encadrement (27). Le CIVG est différent du lieu de soin habituel ce qui permet à la patiente de ne pas associer de souvenir négatif au cabinet du MG où elle est soignée fréquemment. Le MG serait plus utile à ses patientes dans la prise en charge psychologique autour de l'IVG (26).
 - Nécessité d'avoir un certain nombre de demande pour pratiquer correctement et la demande au cabinet est insuffisante (27,28).
- Le cabinet n'est pas un lieu adapté pour l'IVG :(22,28,35)
 - Aller chercher les médicaments (22,26).
 - Problème de confidentialité (cf 3.1.5).
 - Matériel insuffisant au cabinet (pas d'échographe) (17).
 - Personnel insuffisant pour l'accompagnement des patientes (35).

3.3.1.3 Sphère pratique

La pratique est l'application des règles, des principes d'un art, d'une science, ou d'une technique, par opposition à la théorie. Elle est l'expérience donnée par l'exercice. C'est l'usage, l'habitude acquise (17).

Les obstacles de cet ordre exprimés par les MG étaient les suivants :

- Méconnaissance de ce nouveau possible : la loi est non ou mal connue par les MG (17,22,27,34,36).
- Nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire, notamment avec un psychologue (17,27,29), ce que ne permet pas le cabinet de ville.
 - Crainte de réaliser un mauvais accompagnement psychologique (22,27), surtout pour les patientes non connues dont certaines refusent qu'un courrier soit adressé à leur MG (27). Difficulté à l'organiser pour les mineures pour qui c'est obligatoire (35).
 - Sentiment d'isolement, nécessité de renforcer le réseau ville-hôpital (34,35).
 - Barrière de la langue avec certaines patientes et difficulté de traduction par un tiers sur ce sujet et pas de suivi possible (22).
- Une activité supplémentaire pour les MG :
 - La saturation administrative : la réalisation d'IVGM alourdirait un surmenage préexistant. (17,26,27,35,36) « On ne peut pas tout faire » (26,27).
 - Alimentation d'un sentiment d'exploitation:
 - La médecine générale est vécue comme un fourre-tout, être de « seconde main » (17,27,28,35).
 - Volonté perçue des gynécologues de se débarrasser de cette activité peu gratifiante pour eux, les CIVG voulant se débarrasser d'une activité non rentable (27).

- Problème de la dépendance aux CIVG qui transfèrent leur activité sur les MG quand ils ont moins de personnel : vacances... (28,34).
- Réticences à travailler avec un CIVG donné (28):
 - Difficulté de communication avec le CIVG (28) :
 - Procédure de transmission des dossiers opaques :
 - Pas de retour du CIVG après le fax des données patientes donc difficulté de savoir si l'information est bien reçue (27).
 - Les modalités de stockage des fiches et dossiers d'IVGM de ville faxés sont inconnues des MG (27).
 - Les MG souhaiteraient une liaison internet plutôt qu'un fax (27).
 - Ils n'ont un retour du CIVG sur les dossiers qu'en cas de survenue de complication ou d'adressage pour terme supérieur à 7SA (26).
 - Des prises en charge partagées pouvant rencontrer des défauts de coordination :
 - Communication difficile avec le CIVG amenant à une critique du MG auprès de leurs patientes (26,27).
 - Doute des MG sur une bonne prise en charge de leurs patientes la nuit en cas d'urgence : l'évènement est-il inclus dans leur dossier ?
Qui lit les fax ? Y a-t-il respect du secret médical ? (27)
 - Difficultés relationnelles/ confraternelles avec le CIVG (26–28,34–36) :
 - Non reconnaissance des compétences des MG par les gynécologues de leur CIVG de rattachement.
 - Manque de confiance entre professionnels : les gynécologues auraient peur de récupérer toutes les erreurs et ratés des IVGM de ville pratiquées par les MG.
 - Réticence du CIVG local à intégrer les MG à la pratique d'IVGM.

- Peur d'un manque de confraternité avec mise en compétition et « vol de patientes »(27).
 - Mauvaise connaissance de la loi par le CIVG, qui ignore que les MG peuvent se conventionner et pratiquer des IVGM en ville (28).
 - Pas de formation médicale continue après la formation initiale, pas de réunion de suivi (26).
- Difficultés liées à la signature de la convention avec le CIVG :
 - Mode de coopération administrative inhabituel pour les médecins libéraux : en général le choix des correspondants se fait par connaissance, choix réciproque, confiance (26).
 - Formulaire de conventionnement difficile d'accès, la personne s'en occupant à l'hôpital est injoignable, les délais administratifs sont importants, l'hôpital est très sélectif (26,35), le formulaire de conventionnement n'est pas distribué à la fin de la formation (26).
 - La procédure de conventionnement est trop complexe, mal identifiée, notamment avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) (26,28).
 - Insuffisance de la formation (29,34):
 - La formation initiale et continue des MG est déficitaire sur la gynécologie-obstétrique et l'IVG (17,22,27,28,36) : insuffisante et difficile d'accès (34-36), non organisée par le CIVG de rattachement du professionnel (26).

Schéma de la formation des médecins	
1 ^{er} cycle d'études médicales : PACES 1 (L1 santé) et 2	1 ^{re} année : l'UE7 <i>Santé, Société et Humanité</i> aborde les questions de l'IVG (1,5h) et de la contraception (6h) d'un point de vue éthique et historique 2 ^e année : endocrinologie et reproduction (appareils reproductifs homme et femme)
2 ^e cycle	5 ^e année DCEM3 : cours de gynécologie obstétrique (39h)
3 ^e cycle	ECN : examen national classant Choix du DES (Diplôme d'Etudes de Spécialités) : — DES Gynécologie Obstétrique : 200 places — DES Gynécologie Médicale : 30 places
Formation continue	Il existe des diplômes interuniversitaires consacrés à l'IVG et la contraception, selon les universités

Tableau copié du rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes concernant l'accès à l'IVG dans les territoires (6).

- Temps insuffisant pour se former (22,28,36), investissement en formation trop important pour le besoin perçu (26).
 - Formation non rémunérée (35,36).
 - Formation faite avec maladresse : mise en concurrence des MG et des gynécologues en organisant une seule réunion pour tous (35), non-respect de la pratique du libéral (annulation/report de dernière minute)(28).
 - Nécessité d'une formation médicale continue après la formation initiale (36).
 - Nécessité de former son personnel au cabinet (28).
 - Les formulaires pour que le médecin puisse se conventionner à la fin de la formation n'ont pas été distribués (26).
- Responsabilité et risques entrepris (17,22,28) :
 - Acte technique trop complexe pour être réalisé par un non spécialiste en gynécologie-obstétrique (26).
 - En milieu rural : responsabilité de faire prendre un risque à la patiente qui serait inférieur en milieu hospitalier (éloignement du CIVG) (26).
 - Crainte du contentieux (26). Peur des risques médico-légaux (27,28), car le MG libéral est seul face au juge alors que c'est différent pour les médecins d'institution (27). Crainte des conséquences en cas de plainte des patientes de l'utilisation hors AMM du Cytotec® (27).
 - Crainte des complications médicales : hémorragique, hypertension artérielle (17,22,26,27,36) surtout en milieu rural avec éloignement du centre (26), même si le recours à l'hôpital rendait la prise de risque acceptable pour certains (26).
 - Crainte des complications liées aux médicaments : douleurs, vomissements (28).
 - Crainte des complications liées à l'absence de consultation post IVG (rétention, échec...)(26,27).
 - Crainte des complications psychologiques ou de réaliser un mauvais suivi psychologique.

- Réticences supposées des femmes à l'expulsion à domicile avec potentiel isolement (entourage, professionnels de santé), présence de jeunes enfants (26,27). Crainte que les patientes ne sachent pas réellement quand s'inquiéter ou consulter (27,36).
 - Crainte de provoquer des troubles de la fécondité ultérieurs (27).
 - Barrière de la langue et difficulté de traduction par un tiers sur ce sujet, difficulté du suivi (22).
- Concernant les mineures : pratique et organisation non adaptée, les excluant fréquemment des prises en charges en ville (29,35,36)
 - Problème du remboursement et difficulté d'anonymiser les feuilles de soins en ville (28).
 - Difficultés à respecter le parcours légal : entretien psychosocial obligatoire avec rendez-vous avec psychologue et assistante sociale difficile à obtenir (28).
 - Les mineures ne sont pas de bonnes candidates à la méthode médicamenteuse : le vécu serait plus traumatique qu'avec la méthode chirurgicale (douleurs, saignements, durée plus longue...)
 - Prise en charge refusée en ville en général, sauf si l'un des parents est présent (28,35).

3.3.1.4 Sphère idéologique

Une idéologie est, au sens large, la science d'un système d'idées imaginées. L'idéologie s'accompagne de croyances, de notions, d'opinions, de convictions et est parfois constituée en doctrine (17).

Les obstacles de cet ordre exprimés par les MG étaient les suivants :

- Manque d'intérêt intellectuel personnel pour la pratique de l'IVG avec projets de formation vers d'autres orientations (22,27,35).
- Acte trop lourd émotionnellement pour le médecin et/ou la patiente (26). Lourdeur psychologique pour le médecin (27,28) qui introduit une notion d'une quantité maximum d'IVG supportable par mois (27).

- Principe scientifique :
 - L'embryon est être vivant. L'IVG est donc un meurtre (17,22,26,28).
 - Responsabilité pour le MG d'arrêter une grossesse (17,22).
 - Culpabilité d'arrêter une grossesse d'autant plus forte que le MG est seul en cabinet (22).
- Entrave religieuse personnelle du MG (17,29,35), incompréhension de la demande d'IVG chez une femme se disant croyante (29).
- L'éthique et la morale (17,22,26,27,29) :
 - Acte contraire à l'ancrage culturel des MG (éthique)(36).
 - Crainte d'une banalisation du geste : la gratuité de l'IVG inciterait les femmes à l'utiliser comme contraception et donc augmenterait le nombre d'IVG (26-28,35,36).
- La conception de la mission du MG :
 - Mission de conseil et d'orientation : la médecine générale doit intervenir principalement dans la prévention et l'IVG est considérée hors de son champ de compétence (17,22,26,27,34).
 - Nécessité d'un milieu médicalisé pour faire une IVG car c'est un acte sérieux (26).
 - La médecine générale implique une prise en charge globale. L'IVG représente une prise en charge ponctuelle pour beaucoup de patientes (26).
 - Pratique non adaptée aux MG hommes car les patientes préfèrent les MG femmes pour ce type de demande (28).
- Contestation politique :
 - La loi en l'état est non applicable (17,27,29), il y a nécessité d'assouplir la procédure : nombre de papiers à remplir et consultations obligatoires trop nombreuses (29,36).
 - Le terme limite pour pratiquer des IVGM en ville de 7 SA est trop court, pourquoi pas 9 SA ? (26,29,35).

- Définition insuffisante de la formation que doivent recevoir les MG (35).
- Concernant les médicaments :
 - o Mifégyne® et Gymiso® sont des médicaments d'exception : pourquoi les femmes n'y auraient pas accès directement ? La peur des autorités d'un usage détourné n'est pas comprise (35).
 - o Révision des AMM souhaitées (Cytotec®) pour une concordance avec la pratique et les recommandations de la HAS (27,29).
- Difficultés à respecter le nombre de consultations prévues par la loi (28,29,35,36).
Remise en question de la consultation de délivrance des médicaments et de l'obligation de leur prise devant le médecin : il faut faire confiance aux patientes, qui risquent de subir les effets indésirables avant d'arriver au domicile (douleurs, saignements), et qui ont besoin d'un entourage disponible lors de la prise (28,35).
- La loi encadre trop cette pratique et fait peur aux MG (35).
- Le délai de 7 jours de réflexion est trop long car plus le terme est précoce moins il y a d'échec (27–29,36).
- Incompréhension de l'augmentation uniquement hospitalière du forfait (28,29).
- MG ne voulant pas d'une activité où ils auraient des comptes à rendre à l'état (28).
- Sentiment que l'IVG est délaissée au niveau national : fermeture de centre, manque de budget (35). Le développement de l'offre de soin IVGM en ville pourrait justifier la fermeture des CIVG (26).
- Appréhension face à la potentielle agressivité des opposants à l'IVG (22,35).
- Difficultés à rester empathique, jugement de la patiente :
 - Aspect fluctuant de la demande avec changement d'avis intempestifs (22).
 - MG rendant les femmes responsables d'avoir une grossesse non désirée et de vouloir faire une IVG. Ils désapprouvent la situation et en font le reproche à la patiente. Le

médecin est en colère qu'une grossesse non désirée survienne alors que de nombreux moyens de contraception existent (22,27,28).

- MG souhaitant que la prise en charge se fasse au CIVG pour que « ça les marque » (27).

3.3.1.5 Sphère relative à l'image du médecin

Les obstacles de cet ordre exprimés par les MG étaient les suivants :

- Le spectre de la faiseuse d'anges : peur pour leur réputation et leur image (17,22,26,27,29,34).
- Crainte de la modification de la relation médecin-patient :
 - Avec les femmes chez qui ils pratiquent une IVG (MG associé à une expérience douloureuse et/ou traumatisante)(22,26-28).
 - Autres patientes du cabinet n'acceptant pas que leur MG en pratique (27,28).
- Sensation de devenir un prestataire de service pour les femmes faisant des IVG à répétition : « le médecin est là pour ça », sentiment d'être exploité par les femmes (26,28).
- Nécessité de correction et d'intimité pour un acte tabou et secret : le cabinet de ville n'est pas approprié (17,22), problème de pudeur chez « des jeunes filles qu'on a vu grandir »(22).
- La tradition : habitude du système existant, choix des médecins d'orienter vers des structures hospitalières au lieu de créer une nouvelle offre (17,35).
- L'assomption : l'identification du cabinet comme « faisant des IVG » serait difficile à assumer :
 - Adressage de patiente par le CIVG, transmission des coordonnées du MG parfois sans lui demander l'autorisation (28).
 - Caractère public de l'information non souhaité : apparaître sur une liste identifiant les MG pratiquant des IVGM au cabinet (17,26,27)

- Crainte d'une spécialisation de sa patientèle (22), d'avoir des patientes venant au cabinet uniquement pour les IVG et peur de réduire leur activité dans les autres champs de la médecine générale (26-28,36).
- Pratique peu valorisante pour le MG (22,26,34-36) : L'IVG est perçue comme un échec (22).

3.3.2 Les motivations des MG à pratiquer des IVG

Les motivations exprimées par les MG à pratiquer des IVGM étaient les suivantes :

- Meilleur vécu des femmes : (22)
 - Existence d'un lien privilégié médecin – patiente.
 - Faire son IVG en extra-hospitalier permet d'éviter de le faire à côté de femmes qui accouchent (22,28).
 - Meilleure confidentialité et intimité (28,35) : en salle d'attente et dans le dossier, notamment pour le personnel des hôpitaux (28).
 - Meilleur accueil au cabinet que dans certains établissements de CIVG (26,28).
 - L'IVGM en ville est pensée comme moins traumatisante pour les femmes (35).
 - L'IVGM à domicile permet une démedicalisation et une dédramatisation du geste (35).
 - L'IVGM en ville permet d'éviter une hospitalisation (28).
- Prise en charge plus simple pour les patientes (22,26,28) :
 - Evite de retarder l'IVG, de déstabiliser les femmes, de dégrader l'écoute et l'accompagnement dont elles devraient bénéficier (22,26,28,36).
 - La pratique d'IVGM en ville permet de rendre service aux patientes (22,34) et de répondre à leur demande (28).
 - Au nom de la prise en charge globale des patientes en médecine générale, de la proximité et de la continuité des soins (26,28,36).

- Bénéfice de santé publique(22) :
 - Soulage l'hôpital.
 - Augmente l'offre de soin et les services rendus aux femmes, surtout dans le contexte de raréfaction des gynécologues de ville et de la fermeture de CIVG (22,26).
 - Permet la répartition de l'offre de soin et de la démographie médicale.
 - Fait partie des missions de santé publique des MG (27,28,34).
 - Augmente l'accessibilité à l'IVG, permet de répondre à un besoin des femmes (27,35).
 - Augmente le choix des méthodes d'IVG (28,35).
 - Améliore la prise en charge : plus faible taux de complications et d'échecs en extra-hospitalier (28,36), raccourcissement des délais d'accès à l'IVG (26,28,35).
- Militantisme : Nécessité d'avoir plusieurs choix pour les femmes dans un contexte anti-IVG grandissant (22,26,28,34–36).
- Pour appliquer la loi (34).
- Pour augmenter le recrutement (ou ne pas perdre des patientes qui iraient faire leur IVG avec un autre médecin) (26–28,35).
- Pour attirer une population gynéco-pédiatrique plus jeune (27).

3.4 Conclusion

Les grands groupes d'obstacles à la réalisation d'IVGM en médecine générale sont donc d'ordre économique, logistique, pratique, idéologique et relatifs à l'image du médecin. Les obstacles qui ont été retenus pour la réalisation du questionnaire adressé aux MG du secteur de Soissons, peu informés sur modalités de l'IVGM au cabinet, sont (cf. Annexe 1) :

- L'obstacle économique : rémunération insuffisante.
- Les obstacles logistiques :
 - o Demande insuffisante.
 - o Pratique trop chronophage.
 - o Trop de charges administratives.
 - o Organisation de la prise en charge en ville trop difficile.
- Les obstacles pratiques :
 - o Emploi du temps du MG déjà saturé par d'autres activités.
 - o Gestion des complications trop difficile.
 - o Prise en charge psychologique des patientes trop difficile.
 - o Difficultés de communication avec le CH de Soissons.
 - o Difficultés relationnelles ou confraternelles avec le CH de Soissons.
 - o Pas le temps de se former à l'IVGM.
- Les obstacles relatifs aux convictions personnelles :
 - o Raisons religieuses, philosophiques, éthiques ou morales.
 - o Craintes d'une banalisation de l'IVG qui deviendrait un moyen de contraception.
 - o L'IVG ne fait pas partie des rôles du MG.
- Les obstacles relatifs à l'image du médecin :
 - o Crainte de modifier sa réputation (spectre de la faiseuse d'ange).
 - o Crainte de détériorer sa relation avec la patiente pratiquant une IVG.
 - o Crainte d'une identification du cabinet, qui entraînerait une baisse de la pratique d'autres activités de médecine générale.

4 PARTIE 2 : Enquête auprès des MG du secteur du CH de Soissons

4.1 Objectifs

Alors qu'il existe un besoin manifeste de possibilités de recours à l'IVGM en ville dans le secteur du CH de Soissons, très peu de MG se sont conventionnés. Il semble nécessaire pour les responsables locaux d'étudier les freins de ces MG. Cela permettrait d'adapter la formation et le réseau ville-hôpital du CH de Soissons et peut-être d'augmenter l'offre de soins IVGM en ville.

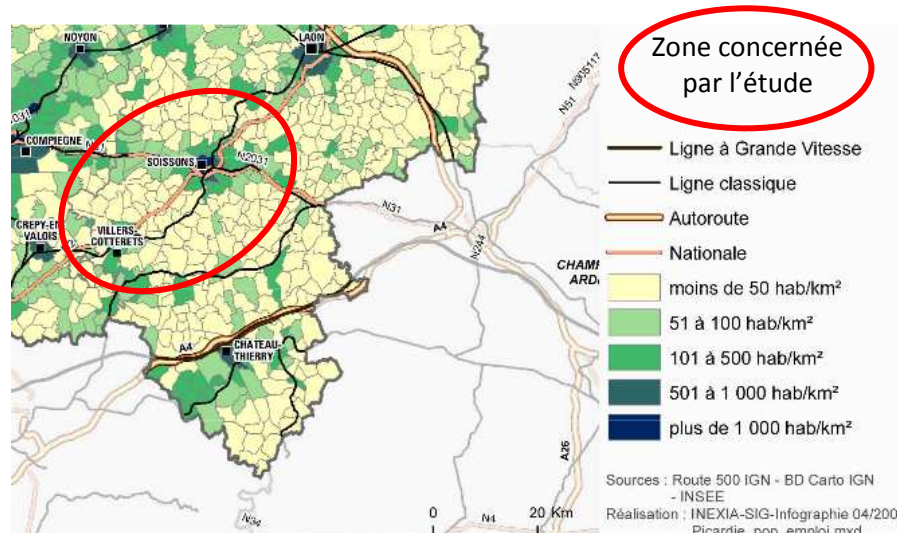
Cette deuxième partie d'étude comprenait trois axes :

- Etudier les obstacles des MG du secteur du CH de Soissons à pratiquer des IVGM. Nous cherchions à évaluer si ces obstacles étaient modifiables par une intervention.
- Evaluer les souhaits des MG vis-à-vis d'une formation à la pratique de l'IVGM.
- Trouver des mesures qu'ils souhaiteraient voir mises en place pour faciliter leur pratique de l'IVGM en ville dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

4.2 Matériel et méthode

4.2.1 Population cible de l'étude

La population ciblée par l'étude était les médecins généralistes ayant une activité de médecine générale ambulatoire susceptible de se conventionner avec le CIVG de Soissons pour réaliser des IVGM en ville. Nous avons fait une recherche géographique en excluant les MG installés dans une zone plus proche d'un autre CIVG de la région. Le cabinet du MG devait être à moins d'une heure de route du CIVG de Soissons. Les MG répondant à ces critères étaient au nombre de 99, globalement inclus dans le cercle de la carte ci-dessous :



Carte copiée du rapport du Conseil Régional de Picardie sur le schéma régional des infrastructures et des transports (37).

4.2.2 Construction et diffusion du questionnaire

Notre questionnaire était un questionnaire informatisé construit via un service d'enquête en ligne appelé Limesurvey. Il a été envoyé par mail aux MG le 14 mai 2014. Le recueil de données a été arrêté le 28 juin 2014, après l'envoi de 3 rappels mails. 1 MG a émis le souhait de répondre sur une version papier du questionnaire, secondairement retranscrite en ligne. Le questionnaire était composé de 3 parties. Son texte intégral est en annexe 1.

La première partie cherchait à définir les caractéristiques des MG de l'étude.

La deuxième partie cherchait à quantifier par importance et par fréquence les obstacles des MG pour pratiquer des IVGM en ville. Parmi les obstacles détaillés dans le paragraphe 3.3.1, nous avons choisi de proposer les freins nous paraissant les plus concrets pour des MG ayant peu ou pas de notion sur la pratique des IVGM. Cette partie comprenait des propositions résumant chacune un obstacle, que le MG devait coter :

- 5 : cet élément m'empêche tout à fait de pratiquer des IVGM.
- 4 : cet élément m'empêche plutôt de pratiquer des IVGM.
- 3 : neutre : cet élément n'a pas d'influence sur ma pratique des IVGM.
- 2 : cet élément ne m'empêche pas vraiment de pratiquer des IVGM.
- 1 : cet élément ne m'empêche pas du tout de pratiquer des IVGM.

La troisième partie comportait 3 volets :

- Le premier volet portait sur l'évaluation de la séance d'information réalisée par les gynécologues du CIVG de Soissons. Elle ne concernait que les MG ayant participé à ces formations. Chaque item devait être coté de 1 (pas satisfaisant) à 5 (très satisfaisant), avec la cotation 3 correspondant à la position neutre.
- Le second volet portait sur le contenu souhaité par les MG d'une formation à la pratique de l'IVGM. Nous avons basé nos propositions sur le contenu des formations proposées par le réseau REVHO en Ile de France. Chaque item à aborder devait être coté de 1 (je ne souhaite pas du tout que cet item soit abordé) à 5 (je souhaite tout à fait que cet item soit abordé), avec la cotation 3 correspondant à la position neutre.
- Le troisième volet correspondait aux mesures que les MG souhaiteraient voir mettre en place localement au sein d'un réseau ville-hôpital pour l'IVGM. Nous nous sommes inspirés des mesures proposées par le réseau REVHO en Ile de France. Chaque mesure proposée devait être coté de 1 (je ne souhaite pas du tout que cette mesure soit mise en place) à 5 (je souhaite tout à fait que cette mesure soit mise en place). La cotation 3 correspondait à la position neutre.

Le questionnaire a été testé pour en évaluer l'intelligibilité et la durée nécessaire pour le compléter.

Un MG parisien, deux MG du secteur de Soissons et une dizaine d'internes ont accepté de tester le questionnaire en ligne. La durée de réponse allait de 5 à 10 minutes.

4.2.3 Analyse statistique

Les données ont été extraites de manière automatisée par le logiciel Limesurvey dans un tableur Excel. Grace au logiciel Excel nous avons réalisé des tableaux croisés dynamiques et des histogrammes présentant les réponses au questionnaire selon le sexe.

Nous avons réalisé un test du Chi2 pour vérifier que la composition de l'échantillon de MG ayant répondu au questionnaire avait une répartition par sexe similaire à la population totale de l'étude.

4.3 Résultats

4.3.1 La population de l'étude

Le questionnaire a été envoyé aux 99 médecins généralistes de la population d'étude. 44 médecins y ont répondu, dont 42 en complétant entièrement le questionnaire.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire

		Hommes Nb (% d'H)	Femmes Nb (% de F)	Population totale Nb (%)
Nombre		31	13	44
Age (année [min-max])		52.6 [31-70]	49.7 [33-65]	51.7 [31-70]
Durée d'exercice (année [min-max])		20.3 [1-41]	20.6 [4-40]	23.2 [1-41]
Type d'exercice	Rural	10 (32.3%)	3 (23.1%)	13 (29.6%)
	Semi rural	9 (29%)	2 (15.4%)	11 (25%)
	Urbain	12 (38.7%)	8 (61.5%)	20 (45.5%)
	Salarié	3	0	3
	Libéral	31	13	44
	EPHAD	2	2	4
	Maître de stage universitaire	2	2	4
Secteur 1	Tout lieu d'exercice	29	11	40
	Rural	10	3	13
	Semi rural	9	2	11
	Urbain	10	6	16
Secteur 2	Urbain	2	2	4
Nombre de C/j	<20	1 (3.2%)	2 (15.4%)	3 (6.8%)
	20-30	19 (61.3%)	6 (46.1%)	25 (56.8%)
	>30	11 (35.5%)	5 (38.5%)	16 (36.4%)
Nombre de formation/an	≤1	7 (22.6%)	2 (15.3%)	9 (20.4%)
	> 1	24 (77.4%)	11 (84.6%)	35 (79.5%)

Les médecins qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement des hommes (70%). Cette proportion n'est pas significativement différente de celle de la population cible de l'étude (76 hommes sur 99 médecins soit 77%, $p=0.42$).

100% des médecins ayant répondu ont au moins en partie une activité libérale.

Leur secteur principal d'activité est le secteur 1, quelque soit leur environnement d'exercice (rural, semi-rural, urbain). Ils réalisent majoritairement 20 à 30 consultations par jour (56.8%), mais 36% d'entre eux en font plus de 30. 80% participent à plus d'une formation médicale par an.

Tableau 2 : Activité gynécologique médicale et connaissance de la possibilité d'IVGM en ville des MG ayant répondu au questionnaire.

		Hommes Nb(%d'H)	Femmes Nb (%de F)	Population totale Nb(%)
Exercice de gynécologie en pratique courante	Aucun	0	0	0
	Prescription de pilule contraceptive	31 (100%)	12 (92.3%)	43 (97.7%)
	Pose de DIU et/ou implants	7 (22.6%)	10 (76.9%)	26 (59.1%)
	FCV et/ou examen gynécologique annuel	16 (51.6%)	10 (76.9%)	26 (59.1%)
	Suivi de grossesse	20 (64.5%)	11 (81.6%)	31 (70.5%)
Connaissance de la possibilité pour le MG de faire des IVGM en ville	Oui	24 (77.4%)	12 (92.3%)	36 (81.8%)
	Non	4 (12.9%)	0	4 (9%)
	En avait la vague notion	3 (9.7%)	1 (7.7%)	4 (9%)
Conventionné pour l'IVGM	Oui	0	2 (15.4%)	2 (4.6%)
	Non	31 (100%)	11 (84.6%)	42 (95.5%)

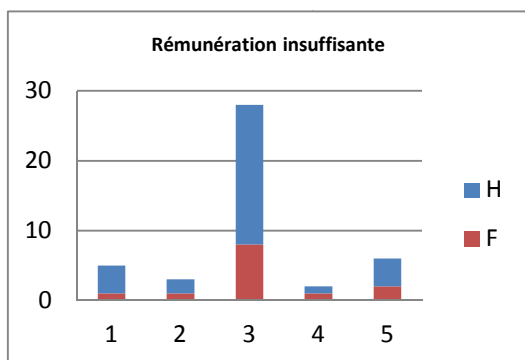
Les MG ayant répondu pratiquent donc majoritairement des actes de gynécologie médicale de façon courante : 98% prescrivent des pilules contraceptives, 59% posent des implants ou des DIU, 59% réalisent les FCV et/ou les examens gynécologiques annuels de leurs patientes, et 71% font du suivi de grossesse.

82% d'entre eux connaissaient la possibilité de réaliser des IVGM en ville en médecine générale.

Seules 2 MG femmes sont conventionnées pour en pratiquer.

4.3.2 Les obstacles à la réalisation d'IVGM au cabinet de médecine générale

4.3.2.1 Sphère économique



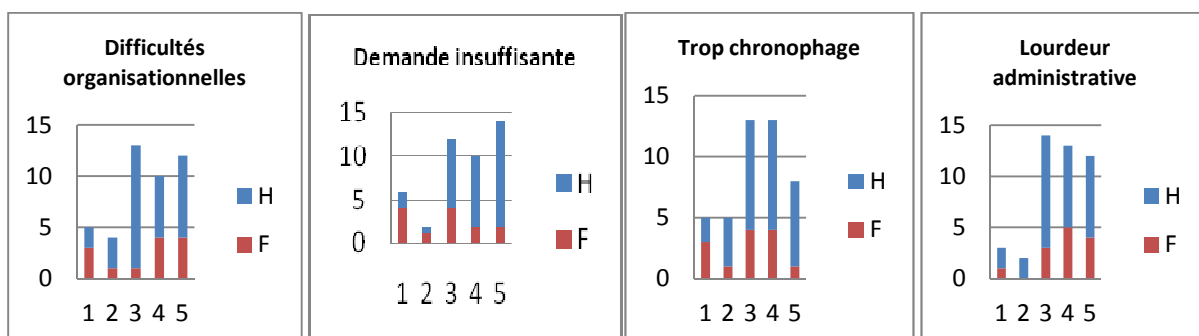
La rémunération insuffisante du MG pour pratiquer des IVGM en ville n'était un obstacle que pour 8 personnes sur 44 (18%).

La majeure partie des MG interrogés avaient une position neutre sur la question (28 sur 44 soit 64%).

4.3.2.2 Sphère logistique

Les obstacles de la sphère logistique semblaient importants chez les MG interrogés. 37 médecins sur 44 (84%) avaient moins un obstacle d'ordre logistique à la réalisation d'IVG.

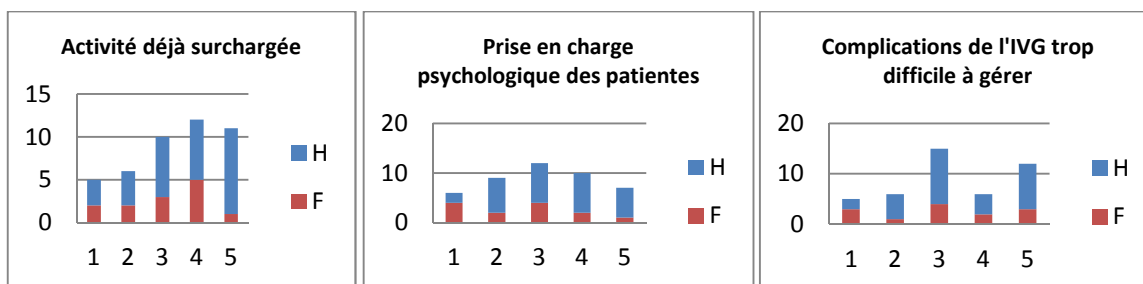
21 MG (48%) pensaient que les IVGM en ville sont trop difficiles à organiser pour qu'ils en pratiquent. 24 médecins (55%) considéraient qu'ils n'avaient pas assez de demande au cabinet pour que cela nécessite de faire l'investissement de se former à l'IVGM. 21 considéraient que cette activité était trop chronophage (48%), et 25 que la procédure administrative entourant l'IVG était trop lourde pour qu'ils en pratiquent (57%).



4.3.2.3 Sphère pratique

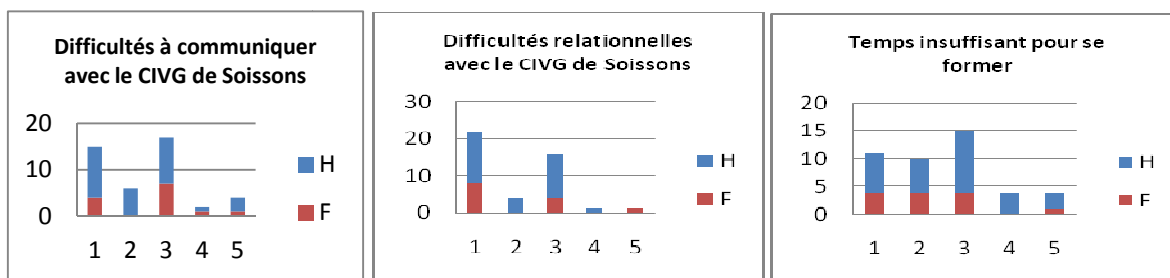
31 médecins sur 44 (70%) avaient au moins un obstacle d'ordre pratique à la réalisation d'IVGM.

23 (52%) pensaient que leur activité était déjà trop surchargée. 17 (38%) médecins pensaient que la prise en charge psychologique des patientes était trop délicate. 18 (41%) pensaient que la gestion des complications était trop difficile.



Le partenariat avec le CIVG de Soissons ne semblaient pas poser problème à la grande majorité des médecins. 37 (84%) des médecins avaient une position neutre ou ne considéraient pas qu'il était difficile de communiquer avec le CIVG, et seulement 2 médecins déclaraient avoir des problèmes de confraternité avec lui.

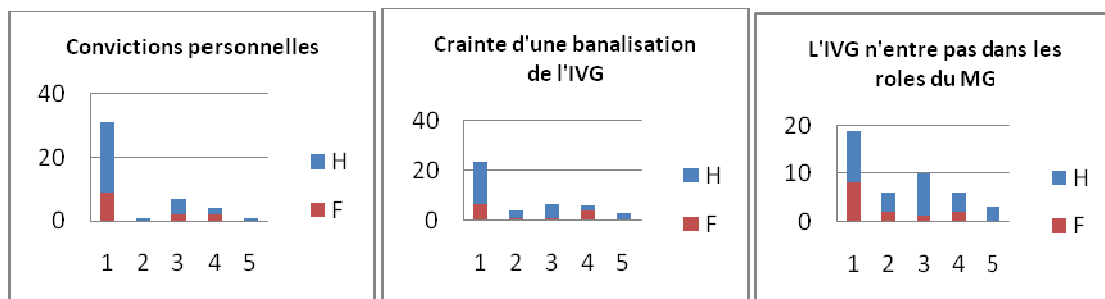
La majeure partie des médecins considéraient que le temps nécessaire pour se former à l'IVG médicamenteuse n'était pas un obstacle à leur pratique (36 sur 44 soit 82%).



4.3.2.4 Sphère idéologique

Les arguments de la sphère idéologique ne semblaient pas être les principaux obstacles à la pratique des IVGM par les MG du secteur de Soissons. 14 médecins sur 44 (32%) avaient au moins un obstacle d'ordre idéologique à la réalisation d'IVG.

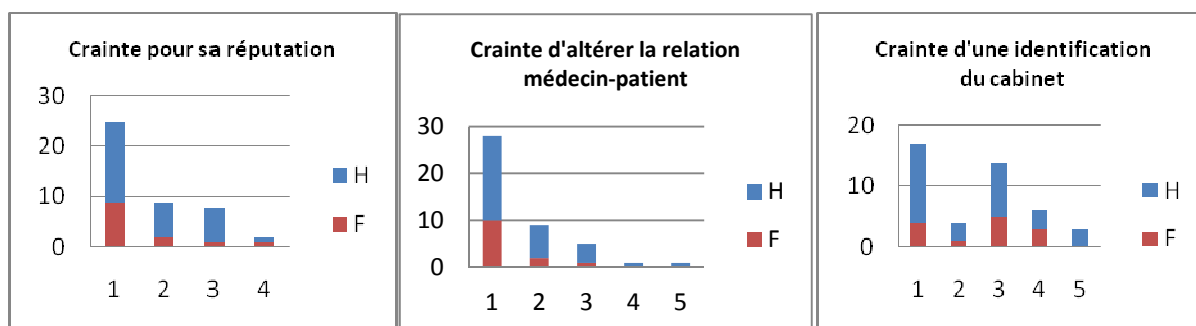
Seuls 5 sur 44 (11%) refusaient d'en pratiquer par conviction personnelle. 9 (20%) pensaient que la pratique de l'IVGM en ville amènerait à une banalisation des IVG par les femmes, qui seraient amenées à l'utiliser comme moyen de contraception. 9 pensaient que la pratique de l'IVG n'entre pas dans les rôles du MG.



4.3.2.5 Sphère relative à l'image du médecin

Les obstacles de cet ordre ne semblaient pas non plus être les plus importants pour les MG interrogés. 10 MG sur 44 (23%) avaient au moins un obstacle à la réalisation d'IVG relatif à leur image de médecin.

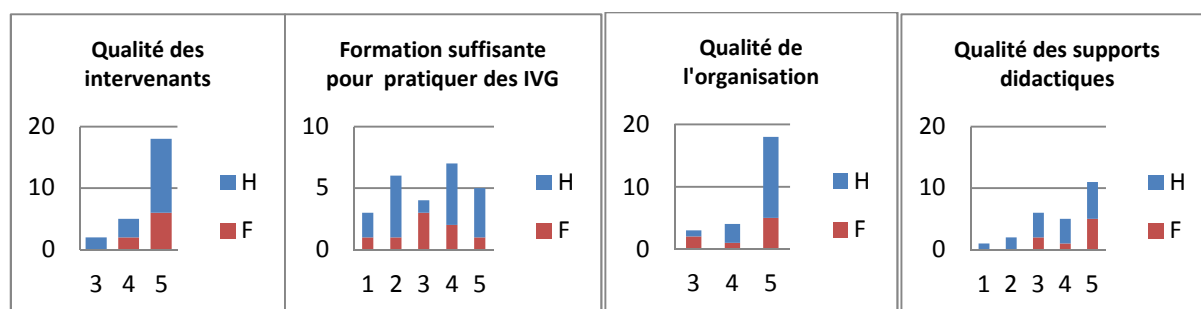
2 MG (5%) pensaient que la pratique de l'IVGM risquait d'altérer leur image auprès de leur patientèle. 2 MG (5%) pensaient que la pratique d'une IVG risque d'altérer la relation médecin-patient avec la patiente concernée. 9 MG (20%) pensent que la pratique d'IVGM amènera à une identification du cabinet comme « pratiquant des IVG », avec comme conséquence le recrutement d'une patientèle spéciale pour cette activité et la réduction du temps à consacrer aux autres activités de médecine générale.



4.3.3 L'évaluation de la formation déjà proposée par le CH de Soissons

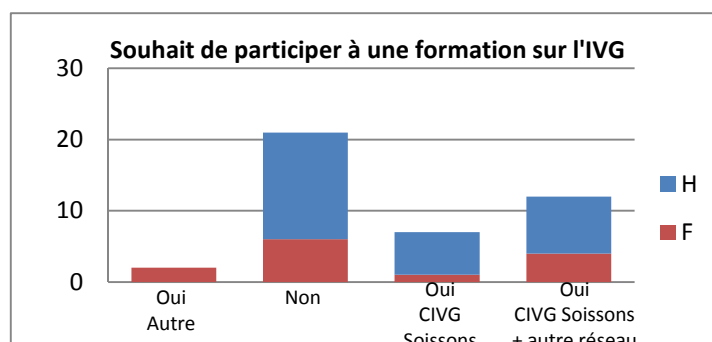
Seulement 42 médecins sur 44 ont répondu à cette partie de l'enquête, parmi lesquels 25 ont participé à une des formations organisées par le CIVG de Soissons. Aucun MG ayant répondu à cette partie du questionnaire n'avait oublié qu'il avait participé à cette formation (selon les listes d'émargement disponibles).

88% des 25 MG ont trouvé cette formation bien organisée, dans le respect de leurs contraintes de praticien libéral. Respectivement 64 et 92% ont jugé que les supports didactiques et les intervenants étaient de qualité. Seuls 11 participants sur 25 (44%) auraient souhaité que la partie portant sur l'IVGM soit plus développée. 16 participants sur 25 (64%) avaient compris qu'une formation pratique au CIVG de Soissons leur était proposée.



4.3.4 Les souhaits concernant l'organisation d'une formation à l'IVGM

Seuls 42 MG sur 44 ont répondu à cette partie du questionnaire.



21 médecins souhaitaient qu'une formation soit organisée pour leur permettre de réaliser des IVGM.

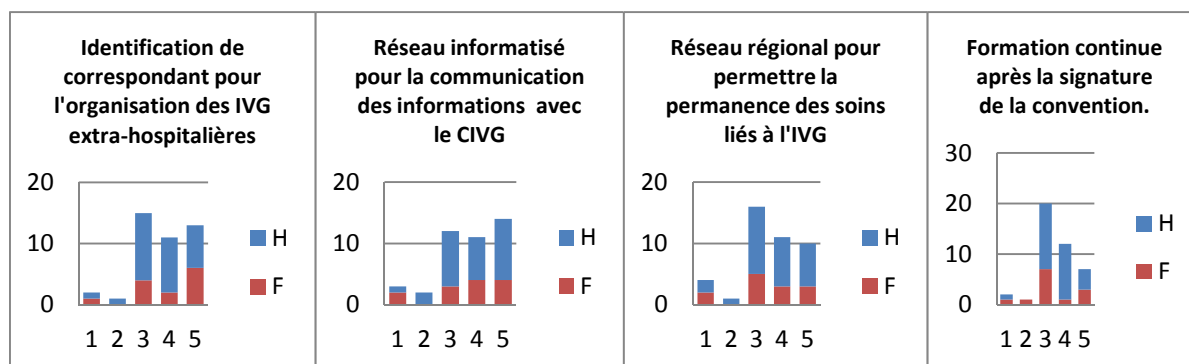
Les items proposés pour la formation sont listés ci-dessous. Pour chacun est indiqué le nombre de MG qui souhaitait voir traité l’item à 4 sur 5 ou plus. Les histogrammes montrant la répartition des réponses se trouvent en annexe 2 du document.

- Indication de l’IVGM en médecine générale de ville : 21 médecins (100%).
- Fréquence et prise en charge des complications de l’IVGM : 21 médecins (100%).
- Modalités et implications du conventionnement avec le CIVG de Soissons pour réaliser des IVGM : 21 médecins (100%).
- Distribution de documents en fin de séance résumant les points principaux de la formation, et précisant les différents référents hospitaliers et comment les contacter : 21 médecins (100%).
- Comment anticiper et faire face à certaines difficultés liées à la prise en charge en ville des IVGM : 21 médecins (100%).
- Déroulement des IVGM en ville : 20 médecins (95%).
- Législation autour de l’IVGM en ville en médecine générale : 20 médecins (95%).
- Présentation des référents hospitaliers et de leurs rôles : 20 médecins (95%).
- Prise en charge psychologique des patientes : 19 médecins (90,5%).
- Mesures sociales possibles en cas de poursuite de la grossesse : 18 médecins (90%).
- Cas cliniques d’application : 17 médecins (81%).
- Contraception post-IVG : 16 médecins (76%).
- Formation pratique au CIVG de Soissons : 16 médecins (76%).
- Epidémiologie de l’IVG : 11 médecins (52%).
- Diagnostic précoce de la grossesse : 10 médecins (48%).
- Rémunération des participants : 9 médecins (43%).
- Histoire de l’IVG en France : 6 médecins (29%).

4.3.5 Les souhaits concernant les mesures à mettre en place pour faciliter l'IVGM en cabinet de médecine générale

Seuls 42 des 44 médecins ont répondu à cette partie du questionnaire.

24 médecins (57%) souhaitaient que des correspondants extra-hospitaliers soient identifiés pour organiser la prise en charge des IVGM en ville (radiologues échographistes, conseillères conjugales, psychologues). 24 médecins (57%) souhaitaient la création d'un réseau informatisé pour communiquer au CIVG de Soissons les informations concernant les IVG de leurs patientes. 21 médecins (50%) souhaitaient l'organisation d'un réseau régional pour permettre la permanence de soins liés aux IVGM en ville. 19 médecins (45%) souhaitaient qu'une formation continue ou des groupes de pairs soient organisés après la formation initiale.



4.4 Conclusion

Les obstacles des MG interrogés à la réalisation d'IVGM étaient donc majoritairement d'ordre logistique (84% d'entre eux) et pratique (70% d'entre eux).

Les obstacles d'ordre économique (18%), idéologique (32%) et relatifs à l'image du médecin (23%) semblaient moins importants.

4.5 Discussion

Hormis la surcharge de travail déjà existante, les obstacles logistiques et pratiques exprimés par les MG semblaient modifiables par une intervention extérieure. Les obstacles d'ordre idéologique et relatifs à l'image du médecin semblaient non accessibles à toute intervention.

Parmi les 21 MG souhaitant qu'une formation à l'IVGM soit organisée, seuls 11 exprimaient au moins un obstacle non modifiable d'ordre économique, idéologique ou relatif à leur image. En enlevant l'obstacle économique, seuls 8 médecins exprimaient au moins un obstacle d'ordre idéologique ou relatif à leur image.

Parmi les 21 médecins souhaitant qu'une formation soit organisée, l'opinion concernant la mise en place de mesures facilitant la pratique d'IVGM était la suivante :

- 16 souhaitaient l'identification des partenaires pour organiser les IVGM en ville.
- 14 souhaitaient la création d'un réseau informatisé pour la communication des informations au CIVG.
- 13 souhaitaient l'organisation de formations après la formation initiale.
- 11 souhaitaient la mise en place d'un réseau régional pour la permanence des soins concernant l'IVGM.

Toutes les mesures proposées semblaient donc être considérées comme pertinentes par ce groupe de médecins, concerné préférentiellement par la suite de l'étude.

L'organisation d'une formation conforme aux attentes des MG ainsi que la mise en place de mesures pour faciliter la pratique d'IVGM en ville paraissait permettre d'augmenter l'offre locale de soins. Nous avons donc présenté ces résultats au Docteur Abboud, chef de service de gynécologie-obstétrique et du CIVG de l'hôpital de Soissons, pour organiser une formation à l'IVGM avec son concours.

5 PARTIE 3 : Formation à l'IVGM pour les MG et développement du réseau ville-hôpital pour l'IVGM à Soissons

5.1 Objectif

Les réponses au questionnaire ont apporté un taux de réponses satisfaisant. La plupart des MG interrogés souhaitaient que des mesures soient mises en place pour faciliter leur pratique des IVGM. 21 médecins avaient manifesté leur souhait de voir une formation à l'IVGM organisée. La majorité d'entre eux souhaitaient voir intervenir un médecin extérieur à Soissons en complément de l'intervention de l'équipe locale. Nous avons donc décidé d'organiser une formation à l'IVGM en sollicitant un membre du réseau REVHO, en accord avec le Docteur Abboud, chef de service de gynécologie-obstétrique et du CIVG de l'hôpital de Soissons.

La question posée était de savoir si la réalisation d'une formation à l'IVGM conforme aux attentes exprimées et le développement du réseau ville-hôpital pour l'IVGM à Soissons permettrait d'augmenter l'offre de soin locale IVGM en médecine générale. Le critère principal de jugement était l'existence de nouveaux MG conventionnés 3 mois après la formation.

5.2 Matériel et Méthodes

Nous avons envoyé une invitation par mail aux MG ayant indiqué leur intérêt pour une formation dans le questionnaire. Une fois la date fixée au 19 mars 2015 avec ces médecins, une invitation à participer a été envoyée aux MG de l'étude n'ayant pas répondu au questionnaire. Les MG n'ayant pas répondu après 2 sollicitations par mail ont été appelés par téléphone.

Le Docteur Danielle Hassoun, gynécologue obstétricienne, ancienne directrice du CIVG de l'hôpital Delafontaine à Saint Denis, ancien membre du réseau REVHO, et intervenant dans plusieurs formations à l'IVG en France, a accepté d'être l'intervenant principal à notre formation. Etant donné les craintes exprimées par les MG du secteur, il nous a paru judicieux de solliciter un médecin généraliste pratiquant des IVGM pour venir partager son expérience lors de la formation. Le Docteur Lydia Caillaud, MG salariée au centre municipal de santé Cornet Pantin, a accepté d'intervenir à la fin de la formation. Le Docteur Abboud, chef de service de gynécologie et d'orthogénie à Soissons, a également participé. Le Docteur Abboud a invité le Docteur Giraud, radiologue et représentant du seul cabinet de radiologie de ville de Soissons, pour venir discuter de l'organisation des échographies dans le cadre du réseau ville-hôpital.

Nous avons cherché des fonds pour financer le déjeuner et fournir une indemnité financière aux médecins participant à la formation. Nous avons sollicité le Conseil Régional de Picardie, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Picardie et la ville de Soissons au titre de son contrat local de santé, axe vie affective et sexuelle.

Le critère principal de jugement a été évalué à 3 mois de la formation par un appel téléphonique aux MG concernés.

5.3 Résultats

5.3.1 Les participants à la formation

Tous les médecins m'ayant confirmé leur présence sont venus à la formation. 9 médecins généralistes et 2 conseillères conjugales du CIVG de Soissons ont participé. 2 des MG participant étaient déjà conventionnés avec le CIVG de Soissons pour les IVGM. Un des MG et une des conseillères conjugales n'ont pu assister qu'à la moitié de la formation. Parmi les médecins ayant exprimé leur intérêt pour cette formation dans le questionnaire (21 médecins) :

- 6 n'étaient finalement pas intéressés, dont 2 qui n'avaient pas compris la question quand ils avaient rempli le questionnaire.
- 1 médecin n'était plus installé dans le secteur.
- 6 médecins n'étaient pas disponibles à la date choisie.

Parmi les MG du secteur n'ayant pas répondu au questionnaire initial (59 personnes), 3 ont souhaité participer à cette formation, dont un a finalement participé, les deux autres n'étant pas disponibles à la date choisie.

Les principales interrogations des MG participants avant la formation portaient sur les complications hémorragiques de l'IVGM, les modalités de facturation, et la volonté de ne faire que les IVGM de leurs patientes et pas « toutes les IVGM du secteur ».

5.3.2 Le contenu de la formation

Le programme de la formation est disponible en annexe 3. Elle s'est déroulée le jeudi 19 mars de 9 heures à 18 heures.

Le Docteur Abboud a présenté l'épidémiologie locale de l'IVG, et a assisté à l'ensemble de la formation. Les 2 conseillères conjugales du CPEF ont assisté à la formation, et 3 gynécologues du service de Soissons sont venus se présenter aux participants.

Les points suivants ont été abordés par le Docteur Hassoun :

- L'IVG en France : épidémiologie et législation.
- L'IVGM en ville : modalités pratiques.
- Pharmacologie et protocoles de l'IVGM en ville.
- Indications et contre-indications de l'avortement médicamenteux.
- Difficulté du diagnostic précoce des grossesses normales et pathologiques : présentation et réalisation de cas clinique.
- Effets secondaires et complications de l'avortement médicamenteux.

- Suivi de l'avortement médicamenteux.
- Contraception post-IVG.

Le Docteur Lydia Caillaud est intervenu en fin de formation pour discuter de son expérience avec les participants.

Le Docteur Michel Giraud, radiologue et représentant du cabinet de radiologie de Soissons, est venu se présenter pour organiser la prise en charge des échographies dans le cadre des IVGM en ville. Nous avons abordé avec lui l'importance de la confidentialité pour les patientes venant faire une échographie pour demande d'IVG dans son cabinet. Les particularités de l'échographie de datation pour demande d'IVG ont également été abordées : importance de ne pas montrer l'écran, de ne pas faire écouter les bruits cardiaques fœtaux ou de ne pas être culpabilisant vis-à-vis des patientes.

Les mesures à mettre en place pour développer le réseau ville-hôpital pour l'IVGM à Soissons ont été discutées en fin de formation. La plupart des participants souhaitaient que leur soient proposés des documents de liaison avec l'hôpital, des documents d'information pour les patientes, ainsi que des ordonnances types pour la prise en charge.

Au terme de la formation, un stage d'une ou deux demi-journées a été proposé aux participants qui souhaitaient approfondir leurs connaissances et éventuellement se conventionner avec le CH de Soissons pour pratiquer des IVGM.

5.3.3 L'évaluation de la formation

Les participants à la formation ont été globalement satisfaits, sur la base d'une évaluation orale à la fin de la formation.

Une évaluation écrite a été envoyée aux participants par mail le 20 mars 2015. 6 personnes ont répondu, la dernière réponse a été reçue le 3 juin 2015. Les résultats de l'évaluation écrite étaient les suivants (cf annexe 4):

- Les objectifs de la formation étaient clairement définis : item coté en moyenne à 4,8/5.

- La formation a répondu aux besoins des participants : item coté en moyenne à 4,8/5.
- Un des participants aurait souhaité que le suivi psychologique et social des patientes soit plus développé. Les autres participants ne souhaitaient pas voir développer d'autres points.
- 3 participants se sentaient prêts à pratiquer des IVGM avec une cotation de 5/5, un participant à 4/5. Une des participantes ne se sentait pas capable de pratiquer des IVGM après la formation (cotation 2/5), et une autre n'était pas concernée car elle est conseillère conjugale.
- Les points qui ont semblés les plus utiles aux participants étaient :
 - o Le fait de rencontrer d'autres professionnels et d'échanger.
 - o La mise en place de la prise en charge en ville.
 - o La qualité des intervenants et des supports de présentation.
 - o L'apprentissage des différents protocoles possible pour l'IVGM.
 - o Un apport théorique très complet permettant d'acquérir de nouvelles connaissances.
- Les points qui ont semblés les moins utiles aux participants étaient :
 - o L'abord de situations qu'un des participants a jugé très rares et particulières.
 - o L'avis du radiologue pour les échographies.
 - o Le développement des modalités du suivi échographique en ville.
 - o L'histoire de l'IVG en France.
- Un des MG a trouvé que les échanges avec le Docteur Giraud, radiologue, au sujet du respect des patientes avaient été inutilement vifs.
- Une des conseillères conjugales aurait souhaité que le cadre du service de gynécologie et les secrétaires du CIVG de Soissons soient conviés à la formation.
- Un des MG aurait souhaité que la partie administrative et l'organisation pratique soient plus développées.

Un MG a évalué la formation à distance lors d'un appel téléphonique. Il était très satisfait de la formation, et se sentait prêt à réaliser des IVGM au décours.

5.3.4 Les financements obtenus

La formation a eu lieu dans des locaux prêtés gracieusement par l'hôpital de Soissons.

Nous avons obtenu un financement par l'association GEGOS (Groupement d'Etude de Gynécologie-Obstétrique de Soissons) pour payer l'intervenant principal, le Dr Hassoun. Le déjeuner a été financé par le laboratoire Nordic Pharma, produisant le médicament Mifégyne®. Aucun financement n'a pu être obtenu pour indemniser les MG participants. Le Conseil Général de Picardie nous a répondu que de tels financements n'étaient pas de son ressort. Les élus de la ville de Soissons n'ont pas souhaité financer notre projet. L'ARS de Picardie nous a répondu que les délais étaient trop courts pour finaliser les démarches administratives, mais qu'un financement aurait pu être obtenu via le CH de Soissons ou le réseau régional de périnatalité sous couvert d'une convention avec l'ARS.

5.3.5 Mise en place du réseau ville-hôpital pour l'IVGM à Soissons

Les coordonnées directes du CIVG et le téléphone personnel du Dr Abboud ont été donnés aux MG en fin de formation.

Il a été convenu avec le Docteur Michel Giraud, radiologue, que les échographies de datation pour demande d'IVGM seraient réalisées dans les 3 jours. En cas de demande plus urgente, il a été convenu que les MG appelleraient directement les secrétaires du cabinet de radiologie.

Pour soutenir le réseau ville-hôpital pour l'IVGM de Soissons, nous avons mis à disposition des documents inspirés de ceux du réseau REVHO. L'utilisation de ces documents nous a été suggérée par le Docteur Hassoun. Ils ont été éprouvés dans les réseaux ville-hôpital pour l'IVG que le réseau REVHO a initié autour de nombreux hôpitaux de région parisienne. Ces documents sont les suivants (cf annexe 5):

- Document de liaison avec l'hôpital contenant les informations patientes. Il a été convenu que les patientes possèderaient une copie de ce document qui serait par ailleurs faxé au CIVG.
- Feuille de consentement patiente.

- Document d'information patiente :
 - o Ce document pourra être remis aux patientes par le MG organisant son IVG.
 - o Il contient l'explication de la méthode médicamenteuse, les coordonnées du MG organisant l'IVG et du CIVG de référence, ce qu'il faut faire en cas de complication, les modalités de surveillance au décours de l'IVG, ainsi que les dates de prises médicamenteuses et des consultations prévues.
- Ordonnances types aidant à la planification et au suivi de l'IVGM.

Seul un médecin avait souhaité disposer d'un système informatisé pour communiquer les informations de ses patientes avec le CIVG de Soissons. Ce système n'a pas été mis en place.

5.3.6 Le nombre de nouveaux MG conventionnés 3 mois après la formation.

Aucun nouveau MG ne s'est conventionné 3 mois après la formation.

Les obstacles à la réalisation d'IVGM exprimés par les participants lors du questionnaire initial sont mis en parallèle avec le critère principal de jugement dans le tableau suivant (1 = présence d'au moins un obstacle de cet ordre, 0 = absence d'obstacle de cet ordre) :

Participant	Obstacle Economique	Obstacle logistique	Obstacle pratique	Obstacle Idéologique	Obstacle relatif à l'image du MG	Souhait de conventionnement
N° 1	0	0	0	0	0	Non, activité déjà surchargée.
N° 2	0	1	1	0	0	Oui à moyen terme
N°3	0	0	1	0	0	Oui à moyen terme
N° 4	1	1	1	1	0	Non, c'est trop compliqué
N° 5	0	1	0	0	0	Oui avant septembre 2015
N° 6	0	1	1	0	0	Oui, formation pratique en juillet 2015
N° 7	0	0	0	0	0	Déjà conventionné
N° 8	0	0	0	0	0	Déjà conventionné
N°9	NA	NA	NA	NA	NA	Oui, formation pratique en juillet 2015

NA = non approprié

2 MG avaient pris contact spontanément avec le Dr Abboud pour organiser une demi-journée de formation pratique durant l'été 2015 (participant n° 6 et n°9, ce dernier n'ayant pas répondu au questionnaire). 3 autres MG souhaitaient se conventionner à court ou moyen terme (dont un avant septembre 2015) mais n'avaient pas encore eu le temps de faire la démarche de conventionnement. 2 MG n'envisageaient pas d'inclure d'IVGM dans leur future pratique. Le participant n°4 trouvait l'organisation et la mise en pratique de l'IVG trop compliquée. A noter que ce MG a essentiellement une pratique d'homéopathie. Le participant n°1 n'avait pu assister qu'à la moitié de la formation, et alléguait une surcharge de travail l'empêchant d'avoir une nouvelle activité (départs à la retraite multiples dans le secteur).

L'hypothèse que nous avons émise avant d'organiser la formation concernant le caractère modifiable des obstacles logistiques et pratiques semble se confirmer. Le seul MG présentant un ou plusieurs obstacles non modifiables par une intervention extérieure ne souhaitaient effectivement pas se conventionner malgré la formation.

5.4 Conclusion

11 personnes ont donc pu assister à la formation à l'IVGM dont 9 MG. Les participants étaient globalement satisfaits de cette formation. La plupart d'entre eux ont exprimé au moins oralement le sentiment d'être prêt à pratiquer des IVGM au terme de cette formation.

Aucun nouveau MG ne s'était conventionné pour l'IVGM 3 mois après la formation, mais de futurs conventionnements semblaient possibles.

6 Discussion

Aucun MG ne s'était donc conventionné après l'organisation de notre formation, mais plusieurs conventionnements semblaient possibles dans les mois à venir. En comparaison, le Réseau REVHO en Ile-de-France obtient un taux de conventionnement qui dépasse 41% (chiffres de l'année 2012 : 48 médecins formés et 20 signatures de convention). La différence entre ces deux résultats ne se trouve sans doute pas dans la qualité de la formation : un des formateurs de REVHO est intervenu, la satisfaction des MG après la formation était élevée, et la plupart d'entre eux se sentaient capables de réaliser des IVGM à son terme. Le délai de 3 mois choisi pour évaluer le critère principal de jugement était probablement trop court. Célestine Badiane, coordinatrice médicale au réseau REVHO, précisait que la durée de la procédure de conventionnement variait en fonction des établissements hospitaliers référents, allant de quelques semaines à plus d'un an. Il semblerait donc pertinent de réévaluer le nombre de nouveaux MG conventionnés à 6 mois puis 12 mois de la formation.

Les résultats des études quantitatives antérieures évaluant les obstacles à la pratique de l'IVGM en médecine générale dans d'autres régions sont présentés dans le tableau ci-dessous. Des tests du Chi² (avec correction de Yates lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5) ont été réalisés pour comparer ces résultats avec ceux de notre étude, avec un seuil de significativité choisi à 0,05. Les chiffres retenus pour la comparaison avec notre étude sont ceux des MG ne pratiquant pas d'IVG.

Lieu	Soissons	Ile de France (38)	Nord Pas de Calais (39)	Bretagne (40)	Grenoble (41)	Haute Vienne (42)	Région Centre (17)
Auteur	Escoubet et al.	Kadji et al.	Bécue et al.	Bienvenüe et al.	Vailloud et Finkel	Ferre et al.	Brocaïl et al.
Date	2014	2007	2012	2012	2008	2012	2012
Type d'étude	Thèse	Thèse	Thèse	Thèse	Thèse	Thèse	Thèse
Nombre de MG ayant répondu à l'étude	44	140	72	205	121	123	431
Taux de réponse %(p)	44%	59% (0,2)	48% (0,6)	12% (<0,001)	35% (0,08)	51% (0,3)	43% (0,8)
Densité de population (hab/m ²)(43)	Aisne : 74	997,2	324	120	Isère : 164	68	66
Densité médicale en 2013 MG/100 000 hab (toute spécialité/100 000 hab)	Aisne : 107 (212)	130 (366)	138 (287)	136 (298,7)	Isère : 145 (308)	176,2 (370)	115 (242)

Lieu		Soissons	Ile de France (38)	Nord Pas de Calais (39)	Bretagne (40)	Grenoble (41)	Haute Vienne (42)	Région Centre (17)
Sphère économique %(p)		18%	NA	1% (0,003)	NA	NA	4% (0,002)	62% ($< 0,001$)
Sphère logistique %(p)	Au moins un obstacle logistique	84%	NA	NA	NA	NA	NA	73% (0,1)
	Organisation	48%	NA	49% (0,93)	NA	NA	9% ($< 0,001$)	NA
	Demande insuffisante	55%	NA	NA	37% (0,01)	45% (0,3)	NA	NA
	Chronophage	48%	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Lourdeur administrative	57%	15% ($< 0,001$)	42% (0,11)	7% ($< 0,001$)	4% ($< 0,001$)	NA	NA
Sphère pratique %(p)	Au moins un obstacle pratique	70%	NA	NA	NA	NA	NA	86% (0,007)
	Activité surchargée	52%	35% (0,048)	51% (0,7)	NA	19% (0,002)	9% (0,004)	NA
	Prise en charge psychologique	38%	NA	NA	NA	10% ($< 0,001$)	NA	NA
	Crainte des complications	41%	18% (0,002)	36% (0,6)	NA	4,5% ($< 0,001$)	7% ($< 0,001$)	NA
	Difficulté avec le CIVG local	14%	NA	NA	38% (0,004)	NA	NA	NA
	Temps insuffisant pour se former	18%	NA	NA		NA	NA	NA
Sphère idéologique %(p)	Au moins un obstacle idéologique	32%	NA	NA	NA	NA	NA	29% (0,6)
	Convictions personnelles	11%	10% (0,8)	25% (0,07)	9% (0,6)	14% (0,9)	0,8% ($< 0,001$)	NA
	Crainte d'une banalisation	20%	NA	NA	NA	7% (0,02)	NA	NA
	IVG hors du rôle du MG	20%	25% (0,5)	NA	17% (0,02)	27% (0,4)	NA	NA
Sphère relative à l'image du MG %(p)	Au moins un obstacle relatif à l'image du MG	23%	NA	NA	NA	10% (0,04)	NA	38% (0,006)
	Crainte pour sa réputation	5%	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Crainte d'altérer relation MG-patient	5%	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Crainte d'une identification du cabinet	20%	NA	10% (0,1)	NA	NA	NA	NA

NA = non approprié

Les densités médicales sont issues des rapports par région de l'ordre national des médecins (44–50).

Les chiffres de densité de population sont issus de l'INSEE et datent de 2011 (43,51–56).

Quarante-quatre médecins ont répondu au questionnaire de notre étude, soit un taux de réponse de 44%. Ce taux de réponse est plus élevé que la moyenne habituellement observé pour ce type d'étude (autour de 10 à 15%(57)). Ce taux qui s'explique probablement par le fait que les MG ont été contactés de la part du Docteur Lenormand et du Docteur Wilmart qui étaient mes deux maîtres de stage de niveau 1 dans ce secteur. Ces médecins ont sollicité les confrères qu'ils connaissaient pour répondre au questionnaire. J'ai également fait référence au service de gynécologie de l'hôpital de Soissons lors des invitations à participer au questionnaire. Le milieu médical du secteur est beaucoup plus réduit qu'en Ile de France, les médecins se connaissent à peu près tous, et l'hôpital de Soissons est le premier hôpital de référence du secteur. Les résultats du questionnaire indiquaient que les MG entretenaient plutôt de bonnes relations avec le CH de Soissons. En comparaison avec les études antérieures réalisées sur ce sujet, le taux de réponse obtenu dans notre étude n'est pas significativement différent (hormis pour l'étude réalisée en Bretagne).

Nous avons tenté de prendre en compte un éventuel biais de sélection en invitant à la formation l'ensemble des MG ciblés par l'enquête. On pouvait supposer une sélection des médecins répondants parmi ceux n'ayant peu ou pas d'obstacle à la réalisation d'IVGM, notamment d'ordre idéologique ou relatif à leur image. Les MG n'ayant pas répondu au questionnaire ont donc été recontactés par mail puis appelés. Seulement 3 MG parmi eux étaient intéressés par la formation, ce qui change peu les chiffres de l'enquête. Ce biais n'est donc probablement pas différentiel quand au résultat principal de l'étude (nombre de nouveau MG conventionné à 3 mois de la formation). En revanche, il l'est possiblement pour ce qui est de l'estimation des proportions d'obstacle à la réalisation d'IVGM dans la population ciblée par l'étude (les 99 MG du secteur du CH de Soissons).

L'étude réalisée en Ile de France par Kadji et al. auprès de 140 MG met en évidence des différences significatives concernant l'ensemble des freins comparés. Ceci pourrait s'expliquer par l'existence d'une plus grande offre de soins IVG en Ile de France, ainsi qu'une distance potentielle entre le cabinet et le CIVG référent moins grande.

L'étude de Bécue et al. (39) a été réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais auprès de MG pratiquant (N=92) et ne pratiquant pas d'IVG (N= 72). Seuls les résultats obtenus concernant les MG ne pratiquant pas d'IVG ont été comparés aux résultats de notre étude. Les proportions observées relatives aux différents obstacles ne sont pas significativement différentes en dehors de ceux de la sphère économique. La comparaison y semble faussée par le très faible effectif retrouvé dans l'étude du Nord-Pas-de-Calais. Par ailleurs cette étude met en évidence plusieurs obstacles qui n'ont pas été étudiés dans le secteur de Soissons, dont l'aspect médico-légal (63%), le manque de formation théorique (39%) ou pratique (52%).

L'étude réalisée en Bretagne par Bienvenue et al. auprès de 205 MG met en évidence des différences significatives dans les proportions de MG relatives aux différents obstacles. On notera que cette étude présente un taux de réponse significativement plus bas que pour celui des autres études, ce qui laisse supposer un biais de sélection différentiel.

L'étude réalisée à Grenoble par Vailloud et Finkel auprès de 121 MG met en évidence des différences significatives concernant les obstacles de la sphère pratique. Cette différence est peut-être due à une démographie médicale assez différente de Soissons : population urbaine contre rurale, démographie médicale élevée contre beaucoup plus basse dans l'Aisne.

L'étude en Haute Vienne de 2012 par Ferre et al. a été réalisée auprès de 123 MG ne réalisant pas d'IVG, ayant ou pas un diplôme inter-universitaire de gynécologie. Le seul obstacle à la pratique d'IVG par les MG de ce secteur est le manque de connaissance, élément que nous n'avons pas recherché dans notre étude. La différence significative observée concernant les autres obstacles (sphère économique, logistique, pratique, idéologique et relative à l'image du MG) n'a pas d'explication évidente. On constate que c'est une des zones à démographie médicale la plus élevée des régions comparées. La moyenne d'âge des médecins exerçant en région limousin est de 51 ans (47) contre 51,6 ans en Picardie (49). L'auteur précise qu'au moment de l'étude, aucune IVGM n'était pratiquée en médecine générale de ville en Haute Vienne, situation assez proche de celle du secteur de Soissons.

L'étude réalisée en région centre par Brocaïl et al. auprès de 431 MG met en évidence des différences significatives de proportions concernant les sphères pratiques et économiques. On constate par ailleurs que le département de l'Aisne et la région centre ont des démographies médicales et des densités de population du même ordre. Même si une différence significative au niveau des proportions est mise en évidence, ces proportions semblent peu différentes en valeur absolue. La significativité de ces différences est peut-être due au faible effectif des MG concernés par notre étude.

7 Conclusion générale de l'étude

Les principaux obstacles à la réalisation d'IVGM par les MG du secteur du CH de Soissons étaient d'ordre logistique et pratique (respectivement 84% et 70% des MG ayant répondu), et semblaient modifiables par une intervention extérieure.

L'organisation d'une formation à l'IVGM a permis de réunir 9 MG du secteur. Ils étaient globalement satisfaits et se sentaient capables de réaliser des IVGM au terme de la formation.

La réalisation d'une formation à l'IVGM n'a pas permis d'augmenter l'offre de soins à 3 mois. Cependant 5 MG sur les 7 MG non conventionnés avant la formation avaient ce projet dans les mois à venir. Il serait donc pertinent de réévaluer l'offre de soins IVGM dans le secteur du CH de Soissons à 6 puis 12 mois de la formation.

8 Références bibliographiques

1. DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 - er843.pdf [Internet]. 2012 [cité 12 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er843.pdf>
2. HASSOUN, Daniel D. IVG médicamenteuse. DIU contraception et orthogénie; 2014 févr 5; Hôpital Saint-Antoine.
3. Interruption volontaire de grossesse (IVG) : remboursement à 100% pour toutes les assurées sociales - Actualités - Service-public.fr [Internet]. [cité 5 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.service-public.fr/actualites/002618.html>
4. ameli.fr - Interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/interruption-volontaire-de-grossesse.php>
5. Béguin F. IVG : l'Assemblée vote la suppression du délai de réflexion de sept jours. Le Monde.fr [Internet]. 9 avr 2015 [cité 10 juin 2015]; Disponible sur: [/sante/article/2015/04/09/ivg-l-assemblee-vote-la-suppression-du-delai-de-reflexion-de-sept-jours_4612101_1651302.html](http://sante/article/2015/04/09/ivg-l-assemblee-vote-la-suppression-du-delai-de-reflexion-de-sept-jours_4612101_1651302.html)
6. Danielle BOUSQUET, Françoise LAURANT, Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires [Internet]. 2013 nov [cité 13 févr 2014] p. 101. Report No.: 2 0 1 3 - 1 1 0 4 - S A N - 0 0 9. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10.pdf
7. Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 1997;104(7):829-33.
8. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Bajos N, Bouyer J, Ducot B, et al. [Induced abortion in France: results of the COCON study]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2005;34(1 Pt 1):53-61.
9. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. Contraception. janv 2013;87(1):45-50.
10. Faucher P, Hassou D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Issy-les-Moulineaux, France: ESTEM; 2005.
11. GNGOF. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle (2005) [Internet]. 2005 [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM
12. VIDAL. MIFEGYNE 200 mg cp - Vidal.fr [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/mifegyne-10979-modalites_de_conservation.htm
13. HAS. Haute Autorité de Santé - MisoOne 400 µg (misoprostol), prostaglandine ocytocique [Internet]. 2014 [cité 5 juill 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1701297/fr/misoone-400-g-misoprostol-prostaglandine-ocytocique
14. Ministère des affaires sociales et de la santé. Fiche info - MISOONE 400 microgrammes, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2014 [cité 5 juill 2014]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61240145>

15. VIDAL. CYTOTEC 200 µg cp séc - Vidal.fr [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/cytotec_200_g_cp_sec-4727-modalites_de_conservation.htm
16. Martin C. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle.(Patients adultes) Actualisation 2010. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 10 juin 2015]. p. 168-90. Disponible sur: http://www.cclinparisnord.org/ACTU_DIVERS/SFAR_abp2010.pdf
17. 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 [cité 23 févr 2014]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_ChefegBenAissaRaja.pdf
18. 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.
19. Martin S. Etude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. 2014 [cité 31 mai 2015]; Disponible sur: <https://hal-hcl.archives-ouvertes.fr/dumas-01115735/document>
20. DESILLE S. IVG médicamenteuse à l'hôpital ou à domicile : paroles de femmes [médecine]. RENNES; 2006.
21. BOULAY C. L'IVG médicamenteuse à domicile en Franche-Comté : enquête auprès des médecins et des femmes [médecine]. Franche Comté; 2009.
22. Marianne RIGAL. Les obstacles au développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet de Médecine Générale. [Internet]. [OISE]: Paris 6 UPMC; 2012 [cité 12 févr 2014]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/article.php3?id_article=200
23. Coût d'une IVG [Internet]. [cité 12 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/cout-d-une-ivg.html>
24. Pascal ABBOUD. Centres d'orthogénie de Picardie : Etat des lieux et axes d'amélioration. Powerpoint présenté à; 2012 oct 23; Soissons.
25. DREES. SAE Diffusion [Internet]. [cité 25 févr 2014]. Disponible sur: http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2012/dwd_dwsaff1.aspx
26. WIROTIUS J. Freins à la pratique des IVG en ville. ROUEN; 2011.
27. NEVE E. Facteurs entravant le développement de l'IVG médicamenteuse en ville par les médecins généralistes. RENNES; 2011.
28. Katarzyna LIPINSKI. Les freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse par les médecins habilités dans le Calvados : enquête qualitative auprès des médecins généralistes ayant participé à la formation de 2006 et auprès des médecins pratiquant l'IVG médicamenteuse en cabinet. CAEN; 2012.
29. Hada HIDOUSSI. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ambulatoire : prise en charge par les médecins généralistes en région Rhône-Alpes. Saint Etienne; 2013.

30. Doriane ARGAUD. Pourquoi existe-t-il des difficultés de recrutement des médecins pratiquant les IVG? Exemple de la Bretagne - argaud.pdf [Internet]. RENNES; 2001 [cité 25 févr 2014]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/misp/argaud.pdf?8QK6G-8678W-KXGQ7-J89M9-3M609>
31. Claire DOUSTIN. Réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville par les médecins généralistes : enquête de profils, pratiques et ressentis des médecins généralistes de province pratiquant des IVG au cabinet. LILLE; 2013.
32. MORICE A-S. Rôle de l'histoire de l'avortement et du discours médical sur l'actualité de l'IVG en France mise en place de l'IVG médicamenteuse hors service hospitalier dans les pays de Loire ; Ressource électronique / Anne Sophie Morice ; sous la di [Internet]. Archive du Service Commun de la documentation de l'Université de Nantes. 2010 [cité 25 févr 2014]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=04c3c7c5-be65-4ec0-afbe-ff9397f407c7>
33. Servanne Delisle. Vécu des professionnels confrontés à des demandes d'IVG de mineures sans consentement parental : enquête par entretiens à Vannes en 2006. Rennes; 2006.
34. GONZALEZ A. Evaluation de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en Picardie [médecine]. Université JULES VERNE, Amiens; 2012.
35. PORTE-LABORDE S. Etat des lieux de l'IVG médicamenteuse ambulatoire en Indre-et-Loire en 2008 [médecine]. TOURS; 2009.
36. COHEN-WALTER I. IVG médicamenteuse par les médecins généralistes : quelles pistes d'optimisation? [médecine]. Paris 7 Denis Diderot; 2010.
37. Conseil Régional de Picardie, Schéma Régional des Infrastructures et des Transports. Diagnostic SRIT Picardie [Internet]. 2006 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: http://www.picardie.fr/IMG/pdf/f/7/2/srit_partie_i.pdf
38. KADJI C. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : place du médecin généraliste dans un réseau. Université de Paris 12 Val de Marne. Faculté de médecine. Créteil; 2007.
39. Bécue E. Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais? Enquête auprès de 300 médecins libéraux de la région. [Internet]. Université du droit et de la santé - Lille 2; 2012 [cité 31 mai 2015]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/db18bb65-330d-4d6b-ba7c-2fbb6f40cba>
40. BIENVENUE T. IVG médicamenteuse en ville : quels obstacles à sa diffusion ? enquête auprès de 205 médecins généralistes en Bretagne. Université de Rennes 1; 2012.
41. VAILLOUD C, FINKEL A. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en cabinet par les médecins généralistes : quel avenir dans le bassin grenoblois ? Université Joseph Fourier Grenoble 1. Saint Martin d'Hères; 2008.
42. FERRE D. Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne [Internet] [médecine]. Limoges; 2012 [cité 5 mars 2014]. Disponible sur: scd.unilim.fr/theses/700V2BTx.pdf
43. INSEE. Insee Ile-de-France - En résumé - Ile-de-France [Internet]. [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <http://insee.fr/fr/regions/idf/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>

44. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. La démographie médicale en région Bretagne, situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/bretagne_2013.pdf
45. LE BRETON-LEROUVILLOIS, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. La démographie médicale en région Centre, situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/centre_2013.pdf
46. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. La démographie médicale en région Ile-de-France, situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf
47. LE BRETON-LEROUVILLOIS, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. La démographie médicale en région Limousin, situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/limousin_2013.pdf
48. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf
49. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. La démographie médicale en région Picardie, situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
50. LE BRETON-LEROUVILLOIS, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. La démographie médicale en région Rhône-Alpes, situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rhone_alpes_2013.pdf
51. INSEE. Insee Bretagne - En résumé - Bretagne [Internet]. [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/regions/bretagne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>
52. INSEE. Insee Centre-Val de Loire - En résumé - Centre [Internet]. [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/regions/centre/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>
53. INSEE. Insee - Chiffres clés : Département de La Haute-Vienne (87) [Internet]. [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codegeo=dep-87>
54. INSEE. Insee - Chiffres clés : Département de L'Aisne (02) [Internet]. [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codegeo=dep-02>
55. INSEE. Insee - Chiffres clés : Département de L'Isère (38) [Internet]. [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codegeo=dep-38>
56. INSEE. Insee - Population - Population du Nord-Pas-de-Calais : stabilité d'ensemble, dynamiques territoriales contrastées [Internet]. [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14200
57. SurveyMonkey. Taille de l'échantillon de sondage [Internet]. [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size/>

9 Annexes

9.1 Annexe 1 : Questionnaire aux médecins

Profil :

Sexe : Féminin / Masculin

Quelle est votre année de naissance?

Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale (remplacements inclus)?

Quels éléments parmi les suivants caractérisent votre mode d'exercice de la médecine générale?

- ☐ Libéral
- ☐ Salarié
- ☐ EPHAD
- ☐ Maîtrise de stage (vous recevez des étudiants en médecine)
- ☐ Autre:

Dans quel environnement exercez-vous?

- ☐ Milieux urbain
- ☐ Milieu semi-rural
- ☐ Milieu rural
- ☐ Autre

Quel est votre secteur d'activité?

- ☐ Secteur 1
- ☐ Secteur 2
- ☐ Secteur 3
- ☐ Autre

Combien de consultations faites-vous en moyenne par jour?

- ☐ Moins de 20
- ☐ 20 à 30
- ☐ Plus de 30

Participez-vous à plus d'une séance de formation médicale continue par an?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Parmi les actes de gynécologie suivants, quels sont ceux que vous pratiquez au cabinet?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Aucun
- ☐ Prescription de pilule
- ☐ Pose et retrait d'implant et/ou stérilet
- ☐ Frottis cervico-vaginal et/ou examen gynécologique annuel
- ☐ Suivi de grossesse
- ☐ Autre:

Saviez-vous qu'il était possible de réaliser des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale ou à domicile ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ J'en avais la vague notion

Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale ou à domicile (ou êtes-vous conventionné pour le faire)?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Obstacles à la réalisation d'IVG médicamenteuse en médecine générale :

Quels sont les éléments qui constituent un obstacle à ce que vous pratiquiez des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale?

Merci d'attribuer une note de 1 à 5 sachant que :

1 = Je ne suis PAS DU TOUT d'accord.

3 = Ni d'accord ni pas d'accord / je ne sais pas

5 = Je suis TOUT A FAIT d'accord avec la proposition.

Obstacles économiques :

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
La rémunération du médecin est insuffisante pour que je pratique des IVG médicamenteuses (forfait IVG à 191,74 €)	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez un autre obstacle d'ordre économique, merci de le préciser :

Obstacles logistiques :

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
Je n'ai pas assez de demande d'IVG au cabinet pour que j'en pratique.	☐	☐	☐	☐	☐
La réalisation d'IVG au cabinet est trop chronophage pour que j'en pratique.	☐	☐	☐	☐	☐
La procédure administrative de l'IVG au cabinet est trop lourde pour que j'en pratique.	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en charge ambulatoire de l'IVG est trop difficile à organiser pour que j'en pratique.	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez un autre obstacle d'ordre logistique, merci de le préciser :

Obstacles pratiques :

NB : CIVG = Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse.

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
Mon emploi du temps est déjà trop saturé pour que je puisse prendre en charge une nouvelle activité	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion des complications de l'IVG est trop difficile pour que j'en pratique.	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en charge psychologique relative à l'IVG est trop difficile pour que j'en pratique.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai trop de difficultés à communiquer avec le CIVG de Soissons pour pratiquer des IVG médicamenteuses en étant conventionné avec lui.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai trop de difficultés relationnelles et/ou confraternelles avec le CIVG de Soissons pour pratiquer des IVG médicamenteuses en étant conventionné avec lui.	☐	☐	☐	☐	☐
Je n'ai pas le temps de me former à l'IVG médicamenteuse.	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez un autre obstacle d'ordre pratique, merci de le préciser :

Obstacles relatifs à vos convictions personnelles :

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
Je suis opposée à la pratique d'IVG pour des raisons religieuses et/ou philosophiques et/ou éthiques et/ou morales, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.	☐	☐	☐	☐	☐
Je crains une banalisation de l'IVG par les femmes, qui l'utiliseraient comme contraception, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.	☐	☐	☐	☐	☐
Je pense que l'IVG ne fait pas partie des rôles du médecin généraliste, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez un autre obstacle relatif à vos convictions personnelles, merci de le préciser :

Obstacles relatifs à votre image de médecin :

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
Je crains de modifier ma réputation (spectre de la faiseuse d'ange) et cela m'empêche de pratiquer des IVG.	☐	☐	☐	☐	☐
Je crains de détériorer la relation médecin-patient après une IVG, et cela m'empêche d'en pratiquer.	☐	☐	☐	☐	☐
Je crains que le cabinet soit identifié comme "faisant des IVG", entraînant le recrutement d'une nouvelle patientèle et la réduction du temps à consacrer aux autres activités de médecine générale, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez un autre obstacle relatif à votre image de médecin, merci de le préciser :

Y a-t-il d'autres éléments faisant obstacle à ce que vous pratiquiez des IVG médicamenteuses au cabinet ou à domicile?

Formation à la pratique de l'IVG médicamenteuse ambulatoire :

Avez-vous participé à une soirée d'information organisée par les gynécologues de l'hôpital de Soissons portant entre autres sur l'IVG médicamenteuse au cabinet de médecine générale?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

Si oui, l'information reçue sur l'IVG médicamenteuse ambulatoire vous a-t-elle parue :

Merci d'attribuer un nombre entre 1 et 5 aux propositions suivantes sachant que :

1 = Je ne suis PAS DU TOUT d'accord.

3 = neutre : ni d'accord ni pas d'accord.

5 = Je suis TOUT A FAIT d'accord avec la proposition.

	1 = PAS DU TOUT d'accord	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord
Bien organisée, dans le respect de vos contraintes de praticien libéral.	☐	☐	☐	☐	☐
Suffisante pour pouvoir pratiquer des IVG médicamenteuses.	☐	☐	☐	☐	☐
Les supports didactiques utilisés étaient adaptés.	☐	☐	☐	☐	☐
Les intervenants étaient de qualité.	☐	☐	☐	☐	☐

Lors de cette soirée, auriez-vous souhaité que la partie portant sur l'IVG médicamenteuse ambulatoire soit plus développée?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Autre

Lors de cette soirée, aviez-vous compris qu'une demi-journée de formation pratique vous était proposée en consultation IVG, en binôme avec les gynécologues de Soissons ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Autre

Autre remarque concernant cette soirée d'information (optionnel) :

Souhaiteriez-vous qu'une formation soit organisée pour permettre aux médecins généralistes de pratiquer des IVG médicamenteuses au cabinet ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, organisée par les gynécologues du centre hospitalier de Soissons
☐ Oui, organisée par les gynécologues du centre hospitalier de Soissons et des formateurs d'un réseau IVG intervenant déjà dans d'autres régions
☐ Non
☐ Autre

Si oui : Quels éléments souhaiteriez-vous voir aborder lors de cette formation à l'IVG médicamenteuse au cabinet de médecine générale?

Merci d'attribuer un nombre entre 1 et 5 pour chaque proposition sachant que :

1 = Je ne suis PAS DU TOUT d'accord pour que cet item soit abordé.

3 = neutre : ni d'accord ni pas d'accord.

5 = Je suis TOUT A FAIT d'accord pour que cet item soit abordé.

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
Histoire de l'IVG en France	☐	☐	☐	☐	☐
Epidémiologie de l'IVG	☐	☐	☐	☐	☐
Modalité du diagnostic précoce d'une grossesse	☐	☐	☐	☐	☐
Expliciter l'acte : la technique, le protocole, la surveillance, le déroulement normal	☐	☐	☐	☐	☐
Les indications, contre-indications et la sélection des femmes éligibles à l'IVG médicamenteuse au cabinet de médecine générale	☐	☐	☐	☐	☐
La législation de l'IVG	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en charge psychologique des patientes	☐	☐	☐	☐	☐
L'aspect social et les aides éventuelles pour les femmes souhaitant finalement poursuivre la grossesse	☐	☐	☐	☐	☐
Les complications et échecs de l'IVG : prise en charge et statistiques	☐	☐	☐	☐	☐
L'anticipation de certaines difficultés en indiquant comment les éviter ou y faire face	☐	☐	☐	☐	☐
La contraception à proposer après une IVG	☐	☐	☐	☐	☐
Des cas cliniques d'application	☐	☐	☐	☐	☐
La réalisation d'un stage pratique dans le CIVG de Soissons	☐	☐	☐	☐	☐
La présentation des partenaires référents hospitaliers avec lesquels se coordonnera la prise en charge des IVG des patientes, et précision de leurs rôles	☐	☐	☐	☐	☐
La distribution de documentation reprenant les différents points de la formation ainsi que les coordonnées des partenaires hospitaliers	☐	☐	☐	☐	☐

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
Les modalités et implications du conventionnement avec l'hôpital de Soissons pour pratiquer des IVG ambulatoires	☐	☐	☐	☐	☐
Une rémunération des médecins généralistes participant à la formation	☐	☐	☐	☐	☐

S'il y a d'autres éléments que vous souhaiteriez voir aborder lors de cette formation, merci de les préciser :

Parmi les mesures suivantes, lesquelles souhaiteriez-vous voir mettre en place pour faciliter la pratique des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale (merci de répondre quelques soient les réponses précédentes)?

Merci d'attribuer un chiffre de 1 à 5 à chacune des propositions sachant que :

1 = Je ne suis PAS DU TOUT d'accord pour que cette mesure soit mise en place.

3 = neutre : ni d'accord ni pas d'accord.

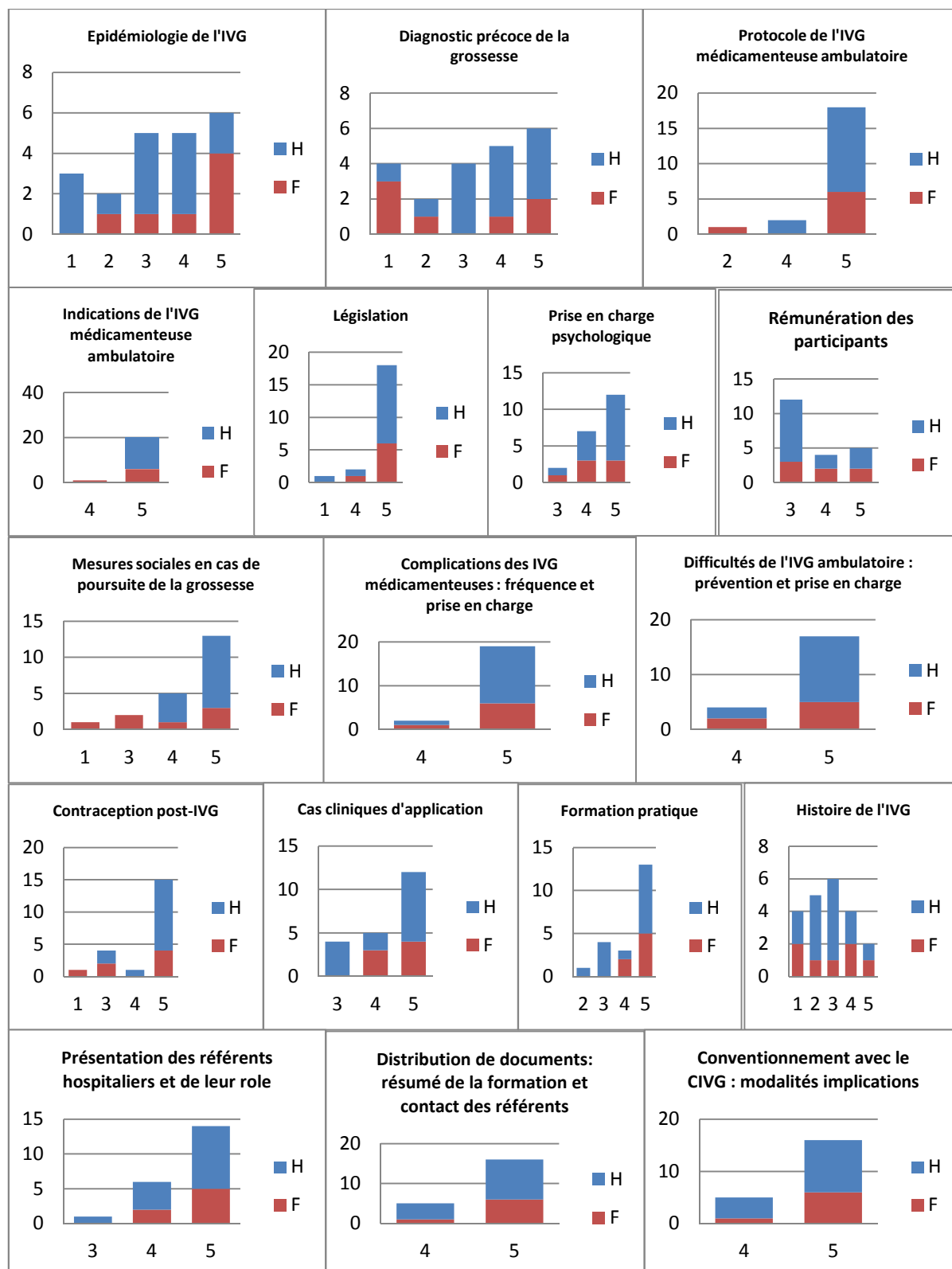
5 = Je suis TOUT A FAIT d'accord pour que cette mesure soit mise en place.

	1 = PAS DU TOUT d'accord.	2	3 = neutre.	4	5 = TOUT A FAIT d'accord.
L'identification de partenaires pour faciliter la prise en charge ambulatoire des demandes d'IVG (radiologues, psychologue, conseillères conjugales).	☐	☐	☐	☐	☐
L'organisation de réunions de formation continue ou groupe de pairs après la signature de la convention.	☐	☐	☐	☐	☐
La mise à disposition d'un réseau informatisé pour la communication à l'hôpital de Soissons des informations concernant vos patientes prises en charge pour IVG (diminution de la lourdeur administrative).	☐	☐	☐	☐	☐
L'organisation d'un réseau régional des soins IVG pour permettre la permanence des soins.	☐	☐	☐	☐	☐

S'il y a d'autres mesures que vous souhaiteriez voir mettre en place pour faciliter la pratique d'IVG médicamenteuses en médecine générale, merci de les préciser :

Avez-vous des remarques ou commentaires supplémentaires au sujet de la pratique des IVG médicamenteuses par le médecin généraliste?

9.2 Annexe2 : histogramme des réponses concernant le contenu de la formation à organiser.



9.3 Annexe 3 : programme de la formation

Formation à l'IVG médicamenteuse en ville Soissons, 19 mars 2015

8h45-9h00 :	Accueil des participants, Café. Emargement avec récupération coordonnées.
9h00-9h30 :	Présentation des organisateurs et des intervenants (membres du CIVG) Présentation des participants et leurs attentes. Présentation des objectifs de la formation.
9h30-10h00 :	L'IVG en France et dans le secteur de Soissons (épidémiologie et législation).
10h00-10 h45 :	L'IVG en ville : modalités pratiques.
10h45-11h00 :	Pause
11h00-11h30 :	Mifépristone et misoprostol : pharmacologie et mécanisme d'action. Protocoles officiels.
11h30-12h15 :	Indications et contre-indications de l'IVG médicamenteuse.
12h15 - 13h30 :	Repas
13h30-14h15	Diagnostic et difficultés du diagnostic précoce des grossesses normales et pathologiques, et conséquences pour l'IVG médicamenteuse.
14h15 - 14h45	Effets secondaires et complications des IVG médicamenteuses.
14h45 – 15h30	Suivi d'un avortement médicamenteux.
15h30 – 15h 45	Contraception après une IVG médicamenteuse.
15h45 - 16h	Pause
16h - 16h30	Information aux patientes et aide au choix de la méthode. Les éléments à aborder en consultation. (Échange d'expérience, intervention d'un médecin généraliste pratiquant des IVG)
16h30 - 17h15 :	Organisation pratique d'une collaboration ville-hôpital. Cas concrets : l'organisation en cabinet, le travail en collaboration. Réponse aux questions, discussion à propos des formations ultérieures, des partenaires ambulatoires et transmission des données patientes.
17h15 – 17h30 :	Conclusions

Les diaporamas présentés ainsi que de la documentation sur l'IVG seront distribués.

9.4 Annexe 4 : évaluation de la formation

Evaluation de la formation

« L'IVG médicamenteuse hors établissements de soins »

Grille de cotation (notation de 5 à 1 – entourez la note que vous attribuez)

5 : tout à fait d'accord
4 : d'accord
3 : moyennement d'accord
2 : pas d'accord
1 : absolument pas d'accord

CONTENU

- Les objectifs de la session étaient clairement définis 5 4 3 2 1
- Cette formation a répondu à vos besoins 5 4 3 2 1
- Auriez-vous souhaité voir développer d'autres points oui ☐ non ☒

Lesquels :

- Après la formation, je me sens prêt(e) à pratiquer des IVG médicamenteuses 5 4 3 2 1
- Quel a été pour vous l'aspect le plus utile de cette formation ?
*Tout a été utile
Pas de hiérarchie dans le diagramme*
- Quel a été pour vous l'aspect le moins utile ?
Les situations très rares et particulières.

SUGGESTIONS

Avez-vous des suggestions pour améliorer cette formation ?

Evaluation de la formation

« L'IVG médicamenteuse hors établissements de soins »

Grille de cotation (notation de 5 à 1 – entourez la note que vous attribuez)

- 5 : tout à fait d'accord
- 4 : d'accord
- 3 : moyennement d'accord
- 2 : pas d'accord
- 1 : absolument pas d'accord

CONTENU

- Les objectifs de la session étaient clairement définis 5 4 3 2 1
- Cette formation a répondu à vos besoins 5 4 3 2 1
- Auriez-vous souhaité voir développer d'autres points oui ☐ non ☐

Lesquels :

- Après la formation, je me sens prêt(e) à pratiquer des IVG médicamenteuses 5 4 3 2 1
- Quel a été pour vous l'aspect le plus utile de cette formation ?
Je suis Conseillère Conjugale
- Le fait de rencontrer les médecins et d'échanger.
- Donner le rôle de la prise en charge en ville.
- Les liens avec les applications du D & H 8500 m
- Quel a été pour vous l'aspect le moins utile ?

SUGGESTIONS

Avez-vous des suggestions pour améliorer cette formation ?

Il aurait été utile je pense que le cadre du service de gynécologie ainsi que la secrétaire du CPEFY soient confidées

Evaluation de la formation

« L'IVG médicamenteuse hors établissements de soins »

Grille de cotation (notation de 5 à 1 – entourez la note que vous attribuez)

- 5 : tout à fait d'accord
- 4 : d'accord
- 3 : moyennement d'accord
- 2 : pas d'accord
- 1 : absolument pas d'accord

CONTENU

- Les objectifs de la session étaient clairement définis **5** 4 3 2 1
- Cette formation a répondu à vos besoins **5** 4 3 2 1
- Auriez-vous souhaité voir développer d'autres points oui ☐ **non** ☒

Lesquels :

- Après la formation, je me sens prêt(e) à pratiquer des IVG médicamenteuses 5 **4** 3 2 1
- Quel a été pour vous l'aspect le plus utile de cette formation ?
Simplicité de la prise en charge en ville de l'IVG
- Quel a été pour vous l'aspect le moins utile ?
L'avis du radiologue pour les Echo

SUGGESTIONS

Avez-vous des suggestions pour améliorer cette formation ?

Evaluation de la formation

« L'IVG médicamenteuse hors établissements de soins »

Grille de cotation (notation de 5 à 1 – entourez la note que vous attribuez)

- 5 : tout à fait d'accord
- 4 : d'accord
- 3 : moyennement d'accord
- 2 : pas d'accord
- 1 : absolument pas d'accord

CONTENU

- Les objectifs de la session étaient clairement définis 5 4 3 2 1
- Cette formation a répondu à vos besoins 5 4 3 2 1
- Auriez-vous souhaité voir développer d'autres points oui ☒ non ☐

Lesquels :

l'aspect psychologique,
l'aspect social.

- Après la formation, je me sens prêt(e) à pratiquer des IVG médicamenteuses 5 4 3 2 1
- Quel a été pour vous l'aspect le plus utile de cette formation ?

enseignement clair et expérientiel.

- Quel a été pour vous l'aspect le moins utile ?

j'ai eu le sentiment (un peu) que le matériel fourni avait été inutilement
agréé ...

SUGGESTIONS

Avez-vous des suggestions pour améliorer cette formation ?

peut-être prévoir un réseau local.

Evaluation de la formation

« L'IVG médicamenteuse hors établissements de soins »

Grille de cotation (notation de 5 à 1 – entourez la note que vous attribuez)

- 5 : tout à fait d'accord
- 4 : d'accord
- 3 : moyennement d'accord
- 2 : pas d'accord
- 1 : absolument pas d'accord

CONTENU

- Les objectifs de la session étaient clairement définis 5x 4 3 2 1
- Cette formation a répondu à vos besoins 5x 4 3 2 1
- Auriez-vous souhaité voir développer d'autres points oui ☐ non ☒x

Lesquels :

- Après la formation, je me sens prêt(e) à pratiquer
des IVG médicamenteuses 5x 4 3 2 1
- Quel a été pour vous l'aspect le plus utile de cette formation ?
l'apprentissage de différents protocoles d'IVG médicamenteuses
- Quel a été pour vous l'aspect le moins utile ?
Historique mais restant néanmoins très intéressant

SUGGESTIONS

Avez-vous des suggestions pour améliorer cette formation ?
Très bien, je la conseillerais tel que.

Evaluation de la formation

« L'IVG médicamenteuse hors établissements de soins »

Grille de cotation (notation de 5 à 1 – entourez la note que vous attribuez)

- 5 : tout à fait d'accord
- 4 : d'accord
- 3 : moyennement d'accord
- 2 : pas d'accord
- 1 : absolument pas d'accord

CONTENU

- Les objectifs de la session étaient clairement définis 5 (4) 3 2 1
- Cette formation a répondu à vos besoins 5 (4) 3 2 1
- Auriez-vous souhaité voir développer d'autres points oui ☐ non ☒

Lesquels :

- Après la formation, je me sens prêt(e) à pratiquer des IVG médicamenteuses 5 4 3 (2) 1
- Quel a été pour vous l'aspect le plus utile de cette formation ?
Apport théorique très complet qui m'a permis d'acquies les connaissances que je n'avais pas.
- Quel a été pour vous l'aspect le moins utile ?
Le suivi échogynécologique qui me paraît très difficile à réaliser en ville.

SUGGESTIONS

Avez-vous des suggestions pour améliorer cette formation ? *La partie administrative et l'organisation pratique devraient être plus développées*

9.5.1 Fiche de liaison ville-hôpital

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

Bulletins statistique DT ARS envoyé : ☐

9.5.2 Fiche information patiente

Coordonnées médecin

Hôpital de Soissons
46 av du Général De Gaulle
02200 Soissons

Centre de planification et d'éducation familiale
à la consultations de gynécologie, 1^{er} étage.
Ouvert du lundi au vendredi
de 9h à 13h et de 14h à 17h
Téléphone : 03 23 75 74 03

En dehors de ces horaires, appeler le 15 ou aller
aux urgences gynécologiques de l'hôpital.

NOTICE D'INFORMATION

Vous m'avez fait part de votre souhait d'interrompre votre grossesse.

Je travaille en collaboration avec un centre hospitalier et le réseau de santé REVHO, coordinateur de l'IVG médicamenteuse en ville.

Durant cette consultation, je vous ai proposé de pratiquer votre IVG par méthode médicamenteuse à domicile dans le cadre de ce réseau de santé.

Cette notice est destinée à vous présenter les étapes de l'IVG et les modalités de fonctionnement en réseau pour que vous puissiez décider si vous acceptez ce type de prise en charge.

- *Je vous invite à la lire et à prendre le temps nécessaire pour y réfléchir.*
- *Je répondrai ensuite à toutes les questions que vous vous posez et vous pourrez ainsi prendre votre décision.*

L'IVG médicamenteuse :

Vous avez décidé d'interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse et vous avez choisi de ne pas être hospitalisée.

Cette méthode d'interruption volontaire de grossesse implique la prise de deux médicaments à 48 heures d'intervalles: la mifépristone et le misoprostol. Elle est efficace dans 95 à 98% des cas.

Dans le cadre du réseau ville/hôpital, le médecin vous donnera les médicaments nécessaires, il assurera les consultations et la surveillance de l'IVG. Le centre hospitalier vous recevra en cas de complications.

Le médecin vous remettra une fiche de liaison. Vous la conserverez pendant toute la durée de la procédure jusqu'à la visite de contrôle. Cette fiche rassemblera les principaux éléments de votre dossier médical. Elle facilitera les soins si vous deviez aller à l'hôpital.

L'IVG sera facturée 191,74 €. C'est un forfait qui couvre les consultations avec le médecin et les médicaments. Il sera remboursé par votre caisse d'Assurance maladie à 100%.

1/4

EN PRATIQUE

Calendrier de prise des médicaments

Date	Heure	Médicament	Nombre de comprimés	Voie d'administration et/ou commentaires
		Mifépristone		
		Misoprostol		
		Anti-douleurs		

1. Le jour où vous prenez les comprimés de mifépristone

Après la prise de mifépristone, il n'y a habituellement pas de réactions importantes. Vous pouvez mener vos activités normales. Vous pouvez saigner un peu. Très rarement on observe des saignements plus abondants et quelques douleurs. N'hésitez pas à prendre les anti-douleurs.

Même si vous avez déjà saigné, il est important que vous preniez comme prévu, le misoprostol.

2. Le jour où vous prenez les comprimés de misoprostol

Le misoprostol est indispensable pour que l'expulsion soit complète. Vous devez impérativement prendre les comprimés de misoprostol 36 à 48 heures après la prise de mifépristone.

- Respectez le calendrier de prise des médicaments indiqué plus haut.
- Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée, avec la possibilité de téléphoner et quelqu'un pour vous tenir compagnie. Nous vous conseillons de ne pas être seule. Vous pouvez manger et boire légèrement.
- Il est recommandé de commencer les anti-douleurs avant les comprimés de misoprostol suivant les conseils de l'ordonnance.

Ce qui va se passer :

Dans 60% des cas, l'avortement se produit rapidement dans les 4 à 6 heures qui suivent la prise de misoprostol ; dans les autres cas, il aura lieu dans les 3 jours qui suivent la prise des comprimés.

Des saignements, généralement plus abondants que des règles vont survenir. Ils sont souvent accompagnés de douleurs, comme des douleurs de règles ou plus fortes. Il peut y avoir des caillots de sang. Vous pourrez peut-être distinguer l'œuf sous forme d'une boule gélatineuse de un à trois centimètres. Il n'est pas nécessaire de le recueillir, l'avortement sera contrôlé lors de notre prochain rendez-vous.

- Il est possible de ressentir des nausées, plus rarement de vomir ou d'avoir la diarrhée. Ces symptômes sont de courte durée. Si vous vomissez moins d'une demi-heure après la prise des comprimés, contactez-moi. Si vous vomissez plus d'une demi-heure après la prise des comprimés, ne vous inquiétez pas, ils seront efficaces.
- **Il est normal de saigner pendant une quinzaine de jours**, parfois des pertes de sang peu abondantes persistent jusqu'à la visite de contrôle.

2/4

Ce qui doit vous alerter :

- Si 5 jours après la prise des comprimés vous n'avez pas saigné ou très peu, **appelez-moi avant la visite de contrôle.**
- **Si vous faites une hémorragie:** nécessité de changer de protection toutes les ½ heures pendant plus de deux heures, il faut vous rendre au **service des urgences indiqué page 4.**
- **Si vous êtes inquiète, si des douleurs et/ou de la fièvre persistent plus de 24 heures,** appelez-moi. En cas de douleurs persistantes ou de fièvre et si le cabinet est fermé, rendez vous au service des urgences.

3. La contraception après l'IVG

Si vous avez choisi la pilule comme contraception

Il faudra commencer à la prendre le /

Si vous avez choisi un stérilet ou un implant comme contraception, il pourra être posé lors de la visite de contrôle

4. Le rendez vous de contrôle est prévu le

Le / / à heures

Une visite de contrôle est indispensable, elle permet de vérifier que la grossesse ne s'est pas poursuivie et que l'IVG s'est bien déroulée. Elle est incluse dans le forfait global.

Pensez à apporter les résultats des examens que je vous ai prescrits :

Prise de sang Bêta-HCG ☐ à faire le / /

Echographie ☐ à faire le / /

Pensez aussi à apporter le stérilet ou l'implant contraceptif si vous souhaitez qu'il soit posé ce jour là.

Attention :

Le dosage des Bêta-HCG sera encore positif, ce qui est **normal**, car quand une grossesse s'arrête, le taux d'hormone dans le sang décroît lentement. C'est la quantité restante qui permet de savoir que l'interruption de grossesse est terminée.

Si vous allez en urgence à l'hôpital

- Présentez-vous **avec la fiche de liaison**, votre **carte de groupe sanguin**, votre **échographie** et votre carte vitale.

Qu'est-ce que le réseau « IVG médicamenteuse en ville » REVHO?

- **REVHO** est un réseau de santé qui permet à des médecins de ville, membres du réseau, d'effectuer le suivi des patientes désirant pratiquer une IVG médicamenteuse à domicile, en coordination avec une équipe hospitalière.
- Le réseau vous garantit une prise en charge conforme aux recommandations médicales nationales et internationales. Les modalités de cette prise en charge ont fait l'objet d'un protocole écrit et validé par des professionnels experts.
- Dans le réseau de santé, vous pourrez être sollicitée sous la forme d'une enquête anonyme pour donner votre avis sur votre prise en charge, vos soins, et pour faire part de vos observations et suggestions.
- Vous avez également la possibilité de vous exprimer sur le vécu de votre IVG médicamenteuse sur notre site internet www.revho.fr

Le respect de votre vie privée

- Tout au long de votre prise en charge, le respect de votre vie privée ainsi que le secret de l'ensemble des informations vous concernant sont garantis. Ceci veut dire que dans le réseau chaque intervenant est tenu au **secret professionnel**.
- Les informations vous concernant devront être échangées entre deux ou plusieurs professionnels de santé. Seules les informations strictement utiles à votre prise en charge seront partagées : cet échange est en effet nécessaire pour assurer une bonne continuité de vos soins. Nous avons besoin de votre accord de principe sur l'échange de ces informations.
- Vous pourrez vous-même et à tout moment accéder à ces informations, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin que vous désignerez pour le faire (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).
- Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, nous vous informons que les données vous concernant pourront faire l'objet d'un traitement anonyme et d'un enregistrement informatique, sauf avis contraire de votre part. Si ces données devaient faire l'objet d'études ou de statistiques et/ou devaient être publiées, votre anonymat serait absolument préservé.

4/4

9.5.3 Feuille de consentement patiente

Je, soussignée Madame (nom et prénom)

- ☐ Souhaite interrompre ma grossesse ;
- ☐ Accepte, dans ce but d'être prise en charge par le réseau IVG médicamenteuse de ville ;
- ☐ Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information qui m'a été remise ;
- ☐ Suis avertie que si je décidais, en cas d'échec, de mener ma grossesse à terme, aucune garantie ne peut m'être donnée sur l'absence totale de malformation.

A

Le

Signature

9.5.4 Ordonnances

9.5.4.1 Ordonnance pour l'échographie de datation

Tampon du médecin	Le .../.../..... Madame Née le <u>URGENT</u> Echographie obstétricale de datation pour demande d'interruption volontaire de grossesse (si HCG plasmatique > 1500UI) Date des dernières règles :
--	--

9.5.4.2 Ordonnance pour la biologie

Tampon du médecin	Le .../.../..... Madame Née le <u>URGENT</u> Faire pratiquer les examens biologiques suivants : - Groupe sanguin A, B, O, Rhésus 2 déterminations - HCG plasmatiques quantitatifs, à renouveler 14 jours après la prise de Mifépristone/ Myfégyne®
--	--

9.5.4.3 Ordonnance d'antalgiques

Tampon du médecin	Le .../.../..... Madame Née le
- Ibuprofen 400mg : 1 cp 20 minutes avant la prise de Misoprostol/ Cytotec®/Gymiso® - A prendre avec un grand verre d'eau ou au cours d'un repas - A répéter toute les 4 à 6 heures en cas de douleurs - Maximum 3 cp par jour, QSP 7 jours - Dafalgan codéiné 500/30 : 2 comprimés toute les 6 heures en cas de douleurs non soulagées par l'Ibuprofen - Maximum 6 comprimés par jour, QSP 4 jours - Doliprane 1000mg : 1 comprimé toute les 4 à 6 heures en cas de douleurs moins intense. - Maximum 4 gramme soit 4 comprimés par jour - A ne pas associer au Dafalgan codéiné, QSP 15 jours - Rophylac 200µg/2mL 1 injection intra-musculaire par IDE - A réaliser dans les 3 jours suivant la prise de Mifépristone/ Myfegyne®	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine :

« Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse
médicamenteuse en médecine générale
dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie »

Par Céline Laure Delphine Escoubet

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université Paris Diderot - Paris 7

Le Professeur Dominique Luton

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer

Date

9/7/15

Professeur D. LUTON
N° RPPS : 10000571355
Hôpital Bichat-Claude Bernard
46, rue Henri Huchard
75877 Paris Cedex 18
Tél. : 01 40 25 80 80



VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie

Résumé

Introduction: L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (IVGM) en médecine générale est peu disponible dans le secteur du centre hospitalier de Soissons (CHS). L'objectif de l'étude est d'augmenter l'offre de soins IVGM en médecine générale dans ce secteur.

Matériel et méthode: Il s'agit d'une étude quantitative descriptive puis interventionnelle. Un questionnaire informatisé, envoyé aux 99 médecins généralistes (MG) du secteur du CHS, évaluait les obstacles à la pratique d'IVGM, le souhait de formation et les mesures à développer dans le cadre d'un réseau ville-hôpital. Le recueil des réponses a eu lieu du 14/05/2014 au 28/06/2014. Une formation a été organisée le 19/03/2015. Des outils pour structurer le réseau ville-hôpital ont été proposés. Le critère principal de jugement était l'existence de nouveaux MG conventionnés avec le CHS pour l'IVGM à 3 mois de la formation.

Résultats: 42 MG (42%) ont répondu entièrement au questionnaire. Les principaux obstacles à la pratique d'IVGM concernaient la sphère logistique (37 MG (84%)) et pratique (31 MG (70%)). Les obstacles économiques (18%), idéologiques (32%) ou relatifs à l'image du médecin (23%) semblaient moins importants. 21 MG (50%) souhaitaient une formation. 9 MG (dont 2 déjà conventionnés) ont participé à la formation. A 3 mois, aucun nouveau MG ne s'était conventionné pour l'IVGM, mais 5 MG avaient ce projet à moyen terme.

Conclusion: Les obstacles les plus importants à la pratique d'IVGM par les MG du secteur du CHS semblaient modifiables. L'intervention n'a pas permis d'augmenter l'offre de soins IVG médicamenteuse locale à 3 mois. De nouveaux conventionnements semblaient possibles dans les mois à venir.

Mots clés

Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville

Médecine générale

Freins

Offre de soins ambulatoires

Réseau ville-hôpital

Formation professionnelle

Etude quantitative

Picardie