



**HAL**  
open science

## Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur. Enquête de 3 mois auprès de 160 patientes

Christelle Auvara

### ► To cite this version:

Christelle Auvara. Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur. Enquête de 3 mois auprès de 160 patientes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00913889

**HAL Id: dumas-00913889**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00913889v1>**

Submitted on 12 Dec 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

**T H È S E**

pour obtenir le titre de

**Docteur en Médecine**

présentée et soutenue par

***Christelle AUVARA***

**OBSERVANCE DE LA CONSULTATION POST-IVG  
MÉDICAMENTEUSE DANS LA MÉTROPOLÉ NICE CÔTE D'AZUR  
ENQUÊTE DE TROIS MOIS AUPRÈS DE 160 PATIENTES**

Thèse dirigée par le Docteur Slim ANDREA

Soutenue le 17 octobre 2013  
à la Faculté de Médecine de Nice

**JURY :**

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Assesseur

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Assesseur

Monsieur le Docteur Abdolreza BAFGHI

Assesseur

Monsieur le Docteur Slim ANDREA

Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen** M. BAQUÉ Patrick

**Assesseurs**

M. BOILEAU Pascal  
 M. HÉBUTERNE Xavier  
 M. LEVRAUT Jacques

**Conservateur de la bibliothèque**

M. SCALABRE Grégory

**Chef des services administratifs** Mme

HIZEBRY Valérie

**Doyens Honoraires**

M. AYRAUD Noël  
 M. RAMPAL Patrick  
 M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel  
 M. BLAIVE Bruno  
 M. BOQUET Patrice  
 M. BOURGEON André  
 M. BRUNETON Jean-Noël  
 Mme BUSSIERE Françoise  
 M. CHATEL Marcel  
 M. COUSSEMENT Alain  
 M. DARCOURT Guy  
 M. DELMONT Jean  
 M. DEMARD François  
 M. DOLISI Claude  
 M. FREYCHET Pierre  
 M. GILLET Jean-Yves  
 M. GRELLIER Patrick  
 M. HARTER Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAPALUS Philippe

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. SCHNEIDER Maurice

M. SERRES Jean-Jacques

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

### PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

- M. BENCHIMOL Daniel Chirurgie Générale (53.02)  
 M. CAMOUS Jean-Pierre Thérapeutique (48.04)  
 M. DELLAMONICA Pierre Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
 M. DESNUELLE Claude Biologie Cellulaire (44.03)  
 Mme EULLER-ZIEGLER Liana Rhumatologie (50.01)  
 M. FENICHEL Patrick Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)  
 M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)  
 M. FRANCO Alain Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)  
 M. GASTAUD Pierre Ophtalmologie (55.02)  
 M. GÉRARD Jean-Pierre Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
 M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)  
 M. GRIMAUD Dominique Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 M. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)  
 M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)  
 M. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénérologie (50.03)  
 Mme LEBRETON Élisabeth Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)  
 M. ORTONNE Jean-Paul Dermato-Vénérologie (50.03)  
 M. PRINGUEY Dominique Psychiatrie d'Adultes (49.03)  
 M. SANTINI Joseph O.R.L. (55.01)  
 M. THYSS Antoine Cancérologie, Radiothérapie (47.02)  
 M. VAN OBBERGHEN Emmanuel Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

### PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

- M. AMIEL Jean Urologie (52.04)  
 M. BATT Michel Chirurgie Vasculaire (51.04)  
 M. BÉRARD Étienne Pédiatrie (54.01)  
 M. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)  
 M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)  
 M. BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54.03)  
 Mme CRENESSE Dominique Physiologie (44.02)  
 M. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 M. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)  
 M. DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)  
 M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52.03)  
 M. GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)  
 M. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)  
 M. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)  
 Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 M. LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)  
 M. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)  
 M. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)  
 M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)  
 M. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)  
 M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)  
 M. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)  
 M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)  
 Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)

M. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)  
 M. RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47.01)  
 M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)  
 M. ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53.01)  
 M. SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44.04)  
 M. TRAN Albert Hépatogastroentérologie (52.01)

#### **PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE**

M. ALBERTINI Marc Pédiatrie (54.01)  
 Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédopsychiatrie (49.04)  
 M. BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42.02)  
 M. BAQUÉ Patrick Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)  
 Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie – Génétique (47.02)  
 M. BOUTTE Patrick Pédiatrie (54.01)  
 Mlle BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)  
 M. CANIVET Bertrand Médecine Interne (53.01)  
 M. CARLES Michel Anesthésiologie Réanimation (48.01)  
 M. CASSUTO Jill-Patrice Hématologie et Transfusion (47.01)  
 M. CASTILLO Laurent O.R.L. (55.01)  
 M. CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)  
 M. DUMONTIER Christian Chirurgie plastique  
 M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)  
 M. FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
 M. FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48-04)  
 M. FREDENRICH Alexandre Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)  
 Mlle GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45.01)  
 M. GUÉRIN Olivier Gériatrie (48.04)  
 M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
 M. JOURDAN Jacques Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)  
 M. LEVRAUT Jacques Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 M. PASSERON Thierry Dermato-Vénéréologie (50-03)  
 M. PRADIER Christian Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)  
 M. ROGER Pierre-Marie Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
 M. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)  
 M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)  
 M. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)  
 M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)  
 M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)  
 M. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)  
 M. VENISSAC Nicolas Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. SAUTRON Jean-Baptiste Médecine Générale

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ALUNNI-PERRET Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)  
 M. BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53.02)  
 M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)  
 M. BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54-02)  
 Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
 M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-Obstétrique (54.03)  
 M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)  
 Mme DONZEAU Michèle Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)  
 M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)  
 M. FRANKEN Philippe Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)  
 M. GIUDICELLI Jean Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)  
 Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)  
 Mlle LANDRAUD Luce Bactériologie–Virologie (45.01)  
 Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)  
 M. MAGNÉ Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)  
 Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
 M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)  
 M. PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)  
 Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)  
 Mlle PULCINI Céline Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
 M. ROUX Christian Rhumatologie (50.01)  
 M. TESTA Jean Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)  
 M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. DIOMANDE Mohenou Isidore Anatomie et Cytologie Pathologiques  
 M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale  
 Mme POURRAT Isabelle Médecine Générale

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

M. GARDON Gilles Médecine Générale  
 Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale  
 M. PAPA Michel Médecine Générale

**PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M. BERTRAND François Médecine Interne  
 M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie  
 M. CHEVALLIER Daniel Urologie  
 Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation  
 M. MAGNÉ Jacques Biophysique  
 M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

## Remerciements

Merci au Professeur SAUTRON, vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils et votre disponibilité.

Merci au Professeur FUZIBET, en dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez accepté de faire partie de mon jury et de juger mon travail.

Merci au Professeur PRADIER, vous avez accepté de faire partie de mon jury, de juger mon travail et vous m'avez guidé vers votre interne Florian AJMIA qui m'a été d'une aide précieuse pour la réalisation de mes statistiques.

Merci au Docteur BAFGHI d'avoir accepté de participer à ma thèse et de faire partie de mon jury.

Merci au Docteur ANDREA d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir soutenue et encouragée.

Merci au Docteur CASELLES d'avoir accepté de relire ma thèse, tes conseils m'ont été d'une très grande aide.

Merci à tous les médecins qui ont participé à cette étude, sans votre investissement, ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Merci à Matthieu mon mari. Tes astuces, tes conseils et ton support m'ont permis de réaliser cette étude dont je suis fière.

Merci à mes parents et à ma grand-mère qui m'ont soutenue pendant tout mon cursus médical. Sans leur aide, je n'en serais pas là aujourd'hui.

Merci à tous mes amis et à ceux qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

# Table des matières

<b>Table des abréviations.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Généralités sur l’IVG médicamenteuse hors établissement de santé.....</b>	<b>11</b>
2.1. Législation .....	11
2.2. Substances pharmaceutiques .....	11
2.3. Modalités de réalisation.....	12
2.3.1. Obligations du médecin de ville .....	12
2.3.2. Obligations de l’établissement de santé .....	15
2.4. Tarification .....	15
2.5. Etat des lieux des IVG.....	16
2.5.1. En France.....	16
2.5.2. En PACA.....	17
<b>3. Consultation post-IVG.....</b>	<b>18</b>
3.1. Le contrôle de l’efficacité de la méthode .....	18
3.1.1. Une méthode efficace .....	18
3.1.2. Les critères de succès.....	18
3.1.3. Les différentes méthodes de contrôle.....	19
3.2. Recherche des complications.....	21
3.2.1. Hémorragie .....	22
3.2.2. Infection.....	22
3.2.3. Désordres mentaux .....	22
3.3. Adéquation de la contraception .....	23
<b>4. Matériels et méthodes.....</b>	<b>25</b>
4.1. Revue de la littérature .....	25
4.2. Critères d’inclusion des médecins.....	25
4.3. Critères d’inclusion des patientes.....	25
4.4. Critères d’exclusion des patientes .....	26
4.5. Recueil de données.....	26
4.5.1. Questionnaire médecin .....	27
4.5.2. Questionnaire patiente.....	27
4.6. Organisation des données .....	28
4.7. Analyse statistique.....	28
<b>5. Résultats.....</b>	<b>29</b>
5.1. Echantillon de l’étude.....	29
5.1.1. Médecins .....	29
5.1.2. Patientes .....	30

5.2. Taux d'observance global de la consultation post-IVG médicamenteuse .....	30
5.3. Caractéristiques des médecins et de leurs influences sur l'observance.....	30
5.3.1. Caractéristiques générales des médecins .....	30
5.3.2. Caractéristiques de la consultation post-IVG médicamenteuse .....	38
5.4. Caractéristiques des patientes et de leurs influences sur l'observance .....	44
5.4.1. Caractéristiques socio-économiques des patientes .....	44
5.4.2. Pays de naissance .....	50
5.4.3. Antécédents gynécologiques .....	51
5.4.4. Orientation vers le cabinet .....	54
5.4.5. Présence d'une tierce personne lors de la consultation.....	55
<b>6. Discussion.....</b>	<b>56</b>
6.1. De la méthode.....	56
6.2. De l'échantillon médecins .....	57
6.3. De l'échantillon patientes .....	58
6.3.1. Caractéristiques socio-économiques des patientes .....	59
6.3.2. Caractéristiques gynécologiques .....	61
6.3.3. Orientation de la patiente vers le cabinet.....	62
6.3.4. Accompagnement à la consultation de contrôle.....	62
6.4. De l'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse .....	62
6.5. Des facteurs influençant l'observance .....	64
6.5.1. Facteurs sans influence.....	64
6.5.2. Facteurs ne permettant pas de conclure sur l'influence .....	65
6.5.3. Facteurs ayant une influence non significative.....	68
6.5.4. Facteurs ayant une influence significative .....	69
<b>7. Propositions.....</b>	<b>74</b>
7.1.1. Proposition 1 : Evaluer la satisfaction des patientes sur la prise en charge de leur IVG.....	74
7.1.2. Proposition 2 : Renforcer la formation médicale continue .....	75
7.1.3. Proposition 3 : Faire évoluer les méthodes de contrôle .....	76
<b>8. Conclusion .....</b>	<b>78</b>
<b>9. Bibliographie .....</b>	<b>80</b>
<b>Annexe 1 : Questionnaire médecin .....</b>	<b>85</b>
<b>Annexe 2 : Questionnaire patiente.....</b>	<b>87</b>

## Table des abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

ARS : Agence Régionale de Santé

BAC : Baccalauréat

CMU : Couverture Médicale Universelle

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

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NCA : Nice Côte d'Azur

PACA : Provence-Alpes-Côte D'Azur

Rdv : Rendez-vous

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

SA : Semaine d'Aménorrhée

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

# 1. Introduction

Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) en France est relativement stable, autour de 210 000 par an, et ce malgré une large utilisation des méthodes de contraception (1).

Avant 2004, les IVG étaient réalisées uniquement dans des établissements de santé. Le délai de cinq jours maximum fixé par la HAS (Haute Autorité de Santé) pour obtenir un rendez-vous était souvent difficile à respecter du fait de la réduction importante des établissements hospitaliers pratiquant cet acte (2).

Depuis 2004, date de parution des décrets d'application de la loi de 2001, l'IVG médicamenteuse peut être réalisée en cabinet médical (3–5). La méthode à domicile a fait la preuve de son efficacité et de sa bonne acceptabilité par les patientes, rendant inutile la supervision hospitalière (6–10). Cette avancée a permis de diminuer les délais de prise en charge et d'offrir un choix supplémentaire aux patientes. Tout médecin peut les réaliser dans son cabinet, à condition de justifier d'une expérience professionnelle adaptée et d'avoir établi une convention avec un établissement de santé autorisé.

En 2010, sur le plan national, environ 23 % des IVG médicamenteuses ont été réalisées en médecine de ville et un médecin conventionné sur quatre était un médecin généraliste. Le nombre de médecins libéraux pratiquant les IVG médicamenteuses est réparti de manière très inégale sur le territoire. La moitié de ces médecins est concentrée dans les seules régions Ile-de France et PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) (11). Afin d'offrir une meilleure offre de soin aux patientes, il est important de promouvoir la pratique des IVG médicamenteuses en ville auprès des médecins. Une des pistes est d'identifier les obstacles rencontrés au quotidien par les praticiens et d'y trouver des solutions.

D'après une étude réalisée en 2009 par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), les trois principales difficultés mises en avant sont : le

manque d'observance de la consultation post-IVG, la lourdeur des tâches administratives et le caractère peu rémunérateur de l'acte (12).

Dans un précédent mémoire réalisé pour l'obtention du diplôme inter-universitaire de gynécologie, nous nous sommes penchés sur l'identification des principales difficultés rencontrées par les médecins libéraux niçois prescripteurs d'IVG médicamenteuses. Cette étude a permis de constater, en accord avec les précédentes observations de l'enquête DREES, que l'une des difficultés majeures concernait le manque d'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse.

Or, cette consultation post-IVG recommandée par la HAS est essentielle. Elle a lieu entre le 14<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour suivant l'IVG et fait parti du forfait IVG remboursé par la sécurité sociale. Son rôle est triple (13) :

- contrôler l'efficacité de la méthode (absence de rétention pathologique intra-utérine ou de grossesse évolutive),
- rechercher de possibles complications somatiques ou psychologiques,
- prévenir une nouvelle grossesse non désirée ainsi que les infections sexuellement transmissibles (IST).

En France, le taux d'observance varie de 53 % à 83 % selon les études (6, 7, 12, 14–16). Qu'en est-il dans la Métropole NCA (Nice Côte d'Azur) ? Quels sont les facteurs influençant l'observance de cette consultation ? Cette étude prospective a pour objectif d'amener des éléments de réponse quantitatifs à ces questions et d'améliorer les pratiques.

## **2. Généralités sur l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé**

### **2.1. Législation**

La loi du 4 juillet 2001, complétée par un décret et un arrêté en juillet 2004, puis une circulaire le 26 novembre 2004, pose les jalons législatifs de la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville. Il n'est plus nécessaire d'avoir une supervision hospitalière obligatoire, les médecins de ville ont le droit de pratiquer cet acte médical sous certaines conditions (3–5).

### **2.2. Substances pharmaceutiques**

L'IVG médicamenteuse recourt à l'action synergique de deux médicaments : la mifépristone (Mifégyne®) et le misoprostol (Cytotec®, Gymiso®).

La mifépristone est un stéroïde de synthèse qui antagonise les effets endométriaux et myométriaux de la progestérone. Elle permet le déclenchement d'une activité contractile utérine et l'ouverture du col utérin. Les effets secondaires les plus fréquents sont : des métrorragies importantes, des contractions utérines et des troubles digestifs (douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhées). Les contre-indications sont : l'allergie à l'un des constituants, l'insuffisance surrénalienne chronique, l'asthme sévère non équilibré et la porphyrie héréditaire.

Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine. Son action est potentialisée par la mifépristone et entraîne des contractions utérines grâce à son action sur les muscles lisses. Son effet secondaire le plus courant est digestif (diarrhées et vomissements). La seule contre-indication est l'allergie à l'un des constituants (17).

## **2.3. Modalités de réalisation**

Les professionnels habilités à réaliser les IVG médicamenteuses en ville sont les médecins des centres de planification et d'éducation familiale et les médecins de ville à condition de justifier d'une expérience professionnelle adaptée (diplôme inter-universitaire de gynécologie, doctorat de gynécologie médicale ou obstétrique, pratique régulière des IVG dans un établissement autorisé) et d'avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé à réaliser les IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie). Cette convention est conforme au modèle de la convention type réglementaire (décret du 3 mai 2002). Elle est établie pour une durée d'un an et elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. Le médecin doit transmettre une copie de la convention signée au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève. La convention précise de manière détaillée le rôle et les obligations de chacune des parties signataires (13).

### **2.3.1. Obligations du médecin de ville**

#### **2.3.1.1. Le protocole médicamenteux autorisé en ville**

La loi autorise la réalisation des IVG médicamenteuses en médecine libérale jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (49 jours). Le protocole recommandé par les circulaires ministérielles, et validé par l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), est la prise de 600 mg de mifépristone par voie orale (trois comprimés de Mifégyne®) et 36 à 48 heures plus tard de 400 µg de misoprostol par voie orale (deux comprimés de Gymiso®). Les praticiens habitués à la pratique de l'avortement rapportent la possibilité de ne donner que 200 mg de mifépristone, suivi de 400 µg de misoprostol par voie orale (13). De nombreuses études ont prouvé que ce schéma pouvait être utilisé sans perte d'efficacité, cependant il n'y a toujours pas d'AMM (15, 18).

### 2.3.1.2. Le déroulement des consultations

L'IVG médicamenteuse se déroule en cinq consultations. Seule la consultation préalable à l'IVG (demande d'IVG) ne fait pas partie du forfait IVG prévu par la sécurité sociale.

La *consultation préalable à l'IVG* n'est pas comprise dans le forfait et doit être obtenue dans un délai de cinq jours suivant l'appel de la patiente. Lors de cet entretien, le médecin doit informer la patiente des différentes méthodes d'avortement et de leurs éventuelles complications. Il s'assure de l'absence de contre-indication à la prise du traitement et à la réalisation de l'IVG (anémie profonde, trouble de la coagulation, prise d'anticoagulants, présence d'un stérilet, grossesse extra-utérine, délais légaux dépassés, impossibilité d'honorer la visite de contrôle). Il recherche aussi des contre-indications à la réalisation de l'acte à domicile (mauvaise compréhension de la patiente, ambivalence et difficultés psychologiques, problèmes d'hébergement, éloignement géographique de l'établissement de santé, isolement social). Le médecin doit déterminer l'âge gestationnel grâce à l'interrogatoire et l'examen clinique et le confirmer par la réalisation d'une échographie dans un délai rapide. L'entretien social avec un conseiller conjugal est systématiquement proposé aux patientes et il est obligatoire pour les mineures. Une information complète doit être délivrée sur les maladies sexuellement transmissibles et la contraception. A la fin de la consultation, le médecin remet le dossier guide à la patiente et l'engage à un délai de réflexion légal de sept jours au terme duquel elle doit confirmer sa volonté de recourir à l'IVG médicamenteuse (19, 20). Il conseille à la patiente de venir accompagnée à la prochaine consultation, les patientes mineures devront obligatoirement être accompagnées par une personne majeure de leur choix.

Lors de *la première consultation du forfait IVG*, le médecin s'assure du respect du délais de réflexion de sept jours grâce au document daté et signé du médecin qui a vu la patiente lors de la consultation préalable à l'IVG. La patiente signe un consentement écrit. Un document écrit expliquant le protocole à respecter et un exemplaire du consentement lui sont remis. Le déroulement des consultations ultérieures est abordé. Le praticien prescrit un bilan sanguin

avec détermination du groupe ABO et du rhésus et propose un bilan des IST ainsi qu'un frottis cervico-vaginal.

Lors de *la deuxième consultation du forfait IVG* qui a lieu en général en même temps que la première consultation, la patiente prend les comprimés de mifépristone en présence du médecin. Précisons que c'est le médecin qui achète le traitement en pharmacie et non pas la patiente. Le médecin remet à la patiente une fiche conseil sur les suites normales de l'IVG ainsi qu'un numéro de téléphone à composer en cas d'urgence. Il lui prescrit des antalgiques de palier 1 et 2 ainsi qu'une contraception qu'elle débutera le jour de la prise du misoprostol. Le médecin facture le forfait IVG à la patiente et remplit le bulletin statistique anonyme obligatoire qu'il enverra ultérieurement à l'établissement conventionné.

Lors de *la troisième consultation du forfait IVG* qui a lieu 36 à 48h après la prise de mifépristone. Le médecin remet à la patiente les comprimés de misoprostol. Le médecin informe la patiente sur les risques d'effets secondaires et s'assure qu'elle puisse se rendre à l'établissement de santé en moins d'une heure. Il lui procure une fiche de liaison avec les éléments de son dossier et les coordonnées de cet établissement qu'elle pourra joindre 24h/24. La patiente devra être accompagnée par un proche pour prévenir les difficultés psychologiques face à l'expulsion et surveiller la survenue éventuelle de complications ou d'effets indésirables. Dans tous les cas, pour prévenir l'iso-immunisation chez les femmes de rhésus négatif, une injection d'immunoglobulines sera faite dans les 72 heures après l'IVG. Le praticien transmet à son établissement conventionné, une copie de la fiche de liaison et il conserve dans le dossier médical tous les éléments utiles: attestation, entretien social, consentement. Le médecin rappelle à la patiente l'importance de la consultation post-IVG.

Précisons que cette troisième consultation est facultative selon le protocole HAS afin d'éviter le risque d'expulsion et les douleurs durant le trajet cabinet-domicile suite à la prise du misoprostol au cabinet. Dans la grande majorité des cas, les comprimés sont donnés à la

patiente lors de la consultation précédente en lui expliquant bien qu'elle doit les prendre 36 à 48h après à son domicile.

La *quatrième, et dernière, consultation* du forfait IVG est la visite de contrôle. Cette consultation post-IVG est réalisée entre le 14<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour suivant la prise de mifépristone (cf chapitre 3).

### **2.3.2. Obligations de l'établissement de santé**

Conformément au décret du 1<sup>ère</sup> juillet 2004, l'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des IVG médicamenteuses dans le cadre de la convention, satisfait aux conditions prévues. Il s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse présentée par le médecin et organise des formations visant à actualiser l'ensemble des connaissances requises pour la pratique de ces IVG. L'établissement s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il adresse chaque année au médecin inspecteur régional de santé publique, une synthèse quantitative et qualitative portant sur l'activité d'IVG ambulatoire, analysant les bulletins statistiques anonymes émanant des médecins pratiquant ces IVG et les difficultés constatées. Dans le respect du choix de la femme, il est souhaitable que les établissements constituent avec les médecins ayant passé une convention un véritable réseau de prise en charge, les femmes étant orientées vers l'une ou l'autre des structures. Un établissement qui ne serait pas en mesure de prendre en charge une femme dans des délais permettant, si elle le souhaite, la réalisation d'une IVG médicamenteuse devrait proposer la possibilité de réaliser cet acte en ville et d'orienter la patiente vers un médecin avec lequel il a passé une convention.

## **2.4. Tarification**

Le forfait IVG médicamenteuse en ville s'élève à 191,74 euros. Il comprend quatre consultations (cf 2.3.1.2.) et le coût des médicaments (coût de 91.74 euros). Il est

remboursé à 100 % par la Sécurité Sociale (21). Précisons que le remboursement à 100 % n'est en vigueur que depuis le 31 mars 2013, auparavant le remboursement était à hauteur de 70 %.

La première consultation préalable, les analyses de biologie médicale et les éventuelles échographies ne sont pas incluses dans ce forfait. Elles sont néanmoins remboursées selon les règles habituelles de prise en charge (22).

Le décompte du remboursement est transmis à l'assurée par la Sécurité Sociale et la feuille de soins est aménagée par ses cotations pour préserver au maximum la confidentialité vis-à-vis de l'entourage (le terme IVG n'apparaît ni sur les feuilles de soins papier ni sur les bordereaux de remboursement). Les patientes bénéficiaires de la CMU (Couverture Médicale Universelle) ou de l'AME (Aide Médicale d'Etat) ainsi que les mineures non émancipées sans consentement parental sont dispensées de l'avance des frais. Par ailleurs, les médecins n'ont pas à payer de supplément au niveau de leurs assurances professionnelles pour la réalisation de cet acte. Ils doivent seulement prévenir leur compagnie d'assurance et justifier de leur formation et de leur convention.

## **2.5. Etat des lieux des IVG**

### **2.5.1. En France**

Selon les données de la DREES, 211 985 IVG ont été réalisées en France métropolitaine en 2010. Ce chiffre est stable depuis 2006. La part des IVG médicamenteuses ne cesse d'augmenter et représente 54 % de l'ensemble des IVG. Parallèlement à cela, le taux d'IVG chirurgicale diminue (11).

Depuis leur autorisation en 2004, le nombre d'IVG médicamenteuse pris en charge en ville augmente progressivement mais reste faible. Un peu moins d'une IVG sur huit est réalisée par un médecin de ville. Par ailleurs, ces médecins sont très inégalement repartis sur le

territoire. La moitié des médecins concernés est concentrée dans les seules régions Île-de-France et PACA (11). En 2007 sur le plan national, un médecin libéral sur quatre prenant en charge les IVG médicamenteuses était un médecin généraliste (12).

### **2.5.2. En PACA**

Les données de la DREES montrent qu'en 2010, la région PACA présente, de loin, le plus fort taux d'IVG avec 21,7 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre 14,7 ‰ en France métropolitaine. Tout comme sur le plan national, le taux d'IVG se stabilise depuis ces dernières années. Le département des Alpes-Maritimes a le taux de recours à l'IVG le plus important de PACA. Pour faciliter l'accès aux soins, le nombre de conventions signées entre médecins et établissements a progressé rapidement depuis 2004 et se stabilise depuis 2008. Parmi les médecins libéraux ayant passé une convention avec un établissement de santé de la région en 2007, 50 % sont des gynécologues obstétriciens, 8 % sont des gynécologues médicaux et 42 % sont des médecins généralistes. Le nombre de médecins généralistes pratiquant les IVG en ville est presque deux fois plus important en PACA que sur le plan national. Actuellement, le département des Alpes-Maritimes représente à lui seul 40 % des conventions de la région. Dans le département, environ une IVG sur quatre est réalisée en ville, ce qui est deux fois plus élevé que sur le plan national (23).

## **3. Consultation post-IVG**

La consultation post-IVG appelée aussi consultation de contrôle est une « étape essentielle du suivi de l'IVG ». Elle est recommandée par la HAS et fait partie du forfait remboursé à 100 % par la Sécurité Sociale (13). Elle a lieu entre le 14<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour suivant l'IVG. Ses rôles sont de contrôler l'efficacité de la méthode, de vérifier l'absence de complication, d'adapter au mieux la contraception pour empêcher une nouvelle grossesse et de faire de la prévention sur les IST.

### **3.1. Le contrôle de l'efficacité de la méthode**

#### **3.1.1. Une méthode efficace**

L'efficacité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse ont été maintes fois démontrées au cours de ces 10 dernières années (10). Le taux de succès de l'IVG médicamenteuse avant 49 jours d'aménorrhée varie de 92 à 98 % selon les études (13). Le taux de grossesses évolutives varie de 0 à 3,6 %, mais est de l'ordre de 1 % pour les posologies indiquées par l'HAS, le taux d'avortement incomplet varie de 2 à 5 % (24, 25).

#### **3.1.2. Les critères de succès**

Le succès de l'IVG médicamenteuse est défini comme l'obtention d'un avortement complet n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale pour une des raisons suivantes (13) :

- grossesse évolutive,
- grossesse arrêtée mais incomplètement expulsée,
- geste endo-utérin à visée hémostatique,
- intervention pratiquée à la demande de la femme.

La variation du taux de succès entre les études peut être expliquée par la différence de jugement clinique et d'expérience entre les médecins. L'attitude interventionniste amenant le

médecin à réaliser une intervention chirurgicale devant une image échographique de rétention est variable suivant son expérience. Le risque d'aspiration inutile est présent et entraîne une surestimation des échecs de la méthode d'IVG médicamenteuse (6, 7, 26). L'étude du REVHO de 2012 trouve un taux d'efficacité de la méthode de 97,43 %. Elle met en évidence que les aspirations secondaires ont été plus fréquentes après échographie (2,05 %) qu'après dosage des  $\beta$ -HCG plasmatique (0,94 %). La différence était plus marquée lorsque les échographies étaient interprétées par des médecins ayant peu d'expérience dans ce domaine (15).

### **3.1.3. Les différentes méthodes de contrôle**

En France, aucun consensus ne donne de conduite à tenir précise sur la méthode de contrôle à utiliser lors de la consultation post-IVG. En général, le contrôle est réalisé à l'aide d'un examen clinique et d'un examen paraclinique (l'échographie et/ou le dosage quantitatif des  $\beta$ -HCG plasmatique) (13, 27). A l'étranger, plusieurs études ont tenté de simplifier le contrôle de l'IVG médicamenteuse en utilisant : l'interrogatoire seul, les  $\beta$ -HCG urinaire et le suivi téléphonique (28).

#### **3.1.3.1. Contrôle sans examen paraclinique**

Une patiente qui ne présente ni signe sympathique de grossesse, ni douleur, qui ne saigne quasiment plus et qui a présenté des signes d'expulsion de la grossesse suggère fortement le succès. A l'examen clinique, une diminution du volume utérin est en faveur d'une grossesse non évolutive, même si à ce terme précoce elle est souvent difficile à objectiver. Une étude américaine a tenté de savoir s'il était possible de mettre en évidence l'efficacité de l'IVG médicamenteuse en se basant uniquement sur les symptômes de la patiente. Cette étude prouve que les patientes se trompent rarement quand elles pensent que leur grossesse est terminée, toutefois, un tiers des grossesses évolutives ont été manquées (sensibilité = 68 %) (29). L'étude de Rossi et al. a prouvé que la patiente avec l'aide du clinicien pouvait parfaitement se rendre compte si l'expulsion avait bien eu lieu sans examen

clinique ou paraclinique (VPP = 99 %) (30). En revanche, la capacité à détecter l'absence d'expulsion (et donc la persistance d'une grossesse) est faible (spécificité = 50 %). Ces études prouvent qu'une mesure objective de l'avortement complet est nécessaire pour éliminer une grossesse évolutive, il n'est donc pas possible de se baser uniquement sur l'interrogatoire.

### 3.1.3.2. Contrôle par l'échographie pelvienne

Traditionnellement la consultation post-IVG comprend une échographie. Or, on sait que ce n'est pas un bon examen de contrôle de l'IVG car son interprétation dépend de l'expérience de l'échographiste. Souvent l'indication d'aspiration est portée par excès devant des images trophoblastiques résiduelles (6, 7, 15, 26). De plus, c'est l'examen de contrôle le plus cher (56,70 euros).

### 3.1.3.3. Contrôle par le dosage quantitatif des $\beta$ -HCG plasmatique.

Le dosage des  $\beta$ -HCG plasmatique commence à être de plus en plus utilisé en France depuis ces dernières années. Il apparaît comme un moyen sûr et efficace pour vérifier que l'avortement est complet. L'étude de Fiala et al. met en évidence la supériorité des  $\beta$ -HCG plasmatique sur l'échographie (31). Sa sensibilité pour détecter une grossesse évolutive est de 100 % et sa VPN est de 100 %. Son coût est de 16,74 euros.

Le contrôle de l'efficacité de l'IVG médicamenteuse par la décroissance du taux de  $\beta$ -HCG plasmatique peut se faire de deux manières. Soit en utilisant un seul dosage de  $\beta$ -HCG plasmatique la veille de la visite de contrôle, le taux doit alors être inférieur à 1000 UI/l pour confirmer le succès de l'IVG. Soit en réalisant deux dosages de  $\beta$ -HCG plasmatique, un dosage le jour de la prise de mifépristone et un dosage la veille de la visite de contrôle. La décroissance de plus de 90 % du taux de  $\beta$ -HCG plasmatique à J-14, confirme l'efficacité de la méthode. Si le taux de  $\beta$ -HCG plasmatique est supérieur à 1000 UI/l pour la première méthode ou qu'il est supérieur à 10 % du taux initial dans la deuxième méthode, une

échographie pelvienne doit être réalisée (31–33). Dans son rapport annuel de 2012, le REVHO recommande d'utiliser le dosage des  $\beta$ -HCG plasmatique aux médecins de son réseau pour éviter le recours à des traitements complémentaires inutiles (16).

#### 3.1.3.4. Nouvelles méthodes de contrôle en cours d'évaluation

De nombreuses études ont étudié le test des  $\beta$ -HCG urinaire car il est facile d'utilisation et peu coûteux. Une étude menée aux États-Unis sur un panel de 3 103 femmes montre que l'interrogatoire, l'examen clinique et la réalisation d'un test urinaire à basse sensibilité entre J-7 et J-14 permettent d'identifier les femmes qui nécessitent des soins supplémentaires avec une sensibilité et une VPN proche de 100 % sans qu'une échographie soit requise (34).

Afin de simplifier encore plus la consultation post-IVG, des études ont réalisé un suivi par téléphone associé à un test de  $\beta$ -HCG urinaire. Une étude réalisée à Pittsburgh chez 139 patientes montre qu'un suivi téléphonique fait par le clinicien associé à un test urinaire de  $\beta$ -HCG haute sensibilité (25-30 UI) à J-30, permet de prédire l'expulsion avec une VPP de 97,5 % et représente une alternative à l'échographie (35). Une étude menée en Écosse montre que le suivi par téléphone à J-14 de l'IVG en utilisant les signes cliniques (symptômes sympathiques de grossesse, saignements) et un test urinaire de basse sensibilité (1000 UI) fait par la patiente elle-même sont un bon moyen de détecter une grossesse en cours (sensibilité à 75 %, spécificité à 86 %, VPN = 99,7 %). La réalisation du suivi à domicile a été très populaire dans cette étude car 77 % des patientes se présentant pour une IVG ont préféré réaliser ce suivi plutôt que de retourner en consultation. Le taux de suivi était bon, seulement 13 % des femmes n'ont pas pu être contactées par téléphone (36).

## 3.2. Recherche des complications

En l'absence de registre de statistiques officielles concernant les complications de l'IVG, nous ne disposons que d'estimations qui varient selon les études. L'IVG médicamenteuse apparaît

comme une méthode sûre, avec très peu de complications graves dans toutes les études effectuées (15, 37–39).

### **3.2.1. Hémorragie**

La majorité des hémorragies surviennent à distance de la prise des médicaments. Dans les études, les hémorragies nécessitant une transfusion sont rares (de 0 à 0,26 %). Il en est de même pour les hémorragies nécessitant une aspiration (de 0,5 à 1 %) (13).

### **3.2.2. Infection**

Le taux d'infection post-IVG dans les études est très faible (0,09 à 0,5 %) (24, 25). Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'endométrite. L'étude française du REVHO retrouve un taux d'infection à 0,25 % (15).

Cinq cas de décès par choc septique à *clostridium sordellii* ont été rapportés aux Etats-Unis et au Canada, mais aucun en Europe. La voie vaginale pour le misoprostol a été incriminée comme facteur de risque mais l'étude de la littérature ne permet pas de conclure à la responsabilité de cette voie d'administration dans la survenue de ce type d'accident. Les infections des voies génitales présentent à long terme des séquelles sous la forme de douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie, infertilité et des grossesses ectopiques. Il faut donc les diagnostiquer et les traiter rapidement. La présence de leucorrhées fétides, la persistance de douleurs, ou de fièvre survenant plus de 12 heures après la prise de misoprostol doivent faire rechercher une endométrite.

### **3.2.3. Désordres mentaux**

Après l'avortement, la femme éprouve un sentiment de soulagement, elle se sent libérée d'un souci immédiat. Des troubles psycho-émotionnels de gravité variable apparaissent dans les mois qui suivent, et parfois au bout de plusieurs années. Pratiquement toutes les femmes qui ont subi un avortement souffrent de troubles à plus ou moins long terme et à des degrés

divers. Beaucoup utilisent le refoulement comme mécanisme de défense. Elles peuvent vivre une longue période de déni avant de rechercher une aide psychologique. Ces sentiments réprimés peuvent causer des troubles psychosomatiques et comportementaux (40). Les répercussions sont d'autant plus importantes si la décision est ambiguë, imposée par l'entourage, ou qu'il existe un faible soutien de la part des proches. Plus la décision est tardive, plus la femme sera sujette au doute.

Une équipe Néo-Zélandaise a étudié les désordres mentaux de plus de 500 femmes entre 15 et 30 ans. Ils ont montré que les femmes ayant subi un ou plusieurs avortements présentaient un taux de désordres mentaux 30 % plus élevé, avec souvent une anxiété ou une consommation de drogues associée. Au contraire, aucun autre type de grossesse (même les fausses couches) n'a présenté de lien avec des troubles d'ordre mental. Ces chercheurs ont estimé que l'avortement était responsable de 1,5 % à 5,5 % de l'ensemble des maladies mentales du groupe de femmes de l'étude (41).

Un accompagnement psychologique doit être proposé lors de la visite de contrôle si la patiente semble encore très affectée par l'IVG et si elle est peu soutenue.

### **3.3. Adéquation de la contraception**

En France, le taux de recours et la diffusion de la contraception est l'un des plus élevés d'Europe. Cependant, le nombre d'IVG ne diminue pas. Les grossesses accidentelles sont largement attribuables à des échecs de contraception puisque seulement un tiers des femmes n'en a aucune lors de la survenue de la grossesse. Ainsi, deux tiers des femmes utilisent une contraception au moment où la grossesse survient. Les études montrent qu'une femme sur cinq oublie sa pilule au moins une fois par mois. Cela souligne les difficultés rencontrées par les femmes dans la gestion de leur contraception au quotidien (42). De plus pour près de quatre femmes sur dix, il s'agit d'une IVG itérative (23).

La consultation post-IVG est un moment privilégié pour analyser les raisons de l'absence ou de l'échec de la contraception et pour vérifier la bonne adéquation de la contraception mise en place à la consultation précédente (convenance, difficultés rencontrées dans son utilisation). Elle permet aussi d'informer la patiente sur l'existence de la pilule du lendemain et sur tous les moyens de contraception utilisables et la possibilité d'en changer (2).

## **4. Matériels et méthodes**

La présente étude prospective d'observation d'une durée de 3 mois (de mars à juin 2013) a pour objectif de calculer le taux d'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la Métropole Nice Côte d'Azur (NCA) et de rechercher les facteurs influençant l'observance.

### **4.1. Revue de la littérature**

La recherche bibliographique a été réalisée essentiellement à l'aide du catalogue des revues en ligne de la faculté de Médecine de Nice. Elle a été faite par combinaison des mots-clés suivants : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (early medical abortion), consultation de contrôle (follow-up visit), infections, complications, simplification, misoprostol à domicile (misoprostol at home), efficacité (efficacy), acceptabilité (acceptability), sûreté (safety), contraception, observance (compliance), perte de vue (unreturning patient).

### **4.2. Critères d'inclusion des médecins**

Tous les médecins libéraux de la Métropole NCA conventionnés avec un établissement habilité à encadrer les IVG médicamenteuses pouvaient être inclus dans l'étude. La liste des médecins conventionnés nous a été communiquée par les établissements.

La métropole NCA a été créée fin 2011 et regroupe quatre intercommunalités : Nice-Côte d'Azur, la Vesubie, la Tinée et les stations du Mercantour.

### **4.3. Critères d'inclusion des patientes**

Pour être incluses par les médecins de l'étude, les patientes devaient être majeures et répondre aux critères de réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet : grossesse de

moins de sept semaines d'aménorrhée (SA) révolues prouvée par une échographie de datation, absence de contre-indication médicale (anémie, trouble de la coagulation, grossesse extra-utérine), absence de difficultés psychosociales (ambivalence par rapport à la décision, mauvaise compréhension), impossibilité de se rendre à la consultation post-IVG, délai de transport supérieur à une heure entre le domicile et l'établissement conventionné en cas de problème. Les patientes refusant de répondre au questionnaire étaient tout de même incluses dans le calcul du taux d'observance global.

#### **4.4. Critères d'exclusion des patientes**

Les patientes mineures et les patientes ne répondant pas aux critères de réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville étaient exclues

#### **4.5. Recueil de données**

La présente étude porte sur les patientes consultant un médecin libéral installé dans la Métropole NCA et conventionné avec un établissement habilité à encadrer les IVG médicamenteuses.

Le recueil de données a été réalisé à l'aide de deux questionnaires : l'un était destiné aux médecins et l'autre aux patientes. Le nombre de questions a été volontairement réduit de façon à ne pas dépasser deux pages pour le questionnaire médecin et une page pour le questionnaire patiente. La passation des questionnaires a préalablement été testée auprès d'un médecin de l'étude avant validation définitive. Les 29 médecins libéraux correspondant aux critères d'inclusion ont été contactés dans un premier temps par courrier afin de leur expliquer les objectifs de l'étude et de leur demander leur participation. Dans un second temps, ils ont été appelés individuellement par téléphone afin de connaître leur réponse. Pour les médecins acceptant de participer à l'étude, un rendez-vous d'environ 20 minutes était fixé à leur cabinet afin de leur expliquer les modalités pratiques de l'étude, de leur soumettre le questionnaire médecin et de leur remettre 20 questionnaires patiente.

Durant les trois mois du recueil de données, un lien téléphonique a été maintenu avec les praticiens. Une visite de suivi au cabinet de chaque médecin participant à l'étude a été réalisée toutes les deux semaines. Elle permettait de vérifier le bon remplissage des questionnaires patiente et de s'assurer que les médecins ne rencontraient pas de difficulté.

#### **4.5.1. Questionnaire médecin**

Le questionnaire médecin a été rempli le jour de la remise du protocole d'étude. Il a été élaboré sur la base du questionnaire médecin utilisé dans l'étude faite par la DREES en 2007 (43).

Il se compose de 14 items qui permettent d'obtenir des informations sur les caractéristiques générales des médecins ainsi que des informations sur leur pratique de l'IVG médicamenteuse (Annexe 1).

#### **4.5.2. Questionnaire patiente**

Les questionnaires patiente ont été remplis par le médecin avec l'aide des patientes au cours de la 2<sup>ème</sup> consultation du forfait IVG (consultation de prise de la mifépristone). Il a été élaboré en se basant sur le bulletin statistique d'interruption de grossesse et le questionnaire patiente utilisé dans l'étude de la DREES en 2007 (44, 45). Il s'intègre très bien au cours de cette consultation et peut être rempli en même temps que le bulletin statistique obligatoire car quelques questions sont similaires.

Il se compose de 11 items qui permettent d'obtenir des informations socio-économiques et médicales sur les patientes. Dans ce questionnaire, on retrouve les cases « venue » ou « pas venue » correspondant respectivement à l'observance ou à l'inobservance de la consultation de contrôle. Les patientes étaient considérées comme « non venue » à la consultation de contrôle si elles ne s'y présentaient pas dans les 30 jours suivant la prise de la mifépristone. Afin de faciliter le suivi tout en conservant l'anonymat des patientes, nous avons identifié chaque questionnaire en utilisant les trois premières lettres du nom de la patiente ainsi que

sa date de naissance. Ceci permettait au médecin de savoir à qui appartenait chaque questionnaire au moment de la date de la consultation de contrôle et ainsi de remplir la case « venue » ou « pas venue » (Annexe 2).

## **4.6. Organisation des données**

Selon les cas, nous avons organisé nos données dans des tableaux lorsque la précision des valeurs était requise, des diagrammes circulaires pour les représentations de répartition globale, des diagrammes en bâtons pour les représentations de répartition selon des variables discontinues et des histogrammes pour les représentations de répartition selon des variables continues.

## **4.7. Analyse statistique**

Les questionnaires ont dans l'ensemble été remplis avec soin par les médecins, les données manquantes ont été exclues de l'analyse statistique.

Les données ont été saisies et traitées avec le logiciel Microsoft Excel<sup>®</sup>. Les tests et calculs statistiques ont été réalisés avec le logiciel R<sup>®</sup> version 3.0.1. La plupart des analyses sont de nature descriptive. Pour étudier l'influence de certaines variables sur l'observance de la consultation post-IVG, des tests paramétriques (Chi-2) et non-paramétriques (Kruskwall Wallis) quand les effectifs étaient trop faibles, ont été utilisés. Il s'agissait de tests statistiques de comparaison de variables qualitatives.

## 5. Résultats

### 5.1. Echantillon de l'étude

#### 5.1.1. Médecins

Comme illustré dans la Figure 1, sur les 58 médecins libéraux réalisant des IVG médicamenteuses dans le département des Alpes-Maritimes (06), 29 médecins correspondaient aux critères d'inclusion (population source). Parmi eux, 14 ont accepté de participer à l'étude (échantillon de notre étude). Ils étaient tous conventionnés avec l'un des quatre établissements de la métropole NCA habilité à encadrer des IVG médicamenteuses (hôpital de l'Archet, clinique Santa Maria, clinique Saint Antoine, clinique Mozart).

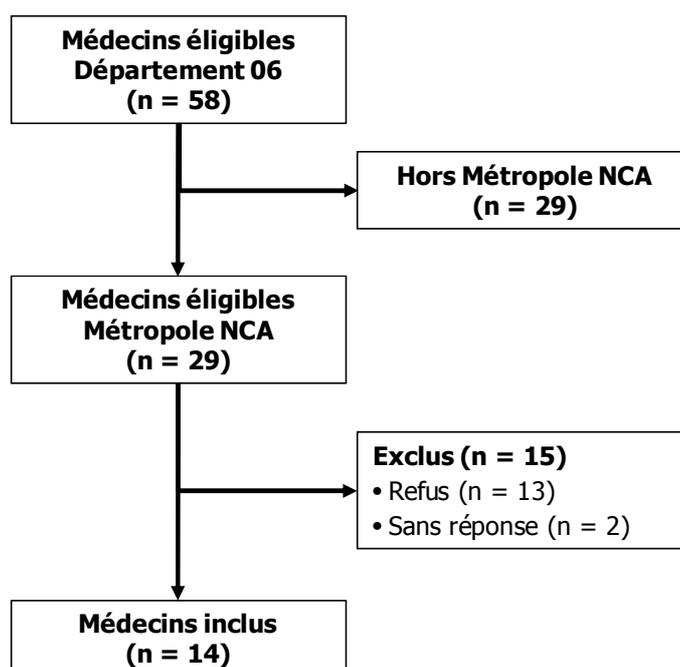


Figure 1. Diagramme de flux des médecins.

Parmi les 15 médecins exclus de l'étude : deux n'ont pas répondu à nos appels téléphoniques et 13 ont refusé de participer à l'étude. Les raisons invoquées par ces 13 médecins étaient : le très faible nombre d'IVG fait par an (pour trois médecins), le manque

d'intérêt pour le sujet (pour quatre médecins) et enfin le manque de temps (pour six médecins).

### 5.1.2. Patientes

Entre le 11 mars 2013 et le 28 juin 2013, 160 patientes ont été incluses dans l'étude par les médecins. Elles ont toutes accepté de répondre au questionnaire.

## 5.2. Taux d'observance global de la consultation post-IVG médicamenteuse

La Figure 2 met en évidence que le taux d'observance global de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole NCA est de 62,5 % (100 patientes sont venues sur un total de 160).

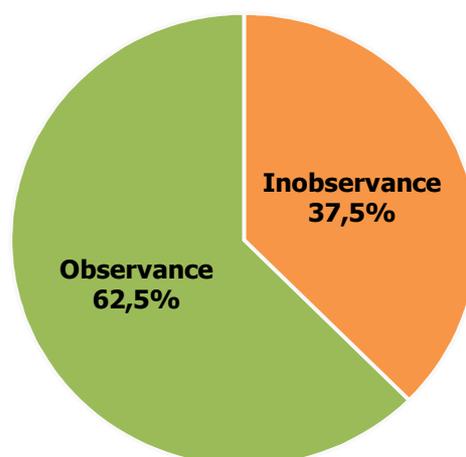


Figure 2. Observance globale (■ Observance, ■ Inobservance).

## 5.3. Caractéristiques des médecins et de leurs influences sur l'observance

### 5.3.1. Caractéristiques générales des médecins

Le récapitulatif des caractéristiques générales des médecins se trouve dans le Tableau 1. Chaque sous-chapitre y fait référence en se concentrant sur une caractéristique spécifique.

Tableau 1. Récapitulatif des données brutes issues du questionnaire médecin.

Catégories	Médecins	Total patientes	Observance patiente	Taux d'observance (%)
<b>Spécialité</b>				
Gynécologues	11	112	76	68,0
Médecins généralistes	3	48	24	50,0
<b>Sexe</b>				
Homme	7	71	48	67,6
Femme	7	89	52	58,4
<b>Age</b>				
Entre 30 et 39 ans	5	64	47	73,4
Entre 40 et 49 ans	1			
Entre 50 et 59 ans	4	96	53	55,2
Entre 60 et 70 ans	4			
<b>Nombre d'années d'expérience des IVG Médicamenteuses en libéral</b>				
Plus de 5 ans	7	93	51	54,8
Moins de 5 ans	7	67	49	73,1
<b>Nombre d'IVG fait par an</b>				
Moins de 15	2	60	44	73,3
Entre 15 et 30	4			
Entre 30 et 45	2			
Entre 45 et 60	2	100	56	56,0
Plus de 60	4			
<b>Secteur de convention</b>				
Secteur 1	3	47	28	59,6
Secteur 2	11	113	72	63,7
<b>Zone géographique</b>				
Carros	1	14	6	42,9
Cœur de ville	3	15	12	80,0
Est-Littoral	5	75	50	66,7
La Trinité	1	14	10	71,4
Nord centre	1	5	1	20,0
Ouest-Littoral	1	15	2	13,3
Trois Collines	2	22	19	86,4

## 5.3.1.1. Par médecin

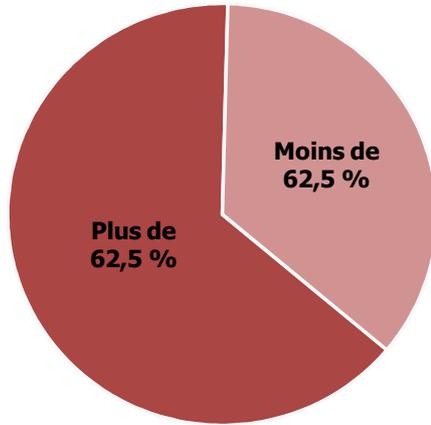


Figure 3. Répartition des médecins selon le taux d'observance de notre étude de 62,5 % (■ Plus de 62,5 %, ■ Moins de 62,5 %).

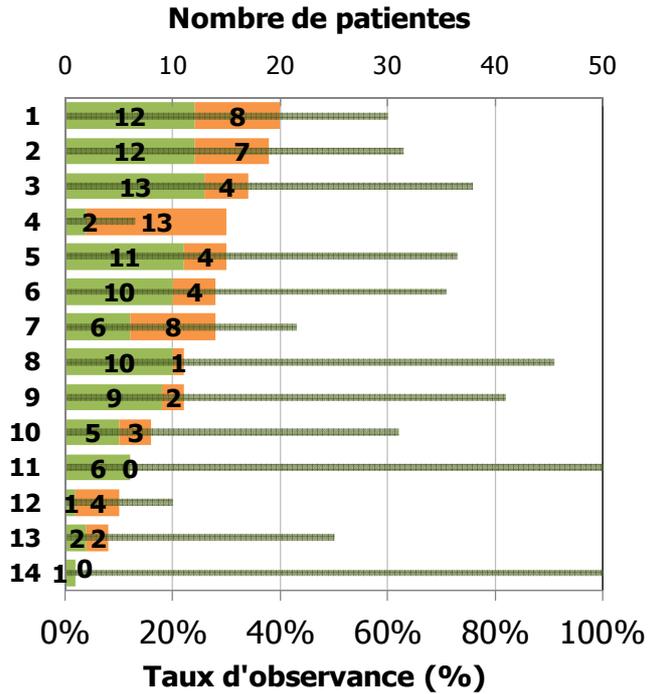


Figure 4. Répartition de l'observance par médecin numérotés de 1 à 14 (■ Observance, ■ Inobservance, ■ Taux d'observance).

Dans la Figure 4, on remarque que le nombre d'IVG fait durant les trois mois de l'étude varie d'un médecin à l'autre : cinq médecins ont fait moins de 10 IVG et neuf médecins ont fait plus de 10 IVG. Le taux d'observance varie aussi selon le médecin et s'échelonne de 13,3 % à 100 %.

Comme illustré dans la Figure 3, en se basant sur le taux de 62,5 % qui représente le taux d'observance de notre étude, neuf médecins ont plus de 62,5 % d'observance et cinq médecins ont moins de 62,5 % d'observance. Quatre médecins ont entre 80 et 100 % d'observance, cinq ont entre 60 et 80 % d'observance, trois ont entre 40 et 60 % d'observance, aucun médecin n'a un taux d'observance entre 20 et 40 % et deux ont entre 0 et 20 % d'observance. Il n'y a pas de différence significative entre le taux d'observance global de notre étude et celui de chaque médecin pris individuellement, sauf pour le médecin ayant le taux d'observance le plus faible (13,3 %) avec un  $p = 0,0002$ .

### 5.3.1.2. Spécialité

Sur les 14 médecins inclus dans l'étude, 11 sont gynécologues (deux gynécologues médicaux, neuf gynécologues-obstétriciens) et trois sont médecins généralistes (Tableau 1). Notre échantillon comparé à la population source se compose de : 100 % des gynécologues médicaux (2 sur 2), 75 % des médecins généralistes (3 sur 4) et de 39 % des gynécologues obstétriciens (9 sur 23).

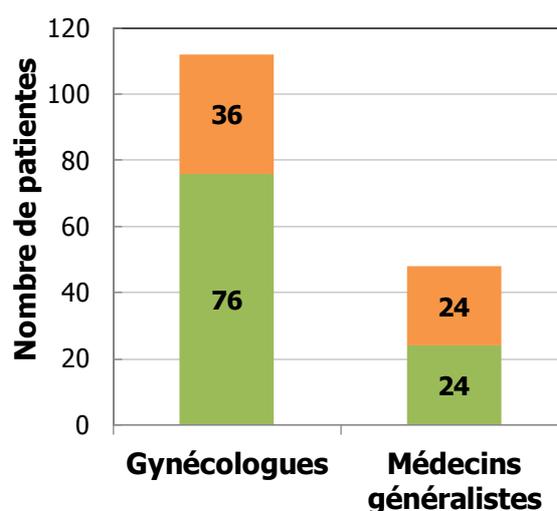


Figure 5. Répartition de l'observance selon la spécialité du médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

Tel qu'illustré dans la Figure 5, les gynécologues ont un taux d'observance de 68,0 % (76 patientes sont revenues sur 112) alors que les médecins généralistes ont un taux d'observance de 50,0 % (24 patientes sont revenues sur 48). Cette différence est statistiquement significative avec un  $p = 0,03$  pour un  $p$  significatif  $< 0,05$ .

### 5.3.1.3. Sexe

Notre échantillon médecin compte autant d'hommes que de femmes (Tableau 1). La population source est composée de 10 femmes et notre échantillon est composé de sept femmes. Notre échantillon médecin se compose donc de 70% des femmes de la population source.

Comme exposé à la Figure 6, le taux d'observance est de 58,4 % chez les médecins femmes (52 patientes sur 89) et de 67,6 % chez les médecins hommes (48 patientes sur 71). Ces

derniers présentent un taux d'observance supérieur qui n'est cependant pas statistiquement différent ( $p = 0,23$ ).

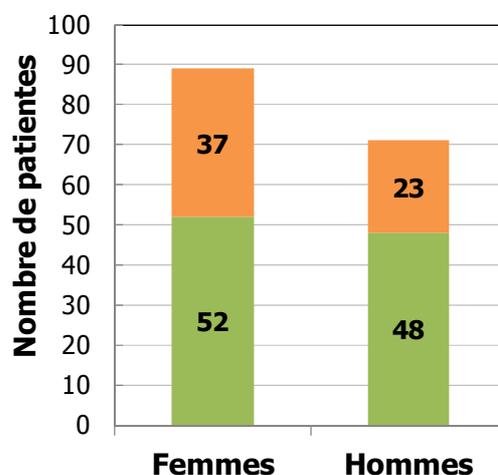


Figure 6. Répartition de l'observance selon le sexe du médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

#### 5.3.1.4. Âge

Dans notre questionnaire, nous avons créé quatre tranches d'âge de 10 ans chacune allant de 30 à 70 ans (Tableau 1). Après analyse des questionnaires, nous avons réduit ce découpage à seulement deux groupes : « moins de 50 ans » et « plus de 50 ans ». Cette valeur correspond à la médiane d'âge de notre échantillon. Les deux groupes sont comparables et contiennent respectivement 6 et 8 médecins.

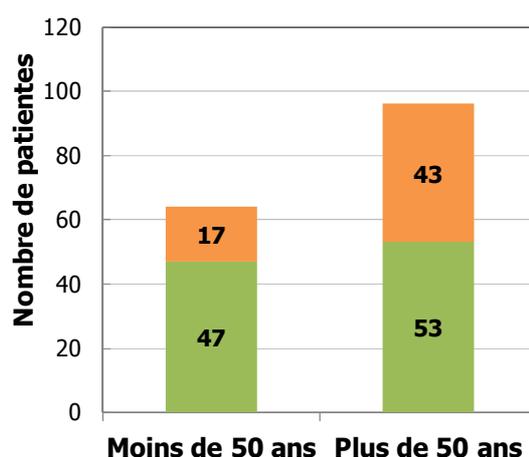


Figure 7. Répartition de l'observance selon l'âge du médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

Comme on peut le voir dans la Figure 7, l'observance est de 73,4 % chez les patientes consultant un médecin de moins de 50 ans (47 patientes sur 64), contre 55,2 % pour celles

consultant un médecin de plus de 50 ans (53 patientes sur 96). Cette différence est statistiquement significative avec un  $p = 0,019$ .

### 5.3.1.5. Nombre d'années d'expérience en ville

Aucun médecin n'exerce les IVG médicamenteuses en libéral depuis plus de 9 ans, car c'est une pratique mise en place en 2004. Le médecin le plus récemment conventionné l'a été en 2012. Le nombre d'années d'expérience s'étale donc de 1 à 9 ans. Nous avons étudié l'observance selon deux groupes : « moins de 5 ans d'expérience » et « plus de 5 ans d'expérience ». Chaque groupe contient 7 médecins (Tableau 1).

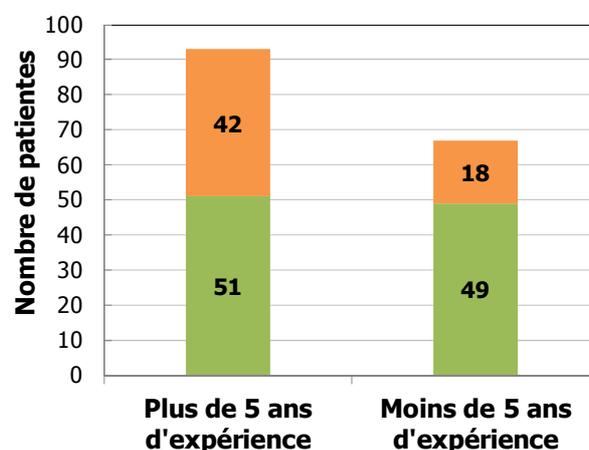


Figure 8. Répartition de l'observance selon le nombre d'années d'expérience du médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

La Figure 8 montre que le taux d'observance est de 73,1 % chez les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience (49 patientes sur 67) contre 54,8 % chez les médecins ayant plus de 5 ans d'expérience (51 patientes sur 93). Ceci est statistiquement significatif avec un  $p = 0,01$ .

### 5.3.1.6. Nombre d'IVG par an

Dans notre questionnaire, nous proposons cinq tranches du nombre d'IVG réalisé par an allant de 15 en 15 (Tableau 1). Afin d'obtenir des résultats significatifs, nous avons étudié l'observance à travers deux groupes : « moins de 45 IVG par an » et « plus de 45 IVG par

an ». Ces groupes contiennent respectivement huit et six médecins. Ce chiffre a été retenu car il correspond à environ une IVG par semaine ce qui nous a paru correspondre à une pratique régulière des IVG. On remarquera cependant que la réalisation d'IVG présente des pics d'occurrence selon les périodes de l'année plutôt qu'une activité régulière.

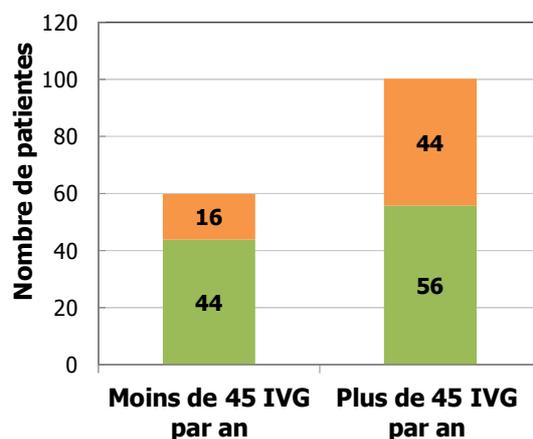


Figure 9. Répartition de l'observance selon le nombre d'IVG fait par an (■ Observance, ■ Inobservance).

La Figure 9 met en évidence que le taux d'observance est de 73,3 % chez les patientes consultant un médecin faisant moins de 45 IVG par an (44 patientes sur 60). Ce taux chute à 56,0 % chez les patientes consultant un médecin faisant plus de 45 IVG par an (56 patientes sur 100). Ceci est statistiquement significatif avec un  $p = 0,02$ .

#### 5.3.1.7. Secteur de convention

La majorité des médecins de notre étude est en secteur 2 car il y a une majorité de gynécologues (Tableau 1). Seul un gynécologue est en secteur 1. Un seul médecin généraliste est en secteur 2.

Comme exposé dans la Figure 10, le taux d'observance est de 59,6 % chez les patientes consultant un médecin en secteur 1 (28 patientes sur 47) contre 63,7 % chez celles consultant un médecin en secteur 2 (72 patientes sur 113). Il n'existe pas de différence statistiquement significative.

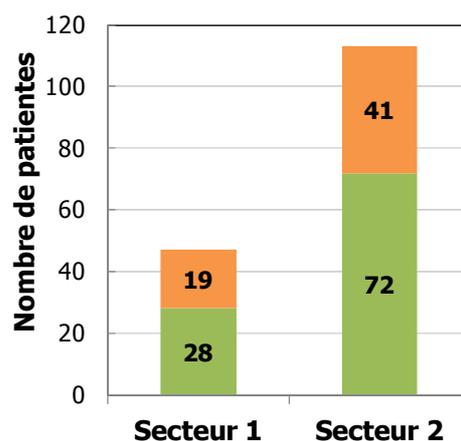


Figure 10. Répartition de l'observance selon le secteur de convention du médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

#### 5.3.1.8. La zone géographique

Notre étude s'est limitée sur le plan géographique à la métropole NCA. Un médecin est installé à Carros, un médecin à La Trinité et les 12 autres médecins sont installés à Nice.

La ville de Nice étant très vaste, nous avons utilisé sa subdivision en pôles de proximité : cinq médecins sont installés dans le pôle « Est-Littoral », trois dans le pôle « Cœur de ville », deux dans le pôle « Trois Collines » et enfin un dans le pôle « Ouest-Littoral » et un dans le pôle « Nord centre » (Tableau 1).

On observe dans la Figure 11 un taux d'observance plus important dans quatre secteurs : Cœur de ville (80,0 %), Trois Collines (86,4 %), La Trinité (71,4 %) et Est-Littoral (66,7 %). Les taux d'observance sont plus faibles dans les trois autres secteurs : Ouest-Littoral (13,3 %), Nord centre (20,0 %) et Carros (42,9 %). Il existe une différence significative entre le secteur géographique et l'observance de la consultation post-IVG avec un  $p = 0,00003$ .

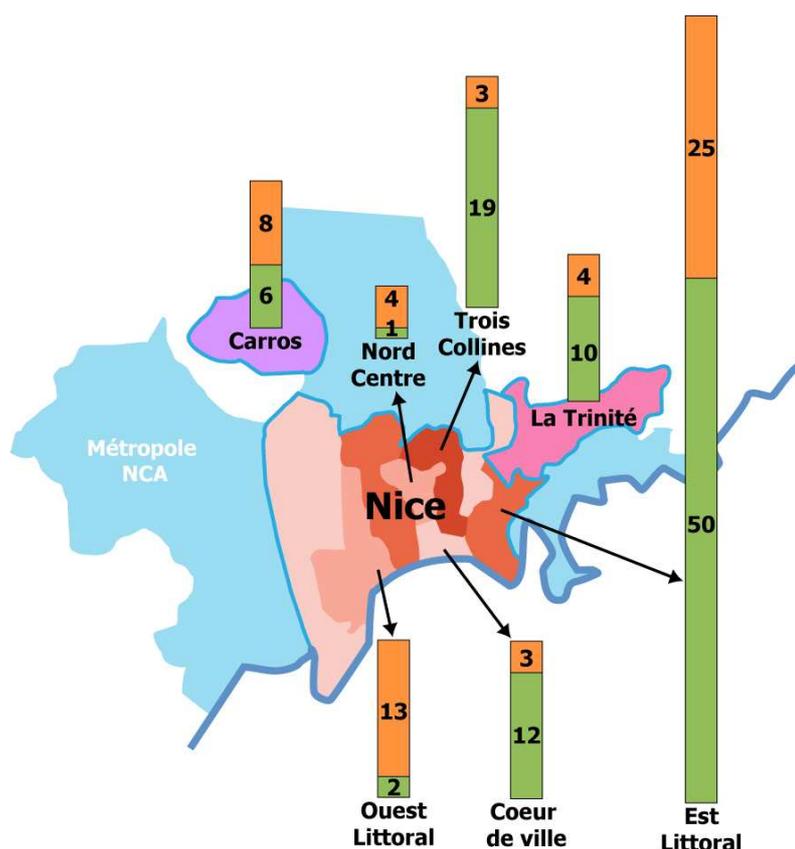


Figure 11. Répartition de l'observance selon la zone géographique du médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

### 5.3.2. Caractéristiques de la consultation post-IVG médicamenteuse

Le récapitulatif des caractéristiques de la consultation post-IVG médicamenteuse se trouve dans le Tableau 2. Chaque sous-chapitre y fait référence en se concentrant sur une caractéristique spécifique.

Tableau 2. Récapitulatif des données brutes issues des questionnaires médecin.

Catégories	Médecins	Total patientes	Observance patientes	Taux d'observance (%)
<b>Méthode de contrôle</b>				
Echographie	12	135	81	60,0
β-HCG	1	14	10	71,4
Echographie et β-HCG	1	11	9	81,8
<b>Exécution de l'échographie</b>				
Par le médecin de l'étude	10	107	75	70,1
Par un radiologue	3	53	25	47,2

Tableau 2. Suite.

Catégories	Médecins	Total patientes	Observance patientes	Taux d'observance (%)
<b>Prix de l'échographie</b>				
Tarif Sécurité Sociale	6	50	36	72,0
Gratuite	2	38	26	68,4
Dépassement d'honoraire	2	19	13	68,4
<b>Date de contrôle de l'IVG</b>				
Avant le 14 <sup>ème</sup> jour	5	60	39	65,0
Après le 14 <sup>ème</sup> jour	9	100	61	61,0
<b>Prise de Rdv à l'avance</b>				
Prise de Rdv	13	145	98	67,6
Non prise de Rdv	1	15	2	13,3
<b>Appel téléphonique des patientes inobservantes</b>				
Appel	4	52	37	71,2
Pas d'appel	10	108	63	58,3

### 5.3.2.1. Moyen de contrôle prescrit

12 médecins pratiquent le contrôle de l'efficacité de l'IVG avec une échographie, un médecin utilise les  $\beta$ -HCG plasmatique et un médecin utilise l'association de l'échographie et des  $\beta$ -HCG plasmatique (Tableau 2 et Figure 12).

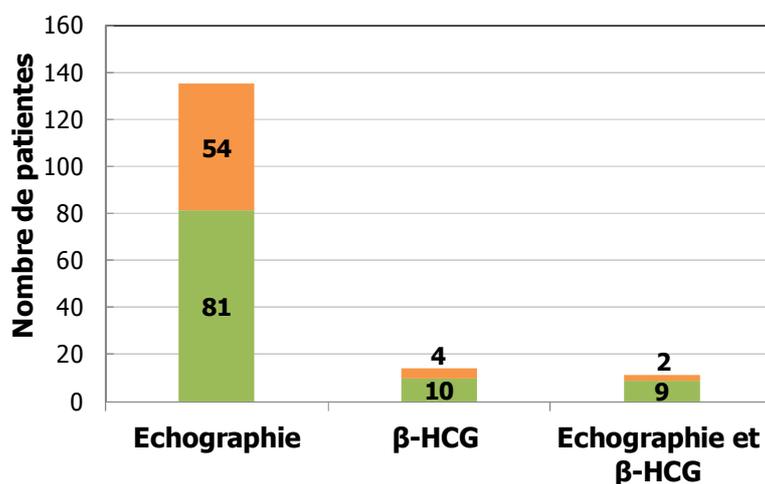


Figure 12. Répartition de l'observance selon la méthode de contrôle utilisée par le médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

Le médecin réalisant l'échographie et les  $\beta$ -HCG plasmatique a un taux d'observance de 81,8 % (9 patientes sur 11). Le médecin réalisant les  $\beta$ -HCG plasmatique seuls a un taux d'observance de 71,4 % (10 patientes sur 14). Les 12 médecins réalisant l'échographie seule

ont un taux d'observance de 60 % (81 patientes sur 135). Il n'existe pas de différence significative entre l'observance et le moyen de contrôle utilisé ( $p = 0,4$ ).

### 5.3.2.2. Exécution de l'échographie prescrite

Parmi les 13 médecins qui prescrivent une échographie de contrôle, seuls trois médecins (un gynécologue et deux généralistes) ne la réalisent pas eux-mêmes et adressent les patientes à un radiologue. Les 10 autres médecins (tous gynécologues) la réalisent à leur cabinet lors de la consultation post-IVG (Tableau 2).

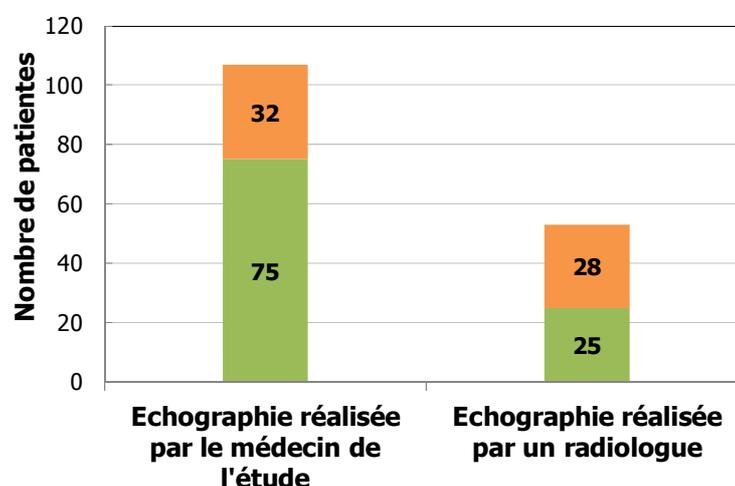


Figure 13. Répartition de l'observance en fonction de l'exécutant de l'échographie (■ Observance, ■ Inobservance).

Comme illustré dans la Figure 13, l'observance est de 70,1 % (75 patientes sur 107) quand le médecin réalise l'échographie lui-même, contre 47,2 % (25 patientes sur 53) quand le médecin délègue l'acte à un radiologue. Il existe donc une différence significative entre l'observance de la consultation de contrôle et la réalisation de l'échographie par le médecin prescripteur avec un  $p = 0,004$ .

### 5.3.2.3. Prix de l'échographie

Parmi les 10 médecins qui réalisent eux-mêmes l'échographie, six appliquent le tarif Sécurité Sociale, deux réalisent l'échographie gratuitement et deux font un dépassement d'honoraire (Tableau 2).

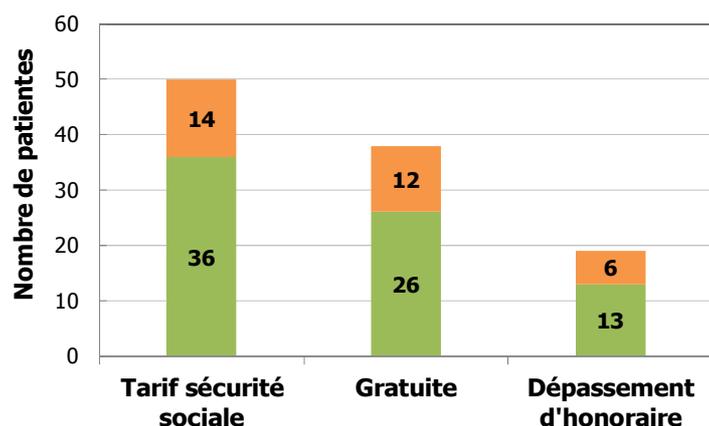


Figure 14. Répartition de l'observance en fonction du tarif de l'échographie réalisée par le médecin (■ Observance, ■ Inobservance).

Comme illustré dans la Figure 14, le taux d'observance des médecins pratiquant l'échographie reste élevé quel que soit le prix. Les taux d'observance selon que l'échographie est faite avec un dépassement, gratuitement ou au tarif Sécurité Sociale sont respectivement de 68,4 % pour les deux premiers et 72,0 % pour le dernier. Il n'existe donc pas de différence significative.

#### 5.3.2.4. Date de contrôle de l'IVG

Cinq médecins programment la visite de contrôle entre le 7<sup>ème</sup> et le 14<sup>ème</sup> jour suivant l'IVG et neuf médecins la programment un peu plus tard, entre le 14<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour (Tableau 2). La Figure 15 met en évidence que le taux d'observance est de 61,0 % quand la consultation de contrôle a lieu après le 14<sup>ème</sup> jour de l'IVG (61 patientes sur 100). Il est de 65,0 % quand la consultation est programmée dans les 14 premiers jours suivant l'IVG (39 patientes sur 60). Ces résultats ne sont pas statistiquement différents.

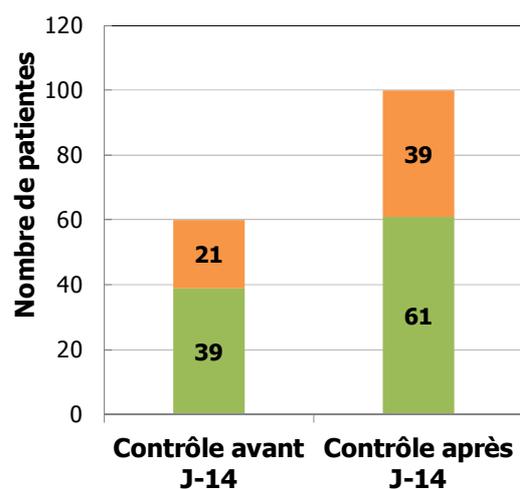


Figure 15. Répartition de l'observance en fonction de la date de la consultation de contrôle (■ Observance, ■ Inobservance).

### 5.3.2.5. Prise de rendez-vous avec la patiente

Dans notre échantillon de médecins, un seul ne prend pas rendez-vous (Rdv) à l'avance pour la consultation post-IVG de ses patientes (Tableau 2 et Figure 16). Ce médecin a un taux d'observance de 13,3 % (2 patientes sur 15). L'ensemble des autres médecins qui prennent rendez-vous à l'avance avec leurs patientes ont un taux d'observance de 67,6 % (98 patientes sur 145). Cette différence est significative avec un  $p < 0,00003$ .

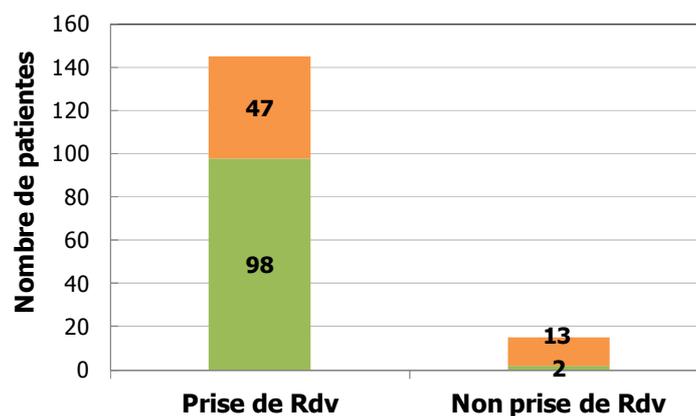


Figure 16. Répartition de l'observance en fonction de la prise de Rdv à l'avance avec la patiente (■ Observance, ■ Inobservance).

### 5.3.2.6. Appel des patientes ne se présentant pas à leur Rdv de contrôle.

Dans notre échantillon, quatre médecins rappellent les patientes qui ne se sont pas présentées à la consultation de contrôle (Tableau 2).

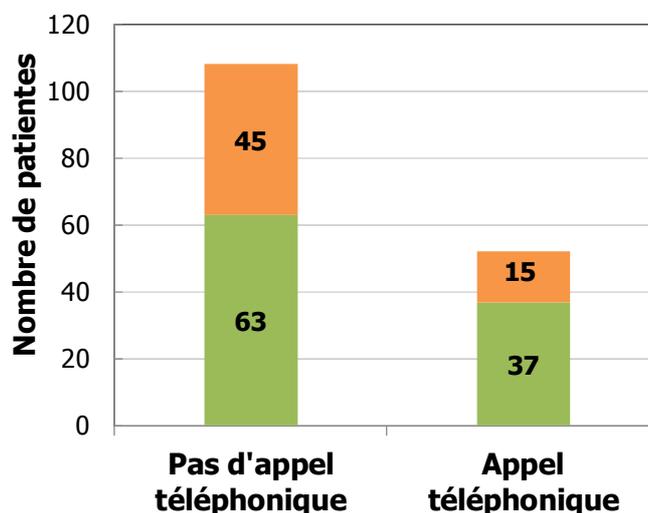


Figure 17. Répartition de l'observance en fonction de l'appel téléphonique des patientes ne se présentant pas à la visite de contrôle (■ Observance, ■ Inobservance).

La Figure 17 montre que le taux d'observance chez les médecins qui rappellent leurs patientes inobservantes est de 71,2 % (37 patientes sur 52) contre 58,3 % chez les médecins qui ne les rappellent pas (63 sur 108). Il n'y a pas de différence significative avec un  $p = 0,1$ .

### 5.3.2.7. Méthode utilisée par le médecin pour que la patiente revienne en consultation

Les 14 médecins de l'étude ont répondu qu'ils insistaient sur l'importance de la consultation post-IVG pour inciter les patientes à revenir. Un seul médecin fait signer un contrat moral, il a un taux d'observance inférieur à celui de notre étude (60,0 %). Aucun médecin n'a cité dans les commentaires libres d'autre moyen pour inciter les patientes à venir en consultation post-IVG.

## 5.4. Caractéristiques des patientes et de leurs influences sur l'observance

### 5.4.1. Caractéristiques socio-économiques des patientes

#### 5.4.1.1. Âge des patientes

Nous avons classé les patientes en cinq tranches d'âge. Le premier intervalle démarre à la majorité (18 ans) et se termine à 24 ans. Les autres tranches d'âge évoluent de cinq en cinq jusqu'à 44 ans. La limite d'âge de 44 ans correspond à l'âge de plus élevé des patientes de notre étude. Dans la littérature, cet âge limite varie de 44 et 45 ans tout simplement à cause de la forte baisse de la fécondité après ces âges.

Comme le montre la Figure 18, le nombre d'IVG médicamenteuses diminue progressivement avec l'augmentation de l'âge des patientes. La tranche d'âge 18-24 ans représente à elle seule plus d'un quart des IVG. La moyenne d'âge est de 29 ans avec des extrêmes entre 18 (3 patientes) et 44 ans (1 patiente).

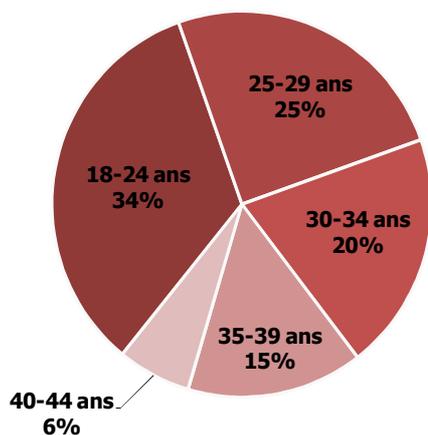


Figure 18. Répartition des âges selon 5 catégories : ■ 18-24 ans, ■ 25-29 ans, ■ 30-34 ans, ■ 35-39 ans, ■ 40-44 ans.

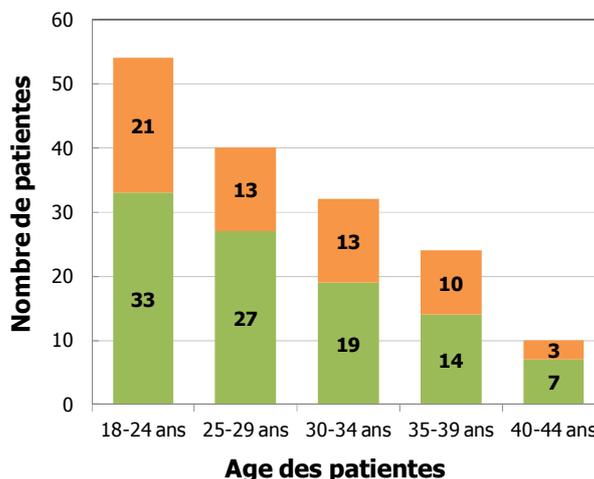


Figure 19. Répartition de l'observance en fonction des âges (■ Observance, ■ Inobservance).

Comme le montre la Figure 19, les patientes de 18 à 24 ans ont un taux d'observance de 61,1 % (33 patientes sur 54), celles de 25 à 29 ans ont un taux de 67,5 % (27 patientes sur 40), celles de 30 à 34 ans ont un taux de 59,4 % (19 patientes sur 32), celles de 35 à 39

ans ont un taux de 58,3 % (14 sur 24) et celles de 40 à 44 ans ont un taux d'observance de 70,0 % (7 patientes sur 10). Ces résultats ne sont pas statistiquement différents.

#### 5.4.1.2. Statut familial

Dans notre échantillon, le nombre de patientes célibataires est légèrement plus important que le nombre de patientes en couple (Figure 20).

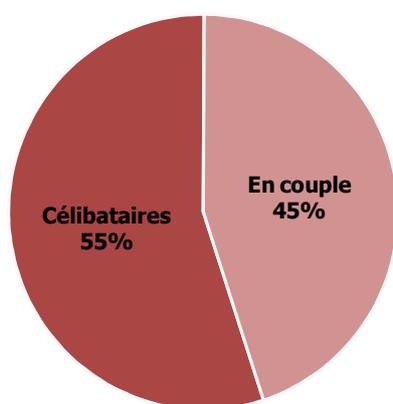


Figure 20. Répartition des patientes selon leur statut familial (■ Célibataires, ■ En couple).

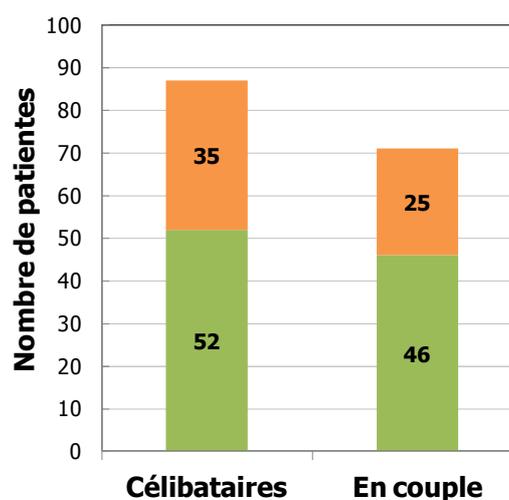


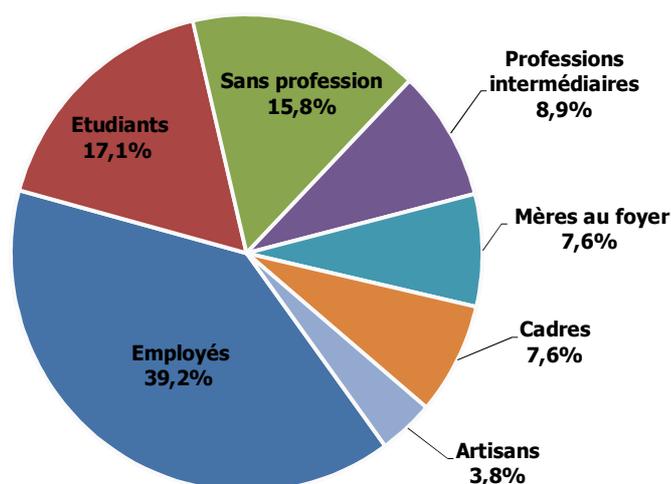
Figure 21. Répartition de l'observance selon le statut familial (■ Observance, ■ Inobservance).

Tel qu'illustré dans la Figure 21, le taux d'observance parmi les patientes célibataires est de 59,8 % (52 patientes sur 87) et de 64,8 % (46 patientes sur 71) parmi les patientes en couple. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

#### 5.4.1.3. Professions et catégories socioprofessionnelles

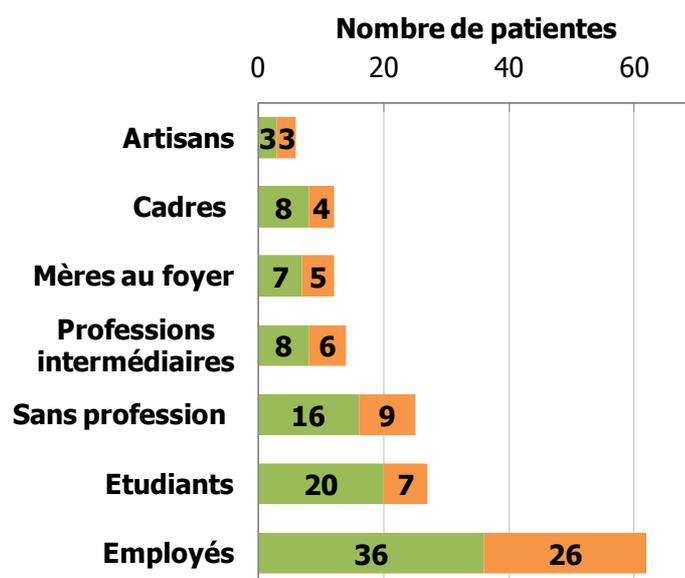
Pour créer nos catégories socioprofessionnelles, nous nous sommes inspirés des catégories de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques de 2012 (INSEE) en y apportant quelques modifications. L'INSEE classe les professions en 8 catégories : « agriculteurs », « artisans », « commerçants, chefs d'entreprise », « cadres », « professions intermédiaires », « employés », « ouvriers », « retraités » et « sans activité professionnelle » (46). Dans notre étude, la classification des personnes « sans activité professionnelle » est

différente de celle de l'INSEE. L'INSEE inclut dans cette catégorie les mères au foyer et les personnes sans emploi et classe les chômeurs ayant déjà travaillé dans la catégorie des actifs. Dans notre étude, nous avons intégré dans la catégorie « sans profession » les patientes au chômage et sans profession. Nous avons fait une catégorie à part pour les femmes au foyer. Il nous a semblé important de faire cette distinction car notre échantillon se compose de femmes jeunes en âge de procréer.



**Figure 22. Répartition des professions selon 7 catégories :** ■ Employés, ■ Etudiants, ■ Sans profession, ■ Professions intermédiaires, ■ Mères au foyer, ■ Cadres, ■ Artisans.

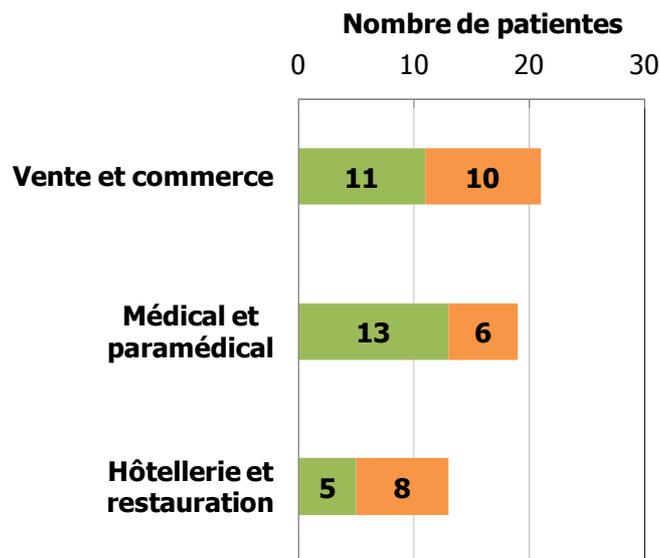
Comme exposé dans la Figure 22, les trois catégories socioprofessionnelles les plus représentées de notre échantillon sont : la catégorie « employés » avec 62 patientes (39,2 %), la catégorie « étudiants » avec 27 patientes (17,1 %) et la catégorie « sans profession » avec 25 patientes (15,8 %). Les catégories les moins représentées sont : « professions intermédiaires » (14 patientes), « cadres » (12 patientes), « mères au foyer » (12 patientes) et « artisans » (6 patientes). On remarquera que l'échantillon ne contient aucune patiente appartenant aux catégories : « retraités », « agriculteurs » ou « ouvriers ».



**Figure 23. Répartition de l'observance selon les catégories socioprofessionnelles inspirées de l'INSEE (■ Observance, ■ Inobservance).**

Comme le montre la Figure 23, les trois catégories socioprofessionnelles ayant le taux d'observance le plus élevé sont les catégories: « étudiants », « cadres » et « sans profession » avec respectivement 74,1 % (20 patientes sur 27), 66,7 % (8 patientes sur 12) et 64,0 % (16 patientes sur 25). Même si ces taux semblent plus élevés que notre taux d'observance global de 62,5 %, les calculs statistiques indiquent que les catégories socioprofessionnelles ne sont pas statistiquement différentes ( $p = 0,23$ ).

Dans un souci de précision, notre questionnaire demandait la profession brute des patientes afin de pouvoir identifier les secteurs d'activité les plus représentés et leur influence possible sur l'observance (Figure 24). Les trois secteurs d'activité les plus représentés (contenant chacun plus de 10 patientes) sont : le secteur « vente et commerce » qui emploie 13,1 % de notre échantillon (21 patientes sur 160), ensuite vient le secteur « médical et paramédical » avec 11,9 % (19 patientes sur 160) et « l'hôtellerie et restauration » avec 8,1 % (13 patientes sur 160).



**Figure 24. Répartition de l'observance selon les 3 secteurs d'activité les plus représentés (■ Observance, ■ Inobservance).**

Dans le secteur « médical et paramédical », le taux d'observance est de 68,4 % (13 patientes sur 19), contre seulement 52,4 % dans le secteur « vente et commerce » (11 patientes sur 21) et 38,5 % dans le secteur « hôtellerie et restauration » (5 patientes sur 13). Le secteur « hôtellerie et restauration » a un taux d'observance inférieur aux deux autres secteurs, mais ce résultat n'est pas significatif.

#### 5.4.1.4. Obtention du baccalauréat.

Comme illustré dans la Figure 25, 66,7 % des patientes de notre échantillon, ont leur baccalauréat (96 patientes sur 144).

Le taux d'observance des patientes titulaires du baccalauréat (BAC) est de 75,0 % (72 patientes sont revenues sur 96) contre 43,8 % chez les patientes non titulaires du baccalauréat (21 patientes sur 48). Il existe une différence statistiquement significative entre l'obtention du baccalauréat et l'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse avec un  $p < 0,0002$  (Figure 26).

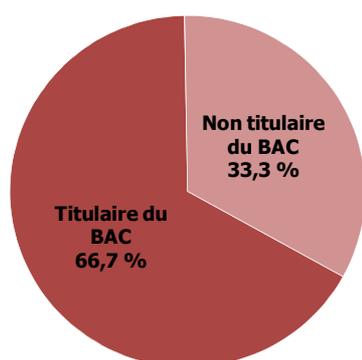


Figure 25. Répartition globale des patientes selon l'obtention du baccalauréat (■ Titulaire du BAC, ■ Non titulaire du BAC).

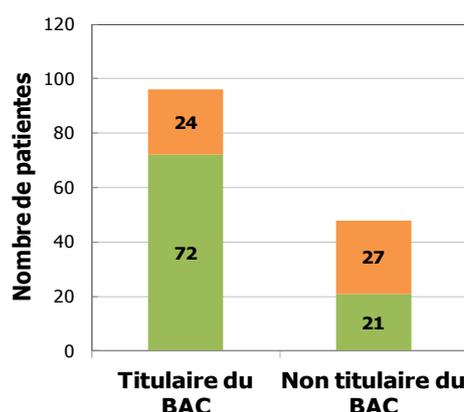


Figure 26. Répartition de l'observance selon l'obtention du baccalauréat (■ Observance, ■ Inobservance).

#### 5.4.1.5. Couverture sociale

La Figure 27 met en évidence que la majorité des patientes possède une couverture sociale : 67 % des patientes sont très bien couvertes avec une mutuelle en plus de la Sécurité Sociale (107 patientes sur 160), 18 % des patientes ne sont couvertes que par la Sécurité Sociale (29 patientes sur 160) et 12 % bénéficient de la CMU (19 patientes sur 160). Seules 3 % des patientes ne bénéficient d'aucune couverture sociale française (5 patientes sur 160). Ces dernières sont toutes nées à l'étranger et parmi elles, une seule ne possède pas de couverture sociale, les autres possédant une couverture étrangère. Les patientes ayant une couverture sociale étrangère sont toutes revenues, mais la patiente ne possédant aucune couverture sociale n'est pas revenue. Aucune patiente de notre étude ne bénéficie de l'AME.

Les taux d'observance selon chaque type de couverture sociale sont exposés dans la Figure 28. Il est de 63,6 % pour les patientes ayant la double couverture Sécurité Sociale et mutuelle (68 patientes sur 107), de 63,2 % pour celles bénéficiant de la CMU (12 patientes sur 19) et de 55,2 % pour celles qui bénéficient de la Sécurité Sociale seule (16 patientes sur 29). Il y avait trop peu de patientes dans la catégorie « pas de couverture sociale française » pour pouvoir calculer un taux d'observance statistiquement significatif. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la couverture sociale et l'observance.

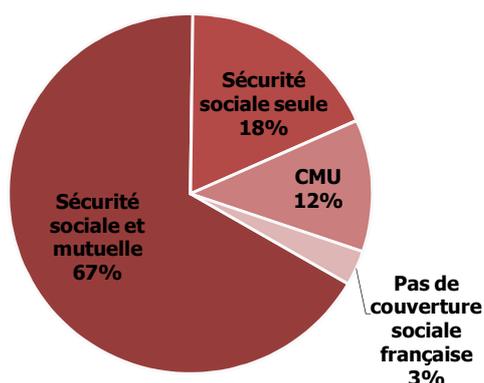


Figure 27. Répartition des patientes selon leur couverture sociale (■ Sécurité sociale et mutuelle, ■ Sécurité sociale seule, ■ CMU, ■ Pas de couverture sociale française).

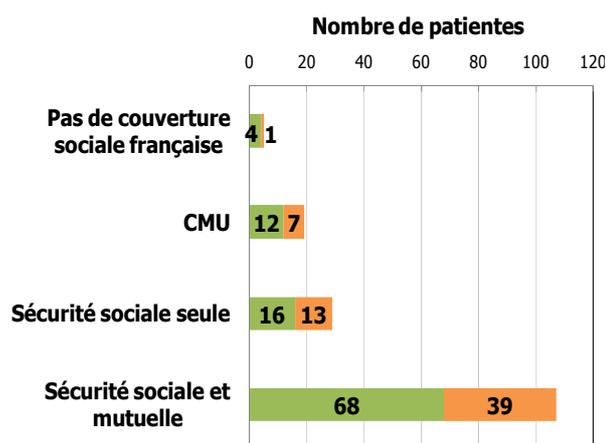


Figure 28. Répartition de l'observance selon la couverture sociale (■ Observance, ■ Inobservance).

### 5.4.2. Pays de naissance

Tel que listé dans le Tableau 3, 21,9 % des patientes de notre échantillon sont nées à l'étranger (35 patientes sur 160).

Tableau 3. Taux d'observance en fonction du lieu de naissance.

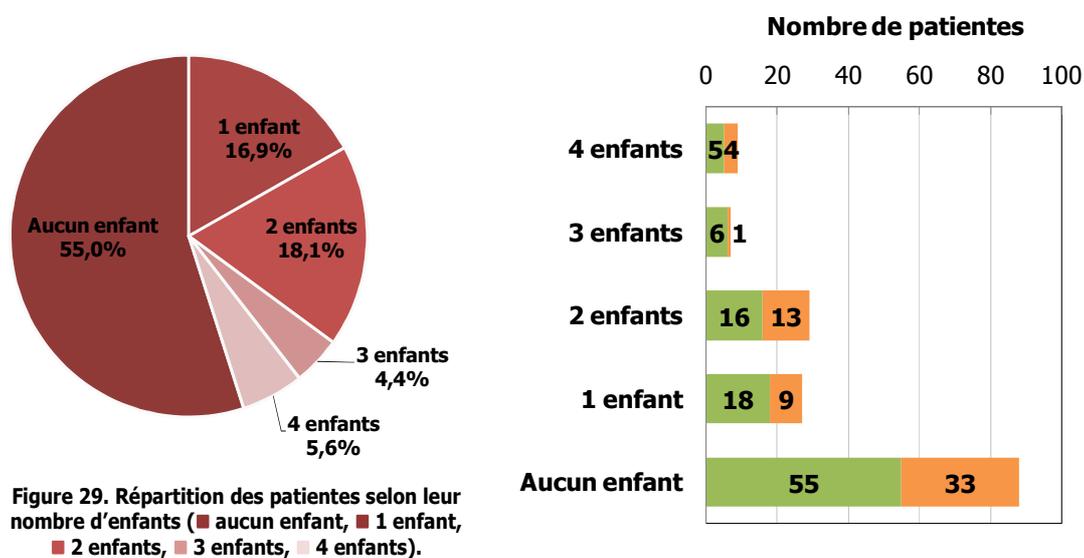
	France	Etranger	Afrique du Nord	Afrique Subsaharienne	Europe de l'Est	Europe de l'Ouest	Autre
<b>Inobservance (patientes)</b>	45	15	4	3	2	4	2
<b>Observance (patientes)</b>	80	20	6	0	5	7	2
<b>Total (patientes)</b>	125	35	10	3	7	11	4
<b>Taux d'observance (%)</b>	64,0	57,1	60,0	0,0	71,4	63,6	50,0

Le taux d'observance des patientes nées à l'étranger est de 57,1 % (20 patientes sur 35) contre 64,0 % pour les patientes nées en France (80 patientes sur 125). Le taux d'observance par lieu de naissance n'a pas pu être calculé à cause du faible effectif de patientes dans chaque groupe. Il n'existe pas de différence significative entre l'observance des patientes nées en France et l'observance des patientes nées à l'étranger.

### 5.4.3. Antécédents gynécologiques

#### 5.4.3.1. Nombre d'enfants

Comme exposé dans la Figure 29, plus d'une patiente sur deux est nullipare. Les patientes ayant déjà un ou deux enfants représentent respectivement 16,9 % (27 patientes) et 18,1% (29 patientes) de l'échantillon. Seulement 4,4 % (7 patientes) et 5,6 % (9 patientes) des patientes ont respectivement 3 et 4 enfants.



Comme le montre la Figure 30, les patientes nullipares ont un taux d'observance de 62,5 % (55 patientes sur 88), celles ayant un enfant ont un taux de 66,7 % (18 patientes sur 27), celles ayant deux enfants ont un taux de 55,2 % (16 patientes sur 29) et celles ayant 3 et 4 enfants ont un taux de 68,7 % (11 patientes sur 16). Il n'existe pas de différence significative.

#### 5.4.3.2. Antécédent d'IVG

Pour 67,5 % des patientes, il s'agit de la première IVG (Figure 31).

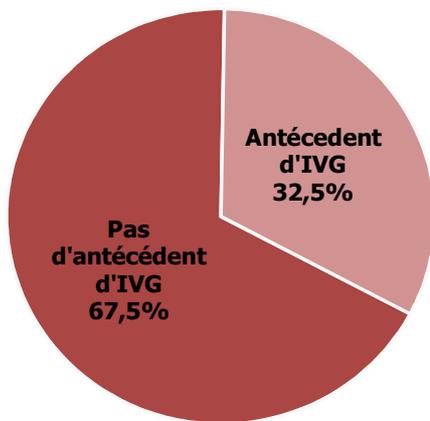


Figure 31. Répartition des patientes selon leur antécédent d'IVG (■ Pas d'antécédent d'IVG, ■ Antécédent d'IVG).

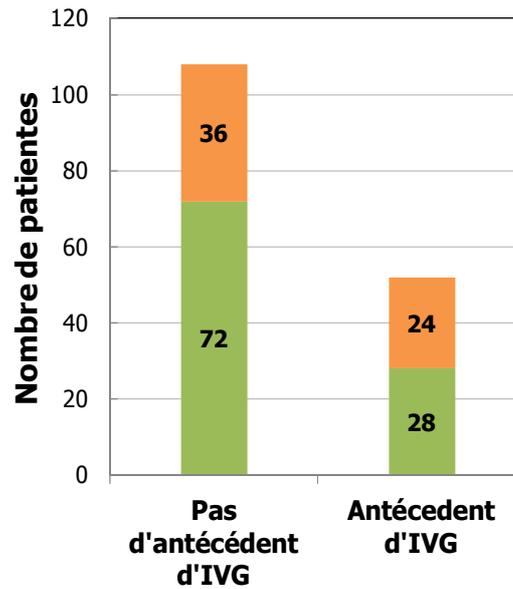


Figure 32. Répartition de l'observance en fonction de l'existence d'un antécédent d'IVG (■ Observance, ■ Inobservance).

Comme illustré dans la Figure 32, le taux d'observance des patientes n'ayant jamais fait d'IVG est de 66,7 % (72 patientes sur 108) alors que le taux d'observance des patientes ayant déjà fait une IVG est plus bas avec 53,8 % (28 patientes sur 52). Cependant cette différence n'est pas significative ( $p = 0,11$ ).

Précisons que le taux d'observance des patientes ayant un antécédent d'IVG médicamenteuse est équivalent à celui des patientes ayant un antécédent d'IVG chirurgical, avec respectivement 53,6 % pour les IVG chirurgicales (15 patientes sur 28) et 51,5 % pour les IVG médicamenteuses (17 patientes sur 33).

#### 5.4.3.3. Moyen de contraception au moment de la grossesse actuelle

La Figure 33 nous montre qu'au moment de la grossesse, 41,2 % (66 patientes sur 160) n'avaient pas de moyen de contraception, 31,9 % (51 patientes sur 160) utilisaient une méthode mécanique (préservatif ou retrait) et 26,9 % (43 patientes sur 160) utilisaient une contraception hormonale (patch, anneau, pilule). Aucune patiente de l'étude n'utilise de stérilet ou d'implant comme moyen de contraception.

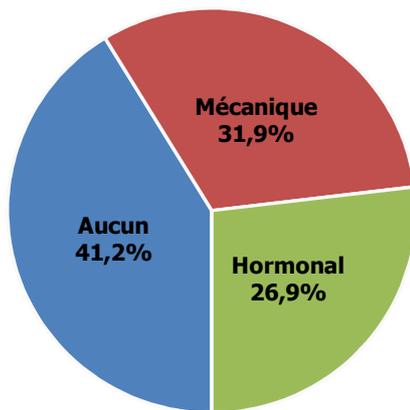


Figure 33. Répartition des patientes selon leur moyen de contraception (■ Aucun, ■ Mécanique, ■ Hormonal)

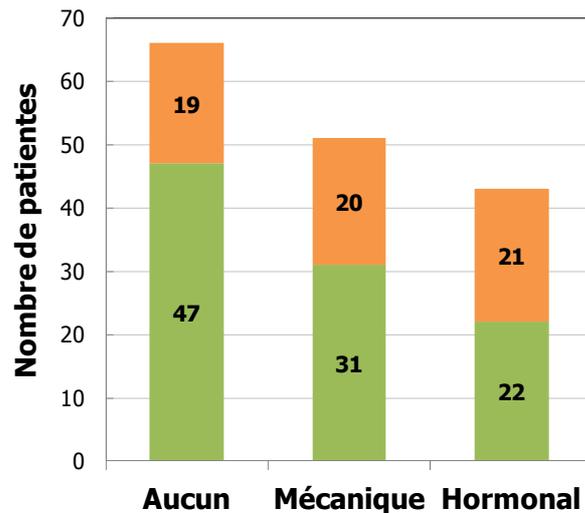


Figure 34. Observance des patientes en fonction de leur moyen de contraception (■ Observance, ■ Inobservance).

Les patientes n'ayant pas de moyen de contraception reviennent globalement plus à la consultation post-IVG que les autres. En effet 71,2 % de ces patientes (47 sur 127) reviennent contre respectivement 60,8 % (31 sur 127) et 51,2 % (22 sur 127) pour celles utilisant la contraception mécanique et la contraception hormonale (Figure 34). Cependant, il n'existe pas de différence significative entre le moyen de contraception utilisé et l'observance de la consultation post-IVG avec un  $p = 0,10$ .

#### 5.4.3.4. Convenance du moyen de contraception

68,5 % des patientes (87 sur 127) ne sont pas satisfaites de leur moyen de contraception (Figure 35)

Comme exposé dans la Figure 36, le taux d'observance des patientes insatisfaites de leur moyen de contraception est de 74,0 % (64 patientes sur 87) contre seulement 57,5 % dans le groupe des patientes satisfaites (23 patientes sur 40). Ces résultats sont à la limite de la significativité avec un  $p = 0,07$ .

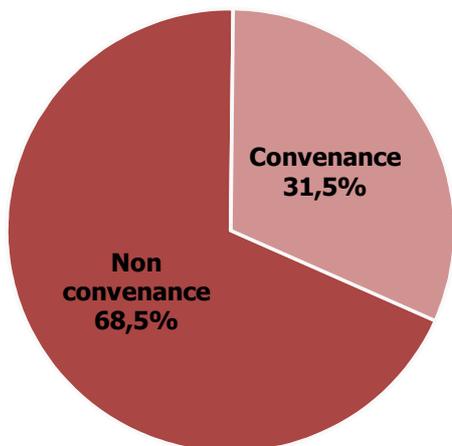


Figure 35. Répartition des patientes selon la convenance du moyen de contraception (■ Non convenance, ■ Convenance).

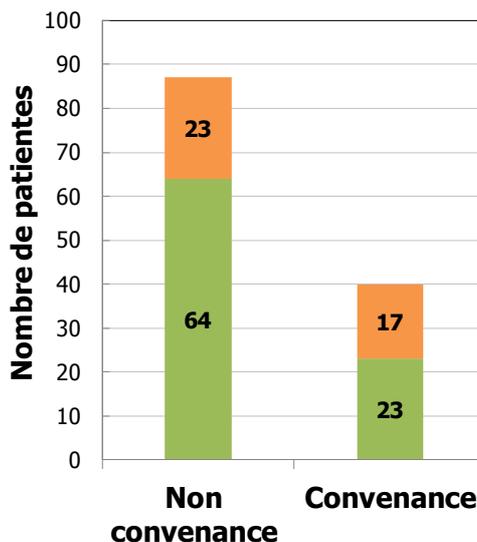


Figure 36. Observance des patientes en fonction de la convenance du moyen de contraception (■ Observance, ■ Inobservance).

#### 5.4.4. Orientation vers le cabinet

Seulement 28,0 % des patientes (44 patientes sur 157) étaient déjà venues consulter au cabinet du médecin de l'étude (Figure 37). Elles sont majoritairement adressées par une tierce personne.

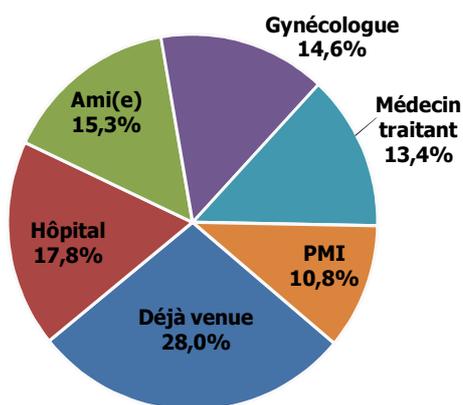


Figure 37. Répartition des patientes selon leur orientation vers le cabinet. (■ Déjà venue, ■ Hôpital, ■ Ami(e), ■ Gynécologue, ■ Médecin traitant, ■ PMI)

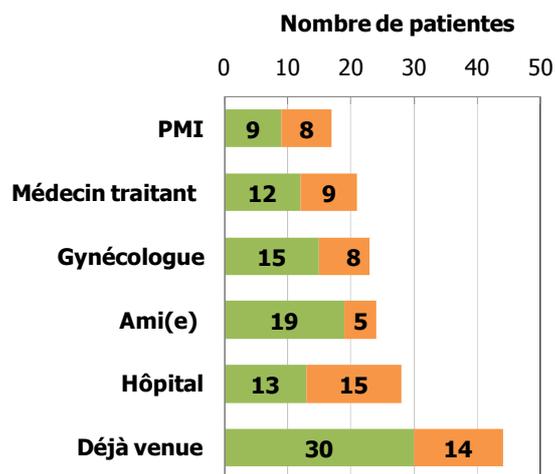


Figure 38. Observance des patientes en fonction de leur orientation vers le cabinet (■ Observance, ■ Inobservance).

La Figure 38 montre que globalement, le taux d'observance est meilleur quand les patientes sont adressées par un(e) ami(e), par le gynécologue ou lorsqu'elles sont déjà patientes du

cabinet. Le taux d'observance est de 79,2 % (19 patientes sur 24) quand la patiente est adressée par un(e) ami(e), de 65,2 % (15 patientes sur 23) quand elles sont adressées par le gynécologue et de 68,2 % (30 patientes sur 44) lorsqu'elles sont déjà patientes du cabinet. Les patientes reviennent un peu moins lorsqu'elles sont adressées par l'hôpital, la PMI ou le médecin généraliste avec des taux d'observance respectifs de 46,4 % (13 patientes sur 28), 52,9 % (9 patientes sur 17) et 57,1 % (12 patientes sur 21). Ces résultats ne sont pas statistiquement différents avec un  $p = 0,18$ .

#### 5.4.5. Présence d'une tierce personne lors de la consultation

67,5 % des patientes (104 patientes sur 154) sont venues accompagnées à la consultation de remise de la mifépristone (Figure 39).

Nous observons dans la Figure 40 que le taux d'observance des patientes venant accompagnées le jour de la consultation de prise de mifépristone est de 82,0 % (41 patientes sur 50) contre 51,9 % lorsqu'elles ne sont pas accompagnées (54 patientes sur 104). Il existe une différence statistiquement significative du taux d'observance entre la venue à la consultation de prise de mifépristone accompagnée ou non avec un  $p = 0,0003$ .

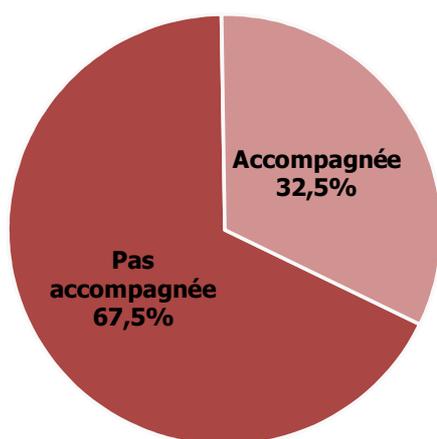


Figure 39. Répartition des patientes selon l'accompagnement au cabinet (■ Pas accompagnée, ■ Accompagnée).

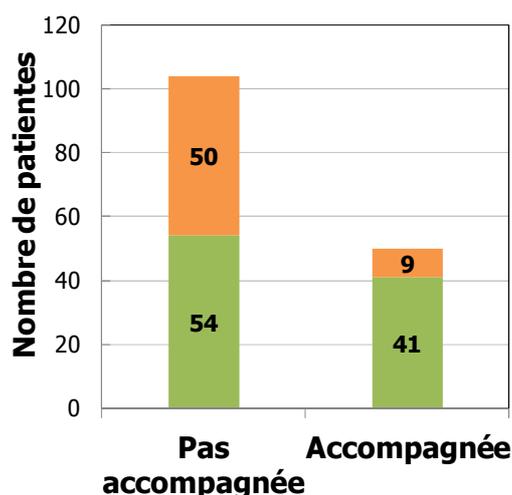


Figure 40. Observance des patientes en fonction de l'accompagnement au cabinet (■ Observance, ■ Inobservance).

## 6. Discussion

### 6.1. De la méthode

La présente étude a été réalisée avant la période estivale pour permettre une meilleure disponibilité des médecins et limiter l'influence des départs en vacances sur la venue des patientes à la consultation post-IVG.

Le recueil des données a été fixé sur une période relativement courte de 3 mois afin d'obtenir un taux de participation important de la part des médecins et d'inclure malgré tout ainsi un grand nombre de patientes. Après analyse des statistiques de l'Agence Régionale de Santé (ARS) 2011<sup>1</sup> et questionnement des médecins de l'échantillon sur le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par an, nous avons évalué qu'en trois mois il nous serait possible de récolter au moins une centaine de dossiers patientes. Cette estimation s'est révélée exacte et la durée du recueil de données n'a pas dû être allongée pour obtenir un échantillon significatif de patientes.

Pour des raisons organisationnelles, nous avons inclus uniquement les médecins libéraux installés dans une zone géographique bien définie : la métropole NCA. La proximité des cabinets les uns par rapport aux autres a facilité le recueil des données.

Les patientes ont été incluses le jour de la prise de mifépristone car celle-ci marque le début du processus de l'IVG médicamenteuse. Les patientes mineures ont été exclues car la quasi totalité des médecins de l'étude ne réalisent pas d'IVG médicamenteuse chez ces patientes et les adressent à l'hôpital référent.

---

<sup>1</sup> L'ARS calcule le nombre d'IVG fait par médecin et par an en se basant sur le recueil des bulletins statistiques remplis par les médecins. Ces données ne sont pas publiées, l'ARS a accepté de nous les communiquer pour notre étude.

La deuxième partie de notre travail a pour objectif de rechercher les facteurs influençant l'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse. Initialement, cette étude devait être qualitative et non quantitative. Nous voulions rappeler les patientes inobservantes et leur proposer un questionnaire semi-dirigé. Cette idée a rapidement été abandonnée après discussion avec des médecins pratiquant régulièrement des IVG médicamenteuses. Premièrement, ils trouvaient inapproprié de proposer aux patientes d'être rappelées par une inconnue pour discuter au téléphone de leur IVG, de plus, cela aurait impliqué une rupture de l'anonymat. Deuxièmement il aurait été difficile de trouver le moment opportun pour discuter au téléphone avec les patientes du sujet sensible de leur IVG. Nous les aurions dérangées dans leur quotidien (travail, famille) et d'après les médecins interrogés, elles n'auraient très certainement pas répondu à nos questions. Les médecins pratiquant régulièrement des IVG médicamenteuses nous ont confié que même quand c'était eux qui rappelaient leurs patientes, elles répondaient rarement au téléphone, il y avait donc peu d'espoir que nous obtenions un bon taux de réponse.

## **6.2. De l'échantillon médecins**

Dans notre échantillon, la spécialité et le sexe du médecin ne sont pas représentés dans les mêmes proportions que dans la population source. Dans notre échantillon, les médecins femmes sont surreprésentées et le taux de participation des gynécologues-obstétriciens est nettement moins important que celui des gynécologues médicaux et des médecins généralistes. Ceci peut constituer un obstacle à la représentativité de notre échantillon médecin par rapport à la population source. Les médecins qui ont accepté de participer à l'étude étaient intéressés par le sujet, ce qui constitue potentiellement un biais de sélection.

D'après les données de l'ARS, en 2011<sup>2</sup> les médecins de notre échantillon ont réalisé environ 50 % des IVG médicamenteuses de la métropole NCA. Basé sur ce constat, et dans un souci d'efficacité, ce panel de médecins nous a semblé suffisant et significativement représentatif de la situation niçoise sur le sujet, en termes de nombre d'IVG réalisé par an.

A noter que le taux de médecins généralistes réalisant des IVG médicamenteuses dans la métropole NCA (population source) est nettement moins important (13,7 %) qu'en PACA (42,0 %) ou qu'en France métropolitaine (25,0 %) (12, 23).

### **6.3. De l'échantillon patientes**

Un total de 160 patientes répondants aux critères d'inclusion se sont présentées auprès d'un médecin impliqué dans cette étude sur un délai de 3 mois. Elles ont toutes accepté de répondre au questionnaire. Ce taux de participation de 100 % a pu être obtenu grâce à la rapidité et la simplicité du questionnaire patiente et à son remplissage par le médecin et non par la patiente. Trois médecins, très motivés par le sujet, nous ont reproché sa brièveté et auraient ajouté plus de questions. Mais avec un questionnaire plus exhaustif, nous pensons que notre étude aurait inclus beaucoup moins de médecins et que les questionnaires n'auraient pas tous été remplis correctement, entraînant alors un biais de sélection et d'information. Globalement les questionnaires ont été remplis avec beaucoup de soin grâce à la motivation des médecins et à un lien téléphonique soutenu, très peu de données sont manquantes. Parmi les questions qu'auraient ajoutées les médecins, on peut citer les questions suivantes : Quel moyen de contraception utilisiez-vous les mois précédents la grossesse ? Le but est ici d'évaluer l'existence d'un changement de contraception au moment où la grossesse est survenue. Quel est votre niveau d'étude (BEP, BAC, BAC +2

---

<sup>2</sup> L'ARS calcule le nombre d'IVG fait par médecin et par an en se basant sur le recueil des bulletins statistiques remplis par les médecins. Ces données ne sont pas publiées, l'ARS a accepté de nous les communiquer pour notre étude.

etc...)? Cette question est plus précise que dans notre questionnaire où nous demandons seulement si la patiente a son BAC. Vous sentez vous soutenue par votre entourage dans cette épreuve ?, Quelles sont les raisons pour lesquelles vous réalisez cette IVG ?

Pour évaluer la représentativité de notre échantillon patiente à l'échelle régionale, nous avons comparé nos données à deux études récentes réalisées par l'ARS en PACA. La première porte sur les caractéristiques et le parcours des femmes ayant recours à une IVG en PACA en 2007, il s'agit de l'exploitation régionale de l'enquête de la DREES sur les établissements et les professionnels de santé pratiquant des IVG (12, 23). La seconde porte sur les IVG du 4<sup>ème</sup> trimestre 2010 en PACA (47). Il est important de préciser que toutes ces études incluent les femmes mineures et portent sur le nombre global d'IVG fait en PACA (chirurgicales et médicamenteuses). Dans la littérature, aucune étude ne porte spécifiquement sur le département des Alpes-Maritimes ou sur les IVG médicamenteuses. Le taux de mineures ayant recours à une IVG en PACA s'élève à 5,8 %, il risque donc de biaiser la comparabilité de notre étude, mais nous le prendrons en considération dans notre analyse (47).

### **6.3.1. Caractéristiques socio-économiques des patientes**

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes est de 29 ans contre 27 ans dans les deux études de l'ARS. Cette différence peut s'expliquer par l'exclusion des mineures de notre étude. Tout comme pour l'ARS, le taux de recours à l'IVG est plus important chez les patientes de moins de 24 ans, puis diminue progressivement avec l'âge.

Notre échantillon se compose d'un nombre de femmes célibataires plus important. Le taux de femmes célibataires dans notre étude et dans l'enquête de l'ARS de 2007 est identique (55 %).

Nous avons comparé les catégories socioprofessionnelles de nos patientes aux données du recensement de l'INSEE en PACA des femmes de 15 à 49 ans en 2008 (48). Le taux de

patientes exerçant un emploi dans notre étude est identique à celui de l'INSEE (60 %). Notre taux d'étudiantes est légèrement supérieur (16,8 %) à celui de l'INSEE (15 %). Cette surreprésentation des étudiantes peut s'expliquer par la pratique plus fréquente des IVG chez les femmes de moins de 24 ans. Les femmes au foyer sont moins représentées dans notre échantillon avec 7,5 %, contre 9 % pour l'INSEE. Le nombre de patientes sans emploi est plus élevé dans notre étude (15,8 %) que pour l'INSEE (11 %). Cette hausse peut être expliquée par l'augmentation du taux de chômage dans la région depuis quelques années (48). Le profil socioprofessionnel des femmes réalisant une IVG dans notre étude n'est pas très différent de celui de la population générale des femmes en PACA. Dans notre échantillon, trois secteurs d'activité étaient surreprésentés : « médical et paramédical », « vente et commerce » et « hôtellerie et restauration ». Dans les 15 premiers métiers les plus exercés par les femmes en PACA en 2008, on retrouve des métiers appartenant à ces trois catégories. Ces catégories sont donc plus représentées dans notre échantillon car ce sont des métiers plus fréquemment exercés par les femmes (46, 49).

Dans notre étude, 67 % des patientes ont leur BAC contre 57 % dans l'enquête DREES en 2007 et 54 % en PACA en 2006 (12, 50). Une fois de plus, ces deux études incluent les patientes mineures qui n'ont, par conséquent, pas encore passé leur BAC. Ceci abaisse donc le chiffre d'obtention du BAC dans ces deux études. L'enquête DRESS a réalisé une analyse fine des niveaux d'étude par groupe d'âge et fait apparaître que l'IVG ne concerne pas systématiquement les femmes les moins diplômées (51).

En PACA, plus d'un quart des patientes réalisant une IVG ont la CMU ou l'AME, contre 12 % dans notre étude (23). Dans notre étude, les médecins gynécologues ne pratiquent quasiment pas de tiers payant alors que les médecins généralistes le pratiquent régulièrement. Les patientes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME se dirigent donc préférentiellement vers l'hôpital ou vers un médecin généraliste pratiquant les IVG médicamenteuses. Dans notre étude, nos trois médecins généralistes ont vu autant de patientes CMU que les 11 médecins gynécologues. Etant donné que notre échantillon se

compose majoritairement de médecins gynécologues qui ne font quasiment pas de tiers payant, nous n'avons donc pas beaucoup de patientes CMU ou AME.

21,9 % des patientes de notre étude sont nées à l'étranger contre environ 14 % dans les études de l'ARS. A l'inverse de l'ARS, notre échantillon se compose de plus de patientes nées en Europe qu'en Afrique. Nous n'avons pas trouvé d'argument dans la littérature pour expliquer la différence de résultat entre notre étude et celles de l'ARS.

### **6.3.2. Caractéristiques gynécologiques**

Nos résultats sont similaires à ceux reportés dans les deux enquêtes de l'ARS. Les patientes réalisant une IVG sont nullipares dans plus de 50 % des cas et n'ont pas d'antécédent d'IVG dans environ 68 % des cas.

Comme dans l'étude de l'ARS 2007, environ 60 % des patientes de notre étude utilisaient un moyen de contraception au moment où la grossesse est survenue.

Seulement 31,5 % des patientes de notre étude sont satisfaites de leur statut contraceptif. Ce pourcentage comprend les femmes qui ont un moyen de contraception et celles qui n'en ont pas. Cette question n'a pas toujours été répondue par les médecins avec un taux de réponse à cette question de 79,3 %. Le médecin ne répondait pas quand la réponse de la patiente était ambivalente. Dans la thèse du Dr Guillemain réalisée dans le canton de FAYENCE en 2012, la satisfaction des femmes à propos de leur contraception était de 93 % (52). Nos échantillons ne sont pas comparables car dans son étude : les patientes de plus de 45 ans sont incluses, seule la satisfaction des femmes sous contraception est étudiée et enfin, les patientes interrogées ne consultent pas pour une IVG. Le moyen de contraception utilisé par les patientes de notre étude a échoué, par conséquent il paraît cohérent qu'une majorité de patientes n'en soit pas satisfaite.

### 6.3.3. Orientation de la patiente vers le cabinet

Comme dans l'étude de l'ARS 2010, environ 57 % des femmes ont été orientées vers le cabinet par un professionnel de santé.

### 6.3.4. Accompagnement à la consultation de contrôle

Dans notre étude, les patientes sont venues moins souvent accompagnées (32,5 %) que dans l'étude de l'ARS 2010 (55 %). Une fois de plus, cette différence peut s'expliquer par l'exclusion des mineures de notre étude, puisque celles-ci doivent obligatoirement venir accompagnées d'une personne majeure lors de la consultation de prise de mifépristone.

## 6.4. De l'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse

La consultation post-IVG est une « étape essentielle du suivi de l'IVG », elle est recommandée par la HAS et fait partie du forfait remboursé à 100 % par la Sécurité Sociale (13). Pourtant, l'observance est loin d'être parfaite. Dans notre étude, le taux d'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse s'élève à **62,5 %**. Dans la littérature, ce taux varie de 53 à 83 % pour une valeur moyenne d'environ 70,3 % (6, 7, 12, 14-16).

Dans la grande enquête nationale de la DRESS réalisée en 2007 sur les établissements et les professionnels réalisant des IVG, le taux d'observance s'élève à **77 %** (12).

Le REVHO est un réseau de santé ville-hôpital en Ile-de-France créé en 2004 qui permet aux femmes d'avoir recours à une IVG médicamenteuse avec un médecin de ville. Son but est de diffuser la méthode médicamenteuse en ville et d'améliorer et faciliter la prise en charge des femmes (32). Dans un souci d'amélioration, le réseau réalise régulièrement l'évaluation de ses pratiques. Dans son étude prospective d'une durée de 4 ans (2004 à 2008) portant sur 15 447 patientes et 150 médecins, le taux d'observance s'élève à **80,7 %** alors qu'il n'est que de **58 %** dans son rapport annuel 2012 portant sur 6 172 IVG. Le REVHO précise que

le taux d'observance baisse avec les années sans donner plus de précisions sur les causes potentielles (15, 16). Dans sa thèse, le Dr Nguyen a étudié rétrospectivement 100 dossiers de femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en 2008 auprès d'un médecin du REVHO et trouve le taux d'observance le plus faible de la littérature avec **53 %** (14).

L'étude prospective de Provancal et al. en 2008 portant sur l'efficacité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse à l'hôpital (226 patientes) et en ville (173 patientes) trouve un taux d'observance meilleur en ville (**82,7 %**) qu'à l'hôpital (**71,7 %**) (7). L'étude prospective de Faucher et al. en 2004 portant sur l'efficacité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse en ville chez 433 patientes montre un taux d'observance de **69,3 %** (6).

Le taux d'observance de notre étude se trouve dans la fourchette basse des taux retrouvés dans la littérature. Sur les 6 études décrites, 4 ont un taux d'observance supérieur au notre.

Depuis leur autorisation en médecine libérale, les IVG médicamenteuses ont fait l'objet de nombreuses études nationales et internationales. Malgré le fait que l'inobservance de la consultation post-IVG pose problème aux médecins dans leur pratique quotidienne et que chaque étude présente un taux d'inobservance non négligeable, aucune étude ne s'est jamais spécifiquement intéressée aux facteurs influençant l'observance.

Les commentaires sur l'inobservance de la consultation de contrôle varient selon les études. Certains expliquent que c'est un alea inévitable et inhérent à n'importe quel acte ou pathologie traitée en médecine ambulatoire et qu'il faut l'accepter (14). Beaucoup se rassurent en disant que la méthode médicamenteuse est sûre et efficace, ce qui tend à supposer qu'une femme non venue va bien, mais que, bien sur, le problème principal reste celui d'une grossesse évolutive persistante ignorée (6). D'autres ne se prononcent pas et disent que d'après les données actuelles, il n'est pas possible de dire si la non venue à la consultation de contrôle constitue un sur-risque (15). Enfin, certains cherchent à simplifier la procédure afin d'augmenter l'observance, diminuer le coût, favoriser l'accès à l'IVG et alléger le vécu :  $\beta$ -HCG plasmatique, entretiens téléphoniques et  $\beta$ -HCG urinaire à domicile (53).

## **6.5. Des facteurs influençant l'observance**

Notre recherche bibliographique n'a pas identifié d'étude portant spécifiquement sur les facteurs influençant l'observance de la consultation post-IVG. Il nous a donc paru intéressant de les rechercher et d'essayer d'apporter des solutions pour améliorer les pratiques. Lors de la réalisation de nos questionnaires médecin et patiente, nous avons émis quelques hypothèses concernant les facteurs qui pourraient influencer l'observance.

### **6.5.1. Facteurs sans influence**

#### **6.5.1.1. Âge, couverture sociale, nombre d'enfants, profession, statut familial et sexe du médecin**

Comme dans l'étude de Hassoun et al. portant sur l'IVG médicamenteuse dans un centre de planification familiale parisien, notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre l'observance de la consultation post-IVG et : l'âge, la couverture sociale, le nombre d'enfants ou la profession des patientes (39). Dans notre étude, le sexe du médecin et le statut familial de la patiente n'influent pas sur l'observance de la consultation post-IVG.

#### **6.5.1.2. Pays de naissance**

Le pays de naissance des patientes n'influe pas sur l'observance, les taux d'observance sont équivalents dans les groupes « nées en France » et « nées à l'étranger ». Cependant, le taux d'observance en fonction du pays d'origine n'a pas pu être calculé à cause des effectifs trop faibles dans chaque groupe.

#### **6.5.1.3. Secteur de convention du médecin et prix de l'échographie**

Le secteur de convention du médecin et le prix de l'échographie ne représentent pas un frein à l'observance. L'absence d'influence du secteur de convention peut être expliquée par le fait que les médecins n'aient pas le droit de faire de dépassement d'honoraire sur le forfait IVG. Le tarif est donc le même quelque soit le secteur de convention du médecin. On aurait pu

penser qu'un dépassement sur l'échographie ou au contraire qu'un acte gratuit puisse influencer sur l'observance, mais ce n'est pas le cas dans notre étude. Notons que les médecins qui font l'échographie gratuitement le précisent à la consultation précédente.

#### 6.5.1.4. Date de la consultation post-IVG

Nous avons émis l'hypothèse qu'un Rdv de contrôle fixé tardivement (après J-14) pouvait diminuer l'observance. Les patientes pouvaient avoir oublié la date du Rdv ou avoir envie de tourner la page sur cet événement douloureux de leur vie. Toutefois, notre étude n'a pas mis en évidence une influence de la date du Rdv sur l'observance de la consultation post-IVG.

### **6.5.2. Facteurs ne permettant pas de conclure sur l'influence**

Il est important de noter que dans notre étude, un des médecins généralistes présente un taux d'observance de 13,3 %. Cette valeur anormalement basse biaise l'analyse de plusieurs paramètres et limite la portée de nos conclusions sur la significativité de leur influence sur le taux d'observance.

#### 6.5.2.1. Spécialité du médecin

Nos résultats mettent en évidence que la spécialité du médecin est un facteur influençant l'observance de manière statistiquement significative. Mais ce résultat semble biaisé par deux facteurs. Premièrement notre échantillon de médecins généralistes (3 médecins) est trop faible comparé à celui des gynécologues (11 médecins). Deuxièmement, si on enlève du calcul statistique le résultat du médecin généraliste ayant un taux très faible d'observance (13,3 %), on obtient un taux d'observance de 67 % pour le groupe des médecins généralistes, ce qui est comparable à celui des gynécologues (68 %).

### 6.5.2.2. Prise de Rdv à l'avance avec la patiente

Il n'est pas possible de conclure sur l'influence de la prise de Rdv à l'avance sur la consultation post-IVG car un seul médecin ne prend pas Rdv à l'avance pour ses patientes, les deux groupes ne sont donc pas comparables. Notons que ce médecin est celui qui possède le taux d'observance le plus faible (13,3 %). Il faudrait réaliser une étude avec un effectif de médecins identique dans chaque groupe pour évaluer l'influence de ce facteur sur l'observance.

### 6.5.2.3. Méthode de contrôle.

Nous ne pouvons pas conclure concernant l'influence de la méthode de contrôle de l'IVG médicamenteuse sur l'observance, car nos groupes ne sont pas comparables à cause du faible effectif des médecins utilisant les  $\beta$ -HCG plasmatique (2 médecins). Toutefois, on remarque que le taux d'observance du médecin qui utilise l'association échographie et  $\beta$ -HCG plasmatique (81,8 %) et le taux d'observance du médecin qui utilise les  $\beta$ -HCG plasmatique seuls (71,4 %) est meilleur que celui des médecins utilisant l'échographie seule (60 %).

Le médecin de notre étude qui utilise les  $\beta$ -HCG plasmatique seuls comme moyen de contrôle a remarqué que depuis qu'il les utilise à la place de l'échographie, les patientes reviennent plus à la consultation post-IVG. Son hypothèse est que lorsque l'échographie faite par le radiologue ne montre pas de signe de grossesse persistante, les patientes ne voient pas l'intérêt de revenir en consultation de contrôle. Inversement, lorsque le médecin prescrit des  $\beta$ -HCG plasmatique à J-14 de l'IVG, les  $\beta$ -HCG plasmatique sont encore légèrement positifs, ce qui a tendance à inquiéter les patientes qui reviennent en consultation.

Horning et al. ont tenté d'améliorer l'observance de la consultation post-IVG en laissant le choix aux patientes du moyen de contrôle entre  $\beta$ -HCG plasmatique et échographie (54). Leur étude met en évidence que l'observance est meilleure de 10 % dans le groupe des

patientes ayant choisi l'échographie. Toutefois l'analyse multivariée a démontré que le choix de la méthode n'avait pas d'influence sur le taux d'observance et que ce sont les caractéristiques des femmes qui déterminent l'observance et non pas la méthode utilisée. Ainsi, ils ont déterminé des facteurs de risque d'inobservance : le domicile éloigné, le chômage et un antécédent d'IVG. Cette étude n'est pas comparable à la notre pour deux raisons. La première est que le choix de la méthode de contrôle est laissé aux patientes alors qu'il est imposé dans notre étude. D'ailleurs l'étude de Horning et al. précise que le choix des  $\beta$ -HCG plasmatique par leurs patientes est très probablement un choix de facilité et financier. Deuxièmement l'étude a été réalisée aux Etats-Unis où le contexte socio-économique et la prise en charge médicale sont différents. Il serait intéressant de réaliser en France une étude portant sur l'influence du moyen de contrôle de l'IVG sur l'observance. L'étude porterait sur deux groupes comparables de médecins utilisant soit les  $\beta$ -HCG plasmatique, soit l'échographie. Les patientes n'auraient pas le choix de la méthode de contrôle afin de ne pas biaiser les résultats.

#### 6.5.2.4. Proximité géographique

Ce paramètre n'a pas pu être étudié car dans le questionnaire, seulement 10 patientes ont répondu qu'elles venaient au cabinet car celui-ci se situait à proximité de leur domicile et aucune n'a répondu qu'elle venait car celui-ci était éloigné du domicile (pour plus d'anonymat). Par ailleurs, Dans notre étude, la majorité des patientes et des médecins habite à Nice. Il n'était donc pas possible de faire deux groupes comparables pour étudier l'influence de la proximité, car l'effectif des patientes habitant hors de Nice était trop faible. L'étude de Nguyen et l'étude de Horning et al. ont mis en évidence que la proximité géographique influait favorablement sur l'observance de la consultation de contrôle (14, 54). Le Dr Nguyen a pu étudier ce paramètre car son étude portait sur les patientes d'un seul médecin parisien et chaque patiente donnait l'arrondissement de Paris dans lequel elle habitait. Dans notre étude, nous avons omis de demander aux patientes leur quartier d'habitation.

### **6.5.3. Facteurs ayant une influence non significative**

#### **6.5.3.1. Rappel des patientes qui ne viennent pas**

Nous avons émis l'hypothèse que les médecins rappelant l'importance de la consultation post-IVG aux patientes inobservantes par téléphone avaient un meilleur taux d'observance. Dans notre étude, ces médecins ont un taux d'observance supérieur de 13 % par rapport à ceux qui ne rappellent pas leurs patientes. Toutefois, d'après les calculs, cette différence n'est pas statistiquement significative. Parmi les médecins qui ne rappellent pas les patientes inobservantes, beaucoup nous ont dit qu'ils le faisaient systématiquement dans les premières années de leur pratique des IVG mais qu'ils avaient abandonné devant la non réponse récurrente des patientes au téléphone.

#### **6.5.3.2. Antécédent d'IVG**

Nous avons émis l'hypothèse que les patientes sans antécédent d'IVG avaient un taux d'observance plus important. Ces patientes ne connaissent pas le déroulement de l'IVG et craignent peut être plus l'échec que les patientes qui ont déjà eu recours à une IVG qui s'est bien passée. Effectivement, notre étude montre que les patientes sans antécédent d'IVG ont un taux d'observance 13 % supérieur aux autres sans que cela soit pour autant statistiquement significatif. Notons, que la thèse du Dr Nguyen et l'étude de Horning et al. mettent en évidence des conclusions similaires qui sont elles statistiquement significatives (14, 54). Les patientes ayant un antécédent d'IVG seraient donc plus à risque d'inobservance.

#### **6.5.3.3. L'orientation de la patiente vers le cabinet**

Globalement, les patientes ont un meilleur taux d'observance à la consultation de contrôle quand elles sont adressées par un ami (79,2 %), le gynécologue (65,2 %) ou qu'elles sont déjà patientes du cabinet (68,2 %), mais il n'existe pas de lien statistiquement significatif. Les femmes déjà patientes du cabinet ont très certainement établi un lien de confiance avec

leur médecin ce qui les amènent peut être à reconsulter plus volontiers. On peut être amené à penser que si la pratique des IVG était plus répandue auprès des médecins, les patientes pourraient réaliser cet acte auprès de leur médecin habituel ce qui permettrait peut être d'améliorer l'observance grâce à la relation de confiance établie. A l'inverse on pourrait penser que par gêne, les patientes préféreraient changer de médecin pour réaliser cet acte.

#### 6.5.3.4. Insatisfaction du moyen de contraception

Nous avons émis l'hypothèse sur les patientes insatisfaites de leur moyen de contraception revenaient plus en consultation post-IVG afin de faire le point avec leur médecin sur leur contraception et d'éviter une nouvelle grossesse non désirée. Notre étude confirme cette hypothèse, les patientes insatisfaites reviennent globalement plus en consultation post-IVG (74 %), ces résultats sont à la limite de la significativité avec un  $p = 0,07$ .

Précisons que les patientes sans contraception sont globalement toutes insatisfaites de leur statut contraceptif et qu'elles reviennent plus à la consultation post-IVG sans que ce résultat soit pour autant significatif ( $p = 0,1$ ).

### 6.5.4. Facteurs ayant une influence significative

#### 6.5.4.1. Âge du médecin

Le taux d'observance de la consultation post-IVG est meilleur lorsque les patientes consultent un médecin de moins de 50 ans (73,4 %). Ceci peut être expliqué par la sensibilisation des jeunes médecins dès le début de leurs études à l'importance d'une information claire, loyale et appropriée des patients. Ils expliquent peut être plus en détails la procédure d'IVG et insistent d'avantage sur l'importance du contrôle de l'efficacité de la méthode et de la bonne adéquation de la contraception.

#### 6.5.4.2. Nombre d'années d'expérience

Les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience ont un meilleur taux d'observance que les autres (73,1 %). Ces médecins ont une formation plus récente. Etant donné que les établissements conventionnés organisent peu ou pas du tout de formation médicale continue, c'est aux médecins de se former seuls. Or, le thème des IVG médicamenteuses est rarement abordé dans les revues et les congrès de gynécologie-obstétrique. On peut donc penser que les médecins se forment peu dans ce domaine.

#### 6.5.4.3. Nombre d'IVG réalisé par an

Les médecins réalisant moins de 45 IVG médicamenteuses par an ont un meilleur taux d'observance (73,3 %). La pratique trop fréquente des IVG peut entraîner une banalisation du geste. L'IVG médicamenteuse est un acte technique très protocolisé qui se déroule avec succès dans l'immense majorité ces cas, de ce fait, les médecins ayant une grande expérience des IVG insistent peut-être moins sur l'importance de la consultation post-IVG. Cependant, il faut garder en tête que l'IVG n'est pas un acte anodin et que chaque consultation prévue dans le forfait IVG est importante. Même si les taux de succès retrouvés dans la littérature sont bons, il persiste des échecs qu'il faut savoir détecter rapidement.

Les jeunes médecins pratiquants peu et depuis peu ont globalement un meilleur taux d'observance que les autres. Toutefois nous ne pouvons pas conclure de l'influence de ces 3 facteurs (âge inférieur à 50 ans, moins de 45 IVG par an, moins de 5 ans d'expérience) sur l'observance, car l'échantillon de patientes vu par ces médecins est trop faible dans notre étude (50 patientes sur 160). Il serait intéressant de réaliser une enquête sur un échantillon plus grand de médecins afin d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'un lien entre l'observance et ces 3 facteurs.

#### 6.5.4.4. Médecins réalisateurs de l'échographie

L'observance est meilleure quand le prescripteur de l'échographie la réalise lui-même (70,1 %). Un médecin de notre étude qui délègue l'échographie au radiologue nous a signalé que lorsqu'il rappelle ses patientes inobservantes par téléphone, celles-ci ont souvent fait leur échographie de contrôle et comme les images ne montrent plus de grossesse et qu'elles vont bien, elles ne voient pas l'intérêt de revenir. Il serait intéressant que les médecins qui ne réalisent pas l'échographie eux-mêmes, utilisent un contrôle par  $\beta$ -HCG plasmatique et évaluent si cela a une répercussion sur leur taux d'observance. Le médecin ayant le moins bon taux d'observance de l'étude nous a confié que durant le recueil de données, les patientes qui se sont présentées en consultation post-IVG étaient celles qui présentaient des anomalies à l'échographie, ce qui laisse supposer qu'une patiente non revenue est une patiente qui va bien.

#### 6.5.4.5. Influence du médecin lui-même

Le taux d'observance varie d'un médecin à l'autre. Cinq médecins ont un taux d'observance inférieur au taux d'observance de notre étude (62,5 %), ces cinq médecins ont tous plus de cinquante ans et quatre médecins sur cinq ont plus de 5 ans d'expérience, ils n'ont pas d'autre point commun. Nous pouvons conclure de manière statistiquement significative sur l'influence d'un seul médecin sur l'observance avec un  $p = 0,0002$ . Il s'agit du médecin ayant le moins bon taux d'observance de l'étude (13,3 %).

La relation médecin-patient a très certainement une influence importante sur l'observance des patientes à la consultation post-IVG, ce qui peut donc expliquer les différences de taux d'observance entre les médecins.

#### 6.5.4.6. Zone géographique

Etant donné le faible échantillon de médecins de notre étude et leur répartition éparse dans la métropole NCA, nous avons opté pour le découpage géographique en pôles de proximité.

Il correspond au juste milieu entre le découpage par quartier qui ne permettait pas de faire des groupes de médecins (le nombre de quartiers était trop important par rapport au nombre de médecins de l'étude) et le découpage en zone nord/sud et est/ouest qui aurait été trop généraliste (exemple : le haut de Cimiez et le quartier du Ray sont situés au nord de Nice, mais le niveau de vie n'est pas le même).

Dans notre étude, il existe une différence significative entre les zones géographiques où sont situés les médecins et l'observance. Cœur de ville, Trois Collines, La Trinité et Est-Littoral ont un taux d'observance supérieur à celui de notre étude (62,5 %) et Ouest-Littoral, Nord centre et Carros ont un taux inférieur. Sur les sept zones géographiques de notre étude, trois se composent de deux à cinq médecins et les quatre autres se composent d'un seul médecin. Nos résultats sont statistiquement significatifs au sein de notre étude, mais le faible effectif de certaines zones ne permet pas d'extrapoler nos résultats à la métropole NCA. En effet, il n'est pas possible de savoir si c'est le médecin ou la zone géographique qui influence l'observance.

#### 6.5.4.7. Obtention du baccalauréat

Dans notre étude, le taux d'observance des patientes titulaires du baccalauréat est de 75 % et ce, de manière statistiquement significative. L'obtention du baccalauréat a donc une influence positive sur l'observance dans notre échantillon. Il paraît cohérent de penser que les patientes ayant fait des études ont un niveau de compréhension supérieur, et de ce fait soient plus à même de comprendre les informations données par le médecin.

#### 6.5.4.8. Accompagnement à la consultation post-IVG

Dans notre étude, être accompagnée est un facteur influençant favorablement l'observance de la consultation post-IVG (82 % des patientes accompagnées reviennent). Premièrement, on peut penser que les patientes accompagnées sont plus soutenues par leur entourage. Elles parlent peut-être plus de cette épreuve et du déroulement des consultations. Si les

patientes ne désirent pas aller en consultation post-IVG, peut-être que leurs proches insisteront sur l'importance de cette consultation et qu'elles changeront d'avis. Deuxièmement, la consultation lors de laquelle le médecin remet la mifépristone à la patiente est très riche en informations, mais la patiente n'est pas toujours réceptive à toutes les informations données car elle est focalisée sur son IVG. La présence d'une tierce personne au moment de cette consultation peut permettre de rappeler à la patiente ce qu'elle n'aurait pas bien compris ou entendu, notamment l'importance de la consultation de contrôle.

## 7. Propositions

### 7.1.1. Proposition 1 : Evaluer la satisfaction des patientes sur la prise en charge de leur IVG

Dans notre étude, il existe une grande variation du taux d'observance selon les médecins. Globalement, les meilleurs taux d'observance sont obtenus par les jeunes médecins pratiquant peu et depuis peu. Notre hypothèse est que la relation médecin-patient joue un rôle primordial dans l'observance. Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative sur la satisfaction des patientes concernant la prise en charge de leur IVG par le médecin et d'évaluer son effet sur l'observance de la consultation post-IVG. Par la même occasion, il serait intéressant de demander aux patientes les motifs de leur venue ou de leur non venue à la consultation post-IVG. Notre questionnaire étant quantitatif, nous n'avons très certainement pas exploré tous les facteurs « patiente » influençant l'observance.

On pourrait, par exemple, reconvoquer les femmes observantes et inobservantes au sein de « focus groups » afin de savoir si le médecin a répondu à leurs attentes en termes de soutien psychologique, d'information et de disponibilité tout au long des différentes consultations et aussi afin de connaître les motifs personnels ayant influés sur l'observance. Le médecin a-t-il suffisamment insisté sur l'importance de cette consultation post-IVG ? Que pensent les patientes de l'importance de cette consultation ? Les patientes se sentent-elles en confiance avec leur médecin ? Quels sont les motifs de leur observance ou de leur inobservance à la consultation de contrôle ?

Précisons que beaucoup d'études quantitatives antérieures ont déjà évalué l'acceptabilité de la méthode médicamenteuse à domicile, mais aucune n'a évalué la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur IVG par leur médecin (6–9).

### **7.1.2. Proposition 2 : Renforcer la formation médicale continue**

Un corollaire de notre conclusion est que les meilleurs taux d'observance sont obtenus par les médecins dont la formation sur les IVG est la plus récente. Les établissements de santé respectent très peu leur obligation légale d'initier et d'organiser la formation médicale continue de leurs médecins conventionnés. Les médecins se retrouvent donc livrés à eux-mêmes quant au maintien de leurs connaissances. Ils se forment seuls, par exemple en lisant la littérature ou en participant à des congrès. Or, le sujet des IVG médicamenteuses passionne peu les médecins et on trouve très peu de publications sur le sujet dans la littérature française. Par ailleurs, le thème des IVG médicamenteuses fait rarement partie des congrès de gynécologie-obstétrique. Le seul congrès ayant exclusivement pour thème la contraception et les IVG est le congrès de l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC) qui a lieu tous les deux ans.

Afin de palier à l'isolement des médecins dans leur pratique quotidienne des IVG médicamenteuses, on pourrait par exemple créer un réseau de santé ville-hôpital pour l'orthogénie comme c'est le cas en région Ile-de-France (32). Cela permettrait aux médecins de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques respectives et d'accéder à une formation médicale continue de qualité. Il existe déjà un réseau IVG dans le département des Bouches-du-Rhône, il serait intéressant de l'étendre à toute la région PACA.

Les raisons qui poussent les médecins à réaliser des IVG médicamenteuses en ville sont d'aider les femmes, de faciliter leur accès à l'IVG et de réduire les délais d'attente des hôpitaux souvent débordés (12). Pour assurer le maintien d'une bonne offre de soin, il est primordial que les médecins de ville continuent à réaliser des IVG médicamenteuses et que de nouveaux médecins se forment. Mais pour se faire, il faut les soutenir dans leur pratique quotidienne, ce qui n'est pas le cas actuellement, car les établissements de santé référents s'investissent peu dans cette mission.

### **7.1.3. Proposition 3 : Faire évoluer les méthodes de contrôle**

Depuis 2001, l'HAS n'a pas modifié ses recommandations concernant le moyen de contrôle à utiliser pour le contrôle de l'efficacité de l'IVG. L'HAS laisse le choix de la méthode de contrôle au médecin (échographie ou  $\beta$ -HCG plasmatique) (55). Or, de nombreuses études ont été réalisées sur le sujet et pourraient amener à la modification des recommandations.

Les  $\beta$ -HCG plasmatique apparaissent comme un moyen sûr, efficace et peu coûteux pour contrôler l'efficacité de l'IVG médicamenteuse (31). Le REVHO préconise ce moyen de contrôle car le recours à des traitements complémentaires (gestes endo-utérins) est moins fréquent qu'avec l'échographie (15, 16). Leur utilisation augmente progressivement depuis plusieurs années en France, toutefois, l'utilisation de l'échographie reste prépondérante dans notre étude (13 médecins sur 14).

Nous n'avons pas pu conclure de l'influence du moyen de contrôle sur l'observance à cause du trop faible effectif de médecins réalisant les  $\beta$ -HCG plasmatique (deux médecins). Notre hypothèse est que l'utilisation des  $\beta$ -HCG plasmatique par rapport à l'échographie peut permettre d'améliorer l'observance. Afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative avec un échantillon de médecins équivalents dans les deux groupes de moyen de contrôle (échographie versus  $\beta$ -HCG plasmatique) afin d'étudier leur influence sur l'observance. Si le taux d'observance est meilleur dans le groupe «  $\beta$ -HCG plasmatique », cela ne fera qu'asseoir la supériorité du contrôle des  $\beta$ -HCG plasmatique sur l'échographie, ce qui incitera peut-être d'avantage les médecins à les prescrire. Notre hypothèse se base sur 3 éléments : Premièrement, un médecin de notre étude a remarqué que depuis qu'il utilisait les  $\beta$ -HCG plasmatique, son taux d'observance était meilleur. Deuxièmement, les deux médecins utilisant les  $\beta$ -HCG plasmatique ont de très bon taux d'observance. Et troisièmement, les médecins qui délèguent l'échographie au radiologue ont des taux d'observance plus faibles que ceux la réalisant eux-mêmes, peut-être que s'ils prescrivaient les  $\beta$ -HCG plasmatique, ils auraient un meilleur taux d'observance ?

Un autre moyen de contrôle est en cours d'évaluation, il s'agit du test des  $\beta$ -HCG urinaire. De nombreuses études anglo-saxonnes ont fait la preuve de leur efficacité dans le contrôle de l'IVG médicamenteuse (34–36). Il serait intéressant de faire une étude française de faisabilité et d'acceptabilité d'un test urinaire de basse sensibilité lors du contrôle de l'efficacité d'une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine libéral et par la même occasion de rechercher si cette méthode peut avoir une influence sur l'observance.

## 8. Conclusion

La consultation post-IVG est une « étape essentielle du suivi de l'IVG » (13). Or, on constate de manière récurrente dans la littérature un manque d'observance de cette consultation ce qui pose problème aux médecins pour le suivi (12). De plus, les recommandations concernant cette consultation n'ont pas évolué depuis 2001. Notre étude s'est attachée à quantifier le taux d'observance de cette consultation dans la métropole Nice Côte d'Azur et à identifier les facteurs influençant son observance afin d'améliorer les pratiques (12, 13, 55). Le taux d'observance de notre étude s'élève à 62,5 % et se trouve dans la fourchette basse de ceux mentionnés dans la littérature (de 53 % à 83 %) (6, 7, 12, 14–16). Notre échantillon patiente est représentatif des patientes réalisant une IVG en PACA. Les facteurs influençant favorablement l'observance sont l'obtention du baccalauréat et l'accompagnement lors de la consultation de prise de mifépristone et, de manière non significative, l'insatisfaction du moyen de contraception et l'absence d'antécédent d'IVG. Côté médecin, les facteurs influençant favorablement l'observance sont nombreux : l'âge inférieur à 50 ans, une expérience de moins de 5 ans des IVG médicamenteuses et la réalisation d'un nombre d'IVG médicamenteuses inférieur à 45 par an. Parmi les médecins prescrivant l'échographie comme moyen de contrôle, ceux la réalisant eux-mêmes ont un taux d'observance statistiquement meilleur. Le taux d'observance varie selon les médecins, mais un seul médecin influe de manière significative sur l'observance, il s'agit du médecin ayant le taux d'observance le plus faible de l'étude (13,3 %). La zone géographique d'installation du médecin semble influencer sur l'observance sans que nous ne puissions extrapoler ces résultats à la métropole NCA car certaines zones géographiques ont des effectifs trop faibles.

Des études Anglo-Saxonnes ont cherché à simplifier la consultation post-IVG en la dématérialisant (appel téléphonique associé à un test de  $\beta$ -HCG urinaire à domicile). Or, la consultation post-IVG ne se cantonne pas au seul contrôle de l'efficacité de l'IVG. Elle sert

aussi à faire de la prévention. On estime que 40 % des femmes françaises auront recours à une IVG à un moment de leur vie. L'IVG n'est donc pas un événement exceptionnel dans la vie des femmes. Si l'on souhaite voir le nombre d'IVG diminuer, il faut insister auprès des femmes sur la prévention des grossesses non désirées (56).

L'IVG n'est pas un geste anodin dénué de conséquence. Afin de prendre en charge au mieux nos patientes, il est important de promouvoir la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins libéraux, de soutenir et de former les médecins et d'homogénéiser la prise en charge (notamment en instituant une méthode de contrôle de l'IVG identique pour tous). La réussite de ces missions passe par la création d'un réseau IVG ou tout simplement par la création de groupes de pairs.

Comme dans toutes les disciplines en médecine, il est important de réévaluer régulièrement nos pratiques et nos connaissances en s'adaptant à la société actuelle afin de prendre en charge au mieux nos patientes.

## 9. Bibliographie

1. LELONG N., MOREAU C., KAMINSKI M., et ÉQUIPE COCON. Prise en charge de l'IVG en France: résultats de l'enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005. vol. 34, p. 53–61.
2. AUBIN Claire et JOURDAIN MENNINGER Danièle. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. *Rapport de synthèse : Inspection générale des affaires sociales*, 2009.
3. Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
4. Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse: pratique des IVG en ville et en établissements de santé.
5. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
6. FAUCHER P., BAUNOT N., et MADELENAT P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital: étude prospective sur 433 patientes. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2005. vol. 33, n° 4, p. 220–7. DOI 10.1016/j.gyobfe.2005.02.021.
7. PROVANCAL M., MIMARI R., GREGOIRE B. et al. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital: étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2009. vol. 37, n° 11-12, p. 850–6. DOI 10.1016/j.gyobfe.2009.07.016.
8. HAJRI Selma, BLUM Jennifer, et GUEDDANA Nabiha. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*. 2004. vol. 70, n° 6, p. 487–91. DOI 10.1016/j.contraception.2004.06.012.
9. LOHR Patricia, WADE Josephine, et RILEY Laura. Women's opinions on the home management of early medical abortion in the UK. *The journal of family planning and reproductive health care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*. 2010. vol. 36, n° 1, p. 21–5. DOI 10.1783/147118910790290894.
10. SCHAFF Eric. Mifepristone: ten years later. *Contraception*. 2010. vol. 81, n° 1, p. 1–7. DOI 10.1016/j.contraception.2009.08.004.
11. VILAIN Annick. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. *DRESS études et résultats*. Juin 2012. N° 804, p. 1–6.
12. VILAIN Annick. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *DRESS études et résultats*. Décembre 2009. N° 712, p. 1–6.

13. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, Argumentaire. Décembre 2010. p. 1–58.
14. NGUYEN Franck. L'interruption volontaire de grossesse en pratique de ville - Spécificités et difficultés rencontrées dans la pratique de ville dans le cadre de l'IVG par méthode médicamenteuse. Th. D : Médecine : Paris 13, 2011.
15. GAUDU Sophie, CROST Monique, et ESTERLE Laurence. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception*. 2013. vol. 87, n° 1, p. 45–50.
16. REVHO. *Rapport d'activité*. 2012.
17. *Le Dictionnaire*. Issy les Moulineaux : Vidal, 2013.
18. PEYRON R., AUBENY E., et TARGOSZ V. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin. *The New England Journal of Medicine*. 1993. vol. 328, n° 21, p. 1509–13.
19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Dossier IVG mineures. [en ligne]. [Consulté le 8/1/2012]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/mineure.pdf>
20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Dossier IVG majeures. [en ligne]. [Consulté le 8/1/2012]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/majeure.pdf>
21. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures.
22. ASSURANCE MALADIE. Quel est le coût de l'IVG ? [en ligne]. [Consulté le 6/4/2013]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/ivg/quel-est-le-cout-dune-ivg.html>
23. ARS PACA. Les IVG dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Caractéristiques et parcours des femmes ayant recours à l'IVG - Exploitation régionale de l'enquête DREES 2007. *infoStat*. Décembre 2010. N° 11.
24. HENSHAW R., NAJI S., et RUSSEL I. A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. *Human Reproduction*. 1994. vol. 9, n° 11, p. 2167–72.
25. SHANNON C., BROTHERS L., et PHILIP N. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. 2004. vol. 70, n° 3, p. 183–90. DOI 10.1016/j.contraception.2004.04.009.
26. HEDLEY A., TRUSSEL J., et TURNER A. Differences in efficacy, differences in providers: results from a hazard analysis of medical abortion. *Contraception*. 2004. vol. 69, n° 2, p. 157–63.
27. GRINSZTEIN A. Que doit-on surveiller après une IVG médicamenteuse? *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*. 2010. vol. 143, p. 2–5.

28. GROSSMAN D. et GRINDLAY K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*. 2011. vol. 83, n° 6, p. 504–10. DOI 10.1016/j.contraception.2010.08.023.
29. JACKSON A., DAYANANDA I., et FORTIN J. Can women accurately assess the outcome of medical abortion based on symptoms alone? *Contraception*. 2012. vol. 85, n° 2, p. 192–7. DOI 10.1016/j.contraception.2011.05.019.
30. ROSSI B., CREININ MD., et LESLIE A. Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*. 2004. vol. 70, n° 4, p. 313–7. DOI 10.1016/j.contraception.2004.04.005.
31. FIALA C., SAFAR P., et BYGDEMAN M. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2003. vol. 109, n° 2, p. 190–195. DOI 10.1016/S0301-2115(03)00012-5.
32. Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie. [en ligne]. [Consulté le 5/6/2013]. Disponible sur : <http://www.revho.fr>
33. Le contrôle de l'efficacité de l'IVG médicamenteuse. [en ligne]. [Consulté le 5/6/2013]. Disponible sur : <http://www.ancic.asso.fr>
34. CLARK W., BRACKEN H., et TANENHAUS J. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*. 2010. vol. 115, p. 264–272.
35. PERRIERA L., REEVES M., et HOHMANN H. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*. 2010. vol. 81, n° 2, p. 143–9. DOI 10.1016/j.contraception.2009.08.008.
36. CAMERON S., GLASIER A., et DEWART H. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception*. 2012. vol. 86, n° 1, p. 67–73. DOI 10.1016/j.contraception.2011.11.010.
37. HENDERSON J., HWANG A., et STEWART F. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception*. 2005. vol. 72, n° 3, p. 175–8. DOI 10.1016/j.contraception.2005.03.011.
38. HAUSKNECHT R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*. 2003. vol. 67, n° 6, p. 463–465. DOI 10.1016/S0010-7824(03)00049-0.
39. HASSOUN D. et PERIN I. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale - L'expérience d'un réseau ville-hôpital de Seine-Saint-Denis. *Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006. vol. 35, n° cahier 1, p. 483–489.
40. ALLARD F. et FROPO J-R. Le traumatisme post-avortement. Condé-sur-Noireau : Salvator, 2007.
41. FERGUSSON D., HORWOOD L., et BODEN J. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British journal of psychiatry: the*

- journal of mental science*. 2008. vol. 193, n° 6, p. 444–51. DOI 10.1192/bjp.bp.108.056499.
42. VINCENT-ROHFRITSCH A. et PERNIN E. Nouveautés en contraception. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012. vol. 41, n° 2, p. 108–14. DOI 10.1016/j.jgyn.2011.09.033.
  43. VILAIN Annick. Questionnaire médical destiné aux praticiens - Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *DRESS études et résultats* [en ligne]. 2009. [Consulté le 11/1/2012]. Disponible sur : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Quest\\_Praticien.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Quest_Praticien.pdf)
  44. Instruction DREES/BESP n° 2010-412 du 3 décembre 2010 relative à la diffusion, la validation et la remontée des bulletins d'interruption volontaire de grossesse.
  45. VILAIN Annick. Questionnaire destinée aux patientes - Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *DREES études et résultats* [en ligne]. 2009. [Consulté le 11/1/2012]. Disponible sur : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Quest\\_Patiente.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Quest_Patiente.pdf)
  46. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [en ligne]. [Consulté le 1/7/2013]. Disponible sur : <http://www.insee.fr>
  47. ARS PACA. Les Interruptions Volontaires de Grossesses du 4 ème trimestre 2010 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *infoStat*. Décembre 2011. N° 13, p. 1–4.
  48. INSEE. Recensement des femmes de 15 à 49 ans selon leur catégorie socioprofessionnelle en PACA en 2008. 2009.
  49. GIORICO T. La palette de métiers exercés par les femmes est beaucoup plus réduite que celle des hommes. *INSEE ETUDES PACA*. 2012. N° 33.
  50. CHARPIOT-PAPANIAN V. Femmes en Provence-Alpes-Côte d'Azur aussi diplômées mais moins reconnues que les hommes. *SUD INSEE l'essentiel*. 2007. N° 113.
  51. VILAIN Annick, COLLET Marc, et MOISY Muriel. Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. *L'état de santé de la population en France, DRESS*. 2010.
  52. GUILLEMAIN C. Les moyens de contraception : connaissances, attitudes et pratiques des femmes. Enquête réalisée auprès de 200 femmes du Canton de Fayence (83). Th. D : Médecine : Nice, 2012.
  53. RAYR C. Peut-on simplifier la procédure de l'avortement médicamenteux? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2012. N° 41, p. 8–10.
  54. HORNING Erin L., CHEN Beatrice A., MEYN Leslie A., et CREININ Mitchell D. Comparison of medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin testing and in-office assessment. *Contraception*. 2012. vol. 85, p. 402–7. DOI 10.1016/j.contraception.2011.09.007.
  55. ANAES. Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines. Mars 2001. p. 1–83.

56. BAJOS N. La santé des femmes en France, DREES, collection Etudes et Statistiques, *La Documentation française*. 2009. p. 1-287.

## Annexe 1 : Questionnaire médecin

1. **Quelle est votre qualification ?** *(Une seule réponse)*

- Gynécologue-obstétricien
- Gynécologue médical
- Généraliste

Si non spécialiste en gynécologie

1b. **Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie (DU...) ?**

- Oui, précisez laquelle : \_\_\_\_\_
- Non

2. **Quel est votre type d'installation ?** *(Plusieurs réponses possibles)*

- Cabinet libéral seul
- Cabinet libéral de groupe
- Activité hospitalière ou en clinique
- Autre : \_\_\_\_\_

3. **Êtes-vous conventionné :**

- Secteur 1
- Secteur 2

4. **Êtes-vous...**

- Un homme
- Une femme

5. **Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

- Moins de 30 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60 ans ou plus

6. **Depuis quelle année faites vous des IVGM en cabinet ?** \_\_\_\_\_

7. **En moyenne, combien d'IVG faites vous par an ?**

- Moins de 15
- Entre 15 et 30
- Entre 30 et 45
- Entre 45 et 60
- Plus de 60

**8. Quand programmez-vous la consultation post IVG ? (Une seule réponse)**

- Entre J7 et J14
- Entre J14 et J21
- Après J21

**9. Vous ou votre secrétaire programmez à l'avance le Rdv de la consultation post IVG avec la patiente ?**

- Oui
- Non

**10. Quel bilan de contrôle prescrivez-vous ? (Une seule réponse)**

- Echographie
- BHCG plasmatique
- Echographie et BHCG plasmatique

**11. Si vous prescrivez une échographie, la réalisez vous vous-même ?**

- Oui
- Non (elle est faite par un radiologue)

**12. Si vous prescrivez une échographie, quel est son prix ?**

- Tarif Sécurité Sociale
- Gratuite
- Dépassement d'honoraire

**13. Recontactez-vous les femmes qui ne se présentent pas à la consultation de contrôle ?**

- Oui
- Non

**14. Quel est votre méthode pour inciter les patientes à revenir à la consultation post IVG ?**

- Vous leur donnez la feuille de remboursement uniquement à la consultation de contrôle
- Vous insistez sur l'importance de cette consultation lors des entretiens précédents
- Vous leur faites signer un contrat moral
- Autre : \_ \_ \_ \_ \_

## Annexe 2 : Questionnaire patiente

### Partie 1 - Informations de suivi

**Nom** (ou 3 premières lettres du nom) : \_\_\_\_\_

**Date de naissance** (jour/mois/année) : \_\_ / \_\_ / \_\_

**Date de la prise de mifépristone** (jour/mois) : \_\_ / \_\_

**Venue**

**Pas venue**

### Partie 2 - Questionnaire

**1. Statut familial :**     Célibataire                       En couple                       Mariée

**2. Profession :** \_\_\_\_\_ (précisez si chômage/au foyer/étudiante)

**3. Baccalauréat :**         Oui                                       Non

**4. Pays de naissance :** \_\_\_\_\_

**5. Ville de résidence actuelle :** \_\_\_\_\_

**6. G\_\_ P\_\_**                      (inclure la grossesse actuelle dans le calcul du geste)

**Nombre antérieur d'IVG :**    (ne pas inclure l'IVGM en cours)

Chirurgical : \_\_                      Médicamenteux : \_\_                      Année de la dernière IVG : \_\_\_\_\_

**7. Moyen de contraception au moment où la grossesse est survenue** (plusieurs réponses possibles) :

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule  | <input type="checkbox"/> Retrait/Abstinence périodique |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Préservatif                   |
| <input type="checkbox"/> Patch   | <input type="checkbox"/> Stérilet                      |
| <input type="checkbox"/> Anneau  | <input type="checkbox"/> Pas de contraception          |

**8. Ce moyen de contraception convient-il ?**                       Oui                       Non

**9. Couverture sociale** (une seule réponse) :

- Sécurité sociale seule
- Sécurité sociale + mutuelle
- CMU
- AME

**10. Pourquoi avez-vous choisi ce cabinet médical ?** *(plusieurs réponses possibles)*

- Vous êtes déjà venue en consultation dans ce cabinet
- Proximité géographique
- Eloignement géographique pour plus d'anonymat
- Suite aux conseils d'un(e) :
  - Médecin traitant
  - Gynécologue
  - Hôpital
  - PMI
  - Ami(e)

**11. Êtes-vous venue accompagnée aujourd'hui ?**  Oui  Non

# Résumé

**Introduction :** La consultation post-IVG médicamenteuse est une étape essentielle du suivi de l'IVG. L'observance de cette consultation n'est pas parfaite, ce qui pose problème aux médecins. Qu'en est-il dans la métropole Nice Côte d'Azur ? Quels sont les facteurs influençant l'observance ?

**Méthodologie :** Etude prospective de 3 mois, réalisée à l'aide de questionnaires auprès de 160 patientes majeures incluses par 14 médecins de la métropole NCA pratiquant des IVG médicamenteuses en ville.

**Résultats :** Le taux d'observance global est de 62,5 %. Côté patiente, les facteurs influençant l'observance sont : l'obtention du baccalauréat (75,0 %), l'accompagnement à la consultation (82,0 %) et de manière non significative : l'insatisfaction du moyen de contraception (74,0 %) et l'absence d'antécédent d'IVG (66,7 %). Côté médecin, ces facteurs sont : un âge inférieur à 50 ans (73,4 %), une expérience inférieure à 5 ans (73,1 %), un nombre d'IVG inférieur à 45 par an (73,3 %), la réalisation de l'échographie par le médecin prescripteur (70,1 %) et la zone géographique. Un seul médecin influe de manière significative sur l'observance et possède le taux d'observance le plus bas. Le rappel des patientes inobservantes augmente le taux d'observance de manière non significative. Il n'a pas été possible de conclure sur l'influence de la méthode de contrôle, la prise de rendez-vous à l'avance, la proximité et la spécialité du médecin à cause d'un échantillon trop faible de médecins, d'un manque de données ou du biais entraîné par le faible taux d'observance d'un médecin de l'étude.

**Conclusion :** Notre taux d'observance est inférieur à la moyenne des valeurs de la littérature (70,3 %). Les facteurs influençant l'observance sont majoritairement des facteurs liés aux médecins. Il semble essentiel de renforcer la relation médecin-patiente et d'améliorer la formation médicale continue.

**Mots clés :** Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse, observance, cabinet médecine libérale