



HAL
open science

**État des pratiques concernant les interruptions
volontaires de grossesse médicamenteuses en médecine
de ville ; analyse descriptive dans trois villes de la Côte
Basque : Bayonne, Anglet et Biarritz**

Aurélie Villerot de Penguern

► **To cite this version:**

Aurélie Villerot de Penguern. État des pratiques concernant les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en médecine de ville ; analyse descriptive dans trois villes de la Côte Basque : Bayonne, Anglet et Biarritz . Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01400286

HAL Id: dumas-01400286

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01400286>

Submitted on 21 Nov 2016

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 Bordeaux 2

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année : 2015

N°187

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Par Aurélie VILLEROT de PENGUERN
Née le 18 mars 1977 à Bordeaux
Le 10 Décembre 2015

Titre de la thèse:

**ÉTAT DES PRATIQUES CONCERNANT LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE
MÉDICAMENTEUSES EN MÉDECINE DE VILLE: analyse descriptive dans trois villes de la Côte
Basque: Bayonne, Anglet et Biarritz.**

Directrice de Thèse
Dr Sandrine FRANTZ

Jury

Mr Claude HOCKÉ, Professeur	Président
Mr Jean-Luc PELLEGRIN, Professeur	Juge
Mme Sylvie DUHAMEL, Docteur	Juge
Mme Sandrine FRANTZ, Docteur	Directrice et juge
Mme Tania LABES, Docteur	Rapporteur et juge

REMERCIEMENTS

Aux membres de ce jury:

À notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Claude HOCKÉ,
Professeur des Universités Praticien Hospitalier, Service de Gynécologie Chirurgicale, Médicale et
Médecine de la Reproduction.

Vous nous faites l'honneur de présider et juger cette thèse et vous avez accepté sans réserve.
Veuillez recevoir ma sincère gratitude.

À nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Luc PELLEGRIN,
Professeur des Université Praticien Hospitalier, Service de Médecine Interne et de Maladies
Infectieuses.

C'est un immense plaisir de vous avoir à nouveau dans notre jury de thèse, onze ans après la
première. Nos brefs rencontres durant ces onze années ont toujours été très enrichissantes. Vous
n'aviez de cesse de m'encourager, je vous en remercie.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL,
Maître de Conférence Associé,

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de participer au jury de notre travail. Vous avez
porté un intérêt particulier à notre sujet.
Veuillez recevoir nos sincères remerciements.

Madame le Docteur Tania LABES,
Praticien Hospitalier, Service de Gynécologie-Obstétrique CHCB.

Je tenais très sincèrement à ce que tu intègres ce jury. Tu as toujours été très disponible pour moi et
pour me former. Tu as su voir mes qualités humaines et médicales. Tu m'as accordé ta confiance de
nombreuses fois.

Sois assurée de ma profonde estime.

À notre Directrice de thèse,

Madame le Docteur Sandrine FRANTZ,

Praticien Hospitalier, Service de Gynécologie Chirurgicale, Médicale et Médecine de la Reproduction

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre indulgence et votre compréhension à mon égard. Ce projet prend enfin forme, et votre aide précieuse m'a permis d'aboutir.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes remerciements.

Je dédie ce travail:

À **mes parents**, qui ont accepté mes choix depuis toujours. Vous m'avez assurée de votre soutien lors de la reprise de mes études en 2005. Vous avez été d'une grande aide lors de la préparation des ENC. Je vous dédie spécialement ce travail, avec tout mon amour.

À **ma soeur**, Virginie, qui m'a accompagnée dans mes démarches pour parvenir à mes fins, qui était là ce jour de Juillet 2005 à mes côtés à savourer mon retour en médecine. Tu es mon modèle depuis toujours. Reçois ma sincère gratitude.

À **mes grands-parents**, spécialement Titou, sans qui reprendre des études aurait été impossible. Vous avez toujours forcé l'admiration de tous, ce travail vous est dédié.

À **Ludovic**, qui a su m'encourager et me soutenir dans la réalisation de ce travail. Nous formons une belle équipe. Sois assuré de mon profond respect et de mon amour sincère.

À **ma tante et mon oncle**, parisiens, qui remplissent leur frigo avant mes arrivées avec des mets que j'adore. Vous avez toujours été très généreux avec moi, je vous dédie ainsi mon travail.

À **mon parrain et ma marraine**, qui attendaient ce jour avec impatience. Je vous remercie pour votre soutien sans faille.

À **Gégé**, tu nous as quittés trop tôt. Ton âme me suit depuis toujours, tu étais un médecin très reconnu et respecté, je vais essayer de suivre cette voie.

À **Flozz et mes cousins**, vous m'avez accueillie avec une grande générosité. L'Australie me manque, vous me manquez. Ce travail vous est aussi dédié.

Au **Docteur Bertrand DELACHAUX**, médecin, vous avez su éveiller en moi l'amour de la médecine générale alors que la chirurgie me manquait. Vous avez su me rendre forte et me donner confiance en moi. Je trouve toujours le temps pour vous donner des nouvelles et je vous lis toujours avec plaisir. J'éprouve un grand respect pour vous.

Au **Docteur Michel BARTALA**, chirurgien dentiste, vous m'avez aidée à atteindre mon rêve, devenir médecin après avoir été chirurgien dentiste. Je vous dédie aussi cette deuxième thèse.

À **Stéphanie**, ma chère amie. Tu m'avais dédié ta thèse, à mon tour!
Ta fraîcheur me fascine. Surtout ne change rien!

À **Sonia**, tu as toujours su trouver les mots pour me reconforter, m'aider et me faire rire. Il est temps pour moi d'apprendre l'espagnol!

À **Magali**, ma "poule", qui n'a pas changé depuis la terminale S à Tivoli. Te retrouver après tant d'année a comblé un vide immense. Merci pour l'aide précieuse que tu as apportée dans ce travail. Ta rigueur et ton organisation m'ont permis de gagner un temps fou. Merci pour ta disponibilité.

À **Inès**, ma chère petite allemande, qui m'accorde une confiance sans limite. Nous partageons nos vagues et nos rires. Merci Inès pour ta simplicité.

À **Mathieu**, tu me connais tellement bien! Nous avons su nous retrouver malgré notre différend. Et j'en suis ravie. Tu m'as manqué. Merci pour ton aide et ta disponibilité.

À **Florence et Sabine**, vous avez été mes chefs, vous êtes devenues de vraies amies, je vous dédie ce travail, enfin.

À **Lannice**, pour ton aide de dernière minute, et ton anglais parfait.

À tous ceux et celles que j'ai connus en médecine, lors de mon retour sur les bancs des amphithéâtres. Votre aide m'a été d'un grand secours.

TABLE DES MATIÈRES

TABLES DES ILLUSTRATIONS	9
ABREVIATIONS.....	11
1 INTRODUCTION	13
2 PREMIERE PARTIE: POINT SUR LES IVG EN VILLE.....	15
2.1 Histoire du droit à l'IVG	15
2.2 Législation	18
2.2.1 Les textes applicables	19
2.2.2 Règles et démarches	19
2.2.2.1 Le forfait IVG en ville	19
2.2.2.2 Le système d'information sur les IVG	21
2.2.3 Cas particulier de la femme mineure	23
2.2.4 Encadrement.....	24
2.2.4.1 La convention	24
2.2.4.2 La qualification.....	25
2.2.4.3 La clause de conscience	26
2.2.5 Ce que la "Loi de modernisation du système de santé" va changer.....	28
2.3 Épidémiologie.....	29
2.3.1 En Europe	29
2.3.2 En France	32
2.3.3 En Aquitaine et dans les Pyrénées Atlantiques	34
2.3.4 Nombre de conventions signées en Aquitaine.....	35
2.4 Les Molécules.....	36
2.4.1 Mifépristone	36
2.4.1.1 Mode d'action	36
2.4.1.2 Contre indications et précautions d'emploi	37
2.4.1.3 Toxicité et tératogénie	38
2.4.2 Misoprostol.....	38
2.4.2.1 Mode d'action	38
2.4.2.2 Contre indications et précautions d'emploi	39
2.4.3.3 Toxicité et tératogénie	39
2.4.3 L'approvisionnement.....	40
2.4.4 La prise des médicaments	41

2.5 Protocole.....	42
2.5.1 Description	42
2.5.2 Précautions et contre-indications.....	42
2.5.2.1 Contre-indications de la méthode médicamenteuse	42
2.5.2.2 Limites psycho-sociale de l'utilisation de la méthode	43
2.5.3 Déroulement de la méthode.....	44
2.5.3.1 Consultation initiale	44
2.5.3.2 Entretien psycho-social	46
2.5.3.3 Délai de réflexion.....	46
2.5.3.4 Première consultation du forfait.....	47
2.5.3.5 Deuxième consultation du forfait	48
2.5.3.6 Troisième consultation du forfait.....	48
2.5.3.7 Quatrième consultation du forfait.....	49
2.5.3.8 Prévention de l'iso-immunisation	50
2.5.4 Effets secondaires, complications et échecs	50
2.5.4.1 Effets secondaires	50
2.5.4.2 Complications	51
2.5.4.3 Échecs.....	52
2.5.4.4 Mortalité.....	53
2.6 Efficacité et Résultats	54
2.6.1 Paramètre primordial dans la réussite de la méthode: l'explication.....	54
2.6.2 Critères d'évaluation de l'efficacité.....	55
2.6.3 Facteurs de risque d'échecs	56
2.6.3.1 Influence de l'âge	56
2.6.3.2 Influence de la parité	56
2.6.3.3 Influence du terme de la grossesse	56
2.6.3.4 Taux de β HCG	56
2.7 Acceptabilité de l'IVG médicamenteuse en ville	57
3 DEUXIEME PARTIE: ETUDE DES PRATIQUES A BAYONNE, ANGLET ET BIARRITZ	59
3.1 Population et Méthode.....	59
3.1.1 Objectif de l'étude	59
3.1.2 Population étudiée	59
3.1.2.1 Population incluse	60
3.1.2.2 Population exclue	60
3.1.3 Recueil et gestion des données.....	60
3.1.3.1 Le questionnaire	61
3.1.3.2 Diffusion du questionnaire	62

3.1.4 Type d'étude	63
3.2 Résultats	64
3.2.1 Répartition des professionnels.....	64
3.2.2 Analyse des réponses des médecins généralistes	65
3.2.3 Analyse des réponses des gynécologues-obstétriciens	69
3.2.4 Analyse des répondants par ville	70
3.3 Discussion	71
4 CONCLUSION	75
5 BIBLIOGRAPHIE	77
6 ANNEXES.....	81
6.1 ANNEXE 1: TEXTES DE RÉFÉRENCE.....	81
6.2 ANNEXE 2: CONVENTION TYPE.....	82
6.3 ANNEXE 3: FICHES DE LIAISON MÉDECIN/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	85
6.4 ANNEXE 4: FICHE D'INFORMATION DES MÉDECINS PRATIQUANT DES IVG EN MÉDECINE DE VILLE	87
6.5 ANNEXE 5: FICHE D'INFORMATION DE LA PATIENTE.....	91
6.6 ANNEXE 6: BULLETIN STATISTIQUE	93
6.7 ANNEXE 7: QUESTIONNAIRE MÉDICAL.....	94

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1: Délais d'avortement en Europe.....	29
Tableau 2: Part des IVG médicamenteuses dans quelques pays européens	31
Tableau 3: Évolution du nombre d'avortements et des indices annuels	32
Tableau 4: Avortements suivant la région Aquitaine, les départements où a été pratiquée l'intervention et le lieu de l'acte médical en 2012	34
Tableau 5: Avortements selon la technique employée en Aquitaine et par départements en 2012.....	34
Tableau 6: Effectifs et Âge moyen en médecine générale	64
Tableau 7: Effectifs et Âge moyen en gynécologie médicale	64
Tableau 8: Répartition des professionnels par ville, Bayonne, Anglet et Biarritz	65
Tableau 9: Répartition des répondants et non répondants selon le mode d'envoi	65
Tableau 10: Répartition des répondants par ville, par sexe et par tranche d'âge.....	66
Tableau 11: Répartition selon le volontarisme des praticiens à pratiquer des IVG en ville	67
Tableau 12: Arguments des praticiens disposés à pratiquer des IVG en ville.....	67
Tableau 13: Arguments en fonction de l'âge.....	68
Tableau 14: Volontarisme selon la formation complémentaire.....	68
Tableau 15: Arguments et formation complémentaire	69

Tableau 16: Répartition des gynécologues interrogés selon le lieu d'exercice	69
Tableau 17: Volontarisme des sept gynécologues ne pratiquant pas les IVG en ville selon la tranche d'âge	70
Tableau 18: Nombre de répondants par ville	70
Tableau 19: Nombre total de praticiens interrogés par ville, toute discipline confondue:.....	70

ABRÉVIATIONS

Par ordre alphabétique

AME: Aide Médicale d'État

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS: Agence Régionale de Santé

CDOM: Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHCB: Centre Hospitalier de la Côte Basque

CMU: Couverture Maladie Universelle

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

CP: Code Pénal

CPAM: Caisse d'Assurance Maladie

CPAM-TS: CPAM des travailleurs salariés

CPEF: Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CROP: Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

CSP: Code de la Santé Publique

DAS: Diagnostic Associé Significatif

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDR: Date des Dernières Règles

DGS: Direction Générale de la Santé

DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIU: Dispositif Intra-Utérin

DP: Diagnostic Principal

DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

ES: Établissement de Soins

EVA: Échelle Visuelle Analogique

FDA: Food and Drug Administration

FHV: Forfait Honoraires de ville

FMV: Forfait Médicaments de ville

GEU: Grossesse Extra-Utérine

HAS: Haute Autorité de Santé

HCG: Hormone Gonadotrophique Chorionique

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

IMG: Interruption Médicale de Grossesse
INED: Institut National d'Études Démographiques
IVG: Interruption Volontaire de Grossesse
MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique
MSA: Mutualité Sociale Agricole
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RAI: Recherche d'Agglutinines Irrégulières
REVHO: Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie
RSI: Régime Social des Indépendants
SA: Semaines d'Aménorrhée
SAE: Statistiques Annuelles des Établissements
TTC: Toute Taxe Comprise
URML: Union Régionale des Médecins Libéraux
VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 INTRODUCTION

Autorisées en cabinet de ville depuis la loi du 4 Juillet 2001 et les décrets d'application de 2004, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses représentent une alternative supplémentaire donnée aux femmes en demande.

Praticables jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée (SA) en milieu hospitalier, les IVG médicamenteuses de villes sont, elles, autorisées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée, soit cinq semaines de grossesse.

En 2012, près de 219 200 IVG ont été réalisées en France, dont 207 120 en Métropole (tout régime confondu) (1) (**Tableau 3**).

Leur nombre est relativement stable depuis une dizaine d'années, avec des fluctuations à la hausse ou à la baisse. Il a baissé en 2011 (209 000) et en 2012 (207 000) par rapport à 2010 (213 000).

Le taux de recours est de 14,5 IVG pour 1 000 femmes en Métropole.

Les écarts régionaux perdurent, avec des recours plus élevés en Île-de-France et dans le sud de la France. Le recours est deux fois plus élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en Aquitaine.

Les IVG médicamenteuses représentaient 49 % des IVG réalisées en établissements et 59 % du total des IVG en Métropole en 2012 (DRESS 2014). Les IVG pratiquées hors établissements représentaient 15 % du total des IVG en Métropole.

Dans la région Aquitaine en 2012 (2), 8594 IVG ont été pratiquées, dont 999 en ville, soit 11,6% . Dans le département des Pyrénées Atlantiques, sur un total de 1693 IVG, 654 étaient médicamenteuses (39%), aucune n'a été réalisée en cabinet de généraliste, 62 l'ont été en cabinet de gynécologie, soit 9,4%.

Malgré l'acceptabilité de l'acte, nous mettons là en évidence des disparités de pratiques dans le territoire, la région Aquitaine ne reflétant pas les taux d'IVG en France métropolitaine.

En approfondissant nos recherches, il est apparu que très peu de médecins (généralistes ou gynécologues) avaient signé une convention avec un établissement de soins (ES) dans le département des Pyrénées Atlantiques (selon les données de l'Agence Régionale de Santé (ARS) 5 praticiens l'ont signé contre 46 en Gironde, 2 dans les Landes, aucune en Dordogne ou dans le Lot-et-Garonne).

Nous nous sommes interrogés sur les raisons de l'absence de signature de conventions dans ces territoires.

Une étude a alors été menée auprès de médecins généralistes et spécialistes à l'aide d'un questionnaire afin de déterminer les obstacles à la réalisation des IVG médicamenteuses en ville dans le département des Pyrénées Atlantiques en analysant les pratiques dans trois villes de la Côte Basque: Bayonne, Anglet et Biarritz. Nous décrirons le protocole des IVG médicamenteuses dites "hors établissement de santé", et nous ferons le point sur leur efficacité, leurs effets secondaires et leurs risques.

2.1 Histoire du droit à l'IVG(3)

En 1975, Simone Veil faisait adopter par l'Assemblée sa loi dépénalisant l'avortement en France. Quarante ans plus tard, le texte continue de connaître des modifications visant à renforcer ce droit.

Retour sur l'histoire du droit à l'IVG:

En 1810, selon l'article 317 du Code Pénal (CP), l'avortement est un crime passible de la Cour d'Assises. Les femmes ayant volontairement mis fin à leur grossesse risquent la prison (un à cinq ans de réclusion), ainsi que ceux les ayant aidées dans la démarche. Les médecins et les pharmaciens qui auraient participé à un avortement sont passibles de travaux forcés et d'une interdiction d'exercer d'au moins cinq ans.

Le 27 Mars 1923, le CP fait de l'avortement un délit, afin de mieux poursuivre les avorteurs et avortées devant le Tribunal Correctionnel.

Le 15 Février 1942, une nouvelle loi hautement symbolique fait de l'avortement un crime de haute trahison contre l'état français passible de la peine de mort.

Le 28 Décembre 1967, la loi Neuwirth, qui autorise la contraception, est adoptée à l'Assemblée.

En Avril 1971, le *Nouvel Observateur* publie dans ses pages ce qui sera surnommé «le manifeste des 343», rédigé par Simone de Beauvoir, dans lequel 343 femmes demandent la dépénalisation de l'avortement. Il est notamment signé par Gisèle Halimi, Catherine Deneuve et Jeanne Moreau.

En Octobre-Novembre 1972, le procès de Bobigny défraie la chronique. Marie-Claire, qui a avorté à 16 ans après un viol, est poursuivie, ainsi que sa mère et trois femmes qui l'avaient aidée. Défendue par l'avocate Gisèle Halimi, la jeune fille est acquittée.

Le 17 janvier 1975, l'Assemblée Nationale adopte la loi dite Veil, après des débats houleux. La loi permet de légaliser et d'encadrer l'avortement. L'IVG peut être pratiquée par un médecin à la demande de la femme enceinte, avant la fin de la 10^{ème} semaine de grossesse. Elle sera reconduite définitivement le **30 Novembre 1979**.

Le 31 Décembre 1982, la loi Roudy prévoit le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale.

En 1990, l'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier.

Le 27 Janvier 1993, le délit d'entrave à l'IVG est créé par la loi Neiertz. Le fait de tenter d'empêcher une IVG, en perturbant l'accès aux établissements de santé ou en menaçant les femmes souhaitant avorter ou le personnel médical, est passible de deux ans de prison et de 2000 à 30 000 francs d'amende.

Le 1er Mars 1994: entrée en vigueur du nouveau CP dépenalisant l'avortement (lois promulguées le 22 Juillet 1992).

En Avril 1999, la pilule dite «du lendemain» est en vente libre dans les pharmacies. Elle sera délivrée gratuitement aux mineures à partir du **9 Janvier 2002** par le décret n° 2002-39 du code de la santé publique (CSP).

Le 4 Juillet 2001, le délai légal pour avorter est allongé de 10 à 12 semaines de grossesse grâce à la loi Aubry. Les mineures acquièrent le droit d'avorter sans autorisation parentale (mais accompagnées par un adulte référent).

La loi autorise en outre les praticiens à réaliser des IVG en médecine de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de soins pour des grossesses inférieures à cinq semaines. Les conditions d'application de cette disposition législative sont fixées par le décret N°2002-796 du 3 Mai 2002 (articles R. 2212-9 à R. 2212-19 du CSP) modifié par le décret N°2004-636 du 1er Juillet 2004

En Mars 2013, l'IVG est remboursée à 100% pour toutes les femmes. La contraception devient gratuite pour les filles de 15 à 18 ans.

En Janvier 2014, l'Assemblée Nationale vote en première lecture un article supprimant la notion de «détresse» pour une femme voulant avorter.

Le 23 Juillet 2014, le Parlement a adopté définitivement, par des votes successifs du Sénat et de l'Assemblée Nationale, le projet de loi sur "l'égalité réelle entre les femmes et les hommes", dont la mesure phare est la réaffirmation du droit à l'avortement, à travers la suppression de la mention de "situation de détresse" dans le texte de la loi Veil de 1975. Le texte étend également le délit d'entrave à l'IVG. Ce dernier concernera désormais toutes les actions visant à bloquer l'accès à l'information sur l'avortement, en plus des actions menées pour empêcher les consultations ou la pratique de l'IVG.

Le 31 Juillet 2014, le Conseil Constitutionnel valide cette dernière loi.

Le 4 Août 2014, la loi N°2014-873 pour "l'égalité réelle entre les femmes et les hommes" est promulguée.

Le 16 Janvier 2015, la Ministre de la santé, Marisol Touraine, et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes, Pascale Boistard, ont annoncé un plan pour améliorer l'accès à l'IVG avec notamment la prise en charge à 100% étendue aux examens qui entourent l'IVG (rendez-vous, échographie, analyses biologiques), la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses et la disparition du délai de réflexion de 7 jours. Ces mesures ont pris place dans la "loi de modernisation du système de santé" adoptée le 14 avril 2015 par l'Assemblée Nationale.

Le 28 Septembre 2015, le Sénat adopte le projet de "loi de modernisation du système de santé" avec suppression du délai de réflexion et autorisant les Sages-Femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses.

2.2 Législation(4)

En France, une IVG peut être pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse, soit avant la fin de la quatorzième semaine d'aménorrhée.

La technique utilisée dépend du choix de la femme concernée et du terme de la grossesse.

L'IVG chirurgicale peut être pratiquée jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse, obligatoirement en établissement de santé.

L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée jusqu'à la fin de la septième semaine de grossesse en établissement de santé, et jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse en cabinet de ville.

La publication du décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 et de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG permet la mise en oeuvre effective du dispositif relatif à la pratique d'interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé. Ce dispositif offre aux femmes ne souhaitant pas poursuivre leur grossesse la possibilité d'être prises en charge par la médecine de ville. Il permet ainsi de développer une offre complémentaire à celle proposée en établissement de santé, garantissant des conditions équivalentes de qualité et de sécurité pour la réalisation des IVG médicamenteuses.

Par ailleurs, les tarifs des établissements de santé relatifs aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse sont sensiblement revalorisés par l'arrêté du 23 Juillet 2004. Cette mesure améliore les conditions de prise en charge de ces actes par les établissements de santé et permet, en particulier, aux établissements privés qui le souhaitent, de s'impliquer davantage dans la mise en oeuvre de cette activité. L'ensemble de ces dispositions doit permettre de réduire de façon déterminante les délais d'accès des femmes aux IVG et offrir aux intéressées des possibilités nouvelles de prise en charge.

2.2.1 Les textes applicables (4)

L'article 3 de la loi n° 2001-588 du 4 Juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (article L. 2212-2 du code de la santé publique (CSP)) autorise les praticiens à réaliser des IVG en médecine de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (ES).

Les conditions d'application de cette disposition législative sont fixées par le décret n° 2002-796 du 3 Mai 2002 (articles R. 2212-9 à R. 2212-19 du CSP) modifié par le décret n° 2004-636 du 1er Juillet 2004. **(ANNEXE 1)**

2.2.2 Règles et démarches

L'ensemble des règles et des démarches relatives à l'IVG (articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du CSP) s'appliquent à ce nouveau dispositif: consultations médicales et psycho-sociales, information des femmes, dispositions spécifiques concernant les mineures, possibilité pour le médecin de recourir à la clause de conscience, déclaration de l'IVG établie par le médecin pratiquant l'acte.

2.2.2.1 *Le forfait IVG en ville*

a- Les éléments constitutifs du forfait (HAS 2010):

Le prix limite du forfait est fixé à 191,74 €.

Ce forfait inclut le prix TTC des médicaments utilisés (prix TTC de la boîte de 3 comprimés de Mifégyne® et prix TTC de la boîte de 2 comprimés de Gymiso®).

Outre l'achat des médicaments, le forfait couvre quatre consultations à 25€:

L'une au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration de la Mifégyne® et du Gymiso® et la consultation de contrôle.

Le prix limite du forfait est exclusif de tout dépassement d'honoraires. Son remboursement par l'assurance maladie est à 100% depuis Mars 2013 (mais ne dispense pas de l'avance des frais).

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, non plus que la première consultation préalable mentionnée à l'article L.2212-3 du CSP.

En revanche, l'IVG est prise en charge à 100 % dans le cadre du forfait avec dispense totale d'avance de frais pour:

- les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental ;
- les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire ;
- les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME).

b- Facturation du forfait par le médecin:

Elle intervient dans le cadre de la consultation comportant la prise de Mifégyne® et correspondant à la première étape de la réalisation effective de l'IVG pour laquelle la patiente a donné son consentement.

Les modalités de facturation spécifiques à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge, principalement en raison de l'absence de dispense d'avance des frais (sauf cas particuliers cités plus haut).

Toutefois, la feuille de soins de la patiente, ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme. A cet effet, le médecin portera sur la feuille de soins la mention «FHV / FMV » (dans la colonne relative aux actes) accompagnée du montant du forfait (colonne réservée au montant des actes).

Il incombe dès lors au médecin d'informer la patiente de ces modalités dès la première consultation préalable (mentionnée à l'article L. 2212-3 du CSP)(5). Ces modalités seront rappelées au cours de la deuxième consultation médicale préalable (prévue à l'article L. 2212-5 du CSP) (5) dans le cadre des explications relatives à la procédure IVG en ville.

Pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin aura la possibilité de les orienter vers un établissement de santé, qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG.

A cet effet, il est souhaitable que le médecin signale cette situation à l'établissement de santé afin que ce dernier s'organise pour prendre en charge la femme concernée dans les meilleurs délais et, dans la mesure du possible, dans des délais compatibles avec la pratique des IVG par voie médicamenteuse.

Le principe légal de prise en charge anonyme et gratuite des IVG concernant les

mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas pu être recueilli, s'applique aux interruptions de grossesse pratiquées en ville. Les procédures à mettre en oeuvre sont précisées par la circulaire CIR- 49/2003 du 24 mars 2003 émanant de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CPAM-TS) (6). Aucune demande de paiement ne peut être présentée à la mineure pour les deux consultations préalables à l'IVG, les examens complémentaires, les consultations de remise de médicaments, consultation de contrôle, ou pour les médicaments.

Pour les personnes relevant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire, qui bénéficient de la dispense d'avance des frais, le médecin envoie la feuille de soins de la patiente au service médical de la caisse d'assurance maladie selon les règles applicables en matière de CMU complémentaire.

2.2.2.2 Le système d'information sur les IVG

a- Informations relatives au dispositif:

Il apparaît indispensable de procéder à une diffusion large des modalités d'un dispositif très novateur, tant en direction du public que des professionnels. Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sont chargées de cette mission générale d'information concernant le dispositif. Notamment, elles assureront l'information des professionnels dans le cadre des travaux des commissions régionales de la naissance, apporteront leur soutien aux actions mises en oeuvre (partenariat avec les Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) pour l'édition de fiches ou de plaquettes à l'intention des médecins par exemple), solliciteront la participation des permanences téléphoniques régionales à l'information du public.

Des fiches techniques en **ANNEXE 4** et **ANNEXE 5**, peuvent constituer un support approprié à l'information des médecins qui pratiqueront ces IVG et des femmes souhaitant être prises en charge dans ce cadre.

Par ailleurs, dans l'attente de la modification du dossier-guide IVG qui interviendra ultérieurement, les DRASS joindront aux livrets existants une fiche d'information de la patiente sur ce sujet.

Le rôle des établissements de santé pratiquant des IVG dans la mise en oeuvre de

ce dispositif est essentiel. Il convient que les directeurs d'établissement de santé diffusent largement l'information sur la possibilité de réaliser les IVG en ville, auprès des médecins libéraux exerçant dans les services chargés de l'activité d'IVG. En effet, ces médecins remplissent a priori les conditions de qualification requises et ont déjà établi une relation avec un service hospitalier. On peut donc légitimement penser qu'ils seront parmi les premiers à s'investir dans la mise en place de ce nouveau dispositif.

b- Adaptation du système d'information sur les IVG:

Afin de suivre et d'évaluer la mise en oeuvre de la loi, le système d'information a été adapté à la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville.

Ce système repose sur trois sources d'information: des bulletins statistiques simplifiés, une collecte de données de cadrage dans la Statistique Annuelle des Établissements (SAE), un codage spécifique du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour les IVG réalisées dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

À terme, une enquête pluriannuelle auprès d'un échantillon de femmes, coordonnée par la Direction de la Recherche, des études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), devrait permettre de compléter le dispositif, et en particulier de préciser les caractéristiques socio-démographiques et médicales des femmes concernées, les parcours de soins, les conditions de réalisation de l'IVG et ses suites.

- Procédure de collecte d'informations statistiques auprès des médecins de ville conventionnés avec un établissement de santé:

De nouveaux bulletins statistiques (7) (**ANNEXE 6**) d'interruption volontaire de grossesse ont été définis par la DREES en concertation avec la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Ces nouveaux bulletins ont été simplifiés depuis le 1er janvier 2004, et conçus pour une saisie par lecture optique. Ils permettront de repérer plus précisément les interruptions volontaires de grossesse effectuées en cabinet de ville par un médecin conventionné avec un établissement de santé.

Chaque établissement doit organiser la transmission de ces formulaires et leur collecte auprès des médecins avec lesquels il a signé une convention.

Une fois remplis par les praticiens, ces bulletins seront envoyés par l'établissement de santé, joints à ceux concernant les IVG réalisées au sein de l'établissement, au médecin inspecteur régional de la DRASS, accompagnés de bordereaux séparés, précisant le nombre de bulletins concernant l'établissement lui-même et le nombre de bulletins concernant des IVG réalisées en ville par des médecins conventionnés, ainsi que le nombre de ces derniers.

- Transmission d'information agrégée dans la statistique annuelle des établissements:

Le bordereau Q04 de la SAE décrit l'activité de chaque établissement de santé pratiquant des IVG.

En 2003, une question complémentaire a été introduite pour disposer du décompte des IVG médicamenteuses en ville : elle demande de préciser, pour chaque établissement, le nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés avec l'établissement.

- Codage du PMSI:

Un codage adapté est indispensable au bon repérage des IVG et à l'analyse statistique de leur répartition par âge.

2.2.3 Cas particulier de la femme mineure

En ce qui concerne la femme mineure, elle doit demander cette intervention elle-même, en dehors de la présence de toute personne. Le consentement du père ou de la mère (ou du représentant légal) à la pratique de l'IVG est la règle. Il est en effet important que la femme mineure soit soutenue par ses parents dans un moment difficile.

Cependant, si la femme mineure veut garder le secret vis-à-vis de ses parents ou si ce consentement n'est pas obtenu (refus des parents de donner leur consentement ou impossibilité de contacter l'un d'entre eux), l'IVG ainsi que les actes médicaux sont pratiqués à sa seule demande. Dans ces situations, la femme mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Pour ces

situations, l'IVG est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale sans avance de frais.

Toutefois, pour que l'IVG soit pratiquée la femme mineure doit détenir les documents attestant de la réalisation des démarches obligatoires:

- les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin;
- l'attestation de consultation psycho-sociale obligatoire;
- sa confirmation écrite de demande d'IVG;
- le consentement écrit de son père ou de sa mère (ou de son représentant légal), ou l'attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant si la femme mineure ne dispose pas de ce consentement.

2.2.4 Encadrement

2.2.4.1 La convention

Les médecins réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre de ce dispositif doivent passer une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG. Les articles R.2212-5 et R.2212-6 du code de la santé publique (**ANNEXE 1**) prévoient que «les établissements de santé qui pratiquent l'IVG disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie et doivent prévoir les capacités leur permettant de prendre en charge, sans délai, au sein de leurs installations de médecine, de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, toute complication, même différée, survenant aux femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse».

Par ailleurs, le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié par le décret n°2004-636 du 1er juillet 2004 (8) prévoit des dispositions essentielles à la sécurité de la prise en charge de ces interruptions de grossesse.

L'établissement établit une convention selon le modèle de la convention type qui figure en annexe du décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (**ANNEXE 2**) et qui a donc valeur réglementaire. En conséquence, elle ne peut pas être modifiée. Elle est établie pour une durée de 1 an et est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une

ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet 1 semaine après réception de la lettre recommandée.

L'établissement transmet le document pour signature au médecin concerné, puis en fait parvenir une copie à l'ARS, ainsi qu'à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) dont il relève. Il s'engage à répondre à toutes demandes d'information autour de l'IVG médicamenteuse et surtout à prendre en charge les complications ou échecs à tout moment.

Il organise des formations afin d'actualiser les connaissances requises.

Enfin, il envoie chaque année au médecin inspecteur régional de santé publique une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'IVG en ville.

Pour sa part, le médecin transmet copie de la convention au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP) et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont il relève.

2.2.4.2 La qualification

Peuvent pratiquer ces IVG, les médecins de ville justifiant d'une expérience professionnelle adaptée:

- soit, par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique;
- soit, par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé.

Cette expérience est attestée par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le médecin, quel qu'ait été son statut, pratique ou a pratiqué des IVG. Le directeur délivre l'attestation au vu du justificatif présenté par le responsable médical de cette activité, qui certifie ainsi des compétences médicales du médecin pour la pratique des IVG médicamenteuses. Le médecin n'a pas à justifier d'un exercice professionnel concomitant dans un établissement de santé. En dehors de la convention mentionnée à l'article R.2212-9 du CSP, aucun lien particulier entre le médecin et un établissement de santé n'est donc requis. Le centre référent, via des formations et des stages pratiques, permet aux généralistes le souhaitant d'acquérir

les compétences nécessaires à cet acte, conformément aux recommandations validées par l'HAS en 2010.

2.2.4.3 La clause de conscience (9)

Pour le médecin, la clause de conscience, c'est le droit de dire « non » dans certaines circonstances, à condition d'apporter au patient une réponse pertinente sans pour autant être obligé d'exposer ses convictions intimes, sans prosélytisme, et en l'informant « sans délai » des possibilités qui s'offrent à lui dans la requête qu'il a entreprise.

Si la clause de conscience peut être évoquée systématiquement lorsqu'il s'agit de situations identiques, elle peut être aussi « modulée » selon les circonstances par ceux qui entendraient l'invoquer. (Par exemple, on peut être hostile à l'exécution d'un acte d'une façon générale et, cependant, on peut accepter de le pratiquer dans des situations toutes particulières).

Ce droit au refus de soins est assorti de devoirs complémentaires essentiellement centrés sur « une information claire, loyale et appropriée » (art. R.4127-35 du CSP) (10). Le médecin doit prendre toutes dispositions et précautions pour pouvoir apporter la preuve qu'il a bien rempli sa mission. Dossier, courrier, document daté et signé, consentement éclairé, attestation de consultation précisant les décisions adoptées.

Un professionnel de santé peut invoquer la « clause de conscience » pour refuser, à titre individuel, de réaliser une IVG, cet acte mettant en jeu des points de vue de nature personnelle et philosophique. (11)

La clause de conscience a été introduite en médecine en 1975 par la loi Veil (art. L. 2212-8 et L. 2213-2 du CSP) (5), à titre individuel ou collectif (un service, un établissement...). Elle est la réserve sous laquelle un médecin ou un auxiliaire médical peut refuser de pratiquer ou de concourir à une interruption volontaire ou médicale de grossesse, pour des raisons professionnelles ou personnelles. La loi du 4 Juillet 2001 a modifié ses conditions d'application et a précisé que si un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse, il doit informer sans délai l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le

nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 CSP (12). Un établissement de santé privé, sauf s'il participe à l'exécution du service hospitalier public et dans la mesure où d'autres établissements répondent au besoin local, peut faire valoir une clause de conscience pour refuser d'organiser des IVG : « Si le chef de service d'un établissement public de santé ne peut, en application de la disposition contestée, s'opposer à ce que des interruptions volontaires de grossesse soient effectuées dans son service, il conserve, en application des dispositions précitées du code de la santé publique, le droit de ne pas en pratiquer lui-même » (Décision n° 2001-446 DC du conseil constitutionnel en date du 27 Juin 2001).

De plus, le médecin doit s'assurer que sa décision ne contrevient pas aux dispositions de l'article 7 du code de déontologie médicale : *« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances... »*

L'invocation de la clause de conscience ne doit pas pouvoir être interprétée comme une supposée discrimination.

Néanmoins, le code pénal (art. 223-6, alinéa 2) ne saurait tolérer qu'il puisse y avoir « omission de porter secours ». La seule « clause de conscience » ne saurait donc être invoquée dans le cadre d'une urgence vitale.

2.2.5 Ce que la "Loi de modernisation du système de santé" va changer

La modification de la loi santé permettrait une prise en charge globale de tous les examens inhérents à l'IVG tels que les dosages des β -HCG, les échographies éventuelles...

La disparition du droit au délai de réflexion de 7 jours apporterait un changement notable à la prise en charge. Selon de nombreux députés de la majorité, le délai de réflexion ne servait qu'à "culpabiliser les femmes et était souvent vécu dans une grande solitude". Toutefois, il est à noter que la Ministre Marisol Touraine avait proposé non pas la suppression de ce délai, mais un raccourcissement à 2 jours. Ce délai pouvait, dans certaines situations, être vécu comme un obstacle dans le choix de la méthode (délai pour une IVG médicamenteuse dépassé).

Enfin, la "loi de modernisation du système de santé" prévoit d'autoriser les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses.

2.3 Épidémiologie

2.3.1 En Europe

L'avortement, peut être pratiqué légalement dans la plupart des pays d'Europe. En général, le délai légal de l'IVG est de 12 semaines d'aménorrhée, mais peut atteindre 24 semaines dans certains pays et l'IVG est interdite dans d'autres.

L'Union Européenne n'est pas compétente en la matière pour légiférer, ce qui explique le grand écart qui existe entre les lois des différents pays. Néanmoins, dans une résolution du 3 Juillet 2002, le Parlement Européen recommande aux États Membres de légaliser l'avortement.

Voici un tableau récapitulatif des délais et conditions d'avortement pratiqués par quelques pays européens:

Tableau 1: Délai d'avortement en Europe (12)

Allemagne	14 semaines d'aménorrhée	Sur demande de la femme (la loi interdit toujours l'IVG, mais celle-ci n'est plus condamnable depuis 1995, en deçà de 12 semaines de grossesse).
Angleterre	24 semaines d'aménorrhée	Situation de détresse définie par la patiente elle-même.
Autriche	4 mois d'aménorrhée	Sur demande de la femme.
Belgique	14 semaines d'aménorrhée	Situation de détresse définie par la patiente elle-même.
Chypre	-	Légale uniquement en cas de problèmes médicaux de la mère, une anomalie du fœtus ou un viol.
Espagne	16 semaines d'aménorrhée (22 semaines en cas de malformation du fœtus)	Sur demande de la femme.
Irlande	-	Illégale sauf en cas de danger de mort pour la femme (loi adoptée en juillet 2013).
Italie	90 jours de grossesse	Si la grossesse présente un risque pour la santé physique ou la stabilité mentale et/ou sociale de la mère.
Malte	-	Illégale sauf en cas de viol ou de malformation du fœtus.
Pays-Bas	24 semaines d'aménorrhée	Si la femme s'estime en situation de détresse.
Pologne	-	Problèmes médicaux de la mère, anomalie du fœtus ou viol.
Portugal	10 semaines d'aménorrhée	Sur demande de la femme.
Slovénie	10 semaines d'aménorrhée	Sur demande de la femme.
Suède	18 semaines d'aménorrhée	Sur demande de la femme.
Suisse	12 semaines d'aménorrhée	Si la femme s'estime en situation de détresse.

L'avortement en Espagne

Depuis **1985**, l'avortement n'était légal que dans certains cas : viol, malformation du fœtus ou danger pour la santé de la mère. Le premier ministre E. Zapatero a fait voter en **2010** la réforme de la législation sur l'avortement :

- Cette réforme autorisait l'avortement dans tous les cas jusqu'à la 14^{ème} semaine de grossesse jusqu'à la 22^{ème} semaine en cas de risque pour la santé et au-delà de la 22^{ème} semaine dans les cas les plus graves de malformation fœtale.
- La réforme prévoyait que l'avortement serait pris en charge par la sécurité sociale. Le parti populaire (droite) avait alors déposé un recours devant le Tribunal constitutionnel*.

À noter : actuellement, une mineure qui souhaite avorter doit être accompagnée d'un de ses parents.

*Le projet de loi proposé par le ministre de la Justice espagnol Alberto Ruiz Gallarón fin 2013, qui visait à restreindre les droits en matière d'IVG, a été abandonné en Septembre 2014.

L'avortement en Belgique

L'avortement est dépénalisé en Belgique depuis la loi du 3 Avril 1990, appelée « loi Assurance Maladie ». L'IVG doit être pratiquée avant la 12^{ème} semaine de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée.

Voici ce que précise la loi sur l'avortement en Belgique :

- La femme doit présenter un état de détresse reconnu par un médecin.
- L'interruption doit être pratiquée par un médecin.
- Des informations relatives à l'avortement doivent être délivrées à la patiente.
- Un délai de 6 jours doit être respecté entre le premier contact avec le médecin et l'avortement.
- Pour les mineures, la loi n'impose pas d'accord parental.
- Aucun médecin ou personnel médical n'est obligé de pratiquer l'IVG. Le médecin est obligé, le cas échéant, d'orienter la patiente vers un centre ou médecin qui pourra accéder à la demande de celle-ci.
- Le délai de 14 semaines d'aménorrhée peut être dépassé si la femme est menacée par la grossesse ou l'accouchement, ou si l'enfant présente de graves anomalies.
- Au-delà de 14 semaines d'aménorrhée, l'IVG se pratique en planning familial ou en centre hospitalier par médicaments ou curetage.
- L'IVG est presque entièrement remboursée par la mutuelle de la patiente.

L'avortement aux Pays-Bas

Depuis la loi de 1981, entrée en vigueur le 1^{er} Novembre 1984, l'interruption volontaire de grossesse est dépénalisée au Pays-Bas.

Cette loi fixe le délai légal de pratique d'une IVG à 24 semaines d'aménorrhée.

Les mineures ne sont pas tenus d'être accompagnées.

La plupart des IVG sont chirurgicales, réalisées par aspiration.

Même si la loi semble être très « tolérante » en matière d'avortement, les Pays-Bas font partie des pays dont le taux d'avortements est le plus faible.

L'avortement en Irlande

L'Irlande est le pays européen le plus strict en matière d'avortement. C'est pourquoi, chaque année, des milliers d'Irlandaises se rendent à l'étranger pour réaliser leur IVG, souvent en Angleterre.

En 1983, les Irlandais ont adopté un article constitutionnel qui protège la vie du foetus autant que celle de la mère : **l'avortement est strictement interdit.**

En 1992, une adolescente de 14 ans qui était enceinte suite à un viol demande l'autorisation de son IVG à la Cour Suprême irlandaise sous peine de se suicider. Cette protestation a permis une modification de la loi, autorisant les Irlandaises à **avorter légalement à l'étranger.**

En juillet 2013, les parlementaires irlandais ont voté en faveur d'une loi autorisant l'IVG dans le seul cas où la grossesse met en danger la vie de la mère.

Tableau 2: Part des IVG médicamenteuses dans quelques pays européens: (13)

	France (2007)	Grande Bretagne (2007)	Pays-Bas (2006)	Suède (2007)	Suisse (2007)
% des IVG médicamenteuses	49%	Angleterre: 35% Ecosse: 62%	11%	72%	56%

2.3.2 En France

Tableau 3: Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels (14)

Année	France métropolitaine						France entière (hors Mayotte)
	Nombre d'IVG + IMG déclarés dans les bulletins (1)	Nombre d'IVG SAE (2)	Nombre d'IVG estimé par l'Ined (3)	Ratio d'IVG pour 100 naissances vivantes (4)	Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (4)	Nombre moyen d'IVG par femme (4)	Nombre total tous régimes pour les données Cnamts
1976	134 173		246 000	34,1	19,6	0,66	
1990	170 423		209 000	27,4	14,8	0,49	
2000		192 174	206 000	26,6	14,2	0,51	
2006	174 561	215 390		27,0	14,9	0,53	
2007	185 498	213 382		27,1	14,7	0,53	
2008	180 108	209 245		26,3	14,5	0,52	
2009	171 152	209 987		26,5	14,6	0,53	
2010	172 505	213 317		26,4	14,8	0,53	225 792
2011	170 081	209 291*		26,4*	14,7*	0,53*	222 006
2012	156 824	207 120*		26,2*	14,5*	0,53*	219 148
2013	142 153	216 697*		26,7*	15,3*	0,55*	229 021

* Provisoire

(1) Statistiques des bulletins : interruptions volontaires de grossesse (IVG) et interruptions médicales (IMG)

(2) Statistiques administratives des actes médicaux. A partir de 2010, les données des IVG associées à des régimes particuliers (MSA et RSI) sont intégrées. Sources : DREES et CNAM-TS à partir de 2010

(3) Estimation de l'INED (IVG). À partir de 2002, les statistiques hospitalières sont jugées exhaustives. Source : C. Rossier et C. Pirus (2007)

(4) Sur la base des estimations INED jusqu'en 2001, sur la base des statistiques médicales depuis 2002

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse s'établit à 216 697 en France en 2013 (nombre provisoire); après une baisse jusqu'au milieu des années 1990, puis une légère augmentation jusqu'au milieu des années 2000, le nombre des IVG s'est stabilisé, de même que l'indicateur synthétique de recours à l'IVG s'est stabilisé à 0,53 IVG par femme. En 2013 toutefois les éléments provisoires laisse supposer une augmentation de l'indicateur de stabilité à 0,55 IVG par femme.

La moitié des IVG est désormais médicamenteuse, et cette part a été en constante progression.

Depuis que le recours à cette pratique est possible en ville, près d'une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. Plus d'un établissement sur trois a établi des conventions avec des médecins libéraux pour effectuer les IVG en ville.

La pratique des IVG médicamenteuses est encore limitée dans le secteur libéral. Celui-ci n'assure que 14,7% (12511 IVG) des 85302 IVG médicamenteuses réalisées en 2012 en France métropolitaine (15). Ce chiffre n'augmente plus alors que la pratique de l'IVG médicamenteuse continue de progresser dans les établissements hospitaliers du secteur public. Et sur les 12511 IVG médicamenteuses réalisées en cabinet, 6640 l'ont été chez les gynécologues ou gynécologue-obstétriciens soit 53,1% des IVG hors établissements, et 5871 chez les médecins généralistes, soit 46,9% des IVG hors établissements

Le principal frein tient au faible nombre de médecins ayant signé une convention avec un établissement hospitalier.

Ceux-ci sont en majorité des gynécologues et exercent surtout dans 3 régions (selon le rapport d'activité du REVHO 2012) : Ile de France (331 conventions soit 30% du total), Provence-Alpes-Côte d'Azur (120 conventions) et Haute Normandie (100 conventions). Mais tous les praticiens conventionnés n'effectuent pas des IVG (11% n'en déclarent aucune) et pour les trois quarts d'entre eux la pratique moyenne est de 5 IVG par mois.

Enfin la méthode médicamenteuse hors établissement de santé ne convient pas à toutes les femmes pour diverses raisons (crainte de la douleur, confidentialité, etc.).

2.3.3 En Aquitaine et dans les Pyrénées Atlantiques

Tableau 4: Avortements dans la région Aquitaine, suivant le département où a été pratiquée l'intervention et le lieu de l'acte médical en 2012: (2)

Région	Département de l'établissement	Lieu de l'acte médical						TOTAL
		ND	Hôp ou clin	Cab Gynéco	Cab MG	CPEF	CS	
Aquitaine	24 Dordogne	0	1046	1	0	0	0	1047
	33 Gironde	0	3575	769	117	0	5	4466
	40 Landes	0	635	48	2	0	0	685
	47 Lot et Garonne	0	703	0	0	0	0	703
	64 Pyrénées Atlantiques	0	1605	62	0	26	0	1693
	TOTAL	0	7564	880	119	26	5	8594

Légendes:

ND: non déterminé

Hôp ou clin: Hôpital ou clinique

Cab Gynéco: Cabinet de gynécologie ou de gynéco-obstétrique

Cab MG: Cabinet de médecin généraliste

CPEF: Centre de planification et d'éducation familiale

CS: Centre de Santé

Tableau 5: Avortements selon la technique employée en Aquitaine par départements en 2012: (2)

Région de l'établissement	Département de l'établissement	Technique employée			TOTAL
		Chirurgicale avec anesthésie locale	Chirurgicale avec anesthésie générale	Médicamenteuse	
Aquitaine	24 Dordogne	65	369	613	1047
	33 Gironde	51	2514	1901	4466
	40 Landes	19	383	283	685
	47 Lot et G	5	311	387	703
	64 Pyrénées Atl.	269	770	654	1693
	TOTAL	409	4347	3838	8594

Le nombre d'IVG par méthode médicamenteuse en 2012 était trois fois plus élevé en Gironde (1901) que dans les Pyrénées Atlantiques (654) alors que la population générale n'était que le double en Gironde (660 871 habitants dans les Pyrénées Atlantiques pour 1 483 712 habitants en Gironde). Le taux d'IVG médicamenteuses était de 42% en Gironde contre 38% dans les Pyrénées Atlantiques.

Aucune IVG médicamenteuse a été déclarée en cabinet de médecine générale en 2012 dans les Pyrénées Atlantiques (contre 62 en cabinet de gynécologie).

2.3.4 Nombre de conventions signées en Aquitaine

Selon les données de l'ARS, il y aurait 53 conventions signées en Aquitaine au 1er Janvier 2015.

La plupart ont été signées en Gironde (46 conventions, soit 87%), mais certaines correspondent à des "centre de soins" dans lesquels plusieurs praticiens exercent. Dans les Landes, deux praticiens ont signé la convention avec l'Hôpital de Dax. Quant aux Pyrénées Atlantiques, les données sont plus précises: au total cinq conventions ont été signées, dont trois sur la Côte Basque.

Aucune en Dordogne ni dans le Lot-et-Garonne.

2.4 Les Molécules

2.4.1 Mifépristone

MIFEGYNE® : Conditionnement en boîte de 3 comprimés à 200 mg. Laboratoire NORDICPHARMA SAS. Per os. Prix : 75,78 € (76,37€ forfait) TTC.

MIFFEE®: Conditionnement en boîte de 1 comprimé ou 60 comprimés à 200mg. Laboratoire LINEPHARMA INTERNATIONAL LIMITED.

Seule la posologie à 200mg a été autorisée dans l'AMM, en association avec géméprost. (16)

2.4.1.1 Mode d'action

La mifépristone est un stéroïde de synthèse ayant des propriétés anti-progestérone dérivé de la noréthindrone. Ainsi, elle se lie fortement aux récepteurs de la progestérone sans les activer (affinité 5 fois plus forte que la progestérone elle-même). Elle stimule la production de prostaglandines au niveau de l'utérus et déclenche une activité contractile. Le blocage de la progestérone induit sur l'endomètre la séparation du chorion et du trophoblaste ce qui aboutit à une baisse de β -HCG et une lutéolyse secondaire (17).

Sur le myomètre, cela induit une augmentation de sa contractilité par effet propre de la mifépristone et par augmentation de la production des prostaglandines.

En outre, elle déclenche la maturation cervicale.

L'ensemble de ces actions aboutit à l'arrêt de la grossesse et à l'expulsion de l'oeuf.

Dans l'interruption de grossesse du premier trimestre, l'utilisation séquentielle de la mifépristone et d'un analogue de prostaglandines permet d'obtenir un taux de succès dans 95% des cas et d'accélérer l'expulsion ovulaire. Le taux de succès atteint 95% lorsqu'on administre en combinaison 600mg de mifépristone et 400 μ g de misoprostol par voie orale, pour les grossesses de 49 jours d'aménorrhée au maximum.

Après l'administration orale d'une dose unique de 600mg, la mifépristone est rapidement absorbée. La concentration maximale de 1,98mg/L est atteinte après environ 1h30. La cinétique est non linéaire. L'élimination est d'abord lente puis plus rapide pour aboutir à une demi-vie d'élimination de 18 heures.

En France la mifépristone a l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) (18) pour :

- L'interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive au plus tard au 63ème jour d'aménorrhée.
- Le ramollissement et la dilatation du col utérin en préparation à l'IVG chirurgicale du 1er trimestre.
- La préparation à l'action des analogues des prostaglandines dans l'interruption de grossesse pour raison médicale au-delà du 1er trimestre.
- L'induction du travail lors des grossesses interrompues (mort foetale in utero).

2.4.1.2 Contre indications et précautions d'emploi

Les contre-indications sont les suivantes :

- Insuffisance surrénale chronique.
- Allergies connues à la mifépristone ou à l'un des excipients.
- Asthme sévère non contrôlé par le traitement.
- Porphyrie héréditaire (en lien avec l'anémie que pourrait entraîner cette maladie).

Dans l'interruption médicamenteuse de grossesse évolutive:

- Grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie.
- Grossesse de 63 jours d'aménorrhée et plus.
- Suspicion de grossesse extra-utérine (GEU).
- Contre-indication à l'analogue des prostaglandines utilisé.

En l'absence d'études spécifiques, l'utilisation de Mifégyne® est généralement déconseillée chez les patientes souffrant: d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, de malnutrition, anémie, hypocoagulabilité, corticothérapie au long cours, et il faut éviter l'aspirine.

2.4.1.3 Toxicité et tératogénie (19)

- Les études de tératogénèse chez l'animal ne permettent pas de conclure.
- Les données publiées chez les femmes enceintes exposées à la mifépristone au 1er trimestre et dont la grossesse a évolué sont peu nombreuses.
- Deux agénésies unilatérales d'un lobe cérébelleux et une atrophie cérébelleuse sévère ont été rapportées dans la littérature.
- À ce jour, il n'est pas possible de conclure quant au rôle de la mifépristone dans la survenue de ces anomalies.

Dans l'attente de données complémentaires, une surveillance prénatale du cervelet foetal est souhaitable en cas d'exposition en début de grossesse.

2.4.2 Misoprostol

GYMISO® : Conditionnement en boîte de 2 comprimés de 200µg. Laboratoire PHARMA SERVICES. Cette spécialité a reçu l'AMM dans l'indication « interruption médicale de grossesse intra-utérine en association à la mifépristone au plus tard au 49ème jour d'aménorrhée » le 29 octobre 2003 revue le 03 avril 2014 et est la seule mentionnée sur l'arrêté du 23 juillet 2004. Per os. Prix : 15,02 € (15,37€ forfait) TTC

MISOONE® : Conditionnement en boîte de 1 ou 16 comprimés de 200µg. Laboratoire NORDIC PHARMA SAS. Cette spécialité a aussi reçu l'AMM dans l'indication « interruption médicale de grossesse intra-utérine en association à la mifépristone au plus tard au 49ème jour d'aménorrhée » mais n'est pas mentionnée sur l'arrêté du 23 juillet 2004. (HAS février 2015)

CYTOTEC® : Conditionnement en boîte de 60 comprimés de 200µg. Laboratoire PFIZER PFE FRANCE. Cette spécialité commercialisée depuis 1987 n'a pas l'AMM dans les IVGM et n'est pas mentionnée dans l'arrêté du 23 juillet 2004. Per os ou par voie vaginale. Prix : 17,80€ TTC

2.4.2.1 Mode d'action

Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine E1 (PGE1). Il est utilisé en association avec la mifépristone pour l'interruption de grossesse jusqu'au 49ème jour d'aménorrhée.

Aux doses recommandées, le misoprostol provoque des contractions des fibres musculaires lisses du myomètre et un relâchement du col utérin.

Il peut néanmoins être utilisé pour la préparation du col avant interruption chirurgicale de grossesse au 1er trimestre.

Il est rapidement absorbé après administration orale, avec un pic après 30 minutes.

La prise du misoprostol en sublingual aurait de meilleurs résultats sur la dilatation du col et permettrait une évacuation plus rapide du contenu intra-utérin lors des IVG chirurgicale (20).

2.4.2.2 Contre indications et précautions d'emploi

Les contre indications sont les suivantes:

- Hypersensibilité au misoprostol ou à l'un des excipients.
- Antécédents d'allergie aux prostaglandines.

Dans l'interruption médicamenteuse de grossesse:

- Grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie.
- Suspicion de GEU.
- Grossesse de 50 jours et plus dans l'indication de l'IVG.

Des accidents cardio-vasculaires graves potentiellement mortels ont été rapportés avec des prostaglandines, y compris avec le misoprostol, en particulier lors de l'utilisation d'une posologie élevée. Les facteurs de risque cardio-vasculaires seront pris en considération.

Précaution d'emploi pour un âge >35 ans et tabagisme >10 cig/j.

En cas de grossesse sous dispositif intra-utérin (DIU), celui-ci sera retiré avant la prise de misoprostol.

2.4.3.3 Toxicité et tératogénie (19)

Plusieurs études mettent en évidence un effet malformatif du misoprostol.

Les malformations décrites comportent notamment :

Des anomalies des noyaux des paires crâniennes : syndrome de Moebius (paralysie le plus souvent bilatérale, des 6ème et 7ème nerfs crâniens avec parfois atteinte d'autres paires crâniennes), trismus sévère avec rétrognathie.

Des anomalies de membres : arthrogrypose, pieds bots, anomalies réductionnelles distales, « anneaux de constriction », syndactylies ou camptodactylies.

Quelques cas d'hydrocéphalie associée aux anomalies précédentes.

Le mécanisme évoqué serait une « fetal vascular disruption » liée aux contractions utérines entraînées par le misoprostol.

L'incidence de ces malformations est encore difficile à déterminer avec précision compte tenu des données existantes, mais elle pourrait être de l'ordre de 2% (21).

2.4.3 L'approvisionnement

Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG (spécialités Mifégyne® et Gymiso®) sont désormais vendus en pharmacie d'officine. Afin de garantir la sécurité d'utilisation des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG, ces médicaments sont vendus exclusivement aux médecins ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent donc être vendus, ni à des médecins n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers.

Pour se procurer ces médicaments, le médecin passe une commande à "usage professionnel" auprès de la pharmacie d'officine de son choix. Cette commande doit comprendre les mentions suivantes :

- *le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse et la signature du praticien ainsi que la date ;*
- *le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées ;*
- *la mention « usage professionnel » ;*
- *le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu une convention ainsi que la date de cette convention.*

Miffée® et MisoOne® sont prescrits et délivrés à l'hôpital et peuvent être utilisés hors établissements de santé, conformément à l'article L2212-1 du CSP, par les médecins habilités et les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) ayant établi une convention avec un établissement de santé. Toutefois, le Miffée® n'a l'AMM qu'en association avec le géméprost (Cervageme®), non utilisé en pratique de ville (HAS Février 2015).

2.4.4 La prise des médicaments

Afin de garantir la bonne administration dans les délais requis des deux médicaments et de permettre au médecin d'assurer un suivi régulier de la patiente, la prise des médicaments (spécialités Mifégyne® et Gymiso® ou MisoOne®) par la femme est effectuée en présence du médecin lors des consultations (article R. 2212-17 du CSP)(22). Les recommandations professionnelles validées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 2001 et confirmées par l'HAS en décembre 2010 autorisent la prise du misoprostol à la maison. Celui-ci est remis à la patiente lors de la prise de la mifépristone pour être pris 36 à 48 h plus tard chez elle.

En revanche, selon le CSP la pratique consistant à remettre à la patiente les comprimés de misoprostol (Gymiso® ou MisoOne®), pour qu'elle prenne ces comprimés à son domicile, est exclue. En aucun cas les médicaments ne devraient être remis à la patiente pour une prise ultérieure en dehors du cabinet du médecin...

2.5 Protocole

2.5.1 Description

Pour les grossesses de moins de 7 SA (soit au maximum 49 jours d'aménorrhée), les taux de grossesses évolutives sont de l'ordre de 1% pour les posologies autorisées par l'AMM.

Les séquences de traitement recommandées sont celles de l'AMM de la Mifégyne®: une prise de 600 mg de mifépristone par voie orale suivie, 36 à 48h plus tard, de 400µg de misoprostol par voie orale.

Antiprogestérone, suivie 36 à 48h après...	... d'une Prostaglandine
mifépristone , 600mg par voie orale: Mifégyne® (3 cp à 200mg en 1 prise)	misoprostol par voie orale: <ul style="list-style-type: none">- soit Gymiso® (400µg: 2cp à 200µg, en une prise)- soit MisoOne® (400µg: 1 cp à 400µg)

2.5.2 Précautions et contre-indications (23)

2.5.2.1 Contre-indications de la méthode médicamenteuse

- Troubles de la coagulation ou prise d'un traitement anticoagulant.
- Anémie profonde (il n'est pas justifié pour autant de demander un dosage systématique de l'hémoglobine avant un avortement médicamenteux).
- Grossesse extra-utérine (il est donc important d'éliminer ce diagnostic avant de réaliser un avortement médicamenteux).
- DIU en place (si l'ablation du DIU n'est pas possible, il est préférable de recourir à une aspiration).
- Terme > 7SA.
- Restriction du misoprostol à domicile:

Distance importante entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référent (délai de transport supérieur à 1 h).

Mineures sans accompagnement parentale.
Impossibilité d'être assistée par un proche à domicile.

2.5.2.2 *Limites psycho-sociale de l'utilisation de la méthode*

a- Contre-indications psychologiques:

- **Femme ambivalente sur l'IVG ou ne comprenant pas les informations fournies:** le choix de la méthode de l'IVG ne doit intervenir qu'une fois la décision d'IVG prise et non l'inverse. Elles ont parfois besoin d'un délai plus long.
- **Femme ne voulant rien savoir de son IVG.**
- **Femmes ayant très peur de la douleur.**
- **Fragilité psychologique et isolement** pouvant être majorés par la solitude lors de l'IVG à domicile : le professionnel est en droit de refuser l'IVG médicamenteuse à domicile s'il pense que cette méthode ne lui convient pas : il en informera rapidement sa patiente et l'orientera sur le centre référent. L'entretien psychosocial peut être une aide au choix : un échange entre les professionnels ayant rencontré la patiente peut confirmer ou infirmer la pertinence du choix d'IVG médicamenteuse à domicile.

b- Contre-indications d'un point de vue social:

- **Certaines conditions sociales** (grande précarité...) rendent l'utilisation de cette méthode très inconfortable. Il est parfois préférable d'offrir à ces patientes une alternative : hospitalisation pour l'administration du misoprostol ou aspiration.
- **Les femmes n'ayant aucune prise en charge sociale** doivent être adressées au centre référent pour application de l'article 6 (gratuité);
- **Les femmes n'ayant pas de mutuelle** et une impossibilité de payer la part obligatoire, ou ne pouvant avancer le prix du forfait;
- **Les femmes souhaitant un anonymat** par rapport au conjoint par exemple (le décompte de la sécurité social est adressé au domicile).

c- Contre-indication liée à la géographie:

Une patiente signalant d'emblée son impossibilité à se rendre à la visite de contrôle (vacances...) devrait être exclue du protocole médicamenteux. De même si elle s'éloigne de l'ES de référence (retour à domicile après des vacances).

2.5.3 Déroulement de la méthode

2.5.3.1 Consultation initiale

La demande d'IVG est le motif de consultation.

Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide.

Lors de cette consultation, le médecin confirme le diagnostic grossesse intra-utérine évolutive.

- Interrogatoire:

L'interrogatoire évalue le retard de règles et évalue le terme théorique grâce à la date des dernières règles (DDR). Mais souvent les données sont imprécises et doivent être complétées par un dosage des β -HCG quantitatifs et une échographie de datation.

- Examen clinique:

L'examen clinique permet l'évaluation du volume utérin, mais la qualité du toucher vaginal dépend de l'expérience de l'examineur et peut être perturbée par une obésité, une grossesse gémellaire, une rétroversion utérine ou un utérus fibromateux.

- La biologie:

Les taux de β -HCG sérique ne permettent pas une datation précise, mais permettent de confirmer l'évolutivité de la grossesse en cas de doute en réalisant deux dosages à 48h d'intervalle. On peut aussi proposer à la femme un dépistage des infections sexuellement transmissibles.

- L'échographie:

C'est le moyen le plus sûr pour déterminer l'évolutivité de la grossesse.

Elle est réalisée de préférence par voie vaginale et peut mettre en évidence trois structures : le sac ovulaire, la vésicule vitelline et l'embryon.

Elle visualise la grossesse lorsque le taux de β -HCG sérique atteint 1500 UI/ml.

Un échographiste entraîné détecte le sac gestationnel à partir de 4,5 SA (33 jours) (diamètre moyen du sac de 2mm) et l'embryon à partir de 5 SA + 3 jours comme une structure linéaire hyperéchogène au sein du sac gestationnel (13).

L'échographie permet aussi :

- d'éliminer une grossesse extra-utérine (toujours se méfier des grossesses intra et extra-utérines associées);
- de diagnostiquer une grossesse gémellaire;
- de découvrir une anomalie utérine;
- d'éliminer une grossesse molaire.

Lors de la première consultation préalable à l'IVG, des informations claires et précises sont apportées à la patiente sur les procédures, ainsi que sur le temps de réflexion d'une semaine avant la deuxième consultation préalable à l'IVG. Outre cette information orale, les professionnels mettent à la disposition des patientes des documents d'information écrits (HAS 2010).

Cette consultation est réalisée par le médecin du choix de la patiente qui va rédiger le premier certificat de demande d'IVG, le dater et le signer.

Le médecin va alors prescrire les examens complémentaires nécessaires: carte de groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), échographie de datation si nécessaire. Cette consultation permet d'aborder les différentes techniques d'IVG, leurs contre-indications et les complications éventuelles.

2.5.3.2 Entretien psycho-social

Proposé à toutes les femmes, il est obligatoire pour la femme mineure, facultatif pour les femmes majeures (article L. 2212-4 du CSP).

La consultation se déroule entre les deux consultations préalables. Elle a lieu dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un CPEF, un service social ou un autre organisme agréé, avec une personne qualifiée pour mener ces entretiens, dite "conseillère conjugale". La consultation comporte un entretien particulier au cours duquel sont proposés une assistance sur le plan social, une écoute, un soutien psychologique, des informations ou des conseils appropriés à la situation de la femme. Ce moment d'écoute et de dialogue peut être important et aider l'intéressée dans une période difficile.

En ce qui concerne la femme mineure, à l'issue de cette consultation, une attestation d'entretien lui est délivrée. Si un adulte accompagnant a été choisi, l'attestation indique que ce choix a été réalisé. Ce document sera remis au médecin qui pratiquera l'IVG.

2.5.3.3 Délai de réflexion

- Législation

Selon l'article L2212-5 du CSP: "si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, (...). Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus."

- Histoire

Mis en place depuis 1975, le délai de réflexion n'avait jamais été remis en cause. Dans un arrêté en date du 26 mai 2011, la Cour de Cassation, a rappelé, à l'occasion d'une plainte en réparation d'une patiente contre son médecin, que le délai de réflexion de 7 jours, imposé par la loi avant une interruption volontaire de

grossesse, ne peut en aucun cas être écourté. Le médecin sollicité ne peut rien prescrire, ni décider tant qu'il n'a pas reçu la confirmation écrite de la décision de sa patiente, laquelle ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai d'une semaine après la première visite de la patiente. Le délai est imposé par le CSP et un médecin qui accepterait de précipiter les choses engagerait sa responsabilité si, par la suite, sa patiente venait à regretter sa décision et avoir ainsi des difficultés d'ordres psychologiques ont expliqué les juges de la Cour. Il s'expose à devoir indemniser la femme car, sous le coup de l'émotion de la découverte d'une grossesse non désirée, elle peut « perdre la chance de prendre sa décision dans la sérénité après l'avoir mûrie » et cela peut l'empêcher de renoncer finalement à faire une IVG.

- **Actualités**

Le délai de 7 jours de réflexion pour faire une IVG est toujours en vigueur tant que le décret n'est pas signé.

2.5.3.4 Première consultation du forfait

C'est la deuxième consultation préalable à l'IVG. Elle est réalisée par le médecin qui pratiquera l'IVG.

Au cours de cette consultation:

- la demande d'IVG est confirmée par la patiente qui remet son consentement écrit;
- le médecin explique la procédure "IVG en ville" et remet un document explicatif du protocole qu'elle devra respecter;
- les dates des deux consultations suivantes, comportant la prise de médicaments, sont fixées;
- la vérification de la carte de groupe est de rigueur.

2.5.3.5 Deuxième consultation du forfait

C'est la première consultation de prise de médicaments: prise de mifépristone (Mifégyne®) en présence du médecin.

Ce dernier:

- donne les informations détaillées sur les effets secondaires possibles;
- indique les coordonnées précises du service de l'établissement de santé dans lequel elle peut se rendre si nécessaire;
- remet à la patiente une fiche de liaison contenant les éléments utiles de son dossier médical, qu'elle remettra au médecin de ce service si nécessaire;
- prescrit à la femme des antalgiques et antispasmodiques.

Cette consultation est à nouveau l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des frottis cervico-vaginaux de dépistage. Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG. Il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence.

Toutes les patientes doivent disposer d'un groupage sanguin ABO-D et d'une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).

À l'issue de cette première étape, il peut survenir des saignements plus ou moins importants, et exceptionnellement, l'oeuf peut déjà être évacué à ce stade.

2.5.3.6 Troisième consultation du forfait

C'est la deuxième consultation de prise de médicament: prise du misoprostol (Gymiso® ou MisoOne®), de 36 à 48 heures plus tard en présence du médecin.

La femme:

- apporte la fiche de liaison que le médecin met à jour et lui restitue;
- est informée des suites normales de l'IVG et des troubles qui peuvent survenir.

Cette deuxième consultation est virtuelle lorsque le misoprostol est pris à domicile

par la patiente. La surveillance durant les 3 heures qui suivent la prise de misoprostol est facultative. Elle peut se justifier comme accompagnement de la patiente, et à sa demande, mais n'a plus de véritable raison médicale.

Si la contraception post-IVG choisie est hormonale, oestro-progestative ou progestative, elle doit être débutée le jour de la prise de prostaglandine.

Les saignements peuvent parfois se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement:

- dans 60% des cas, l'avortement se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol;
- dans 40% des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol.

Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

2.5.3.7 Quatrième consultation du forfait

C'est la consultation de contrôle. Elle est indispensable et est effectuée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant la prise de mifépristone (Mifégyne®) au cabinet du médecin qui a remis les médicaments.

Le contrôle de l'efficacité de la méthode est absolument obligatoire. Il doit être fait par un examen clinique, et un dosage de β -HCG plasmatique ou bien la pratique d'une échographie pelvienne.

En cas d'échec de l'IVG médicamenteuse il est impératif de recourir à la technique chirurgicale.

L'adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la patiente, sa compréhension et sa bonne utilisation doivent être vérifiées. Le cas échéant, un dispositif intra-utérin peut être mis en place, uniquement en cas de preuve de la vacuité utérine.

Un accompagnement psychologique peut être à nouveau proposé.

2.5.3.8 Prévention de l'iso-immunisation

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D (Rhophyllac®) par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Cette prévention doit être faite au plus tard dans les 72 h qui suivent les saignements, le jour de la prise de mifépristone selon les recommandations (HAS 2010).

2.5.4 Effets secondaires, complications et échecs (24)

2.5.4.1 Effets secondaires

Les effets secondaires dans l'avortement médicamenteux sont peu importants et de courte durée, nécessitant pas ou peu d'intervention.

Les douleurs et les saignements font partie du processus et sont toujours présents mais d'intensité très variable. Les autres effets secondaires sont les troubles gastro-intestinaux, les troubles de la thermorégulation (frissons, fièvre), les malaises et les céphalées.

Il est important que la patiente soit informée de la possibilité d'effets secondaires des médicaments administrés et des signes cliniques qui peuvent faire craindre une complication.

Douleurs:

Insuffisamment évaluées selon l'HAS, elle est directement corrélée à la dose de prostaglandines. Il existe un pic d'intensité juste après la prise de misoprostol (1 à 3 heures) correspondant à la cinétique du produit.

Protocole de prise en charge de la douleur (13):

Ibuprofène : 400mg: un comprimé 20 minutes avant la prise de misoprostol, à répéter toutes les 4 heures (sans dépasser 3 comprimés par jour).

Si les douleurs ne sont pas calmées par l'ibuprofène, peuvent être associés: une association paracétamol-caféine-opium ou un antalgique de palier 2 type paracétamol codéiné.

Saignements:

Élément fondamental de la surveillance post-avortement, ils peuvent être plus ou moins abondants.

Une absence de saignement signerait l'échec de la méthode, mais des saignements importants ne garantissent toutefois pas le succès.

Le saignement démarre dans la majorité des cas entre une demi heure et 10 heures après la prise de misoprostol (2-4 heures en moyenne) et l'expulsion se fait dans la moitié des cas dans les 4 heures qui suivent la prise de misoprostol (25).

Troubles gastro-intestinaux:

Nausées, vomissements et diarrhée sont directement liés à l'action du misoprostol sur la contraction des fibres intestinales. Ils surviennent dans l'heure qui suit la prise du misoprostol et sont de faible intensité et de courte durée (1-2 h). Ils semblent plus fréquents en cas d'administration orale du misoprostol et ne nécessitent qu'exceptionnellement un traitement.

Troubles de la thermorégulation:

Ils sont directement liés à la prostaglandine et sont de courtes durées (1-3 h). Toute température supérieure à 38°C au-delà de cette durée ou survenant plus de 12 heures après la prise de misoprostol doit être explorée afin de vérifier l'absence d'infection.

Autres troubles:

Céphalées et malaises sont parfois décrits. Ils sont réversibles et de courte durée.

2.5.4.2 Complications

Hémorragie:

Le taux d'hémorragie nécessitant une transfusion est estimé de 0 à 0,2 % et celui d'hémorragie nécessitant une aspiration à 0,3-2,6 % selon les études (26)(27). Ces hémorragies surviennent la plupart du temps à distance de la prise du misoprostol. Il s'agit plus souvent de saignements prolongés et abondants conduisant progressivement à une déglobulisation que de cas d'hémorragies cataclysmiques.

Ainsi, l'hospitalisation quelques heures après l'administration du misoprostol dans le but de prendre en charge rapidement une éventuelle hémorragie n'est pas justifiée.

Infection:

L'infection est une complication rare de l'avortement médicamenteux (autour de 0,9%). Dans la littérature, l'infection est souvent mal documentée et des variations dans le diagnostic de l'infection selon les régions rendent difficile l'interprétation des résultats (28). Généralement, les infections retrouvées en postabortum sont des endométrites amenant souvent une prescription d'antibiotiques sans preuves formelles bactériologiques de l'infection.

Choc septique:

Quatre cas d'infection mortelle à *Clostridium sordellii* (Toxic Shock Syndrome) ont été rapportés en Californie entre 2001 et 2005 (29), ainsi qu'un cas mortel au Canada en 2001 (30). Ces septicémies foudroyantes sont survenues dans la semaine suivant l'administration de 200 mg de mifépristone per os et 800 µg de misoprostol par voie vaginale. Le tableau clinique inclut une tachycardie, une hypotension, un oedème, une absence de fièvre, une hémococoncentration et une profonde hyperleucocytose. Le mécanisme physiopathologique semble multifactoriel et il semble que la mifépristone pourrait intervenir en favorisant le développement de l'infection et en intensifiant les actions des cytokines de l'inflammation(31).

2.5.4.3 Échecs

Sont comptabilisés comme échecs, les grossesses évolutives, les rétentions totales ou partielles ayant nécessité un nouvel acte médical (aspiration ou prise de misoprostol), et les reprises instrumentales en urgence.

Dans une étude française (25) on retrouvait :

1,49% de grossesses évolutives;

2,81% de rétentions;

0,33% de cas nécessitant un geste hémostatique ou une aspiration.

2.5.4.4 Mortalité

La mortalité de l'avortement médicamenteux peut être estimée grâce aux déclarations d'événements indésirables enregistrés par la FDA (Food and Drug Administration) aux États-Unis jusqu'en juillet 2005. À cette date, sur environ 460 000 utilisations de l'association mifépristone-misoprostol, 5 cas mortels ont été déclarés : 4 décès liés à une septicémie à *Clostridium sordellii* et 1 cas de rupture d'une grossesse extra-utérine.

2.6 Efficacité et Résultats

2.6.1 Paramètre primordial dans la réussite de la méthode: l'explication

Une étude américaine a montré l'importance d'une explication claire et intelligible. Elle était directement corrélée au taux de satisfaction de la méthode choisie. Les femmes appréhendent de façon mieux préparée les effets secondaires (32).

L'ANAES recommande « de dispenser à chaque patient(e) une information pertinente et de qualité, tout au long du processus de soin, en tenant compte des besoins propres de ce (cette) dernier (dernière) et du respect dû à sa personne ». Expliquer le protocole et le déroulement de ce qui peut survenir à chaque étape est un point capital (33).

De l'explication initiale va dépendre en grande partie, l'efficacité, la sécurité et surtout la satisfaction de la patiente.

Une explication optimale décrira point par point la façon dont va se dérouler les étapes qui auront lieu au domicile :

La prise du misoprostol :

- 1) Il faudra expliquer la date et l'horaire précise de prise du misoprostol (qui est à prendre entre 36 et 48h après la prise du comprimé de mifépristone).
- 2) La voie d'administration et le nombre de comprimé (en général 2 comprimés per os).

Expliquer ce à quoi s'expose la patiente avec ce médicament rappelant ce à quoi elle doit s'attendre et anticiper les effets secondaires:

- 1) Moment de l'expulsion.
- 2) Intensité des douleurs.
- 3) Durée des troubles digestifs.
- 4) Quantité et durée des saignements.
- 5) Passage des produits de conception.

Délivrer une ordonnance d'antalgiques à utiliser au besoin.

Rappeler le taux de complications de la méthode et l'éventuel recours à la méthode chirurgicale en cas d'échec. D'où l'importance de la visite de contrôle deux semaines plus tard.

Enfin rappeler les points cardinaux qui doivent faire consulter en urgence :

- Présence d'une fièvre supérieure à 38°C.
- Imprégner plus de 2 serviettes hygiéniques par heure pendant 2 heures consécutives.
- La reprise de saignements abondants à distance de la prise des médicaments.

Rassurer la patiente en donnant les coordonnées utiles en cas de signe de gravité:

- Le numéro de téléphone portable du médecin.
- Les coordonnées du centre hospitalier référent.

Le protocole IVG médicamenteuse par mifépristone + misoprostol est par définition non chirurgical et n'exige aucune anesthésie et n'expose à aucun type de traumatisme de l'endomètre, du col utérin avec son risque de béance cervico-isthmique ou d'infection.

À ce jour, il n'a pas été décelé de complications concernant la fertilité après une IVG médicamenteuse (34).

2.6.2 Critères d'évaluation de l'efficacité (HAS 2010)

L'efficacité de la méthode médicamenteuse s'évalue selon deux critères:

- le taux de succès, le succès étant défini comme l'obtention d'un avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale quelle qu'en soit l'indication;
- le taux de grossesses évolutives ou persistantes.

Les métrorragies, témoin de l'effet du traitement médical, surviennent dans les 3 à 4 h suivant la prise de prostaglandine, mais ne sont pas une preuve d'expulsion complète. Les douleurs abdomino-pelviennes induites par les contractions utérines sont quasiment systématiques, mais sont insuffisamment évaluées dans les études cliniques. Néanmoins, il est reconnu que les douleurs augmentent avec l'âge gestationnel et les doses utilisées de prostaglandines.

2.6.3 Facteurs de risque d'échecs

Les différents items étudiés dans une étude menée pour une thèse en 2008 (35), permettent de mettre en évidence une diminution d'efficacité de la méthode avec la parité et, à un moindre degré, avec l'âge de la patiente.

2.6.3.1 Influence de l'âge :

L'âge de la patiente supérieur à 30 ans augmenterait le risque d'échec (35).

2.6.3.2 Influence de la parité :

Les femmes nullipares présenteraient moins d'échecs que les patientes multipares. Parmi les patientes nullipares l'âge serait significativement plus élevé en cas d'échec (35).

2.6.3.3 Influence du terme de la grossesse :

Le terme de grossesse ne serait pas un facteur influençant les échecs (35).

2.6.3.4 Taux de β HCG :

Un taux de β HCG bas à J1, marquerait un meilleur succès de la méthode (35).

2.7 Acceptabilité de l'IVG médicamenteuse en ville

L'essai multinational de l'OMS (36) a fourni des données sur l'acceptabilité et a montré que 85% des participantes chez qui la procédure a réussi choisiraient l'avortement médicamenteux si le besoin s'en faisait à nouveau sentir (37).

Des études réalisées au Viet Nam (38)(39) retrouvent des pourcentages d'acceptabilité similaires. La majeure partie des patientes (97%) était satisfaite ou très satisfaite avec la méthode médicamenteuse, 77% choisiraient à nouveau cette méthode si besoin et 87% recommanderaient cette méthode à une amie en cas de nécessité.

Dans une autre étude française (40) les critères mesurés pour évaluer l'acceptabilité étaient :

- le nombre d'appels téléphoniques correspondant à un niveau d'anxiété;
- la prise d'antalgiques mineurs ou d'anti-spasmodiques;
- l'évaluation de la douleur par les patientes (échelle EVA);
- la prise d'anti-émétique ou d'anti-diarrhée.

Tous les critères qui avaient été choisis montrent une excellente acceptabilité de cette technique.

Peu d'appel téléphoniques, peu de recours aux anti-émétiques et une prise d'antalgiques relative (40%) avec une EVA moyenne à 5/10.

Le niveau « socioculturel » avait été un élément important dans le choix préférentiel du protocole à domicile : 85 % des patientes ayant choisi ce protocole avaient fait des études secondaires. Il est à noter que la prise du misoprostol à domicile, notamment le week-end, est apparue pour certaines patientes beaucoup plus compatible avec leur emploi du temps et leurs impératifs professionnels. Enfin, il apparaît que des patientes nulligestes n'ont pas hésité à choisir le misoprostol à domicile.

L'information délivrée par le médecin se doit d'être claire et notamment en matière de douleur et de saignements "attendus", cela aurait un rôle dans le taux de satisfaction final (41).

L'importance d'une information complète de la femme par les professionnels de santé, en particulier sur les effets indésirables tels que les hémorragies et la douleur, est à souligner.

Cette information permet d'augmenter la satisfaction des femmes et donc l'acceptabilité, notamment en diminuant l'écart entre leurs attentes et l'expérience vécue réellement (41).

Le choix d'une méthode ou de l'autre est une question de préférence individuelle. Dans la plupart des études qui offrent le choix de la méthode, 60 à 70 % des femmes optent pour la méthode médicamenteuse (42). Les femmes qui choisissent la méthode médicamenteuse le font principalement pour les raisons suivantes:

- l'évitement de la méthode chirurgicale et, en particulier, de l'anesthésie générale;
- la conscience, l'implication et un meilleur contrôle du processus de l'IVG ;
- une technique moins invasive et plus naturelle ;
- une technique plus discrète.

Outre les douleurs, les hémorragies et l'échec de la méthode sont prédictifs d'un refus par les femmes d'une IVG médicamenteuse ultérieure (41).

Enfin, une enquête française prospective menée en 2005 sur 433 patientes (43) mettait en évidence un taux d'acceptabilité de 96,2% dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

3 DEUXIÈME PARTIE: ÉTUDE DES PRATIQUES À BAYONNE, ANGLÈT ET BIARRITZ

3.1 Population et Méthode

3.1.1 Objectif de l'étude

L'objectif principal était de déterminer les obstacles liés aux désengagements des médecins généralistes et gynécologues dans la pratique des IVG médicamenteuses. Les objectifs secondaires consistaient à établir un profil type des praticiens prêts à proposer cet acte.

3.1.2 Population étudiée

La Côte Basque attire de plus en plus de monde chaque année. L'été est propice aux prises de risque en matière d'activité sexuelle. On observe une recrudescence des demandes d'IVG durant l'été, mais toutefois pas plus d'actes (1).

Le CHCB via le centre de planification, permet d'accéder aux demandes de la plupart des femmes désirant une IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale.

Après avoir passé six mois dans le service de gynécologie, il est apparu une disproportion entre l'offre de soin et la demande d'IVG. Nous avons alors réalisé qu'un très faible nombre de praticiens proposaient les IVG médicamenteuses en ville.

En 2013, l'ARS nous informait que seuls deux praticiens avaient signé une convention avec un établissement de soin afin d'assurer les IVG médicamenteuses en ville. Et, ce sur tout le département des Pyrénées Atlantiques. Aujourd'hui ils sont cinq.

Les acteurs que l'on cherche à interroger sont multiples: les praticiens généralistes, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens de la Côte Basque réalisant les IVG médicamenteuses, et ceux qui n'en pratiquent pas.

La contrainte majeure résidait dans le fait que nous ne disposions pas de bases de sondage directes permettant d'identifier les praticiens prenant en charge des IVG. La méthode employée s'appuyait donc sur un échantillon de praticiens des Pyrénées Atlantiques exerçant à Bayonne, Anglet ou Biarritz.

L'enquête s'intéressait aux seules IVG médicamenteuses réalisées en cabinet de ville (44). Cela nécessitait d'une part de se procurer la liste des praticiens ayant passé convention avec les établissements de santé afin de les intégrer dans l'enquête, et d'autre part de se procurer la liste de tous les médecins généralistes et gynécologues de Bayonne, Anglet et Biarritz ayant une activité libérale exclusive ou mixte.

3.1.2.1 Population incluse

Nous avons prospecté auprès de tous les médecins généralistes à activité "conventionnelle" libérale, les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens à activité libérale de trois villes de la Côte Basque, Bayonne, Anglet et Biarritz.

3.1.2.2 Population exclue

Les médecins généralistes relevant d'activité exclusive type acupuncture, mésothérapie, homéopathie et allergologie ont été exclus. De même ont été exclus les praticiens exerçant une activité d'urgence au sein de la structure "SOS médecins".

Les gynécologues-obstétriciens et les gynécologues médicaux à activité hospitalière exclusive n'ont pas non plus été inclus.

3.1.3 Recueil et gestion des données

Une autre contrainte résidait dans le recueil des données dans la mesure où cette enquête n'était pas à échelle nationale, et que des biais de sélection étaient nombreux (villes balnéaires, peu représentatives de la France au niveau statistique...).

3.1.3.1 Le questionnaire

Un questionnaire (**ANNEXE 7**) avait été élaboré après discussion avec divers intervenants (médecins généralistes, gynécologues, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes).

Afin d'établir un questionnaire valide, nous nous étions penchés sur la publication de la DREES et publiée en Juin 2012 (44) (45) concernant la méthodologie d'étude. Nous nous étions inspirés du questionnaire "praticiens" dont ils s'étaient servis pour mener ce même type d'enquête. Nous y avons ajouté les items correspondants aux motifs de refus afin de nous éclairer.

Le questionnaire comprenait deux parties.

La première partie intitulée: "Données relatives au praticien" ciblait l'ensemble de la population étudiée. Outre leurs caractéristiques sociodémographiques et leur statut professionnel, les praticiens étaient interrogés sur leur qualification, leur formation, leurs pratiques et leur expérience en matière de prise en charge des IVG.

La seconde partie intitulée: " Pour les médecins réalisant les IVG médicamenteuses en tant que médecins conventionnés" était réservée aux professionnels autorisés à réaliser des IVG dans leur cabinet de ville (et ayant donc passé convention avec un établissement de santé). Cette partie nous permettait d'approfondir les raisons du choix de cette pratique et les éventuelles difficultés rencontrées.

Un total de 14 questions à choix simple ou multiple, selon les intitulés, leur était proposé.

Aussi, les praticiens le désirant pouvaient bénéficier d'un guide de bonnes pratiques (46), reprenant le cadre de loi (**ANNEXE 1**), les modalités de l'acte, la grille tarifaire (**ANNEXE 5**), un modèle de convention (**ANNEXE 2**) et du bulletin statistique (**ANNEXE 6**) (7).

3.1.3.2 Diffusion du questionnaire

La suite de notre travail avait consisté à diffuser le questionnaire à l'ensemble de la population incluse.

Il visait les médecins généralistes mais aussi les spécialistes en gynécologie exerçant toute, ou en partie, leur activité en ville.

L'enquête préservait l'anonymat des praticiens mais nous distinguons toutefois les médecins généralistes des gynécologues ou gynécologue-obstétriciens.

C'était un questionnaire auto-administré, les praticiens remplissaient leur questionnaire par eux-mêmes.

Nous avons contacté le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine (CROM) qui ne nous a pas autorisé l'accès aux données concernant les praticiens de la Côte Basque.

En ce qui concerne les médecins généralistes, nous avons alors établi une liste des praticiens à contacter à l'aide du site de l'assurance maladie (www.ameli.fr).

Dans un deuxième temps, nous avons contacté tous les praticiens répertoriés afin d'obtenir leurs adresses électroniques et leur accord pour recevoir le questionnaire. Les praticiens n'ayant pas d'adresse électronique à diffuser avaient été contactés par envoi postal. Le courrier contenait une lettre explicative et le questionnaire avec enveloppe affranchie pour le retour des réponses.

Quant aux gynécologues et gynécologues-obstétriciens, nous avons diffusé le questionnaire via un réseau privé par envoi électronique.

Tous les praticiens ayant été contactés par courrier électronique avaient reçu un deuxième e-mail de rappel afin d'obtenir les réponses. Ils avaient ensuite été à nouveau contactés par téléphone et un nouvel envoi avait été fait.

De même, les praticiens contactés par courrier postal avaient été relancés par téléphone.

3.1.4 Type d'étude

C'était une étude descriptive des pratiques des médecins généralistes et gynécologues en matière d'IVG médicamenteuses hors établissement de soins dans trois villes des Pyrénées Atlantiques, Bayonne, Anglet et Biarritz.

3.2 Résultats

Lors du recueil des données, il est apparu qu'aucun spécialiste en gynécologie-obstétrique n'avait d'activité libérale. Par conséquent nos résultats ne concernent que les médecins généralistes et les gynécologues médicaux à activité libérale ou mixte. Nos résultats ont été élaborés à l'aide de tableaux croisés dynamiques.

3.2.1 Répartition des professionnels

En France, début 2015 le nombre de médecins généralistes était de 3,19 pour 1000 habitants (47). Dans le département des Pyrénées Atlantiques, en 2013, on dénombrait 185 médecins généralistes pour 100 000 habitants (48). Le même taux était retrouvé en Gironde avec 182 médecins généralistes pour 100 000 habitants. L'âge moyen (**Tableau 6**) en Janvier 2015 dans les Pyrénées Atlantiques était de 51 ans en médecine générale et 58 ans en gynécologie médicale (**Tableau 7**). Le taux de femmes en médecine générale (42%) était similaire aux valeurs françaises avec un taux de 43,5% (+1%) de femmes chez les omnipraticiens (49) .

Tableau 6: Effectifs, densité et âge moyen en médecine générale (données du CNOM 2015):

Département Région	Hommes	Femmes	Total	Âge moyen
Pyrénées Atlantiques	611	450	1061	51 ans
Aquitaine	2791	2049	4840	52 ans

Tableau 7: Effectifs, densité et âge moyen en gynécologie médicale (données du CNOM 2015):

Département Région	Hommes	Femmes	Total	Âge moyen
Pyrénées Atlantiques	0	18	18	58 ans
Aquitaine	6	123	129	57 ans

À noter que le CNOM ne répertorie aucun gynécologue médical masculin dans les Pyrénées Atlantiques alors qu'un spécialiste est toujours en activité à Biarritz.

Tableau 8: Répartition des professionnels par ville, Bayonne, Anglet et Biarritz:

	MÉDECINS GÉNÉRALISTES			GYNÉCOLOGUES		
	FEMMES	HOMMES	TOTAL	FEMMES	HOMMES	TOTAL
BAYONNE	24	42	66	7	0	7
ANGLET	13	28	41	2	0	2
BIARRITZ	15	29	44	2	1	3
TOTAL	52	99	151	11	1	12

Dans la population des médecins généralistes de Bayonne, Anglet et Biarritz, la proportion de femmes et d'hommes est similaire d'une ville à l'autre, à savoir deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes (34%).

Sur les 18 gynécologues médicaux répertoriés dans les Pyrénées Atlantiques par le CNOM en Janvier 2015, 12 (67%) exercent sur la Côte Basque. Les femmes sont majoritaires (11 femmes pour 1 homme) et exercent plutôt à Bayonne (64%).

3.2.2 Analyse des réponses des médecins généralistes

Parmi les 151 médecins généralistes de la Côte Basque interrogés, un seul a refusé de recevoir le questionnaire, 150 ont alors été questionnés.

Au total 80 questionnaires ont été envoyés par courrier postal avec enveloppe de réponse, 67 ont été envoyés via un courrier électronique et 3 ont été diffusés en direct (**Tableau 9**).

Tableau 9: Répartition des répondants et non répondants selon le mode d'envoi:

	ENVOI			TOTAL
	POSTAL	ÉLECTRONIQUE	DIFFUSION DIRECTE	
RÉPONDANTS	38	4	3	45
NON RÉPONDANTS	42	63	0	105
TOTAL	80	67	3	150

Parmi les réponses obtenues, 84% l'ont été par retour de courrier postal, 9% par réponse électronique et 7% en direct.

Nous pouvons remarquer par ailleurs que proportionnellement nous avons obtenu plus de réponses via courrier postal (47,5%) que par courrier électronique (6%).

Parmi les répondants, la génération des médecins de plus de 50 ans était la plus représentée (69%) (**Tableau 10**).

Sur 17 femmes, 10 (59%) avaient entre 30 et 49 ans et la moitié de cette population était installée à Anglet. À l'inverse, les hommes de la même tranche d'âge étaient très peu nombreux (deux à Bayonne, deux à Anglet et aucun sur Biarritz).

Tableau 10: Répartition des répondants par ville et par tranche d'âge:

Âge	BAYONNE		ANGLET		BIARRITZ		TOTAL
	F	H	F	H	F	H	
30-39 ans	1	1	2	1	1	0	6
40-49 ans	1	1	3	1	2	0	8
50-59 ans	3	3	0	6	3	4	19
> 60 ans	0	4	0	3	1	4	12
TOTAL	5	9	5	11	7	8	45

Parmi les 45 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, seule une femme avait signé une convention avec un établissement de soin. Elle pratiquait plus de 10 IVG médicamenteuses par mois et assurait les consultations pré et post IVG. Elle était titulaire d'un diplôme inter-universitaire de gynécologie et voulait intégrer une nouvelle pratique à son exercice.

Quant aux 44 médecins généralistes pour lesquels nous avons analysé les réponses en détail, un tiers accepterait de pratiquer les IVG en ville (34%).

La plupart des hommes qui refuseraient avaient plus de 50 ans (95%), alors que les femmes qui accepteraient avaient moins de 50 ans (4 femmes sur 6) (**Tableau 11**).

Tableau 11: Répartition selon le volontarisme des praticiens à pratiquer des IVG en ville:

Réponses	30-39		40-49		50-59		>60		TOTAL
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	
NON	1		4	1	4	9	1	9	29
OUI	2	2	2	1	2	4		2	15
TOTAL	3	2	6	2	6	13	1	11	44

NON = Population qui n'accepterait pas de pratiquer les IVG en ville

OUI = Population qui accepterait de pratiquer les IVG en ville

Les praticiens étaient interrogés sur leurs motivations. La raison principale pour proposer cet acte reposait essentiellement sur la demande des patientes (20%).

(Tableaux 12)

Tableau 12: Arguments des praticiens disposés à pratiquer des IVG en ville:

ARGUMENTS	FEMME	HOMME	Total	Total médecins
DEMANDE PATIENTES	3	6	9	15
PEC COMPLETE	4	3	7	
NOUVELLE PRATIQUE	4	3	7	
AUGMENTER ACTIVITÉ	1	0	1	
AUTRE	3	1	5	

L'importance de pouvoir proposer une prise en charge complète et d'intégrer une nouvelle pratique étaient deux autres arguments importants. L'aspect important concernant l'amélioration de l'accès aux soins était évoqué dans la proposition "autre".

Concernant les médecins n'envisageant pas de proposer cet acte, 17 évoquaient le manque d'informations, parmi eux 76% avaient plus de 50 ans. Dix manquaient de disponibilité, 9 se plaignaient d'être isolé dans cette pratique et 8 clamaient la lourdeur administrative (Tableau 13).

Tableau 13: Arguments en fonction de l'âge:

Arguments	ÂGES				Total
	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	> 60 ans	
Clause de conscience	1	1	1	1	4
Manque d'information	1	3	9	4	17
Activité peu attractive		1	2		3
Prise en charge difficile			5		5
Peu de disponibilité		1	5	4	10
Nombre de consultations		1	2	3	6
Isolement du médecin		2	3	4	9
Administratif		2	4	2	8
Obtention médicaments				2	2
Activité sous-tarifée			1		1
Indisponibilité des centres		2			2
Autre		1	2	3	6

Très peu de praticiens (6%) avaient validé une formation en gynécologie (diplôme inter-universitaire, diplôme universitaire, formation privée...). Les deux tiers ayant validé une formation n'accepteraient toutefois pas de pratiquer des IVG en ville (**Tableau 14**).

Tableau 14: Volontarisme selon la formation complémentaire:

RÉPONSE	MG SANS FORMATION COMPLÉMENTAIRE	MG AVEC FORMATION COMPLÉMENTAIRE	Total
NON	27	2	29
OUI	14	1	15
Total	41	3	44

NON = Population qui n'accepterait pas de pratiquer les IVG en ville

OUI = Population qui accepterait de pratiquer les IVG en ville

Les deux praticiens ayant validé une formation complémentaire en gynécologie évoquaient la clause de conscience (**Tableau 15**) dans leur désengagement.

Tableau 15: Arguments et formation:

ARGUMENTS	MG SANS FORMATION COMPLÉMENTAIRE	MG AVEC FORMATION COMPLÉMENTAIRE	Total
Clause de conscience	2	2	4
Manque d'information	17		17
Activité peu attractive	2	1	3
Prise en charge difficile	5		5
Peu de disponibilité	9	1	10
Nombre de consultations	6		6
Isolement médecin	9		9
Administratif	7	1	8
Obtention médicaments	2		2
Activité sous-tarifée	1		1
Indisponibilité des centres	1	1	2
Autres	6		6

3.2.3 Analyse des réponses des gynécologues-obstétriciens

Parmi les 12 gynécologues médicaux exerçant sur la côte basque, 8 ont répondu. Il y avait 7 femmes pour un homme, le seul à proposer des IVG médicamenteuses en ville. Quatre d'entre eux avaient plus de 60 ans, deux avaient entre 50 et 59 ans, une entre 40 et 49 ans et une autre entre 30 et 39 ans.

Parmi les 7 femmes, deux étaient prêtes à proposer cet acte, (**Tableaux 16 et 17**).

Les 5 femmes refusant notaient toutes des difficultés pour une prise en charge rapide, et 3 manquaient aussi de disponibilité. Une femme pratiquait les IVG en ES, mais refusait en ville pour les raisons sus-citées.

Tableau 16: Répartition des gynécologues interrogés selon le lieu d'exercice:

VILLE	NON RÉPONDANTS	RÉPONDANTS	TOTAL
BAYONNE	2	5	7
ANGLET	0	2	2
BIARRITZ	2	1	3
TOTAL	4	8	12

Tableau 17: Volontarisme des sept gynécologues ne pratiquant pas les IVG en ville selon la tranche d'âge:

Âge	OUI	NON	TOTAL
30-39 ans	1	0	1
40-49 ans	0	2	2
50-59 ans	1	1	2
> 60 ans	0	2	2
TOTAL	2	5	7

Le seul gynécologue médical à proposer les IVG médicamenteuses en pratique de ville, déclarait en réaliser plus de 10 par mois et y consacrait plus de 20 heures par mois. À nouveau, les femmes de moins de 50 ans seraient plus enclines à proposer cet acte (**Tableau 17**).

3.2.4 Analyse des répondants par ville

Sur un total de 53 praticiens ayant répondu (45/150 généralistes et 8/12 gynécologues), 30% sont installés à Biarritz (15 généralistes et un gynécologue), 34% sont à Anglet (16 généralistes, deux gynécologues) et 36% sont à Bayonne (14 généralistes et 5 gynécologues) (**Tableau 18**).

Tableau 18: Nombre de répondants par ville:

VILLE	MÉDECINS GÉNÉRALISTES	GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX	TOTAL
BAYONNE	14	5	19
ANGLET	16	2	18
BIARRITZ	15	1	16
TOTAL	45	8	53

Toutefois, le taux de réponses des praticiens de Bayonne n'excède pas 25%, alors qu'il représente 40% à Anglet et 35% à Biarritz (**Tableau 19**).

Tableau 19: Nombre total de praticiens interrogés par ville, toutes disciplines confondues:

	Bayonne	Anglet	Biarritz	Total
Répondants	19	18	16	53
Non Répondants	56	27	30	113
Total	75	45	46	166

3.3 Discussion

Ce travail nous a permis de mettre l'accent sur les raisons du désengagement des médecins (généralistes ou gynécologues médicaux) quant à la pratique des IVG médicamenteuses en ville.

Le questionnaire que nous avons mis en place était inspiré en partie d'une étude de 2007 menée à grande échelle par la DRESS (42) concernant les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse. Un questionnaire ciblait les praticiens, un autre, les femmes concernées.

Notre questionnaire ne ciblait que les omnipraticiens et les gynécologues médicaux, et avait été diffusé de Juin à Septembre 2015, période estivale, nombreux praticiens partaient en vacances.

Nous avons recontacté les praticiens en Octobre 2015 et avons figé les réponses à la fin du mois d'Octobre 2015.

Chaque questionnaire portait un numéro afin de garantir l'anonymat des réponses.

Il nous est apparu, contrairement à ce que nous aurions pu penser, que les réponses via courrier postal avaient été les plus nombreuses. L'aspect impersonnel du courrier électronique pourrait expliquer le nombre de non répondants par cette voie. En effet, selon les paramétrages des boîtes de réception de courrier électronique, il se pouvait que de nombreux mails aient été considérés comme "spam". Cela nous a été confirmé lors des rappels, nombreux praticiens disaient n'avoir rien reçu. Aussi, la moindre erreur dans la syntaxe de l'adresse électronique empêchait l'envoi.

Toutefois, nous n'avons reçu aucun rapport d'erreur lors des envois par courrier électronique. Par ailleurs, les cabinets médicaux sont souvent assaillis de mails publicitaires, et même si notre en-tête était clair, il se peut qu'il n'ait pas intéressé nos interlocuteurs.

La voie postale avec enveloppe de réponse préparée et affranchie semblait être la plus probante.

Quant à la rédaction des questions, nous avons jugé important de pouvoir déterminer les facteurs influençant les décisions des praticiens de Bayonne, Anglet

et Biarritz. La caractéristique du questionnaire en "auto-réponse" garantissait des réponses plus spontanées.

Il est apparu qu'une seule femme dans la tranche d'âge 40-49 ans sans formation complémentaire en gynécologie, était prête à proposer cet acte avançant tous les arguments exposés à la question N°7 de la première partie.

Peu de praticiens avaient une formation en gynécologie supplémentaire.

La population des hommes de plus de 50 ans était la moins investie dans cette pratique alors que les femmes de moins de 50 ans semblaient être plus enclines à proposer cet acte.

Nous avons pu observer que la population interrogée se répartissait de façon homogène sur la Côte Basque. Les femmes représentaient un tiers des praticiens. Mais la féminisation de la profession semble être plus significativement observée dans la population générale, avec notamment 43,5% de femmes recensés au sein des omnipraticiens en 2015 (46). La majorité des femmes de notre enquête a moins de 50 ans.

La féminisation de la profession pourrait permettre le développement des IVG médicamenteuses en ville, les femmes jeunes se sentant plus concernées par ce droit.

Il est aussi important de souligner que la maquette du D.E.S de médecine générale impose un stage de six mois au sein d'un "pôle mère-enfant". Mais, selon les centres hospitaliers, il n'est pas toujours évident de pouvoir être formé en médecine de la femme et en pédiatrie. Nous devons souvent choisir. Par conséquent, il apparaît que certains internes ont été formés en gynécologie pendant que les autres se formaient en pédiatrie.

La disparition progressive des gynécologues médicaux en France inciterait les médecins généralistes à proposer le suivi gynécologique en médecine de ville et permettrait une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels quant aux IVG médicamenteuses. Mais nous n'avons pas observé plus d'engagement de la part des praticiens ayant suivi une formation supplémentaire en gynécologie par rapport aux médecins n'ayant pas eu de formation supplémentaire. Les arguments

de ce désengagement étaient un sentiment d'isolement des professionnels dans cette pratique.

Toutefois, l'argument principal du refus de proposer l'IVG en ville était le manque d'information pour les médecins généralistes. Le manque de disponibilité et la lourdeur administrative étaient les deux autres arguments les plus cités. Quant aux gynécologues, leurs réticences étaient liées surtout à la difficulté de prendre en charge rapidement les femmes en demande liée à un manque de disponibilité.

La proximité d'un Centre de Planification et d'Éducation Familiale à Bayonne, apparaissait comme un atout pour certains praticiens qui préféraient alors adresser leurs patientes à des médecins plus régulièrement confrontés à ces situations. Mais après avoir passé six mois dans le service de gynécologie du Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB), il est apparu une demande grandissante d'IVG médicamenteuses. Parfois les délais de prise en charge longs ne permettaient plus l'accès à cette méthode. Pouvoir adresser les femmes en demande à des médecins de ville pouvait être une bonne alternative afin de laisser le choix de la méthode.

Avant la mise en place de ce questionnaire, nous avons fait le constat alarmant que peu de médecins de ville avaient signé une convention avec un établissement de soins. Au total en Janvier 2015, cinq praticiens avaient signé la convention. Deux étaient des médecins généralistes. Les Landes en comptait deux, le Lot-et-Garonne et la Dordogne, aucun. Quant à la Gironde, 46 signatures étaient dénombrées. Alors que le taux de médecins généralistes pour 100 000 habitants est similaire entre la Gironde et les Pyrénées Atlantiques, on retrouve neuf fois plus de praticiens ayant signé une convention en Gironde. Le taux d'IVG médicamenteuses (en ville et établissements de soins) était similaire en Gironde et dans les Pyrénées Atlantiques (**Tableau 5**).

Aussi, le projet de "loi de modernisation du système de santé" inclurait l'annulation du délai de réflexion de 7 jours et donnerait l'autorisation aux sages-femmes de pratiquer cet acte médical. La médiatisation de ce projet pourrait avoir un effet positif chez les praticiens, les incitant à s'informer d'avantage puisque la population générale est éclairée sur ce sujet et interroge les professionnels.

La disparition du délai de réflexion faciliterait un accès plus rapide à l'IVG médicamenteuse. Les femmes en situation de détresse face à une grossesse non désirée savent prendre le temps nécessaire pour la réflexion. Le délai obligatoire pouvait être vécu comme une contrainte, alors que c'était un droit.

Un autre aspect plus négatif de l'absence de délai obligatoire pourrait être l'apparition de sentiments de regret après avoir pris une décision un peu trop hâtive.

La difficulté principale de notre étude a été de recenser les omnipraticiens de Bayonne, Anglet et Biarritz, le CROM ayant refusé de nous diffuser les informations. Par conséquent nous avons réalisé une recherche via le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr) et répertorié tous les praticiens. Ont été exclus les praticiens répertoriés comme acupuncteurs, homéopathes, ostéopathes, angiologues, ou à activité de mésothérapie exclusive. Par correction et afin d'informer nos interlocuteurs, tous les praticiens sélectionnés avaient été contactés par téléphone. Ceux qui le souhaitaient nous procuraient leur adresse électronique.

Les limites de l'étude étaient marquées par un taux de réponses de 32%, et l'impossibilité de comparer la population des répondants et des non-répondants. En effet, les paramètres tels que l'âge, le mode d'exercice ou les formations complémentaires n'ont pas pu être analysés dans la population des non répondants. Il aurait sans doute été intéressant de pouvoir établir un profil des non répondants afin d'adapter une enquête future.

Enfin, la période choisie pour lancer le questionnaire, période estivale, n'avait pas été en notre faveur. Même si nous avons donné un délai large pour nous renvoyer les réponses, la majorité avait été reçue la première semaine de diffusion du questionnaire, les suivantes ont été reçues lors des rappels au début du mois d'Octobre 2015.

Une étude à plus grande échelle dans toute la région Aquitaine, analysant les profils des répondants et des non répondants permettrait la diffusion d'une information adaptée quant à la faisabilité et l'acceptabilité des IVG en ville. Un questionnaire pourrait être mis en place et diffusé via le réseau du CNOM qui accrédirait l'enquête.

4 CONCLUSION

Ces 11 dernières années, l'application de la méthode médicamenteuse en ville a eu un impact positif sur la prise en charge des femmes en demande d'IVG. Depuis, il a été démontré que le taux de 95% de réussite des IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé est identique à celui de l'hôpital et que l'acceptabilité est bonne. Malgré cela, il existe une disparité de prise en charge des femmes et encore peu de praticiens signent une convention avec un établissement de santé.

Aussi, certains établissements de soins auraient refusé de signer des conventions avec des médecins généralistes, sans pour autant donner d'explications.

La Côte Basque, station balnéaire, qui attire de plus en plus de jeunes praticiens, ne reflète pas réellement les pratiques du territoire français en matière d'IVG médicamenteuses. Toutefois le nombre de conventions signées s'élargit depuis deux ans. En 2013, seules deux conventions étaient signées. Aujourd'hui le département des Pyrénées Atlantiques en dénombre cinq. Cet effectif reste très bas en comparaison avec la Gironde qui en répertorie quarante six en Janvier 2015.

L'étude réalisée auprès des médecins montre un désengagement des omnipraticiens pour des raisons multiples, mais essentiellement par manque d'information et de formation. La majorité des médecins généralistes ne désire pas réaliser d'IVG en cabinet mais ne semble pas y être opposée si l'accès est facilité. Les femmes jeunes installées en groupe seraient plus disposées à proposer cette méthode.

Le développement des "maisons de santé pluridisciplinaires" pourrait permettre l'accès aux IVG médicamenteuses en contrant l'isolement que certains médecins redoutaient dans cette pratique.

Les médecins généralistes ont un rôle essentiel dans l'accueil et l'orientation des patientes en demande d'IVG. Ils sont le premier recours et restent les plus accessibles.

L'accès à l'IVG est un enjeu majeur de santé publique. Les femmes en demande sont parfois mieux informées que certains praticiens. Le recours aux CPEF restait le réflexe pour un grand nombre.

Il serait intéressant de pouvoir mettre à disposition des professionnels des annuaires ressources pour faciliter l'orientation des femmes tout en préservant la qualité de soins.

Interroger les établissements de soins permettrait de déterminer d'autres obstacles éventuels aux signatures à contourner.

Le développement de l'information concernant les IVG a permis aux femmes d'être plus enclines à choisir l'IVG médicamenteuse. La bonne acceptabilité a été évaluée et en fait une méthode de choix lorsque les délais sont respectés.

La disparition progressive des gynécologues médicaux provoque une grande sollicitation des gynécologues installés, et leur manque de disponibilité pour le suivi des femmes lors d'IVG médicamenteuses est accentué. Cela va sans doute inciter les futurs médecins généralistes à proposer le suivi gynécologique de leurs patientes et à se former en la matière. Intégrer une formation en orthogénie dans la maquette du D.E.S de médecine générale pourrait permettre une plus grande diffusion de l'information aux jeunes praticiens.

Enfin, un projet de coordination régionale des IVG a été mis en place en Aquitaine afin d'harmoniser les pratiques, de faciliter l'accès aux IVG médicamenteuses hors établissement sur tout le territoire et de réaliser des formations des professionnels.

5 BIBLIOGRAPHIE

1. Vilain A. Etudes et résultats. Interruption Volont Grossesse en 2012;884:1-6.
2. Statistiques d'IVG [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cited 2015 Nov 2]. Available from: http://ivg_statistiques.site.ined.fr/
3. George J. Jean-Yves Le Naour, Catherine Valenti, Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècles. Éd. du Seuil, coll.«L'univers historique», 2003, 388 p. Cah Hist Rev Hist Crit [Internet]. 2005 [cited 2015 Nov 2];(96-97). Available from: <http://chrhc.revues.org/1043>
4. Contraception et IVG : les lois - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html>
5. Bulletin Officiel n°2001-27 [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-27/a0271722.htm>
6. Bulletin Officiel n°2004-2 [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-02/a0020107.htm>
7. Les bulletins statistiques d'interruptions volontaires de grossesse (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-bulletins-statistiques-d-interruptions-volontaires-de,6570.html>
8. Décret n°2004-636 du 1 juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire). 2004-636 juillet, 2004.
9. Clause de conscience du médecin | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/clause-de-conscience-du-medecin-1160>
10. Code de la santé publique - Article R4127-35. Code de la santé publique.
11. L'enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-aupres-des-structures-et-des-praticiens-realisant,6607.html>
12. Code de la santé publique - Article R2212-1. Code de la santé publique.
13. Faucher P, Hassoun D. IVG médicamenteuse [Internet]. De Boeck Estem; 2011 [cited 2015 Nov 2]. 138 p.

14. INED - Institut national d'études démographiques -Avortements - Avortements, contraception - France - Les chiffres - [Internet]. [cited 2015 Nov 23]. Available from: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
15. INED - Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2012 [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2012/T2_2012.html
16. Aubény E. IVG en ambulatoire: les nouvelles recommandations de l'HAS. [cited 2015 Nov 2]; Available from: <http://www.performances-medicales.com/gyneco/encours/159/08.pdf>
17. Baulieu EE, Ulmann A. Antiprogestosterone activity of RU 486 and its contragestive and other applications. *Hum Reprod.* 1986;1(2):107-10.
18. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mifégyne 200mg, comprimé (mifépristone). Rapp Public d'évaluation. St Denis AFSSAPS. 2007;
19. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>
20. Parveen S, Khateeb ZA, Mufti SM, Shah MA, Tandon VR, Hakak S, et al. Comparison of sublingual, vaginal, and oral misoprostol in cervical ripening for first trimester abortion. *Indian J Pharmacol.* 2011 Apr;43(2):172-5.
21. Eléphant E. Prostaglandines: risques tératogènes. L'interruption Grossesse Depuis Loi Veil Bilan Perspect Paris Médecine-Sci Flammarion. 1997;56-7.
22. Code de la santé publique - Article Annexe 22-1 | Legifrance [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908105&dateTexte=&categorieLien=cid>
23. REVHO - Contre-indications à l'IVG médicamenteuse [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: http://www.revho.fr/accueil_pre_pro/pro_contre_indications.html
24. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Gynécologie.* 2006;
25. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med.* 1993;328(21):1509-13.
26. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Pregnancy: A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. *Hum Reprod.* 1994;9(11):2167-72.
27. Creinin MD, Edwards J. Early abortion: surgical and medical options. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil.* 1997;20(1):6-32.

28. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. 2004;70(3):183–90.
29. Fischer M, Bhatnagar J, Guarner J, Reagan S, Hacker JK, Van Meter SH, et al. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *N Engl J Med*. 2005;353(22):2352–60.
30. Sinave C, Le Templier G, Blouin D, Léveillé F, others. Toxic shock syndrome due to *Clostridium sordellii*: a dramatic postpartum and postabortion disease. *Clin Infect Dis*. 2002;35(11):1441–3.
31. Miech RP. Pathophysiology of mifepristone-induced septic shock due to *Clostridium sordellii*. *Ann Pharmacother*. 2005;39(9):1483–8.
32. Gould H, Perrucci A, Barar R, Sinkford D, Foster DG. Patient education and emotional support practices in abortion care facilities in the United States. *Womens Health Issues*. 2012;22(4):e359–64.
33. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Information des patients, recommandations destinées aux médecins. ANAES; 2000.
34. Atrash HK, Hogue CJR. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillières Clin Obstet Gynaecol*. 1990;4(2):391–405.
35. Pawlowski D, Bulot C. Facteurs de risque d'échec de la méthode médicamenteuse d'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 49 jours d'aménorrhée [Internet]. 2008 [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/819857>
36. Herten H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2003;110(9):808–18.
37. Honkanen H, Piaggio G, Herten H, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO Research Group on Post Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three Misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*. 2004;111(7):715–25.
38. Park MH, Nguyen TH, Dang ATN, Ngo TD. Medical abortion practices among private providers in Vietnam. *Int J Womens Health*. 2013;5:593.
39. Ngoc NTN, Nhan VQ, Blum J, Mai TTP, Durocher JM, Winikoff B. Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multisite study in Vietnam. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2004;111(8):814–9.
40. Dagousset I, Fourrier E, Aubéy E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2004;32(1):28–33.
41. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*. 2007;75(3):224–9.

42. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect.* 1995;142-85.
43. Faucher P, Baunot N, 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 Fertil.* 2005;33(4):220-7.
44. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-etablissements-et-les-professionnels-realissant-des-ivg,4464.html>
45. Collet M, Herbet JB, Vilain A. Méthodologie de l'enquête sur les femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse en 2007. *DREES Doc Trav Sér Sources Méthodes.* 2012;30:107.
46. L'interruption volontaire de grossesse - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-interruption-volontaire-de-grossesse,9024.html>
47. FRANCE - statistiques-mondiales.com - Statistiques et carte [Internet]. [cited 2015 Nov 7]. Available from: <http://www.statistiques-mondiales.com/france.htm>
48. Insee - Santé - Médecins en 2013 : comparaisons départementales [Internet]. [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_2006D
49. Insee - Santé - Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015 [Internet]. [cited 2015 Nov 5]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

6 ANNEXES

6.1 ANNEXE 1: TEXTES DE RÉFÉRENCE

Bloc Législatif:

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse dite "Loi Veil".

Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social dite "loi Neiertz".

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 autorise les praticiens à réaliser des IVG en cabinet de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (article L. 2212-2 du Code de la santé publique).

La loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 autorise les centres de planification et les centres de santé à pratiquer des IVG médicamenteuses (articles L. 2212-2, L. 2311-3 et L. 6323-1 du Code de la santé publique).

La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 permet une prise en charge à 100 % des IVG par l'assurance maladie.

La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étend le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

Bloc réglementaire, Décrets:

Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié par le décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 définit les grands principes du dispositif (article R. 2212-9 à R. 2212-19 du Code de la santé publique).

Le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif à la pratique des IVG dans les établissements de soins (Articles R. 2212-4 à R.2212-8 du CSP)

Le décret n°2004-636 du 1 juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire)

Le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 précise les modalités de mise en oeuvre de l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification/de santé.

Le décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 apporte des informations sur la participation des assurées pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs pour les mineures.

Circulaires:

La circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 définit les modalités de mise en oeuvre du dispositif IVG en ville: elle précise, à l'intention des établissements de santé et des médecins susceptibles de pratiquer des IVG en cabinet de ville, les modalités concrètes de mise en oeuvre concernant la signature des conventions, l'approvisionnement des médecins en médicaments, les règles à retenir en matière de qualification des médecins...

La circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A/2005/501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse procède à un rappel des spécialités autorisées dans l'indication de l'IVG.

La circulaire CNAM CIR-10/2005 du 18 janvier 2005 précise les modalités de facturation du forfait.

La lettre aux professionnels de santé de l'ANSM, en date du 18 octobre 2005, rappelle les conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG (site Internet: www.anism.sante.fr).

6.2 ANNEXE 2: CONVENTION TYPE

Convention-type fixant les conditions dans lesquelles les médecins réalisent, hors établissement de

santé, les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse mentionnée à l'article R. 2212-9 du CSP. Le texte intégral de la convention-type figure à l'annexe 22-1 du CSP.

Entre l'établissement de santé..., sis..., et M. ou Mme..., médecin, dont le cabinet est situé...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le centre de planification ou d'éducation familiale, représenté par M. ou Mme...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le centre de santé, représenté par M. ou Mme...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le département, la commune de... ou la collectivité d'outre-mer de... pour le compte du centre de santé ou du centre de planification ou d'éducation familiale, il est convenu ce qui suit:

Article 1er

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

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

Article 2

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

Article 3

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

Article 4

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

Article 5

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

Le médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymes des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6

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

Article 7

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

Article 8

Une copie de la présente convention est transmise, pour information, par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

6.3 ANNEXE 3: FICHES DE LIAISON MÉDECIN/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

DATE DE LA CONVENTION:

1^{ère} PARTIE- CONSULTATIONS COMPORTANT UNE PRISE DE MÉDICAMENT:

- Un exemplaire est remis à la patiente ;
- Une copie est transmise à l'établissement de santé après prise des médicaments.

NOM DE LA PATIENTE : MÉDECIN : cachet

PRÉNOM :

Âge :

Groupe Rhésus :

Tél :

Dernières règles- date :

TERME (en SA) :

Début de grossesse- date présumée :

Métrorragies :

Dosage β HCG -date, taux : (résultat à joindre)

Et/ou

Echographie - date, terme : (compte rendu à joindre)

ANTÉCÉDENTS GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX :

Grossesses :

FCS :

IVG : instrumentale : médicamenteuse :

GEU :

Infections :

Autres :

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX :

Cardio- vasculaires :

Tabac :

Traitements en cours :

Allergies :

Autres :

EXAMEN CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE :

Date de prise de la MIFEPRISTONE :

- au terme de : SA

Date de prise du MISOPROSTOL :

Incompatibilité rhésus- date de l'injection d'immunoglobuline anti-D :

Date prévue pour la visite de contrôle :

2ème PARTIE- CONSULTATION DE CONTRÔLE:

- un exemplaire est remis à la patiente ;
- une copie est transmise à l'établissement de santé après réalisation de la consultation de contrôle.

NOM DE LA PATIENTE :
PRÉNOM :

MÉDECIN : cachet

- Date de naissance :
Date de la visite de contrôle :
- Réussite de la méthode : oui / non
Date du dosage β HCG : Taux :
Date de l'échographie : Résultat :
- Nécessité d'un geste chirurgical :
Date :
Cause :
Lieu :
- Nécessité d'un traitement médical complémentaire :
Date :
Cause :
Type de traitement :
- Prescription d'une contraception :

6.4 ANNEXE 4: FICHE D'INFORMATION DES MÉDECINS PRATIQUANT DES IVG EN MÉDECINE DE VILLE

1- Quels sont les textes de référence?

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé cette pratique.

Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié par le décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) a défini les modalités de cette pratique.

2- Quelle est la technique autorisée?

Seules des IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif. Sont donc exclues, les IVG réalisées par mode chirurgical qui nécessitent un plateau technique chirurgical ou obstétrical.

En outre, les IVG réalisées doivent correspondre à un délai gestationnel maximum de 5 semaines de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée.

3- Les règles applicables, les démarches des femmes :

L'ensemble des règles et des démarches relatives à toute IVG s'appliquent à ce dispositif: consultations, information des femmes et remise du dossier-guide, dispositions spécifiques concernant les mineures, possibilité pour le médecin de recourir à la clause de conscience, déclaration de l'IVG établie par le médecin pratiquant l'acte...

Les consultations médicales à réaliser pour une IVG médicamenteuse sont au nombre de cinq et sont les suivantes :

- deux consultations préalables à la réalisation de l'IVG (articles L. 2212-3 et L. 2212-5 du code de la santé publique -CSP) ;
- deux consultations comportant la prise de médicament : Mifégyne® (mifépristone), puis Gymiso® (misoprostol) ;
- une consultation de contrôle.

Une consultation psycho-sociale doit être proposée avant (cette consultation préalable est obligatoire pour les seules mineures) et une autre après l'interruption de la grossesse.

4- Le cadre de cette pratique :

Les médecins réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre de ce dispositif passent une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des 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).

5- Les médecins concernés :

Peuvent pratiquer ces IVG, les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée:

- Soit, par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique,
- Soit, par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de cet établissement, sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

6- Les médicaments :

L'approvisionnement :

Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG (spécialités Mifégyne® et Gymiso®) sont désormais vendus en pharmacie d'officine. Afin de garantir la sécurité d'utilisation des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG, ces médicaments sont vendus exclusivement aux médecins ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent donc être vendus, ni à des médecins n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers.

Pour se procurer ces médicaments, le médecin passe une commande à "usage professionnel" auprès de la pharmacie d'officine de son choix. Cette commande doit comprendre les mentions suivantes :

- le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse et la signature du praticien ainsi que
- la date ;
- le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées ;
- la mention « usage professionnel » ;
- le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu une convention ainsi que la date de cette convention.

La prise des médicaments :

Afin de garantir la bonne administration dans les délais requis des deux médicaments et de permettre au médecin d'assurer un suivi régulier de la patiente, la prise des médicaments (spécialités Mifégyne® et Gymiso®) par la femme est effectuée en présence du médecin lors des consultations (article R. 2212-17 du CSP).

En aucun cas les médicaments ne sont remis à la patiente pour une prise ultérieure en dehors du cabinet du médecin. Notamment, la pratique consistant à remettre à la patiente les comprimés de misoprostol (Gymiso®), pour qu'elle prenne ces comprimés à son domicile, est exclue.

7- Le suivi de la femme :

Le suivi de l'IVG est réalisé conformément aux recommandations de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

Le suivi conforme à ces recommandations et assuré dans le cadre du dispositif est le suivant:

En ce qui concerne le médecin :

- Il vérifie que l'âge gestationnel, l'état médical et psycho-social de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par mode médicamenteux ;
- Il précise par écrit à la femme, le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse. Il lui indique qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments;
- Il délivre à la femme toutes informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets

secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure), il indique les coordonnées précises du service concerné ainsi que la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement ;

- Il remet à la femme une fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé lors d'une éventuelle admission. Une copie de la fiche est par ailleurs systématiquement transmise à l'établissement de santé par le médecin. La fiche de liaison, support de ces informations est définie conjointement par l'établissement et le médecin signataires ;

- Le médecin assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gamma-globulines anti-D ;

- La visite de contrôle est effectuée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant la dernière prise de Mifégyne® (mifépristone).

En ce qui concerne l'établissement signataire de la convention : il s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il assure un rôle d'information et de formation des médecins de ville concernés par le dispositif.

Il veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins.

8- La procédure à respecter par le médecin :

- Le médecin reçoit de l'établissement, pour signature, la convention établie selon le modèle de la convention type (annexe du décret n° 2002-796 du 3 mai 2003). Il transmet copie de la convention au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève;

- Il reçoit également de l'établissement avec lequel il a passé convention, les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG anonymes ;

- Le médecin qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical, les attestations de consultations préalables ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.

9- La tarification :

Le prix limite du forfait IVG en ville :

Le prix limite du forfait attribué au médecin effectuant une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé est fixé à 191,74 euros par l'arrêté du 23 juillet 2004, pris sur la base de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale. Ce forfait inclut le prix TTC des médicaments utilisés (prix TTC de la boîte de 3 comprimés de Mifégyne® et prix TTC de la boîte de 2 comprimés de Gymiso®). Outre la prise en charge des médicaments, le forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration de la Mifégyne® et du Gymiso® et la consultation de contrôle.

Le prix limite du forfait est exclusif de tout dépassement d'honoraires. Son remboursement par l'assurance maladie est effectué à 100 %.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation préalable mentionnée à l'article L.2212-3 du

CSP.

La facturation du forfait par le médecin :

Elle intervient dans le cadre de la consultation comportant la prise de mifépristone (Mifégyne ®) et correspondant à la première étape de la réalisation effective de l'IVG pour laquelle la patiente a donné son consentement.

Les modalités de facturation spécifiques à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge, principalement en raison de l'absence de dispense d'avance des frais. Toutefois, la feuille de soins de la patiente, ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme. A cet effet, le médecin portera sur la feuille de soins la mention « FHV / FMV » (dans la colonne relative aux actes) accompagnée du montant du forfait (colonne réservée au montant des actes). Le code « FHV » correspond aux honoraires, le code « FMV » aux médicaments (Mifégyne ® et Gymiso ®).

Il incombe dès lors au médecin d'informer la patiente de ces modalités dès la première consultation préalable. Ces modalités seront rappelées au cours de la deuxième consultation médicale préalable, dans le cadre des explications relatives à la procédure IVG en ville. Pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin aura la possibilité de l'orienter vers un établissement de santé, qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG. A cet effet, il est souhaitable que le médecin signale cette situation à l'établissement de santé afin que ce dernier s'organise pour prendre en charge la femme concernée dans les meilleurs délais et, dans la mesure du possible, dans des délais compatibles avec la pratique des IVG par voie médicamenteuse.

Les mineures, pour lesquelles le consentement parental à l'IVG n'a pas pu être recueilli, bénéficient pour cet acte d'un dispositif légal de prise en charge anonyme et gratuite. Le médecin transmet la feuille de soins anonyme (utilisation du NIR spécifique anonyme IVG) de la patiente à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement de santé avec lequel il a passé convention. Au vu de cette feuille de soins, la caisse d'assurance maladie verse au médecin le montant du forfait IVG. Ces modalités s'appliquent également aux actes connexes (notamment les analyses de biologie médicale) et à la première consultation médicale préalable.

Pour les personnes relevant de la CMU complémentaire, qui bénéficient de la dispense d'avance des frais, le médecin envoie la feuille de soins de la patiente au service médical de la caisse d'assurance maladie déterminée selon les règles applicables en matière de CMU complémentaire.

6.5 ANNEXE 5: FICHE D'INFORMATION DE LA PATIENTE

(Fiche à joindre au dossier-guide IVG remis à la patiente au cours de la 1^{ère} consultation médicale préalable)

Vous avez souhaité interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation.

La méthode :

Elle consiste à prendre 2 médicaments différents en présence du médecin, dans son cabinet, au cours de 2 consultations :

- la mifépristone (Mifégyne®) ;
- le misoprostol (Gymiso®), de 36 à 48 h plus tard.

La mifépristone interrompt la grossesse: elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin;

Le misoprostol augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'oeuf.

Après la prise de mifépristone (Mifégyne®): que peut-il se passer?

Si vous vomissez dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament, vous devez contacter le médecin afin de renouveler la prise si nécessaire ;

Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles

Quelquefois vous pouvez saigner comme des règles, vous sentir fatiguée. Il est possible que vous ressentiez quelques douleurs ;

Très rarement, vous pouvez saigner plus abondamment, avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles ;

Exceptionnellement, l'oeuf peut déjà être évacué à ce stade ;

Les saignements, plus ou moins importants, ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu à la consultation suivante pour prendre le misoprostol (Gymiso®).

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) : que peut-il se passer?

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) au cabinet du médecin, il est préférable d'être accompagnée par la personne de votre choix à domicile. Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée.

Vous pouvez boire et manger.

Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes. Des médicaments contre la douleur vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre.

Les saignements (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :

- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'oeuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol ;
- dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol.

Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

A TOUT MOMENT, si vous êtes inquiète ou si les troubles suivants surviennent :

- de la fièvre ;
- des douleurs persistent malgré la prise des médicaments contre la douleur ;
- des pertes importantes de sang persistent ;
- un malaise ;

APPELEZ : le médecin qui vous a remis les médicaments ;

à défaut, l'établissement de santé dont le médecin vous a donné les coordonnées.

N'OUBLIEZ PAS la fiche de liaison mise à jour dans chacune de vos démarches.

Suites immédiates de l'IVG :

- avant la visite de contrôle :

La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception oestroprogestative peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.

- la visite de contrôle :

Elle est absolument nécessaire et intervient entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après la prise de mifépristone. Le médecin vérifie que la grossesse est bien interrompue (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage β HCG).

La visite a lieu au cabinet du médecin qui vous a remis les médicaments.

Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation.

La possibilité d'avoir recours, suite à l'IVG, à un entretien psycho-social, si vous le souhaitez, est évoquée.

Le tarif est un forfait fixé à 191,74 euros. Ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit votre consentement à l'IVG, les consultations d'administration des 2 médicaments nécessaires (Mifégyne® et Gymiso®), la consultation de contrôle et le prix des médicaments utilisés. Ce forfait est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 70 %. Les mutuelles et sociétés d'assurances complètent ce remboursement.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation au cours de laquelle le médecin vous aura informée des différentes méthodes d'interruption de grossesse.

Votre feuille de soins, ainsi que le décompte de remboursement transmis par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de votre entourage (pour les mineures souhaitant garder le secret à l'égard de leurs parents ou lorsqu' aucun des parents n'a donné son consentement, une prise en charge anonyme et gratuite est prévue)

Vous pouvez trouver des informations sur l'IVG par méthode médicamenteuse pratiquée par un médecin en cabinet de ville sur le site internet du ministère de la Santé et de la protection sociale.

6.6 ANNEXE 6: BULLETIN STATISTIQUE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

BULLETIN STATISTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article L2212-10 du code de la santé publique
et de l'article 5 de la convention type prévue à
l'article R2212-9 du même code.

Ce bulletin
ne doit faire
aucune mention de
l'identité
de la femme

Cachet de l'établissement

A remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical.

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL

Département	<input type="text"/>	Lieu de l'acte médical	LI	Statut de l'établissement	ST
Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976	DEP	Hôpital ou clinique.....	<input type="checkbox"/> 1	avec lequel le praticien a conventionné ou au sein duquel a été pratiqué l'acte.	
		Cabinet de gynécologue ou de gynéco-obstétricien	<input type="checkbox"/> 2	Public.....	<input type="checkbox"/> 1
		Cabinet de généraliste ou autre	<input type="checkbox"/> 3	Privé à but non lucratif.....	<input type="checkbox"/> 2
				Privé à but lucratif.....	<input type="checkbox"/> 3

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

Âge à la date de l'acte	<input type="text"/>	ans	AGE
Département ou lieu de naissance	<input type="text"/>		LNAIS
<small>(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976, TOM = 099 Étranger : Europe = EUR ; Asie = ASI ; Afrique = AFR ; Amérique du Nord = AMN ; Amérique du Sud = AMS)</small>			
Département ou lieu de domicile	<input type="text"/>		DOM
Activité professionnelle			ACT
<small>Cocher une case</small>			
Occupe un emploi.....	<input type="checkbox"/> 1		
Actuellement au chômage.....	<input type="checkbox"/> 2		
Femme au foyer.....	<input type="checkbox"/> 3		
Étudiante ou élève.....	<input type="checkbox"/> 4		
Autre.....	<input type="checkbox"/> 5		

C. DONNÉES MÉDICALES

Date de l'acte médical	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0		DA
	Jour	Mois	Année				
<small>Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale. Sinon date de prise de la MIFEPRISTONE.</small>							
Date du début des dernières règles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0		DDR
	Jour	Mois	Année				
Durée de gestation en semaines d'aménorrhée	<input type="text"/>	<input type="text"/>					DSA
S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?	Oui.....	<input type="checkbox"/> 1	IMG	Non.....	<input type="checkbox"/> 2		
<small>C'est-à-dire avec l'attestation légale de deux médecins (art. L.2213-1)</small>							
Technique employée							
<small>Cocher une ou plusieurs cases</small>							
Chirurgicale avec anesthésie locale ...	<input type="checkbox"/>						TCL
Chirurgicale avec anesthésie générale	<input type="checkbox"/>						TCG
Médicamenteuse.....	<input type="checkbox"/>						TM
Nombre de naissances antérieures	<input type="text"/>	<input type="text"/>					GA
Nombre d'IVG antérieures	<input type="text"/>	<input type="text"/>					IVGA

Cachet et Signature du médecin

6.7 ANNEXE 7: QUESTIONNAIRE MÉDICAL

A- Données relatives au praticien

1- Quelle est votre qualification? (*une seule réponse*)

- Gynécologue/Obstétricien
- Gynécologue médical
- Généraliste Si généraliste: avez-vous une formation complémentaire en gynécologie (DU, DIU...)?
 - OUI, précisez laquelle:
 - NON

2- Quel est votre statut? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Praticien hospitalier (universitaire ou non) temps partiel
- Assistant des hôpitaux (généraliste ou spécialiste)
- Attaché
- Praticien nommé à titre provisoire
- Praticien contractuel
- Praticien adjoint contractuel
- Médecin libéral exclusif

3- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

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

4- Etes-vous...

- Un homme
- Une femme

5- Où exercez-vous actuellement? (*Plusieurs réponses possibles*)

- À l'hôpital ou en clinique
- Dans un autre établissement de santé (PMI, Centre de planification...)
- En cabinet libéral

6- Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses?

- En ville
- En hôpital
- Non

7- Accepteriez-vous de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville?

- Oui Non

Si oui pourquoi? (Plusieurs réponses possibles)

- Demande de vos patientes
- Prise en charge plus complète de vos patientes
- Intégrer une nouvelle pratique à votre exercice
- Augmenter votre activité
- Autre raison, précisez: _____

Si non pourquoi? (Plusieurs réponses possibles)

- Clause de conscience?
- Manque d'information?
- Activité peu attractive?
- Difficultés à prendre en charge les patientes rapidement?
- Manque de disponibilité pour le suivi des femmes?
- Consultations trop nombreuses?
- Isolement du médecin dans la prise en charge?
- Lourdeur des démarches administratives?
- Difficultés d'obtention des médicaments?
- Activité peu rémunératrice, sous-tarifée?
- Manque de disponibilité des centres référents en cas d'urgence?
- Autres difficultés: précisez-----

B- Pour les médecins réalisant les IVG médicamenteuses en tant que médecins conventionnés:

1- Depuis quelle date prenez-vous en charge les IVG médicamenteuses?

2- Combien d'IVG prenez-vous en charge en moyenne par mois?

1 à 2

3 à 5

6 à 10

plus de 10

3- Selon vous, combien d'heures par mois consacrez-vous à la prise en charge des IVG?

2 à 4h

6 à 10h

12 à 20h

Plus de 20h

4- Dans le cadre des IVG que vous prenez en charge, assurez-vous vous-même... (*plusieurs réponses possibles*)

La ou les consultations pré-IVG

La réalisation de l'IVG médicamenteuse

La consultation post-IVG

5- Avez-vous suivi une formation pour la pratique de l'IVG en ville?

non

oui

Si oui, de quelle type de formation s'agissait-il?

(*Plusieurs réponses possibles*)

Cours théoriques: nombre d'heures:

Cours pratiques: nombre d'heures

Informations écrites

6- Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à réaliser des IVG en ville? (*Plusieurs réponses possibles*)

demande de vos patientes

prise en charge plus complète de vos patientes

intégrer une nouvelle pratique à votre exercice

augmenter votre activité

autre raison, précisez:

7- Avez-vous rencontré des difficultés dans la pratique de l'IVG en ville?

non

oui Si oui, quelles sont ces difficultés?

(Plusieurs réponses possibles)

- Difficultés à prendre en charge les patientes rapidement
- Manque de disponibilité pour le suivi des femmes
- Consultations trop nombreuses
- Isolement du médecin dans la prise en charge
- Lourdeur des démarches administratives
- Difficultés d'obtention des médicaments
- Activité peu rémunératrice
- Manque de disponibilité des centres référents en cas d'urgence
- Autres difficultés: précisez