



**HAL**  
open science

# Étude du parcours de soins des patientes lors d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion

Amandine Cazzola

► **To cite this version:**

Amandine Cazzola. Étude du parcours de soins des patientes lors d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02006970

**HAL Id: dumas-02006970**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02006970>**

Submitted on 5 Feb 2019

**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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION**

**U.F.R SANTE**

**ANNEE 2018**

**N° 2018LARE023M**

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Discipline : Médecine Générale

*Présentée et soutenue publiquement*

Par CAZZOLA Amandine

Née le 23/12/1990 à TOULOUSE

Le 19 décembre 2018

**Étude du parcours de soins des patientes lors  
d'une interruption volontaire de grossesse  
médicamenteuse réalisée par le médecin  
généraliste à La Réunion.**

**Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur CHEVALLIER Luc

**Membres du Jury :**

- Monsieur le Professeur VON THEOBALD Peter ***Président***
- Monsieur le Docteur GAILLARD Patrick ***Rapporteur***
- Madame le Docteur RIQUEL Line
- Madame le Docteur DUPAIGNE Emmanuelle
- Monsieur le Docteur CHEVALLIER Luc ***Directeur***



**UNIVERSITE DE LA REUNION**

**U.F.R SANTE**

**ANNEE 2018**

**N°2018LARE023M**

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Discipline : Médecine Générale

*Présentée et soutenue publiquement*

Par CAZZOLA Amandine

Née le 23/12/1990 à TOULOUSE

Le 19 décembre 2018

# **Étude du parcours de soins des patientes lors d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion.**

**Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur CHEVALLIER Luc

**Membres du Jury :**

- Monsieur le Professeur VON THEOBALD Peter ***Président***
- Monsieur le Docteur GAILLARD Patrick ***Rapporteur***
- Madame le Docteur RIQUEL Line
- Madame le Docteur DUPAIGNE Emmanuelle
- Monsieur le Docteur CHEVALLIER Luc ***Directeur***

# Serment d'Hippocrate

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# Table des matières

---

<b>I. Préambule.....</b>	<b>5</b>
<b>1. L'IVG par méthode médicamenteuse .....</b>	<b>5</b>
A. Conditions de réalisation .....	5
B. Principe de l'IVG médicamenteuse.....	6
C. Le parcours de soins .....	7
a. La première consultation pré IVG.....	8
b. La consultation psychosociale pré IVG .....	9
c. La deuxième consultation.....	9
d. La troisième consultation .....	10
e. La visite post IVG .....	10
f. Le forfait IVG.....	11
<b>2. État des lieux en France .....</b>	<b>13</b>
<b>3. État des lieux à la Réunion .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Perspectives d'évolution de l'IVG en France .....</b>	<b>15</b>
<b>II. Introduction .....</b>	<b>17</b>
<b>III. Matériels et Méthodes.....</b>	<b>19</b>
<b>IV. Résultats.....</b>	<b>23</b>
<b>V. Discussion .....</b>	<b>45</b>
<b>VI. Conclusion .....</b>	<b>56</b>
<b>VII. Références bibliographiques .....</b>	<b>58</b>
<b>VIII. Liste des abréviations.....</b>	<b>62</b>
<b>IX. Annexes.....</b>	<b>63</b>

# Table des illustrations

---

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patientes réalisant une IVG médicamenteuse.....	25
Tableau 2 : Antécédents d'IVG (médicamenteuses et chirurgicales) des patientes et leurs répartitions.....	27
Tableau 3 : Parcours de soins des patientes. ....	30
Tableau 4 : Nombre de consultations et d'examens complémentaires. ....	31
Tableau 5 : Les délais de l'échographie et l'avis des patientes. ....	32
Tableau 6 : Parcours de soins psycho-social des patientes. ....	33
Tableau 7 : Pressions subies et leurs origines.....	35
Tableau 8 : Examens réalisés en post IVG.....	40
Tableau 9 : Douleurs ressenties lors de l'IVG et leurs prises en charge. ....	41
Figure 1 : Antécédents d'IVG (médicamenteuses et chirurgicales) par femme. ....	26
Figure 2 : Connaissance du terme de la grossesse par les femmes de l'étude.....	28
Figure 3 : Terme de la grossesse des femmes de l'étude. ....	28
Figure 4 : Contraception choisie par les femmes en post IVG. ....	34
Figure 5 : Informations données aux patientes sur l'IVG. ....	36
Figure 6 : Ressenti des patientes concernant le parcours de soins et la réalisation de l'IVG..	38
Figure 7 : Consultation prématurée avant la consultation de contrôle prévue au quatorzième jour. ....	39
Figure 8 : Avis téléphonique pris auprès du médecin généraliste concernant des inquiétudes ou des questions de la part des patientes. ....	39
Figure 9 : Résultats de l'IVG médicamenteuse.....	40
Figure 10 : Ressenti des patientes concernant le parcours de soins et la réalisation de l'IVG en post IVG. ....	43

# I. Préambule

---

## 1. L'IVG par méthode médicamenteuse

### A. Conditions de réalisation

En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être réalisée avant la fin de la quatorzième semaine d'aménorrhée (SA), c'est à dire avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Il s'agit d'un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même [6]. Toute femme enceinte peut demander une IVG qu'elle soit majeure ou mineure. En effet, d'après l'article L. 2212-1 du Code de la santé publique, toute femme enceinte qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse peut demander à un médecin l'interruption de celle-ci. Seule la femme concernée peut en faire la demande [3].

Cette loi fait l'objet de nombreuses modifications permettant une évolution de notre système de santé. Les dernières modifications notables ont eu lieu en août 2014 (suppression de la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et augmentation du délit d'entrave à l'IVG et à l'accès à l'information) et en janvier 2016 (autorisation aux sages-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses et suppression du délai de réflexion d'une semaine) [4, 15].

L'IVG peut être réalisée par une méthode médicamenteuse ou chirurgicale suivant l'avancée de la grossesse, la volonté de la patiente et suivant la présence d'éventuelles contre-indications.

La méthode médicamenteuse peut être proposée jusqu'à 7 SA soit 49 jours d'aménorrhée, en médecine ambulatoire par des gynécologues, médecins généralistes ou des sages-femmes, en centre de planification ou dans les centres de santé. Ces professionnels de santé sont formés et conventionnés annuellement par un établissement de soins disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG suivant l'article R2212-9 [14].

La technique médicamenteuse peut également être proposée jusqu'à 9 SA dans des établissements hospitaliers publics ou privés.

L'IVG médicamenteuse au domicile doit être évitée lors de situations à risque de complication. Elle peut en effet être proposée uniquement aux femmes qui habitent à moins d'une heure du centre hospitalier référent et qui peuvent s'y rendre ou le joindre 24h/24 (être accompagnées d'un adulte pouvant porter assistance). Devant un risque hémorragique important (maladie hémorragique connue, traitement anticoagulant), une anémie profonde, une allergie à l'un des deux médicaments utilisés, une difficulté de compréhension de la méthode ou dans certaines conditions psychiatriques ou sociales précaires, il sera préférable d'orienter la patiente vers un centre hospitalier.

L'allaitement, l'obésité, la grossesse gémellaire et les antécédents d'utérus cicatriciels ne sont pas des contres indications à l'IVG médicamenteuse à domicile [6].

## B. Principe de l'IVG médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse consiste à la prise successive de deux médicaments aux actions synergiques : dans un premier temps une anti progestérone, la mifépristone (MIFEGYNE®) puis dans un second temps 36 à 48 heures plus tard une prostaglandine, le misoprostol (GYMISO®, MISOONE®) ou le géméprost (CERVAGEME®).

La première molécule aura pour but d'arrêter la grossesse (début de nécrose de l'endomètre et synthèse de prostaglandines) tandis que la seconde entraînera des contractions utérines et une modification du col utérin (ramollissement puis dilatation) provoquant ainsi l'expulsion de la grossesse le plus souvent dans les quatre heures qui suivent la prise.

Les séquences recommandées sont celles de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la MIFEGYNE® [2] :

- Une prise de 600 mg de mifépristone par voie orale suivie, 36 à 48 heures plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie orale ;
- Une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 36 à 48 heures plus tard, d'1 mg de géméprost par voie vaginale.

Le géméprost est très peu utilisé en France du fait de l'intensité des douleurs qu'il provoquerait et des difficultés de conditionnement (congélation indispensable).

Le CYTOTEC® misoprostol n'a pas l'AMM dans l'IVG médicamenteuse (indiqué en gastro-entérologie) bien que fréquemment utilisé par les professionnels de santé, son usage devrait être proscrit [2]. Dans ce contexte, il a été retiré du marché le premier mars 2018 [33].

Cette association médicamenteuse permet la réussite de l'IVG dans 96 % des cas d'après une méta-analyse regroupant treize études incluant 7686 femmes [16].

L'administration d'une seconde dose de misoprostol en cas d'échec est une pratique courante mais aucune efficacité n'a cependant été démontrée. En l'absence d'expulsion complète de l'embryon, une prise en charge chirurgicale peut être justifiée par aspiration endo-utérine instrumentale. Une attitude expectative n'est pas recommandée.

La dose de mifépristone dans la première séquence thérapeutique est sujette à controverse. Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) une dose de 200 mg doit être préférée à une dose de 600 mg (grade A) [6] conduisant à des taux de succès comparables.

### C. Le parcours de soins

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise dans ses recommandations de bonne pratique que toute patiente demandant une IVG doit pouvoir obtenir un rendez-vous de consultation dans les cinq jours suivant son appel. En effet, une interruption précoce diminue le risque de complication. L'HAS préconise donc un accès à l'IVG simple et rapide [1].

En France, le Code de Santé Publique encadre les pratiques des IVG. Ainsi, selon la loi, une IVG médicamenteuse requiert une ou deux consultations avant l'IVG, deux consultations pour la prise des médicaments et une consultation de contrôle.

### *a. La première consultation pré IVG*

La première consultation doit être dédiée à l'information de la patiente sur la procédure, le choix de la méthode, les symptômes et les effets indésirables, la proposition d'un entretien d'écoute et de soutien (obligatoire pour les femmes mineures) et le consentement écrit. Cet entretien psychologique doit être confié à des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et pour l'identification de difficultés psychosociales.

Selon l'HAS, avant l'interruption de grossesse, la grossesse doit être confirmée par dosage de l'hormone gonadotrophine chorionique (hCG) et l'âge gestationnel doit être précisé par une échographie pelvienne de datation précoce réalisée par le médecin réalisant l'IVG ou par un échographiste de proximité dans un délai rapide. Le groupage sanguin ABO-D est indispensable [1].

Cependant pour le Code de Santé Publique, l'âge gestationnel est estimé par la date des dernières règles et l'examen clinique. L'échographie n'est pas obligatoire en regard de la loi.

De même pour le CNGOF, qui a publié des recommandations pour la pratique clinique lors d'une interruption volontaire de grossesse en décembre 2016. Selon eux, l'échographie pré IVG doit être encouragée mais elle ne doit pas être un frein à la réalisation de celle-ci. En effet, pour les patientes certaines de la date de leurs dernières règles pour lesquelles un examen clinique est effectué par un professionnel de santé formé, l'échographie ne doit pas retarder l'interruption (en cas de délai trop long par exemple).

Ainsi, en l'absence de facteurs de risques et de symptômes, une grossesse de localisation indéterminée (trop précoce, pas d'accès à l'échographie) n'est pas une contre-indication à la prise médicamenteuse pour réaliser une IVG.

Au cours de cette consultation, selon le contexte clinique, un dépistage des infections sexuellement transmissibles et un frottis cervico-vaginal peuvent être proposés.

De plus, le sujet de la contraception doit être abordé afin de comprendre les raisons de cet échec.

Il existe un mémo pratique, actualisé en juin 2016 et adapté aux IVG médicamenteuses, réalisé par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Il peut être distribué aux patientes en complément d'information afin d'avoir une trace écrite et un support papier pour les femmes [3].

Un dossier guide plus général et plus complet, actualisé chaque année est également disponible [4] et doit être remis aux patientes.

Un médecin peut refuser une IVG pour des raisons personnelles (« clause de conscience »). Il ne doit pas entraver ou retarder la procédure d'interruption (délit passible de deux ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende) et il doit adresser la patiente le plus rapidement possible vers un confrère [12].

### *b. La consultation psychosociale pré IVG*

Cette consultation facultative pour les femmes majeures et obligatoire pour les mineures se déroule dans un centre d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé avec une personne qualifiée.

Cet entretien permettra une évaluation et une aide sur le plan social et psychologique.

Un délai de réflexion de 48 heures après cette consultation sera obligatoire avant de remettre le consentement écrit et de poursuivre l'interruption [4].

### *c. La deuxième consultation*

La deuxième consultation consiste à la prise de la première dose médicamenteuse : la mifépristone en présence du médecin. Des antalgiques et la future contraception sont prescrits à la patiente.

Le médecin devra fournir des explications sur les effets attendus des médicaments et les effets indésirables.

Concernant les antalgiques, l'ibuprofène aurait une efficacité supérieure au paracétamol. Le phosphoglucinol n'aurait pas d'efficacité. Il n'existe à ce jour pas de recommandation sur le moment exact de prise du traitement antalgique [6].

Une fiche de liaison contenant les informations médicales essentielles doit être confiée à la patiente pour assurer une bonne continuité des soins ambulatoires-hospitaliers (si complications nécessitant une hospitalisation). Elle doit contenir les principaux antécédents de la patiente, l'âge gestationnel, la date et la posologie des médicaments administrés.

Un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence doit être confié à la patiente.

#### *d. La troisième consultation*

La troisième consultation, 36 à 48h plus tard, consiste à la prise de misoprostol. Cette consultation peut être virtuelle au domicile, les comprimés ayant été remis à la patiente lors de la précédente consultation.

Il convient de prévenir le risque d'allo immunisation fœto-maternelle par l'injection d'immunoglobuline anti-D chez toutes les patientes ayant un rhésus négatif dans un délai de maximum 72 heures après le début des saignements.

#### *e. La visite post IVG*

La visite de contrôle doit être réalisée entre le 14 et le 21<sup>ème</sup> jour suivant l'interruption. Cette consultation permet d'apprécier la réussite de l'IVG ainsi que le vécu des patientes. Un examen clinique doit être réalisé ainsi qu'un dosage d'hCG ou une échographie pelvienne.

En post IVG, la réalisation systématique d'une échographie n'est pas recommandée. Si elle est réalisée, elle doit être pratiquée à distance (plus de 15 jours) de l'interruption [6].

La cinétique de l'hCG permettra de conclure à la réussite de l'interruption. Le taux devra baisser de 50% à J5 et 80 % à J7. Un taux inférieur à 1000 mUI/ml au quatorzième jour est signe d'un succès [12].

Cette consultation doit être systématiquement proposée mais n'est pas indispensable. Elle permet d'aborder la contraception et le vécu de la procédure. Elle peut être adaptée au rythme de vie des patientes (télémédecine, autotest).

Le choix de la contraception est une étape importante dans la réalisation de l'interruption. Elle permettra une meilleure acceptation de la méthode contraceptive de la part des patientes et permettra d'éviter la répétition des IVG.

Lors des IVG médicamenteuses, la contraception œstro-progestative orale, le patch contraceptif ou la pilule micro progestative devraient être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines. L'anneau vaginal devra être mis en place dans la semaine suivant la prise de mifépristone. L'implant pourra être inséré le jour de la prise de mifépristone. Le dispositif intra utérin au cuivre ou au lévonorgestrel peut être inséré dans les dix jours suivant l'interruption après vérification par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine [6].

#### *f. Le forfait IVG*

Depuis le 26 février 2016, la sécurité sociale prend en charge à 100 % les frais relatifs à l'IVG ainsi que l'ensemble des examens associés à l'IVG [13].

Les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental, les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État (AME) auront une dispense totale d'avance de frais.

Ces examens font l'objet d'une cotation particulière afin d'être intégralement pris en charge (tarifs à compter du premier avril 2016) :

- Cotation FPB pour les analyses biologiques avant l'IVG à hauteur de 69,12 € ;
- Cotation FUB pour les contrôles biologiques après l'IVG à hauteur de 17,28 € ;
- Cotation IPE pour l'échographie avant l'IVG à hauteur de 35,65 €.

Le médecin pourra également facturer une échographie de contrôle après l'IVG (consultation et échographie à hauteur de 30,24 €).

Aucun dépassement tarifaire ne pourra être réalisé par les professionnels de santé concernant ces actes.

Le médecin réalisant l'interruption volontaire de grossesse en ambulatoire pourra bénéficier d'une rémunération forfaitaire non indexée de 187,92 € comprenant : la première consultation pré IVG (cotation IC à 25 €), les deux consultations de prises médicamenteuses (cotation FHV à 50€), l'achat des médicaments (cotation FMV à 87,92 €), la consultation de contrôle post IVG (cotation IC à 25 € sans échographie de contrôle ou IVE à 30,24 € avec échographie de contrôle) et éventuellement l'injection d'anticorps anti-D pour les femmes ayant un rhésus négatif.

Ce forfait global est donc divisé en trois phases pour le professionnel de santé : recueil de consentement, réalisation de l'IVG et consultation de contrôle. Ce découpage permet de facturer une partie des actes si toutes les étapes de l'IVG ne sont pas réalisées par le même professionnel de santé.

Les médicaments seront à retirer à la pharmacie d'officine et ils seront délivrés uniquement aux professionnels ayant une convention hospitalière. L'ordonnance devra comporter la mention « usage professionnel » [12].

Il existe une procédure particulière réalisée par la sécurité sociale permettant la confidentialité de l'interruption de grossesse sur les décomptes de remboursement transmits aux familles [4] permettant ainsi de conserver un véritable secret médical en particulier pour les adolescentes dépendant de la carte vitale de la mère ou du père.

Le médecin utilisera une feuille de soins papier et devra indiquer un NIR spécifique 2 55 55 55 + code caisse + 030.

## 2. État des lieux en France

Le nombre total d'IVG en France est stable depuis 2006. Environ 220 000 interruptions volontaires de grossesses sont réalisées chaque année. En moyenne deux femmes sur cinq seront concernées par une IVG durant leur période de fécondité [6] et deux femmes sur trois ayant recours à l'IVG sont sous contraception d'après une enquête de la DRESS [12].

Au niveau régional, le taux d'IVG peut varier du simple au double. Plus globalement le taux de recours est de 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole contre 26,5 dans les départements d'outre-mer en 2015 [10]. Ce taux est stable depuis 2006.

En fonction de l'âge des patientes, les déterminants sociaux motivant la réalisation d'une IVG évoluent : chez les moins de 25 ans, ils dépendent du niveau d'études, chez les 25-34 ans, du nombre d'enfants, et chez les plus de 35 ans, de la possibilité de conjuguer maternité et carrière professionnelle [6].

L'âge où le taux d'IVG est le plus important est celui des 20-24 ans avec 27,4/1000 femmes [12]. Chez les moins de 20 ans, le taux est à la baisse depuis 2010.

En 2015, 57 % des IVG étaient médicamenteuses en métropole (58 % dans les DOM). 18 % des IVG ont été réalisées en cabinet libéral en métropole contre 25 % dans les DOM. Ainsi près d'un quart des IVG est réalisé en ville dans les DOM.

En effet, les IVG médicamenteuses en ville autorisées depuis 2004 ne cessent d'augmenter passant de 5 008 en 2005 à 33 188 en 2015 en métropole. Dans les DOM, 543 en 2005 contre 3 396 en 2015 [10].

### 3. État des lieux à La Réunion

La Réunion est le département d'outre-mer ayant le plus faible taux d'IVG pour 1000 femmes.

En 2015, 4 334 interruptions volontaires de grossesses ont été réalisées à La Réunion : 3 246 en centre hospitalier contre 1 088 en médecine ambulatoire de ville [10]. Ce taux représentait 20,5/1000 femmes (contre 33,9 en Guadeloupe, 27,8 en Martinique, 30 en Guyane et 28,4 à Mayotte).

Ainsi, la part des IVG médicamenteuses en ville représente tout de même un quart des IVG totales à La Réunion. Cette part ne cesse d'augmenter au fil des ans.

Le Bulletin d'Interruption de Grossesse (BIG) publié en juillet 2013 [9] précise les caractéristiques des femmes ayant réalisés des interruptions de grossesse sur l'île de La Réunion en 2012. L'âge moyen des femmes était de 26,9 et varie de 13 à 48 ans. Plus de la moitié des femmes appartient à la classe 18-29 ans.

En 2012, moins d'un tiers des IVG réalisées a été pratiqué chez des femmes occupant un emploi, 20% sont étudiantes.

42 % des femmes ont déjà eu recours à une IVG antérieurement, 14 % ont eu recours à deux IVG et 4,6% à trois IVG ou plus.

Plus d'un tiers des IVG a été pratiqué chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfant.

La durée moyenne d'aménorrhée est de huit semaines. 55 % des IVG seront réalisés à 7 SA ou avant tandis que 15 % des IVG seront tardives (> ou égal à 11 SA) [9].

Il existe six centres d'orthogénie à La Réunion où sont réalisées des interruptions volontaires de grossesses médicamenteuses ou chirurgicales répartis en trois territoires [5].

- Territoire de santé Nord-Est : le GHER, la clinique Sainte Clotilde, le CHU Félix Guyon ;
- Territoire de santé Ouest : La clinique Jeanne d'Arc, le CHGM ;
- Territoire de santé Sud : le CHU Sud.

En médecine ambulatoire, 15 médecins sont conventionnés pour la réalisation des IVG médicamenteuses : 11 généralistes et 4 gynécologues-obstétriciens.

- Territoire de santé Nord-Est : 4 généralistes ;
- Territoire de santé Ouest : 6 généralistes ;
- Territoire de santé Sud : 1 généraliste et 4 gynécologues-obstétriciens.

#### 4. Perspectives d'évolution de l'IVG en France

Ces dernières années, la législation concernant l'interruption volontaire de grossesse évolue sans cesse. Ces avancées comprennent l'accès à une IVG gratuite adoptée en 2013 et la suppression de la notion de détresse pour avoir recours à l'IVG promulguée en 2014 [30].

En 2015, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG a été mis en place comprenant la création d'une commission sur les données et la connaissance de l'IVG [28].

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé portée par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, madame Marisol Touraine, a supprimé le délai minimal de réflexion obligatoire d'une semaine entre la première et la deuxième consultation. Elle permet également aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses.

En juillet 2016 était publié le rapport ministériel sur les données et la connaissance de l'IVG faisant suite aux mesures annoncées en janvier 2015 [28]. Si les travaux de la Commission sur l'année 2015 ont permis de progresser dans la connaissance de l'IVG, le rapport établit une série de recommandations complémentaires autour de cinq axes pour les prochaines années :

- Améliorer l'information fournies aux acteurs de l'IVG ;
- Informer sur les difficultés d'accès, le parcours de soins et les inégalités sociales ;
- Améliorer la connaissance en matière d'attentes et de satisfaction des femmes concernant l'ensemble de leurs parcours jusqu'au suivi post-IVG ;
- Améliorer l'exhaustivité et la qualité du système d'information ;
- Renforcer le respect de la confidentialité.

Le ministère des solidarités et de la santé a publié en avril 2018 sa feuille de route concernant la stratégie nationale de santé sexuelle pour 2018-2020 [22]. Cette stratégie propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle. Parmi les 26 actions à mettre en œuvre durant ces trois années, 4 actions abordent l'accès, la formation, la prévention et l'éducation en lien avec l'orthogénie.

Ces actions concernent :

- La formation des professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire ;
- L'amélioration de la communication en matière de prévention des grossesses précoces dans les territoires d'outre-mer avec des outils adaptés à la situation locale ;
- Le renforcement de la confidentialité des interruptions volontaires de grossesse à travers la suppression de toute référence à ces actes dans les relevés de l'Assurance Maladie et l'inscription de l'IVG sur la liste des actes pour lesquels la patiente bénéficie du secret des dépenses ;
- Le garanti d'une diversité de l'offre d'IVG sur la base d'un état des lieux de l'accès à l'IVG sur le territoire et sur la correction des inégalités d'accès à l'offre de soins ;

Ces actions doivent être complémentaires d'un accès à l'information et la connaissance de l'IVG avec notamment une traçabilité des actes et un suivi statistique.

L'étude du parcours de soins des patientes réalisant une IVG à La Réunion, de la découverte de la grossesse à l'interruption entre donc dans cette démarche d'accès à la connaissance des IVG dans le but d'orienter les actions de prévention autour de l'orthogénie.

## II. Introduction

---

L'interruption volontaire de grossesse jusqu'à quatorze semaines d'aménorrhée est autorisée en France depuis le 17 janvier 1975 par la loi Veil. La technique médicamenteuse est autorisée jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée depuis 1989 et c'est seulement grâce à la loi de juillet 2001 (textes appliqués en juillet 2004) que les femmes ont accès à l'IVG médicamenteuse en ville jusqu'à sept semaines d'aménorrhée.

Le nombre d'IVG est stable en France depuis plus de dix ans. Dans les DOM, les recours aux IVG sont plus élevés qu'en métropole. En moyenne, 14,4 IVG pour 1000 femmes ont été réalisées en métropole en 2015 contre 26,5 dans les DOM. La Réunion est cependant le département d'outre-mer qui pratique le moins d'IVG.

En 2015, 3246 IVG étaient réalisées à La Réunion en centre hospitalier contre 1088 en ambulatoire.

Onze médecins généralistes sont agréés à La Réunion pour les IVG médicamenteuses. Les médecins autorisés, depuis juillet 2004, à pratiquer cette intervention dans leur cabinet déclarent cette activité par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention.

La modernisation de notre système de santé en 2016 doit permettre un accès plus facile à l'IVG pour les patientes. Les recommandations et les tarifications sont en évolution : l'échographie n'est plus systématique, disparition du délai de réflexion pour les femmes majeures depuis le 27 janvier 2016. Tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016 sur la base d'un tarif forfaitaire. Ce tarif comprend une consultation médicale préalable, les deux consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de contrôle. Les examens complémentaires sont désormais également pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. La visite de contrôle est très souvent négligée par les patientes rendant difficile le suivi et l'évaluation de l'efficacité de l'IVG.

L'objectif principal de cette étude est de fournir des indicateurs sur le parcours de soins des patientes réalisant une IVG médicamenteuse par un médecin généraliste à La Réunion, de l'accès aux examens complémentaires au délai de la prise en charge ainsi que l'accès aux autres professionnels de santé (assistance sociale, psychologue). La question de recherche est : Quel est le parcours de soins des patientes lors d'une IVG médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion, de la découverte de la grossesse à l'interruption ?

Les objectifs finaux sont de permettre aux professionnels de santé d'avoir un retour sur leur activité et d'orienter les actions de prévention autour de l'orthogénie.

### III. Matériels et Méthodes

---

#### *Schéma de l'étude :*

Ce travail est une enquête épidémiologique quantitative. Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale qui suit le parcours de soins des patientes réalisant une IVG à La Réunion entre le premier octobre 2017 et le trente et un décembre 2017.

#### *Population étudiée :*

Les critères d'inclusion concernaient toutes les patientes majeures réalisant une IVG médicamenteuse, c'est-à-dire toutes les patientes ayant pris les comprimés de MIFEGYNE®. L'IVG devait avoir lieu au domicile des patientes grâce à des consultations en médecine ambulatoire auprès des onze médecins généralistes agréés pendant cette durée de trois mois.

Les critères d'exclusion concernaient les patientes mineures ainsi que toute contre-indication à l'IVG médicamenteuse (terme > 7 SA ou pathologies pré existantes contre indiquant la prise de MIFEGYNE® et de Misoprostol).

Les patientes de moins de 18 ans ont un parcours de soins différent des patientes de plus de 18 ans. Elles ont en effet un recours obligatoire à une consultation psychosociale pré IVG et doivent respecter un délai minimum de quarante-huit heures entre cette consultation spécifique et l'interruption de grossesse. Ces patientes sont le plus souvent prises en charge par les centres d'orthogénie afin d'avoir un accès à l'ensemble des professionnels de santé dans une structure unique. C'est pourquoi ces patientes ont été exclues de ce travail.

Le terme de la grossesse devait être déterminé par le médecin généraliste réalisant l'IVG par la méthode de son choix : date des dernières règles, examens complémentaires...

Les antécédents contre indiquant la procédure médicamenteuse étaient laissés à l'appréciation des médecins réalisant l'interruption.

### *Recueil de données, élaboration du questionnaire et déroulement de l'étude :*

Les onze médecins généralistes agréés à La Réunion pour les IVG médicamenteuses ont été contactés par téléphone afin d'obtenir un rendez-vous à leur cabinet de consultation au mois de septembre 2017. Un médecin du territoire de santé Ouest était indisponible et ne souhaitait pas faire partie de ce travail.

Lors de cet entretien, l'étude et les objectifs ont été expliqués aux dix médecins. Une fiche récapitulative (**ANNEXE 1**) ainsi que des questionnaires en format papier ont été remis aux professionnels de santé.

Les questionnaires, divisés en deux parties, ont ensuite été remis aux patientes incluses par les médecins généralistes durant la période d'inclusion de trois mois :

- Partie 1 remise lors de la consultation dédiée à la première prise médicamenteuse de MIFEGYNE® ;
- Partie 2 remise lors de la consultation post IVG, entre 14 et 21 jours suivant l'IVG.

Il s'agissait d'un questionnaire auto administré que les patientes remplissaient le jour même de la consultation. Les questionnaires étaient ensuite remis aux médecins généralistes par les patientes ou via les secrétaires des cabinets, que la patiente ait décidé de participer ou non. Un recueil le jour même devait permettre d'éviter les pertes et d'optimiser le nombre de retour. Ces questionnaires étaient anonymes.

Les questionnaires ont ensuite été recueillis aux cabinets des médecins généralistes au mois de janvier 2018.

Ce questionnaire a été lu et approuvé par l'Unité de Soutien Méthodologique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Félix Guyon de La Réunion. Il a pu être testé sur cinq patientes avant le début de l'étude. Devant l'absence de difficulté à répondre aux questions, il n'a pas été secondairement modifié. Il devait être simple pour être compris du plus grand nombre et devait se compléter rapidement afin d'obtenir le meilleur taux de participation des femmes. Il a donc été décidé de proposer un maximum de questions fermées à choix unique pour faciliter le remplissage, tout en laissant certaines questions ouvertes pour celles qui souhaitaient s'exprimer.

La première partie du questionnaire final (**ANNEXE 2**) était composée de deux feuilles recto-verso comprenant 30 questions. Les 8 premiers items avaient pour but de recueillir des informations sur les critères sociodémographiques et sur les antécédents médicaux et chirurgicaux en matière d'orthogénie des patientes incluses dans ce travail. Les items 9 à 24 étudiaient le parcours de soins de ses femmes réalisant une IVG en ville. Les items 25 et 26 abordaient un point essentiel des consultations IVG à savoir la contraception. Les questions 27 et 28 concernaient un facteur délicat pouvant modifier le parcours de soins des patientes : les pressions subies ou ressenties par les femmes lors de cette interruption. La question 29 était divisée en dix propositions. Les patientes pouvaient manifester leurs opinions grâce à une échelle de Likert divisée en six degrés afin d'exprimer un degré d'accord ou de désaccord relatif à ces dix affirmations. Enfin, la dernière question était une question large et ouverte pour permettre aux femmes de s'exprimer si elles le souhaitaient.

La seconde partie du questionnaire final (**ANNEXE 3**) était plus courte. Elle était composée de dix items. Les quatre premières questions ainsi que la huitième permettaient de compléter la description du parcours de soins. Les questions 5, 6 et 7 évoquaient un point essentiel pouvant également modifier le parcours de soins : la prise en charge de la douleur. La question 9 était divisée en cinq affirmations. La même échelle de Likert était utilisée afin que les patientes expriment leur degré d'accord ou de désaccord. La dernière question était la même que celle de la première partie afin de laisser aux femmes le moyen de s'exprimer après la fin de leur interruption volontaire de grossesse.

### ***Traitement des données :***

L'ensemble des données collectées a été saisie dans une base de données EXCEL®.

Les variables quantitatives ont été exprimées en minimum, maximum, moyenne et écart-type. Le calcul des pourcentages, moyennes, écarts types ainsi que la création des tableaux et des graphiques ont été réalisés via le logiciel EXCEL®.

Les variables étudiées sont les réponses des patientes aux questionnaires (variables recueillies) et les variables que nous avons pu construire en fonction des précédentes (variables construites).

### ***Aspects éthiques et réglementaires, confidentialité :***

Les professionnels de santé sont soumis au secret médical. Il s'agissait d'auto questionnaires « anonymisés » effectués dans le respect de la confidentialité et de l'intimité de la patiente.

L'ensemble des questionnaires a été recueilli et numéroté de manière aléatoire ne permettant pas d'identifier les patientes ni le médecin réalisant l'interruption volontaire de grossesse (questionnaires numérotés par une série de nombres aléatoires sur EXCEL®). Seule la région d'habitation des patientes pouvait donner une information partielle sur la provenance des questionnaires. Aucune information se trouvant sur le dossier médical des patientes n'a pu être utilisé pour ce travail. La levée de l'anonymat n'était possible en aucun cas.

Ces questionnaires sont déclaratifs et ne comportent aucune donnée du dossier médical des patientes. Aucune information ne permettant d'identifier une personne physique de quelque manière que ce soit n'était notifiée. De plus cette étude n'est pas une recherche impliquant la personne humaine. Ce travail ne nécessite donc pas l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou du Comité de Protection des Personnes.

## IV. Résultats

---

Parmi les dix médecins généralistes agréés pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ambulatoire à La Réunion et initialement contactés, trois n'ont finalement pas souhaité diffuser le questionnaire (un médecin du territoire santé Sud et deux médecins du territoire de santé Ouest). La raison principale de ce refus était un manque de temps de la part des professionnels de santé pour expliquer aux patientes ce travail. Cette raison a été donnée dans les trois cas.

Nous avons recueilli 71 questionnaires (Partie n°1) pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 décembre 2017.

Parmi ces 71 patientes, seulement 16 d'entre elles ont complété la partie n°2 du questionnaire lors de la consultation post IVG.

L'ensemble des questionnaires a pu être analysé.

*Nous avons pu estimer très approximativement les taux de participation des patientes à cette étude à partir des 1088 IVG réalisées en ville en 2015 (patientes mineures et majeures auprès des généralistes et des gynécologues obstétriciens agréés) :  $1088 / 4$  (période de 3 mois) = 272 réponses attendues pour une durée de 3 mois soit un taux de participation d'environ 26%. Ce taux est bien sûr inférieur au taux réel car il comprend également les patientes mineures et les patientes ayant réalisé une IVG avec un gynécologue obstétricien.*

### *Caractéristiques sociodémographiques des patientes :*

Les caractéristiques sociodémographiques des patientes sont présentées dans le **tableau n°1**.

L'âge moyen des patientes était de 29,2 ans (écart-type de 6,2 ans). La plus jeune avait 18 ans et la plus âgée 42 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des femmes de 25 à 29 ans (29,6%) suivie de celle des femmes de 30 à 34 ans (21,1%).

Sur l'ensemble de la population étudiée, 23,9% des femmes se considéraient comme célibataire et 76,1% se disaient en couple, soit plus des trois quarts de la population.

La majorité des femmes déclarait avoir au moins un enfant (57,7%). 18 femmes soit 25,4% des patientes avait un seul enfant, 14 femmes soit 19,7% déclaraient en avoir deux et 9 femmes soit 12,6% déclaraient en avoir trois ou plus. Le nombre moyen d'enfants par femme était d'1,1 (écart-type de 1,3). La patiente ayant le nombre d'enfants le plus élevé dans cette étude en avait 6.

Dans notre étude, 38% des femmes habitaient le nord du département, 31% l'est et 31% l'ouest de l'île de La Réunion. La région sud n'était pas représentée.

Environ une femme sur deux exerçait un emploi (53,5%) et 16,9% des patientes étaient étudiantes au moment de l'interruption volontaire de grossesse. Seulement 18 patientes soit un quart des patientes (25,3%) étaient sans activité professionnelle (au chômage ou mère au foyer).

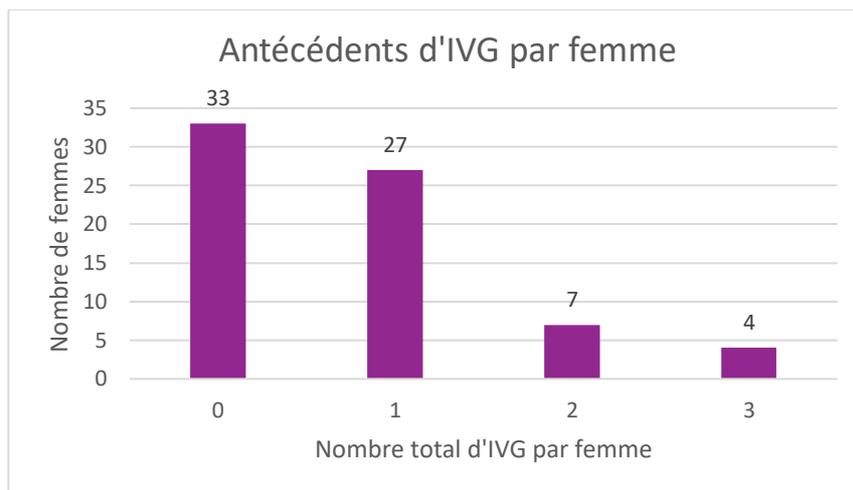
La majorité des patientes ont un niveau d'étude inférieur au BAC : 56,3% des femmes. Seul un quart des femmes ont fait des études post BAC (25,3%). 4,2% des patientes ont un niveau d'étude très élevé soit BAC + 5 ou > 5 ans.

**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patientes réalisant une IVG médicamenteuse.**

	Patientes incluses	
	N=71	
	N	%
<b>Age</b>		
18 - 19 ans	5	7,0%
20 - 24 ans	13	18,3%
25 - 29 ans	21	29,6%
30 - 34 ans	15	21,1%
35 - 39 ans	14	19,7%
40 - 42 ans	3	4,2%
Age moyen +/- écart-type	29,2 +/- 6,2	
Min - Max	18 - 42	
<b>Situation familiale</b>		
Célibataire	17	23,9%
En couple	54	76,1%
<b>Parité</b>		
Pas d'enfant	30	42,3%
Au moins 1 enfant :	41	57,7%
1	18	25,4%
2	14	19,7%
3	5	7,0%
4	3	4,2%
6	1	1,4%
Parité moyenne +/- écart-type	1,1 +/- 1,3	
Min - Max	0 - 6	
<b>Lieu de résidence</b>		
Nord	27	38,0%
Est	22	31,0%
Ouest	22	31,0%
<b>Situation professionnelle</b>		
Étudiante	12	16,9%
En activité professionnelle	38	53,5%
Chômage	3	4,2%
Mère au foyer	15	21,1%
Autre	3	4,2%
<b>Niveau d'étude</b>		
Sans diplôme	4	5,6%
Brevet	15	21,1%
BEP CAP	21	29,6%
BAC	13	18,3%
BAC +1 +2	15	21,1%
BAC +3 +4	0	0,0%
BAC +5 >5	3	4,2%

### *Antécédents d'interruption volontaire de grossesse :*

Dans la population étudiée, 33 femmes n'avaient jamais eu d'intervention volontaire de grossesse soit un peu moins de la moitié des patientes (46,5%) tandis que 38 femmes avaient déjà eu une ou plusieurs IVG (53,5%). Parmi ces 38 femmes, 22 patientes avaient réalisé uniquement des IVG médicamenteuses, 8 patientes uniquement des IVG chirurgicales et 8 patientes avaient réalisé des IVG chirurgicales et médicamenteuses. Le nombre moyen d'IVG par femme était de 0,7. Les patientes ayant les antécédents d'IVG les plus importants étaient 4 et elles en avaient eu 3.



**Figure 1 : Antécédents d'IVG (médicamenteuses et chirurgicales) par femme.**

La proportion d'antécédents médicaux et chirurgicaux en matière d'orthogénie des patientes incluses dans ce travail est recueillie dans le **tableau n°2**.

Parmi les patientes de cet échantillon, la proportion d'IVG médicamenteuses est deux fois plus importante que la proportion d'IVG chirurgicales. En effet, 22,5% d'entre elles (N=16) ont déjà eu recours à une IVG chirurgicale et 42,3% (N=30) à une IVG médicamenteuse.

- Les IVG chirurgicales : Seule une patiente avait pour antécédent deux IVG chirurgicales ;
- Les IVG médicamenteuses : 4/5 des patientes ont réalisé une IVG médicamenteuse et 1/5 deux IVG médicamenteuses.

Le nombre moyen d'IVG chirurgicales par femme était de 0,2 (écart type de 0,5) tandis que celui d'IVG médicamenteuses était de 0,5 (écart type de 0,7).

**Tableau 2 : Antécédents d'IVG (médicamenteuses et chirurgicales) des patientes et leurs répartitions.**

Nombre d'IVG	0	1	2	Total en effectif
Nombre de patientes				
<i>Antécédents d'IVG chirurgicales</i>	55	15	1	71
<i>Antécédents d'IVG médicamenteuses</i>	41	24	6	71

Nombre d'IVG	0	1	2	Total en pourcentage
Pourcentage de patientes				
<i>Antécédents d'IVG chirurgicales</i>	77,5	21,1	1,4	100%
<i>Antécédents d'IVG médicamenteuses</i>	57,7	33,8	8,5	100%

### Connaissance du terme de la grossesse par les femmes de l'étude :

68 patientes connaissaient le terme de leur grossesse et seulement 3 patientes ont déclaré ne pas le connaître.

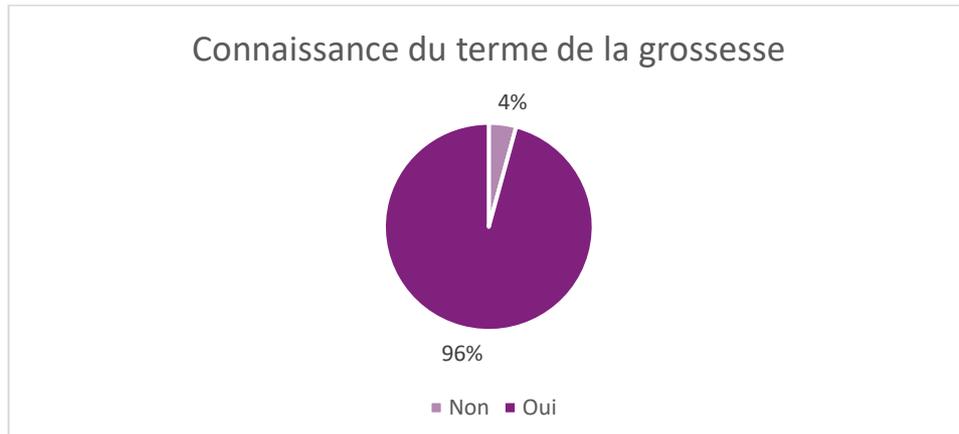


Figure 2 : Connaissance du terme de la grossesse par les femmes de l'étude.

Le terme moyen était de 40 jours soit 5 SA + 5 jours. L'IVG réalisée le plus tardivement a eu lieu à 49 jours soit à 7 SA. La plus précoce a été réalisée à 35 jours soit à 5 SA.

Les interruptions de grossesse ont majoritairement eu lieu lors de la sixième semaine d'aménorrhée dans 51,5 % des cas.

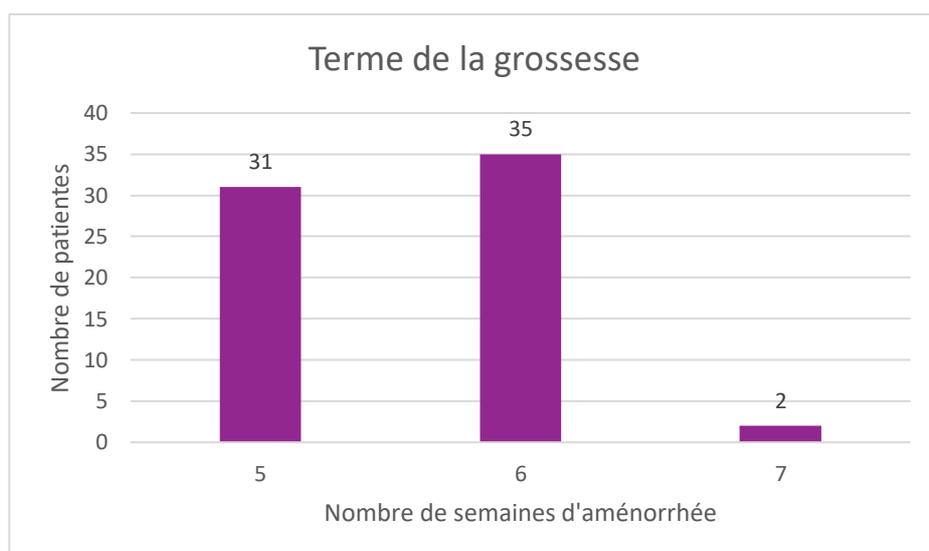


Figure 3 : Terme de la grossesse des femmes de l'étude.

### *Le parcours de soins des patientes :*

Le parcours de soins des patientes est décrit dans le **tableau n°3**.

La décision de réaliser une IVG pour les femmes de l'échantillon était une décision rapide (inférieure à deux jours) dans plus de la moitié des cas. La patiente ayant pris le plus de temps pour consulter un médecin a attendu quinze jours tandis que onze patientes (15,5%) ont consulté le jour même un médecin. La durée moyenne entre la décision de réaliser une IVG et la première consultation était de 3,2 jours (écart-type de 3,5).

Lors de cette consultation, le premier médecin consulté était un médecin généraliste dans plus de 80 % (médecin traitant généraliste, médecin non traitant généraliste ou médecin généraliste réalisant l'IVG). Le spécialiste n'était consulté en premier que dans une faible proportion (9,9%). La proportion de femme consultant directement le médecin généraliste réalisant l'IVG était faible, seulement 7%.

Après ce premier contact médical, la durée entre la décision de réaliser une IVG et la première prise médicamenteuse de mifépristone pouvait varier de 1 à 21 jours. Cependant dans près de 57 % des cas, cette durée ne dépassait pas une semaine. Le nombre moyen de jours était de 7,5 (écart-type de 5,4).

Les patientes étaient orientées vers le médecin généraliste réalisant les IVG en ambulatoire en majeure partie par le médecin traitant (38%). Dans une plus faible proportion, c'est le gynécologue qui adressait les patientes (19,7%). A souligner que dans 22,5 % des cas, la patiente a été orientée par ses recherches ou son entourage.

Si dans 7% des cas les patientes consultaient en premier le médecin généraliste réalisant l'IVG et donc ne consultaient qu'un seul médecin pour l'ensemble de l'interruption, la plus grande partie de la population consultait 2 médecins différents. Deux femmes ont consulté jusqu'à 4 médecins différents pour cet acte.

**Tableau 3 : Parcours de soins des patientes.**

	Patientes incluses	
	N=71	
	N	%
<b>Durée entre la décision de réaliser une IVG et la première consultation</b>		
0 à 2 jours	40	56,3%
3 à 5 jours	16	22,5%
6 à 8 jours	11	15,5%
> 8 jours	4	5,6%
Nombre moyen de jours (Temps 1) +/- écart-type	3,2 +/- 3,5	
Min - Max	0 - 15	
<b>Durée entre la décision de réaliser une IVG et la prise médicamenteuse</b>		
1 à 4 jours	28	39,4%
5 à 8 jours	19	26,8%
9 à 12 jours	11	15,5%
> 12 jours	13	18,3%
Nombre moyen de jours (Temps 2) +/- écart type	7,5 +/- 5,4	
Min - Max	1 - 21	
<b>Premier médecin consulté</b>		
Médecin traitant	48	67,6%
Médecin généraliste	4	5,6%
Médecin réalisant l'IVG	5	7,0%
Gynécologue	7	9,9%
Médecin de PMI	1	1,4%
Médecin urgentiste	0	0%
Autre	6	8,5%
<b>La patiente a été orientée vers le médecin réalisant l'IVG par :</b>		
Son médecin traitant réalise lui-même les IVG	8	11,3%
Son entourage	3	4,2%
Son médecin traitant	27	38,0%
Son gynécologue	14	19,7%
Ses recherches	13	18,3%
Autre	6	8,5%
<b>Nombre de médecins différents consultés entre la découverte de la grossesse et l'IVG</b>		
1	5	7,0%
2	43	60,6%
3	21	29,6%
4	2	2,8%
Nombre moyen de médecins +/- écart type	2,3 +/- 0,7	
Min - Max	1 - 4	

Le nombre de consultations et d'examens complémentaires réalisés lors du parcours de soins des patientes est inscrit dans le **tableau n°4**.

**Tableau 4 : Nombre de consultations et d'examens complémentaires.**

	Patientes incluses	
	N=71	
	N	%
<b>Nombre de consultations entre la découverte de la grossesse et l'IVG</b>		
1	6	8,5%
2	34	47,9%
3	14	19,7%
4	5	7,0%
>4	12	16,9%
Nombre moyen de consultations +/- écart-type	2,8 +/- 1,3	
Min - Max	1 - 6	
<b>Nombre de prises de sang effectuées</b>		
0	16	22,5%
1	28	39,4%
2	17	23,9%
3	7	9,9%
4	3	4,2%
Nombre moyen de prises de sang +/- écart type	1,3 +/- 1,1	
Min - Max	0 - 4	
<b>Nombre d'échographies effectuées</b>		
0	3	4,2%
1	38	53,5%
2	21	29,6%
3	9	12,7%
Nombre moyen d'échographies +/- écart type	1,5 +/- 0,8	
Min - Max	0 - 3	

Pour la plupart des femmes, deux consultations médicales ont été nécessaires pour réaliser l'interruption volontaire de grossesse. Cependant une proportion non négligeable de 17 femmes a dû recourir à quatre consultations ou plus pour réaliser l'IVG. Le nombre moyen de consultations était de 2,8 (écart-type de 1,3).

Les examens complémentaires n'ont pas été réalisés de manière systématique pour l'ensemble de la population. En effet, 22,5% des patientes ont déclaré ne pas avoir eu de prise de sang, et 4,2% d'entre elles ont déclaré ne pas avoir eu d'échographie. 31 patientes ont réalisé un test urinaire.

A contrario, 14,1% des patientes ont déclaré avoir eu plus de trois prises de sang et 12,7% ont déclaré avoir eu trois échographies.

Le nombre moyen de prises de sang et d'échographies est sensiblement pareil, 1,3 pour les prises de sang et 1,5 pour les échographies.

Les examens biologiques ont été prescrits dans 66,2% des cas par le médecin réalisant l'IVG et dans 33,8 % par un autre médecin, dont celui réalisant l'IVG.

Si l'examen biologique ne nécessitait pas de rendez-vous, l'échographie au cabinet d'imagerie en ville imposait la prise d'un rendez-vous allant de 0 à 8 jours. Ce délai était dans une large mesure rapide car plus de 76% des patientes avaient le rendez-vous le jour même ou le lendemain. Ainsi, plus de 92% des femmes étaient satisfaites de cette durée.

Ces délais et l'avis des patientes concernant ces délais sont présentés dans le **tableau n°5**.

**Tableau 5 : Les délais de l'échographie et l'avis des patientes.**

	Patientes incluses	
	N=68	
	N	%
<b>Durée entre l'appel téléphonique et l'échographie dans le centre de radiologie</b>		
0 à 1 jour	52	76,5%
2 à 3 jours	9	13,2%
4 à 5 jours	2	2,9%
> 5 jours	5	7,4%
Nombre moyen de jours (temps 3) +/- écart-type	1,6 +/- 1,9	
Min - Max	0 - 8	
<b>Avis de la patiente concernant ce délai</b>		
Trop long	2	2,9%
Long	3	4,4%
Correct	28	41,2%
Complètement adapté	35	51,5%

**Le parcours de soins psycho-social des patientes :**

Une prise en charge spécialisée par un psychologue a été proposée à 43 patientes de l'échantillon soit 60,6% tandis qu'une prise en charge sociale a été proposée à 12 patientes soit 16,9%.

Parmi ces propositions, une faible minorité des femmes ont accepté un suivi psychologique sans pour autant avoir déjà un rendez-vous programmé lors de l'interruption de grossesse.

Aucune femme de notre population n'a souhaité avoir une prise en charge sociale.

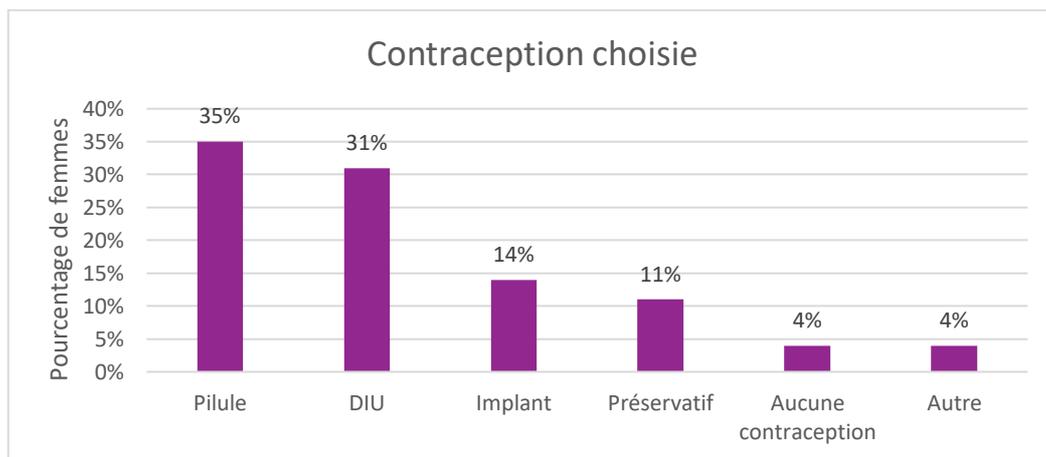
**Tableau 6 : Parcours de soins psycho-social des patientes.**

	Patientes incluses	
	N	%
<b>A-t-on proposé une consultation avec un psychologue ?</b>		
Oui	43	60,6%
Non	28	39,4%
<i>Si oui, la patiente a-t-elle accepté ?</i>	<i>N=43</i>	
<i>Oui</i>	2	4,7%
<i>Non</i>	41	95,3%
<i>Si oui, la patiente a-t-elle un rendez-vous ?</i>	<i>N=2</i>	
<i>Oui</i>	0	0%
<i>Non</i>	2	100%
<b>A-t-on proposé une consultation avec une assistante sociale ?</b>		
Oui	12	16,9%
Non	59	83,1%
<i>Si oui, la patiente a-t-elle accepté ?</i>	<i>N=12</i>	
<i>Oui</i>	0	0%
<i>Non</i>	12	100%
<i>Si oui, la patiente a-t-elle un rendez-vous ?</i>	<i>N=0</i>	
<i>Oui</i>	0	
<i>Non</i>	0	

### *La contraception abordée lors du parcours de soins :*

Dans 100 % des cas, le choix de la contraception en post IVG a été abordé avant la prise médicamenteuse de mifépristone. La pilule contraceptive était majoritairement préférée par les patientes et représentait plus d'un tiers des choix des femmes. La pilule était suivie de près par le dispositif intra utérin. L'implant contraceptif et le préservatif représentaient 25% des femmes.

A noter que trois femmes ne souhaitaient pas de contraception après l'intervention volontaire de grossesse.



**Figure 4 : Contraception choisie par les femmes en post IVG.**

### *Les pressions subies par les patientes et leurs origines :*

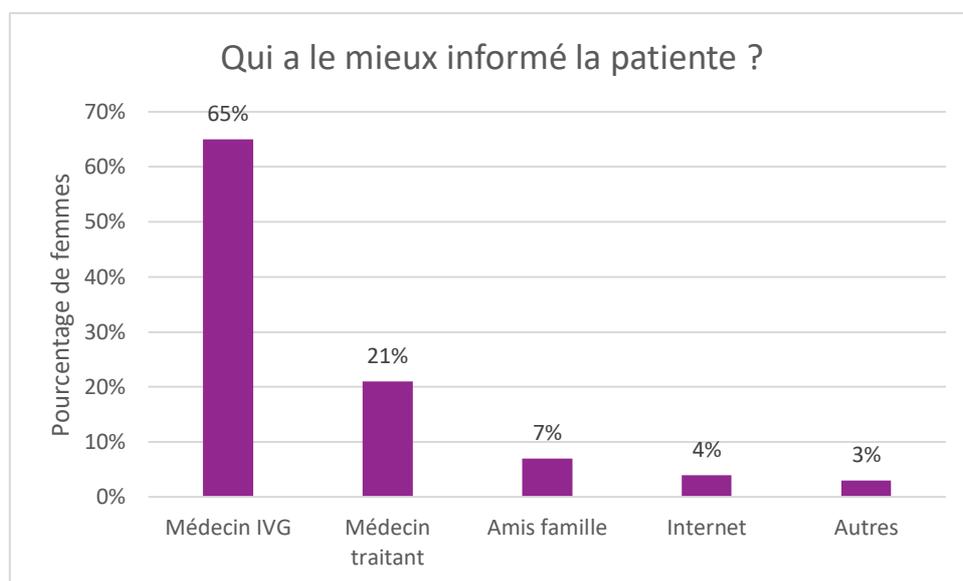
Six femmes de la population soit 8,5% ont déclaré avoir subi des pressions pour réaliser cette IVG. Pour cinq d'entre elles, il s'agissait de pressions de la part de leurs conjoints et pour une femme il s'agissait de pressions d'origine familiale.

**Tableau 7 : Pressions subies et leurs origines.**

	Patientes incluses	
	N=71	
	N	%
<b>La patiente a-t-elle subi des pressions ?</b>		
Oui	6	8,5%
Non	65	91,5%
<i>Si oui, de quelle origine ?</i>		
	N=6	
Conjoint	5	83,3%
Famille	1	16,7%
Médecin ou personnel de soins	0	0%
Autre	0	0%

### *Vécu des patientes concernant le parcours de soins et l'IVG :*

61 patientes soit 76 % de notre population ont déclaré être le mieux informées par un médecin. Huit patientes soit 11 % ont affirmé être mieux informées sur l'interruption volontaire de grossesse par internet ou par leur entourage.



**Figure 5 : Informations données aux patientes sur l'IVG.**

La **figure n°6** synthétise les résultats de la dernière question du questionnaire évalués par une échelle de Likert ; 1 point était attribué si la patiente répondait « Tout à fait d'accord », 2 points pour la réponse « Plutôt d'accord », 3 points pour la réponse « D'accord », 4 points pour la réponse neutre « Ni en accord, ni en désaccord », 5 points pour la réponse « Plutôt pas d'accord » et enfin 6 points pour la réponse la plus négative « Pas du tout d'accord ».

Les avis sont positifs, avec des moyennes allant de 1,6 à 2,5 pour les questions n°1, 4, 6, 7, 9 et 10. Ces questions sont relatives au ressenti des patientes quant à la réalisation de leurs IVG en médecine ambulatoire par un médecin généraliste. Les patientes affirmaient être très bien informées sur la prise en charge de l'interruption et elles indiquaient que les médecins avaient été présents pour répondre à leurs questions.

La place du médecin généraliste dans la réalisation d'une IVG était rassurante ; 39 patientes soit 54,9 % de l'échantillon ont répondu « Tout à fait d'accord » à la question 6 (Je me sens rassurée de réaliser mon IVG avec un médecin généraliste) tandis qu'aucune femme n'a répondu « Plutôt pas d'accord » ou « Pas du tout d'accord ».

La question 3 concernait l'accès au suivi psycho-social. 27 patientes avaient un avis neutre sur la question « Ni en accord ni en désaccord » soit 37,5% de la population. 34 patientes avaient un avis positif quant à l'accès aux autres professionnels de santé soit 47,9 % tandis que 10 patientes avaient un avis négatif soit 14,1%.

La question 5 abordait la connaissance que les femmes ont quant à la possibilité de réaliser une IVG par un médecin généraliste en ville à La Réunion. 21 femmes ont répondu « pas du tout d'accord » soit la réponse la plus négative représentant ainsi un tiers de la population. A l'inverse 17 femmes ont répondu « Tout à fait d'accord » soit 23,9%. Ces résultats retrouvaient donc une moyenne à 3,5 avec un écart-type élevé à 2. Quatre femmes n'avaient pas d'avis sur cette question et avaient répondu « Ni en accord ni en désaccord ».

La question 8 évoquait la prise en charge à 100% par l'assurance maladie du forfait IVG. Les résultats sont similaires à la question 5. En effet, 22 femmes ont répondu l'item le plus négatif représentant ainsi près d'1/3 de l'échantillon tandis que 19 femmes ont répondu l'item le plus positif soit à 26,8%. La moyenne était à 3,4 avec le même écart-type élevé à 2.

Les questions 5 et 8 sont donc les questions qui divisent le plus.

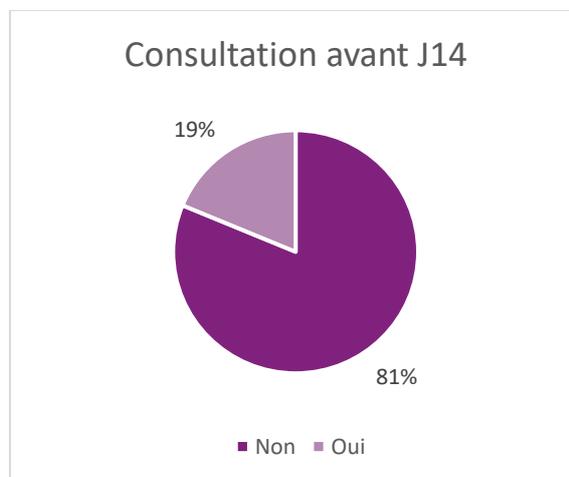
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	
	1	2	3	4	5	6	Moyenne +/- écart type
Il est facile de réaliser une IVG en ville.		↓					2,5 +/- 1,4
Il est facile d'accéder aux examens complémentaires (prise de sang, échographie).		↓					2,3 +/- 1,2
Il est facile d'accéder aux autres professionnels de santé : psychologue, assistante sociale.			↓				3,4 +/- 1,4
Je me sens mieux prise en charge par un médecin généraliste qu'à l'hôpital dans le cadre d'une IVG.		↓					2 +/- 1,1
Lorsque j'ai choisi de réaliser mon IVG je savais que les médecins généralistes en ville pouvaient la réaliser.			↓				3,5 +/- 2,0
Je me sens rassurée de réaliser mon IVG avec un médecin généraliste.		↓					1,8 +/- 1,0
Je me sens mieux soutenue par un médecin généraliste qu'à l'hôpital dans le cadre d'une IVG.		↓					2,1 +/- 1,3
Avant de réaliser une IVG, je savais qu'elle était prise en charge à 100% par l'assurance maladie.			↓				3,4 +/- 2,0
J'ai posé toutes les questions que je souhaite au médecin.		↓					1,7 +/- 0,8
Je me sens bien informée sur le déroulement de mon IVG.		↓					1,6 +/- 0,9

**Figure 6 : Ressenti des patientes concernant le parcours de soins et la réalisation de l'IVG.**

### **Le parcours de soins post IVG :**

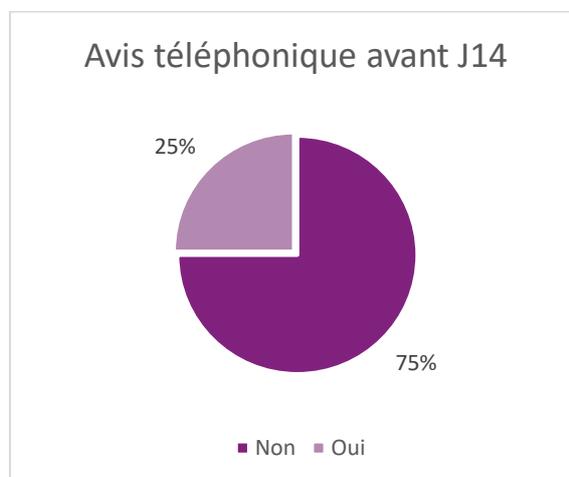
Sur les seize patientes ayant répondu au questionnaire n°2 relatif au parcours de soins post IVG et remis lors de la consultation du quatorzième jour, trois d'entre elles ont affirmé avoir eu besoin d'une consultation prématurée.

Dans 100 % des cas, ces patientes sont allées aux urgences représentant ainsi 19 % de notre échantillon.



**Figure 7 : Consultation prématurée avant la consultation de contrôle prévue au quatorzième jour.**

De plus, un quart des patientes (quatre femmes) ont contacté le médecin réalisant l'IVG par téléphone avant le rendez-vous de contrôle à propos d'inquiétudes ou de questions concernant leurs IVG.



**Figure 8 : Avis téléphonique pris auprès du médecin généraliste concernant des inquiétudes ou des questions de la part des patientes.**

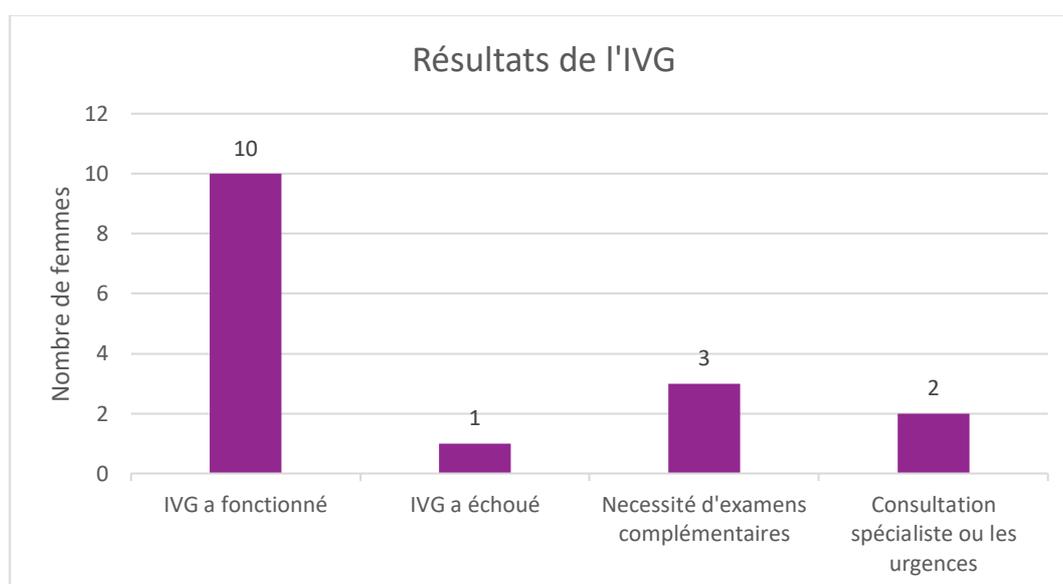
Parmi les examens réalisés en post IVG pour confirmer l'efficacité de l'interruption volontaire de grossesse, six patientes ont réalisé un suivi par bilan biologique tandis que dix patientes ont réalisé un suivi par imagerie échographique.

Le **tableau n°8** rappelle ces résultats.

**Tableau 8 : Examens réalisés en post IVG.**

	Patientes incluses	
	N=16	
	N	%
<b>Examens réalisés en post IVG</b>		
Échographie et prise de sang	1	6,3%
Échographie en centre de radiographie	7	43,8%
Échographie chez le médecin généraliste réalisant l'IVG	2	12,5%
Prise de sang	6	37,5%
Test urinaire	0	0%
Autres	0	0%

Chez dix femmes, soit 62,5 % de la population, le médecin généraliste réalisant l'IVG a confirmé l'arrêt de la grossesse et l'absence de complication. Par contre, chez six patientes, soit 37,5%, l'arrêt de la grossesse n'était pas confirmé. Deux patientes étaient adressées aux urgences ou chez un gynécologue.



**Figure 9 : Résultats de l'IVG médicamenteuse.**

### Les douleurs lors d'une IVG médicamenteuse :

Les douleurs étaient très fréquentes chez les patientes réalisant l'interruption volontaire de grossesse au domicile. Seul une patiente a déclaré ne pas avoir ressenti de douleur tandis que plus de la moitié d'entre elles ont déclaré avoir ressenti des douleurs insupportables (58,3% des femmes).

Si une patiente a déclaré ne pas avoir ressenti de douleur, elles étaient cinq à ne pas prendre de traitement antalgique.

Chez les patientes ayant pris des antalgiques, elles étaient majoritairement soulagées par les traitements. Aucune patiente n'a déclaré ne pas être soulagée par les antalgiques.

Le **tableau n°9** retrouve ces résultats.

**Tableau 9 : Douleurs ressenties lors de l'IVG et leurs prises en charge.**

	Patientes incluses	
	N=16	
	N	%
<b>La patiente a-t-elle ressenti des douleurs ?</b>		
Non	1	6,3%
Faibles douleurs	3	18,8%
Douleurs modérées	3	18,8%
Douleurs intenses	2	12,5%
Douleurs insupportables	7	43,8%
<b>La patiente a-t-elle pris des antalgiques ?</b>		
Non	5	31,3%
Oui	11	68,7%
<i>Si Oui, les antalgiques ont-ils été efficaces ?</i>		
<b>N=11</b>		
<i>Pas efficaces</i>	0	0%
<i>Peu efficaces</i>	2	18,2%
<i>Moyennement efficaces</i>	5	45,5%
<i>Efficaces</i>	2	18,2%
<i>Très efficaces</i>	2	18,2%

### *Vécu des patientes concernant le parcours de soins en post IVG :*

La **figure n°10** synthétise les résultats de la dernière question du questionnaire (Partie 2).

Les réponses, tout comme celles de la partie 1 du questionnaire, sont évaluées par une échelle de Likert. La même cotation a été attribuée afin de pouvoir comparer les moyennes.

La proposition n°1 « Il est facile de réaliser une IVG en ville » était commune aux 2 parties. L'avis des patientes est sensiblement le même car la moyenne varie uniquement de 0,1. Après l'IVG les femmes avaient donc un avis positif concernant l'accès à l'IVG en ambulatoire.

La proposition n°2 « Je me sens mieux prise en charge par un médecin généraliste qu'à l'hôpital dans le cadre d'une IVG » correspondait à la proposition 4 du questionnaire de la partie 1. L'avis des femmes était positif mais cependant plus modéré avec une majoration de 0,6 de moyenne. Aucune femme n'a répondu une réponse négative (« plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »), six femmes avaient un avis neutre et dix femmes un avis positif.

La question n°3 correspondait à la question n°6 de la première partie du questionnaire : « Je me sens rassurée de réaliser mon IVG avec un médecin généraliste ». Les patientes avaient également un avis positif mais d'avantage modéré qu'en début d'IVG conduisant à une augmentation de 0,3 de moyenne. De même aucune femme n'a répondu une réponse négative à cette proposition, trois femmes avaient un avis neutre et treize un avis positif.

La question n°4 abordait l'information de la patiente concernant la réalisation de l'IVG. Sept patientes ont répondu « Tout à fait d'accord », cinq femmes « Plutôt d'accord », deux femmes « D'accord » et deux femmes avaient un avis neutre. Aucune réponse négative a été donnée.

Enfin la question n°5 concernait l'accessibilité des médecins généralistes durant la réalisation de l'interruption de grossesse. Huit patientes ont répondu la réponse « Tout à fait d'accord », quatre la réponse « Plutôt d'accord », deux « D'accord » et deux une réponse neutre. La moyenne est donc à 1,9 avec un écart-type de 1,1.

Ainsi, aucune réponse négative a été retrouvée dans les questions 2, 3, 4 et 5. Une femme a répondu « Pas du tout d'accord » et une femme a répondu « Plutôt pas d'accord » à la question n°1.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	
	1	2	3	4	5	6	Moyenne +/- écart type
Il est facile de réaliser une IVG en ville.		↓					2,6 +/- 1,6
Je me sens mieux prise en charge par un médecin généraliste qu'à l'hôpital dans le cadre d'une IVG.		↓					2,6 +/- 1,3
Je me sens rassurée de réaliser mon IVG avec un médecin généraliste.		↓					2,1 +/- 1,1
J'étais bien informée sur la réalisation de mon IVG.		↓					1,9 +/- 1,1
Le médecin généraliste qui a réalisé mon IVG a été accessible.		↓					1,9 +/- 1,1

Figure 10 : Ressenti des patientes concernant le parcours de soins et la réalisation de l'IVG en post IVG.

***Question ouverte adressée aux patientes concernant d'éventuelles remarques par rapport au parcours IVG :***

A la fin des deux parties du questionnaire, une question ouverte permettait aux patientes de s'exprimer librement quant à leurs parcours de soins d'interruption volontaire de grossesse.

***L'annexe n°4*** reprend l'ensemble des réponses des patientes à la question ouverte de la première partie du questionnaire. Cette question avait été complétée par douze patientes soit 17% de notre population.

Cinq patientes exprimaient le fait de n'avoir pas rencontré de difficulté dans la réalisation de leurs IVG.

Une femme rapportait la somme de ses dépenses personnelles pour réaliser son interruption de grossesse.

Quatre patientes soulignaient la difficulté de la prise d'une telle décision et deux précisait ne pas être au courant qu'une IVG pouvait se réaliser au cabinet du médecin généraliste.

***L'annexe n°5*** reprend les réponses des quatre patientes ayant répondu à la question ouverte de la seconde partie du questionnaire soit 25% des femmes.

Une femme expliquait avoir eu besoin d'une prise supplémentaire de misoprostol pour finalement avoir une prise en charge chirurgicale devant l'échec de l'interruption.

Une femme rapportait ne pas avoir eu de difficulté.

Enfin, deux patientes abordaient le suivi psychologique de l'acte. Elles jugeaient insuffisant la prise en charge dans ce domaine.

## V. Discussion

---

### *Le profil socio démographique des patientes ayant recours à l'IVG.*

Le bulletin d'interruption de grossesse publié en juillet 2013 [9] précise les caractéristiques des femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse sur l'île de La Réunion en 2012 toutes méthodes confondues (médicamenteuses et chirurgicales). Il s'agit des données les plus récentes publiées car depuis 2016, la DRESS a cessé d'assurer la centralisation de ces bulletins transmis aux Agences régionales de santé [28] du fait de la diminution des remplissages par les médecins généralistes et certains établissements de santé.

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques de notre population était comparable aux données publiées par le BIG, à savoir, l'âge moyen des patientes réalisant l'IVG, le niveau scolaire et le nombre d'enfants.

Par contre, la proportion de femmes en couple dans notre étude au moment de l'interruption volontaire de grossesse était plus importante (76,1% contre 48%) ; la proportion de femme « en activité professionnelle » également (53,5% contre 31,4%).

Les antécédents d'interruption volontaire de grossesse étaient comparables à ceux retrouvés dans le BIG [9].

L'enquête de la DRESS de 2007 [7] avait montré que les IVG médicamenteuses prédominaient chez les femmes en couple avec des enfants mais sans IVG précédente ainsi que chez des femmes jeunes et diplômées. Il semble donc y avoir une meilleure connaissance de ce mode opératoire dans la population générale, depuis 10 ans.

### *Analyse du parcours de soins pré IVG et difficultés d'accès pour les patientes.*

L'enquête menée en 2014 par la DGOS en France a montré de réelles difficultés d'accès à l'IVG pour certaines patientes. Toutefois, la majorité des appels aboutissait et le délai proposé pour une première consultation était court, 2 jours en cas de terme avancé et 5 jours dans les autres cas. Cependant le délai entre le premier contact téléphonique et l'IVG n'a pas pu être mesuré car il a souvent été impossible d'obtenir une date d'IVG lors de ce contact, mais seulement une date de consultation préalable. Ces données mettent en évidence une orientation et une prise en charge globale rapides et efficaces pour la majorité des femmes qui ont accédé à une IVG médicamenteuse.

En juillet 2016 était publié le rapport ministériel sur les données et la connaissance de l'IVG faisant suite aux mesures annoncées en janvier 2015 [28]. Ce rapport préconise de mettre en place différentes études pour améliorer les connaissances concernant le parcours IVG.

Ainsi plusieurs données seraient nécessaires pour compléter le dispositif d'information actuellement mis en place en France et elles seront des recommandations de recherche pour les années futures. Les données manquantes avaient pu être abordées dans notre étude à savoir : délai entre la décision de réaliser l'IVG et le premier rendez-vous médical, délai entre la première consultation et la réalisation de l'IVG, le nombre de consultations réalisées, délai et nombre d'examens biologiques et d'échographies.

Ces notions avaient pu partiellement être abordées en 2007 lors de l'enquête nationale IVG [7].

Ce travail de thèse a pu apporter des premières pistes à explorer à La Réunion afin d'améliorer la connaissance des IVG et d'optimiser le parcours de soins de l'orthogénie.

Nos principaux résultats retrouvaient :

- Une durée courte entre la décision de réaliser une IVG et la première consultation médicale, en moyenne seulement 3,2 jours. Plus de 56% des femmes étaient reçues dans les deux premiers jours retrouvant ainsi une grande disponibilité de la part des professionnels de santé et une adaptation de leurs plannings de consultation pour recevoir ces patientes en semi-urgence.
- Une durée plus longue entre la décision de réaliser une IVG et la prise médicamenteuse estimée à 7,5 jours pouvant être expliquée par la durée nécessaire pour réaliser une échographie, un bilan biologique et prendre contact avec le médecin réalisant l'IVG. Spontanément, les patientes se rendaient rarement directement chez un médecin réalisant l'IVG par probable méconnaissance.
- Il existe seulement 11 médecins généralistes à La Réunion agréés pour réaliser des IVG sur les 1182 généralistes en activité soit une proportion minime de 0,9 % des médecins [32].
- Le rôle du médecin traitant était primordial car dans près de 70 % des cas il s'agissait du premier médecin consulté. Il semblerait que de nombreux médecins généralistes ne connaissent pas les médecins de leur secteur agréés pour les IVG car ils adressaient leurs patientes dans seulement 38% des cas à un confrère généraliste pouvant les réaliser.
- Si dans la majorité des cas, les patientes consultaient deux médecins, le plus souvent leur médecin traitant et le médecin généraliste réalisant l'IVG, dans près de 30 % des cas il y avait un troisième voir même un quatrième intervenant (un gynécologue, un autre médecin généraliste ou un médecin de PMI notamment). Ce nombre important d'intervenant contribue à l'allongement du parcours de soins et à l'alourdissement de la procédure pour les patientes.

- Le nombre moyen de consultations entre la découverte de la grossesse et l'interruption est en moyenne à 2,8 conforme au parcours de soins préconisé par l'HAS et montre qu'en effet « la troisième consultation » est très souvent virtuelle, la prise médicamenteuse de misoprostol se faisant par la patiente seule au domicile.
- Si le nombre moyen de prises de sang et d'échographies était proche de 1 en accord avec les recommandations, certains chiffres surprennent.

Un nombre non négligeable de patientes avait déclaré n'avoir fait aucun bilan biologique (22,5%) et à contrario 37% d'entre elles en avaient réalisés deux ou plus. Ces données peuvent évoquer une mauvaise connaissance de la part des médecins quant aux recommandations récentes : demande d'un groupage ABO-Rhésus D (non fait si carte de groupe conforme) avec RAI obligatoires et éventuellement un dosage des hCG. La prescription de données de biologie inutiles pour l'interruption peut conduire la patiente à faire deux ou trois prises de sang, allongeant le parcours de soins, augmentant les dépenses de santé et surtout provoquant des désagréments pour ces femmes.

De même pour les échographies, plus de 42% des femmes ont dû faire deux ou trois échographies. Lorsque le terme de la grossesse est trop précoce et que la vésicule vitelline intra-utérine n'est pas observée, des médecins avaient tendance à refaire cet examen à distance pour écarter une grossesse extra-utérine. Les conséquences en matière de coût et de vécu de l'IVG ne sont pas négligeables. Les recommandations ne sont pas en accord sur ce point. Si l'HAS préconise une échographie pelvienne de datation précoce de manière systématique, le Code de santé Publique et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français estiment que l'échographie pré IVG doit être encouragée mais qu'elle ne doit pas être un frein à la réalisation de celle-ci. La probabilité d'être confronté à une grossesse extra-utérine reste faible (1% des grossesses et 1 décès sur 233 805 IVG lié à une GEU méconnue [23]). Il n'y a pas de recommandation pour dépister systématiquement la GEU chez les femmes enceintes. Il n'est pas question de ne jamais chercher à faire le diagnostic de GEU mais plutôt ne

pas chercher à éliminer ce diagnostic systématiquement chez une femme qui consulte pour une IVG. Lorsqu'il existe des facteurs de risque de GEU, sa recherche est légitime. Le contrôle de la cinétique des hCG sera primordial en post IVG pour s'assurer de l'absence de GEU et de la réussite de l'interruption.

Les délais pour obtenir un rendez-vous d'échographie étaient variables mais dans la grande majorité des cas ils étaient rapides, le jour même de l'appel ou le lendemain. Les médecins agréés ont en effet, la plupart du temps, un réseau médical de proximité permettant une bonne collaboration médicale et réduisant la durée du parcours de soins. Dans près de 10% des cas, ce délai était tout de même supérieur à 4 jours permettant d'envisager des pistes d'améliorations de prise en charge.

- Un entretien psychologique ou social lors de la réalisation d'une IVG reste facultatif mais devrait être systématiquement proposé aux patientes. Une prise en charge avec un psychologue a été proposé dans les deux tiers des cas tandis qu'une prise en charge sociale dans 17% des cas. Ces faibles taux permettent de soulever le problème de l'accessibilité à ces professions paramédicales en ville parfois compliquée, souvent longue et généralement peu abordable pour les patientes. La consultation avec un psychologue n'est pas prise en compte par la sécurité sociale et reste un coût élevé pour les patientes provoquant des freins dans la prise en charge. Il est vrai que cette consultation ne fait pas partie de la prise en charge à 100% du forfait IVG de la sécurité sociale alors qu'elle fait partie intégrante du parcours de soins préconisé par l'HAS [1].

### *Analyse du parcours de soins post IVG.*

La faible proportion de questionnaires post IVG recueillis (seulement 22% des femmes ont souhaité répondre) peut faire penser à un faible taux de participation des patientes aux visites de contrôle entre le quatorzième et 21<sup>ème</sup> jour suivant l'IVG. Lors de mon premier entretien avec les médecins généralistes, ils avaient déjà évoqué des difficultés à assurer un réel suivi

post IVG malgré l'insistance de réaliser un contrôle biologique ou échographique pour s'assurer de la réussite de la procédure.

Actuellement les complications liées à l'IVG médicamenteuse sont faibles. Le risque de décès lié à la pratique d'une IVG dans les pays autorisant la procédure, est estimé à moins d'une femme sur 100 000, soit un chiffre largement inférieur au risque de décès lors d'un accouchement [6].

L'IVG n'est pas un facteur de risque des grossesses extra utérines, ni d'accouchement prématuré ultérieur et n'est pas un facteur favorisant les fausses couches spontanées (sauf intervalle de moins de 3 mois).

Les complications pouvant survenir à court terme sont : l'échec de l'interruption (2,1 % avant 7 SA), une hémorragie, une infection ou un risque de malformation fœtale si la grossesse est poursuivie. A long terme, il peut exister des douleurs pelviennes chroniques, des troubles du cycle ou des troubles psychologiques et psychiatriques. [12]

Aucune étude n'a à ce jour étudié le vécu et le retentissement psychique d'une IVG médicamenteuse par rapport à une IVG chirurgicale [16].

Dans notre étude, 37,5% des patientes consultant en post IVG ont présenté des difficultés : échec de l'interruption, nécessité de réaliser des examens complémentaires ou la nécessité de consulter un spécialiste ou les urgences. Ce chiffre est bien loin des 2,1% d'échec de l'interruption par méthode médicamenteuse en France. Ces résultats font penser que les patientes consultent principalement en post IVG, si elles ont présenté des douleurs ou des signes anormaux. Dans la majorité des cas, lorsque l'interruption se passe comme prévu, les patientes ne souhaitent pas réaliser cette visite médicale.

Il serait donc souhaitable de développer la télémédecine afin que le praticien puisse tout de même avoir un contact avec sa patiente pour s'assurer de la réussite de l'IVG.

Le rôle du médecin traitant reste important dans l'évaluation à distance de ces femmes, en termes de conséquences psychologiques et d'acceptation de la contraception choisie.

## *Obstacles et difficultés pour les médecins généralistes et les médecins réalisant les IVG.*

La consultation IVG est un acte peu valorisé et peu enseigné auprès des internes en médecine.

Selon une enquête française, près d'un interne sur cinq en fin d'internat de gynécologie-obstétrique ou de gynécologie médicale a déclaré ne pas se sentir prêt à réaliser une IVG [15].

Seule une faible proportion d'internes de médecine générale réalise des consultations IVG durant son internat. Ce manque de formation initiale peut être un frein dans le choix de réaliser des consultations d'IVG, mais surtout un frein dans l'optimisation du parcours de soins des patientes devant une méconnaissance des recommandations.

Certains confrères m'expliquaient adresser leurs patientes à l'hôpital par sensation de sécurité, de facilité ou par ignorance des procédures ou des examens à réaliser.

Ainsi, les principales difficultés dans l'optimisation du parcours de soins rencontrées par les médecins sont :

- Une formation initiale médicale insuffisante ;
- Une connaissance insuffisante des offres de soins locorégionales ;
- Un faible nombre de médecins généralistes agréés et formés pour les IVG ;
- Des consultations qui doivent être en semi-urgence sans perte de temps ;
- L'accessibilité aux professions paramédicales difficile en ambulatoire d'autant plus lorsqu'elles doivent avoir lieu dans de brefs délais ;
- Des recommandations divergentes concernant la réalisation de certains examens complémentaires comme l'échographie ; la répétition des examens allongeant de manière considérable l'interruption et rendant l'attente plus difficile pour les patientes (attendre que l'« œuf » grossisse peut paraître difficile à accepter...).

### *Attentes, satisfactions et difficultés pour les patientes.*

Selon une étude réalisée en 2015 auprès de 1000 femmes majeures, entre le tiers et la moitié des patientes ont déclaré ne pas se sentir assez informées sur l'IVG et pensaient qu'une IVG ne pouvait avoir lieu uniquement qu'à l'hôpital [15, 18]. Ces patientes pensaient également que les IVG n'étaient pas remboursées par la sécurité sociale et que les patientes mineures devaient avoir l'autorisation de leurs parents.

Si dans notre étude les femmes incluses déclaraient être bien informées, plus du tiers d'entre elles déclaraient ne pas savoir que l'IVG était prise en charge à 100% par la sécurité sociale et ne savaient pas que les médecins généralistes pouvaient la réaliser.

Toutefois, la prise en charge à 100% ne semble pas être systématique. Une patiente a choisi de s'exprimer sur ce point en évoquant des dépenses personnelles à hauteur de 150 euros comprenant notamment des examens biologiques et les échographies.

Ces résultats sont donc en adéquation avec cette étude réalisée deux ans plus tôt. La méconnaissance du système de santé restant malheureusement stable au cours des années.

Ainsi, les principales difficultés dans l'optimisation des parcours de soins rencontrées par les patientes sont :

- Une méconnaissance du système de santé et du parcours de soins des IVG due à une information publique insuffisante ;
- Un manque de professionnels de santé réalisant les IVG, en particulier en médecine ambulatoire ;
- Une accessibilité réduite en fonction des régions (seul un médecin dans la région sud) ;
- Un non-respect de prise en charge à 100% par certains centres de radiologie ou les laboratoires d'analyses médicales ;
- L'absence de prise en charge à 100% par la sécurité sociale concernant les antalgiques prescrits et une éventuelle consultation avec un psychologue.

### *Les perspectives d'évolution et propositions d'amélioration.*

L'évolution récente de notre système de santé et la modification du cadre légal favorise l'accès à l'IVG.

La journée mondiale pour le droit à l'avortement le 28 septembre [18] a pour but de sensibiliser et de promouvoir l'IVG en France et notamment à La Réunion pour favoriser les connaissances des patientes.

Les médecins ne sont plus les seuls à pouvoir réaliser une IVG, les sages-femmes peuvent désormais faire des IVG médicamenteuses dans les mêmes conditions que les médecins [19] permettant probablement dans quelques années, un meilleur accès à l'IVG médicamenteuse en ambulatoire et une meilleure offre de soin.

Les dernières réformes facilitent l'IVG au regard de la loi à condition que davantage de professionnels de santé soient formés.

Les médecins (traitants, généralistes réalisant l'IVG, radiologues...) devraient pouvoir travailler en réseaux pour diminuer les délais de prise en charge et optimiser ce parcours d'orthogénie.

Il me semble primordial que le médecin traitant trouve sa place dans ce parcours de soins qui pour l'instant ne l'inclut pas forcément. Il me semblerait intéressant, qu'à travers la formation médicale initiale et continue, chaque praticien soit formé à la prise en charge d'une patiente demandant une IVG : connaissance des différents délais, prescriptions adéquates sans perte de temps d'une biologie et/ou d'une échographie, appel d'un confrère réalisant les IVG pour une prise de rendez-vous. Cet acte préalable pourrait être également pris en charge à 100% par la sécurité sociale et pourrait bénéficier d'une majoration. Cette consultation étant en effet plus longue et souvent plus complexe. En réalisant cette première consultation de cette façon, les patientes pourraient bénéficier d'un parcours de soins plus rapide, avec uniquement deux ou trois consultations et seulement deux intervenants différents.

Inclure le médecin traitant dans cette procédure, pourra permettre un suivi sur le long terme de la patiente, en réévaluant à distance d'éventuels échecs de contraception, permettre une meilleure éducation et une réévaluation des conséquences psychosociales d'un tel acte.

Pour cela, il est important de rappeler aux patientes les compétences des médecins généralistes concernant le suivi de la femme dans sa globalité. De nombreuses patientes ne savent pas qu'un médecin, autre qu'un gynécologue, peut réaliser un frottis cervico vaginal, un suivi de grossesse non pathologique, une prescription de contraception ou réaliser une IVG par exemple.

Il serait donc intéressant que l'ensemble des moyens développés par le gouvernement (affiches d'informations, sites internet, campagnes télévisées...) rappelle que le médecin traitant est le premier interlocuteur de choix lors de la découverte d'une grossesse non désirée.

### *Les limites et biais de l'étude.*

L'effectif des patientes présentées dans cette étude, bien que modéré, est représentatif de la population réunionnaise réalisant une interruption volontaire de grossesse. Notre étude concernait toutes les femmes réalisant une IVG médicamenteuse en médecine de ville par un médecin généraliste à La Réunion sur une durée de trois mois. Nous pouvons suspecter un probable biais de recrutement puisque seules les femmes volontaires ont répondu au questionnaire.

Sur les onze médecins généralistes réalisant des IVG à La Réunion, sept d'entre eux ont accepté de participer à cette étude et de diffuser les questionnaires. La répartition géographique des questionnaires manquait d'homogénéité. Ainsi un biais de sélection des patientes peut être évoqué puisqu'aucune patiente de la région sud n'a été incluse.

Le choix de l'auto questionnaire permettait de limiter des erreurs éventuelles dans les réponses, liés à la subjectivité de l'investigateur. En raison de leur caractère intime et personnel, les variables telles que les pressions subies ou le choix de contraception sont susceptibles d'avoir été sous reportées. Des femmes sont susceptibles d'avoir rempli le questionnaire en salle d'attente à côté d'une personne accompagnante (compagnon, parents, amie, etc.).

Le principal biais de cette étude reste un biais de classement, à savoir des erreurs de mémorisation et de déclaration car les questionnaires étaient composés de questions fermées, à choix multiples et d'une question ouverte. Toutefois ces questionnaires étaient adaptés à la méthode utilisée pour ce travail, à savoir une enquête descriptive et transversale.

## VI. Conclusion

---

Cette enquête sur le parcours de soins des patientes réalisant une IVG médicamenteuse en ambulatoire par un médecin généraliste, dresse un état des lieux à La Réunion des conditions d'accès et de prise en charge des femmes. Elle permet de décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ainsi que les circonstances pratiques et temporelles du parcours pré et post IVG tout en évaluant le ressenti des patientes. Elle fournit des indicateurs permettant de comprendre et de connaître les modalités d'une prise en charge en orthogénie à La Réunion de l'accès aux examens complémentaires, aux autres professionnels de santé (assistance sociale, psychologue).

Il en ressort que la pratique de l'IVG médicamenteuse est complexe mais globalement en accord avec les dernières recommandations officielles. La modernisation récente de notre système de santé par le gouvernement doit permettre progressivement d'améliorer l'accès à l'IVG. La décision de réaliser une interruption de grossesse pour les femmes de l'échantillon était une décision rapide (inférieure à deux jours) dans plus de la moitié des cas. La durée moyenne entre la décision de réaliser une IVG et la première consultation était de 3,2 jours.

Après ce premier contact médical, la durée entre la décision de réaliser une IVG et la première prise médicamenteuse de mifépristone pouvait varier de 1 à 21 jours. Le nombre moyen de jours était de 7,5.

Cette étude souligne le rôle essentiel du médecin généraliste dans l'accueil et l'orientation d'une patiente demandant une IVG. En effet, le premier médecin consulté était un médecin généraliste dans plus de 80 %. Le spécialiste n'était consulté en premier que dans une faible proportion (9,9%). Ils sont donc les professionnels de premier recours les plus nombreux et les plus accessibles.

L'amélioration de l'accès à l'information pour les patientes et une meilleure connaissance des modalités de l'IVG pour les médecins généralistes permettraient une optimisation du parcours de soins des patientes.

La formation quant à elle, reste primordiale afin de développer l'offre de soin en ambulatoire. Les médecins agréés restent encore aujourd'hui peu nombreux, peu connus et peu représentés.

Cela fait moins de quinze ans que cette prise en charge médicamenteuse en ville est autorisée par la loi. Ce réseau de proximité avec ses avantages et ses inconvénients, est apprécié par les patientes du fait de sa discrétion, du suivi proposé et de l'accessibilité des médecins. La proportion de ce type d'IVG augmente au cours des années reflétant la volonté des patientes de réaliser cet acte au domicile avec le soutien d'un médecin généraliste. Il serait donc souhaitable de rendre cette méthode médicamenteuse accessible au plus grand nombre tout en laissant le choix aux femmes.

Ces résultats sont autant de pistes pour une meilleure connaissance des IVG, donc une meilleure prévention en amont et une réalisation optimale. Ils permettent aux professionnels de santé d'avoir un retour sur leur activité dans le but d'améliorer la prise en charge de cet acte médical difficile à vivre pour les femmes.

## VII. Références bibliographiques

---

1. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonnes pratiques. Décembre 2010. (Consulté le 3 juin 2017). Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>
2. Haute Autorité de Santé. Interruption médicamenteuse de grossesse. Les protocoles à respecter. Bon usage du médicament. Février 2015 - Mise à jour décembre 2015. (Consulté le 3 juin 2017). Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>
3. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile. Mémo pratique. Dicom N°6-033. Juin 2016. (Consulté le 6 septembre 2017). Disponible sur Internet : <http://ivg.social-sante.gouv.fr>
4. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Dossier guide. DGS/Éditions Dicom 17-021. Février 2017. (Consulté le 29 mai 2017). Disponible sur Internet : <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>
5. Agence de Santé Océan Indien. Parcours d'Interruption Volontaire de Grossesse. Liste des établissements qui pratiquent l'IVG à La Réunion. 10 janvier 2017. (Consulté le 29 mai 2017). Disponible sur Internet : <http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/parcours-dinterruption-volontaire-de-grossesse-ivg>
6. CNGOF Collège national des gynécologues et obstétriciens français. L'interruption volontaire de grossesse. Recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2016. 571-586
7. Cellier M. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Réunion. Les recours à l'IVG à la Réunion. Enquête Nationale 2007, Synthèse des résultats. (Consulté le 10 juillet 2017). Disponible sur Internet : <http://dress.social-sante.gouv.fr>
8. Louacheni C. Observatoire Régional de la Santé, Océan Indien. La santé périnatale à La Réunion, Indicateurs en périnatalité et orthogénie. Décembre 2016. (Consulté le 3 juin 2017). Disponible sur Internet : <http://www.ors-ocean-indien.org>
9. Bernard C, Dassa B. Observatoire Régional de la Santé, La Réunion. Rapport, Analyse des bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse de la Réunion, année 2012. Juillet 2013. (Consulté le 3 juin 2017). Disponible sur Internet : <http://www.ors-ocean-indien.org>
10. Von Lennep F. DRESS Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les Interruptions Volontaires de Grossesse en 2015. Juin 2016, Numéro 0968. (Consulté le 29 mai 2017) Disponible sur Internet: <http://dress.social-sante.gouv.fr>

11. Assurance Maladie. Interruption Volontaire de Grossesse. Mis à jour le 20 janvier 2015. (Consulté le 18 décembre 2017) En ligne : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/interruption-volontaire-de-grossesse.php>
12. Davitian C, Ceccaldi PF, Poujade O, Chatel P, Pernin E, Khater C, Aflak N, Luton D. Interruption volontaire de grossesse. EMC - Traité de Médecine Akos 2016 ; 0(0):1-6 (Article 3-1370)
13. Assurance Maladie. L'IVG médicamenteuse en ville. Mis à jour le 6 février 2017. (Consulté le 18 décembre 2017) En ligne : [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/l-ivg-medicamenteuse-en-ville\\_oise.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/l-ivg-medicamenteuse-en-ville_oise.php)
14. Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. JORF n°0107 du 8 mai 2009 page 7808, texte n°26.
15. Prescrire Rédaction « 2016 : des mesures pour faciliter l'accès à l'IVG » Revue Prescrire avril 2017 ; 37 (402) : 302-304.
16. Prescrire Rédaction « IVG médicamenteuse en ville » Revue Prescrire avril 2017 ; 37 (402) : 276-282
17. Prescrire Rédaction « L'IVG par médicament » Revue Prescrire février 2018 ; 38 (412) : 133
18. Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes. Journée mondiale pour le droit à l'avortement le 28 septembre : Marisol Touraine annonce la création d'un numéro national d'information sur l'IVG et lance une campagne de communication. (Consulté le 18 décembre 2017) En ligne : <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/journee-mondiale-pour-le-droit-a-lavortement-le-28-septembre/>
19. Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. Journal Officiel du 5 juin 2016 : 4 pages
20. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes. Livret d'information IVG hors établissement de santé à l'attention des médecins. DGS/Éditions Dicom S 14 114. Janvier 2015. (Consulté le 1 mai 2018). Disponible sur Internet : [http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/guide\\_ivg\\_hors\\_etablissement\\_sante\\_2015.pdf](http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_sante_2015.pdf)
21. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception. Réflexion autour de la prescription hors AMM à propos de la suppression du Cytotec par le Dr Nathalie Trignol-Viguié de l'ANCIC. Présentation conférence/Débat. 24 mars 2018. (Consulté le 15 juin 2018) Disponible sur Internet : [http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/presentation\\_misoprostol.pdf](http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/presentation_misoprostol.pdf)

22. Ministère des solidarités et de la santé. Communiqué de presse de Agnès Buzyn. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. Publié le 9 avril 2018. (Consulté le 1 mai 2018). Disponible sur Internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
23. IVG médicamenteuse sur une grossesse de localisation indéterminée P Faucher présentation du 11 juin 2016. (Consulté le 01 mai 2018). Disponible sur Internet : [http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/ivg\\_medicamenteuse\\_sur\\_une\\_grossesse\\_de\\_localisation\\_indeterminee\\_ancic.pdf](http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/ivg_medicamenteuse_sur_une_grossesse_de_localisation_indeterminee_ancic.pdf)
24. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical Practice Guidelines Medical Abortion. J Obstet Gynaecol Can April 2016;38(4):366-389
25. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception. Présentation IVG et société Abrogation du délai de réflexion JMR 8 juin 2016 Dr Nathalie TRIGNOL-VIGUIER Centre d'orthogénie CHRU Tours ANCIC. (Consulté le 01 mai 2018). Disponible sur Internet : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article690>
26. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception. Précisions ANCIC sur les forfaits IVG. 10 juin 2016. (Consulté le 01 mai 2018). En ligne : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article673>
27. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception. L'entretien pré IVG : Mettre en mots, penser les actes. Texte de Marie-Laure Bazile et Martine Chosson. 7 août 2014. (Consulté le 01 mai 2018). En ligne : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article399>
28. Von Lennep F. Fourcade N. Rey S. Vilain A. Moisy M. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. IVG : Etat des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Publié le 27 Juillet 2016. (Consulté le 15 juin 2018). Disponible sur Internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/ivg-etat-des-lieux-et-perspectives-d-evolution-du-systeme-d-information>
29. Cleland K. Creinin M. Nucatola D. Nshom M. and Trussell J. Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion. American College of Obstetricians and Gynecologists. January 2013 ; 121(1) : 166-171
30. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. IVG : un droit garanti par la loi. 25 septembre 2013, mis à jour le 19 octobre 2017. (Consulté le 18 décembre 2017). En ligne : <http://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi>
31. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Accès à l'avortement : D'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut être encore conforté. 17 janvier 2017. (Consulté le 18 décembre 2017) En ligne : [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_bilan\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_recos\\_ivg\\_2017\\_01\\_17\\_vf-2.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_bilan_mise_en_oeuvre_recos_ivg_2017_01_17_vf-2.pdf)

32. Agence régionale de santé Océan indien. Les médecins généralistes à la Réunion. 2017. (Consulté le 13 juillet 2018) En ligne : <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>

33. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Cytotec : arrêt de commercialisation à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 – Communiqué. Octobre 2017. (Consulté le 25 juillet 2018). En ligne : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Cytotec-misoprostol-arret-de-commercialisation-a-compter-du-1er-mars-2018-Communique>

## VIII. Liste des abréviations

---

AME	Aide médicale de l'État
AMM	Autorisation de mise sur le marché
BIG	Bulletins d'interruption de grossesse
CHGM	Centre hospitalier Gabriel Martin
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIU	Dispositif intra utérin
DOM	Département d'outre-mer
DRESS	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GEU	Grossesse extra utérine
GHER	Groupe hospitalier de l'est de La Réunion
HAS	Haute Autorité de Santé
hCG	Hormone Gonadotrophine Chorionique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
NIR abréviation de NIRPP	Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques
RAI	Recherche d'agglutinines irrégulières
SA	Semaine d'aménorrhée

# IX. Annexes

---

## Annexe 1 : Document destiné aux médecins généralistes réalisant les IVG médicamenteuses

### **Le parcours de soins des patientes lors d'une IVG médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion.**

CAZZOLA Amandine

06 92 92 55 62

[amandine.cazzola@gmail.com](mailto:amandine.cazzola@gmail.com)

Directeur de thèse Dr CHEVALLIER

---

Durée de recueil : 3 mois, du premier octobre 2017 au 31 décembre 2017.

Questionnaire anonyme en deux parties :

- PARTIE 1 à remettre à la patiente lors de la consultation dédiée à la prise médicamenteuse de MIFEGYNE®.
- PARTIE 2 à remettre à la patiente lors de la consultation post IVG.
  - Merci de garder les 2 parties du questionnaire face à face dans les portes vues afin d'étudier les réponses d'une même patiente en pré et post IVG.

Critères d'inclusion : Toutes les patientes majeures réalisant une IVG médicamenteuse, c'est-à-dire toutes les patientes ayant pris les comprimés de MIFEGYNE®.

Critères d'exclusion : Les patientes mineures ; Toute contre-indication à l'IVG médicamenteuse (terme > 7 SA ou pathologies pré existantes contre indiquant la prise de MIFEGYNE® et Misoprostol).

Refus/Non proposé :

- Si la patiente refuse de répondre au questionnaire, merci d'indiquer « Refus » en haut du questionnaire.
- Si vous n'avez pas proposé le questionnaire à la patiente, merci d'indiquer « Non proposé » en haut du questionnaire.
  - Dans le but de comptabiliser le nombre exact de patientes réalisant une IVG médicamenteuse pendant ces 3 mois.

*Merci pour votre aide et votre collaboration. Je ne manquerai pas de vous tenir informé des résultats de cette étude. Devant toute remarque ou question n'hésitez pas à me contacter.*

## Annexe 2 : Questionnaire adressé aux patientes réalisant une IVG médicamenteuse Partie 1

### Le parcours de soins des patientes lors d'une IVG médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion.

#### PARTIE 1

Questionnaire anonyme  
En vue d'un projet de thèse de Médecine Générale

CAZZOLA Amandine  
[amandine.cazzola@gmail.com](mailto:amandine.cazzola@gmail.com)

Date :

1- Quel âge avez-vous ? ..... ans

2 - Êtes-vous en couple ?  Oui  Non

3 - Avez-vous des enfants ?

Non  1  2  3  4  >4

4 a - Avez-vous déjà réalisé une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ?

Oui : j'ai eu ..... IVG  Non

4 b - Si oui combien d'IVG chirurgicales (sous anesthésie générale) : .....

4 c - Si oui combien d'IVG médicamenteuses au domicile ou à l'hôpital : .....

5 - Dans quelle région habitez-vous ?

Nord  Est  Ouest  Sud  Je n'habite pas à la Réunion

6 - Êtes-vous :

Étudiante

En activité professionnelle

Au chômage

Mère au foyer

Autres : .....

7 - Quel est votre niveau d'étude ?

Sans diplôme

Brevet des collèges

Enseignement technique BEP, CAP

Bac

Bac +1, +2 (BTS, DUT, écoles professionnelles...)

Bac +3, +4 (Licence, maîtrise ...)

Bac +5 ou >5 (Master, Doctorat...)

8 - Connaissez-vous le terme de votre grossesse ?

- Oui : Je suis enceinte de ..... SA (semaine d'aménorrhée)
- Non

9 - Combien de temps s'est écoulé entre votre décision de réaliser une IVG et la première consultation chez un médecin en général ?

..... en jours

10 - Quel médecin avez-vous consulté en premier après avoir appris votre grossesse ?

- Votre médecin traitant
- Un médecin généraliste au hasard
- Le médecin généraliste qui pratique votre IVG
- Un gynécologue en ville ou à l'hôpital
- Un médecin de PMI
- Un médecin aux urgences
- Autres : .....

11 - Combien de temps s'est écoulé entre votre décision de réaliser une IVG et la première prise de médicament aujourd'hui ? ..... en jours

12 - Comment avez-vous connu ce médecin généraliste (celui que vous avez consulté aujourd'hui) ?

- Il s'agit de mon médecin traitant
- Mon entourage me l'a conseillé
- C'est mon médecin traitant qui m'a adressé
- C'est mon gynécologue qui m'a adressé
- J'ai fait des recherches (Internet ...)
- Autres : .....

13 - Combien de médecins différents avez-vous consulté entre la découverte de votre grossesse et votre IVG aujourd'hui ? .....

14 - Combien de consultations avec un médecin avez-vous eu (en comptant celle-ci) entre la découverte de votre grossesse et votre IVG aujourd'hui ? .....

15 - Avant votre interruption de grossesse vous avez fait : (Plusieurs réponses possibles)

- Une échographie dans un centre de radiologie
- Une échographie chez votre médecin généraliste
- Une prise de sang avec l'hormone de grossesse HCG
- Un test urinaire

16 - Quel est le médecin qui vous a prescrit ces examens ?

- Le médecin qui a réalisé votre IVG
- Un autre médecin (médecin traitant, gynécologue ...)

17 - Si vous avez fait une échographie dans un centre de radiologie, le délai entre votre appel téléphonique et votre rendez-vous était de :  
..... en jours

18 - Trouvez-vous ce délai :

- Trop long
- Long
- Correct
- Complètement adapté

19 - Combien de prises de sang avez-vous faites au total pour cette IVG ? .....

20 - Combien d'échographies avez-vous faites au total pour cette IVG ? .....

21 - Qui vous a le mieux informé sur votre IVG ?

- Vos amis, votre famille
- Votre médecin traitant
- Le médecin qui a réalisé votre IVG
- Internet
- Autres : .....

22 - Vous a-t-on proposé une consultation

- avec un psychologue ?

- Oui
- Non

- avec une assistante sociale ?

- Oui
- Non

23 - Si oui, avez-vous accepté ?

- avec un psychologue ?

- Oui
- Non

- avec une assistante sociale ?

- Oui
- Non

24 - Si oui, avez-vous un rendez-vous ?

- avec un psychologue ?

- Oui
- Non

- avec une assistante sociale ?

- Oui
- Non

25 - Vous a-t-on parlé de contraception ?

- Oui
- Non

26 - Si oui, vous avez choisi :

- Un stérilet
- Un implant
- Une pilule
- Des préservatifs
- Aucune contraception
- Autres : .....

27 - Avez-vous subi des pressions pour faire cette IVG ou pour vous empêcher de la faire ?

- Oui       Non

28 - Si oui, de la part

- De votre conjoint ou partenaire sexuel  
 De votre famille ou entourage (amis (ies))  
 De votre médecin ou personnel de soins (infirmière, ...)  
 Autres (enseignants, curés...)

29 - Cochez suivant votre avis :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Il est facile de réaliser une IVG en ville.						
Il est facile d'accéder aux examens complémentaires (prise de sang, échographie).						
Il est facile d'accéder aux autres professionnels de santé : psychologue, assistante sociale.						
Je me sens mieux prise en charge par un médecin généraliste qu'à l'hôpital dans le cadre d'une IVG.						
Lorsque j'ai choisi de réaliser mon IVG je savais que les médecins généralistes en ville pouvaient la réaliser.						
Je me sens rassurée de réaliser mon IVG avec un médecin généraliste.						
Je me sens mieux soutenue par un médecin généraliste qu'à l'hôpital dans le cadre d'une IVG.						
Avant de réaliser une IVG, je savais qu'elle était prise en charge à 100% par l'assurance maladie.						
J'ai posé toutes les questions que je souhaite au médecin.						
Je me sens bien informée sur le déroulement de mon IVG.						

30 - Avez-vous des remarques par rapport à votre parcours IVG : des difficultés vécues ?  
votre ressenti ?

---



---



---



---



---



---

En vous remerciant pour vos réponses.

## Annexe 3 : Questionnaire adressé aux patientes réalisant une IVG médicamenteuse Partie 2

### Le parcours de soins des patientes lors d'une IVG médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion.

#### PARTIE 2

Questionnaire anonyme  
En vue d'un projet de thèse de Médecine Générale

CAZZOLA Amandine  
[amandine.cazzola@gmail.com](mailto:amandine.cazzola@gmail.com)

Date :

1 - Quels examens avez-vous réalisés après votre IVG ? (Plusieurs réponses possibles)

- Une échographie dans un centre de radiologie
- Une échographie chez le médecin généraliste
- Une prise de sang avec l'hormone de la grossesse HCG
- Un test urinaire
- Aucun

2 - Avez-vous consulté aux urgences après votre IVG ?

- Oui
- Non

3 - Avez-vous consulté plus tôt que prévu un médecin généraliste à cause de votre IVG ?

- Oui
- Non

4 - Avez-vous téléphoné au médecin qui a réalisé votre IVG car vous étiez inquiète ou que vous aviez besoin d'informations complémentaires ?

- Oui
- Non

5 - Avez-vous ressenti des douleurs lors de votre IVG ?

- Non, pas du tout
- De faibles douleurs
- Des douleurs modérées
- Des douleurs intenses
- Des douleurs insupportables

6 - Avez-vous pris des médicaments contre la douleur ?

- Oui
- Non

7 - Si oui, les médicaments ont été :

- Pas efficaces
- Peu efficaces
- Moyennement efficaces
- Efficaces
- Très efficaces

8 - Le médecin généraliste vous a dit :

- Que votre IVG a bien fonctionné
- Que votre IVG a échoué
- Que vous devez faire d'autres examens
- Que vous devez consulter un spécialiste ou à l'hôpital

9 - Cochez suivant votre avis :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Il est facile de réaliser une IVG en ville.						
Je me sens mieux prise en charge par un médecin généraliste qu'à l'hôpital dans le cadre d'une IVG.						
Je me sens rassurée de réaliser mon IVG avec un médecin généraliste.						
J'étais bien informée sur la réalisation de mon IVG.						
Le médecin généraliste qui a réalisé mon IVG a été accessible.						

10 - Avez-vous des remarques par rapport à votre parcours IVG : des difficultés vécues ?  
votre ressenti ?

---

---

---

---

---

---

---

---

En vous remerciant pour vos réponses

**Annexe 4 : Réponses des patientes à la question ouverte de la partie 1 du questionnaire :  
« Avez-vous des remarques par rapport à votre parcours IVG : des difficultés vécues ? votre ressenti ? »**

« Mal informée sur l'accessibilité de faire une IVG à part à l'hôpital. Les médecins généralistes qui pratiquent l'IVG sont très peu connus. »

« Une étape très dure à vivre, que je ne souhaite à personne. Beaucoup de craintes concernant ma fertilité car j'ai déjà subi une ovariectomie gauche et une kystectomie droite. J'ai aussi l'endométriose. »

« Non je n'ai pas de remarque à faire car mon IVG s'est bien passée. Pas de douleur particulière, juste une diarrhée. Mon ressenti, c'est que tout s'est passé très vite, même impressionnant avec un pincement au cœur. »

« Je n'étais pas au courant qu'un médecin généraliste pouvait faire les IVG mais mon médecin traitant m'a dirigé vers un médecin apte aux IVG. Je pensais que c'était qu'à l'hôpital ou au planning familial. J'ai été très surprise de la difficulté pour trouver un cabinet de radiologie qui avait moins d'un mois d'attente pour effectuer la première échographie nécessaire pour définir « l'âge » de l'œuf. J'ai pu appeler 5 centres de radio + l'hôpital et le planning familial pour obtenir un RDV. De plus, étant très rarement malade, je n'ai pas souscrit à une mutuelle. A cause de cela, j'ai dû payer la part qui est normalement prise en charge par la mutuelle, soit :

- 80€ pour les premières analyses et 50€ pour celles de contrôle après l'IVG,
- 10€ pour les antidouleurs,
- 30€ pour la 1<sup>ère</sup> échographie,
- 20€ pour les 2 consultations chez le médecin traitant avant d'aller voir le second médecin de l'IVG,
- 50€ pour les analyses sanguines (Hors forfait IVG) qui m'ont permis de découvrir ma grossesse.

Je n'ai reçu aucune aide financière de la part de mon copain, famille... L'IVG en France est-elle vraiment gratuite pour tous ??? sous conditions apparemment... Je pensais que c'était remboursé mais j'ai dû payer environ 150€ de ma poche au total. »

« Pas de difficulté, mon choix et ma décision étaient beaucoup réfléchis. Je me sens rassurée de pouvoir la réaliser. »

« Pour une première IVG cela me semble un peu bizarre mais ça va aller. »

« Aucune difficulté vécue. Mon mari et moi avons bien été informés. »

« Aucune difficulté ! »

« Il est dommage que les centres prévus à cet effet soient aussi peu accueillants et les RDV proposés tardifs. A quand une prise en charge cohérente de l'IVG ? Merci aux médecins généralistes engagés dans la cause ! »

« C'est une décision très difficile à prendre en tant que femme, stopper la vie d'un « enfant » car les conditions futures de son accueil ne lui sera pas opportun. »

« Normalement c'est très dur à supporter, surtout lorsque votre copain peut être présent pour les échos etc. mais pas pour l'IVG, le moment le plus dur et qu'il préfère trouver des excuses bidons pour ne pas être à côté de vous lors d'atroces souffrances... Ca rajoute une douleur en plus, on se sent 10x plus seule et abandonnée, comme si que vous aviez la gale ou la peste. »

« C'est le plus dur qu'une femme puisse vivre dans sa vie. »

**Annexe 5 : Réponses des patientes à la question ouverte de la partie 2 du questionnaire :  
« Avez-vous des remarques par rapport à votre parcours IVG : des difficultés vécues ?  
votre ressenti ? »**

« Très difficile à vivre d'une part par le fait de réaliser cet acte, mais d'autre part car l'IVG n'a pas fonctionné. J'ai dû reprendre du CYTOTEC une deuxième fois, qui n'a toujours pas marché, pour ensuite faire un curetage aux urgences. Mauvaise expérience. »

« Non pas de remarque, ma première IVG s'est bien passée. Mon ressenti, un peu stressée car c'était ma première IVG. »

« Un entretien avec la patiente sur ses motivations et son ressenti avant et après l'IVG pourrait être proposé car nous n'avons pas toutes nécessairement envie de consulter un psychologue et nous ne sommes pas toujours soutenues dans notre décision. »

« Prise en charge psychologique peu abordée. Il serait bien de fournir des numéros de téléphone de psychologues/associations/centres à contacter pour être accompagné à ce niveau.

---

**Étude du parcours de soins des patientes lors d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion.**

---

**Introduction :** L'IVG médicamenteuse en ambulatoire est autorisée depuis 2004 en France et concerne environ mille patientes par an à La Réunion. Seulement onze médecins généralistes sont agréés pour les réaliser. L'objectif principal de cette étude était de fournir des indicateurs sur le parcours de soins des patientes réalisant une IVG médicamenteuse par un médecin généraliste à la Réunion, de l'accès aux examens complémentaires au délai de la prise en charge ainsi que l'accès aux autres professionnels de santé.

**Méthode :** Il s'agissait d'une enquête épidémiologique, descriptive et transversale sur une période de trois mois en 2017.

**Résultats :** Sept médecins généralistes ont inclus 71 patientes dans cette étude. La décision de réaliser une IVG pour les femmes de l'échantillon était une décision rapide (inférieure à 2 jours) dans plus de la moitié des cas. Le premier médecin consulté était un médecin généraliste dans 80 % des situations. La durée entre la décision de réaliser une IVG et la première prise médicamenteuse de mifépristone était de 7,5 jours en moyenne. Le nombre moyen de consultations était de 2,8, de prises de sang 1,3 et d'échographies 1,5. 16 patientes avaient réalisé la consultation post IVG.

**Discussion :** Cette enquête sur le parcours de soins des patientes réalisant une IVG médicamenteuse en ambulatoire par un médecin généraliste, dresse un état des lieux à La Réunion, des conditions d'accès et de prise en charge des femmes. Ces résultats sont autant de pistes pour une meilleure connaissance des IVG, donc une meilleure prévention et une réalisation optimale.

---

**Study of the care pathway of patients performing an outpatient medicated voluntary termination of pregnancy by a general practitioner in Reunion island.**

---

**Introduction:** Outpatient medicated VTP (Voluntary Termination of Pregnancy) has been authorised since 2004 in France and concerns approximately one thousand patients per year in Reunion. Only eleven general practitioners (GP) are licensed to perform them. The main objective of this study was to provide indicators on the sound pathway of patients performing a medicated VTP by a general practitioner in Reunion Island, from the access to additional exams to the average time of care and access to other health professionals.

**Method:** This was an epidemiological, descriptive and cross-sectional survey over a three month period in 2017.

**Results:** Seven general practitioners included 71 patients in this study. The decision to perform an abortion for the women in the sample was a quick decision (less than 2 days) in more than half of the cases. The first doctor consulted was a general practitioner in 80% of situations. The time between the decision to perform an abortion and the first medication taken with mifepristone was 7.5 days on average. The average number of consultations was 2.8, 1.3 blood tests and 1.5 ultrasounds. 16 patients had performed post-VTP consultation.

**Discussion:** This survey of the care pathway of patients performing an outpatient medicated VTP by a general practitioner, draws up an inventory of the situation in Réunion, conditions of access and care for women. These results are as many tracks for a better knowledge of abortions.

---

**MOTS-CLEFS :** Itinéraire clinique, Avortement provoqué, Traitement médicamenteux, Réunion, Médecine générale, Service de planification familiale.

---

**KEY WORDS :** Clinical pathways, Induced abortion, Drug therapy, Reunion, General practice, Family planning services.

---

**DISCIPLINE :** Médecine Générale

---

**UNIVERSITE DE LA REUNION**

**U.F.R SANTE**

**<http://www.univ-reunion.fr>**