



HAL
open science

Évaluation de l'orientation des patientes en demande d'IVG par les médecins généralistes de Bordeaux Métropole

Camille Roger-Rey

► **To cite this version:**

Camille Roger-Rey. Évaluation de l'orientation des patientes en demande d'IVG par les médecins généralistes de Bordeaux Métropole. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02484789

HAL Id: dumas-02484789

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02484789v1>

Submitted on 19 Feb 2020

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 BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 2019

Thèse n°182

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2019

par Camille ROGER-REY, née le 6 novembre 1988 à Bordeaux (33)

**Évaluation de l'orientation des patientes en demande d'IVG
par les médecins généralistes de Bordeaux Métropole.**

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Giulia GOUY

Rapporteur :

Monsieur le Professeur associé William DURIEUX

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jacques HOROVITZ.....Président

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY.....Juge

Monsieur le Professeur associé William DURIEUX.....Juge

Madame le Docteur Nathalie RAE.....Juge

Madame le Docteur Giulia GOUY.....Directeur

REMERCIEMENTS

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur HOROVITZ Jacques :

Gynécologue Obstétricien

Professeur des universités, Chevalier des Palmes Académiques, Praticien Hospitalier

Ancien Chef de Service de Gynécologie et Obstétrique

CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider le jury de la thèse d'exercice. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez recevoir ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Professeur DALLAY Dominique :

Gynécologue Obstétricien

Professeur des universités, Praticien Hospitalier

Chef de Service de Gynécologie et Obstétrique

CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury de thèse d'exercice. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Monsieur le Professeur DURIEUX William

Médecin généraliste

Professeur des universités associé

Département de médecine générale de Bordeaux

Collège santé

Tu me fais l'honneur de faire partie de mon jury de thèse d'exercice et d'en être le rapporteur. Je te remercie pour tout ce que tu m'as enseigné durant mon semestre d'internat et pour ton investissement dans la relecture de ce travail.

Madame le Docteur RAE Nathalie

Gynécologue médicale

Commission Sexualités Contraception IVG du Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine

Tu me fais l'honneur de faire partie de mon jury de thèse d'exercice et je te remercie pour ton soutien tout au long de ce travail.

Madame le Docteur GOUY Giulia

Médecin généraliste

Praticien Hospitalier contractuel

Centre Hospitalier Sud Gironde

Tu me fais l'honneur de diriger mon travail de thèse d'exercice et de faire partie de mon jury. Je te remercie pour l'investissement et l'aide précieuse que tu m'as apporté durant cette période.

Je dédie cette thèse,

A mes parents, pour leur amour inconditionnel et leur soutien sans faille. Merci de m'avoir soutenue tout au long de ce chemin et de m'avoir poussé toujours plus loin., Merci d'avoir toujours eu confiance en moi. Merci de me montrer à travers votre regard, la fierté que vous avez à mon égard. Enfin merci pour la vie que vous m'avez offerte et pour celle que vous offrez à vos petits-enfants. Vous êtes des parents et des grands-parents géniaux.

A mon mari Geoffrey, merci pour ton amour et ton soutien depuis toutes ses années. Merci d'être qui tu es, mon pilier, celui qui me fait devenir meilleure, qui m'aide à porter mes projets, qui m'aide à croire en moi. Tu es le père de nos deux merveilleux enfants, un papa extraordinaire et un mari aimant.

A mes tout-petits Arthur et Jeanne, qui enrichissent ma vie. Merci d'être là, merci d'être ce que vous êtes et vous remplissez de bonheur vos parents.

A mes frères, Antoine et Louis qui me supportent depuis tant d'années. Merci pour votre amour, votre patience et nos fous rires. Merci pour cette complicité magique qui nous unie. Merci d'être de supers tontons et parrains.

A ma belle-sœur, Carine, mon amie, ma témoin. Merci pour tes compliments permanents, tes petits mots qui me redonnent confiance et surtout tes bourdes légendaires qui ont permis de faire oublier les miennes.

A mes grands-parents paternels, Manou et Willy, pour leur soutien de tous les jours, pour leur présence permanente et leur petits mots réconfortants, leurs mémorables repas de famille autour du fameux rôti de bœuf. Merci d'être là pour moi.

A mes grands-parents maternels, Youyou et Guy, qui ne sont plus là aujourd'hui mais qui j'en suis sûre, seraient très fiers de moi.

A ma tante, Manotte, ma deuxième maman. Merci d'être là, merci pour ces étés passés à rigoler, la découverte dès mon plus jeune âge des fêtes de Bayonne, de ces soirées mémorables passées à tes côtés. Merci pour tous nos fous rires, nos discussions interminables

le matin dans la cuisine autour d'une chicorée. Merci pour ton accueil parfait, on est toujours « comme à la maison ». Merci de me donner tout cet amour.

A ma marraine Sandrine, ma tatie bavarde, ma tatie déco, ma tatie bon plan. Merci pour ton enseignement du point de croix, pour nos appels interminables, pour nos déjeuners en tête à tête trop peu nombreux. Merci pour ton soutien sans faille, et tes encouragements constants.

A mon oncle Benoit et mes cousins Clémence, Capucine et Augustin pour leur mots réconfortants.

A mes cousins Jean-Baptiste, Marie, Matthieu, et Thomas pour tous nos délires et nos fous rires, nos soirées arrosées aux fêtes de Bayonne et nos taquineries perpétuelles. Merci d'être comme des grands frères et sœur à mes yeux.

A Marine, ma filleule chérie, ma marine timide et discrète, que j'aimerais voir plus souvent.

A mes beaux-parents, Marie-Ange et Rémi, ma deuxième famille. Merci de m'avoir si bien accueilli dans votre famille, merci de me faire sentir bien à vos côtés. Merci de donner tant d'amour à vos petits-enfants. Vous êtes de merveilleux grands-parents.

A ma belle-sœur, Samantha, pour ton soutien, pour ta confiance que tu m'as donné en me demandant de devenir marraine de ta fille. A ma filleule, Émilie, ma petite puce câline. A Maxence et Lisa, mon neveu et nièce.

A mes amis de toujours Jean-Baptiste, Pierre, Laure, Jean-Baptiste, Laura, Axel et Fanny qui m'auront soutenue toutes ces années et qui ont cru en moi depuis le début.

A mes amis Mathilde, Jérémy, Anne-Flore, Laurent, Cynthia et Bastian pour toutes ces après-midis au bord des terrains de rugby qui nous auront permis de construire et de développer une amitié durable et solide. Merci pour votre soutien.

Aux nouvelles recrues Louka, Ella, Constance, Marilou, Charlie et Pomme qui animent nos soirées de différentes manières.

A Bertrand, pour nos discussions interminables, nos soirées improvisées, pour tes mots réconfortants.

A Claire-Marie, ma CMP, mon mamour de son surnom, pour son soutien depuis le début, pour nos soirées de sous colle lors de la préparation du concours, pour notre voyage mémorable, pour nos fous rires et nos délires. Merci pour ton soutien, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir poussé à me surpasser.

A Florence, Marie et Ana avec qui j'ai traversé toutes ces années de dur labeur. Merci pour votre profonde amitié, pour ces soirées passées à rigoler, pour ces musiques accompagnées de supers chorées. Malgré la distance ou la proximité, je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

A Augustine, Adèle et le futur bébé que nous regarderons grandir.

A Giulia, mon amie, ma directrice de thèse, pour ta joie de vivre, ton soutien inconditionnel, pour ton caractère sanguin d'italienne et nos séances de sport mémorables.

A Marie, Jon, Flavie, Luc, Bastien, Marie, Victor et Axelle pour leurs weekends entre copains, pour leurs régates organisées d'une main de fer et pour nos éclats de rire. Merci de maintenir cette amitié malgré nos emplois du temps bien chargés.

A Paco, Martin les deux petits nouveaux et à Jean pour son amitié avec « Marthur ».

A Diane, ma Didou de toujours, pour ton amour fraternel, pour tous les bons et mauvais moments traversés ensemble, pour cette famille que tu te construis avec Banban, pour cette nouvelle vie qui s'offre à toi.

A mon co-interne, Julien, mon acolyte, mon colocataire pour m'avoir supporté tout au long de nos stages, pour nos visites peu protocolaires, pour nos fous rires. Merci de ton soutien.

A tous les médecins qui m'ont formé et qui m'ont fait aimer la médecine générale. Au cabinet médical de la Souys, qui me supporte lors de mes remplacements.

A Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine, qui m'a grandement aidé dans l'analyse de mes résultats et qui m'a soutenue à chaque étape de mon travail.

A tous ceux que je n'ai pas cité et que je remercie quand même.

Table des matières

I. LEXIQUE	12
II. INTRODUCTION	13
A. <i>Épidémiologie</i>	13
1. Sur le plan mondial	13
2. Sur le plan européen	14
3. Incidence française	15
B. <i>Législation</i>	16
C. <i>Les examens complémentaires nécessaires avant une IVG</i>	18
1. Dosage de l'hCG plasmatique	18
2. L'échographie de datation	19
3. Dépistage Chlamydia Trachomatis	19
4. Autres examens complémentaires	20
D. <i>Les différentes méthodes d'IVG dans l'offre de soins</i>	20
1. IVG médicamenteuse	22
2. IVG chirurgicale	27
3. Consultation de suivi post-IVG	29
E. <i>Coût des IVG</i>	31
1. IVG en médecine de ville (cabinet médical, centre de santé, ou CPEF)	31
2. IVG médicamenteuse en établissement de santé	32
3. IVG chirurgicale	32
F. <i>Le cadre de la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé</i>	33
1. La convention : entre cabinet de ville ou centre/ établissement de santé.	33
2. La fiche de liaison entre médecin ou sage-femme/ établissement de santé	34
3. Engagement de l'établissement de santé	34
4. Approvisionnement des médicaments	34
III. MATERIELS ET METHODE	36
A. <i>Objectifs</i>	36
B. <i>Type d'étude</i>	36
C. <i>Population étudiée</i>	36
1. Population incluse	37
2. Population exclue	37
D. <i>Recueil de données</i>	37
1. Questionnaires auprès des médecins généralistes	38
2. Questionnaires auprès des praticiens du réseau ville-hôpital	38
3. Analyse statistique	38
4. Sources bibliographiques	39
IV. RESULTATS	40
A. <i>Taux de réponse aux questionnaires</i>	40
1. Questionnaire dédié aux médecins généralistes	40

2.	Questionnaire dédié aux praticiens conventionnés	40
<i>B.</i>	<i>Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes</i>	41
1.	Échantillon total	41
2.	Médecins à orientation gynécologique	50
3.	Sans orientation gynécologique	58
<i>C.</i>	<i>Caractéristiques de l'échantillon des praticiens conventionnés</i>	66
1.	Échantillon total	66
2.	Gynécologues médicaux ou obstétriciens	68
3.	Médecins généralistes	70
4.	Sages-femmes	72
V.	DISCUSSION	74
<i>A.</i>	<i>Suivi des recommandations</i>	74
1.	Prescriptions d'examens complémentaires	74
2.	Orientation des patientes en fonction du terme	75
<i>B.</i>	<i>Plaintes des médecins généralistes non conventionnés</i>	76
1.	Les difficultés d'accès à l'échographie	76
2.	Les difficultés d'accès à la conseillère conjugale	77
3.	Les difficultés pour trouver une liste de praticiens conventionnés	78
<i>C.</i>	<i>Craintes des praticiens réalisant les IVG</i>	79
1.	Peur des représailles anti-IVG	79
2.	Surcharge de travail et pratique essentiellement dédiée à l'IVG pour les gynécologues	80
<i>D.</i>	<i>Points forts de l'étude</i>	81
<i>E.</i>	<i>Points faibles de l'étude</i>	82
<i>F.</i>	<i>Propositions d'amélioration</i>	83
VI.	CONCLUSION	84
VII.	ANNEXES	85
<i>A.</i>	<i>ANNEXE 1 : Exemple de convention relative à la réalisation hors établissement de santé des IVG médicamenteuses</i>	85
<i>B.</i>	<i>ANNEXE 2 : Exemple de fiche de liaison</i>	88
<i>C.</i>	<i>ANNEXE 3 : Questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes</i>	89
<i>D.</i>	<i>ANNEXE 4 : Questionnaire diffusé auprès des praticiens du réseau ville-hôpital</i>	94
<i>E.</i>	<i>ANNEXE 5 : Recommandations</i>	96
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	97
IX.	SERMENT D'HIPPOCRATE	101

Figures

Figure 1: Comparaison européenne des taux d'interruption de grossesse pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans (5)	14
Figure 2: Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2018 (6)	15
Figure 3 Réponses des médecins généralistes au questionnaire	40
Figure 4 Réponses des praticiens conventionnés au questionnaire	40
Figure 5 Répartition des médecins généralistes en fonction de leur orientation	41
Figure 6 Prescription des examens complémentaires de l'échantillon total	42
Figure 7 Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie de datation de l'échantillon total	42
Figure 8 Proposition d'entretien avec une conseillère conjugale	43
Figure 9 Accès rapide à un entretien avec une conseillère conjugale.	43
Figure 10 Possession de la liste des professionnels conventionnés pratiquant les IVG	44
Figure 11 Connaissance d'un interlocuteur privilégié	44
Figure 12 Identification des différents interlocuteurs	45
Figure 13 Orientation des patientes si grossesse < 7 SA	46
Figure 14 Orientation des patientes si grossesse entre 7 SA et 9 SA	47
Figure 15 Orientation des patientes si grossesse > 9 SA	48
Figure 16 Difficulté rencontrée dans l'orientation des patientes	49
Figure 17 Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés	49
Figure 18 Pratique de l'IVG médicamenteuse des médecins à orientation gynécologique	50
Figure 19: Prescription des examens complémentaires des médecins à orientation gynécologique	50
Figure 20: Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie des médecins à orientation gynécologique	51
Figure 21 : Proposition d'entretien avec une conseillère conjugale	51
Figure 22: Accès rapide à un entretien avec une conseillère conjugale.	52
Figure 23: Possession de la liste des professionnels conventionnés pratiquant les IVG	52
Figure 24: Connaissance d'un interlocuteur privilégié	53
Figure 25: Identification des différents interlocuteurs	53
Figure 26: Orientation des patientes si grossesse < 7 SA	54
Figure 27: Orientation des patientes si grossesse entre 7 SA et 9 SA	55
Figure 28: Orientation des patientes si grossesse > 9 SA	56
Figure 29: Difficulté rencontrée dans l'orientation des patientes	57
Figure 30: Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés	57

Figure 31: `Prescription des examens complémentaires des médecins sans orientation gynécologique	58
Figure 32: Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie des médecins sans orientation gynécologique	59
Figure 33: Proposition d'entretien avec une conseillère conjugale	59
Figure 34: Accès rapide à un entretien avec une conseillère conjugale	60
Figure 35: Possession de la liste des professionnels conventionnés pratiquant les IVG	60
Figure 36: Connaissance d'un interlocuteur privilégié	61
Figure 37: Identification des différents interlocuteurs	61
Figure 38: Orientation des patientes si grossesse < 7 SA	62
Figure 39: Orientation des patientes si grossesse entre 7 SA et 9 SA	63
Figure 40: Orientation des patientes si grossesse > 9 SA	64
Figure 41: Difficulté rencontrée dans l'orientation des patientes	65
Figure 42: Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés	65
Figure 43 Répartition des spécialités des praticiens conventionnés	66
Figure 44 Volonté de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé	66
Figure 45 Diffusion des coordonnées à destination des patientes	67
Figure 46: Volonté de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé	68
Figure 47: Diffusion des coordonnées à destination des patientes	69
Figure 48: Volonté de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé	70
Figure 49: Diffusion des coordonnées à destination des patientes	71

Tableaux

Tableau 1: Corrélation approximative entre taux d'hCG plasmatique et échographie (16)	18
Tableau 2: Tarification forfaitaire d'une IVG médicamenteuse en médecine de ville (35)	31
Tableau 3: Tarification des examens complémentaires d'une IVG en médecine de ville (35)	32
Tableau 5 : Proposition d'amélioration pour le réseau ville-hôpital des IVG	83

I. LEXIQUE

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

BIP : Diamètre Bipariétal

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CFEF : Collège Français d'Échographie Fœtale

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF : Centres de Planification ou d'Éducation Familiale

DRESS : Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation des Statistiques

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

hCG : hormone Chorionique Gonadotrope

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LCC : Longueur Cranio-Caudale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

RPNA : Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine

SA : Semaines d'Aménorrhée

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

TAAN : Tests d'Amplifications des Acides Nucléiques

II. INTRODUCTION

Légalisée le 17 Janvier 1975 par la loi Veil, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) constitue une avancée primordiale dans la liberté et le droit des femmes. Elle peut être réalisée en fonction du terme, en ville ou en hospitalier. Pourtant les femmes rencontrent encore aujourd'hui, de nombreuses difficultés pour y accéder (défaut d'orientation, manque d'information...).

Le gouvernement a lancé en 2015, un plan national d'action afin d'améliorer l'accès à l'IVG. Il a pour objectif de mieux informer les femmes sur leurs droits, d'améliorer, de simplifier le parcours des femmes et de garantir une offre diversifiée sur tout le territoire (1).

Nous avons donc, par ce travail de thèse, décidé d'analyser l'orientation des patientes en demande d'IVG en soins primaires afin de faciliter la prise en charge ces femmes.

Ce travail a également pour objectif de nous aider à trouver des outils pour pouvoir améliorer ce parcours de soins en renforçant la communication médecin généraliste-praticiens du réseau ville-hôpital car trop nombreuses sont encore les patientes qui sont adressées dans les centres IVG puis réadressées aux médecins du réseau de ville-hôpital.

A. Épidémiologie

1. Sur le plan mondial

L'interruption volontaire de grossesse est un acte médical pratiqué dans le monde, légalement ou illégalement.

En 2015, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a publié huit objectifs du millénaire pour le développement, le cinquième étant « améliorer la santé maternelle ». Pour cela, l'ONU incite à assurer l'accès universel à la santé reproductive des femmes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 56 millions d'avortements provoqués ont eu lieu chaque année dans le monde entre 2010 et 2014. De 1990 à 2014, le taux d'avortement a clairement diminué dans les régions développées, passant de 46 à 27 pour 1000 femmes, mais il est resté le même dans les régions en développement (2).

Il est considéré que 25 millions de ces avortements annuels sont réalisés de façon non sécurisée pour ces femmes dans le monde (3).

2. Sur le plan européen

En Europe, on observe une différence remarquable du taux de recours à l'IVG. Une nette différence entre les pays d'Europe de l'Ouest, qui ont un taux parmi les plus bas du monde, et ceux de l'Europe de l'Est qui présentent une incidence parmi les plus élevées du monde.

La figure 1, dont les données sont issues du rapport de l'ONU de 2013 sur les législations concernant l'avortement en 2013 (4), illustre les taux d'IVG en Europe (les données ne datent pas toutes de la même année).

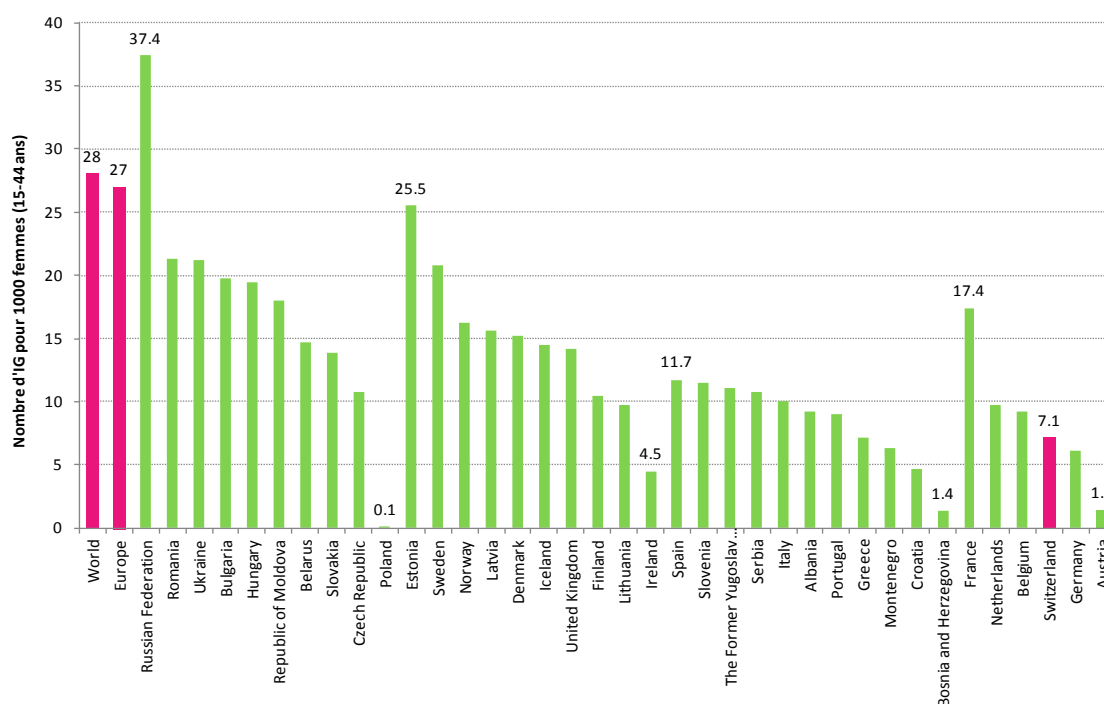


Figure 1: Comparaison européenne des taux d'interruption de grossesse pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans (5)

De nombreux pays européens ont assoupli, ces dernières années, leur législation sur l'interruption de grossesse et ont introduit le régime du délai. C'est le cas notamment de la Suisse qui a introduit le régime du délai en 2002.

De manière générale, la libéralisation des lois sur l'interruption de grossesse ne conduit pas à une augmentation des interruptions de grossesse (5).

3. Incidence française

En 2018, 224 300 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France, dont 209 500 auprès de femmes résidant en métropole selon le rapport de la Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation des Statistiques (DRESS).

Le nombre d'IVG varie chaque année. En 2018, il est supérieur de 3 % à celui de 2017.

Le taux de recours s'élève à 15 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole. C'est parmi les jeunes femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes avec un taux recours de 27,3 IVG pour 1 000 femmes mais ce dernier reste stable depuis plusieurs années. Le taux de recours est en baisse chez les plus jeune et en légère hausse chez les plus âgées. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,56 IVG par femme en 2018 (6).

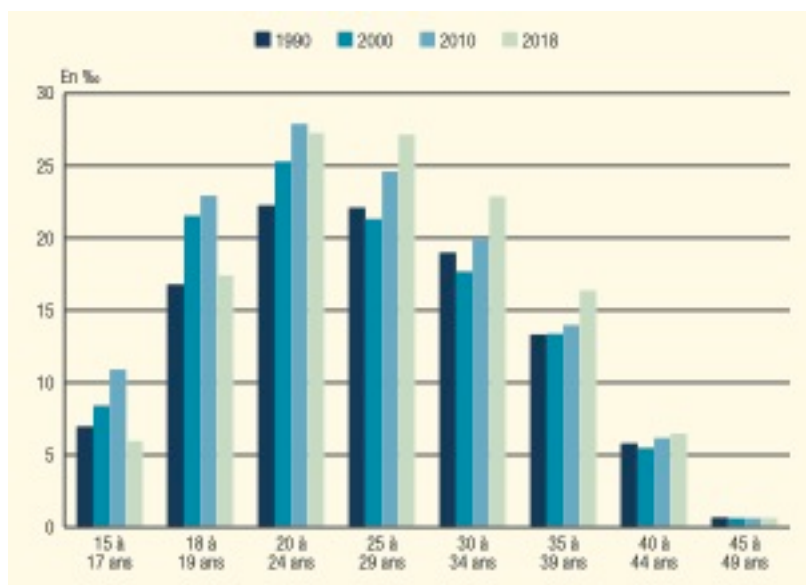


Figure 2: Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2018 (6)

Depuis 2005, des IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées en dehors des structures hospitalières. En 2018, 24 % des IVG l'ont été en cabinet libéral, dans les centres de santé ou les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), soit 50 000 IVG en Métropole.

La possibilité de pratiquer hors établissements de santé les IVG médicamenteuses, a nettement fait diminuer le nombre d'IVG chirurgicale au profit des IVG médicamenteuses. Ainsi, en 2018, 69 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse. Cette transformation n'a pas conduit à une forte diminution de la part des IVG réalisées dans les hôpitaux publics.

En revanche, la part des IVG réalisées en établissements privés a beaucoup diminué au profit des IVG médicamenteuses réalisées en ville (6).

En 2018 en Nouvelle-Aquitaine, 16 771 IVG ont été réalisées dont 12 831 en établissement hospitalier, 3 235 en cabinet libéral et 705 en centre de santé ou CPEF (6).

On observe également une disparité territoriale de recours à l'IVG en partie liée aux disparités d'offre de soins. Tous les départements n'offrent pas la possibilité d'avoir recours à une IVG en cabinet libéral, car certains n'ont pas ou très peu de médecins conventionnés. En 2018, 1 725 médecins (dont 56,6 % de gynécologues) et 248 sages-femmes ont réalisé des IVG en cabinet libéral. C'est 300 médecins et 238 sages-femmes de plus qu'en 2017.

En 2018 en Nouvelle-Aquitaine, 120 médecins et 22 sages-femmes ont réalisés des IVG en cabinet libéral (6).

B. Législation

Avant 1975, interrompre une grossesse pour une femme constituait un délit pénal passible d'une peine d'emprisonnement. Mais suite à la création du Mouvement français pour le planning familial et du Mouvement de libération de la femme dans les années 1960-70, les mentalités vont évoluer.

C'est une femme, madame la ministre Simone Veil, qui va mener une bataille législative et le 17 janvier 1975, la loi Veil, autorisant l'IVG est adoptée (7).

Cette loi est reconduite en 1979 puis définitivement légalisée en 1980.

En 1982, l'IVG est remboursée par la sécurité sociale.

En 1989, l'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier. Mais malgré les efforts réalisés pour fournir des services d'interruption de grossesse accessibles sur l'ensemble du territoire français, on constatait encore à la fin des années 1990 certains problèmes d'accès à l'avortement : procédure administrative compliquée (surtout pour les femmes mineures ou étrangères), longues files d'attente...

Dans ce contexte, le 4 juillet 2001 (8), est adoptée une nouvelle loi qui vise à faciliter l'accès à l'avortement pour toutes les femmes. De nouvelles dispositions sont mises en place : la consultation avec une conseillère conjugale devient facultative (reste obligatoire chez les mineures), le délai d'interruption de grossesse est prolongé de 12 à 14 Semaines d'Aménorrhée (SA), l'obligation du consentement parental pour les mineures est remplacée

par la présence d'un « adulte référent » et celle de la justification d'un titre de séjour levée pour les étrangères.

La loi de 2001, avec son décret d'application publié en 2004, a également permis aux médecins de ville de pratiquer des interruptions médicamenteuses dans leur cabinet dès lors qu'ils avaient passé une convention avec un centre d'orthogénie. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à la 7^{ème} SA et une consultation de contrôle indispensable doit être réalisée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant l'IVG (9).

Ce n'est qu'à partir du 6 mai 2009, date d'application du décret de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007, que les centres de santé et les centres de planification ou d'éducation familiale ont pu réaliser des IVG médicamenteuses (10).

Par ailleurs, depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, ainsi que les contraceptifs remboursables pour les jeunes filles de 15 à 18 ans dans toutes les pharmacies sur présentation d'une ordonnance avec la mention « contraception pour mineure » (11).

En 2016, à travers la loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier, des mesures ont été prises pour faciliter l'accès à l'IVG (12) :

- Le délai minimal de 7 jours, entre la demande d'IVG et sa réalisation, a été supprimé pour les femmes majeures, et réduit à 48h pour les jeunes filles mineures. Car chez les mineures, l'entretien psychosocial par une conseillère conjugale reste obligatoire et un délai de réflexion de 48h est à respecter après l'entretien avant de remettre son consentement (13).

- Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des IVG médicamenteuses dans les mêmes conditions que les médecins (14)

- Tous les actes (pas seulement l'acte IVG) nécessaires pour réaliser une IVG (consultations, examens complémentaires...) sont remboursés à 100%.

- Les centres de santé sont autorisés à pratiquer des IVG instrumentales sous anesthésie locale ou locorégionale ainsi que les IVG médicamenteuses, en respectant un cahier des charges publié en mars 2016 par la Haute autorité de santé (HAS) (15).

Par ces mesures, l'accès à l'IVG en France est facilité.

C. Les examens complémentaires nécessaires avant une IVG

Afin de réaliser une IVG, certains examens complémentaires sont nécessaires.

1. Dosage de l'hCG plasmatique

Le dosage de l'Hormone Chorionique Gonadotrope (hCG) plasmatique permet de confirmer une grossesse mais ne permet pas une datation précise de la grossesse.

Ce dernier doit être corrélé à l'échographie. La cinétique des hCG peut être très utile face à des images échographiques suspectes ou lorsqu'il existe une discordance avec le terme théorique (16).

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), le taux d'hCG plasmatique est un moyen peu fiable de datation de grossesse et ne doit pas être utilisé pour la datation de grossesse en vue d'une IVG (17).

Tableau 1: Corrélation approximative entre taux d'hCG plasmatique et échographie (16)

Date de la grossesse	Taux hCG (mUI/ml)	Échographie vaginale
4-5 SA	< 5	Pas de grossesse
	10-500	Œuf non visible
	> 500	Diamètre ovulaire : 1-5mm
5-6 SA	> 500-1000	Diamètre ovulaire : 5-10mm Embryon : 1-3 mm Activité cardiaque +/- repérable
	> 1000-1500	Embryon : 3-6 mm Activité cardiaque +
	> 2500	Visible par échographie sus-pubienne
7 SA	> 7000	Embryon > 6-7 mm

2. L'échographie de datation

L'échographie avant une IVG doit être encouragée.

Chez les femmes sûres de leur datation (date des dernières règles et/ou de la date du rapport sexuel à risque) et pour lesquelles un examen clinique est réalisable, l'absence d'accès à l'échographie ne doit donc pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée (18).

Si une échographie est réalisée, en l'absence d'embryon visible, la datation repose sur la mesure du sac gestationnel. Si aucun embryon n'est visible et que la grossesse est évolutive, le terme sera toujours inférieur à 7 SA.

Dès lors que l'embryon est visible à l'échographie, l'estimation de la datation de la grossesse se fait par la mesure de la Longueur Cranio-Caudale (LCC) définie par Robinson ou par la mesure du Diamètre Bipariétal (BIP) définie par le Collège Français d'Échographie Fœtale (CFEF) à partir de 11 SA (courbes INTERGROWTH). Si l'âge gestationnel est proche de 14 SA, la réalisation d'une échographie est recommandée pour définir une datation précise. La datation de la grossesse correspondant à un terme estimé à 14 SA retrouve une LCC de 80 mm et un BIP de 27 mm.

Aussi la mesure étant fiable à ± 5 jours, l'IVG peut être réalisée lorsque les mesures de LCC et/ou de BIP sont respectivement inférieures à 90 mm et 30 mm.

L'échographie sus-pubienne est sensible pour diagnostiquer la présence ou non d'un sac gestationnel, mais pour la détection d'un embryon et la présence d'une activité cardiaque, on préférera l'échographie endovaginale.

Dans la majorité des cas, on commencera donc par une échographie sus-pubienne et l'échographie endovaginale ne sera réalisée seulement dans les situations de mauvaise visualisation notamment pour les termes autour de 7 SA (17).

3. Dépistage Chlamydia Trachomatis

D'après la Haute autorité de Santé (HAS) de septembre 2018, il est recommandé de dépister une infection uro-génitale basse à Chlamydia Trachomatis chez toute femme enceinte en demande d'IVG, sans limite d'âge.

Les tests de dépistage recommandés restent les Tests d'Amplifications des Acides Nucléiques (TAAN). L'échantillon vaginal (prélèvement vaginal par un clinicien ou auto-prélèvement) est préféré au prélèvement urinaire chez la femme (19).

4. Autres examens complémentaires

Toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières. Un arrêté du 15 mai 2018, préconise que : « la détermination du phénotypage érythrocytaire est effectuée sur la base d'une seule réalisation sur un seul échantillon sanguin. Par dérogation, dans le cadre d'un contexte transfusionnel avéré, une seconde détermination est faite par le laboratoire de biologie médicale du site présumé de délivrance » (20). D'autres examens peuvent être prescrits, si nécessaire, lors d'une éventuelle consultation pré-anesthésique (21).

D. Les différentes méthodes d'IVG dans l'offre de soins

Il existe deux méthodes pour réaliser une IVG :

- La méthode instrumentale
- La méthode médicamenteuse

La technique utilisée dépend du terme de la grossesse mais également de la volonté de la patiente (22):

- **Jusqu'à la 7^{ème} SA** : les deux techniques peuvent être réalisées.
En ce qui concerne la technique médicamenteuse, elle pourra se dérouler en ville, dans un centre de planification ou établissement de santé en fonction de la volonté de la patiente.
- **Aux 8^{ème} et 9^{ème} SA** : les deux techniques peuvent être encore réalisées mais la méthode médicamenteuse ne pourra se dérouler qu'en établissement de santé et un protocole médicamenteux spécifique sera utilisé.
- **Entre la 10^{ème} et 14^{ème} SA** : la méthode chirurgicale est la seule technique utilisable et se réalisera dans un établissement de santé.

Ce choix peut être pris avec l'aide du médecin, après avoir reçu une information claire lors de la première ou de la deuxième consultation.

Chez toute femme en demande d'IVG, deux consultations médicales préalables sont nécessaires. Le délai de 7 jours entre ces deux consultations a été supprimé pour les femmes majeures et a été réduit à 48h pour les mineures en 2016 (délai à respecter après l'entretien psychosocial) (12).

○ La première consultation :

Elle peut être réalisée par tout médecin ou sage-femme choisi par la patiente. Au cours de cette dernière, la patiente fait une demande d'IVG. Le praticien doit pouvoir lui donner une information claire sur les différentes méthodes d'IVG, sur les lieux de réalisation (cabinet de ville ou centre de planification ou centre de santé si IVG médicamenteuse ; centre hospitalier si chirurgicale), et sur les risques et principaux effets secondaires.

Pour toutes les patientes en demande d'IVG, un dépistage sera réalisé par un auto-prélèvement vaginal ou de l'endocol à la recherche de Chlamydia Trachomatis. Ce prélèvement sera demandé tant que possible lors de consultation pré-IVG (23).

Le praticien doit également lui proposer un entretien psycho-social, qui est facultatif pour les patientes majeures et, obligatoire pour les patientes mineures.

Au terme de cette consultation le praticien remet un dossier-guide à la patiente et lui donne une attestation de consultation médicale. Si le médecin consulté ne pratique pas d'IVG, il doit donner à la patiente le nom de praticiens réalisant l'IVG adaptée en fonction du terme (13).

○ La deuxième consultation :

Lors de cette consultation, la patiente doit confirmer sa demande d'IVG avec un consentement écrit et elle remet son attestation de première consultation médicale au praticien.

Il interroge la patiente sur ses antécédents, vérifie l'âge gestationnel, effectue un examen clinique et demande des examens complémentaires, si nécessaire.

La patiente choisit avec le praticien la méthode d'IVG. Le praticien explique à la patiente la procédure à suivre et lui remet une attestation de deuxième consultation médicale.

Cette consultation constitue également un moment privilégié pour décider de la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG (13).

1. IVG médicamenteuse

Elle peut être réalisée soit en établissement de santé, soit en cabinet de ville ou dans un centre de santé ou centre de planification.

Elle repose sur l'administration :

- D'une anti progestérone (la MIFEPRISTONE)
- Suivi de celle d'une prostaglandine (le MISOPROSTOL par voie orale ou GEMEPROST par voie vaginale).

La MIFEPRISTONE est un stéroïde de synthèse à action anti-progestative.

Chez la femme, à des doses supérieures à 1mg/kg, la MIFEPRISTONE interrompt la grossesse. Elle bloque l'action de la progestérone nécessaire au maintien de la grossesse, favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin.

Les MIFEPRISTONE utilisables sont la *MIFEGYNE*[®] et *MIFFEE*[®].

Les principales contre-indications de la MIFEPRISTONE sont :

- L'insuffisance surrénale chronique,
- L'allergie à un des constituants ou excipients,
- La porphyrie héréditaire,
- L'asthme sévère non contrôlé par le traitement.

Dans l'interruption médicamenteuse de grossesse évolutive, les contre-indications sont :

- Une grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie.
- Une grossesse de 63 jours d'aménorrhée et plus.
- Une suspicion de grossesse extra-utérine (GEU).
- Une contre-indication à l'analogue des prostaglandines utilisé (24).

En l'absence d'études spécifiques, l'utilisation de MIFEPRISTONE est généralement déconseillée chez les patientes souffrant : d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, de malnutrition, d'anémie, d'hypocoagulabilité, et chez les patientes ayant bénéficié d'une corticothérapie au long cours (25).

La prostaglandine, augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf. Les saignements peuvent parfois se produire très vite après la prise la prostaglandine. Dans 60% des cas l'expulsion de l'œuf se passe dans les 4 heures suivant la prise et, dans 40% des cas, cela survient dans les 24 à 72 heures (13).

Les prostaglandines utilisables sont (22):

- Le MISOPROSTOL par voie orale : *GYMISO*[®] ou *MISOONE*[®].
- Le GEMEPROST par voie vaginale : *CERVAGEME*[®], réservé à l'usage hospitalier.

Les principales contre-indications sont :

- Une hypersensibilité au MISOPROSTOL ou à l'un des excipients,
- Un antécédent d'allergie aux prostaglandines.

Dans l'interruption médicamenteuse de grossesse :

- Une grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie,
- Une suspicion de GEU,
- Une grossesse de 50 jours et plus dans l'indication de l'IVG.

Une évaluation du risque cardiovasculaire, doit être réalisée devant des cas rares, mais graves (infarctus du myocarde et/ou spasme des artères coronaires et hypotension sévère) qui ont été rapportés suite à une prise de doses élevées d'analogues de la prostaglandine, dont MISOPROSTOL.

Pour cette raison, les femmes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires ou atteintes d'une maladie cardiovasculaire avérée doivent être traitées avec prudence (26).

Avant le 1^{er} mars 2018, l'utilisation d'une autre prostaglandine contenant du MISOPROSTOL, le *CYTOTECH*[®] avait été constatée. Cette prescription était hors autorisation de mise sur le marché (AMM) car ce médicament était indiqué en gastro-entérologie comme traitement anti-ulcéreux. Mais depuis l'arrivée des inhibiteurs de la pompe à protons sur le marché français, le *CYTOTECH*[®] n'était que trop peu utilisé pour ces indications.

Devant la persistance de prescription hors AMM pour les IVG médicamenteuses et le peu de prescription pour des indications gastro-entérologiques, le laboratoire *Pfizer* en accord avec l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) a arrêté la commercialisation du *CYTOTECH*[®] (27).

a) IVG médicamenteuse hors établissement de santé :

Les IVG médicamenteuses ne peuvent être réalisées hors établissement de santé que jusqu'à la 7^{ème} SA.

On observe une différence de recommandation entre l'HAS ou le CNGOF.

La séquence de traitement préconisée par l'HAS est une prise de 600 mg de MIFEPRISTONE par voie orale, suivie de 36 à 48 h plus tard de 400 µg de MISOPROSTOL par voie orale (22).

Le CNGOF recommande une prise de 200 mg de MIFEPRISTONE par voie orale, suivie de 24 à 48 h après de 400 µg de MISOPROSTOL par voie orale renouvelable éventuellement 3 heures après (17).

L'IVG médicamenteuse se déroule globalement en 3 temps.

Dans un premier temps, la patiente prend la MIFEPRISTONE. Depuis 2016, compte tenu de son innocuité et vu le taux de satisfaction des femmes, la prise de MIFEPRISTONE à domicile doit être facilitée selon le CNGOF (17).

Le professionnel de santé :

- délivre à la patiente toutes les informations nécessaires sur les différents effets secondaires possibles,
- indique les coordonnées de l'établissement dans lequel elle peut se rendre en cas de complications,
- remet à la patiente une fiche de liaison contenant son dossier médical, que cette dernière devra remettre au médecin de l'établissement de santé si nécessaire,
- prescrit un traitement antalgique,
- assure la prévention de l'incompatibilité rhésus si la femme est rhésus négatif avec l'administration de gammaglobuline D,
- délivre le deuxième médicament (MISOPROSTOL) qui sera pris 36 à 48h plus tard par la patiente, à son domicile (ou 24 à 48h plus tard selon protocole choisi).

Dans un deuxième temps, la patiente prend le MISOPROSTOL, 36 à 48h après la prise de MIFEPRISTONE. La prescription a été réalisée par le médecin ou la sage-femme lors de la précédente consultation. Cette prise a lieu à domicile mais, si la femme le désire, elle peut se dérouler en présence du médecin ou de la sage-femme. La contraception est débutée le même jour (28).

Pour finir, le dernier temps correspond à la consultation de contrôle qui sera détaillée plus loin.

b) IVG médicamenteuse en établissement de santé :

Les IVG médicamenteuses en établissement de santé peuvent être réalisées jusqu'à la 9^{ème} SA. Elles se déroulent également en 3 temps.

Le même schéma thérapeutique que celui mis en place hors établissement de santé peut être utilisé mais d'autres schémas sont également observés. Le choix du protocole se fera en fonction du terme et des habitudes de l'établissement.

o Jusqu'à la 7^{ème} SA :

- 600 mg MIFEPRISTONE par voie orale puis 36 à 48h après, 400 µg MISOPROSTOL par voie orale (HAS) (22) ou 200 mg de MIFEPRISTONE par voie orale suivi de 24 à 48h après de 400 µg de MISOPROSTOL par voie orale renouvelable éventuellement 3 heures après (CNGOF). C'est le même schéma que celui utilisé hors établissement de santé.
- ou 600 mg MIFEPRISTONE par voie orale puis 36 à 48h après, 1 mg de *GEMEPROST* par voie vaginale.
- ou 200 mg MIFEPRISTONE par voie orale puis 36 à 48h après 1 mg de *GEMEPROST* par voie vaginale (22).

○ **La 8^{ème} et 9^{ème} SA :**

- 600 mg MIFEPRISTONE par voie orale puis 36 à 48h après, 1 mg de GEMEPROST par voie vaginale OU 200 mg MIFEPRISTONE par voie orale puis 36 à 48h après 1 mg de GEMEPROST par voie vaginale recommandé par l'HAS (22).
- 200 mg MIFEPRISTONE par voie orale puis 24 à 48 h 800 µg de MISOPROSTOL par voie vaginale éventuellement complétée d'une dose de 400 µg au bout de 3 à 4 heures, recommandé par le CNGOF (17).

Le premier temps peut correspond également à la prise de MIFEPRISTONE en présence du praticien. Compte tenu de son innocuité et vu le taux de satisfaction des femmes, la prise de MIFEPRISTONE à domicile doit être facilitée (accord professionnel) (17).

La patiente rentre alors chez elle après avoir convenu d'un rendez-vous 36 à 48 h plus tard. Si la douleur ou les saignements sont trop importants, la patiente pourra joindre le médecin dans cet intervalle.

Le second temps arrive 36 à 48 h plus tard avec la prise de prostaglandines (MISOPROSTOL ou GEMEPROST) en présence du praticien. La patiente reste quelques heures sous surveillance médicale puis peut rentrer chez elle, qu'il y ait eu ou non expulsion de l'œuf.

Cette surveillance médicale de quelques heures diffère de la méthode médicamenteuse hors établissement de santé, la prise de MISOPROSTOL se réalisant à domicile par la patiente sans nécessité de deuxième consultation sauf volonté de la patiente (17).

Le troisième temps reste inchangé et correspond à la consultation de contrôle.

2. IVG chirurgicale

L'IVG chirurgicale peut être réalisée jusqu'à la 14^{ème} SA et se déroule en établissement de santé.

La technique chirurgicale comprend deux temps principaux : une dilatation du col de l'utérus puis l'aspiration de l'œuf réalisée dans des conditions strictes d'asepsie.

La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse.

La préparation cervicale permet de diminuer les risques de complications rares, mais potentiellement graves comme une perforation utérine ou une déchirure cervicale.

La technique de préparation cervicale consiste en la prise de :

- 400 µg de MISOPROSTOL : soit par voie vaginale 3 heures avant l'aspiration, soit par voie sublinguale 1 à 3 heures avant le geste (13).
- 200 mg de MIFEPRISTONE per os 24 à 48 heures avant l'aspiration (22)
- l'adjonction de 200 mg de MIFEPRISTONE au MISOPROSTOL 24 à 48h avant le geste est bénéfique pour les grossesses comprises entre 12 et 14 SA (17).

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale, dure une quinzaine de minutes au bloc opératoire et nécessite une hospitalisation de quelques heures (13).

Il n'existe pas de différence significative en termes de risque entre anesthésie générale et anesthésie locale.

Le type d'anesthésie doit être laissé au choix de la patiente (29).

- L'anesthésie générale : est de courte durée, pratiquée en ambulatoire après une consultation anesthésique obligatoire. La patiente devra être surveillée en salle post-interventionnelle quelques heures (21).
- L'anesthésie locale : le bloc paracervical est la technique standard pour les femmes sous anesthésie locale. L'anesthésie locale intracervicale peut être également utilisée.

L'IVG peut se compliquer d'une infection de l'appareil génital supérieur. Une antibioprofylaxie pourrait prévenir cette complication. Elle serait donc efficace pour prévenir l'infection de l'appareil génital supérieur post-abortum. Les preuves d'une

hétérogénéité entre les essais suggèrent néanmoins, que l'effet pourrait ne pas s'appliquer à tous les contextes, à tous les groupes de population ou à toutes les interventions (30).

Le CNGOF recommande une antibioprofylaxie systématique. Elle doit être prescrite lors de la consultation pré-IVG et donnée par le centre le matin de l'intervention (31).

Pour toutes les patientes : METRONIDAZOLE 500 mg per os au moment de l'IVG puis 500 mg per os 4 à 8 heures après.

Pour les patientes de moins de 25 ans ou à risque d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) : DOXYCYCLINE 100 mg per os 1 heure avant le geste suivi de 200 mg juste après la procédure (32).

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) quant à elle, ne recommande pas d'antibioprofylaxie (33).

Le déroulement de l'IVG chirurgicale

- La dilatation du col de l'utérus est le premier temps chirurgical. Le col utérin est un manchon de tissu conjonctif tonique et peu extensible. Le diamètre de l'orifice interne à moins de 12 SA atteint au mieux 3 à 4 mm chez la nullipare, un peu plus chez la multipare. Le col se laisse dilater de mieux en mieux en se ramollissant avec la progression en âge de la grossesse surtout après 9 SA mais il n'en reste pas moins que cette étape est délicate. Les gestes doivent donc être rigoureux pour éviter les lésions du col.

La dilatation est favorisée par la préparation cervicale que nous avons vu précédemment. Elle est effectuée par des sondes en gomme ou métalliques au diamètre croissant (bougies d'Heggar).

- L'aspiration est le deuxième temps chirurgical. Elle s'effectue par mouvements de rotation de la canule jusqu'à obtention d'une sensation de rétraction. L'aspiration peut être manuelle ou électrique, la méthode par aspiration électrique devant être préférée après la 9^{ème} SA.

Le produit d'aspiration doit être examiné et si suspicion de môle, un examen histologique doit être demandé.

Une échographie pelvienne peut être réalisée pour vérifier la vacuité utérine et est obligatoire pour les 12-14 SA (34).

3. Consultation de suivi post-IVG

Une visite de contrôle est obligatoire selon l'HAS et doit être réalisée dans les 14 à 21 jours post-IVG (22).

Le CNGOF, quant à lui, recommande que cette dernière soit systématiquement proposée, sans pour autant être obligatoire (17).

Cette consultation de suivi a plusieurs objectifs : s'assurer de l'efficacité de la méthode, aborder le vécu de l'IVG, parler contraception et mettre à jour le suivi gynécologique de la patiente si besoin.

a) Consultation de contrôle pour IVG médicamenteuse :

Elle doit donc intervenir entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après la prise de MIFEPRISTIONE. Elle est nécessaire pour vérifier l'interruption de grossesse et s'assurer de l'absence de complication.

L'interruption de grossesse est contrôlée par un interrogatoire et un examen clinique minutieux, complétés par un dosage sanguin des β HCG et/ou une échographie pelvienne.

Si la grossesse se poursuit, il est impératif de recourir à une technique instrumentale.

Lors de cette consultation le médecin vérifie également que la patiente possède un moyen contraceptif adapté et propose à la patiente un entretien psycho-social si elle le souhaite (13).

(1) Le contrôle biologique :

Facile à réaliser mais reste d'interprétation difficile du fait de la persistance d'un taux résiduel d'hCG à distance de l'IVG.

○ *La décroissance du taux initial d'hCG plasmatique :*

Selon le CNGOF, le recours au dosage de l'hCG sérique 15 jours après l'IVG médicamenteuse peut être utilisé pour juger du succès de la méthode : une baisse supérieure à 80 % du dosage initial 15 jours après l'IVG médicamenteuse est en faveur d'une réussite de celle-ci.

La chute de moins de 80% du taux sérique d'hCG à 15 jours post-procédure, nécessite d'avoir recours à d'autres investigations (17).

Certaines équipes utilisent donc la technique de décroissance du taux initial mais cette dernière nécessite de connaître le dosage quantitatif de l'hCG au moment de la prise de comprimé.

○ *Les valeurs seuils de l'hCG plasmatique*

Certains centres IVG utilisent des valeurs seuils de l'hCG. Méthode simple et reproductible mais nécessite un délai pour les résultats. Les seuils proposés sont variables selon la date de contrôle : J7 < 2000 UI/l, J14 < 1000 UI/l et J21 < 500 UI/l. Si les seuils ne sont pas atteints, une échographie pelvienne est systématiquement pratiquée (16).

○ *L'autotest urinaire*

Peut également être utilisé pour juger le succès de l'IVG médicamenteuse. Celui-ci peut être réalisé à domicile combiné à un suivi téléphonique. Quand cette méthode de suivi est choisie, elle peut être réalisée à partir de 2 semaines après l'IVG (17). Les autotests urinaires ne sont, par contre, pas remboursés.

(2) Le contrôle échographique :

Il est opérateur-dépendant, matériel-dépendant et patiente-dépendant. Cela nécessite une formation optimale du praticien en matière d'interprétation d'images post-IVG.

En cas d'IVG médicamenteuse, la réalisation systématique d'une échographie post-IVG n'est pas recommandée par le CNGOF (17). Si une échographie est réalisée, son seul but est de déterminer si le sac gestationnel est présent ou non.

b) Consultation de contrôle pour IVG chirurgicale

Elle doit toujours intervenir entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après l'intervention instrumentale. Elle permet de s'assurer qu'il n'existe pas de complication (infection utérine en cours, rétention ovulaire...). Lors de cette consultation le médecin vérifie également que la femme dispose d'un moyen contraceptif adapté. Il propose également à la patiente un entretien psycho-social si elle le souhaite (13).

E. Coût des IVG

Depuis le 1^{er} avril 2016, l'ensemble des examens associés à l'IVG sont intégralement remboursés par l'assurance maladie.

1. IVG en médecine de ville (cabinet médical, centre de santé, ou CPEF)

Les tarifs de l'IVG médicamenteuse sont fixés par arrêté pour chaque étape.

Le médecin ou la sage-femme qui réalise l'ensemble d'une IVG facture chacune de ses étapes, pour une rémunération forfaitaire qui représente entre 187,92 euros et 193,16 euros.

Le forfait comprend :

- La consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG (remboursée à 100 % en ville, même si l'IVG est ensuite réalisée à l'hôpital) ;
- Les deux consultations de prise des médicaments, les médicaments et la consultation de contrôle (le médecin ou la sage-femme peut choisir de réaliser un contrôle par échographie) ;
- L'éventuelle injection d'anticorps anti-D pour les patientes dont le rhésus sanguin est Rh-négatif.

Ce découpage en trois phases permet une souplesse de facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel de santé (35).

Tableau 2: Tarification forfaitaire d'une IVG médicamenteuse en médecine de ville (35)

Code prestation	Libellé	Tarifs
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	25,00 €
FHV	Forfait consultations de ville	50,00 €
FMV	Forfait médicaments de ville	87,92 €
IC ou ICS	Consultation de contrôle : – sans échographie de contrôle ultérieure	25,00 €
ou IVE	– avec échographie de contrôle ultérieure	30,24 €

La prescription d'analyses biologiques pré- et post-IVG ou d'une échographie pré- ou post-IVG doit mentionner les codes prestation figurant dans le tableau 2, afin de permettre

aux biologistes et radiologues d'identifier la réalisation de ces prestations dans un parcours IVG et de les facturer via les forfaits pris en charge à 100 % par l'assurance maladie (35).

Tableau 3: Tarification des examens complémentaires d'une IVG en médecine de ville (35)

Code prestation	Examens concernés	Tarifs
FPB	Analyses biologiques pré-IVG	69,12 €
FUB	Contrôles biologiques post-IVG	17,28 €
IPE	Vérification échographique pré-IVG	35,65 €
IVE	Échographie de contrôle	30,24 €

2. IVG médicamenteuse en établissement de santé

Elle est remboursée à 100% par l'assurance maladie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé à 257,91 euros.

Le prix de l'IVG comprend :

- Les analyses sanguines pré-IVG
- L'échographie pré-IVG
- La consultation médicale de remise de consentement
- 2 consultations médicales de prise de médicaments, les médicaments et la consultation de contrôle
- L'éventuelle injection d'anticorps anti-D
- L'analyse de contrôle biologique d'après-IVG. Les examens biologiques et les échographies intervenants avant et après l'IVG peuvent être réalisés sur prescription médicale par des laboratoires en ville et être remboursés à 100% (36).

3. IVG chirurgicale

L'IVG instrumentale est remboursée par l'assurance maladie à 100% sur la base d'un tarif forfaitaire variable de 500,14 euros à 664,05 euros en fonction de l'établissement de santé (hôpital ou clinique), du type d'anesthésie (locale ou générale) et de la durée d'hospitalisation.

Il comprend :

- La consultation médicale de remise du consentement
- Les analyses préalables à l'IVG
- L'anesthésie locale ou générale et la consultation pré-anesthésique si besoin, l'acte d'IVG et la surveillance, l'accueil et l'hébergement
- La consultation médicale de contrôle (36).

F. Le cadre de la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

Seules les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées hors établissement de santé dans un délai maximum de cinq semaines de grossesse soit 7 SA.

Ces IVG peuvent être pratiquées par tout médecins ou sages-femmes justifiant d'une expérience professionnelle adaptée obtenue par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou gynéco-obstétrique, ou doivent justifier d'une pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuse dans un établissement de santé, attestée par le directeur de l'établissement (35).

1. La convention : entre cabinet de ville ou centre/ établissement de santé.

Un médecin ou sage-femme pratiquant des IVG en cabinet de ville, doit passer une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (c'est-à-dire disposant d'un service de gynéco-obstétrique ou chirurgie). En ce qui concerne les centres de planification ou centre de santé pratiquant les IVG médicamenteuses, la convention est passée par le centre avec un établissement de santé, les médecins ou les sages-femmes du centre n'étant pas signataires de cette convention.

Dès réception de cette convention, le médecin ou la sage-femme ou le centre de santé ou le CPEF, transmet une copie de cette convention signée au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie et mais aussi au conseil départemental de l'ordre des médecins pour les médecins ou au conseil de l'ordre des sages-femmes pour la sage-femme (35).

En annexe 1, exemple de convention réalisée avec le CHU de Bordeaux

2. La fiche de liaison entre médecin ou sage-femme/ établissement de santé

La fiche de liaison constitue un support indispensable pour le recueil des informations essentielles du dossier médical. Cette fiche est définie conjointement par les signataires de la convention. La transmission des fiches doit suivre les règles préconisées par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), s'agissant de transmission de données médicales nominatives. Un exemplaire est remis à la patiente et une copie est transmise à l'établissement de santé après la prise des médicaments (35).

En annexe 2, exemple de fiche de liaison (35).

3. Engagement de l'établissement de santé

L'établissement de santé signataire de la convention s'engage à accueillir la femme à tout moment et s'engage à assurer la prise en charge liée aux complications ou échecs éventuels.

Ce dernier assure aussi un rôle de formation des médecins ou sages-femmes concernés par le dispositif (35).

4. Approvisionnement des médicaments

Les médicaments sont vendus en pharmacie d'officine. Afin de garantir la sécurité d'utilisation des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG, ces médicaments sont vendus exclusivement aux médecins ou aux sages-femmes ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent donc être vendus, ni à des médecins ou sages-femmes n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers.

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

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

Les entreprises et établissements pharmaceutiques sont autorisés à fournir les médicaments nécessaires à la pratique des IVG aux centres de planification et aux centres de santé (35).

III. MATERIELS ET METHODE

A. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'orientation des patientes en demande d'IVG, par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires sont :

- De montrer s'il existe un manque d'information auprès des médecins généralistes sur les praticiens du réseau ville-hôpital réalisant les IVG médicamenteuses en ville.
- D'essayer de mettre en place un annuaire professionnel permettant une amélioration de l'orientation de ces patientes et ainsi d'améliorer le réseau ville-hôpital.

B. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive des pratiques des médecins généralistes en ce qui concerne l'orientation des patientes en demande d'IVG en soins primaires.

C. Population étudiée

A Bordeaux, nous avons observé un nombre encore trop important de patientes adressées dans les centres IVG avec un terme inférieur à 7SA et ayant pour souhait de réaliser une IVG médicamenteuse en ville. Ces dernières sont alors ré-adressées par les établissements de santé aux praticiens du réseau ville-hôpital.

Devant ce constat, nous avons choisi d'analyser l'orientation des patientes en demande d'IVG en soins primaires, par les médecins généralistes. Nous avons réalisé cette étude auprès des médecins généralistes installés, dans une zone limitée à Bordeaux Métropole afin d'avoir un échantillon large.

En parallèle, nous avons interrogé les praticiens du réseau ville-hôpital, sur leur volonté de faire partie d'un annuaire professionnel, afin d'améliorer la qualité d'information des

médecins généralistes pour que les patientes puissent être adressées directement aux praticiens du réseau.

1. Population incluse

Nous avons envoyé un questionnaire à 876 médecins généralistes installés, ayant une activité libérale, dans une zone géographique précise qui est Bordeaux Métropole.

2. Population exclue

Nous avons exclu de l'étude les médecins non installés et les internes de médecine générale.

D. Recueil de données

Nous avons diffusé le questionnaire à l'ensemble de la population incluse. L'enquête préservait l'anonymat des praticiens. Elle a débuté le 08/10/2018 et s'est terminée le 02/07/2019.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins a, après validation du questionnaire par le président du conseil, accepté de diffuser lui-même le questionnaire auprès des 876 médecins généralistes installés, ayant une activité libérale dans la zone géographique Bordeaux métropole.

Le questionnaire a donc été diffusé par mail. Il contenait initialement un texte explicatif de l'étude et le lien vers le questionnaire hébergé par *Google Forms*.

Deux relances de ce questionnaire ont été réalisées en février 2019 puis fin avril 2019 par le conseil de l'ordre auprès des mêmes médecins devant un nombre insuffisant de réponses.

En parallèle, nous avons diffusé auprès des praticiens du réseau ville-hôpital un questionnaire également hébergé par *Google forms*.

1. Questionnaires auprès des médecins généralistes

Le questionnaire a donc été transmis par mail auprès des 876 médecins généralistes installés dans la zone bordeaux métropole et ayant une activité libérale.

Tous les questionnaires remplis via *Google form* et renvoyés, ont été analysés de manière anonyme.

Le questionnaire était composé de 20 questions portant sur la pratique de chaque médecin. Les questions ont permis de recueillir des informations sur la pratique des médecins généralistes, sur l'orientation des patientes en demande d'IVG et sur les difficultés rencontrées au cours de cette consultation.

En annexe 3, questionnaire transmis aux médecins généralistes.

2. Questionnaires auprès des praticiens du réseau ville-hôpital

Un questionnaire a été transmis par mail auprès des 53 praticiens du réseau ville-hôpital.

Le questionnaire transmis était composé de 6 questions portant sur la volonté de chaque praticien à faire partie d'un annuaire professionnel tout d'abord puis d'un annuaire public avec visualisation à travers différents sites internet.

Nous avons reçu 47 réponses de la part des praticiens du réseau.

En annexe 4, questionnaire transmis aux praticiens du réseau ville-hôpital.

3. Analyse statistique

Les résultats ont été calculés à l'aide du test du Chi 2, lorsque les conditions d'application étaient respectées, ou par le test de Fisher.

4. Sources bibliographiques

La recherche bibliographique a été réalisée sur *Pubmed* à l'aide des mots clés « abortion », « epidemiology ».

Les recommandations de sociétés savantes comme le CNGOF, l'HAS et de la SFAR ont été consultées.

Une recherche sur SUDOC a permis d'identifier une thèse de 2015 évaluant les pratiques des IVG médicamenteuses en médecine de ville sur la côte basque mais ne s'intéressait pas à l'orientation des patientes par les médecins.

IV. RESULTATS

A. Taux de réponse aux questionnaires

1. Questionnaire dédié aux médecins généralistes

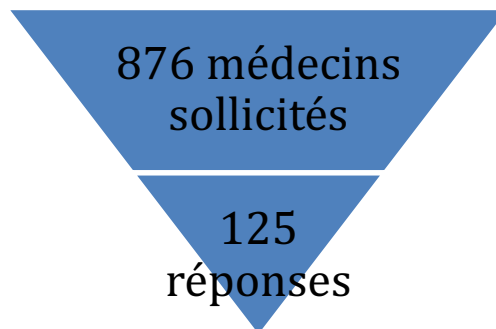


Figure 3 Réponses des médecins généralistes au questionnaire

Sur les 876 médecins généralistes qui ont reçu le questionnaire par mail par le conseil de l'ordre, 125 ont répondu soit un taux de 14,3% de réponse.

2. Questionnaire dédié aux praticiens conventionnés

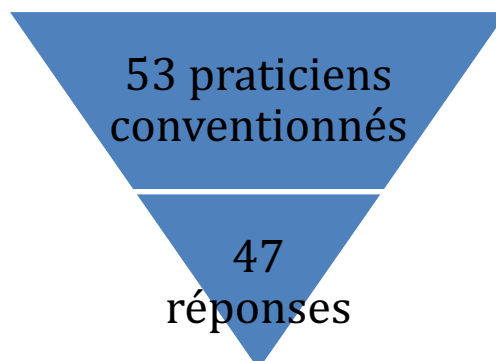


Figure 4 Réponses des praticiens conventionnés au questionnaire

Sur les 53 praticiens conventionnés par le CHU de Bordeaux ayant reçu le questionnaire par mail, 47 ont répondu soit un taux de 88,7% de réponse.

B. Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes

Dans ce travail d'analyse des résultats, nous avons étudié l'échantillon total en premier lieu puis nous avons séparé les médecins en deux groupes : médecins avec orientation gynécologique et médecins sans orientation gynécologique.

1. Échantillon total

a) Orientation particulière

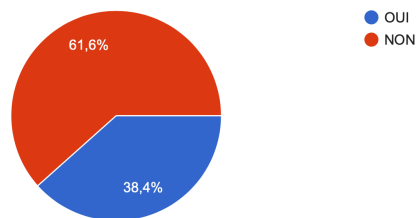


Figure 5 Répartition des médecins généralistes en fonction de leur orientation

Sur les 125 médecins interrogés, 61,6% (61/125) n'ont pas d'orientation gynécologique et 38,4% (48/125) ont une orientation gynécologique.

Sur cet échantillon, 100% des médecins reçoivent des patientes en demande d'IVG.

b) Prescription d'examens complémentaires

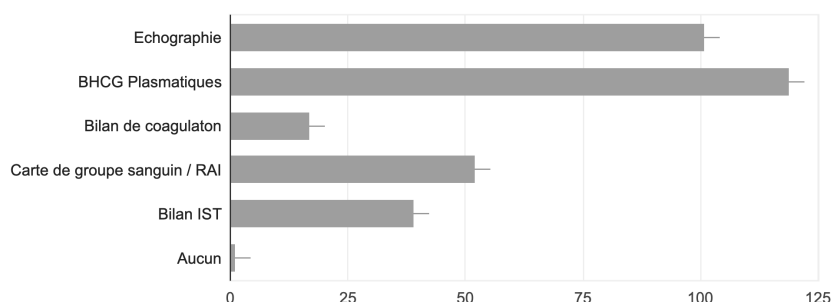


Figure 6 Prescription des examens complémentaires de l'échantillon total

Sur les 125 médecins ayant répondu, 80,8% (101/125) prescrivent une échographie, 95,2% (119/125) prescrivent des β HCG plasmatiques, 13,6% (17/125) prescrivent un bilan de coagulation, 42,4% (53/125) prescrivent une carte de groupe/RAI, 31,2% (39/125) prescrivent un bilan d'IST, 0,8% (1/125) seul ne prescrit aucun examen.

c) Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie de datation

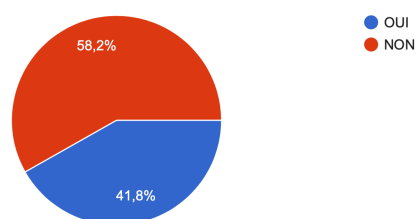


Figure 7 Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie de datation de l'échantillon total

Sur l'échantillon de 125 médecins interrogés, 41,8% (51/122) médecins accèdent rapidement à l'échographie de datation, 58,2% (71/122) présentent des difficultés d'accessibilité et 3 personnes n'ont pas répondu.

d) Proposition de consultation avec une conseillère conjugale et accessibilité d'entretien.

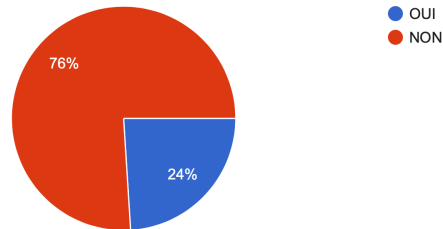


Figure 8 Proposition d'entretien avec une conseillère conjugale

Sur les 125 médecins ayant répondu aux questionnaires, 76% (95/125) ne proposent pas d'entretien avec une conseillère conjugale et 24 % (30/125) proposent cette consultation.

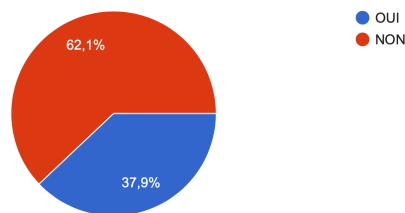


Figure 9 Accès rapide à un entretien avec une conseillère conjugale.

Sur les 30 médecins proposant une consultation avec une conseillère conjugale, 62,1% (18/29) trouvent que l'accès à la conseillère conjugale est mauvais, contre 37,9% (11/29) qui trouvent que l'accès est bon. Un praticien proposant l'entretien avec une conseillère conjugale n'a pas répondu à la question.

e) Listes des professionnels conventionnés pouvant réaliser une IVG

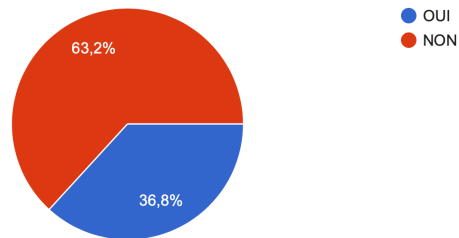


Figure 10 Possession de la liste des professionnels conventionnés pratiquant les IVG

Sur l'échantillon interrogé, 63,2% (79/125) ne possèdent pas de liste avec les différents praticiens conventionnés et 36,8% (46/125) en possèdent une.

f) Interlocuteurs privilégiés et source de recherche si absence d'interlocuteur

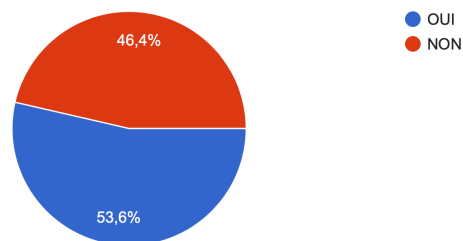


Figure 11 Connaissance d'un interlocuteur privilégié

Sur les 125 médecins ayant répondu au questionnaire, 53,6% (67/125) des médecins possèdent un interlocuteur privilégié et 46,4% (58/125) n'en possèdent pas.

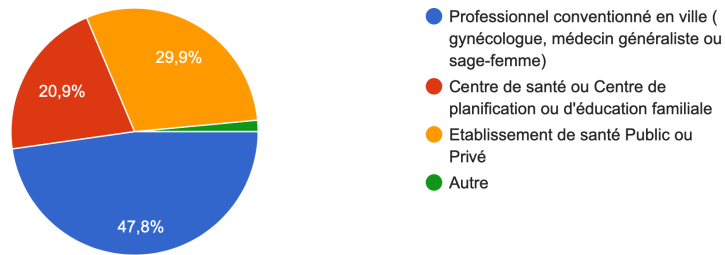


Figure 12 Identification des différents interlocuteurs

Pour les 67 médecins ayant un interlocuteur privilégié, 47,8% (32/67) dirigent les patientes vers des professionnels conventionnés en ville (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme), 29,9% (20/67) les adressent vers un établissement de santé public ou privé, 20,9% (14/67) vers un centre de santé ou un CPEF et 1,5% (1/67) vers une autre structure sans préciser laquelle.

Sur les 58 médecins n'ayant pas d'interlocuteur privilégié, 21,4% (27/58) des médecins recherchent un interlocuteur sur le site du planning familial, 16,6% (21/58) sur la page internet du service d'orthogénie du CHU, 5,5% (7/58) sur les pages jaunes, 3,2% (4/58) sur le site *IVGlesadresses.org*, 1,6% (2/58) sur le site internet du réseau périnatal, 1,6% (2/58) sur le site *tonplanatoi.fr*, 0,8% (1/58) sur le site de l'ARS, 14,3% (18/58) sur un autre site de recherche et aucun sur le site du conseil de l'ordre.

g) *Orientation patiente si grossesse < 7 SA*

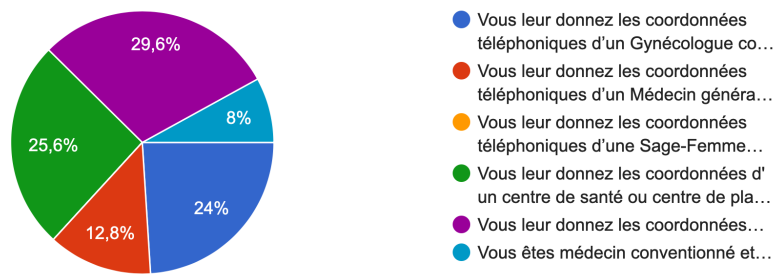


Figure 13 Orientation des patientes si grossesse < 7 SA

Sur les 125 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 29,6% (37/125) donnent aux patientes enceintes de moins de 7 SA les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 25,6% (32/125) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou d'un CPEF, 24% (30/125) donnent les coordonnées téléphoniques d'un gynécologue conventionné, 12,8% (16/125) donnent les coordonnées téléphoniques d'un médecin généraliste conventionné, 8% (10/125) sont conventionnés donc réalisent les IVG eux-mêmes et aucun n'adresse vers une sage-femme conventionnée.

Sur les 37 médecins adressant les patientes de moins de 7 SA dans un établissement de santé public ou privé, 35 ont répondu sur les moyens utilisés pour les adresser. Les patientes sont adressées avec un courrier dans un service d'orthogénie par 10,3% (13/35) des médecins, 5,5% (7/35) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 2,4% (3/35) adressent leurs patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 10,3% (13/35) donnent le numéro de téléphone de l'établissement de santé, 16,6% (21/35) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie.

h) Orientation patiente si grossesse entre 7 et 9 SA

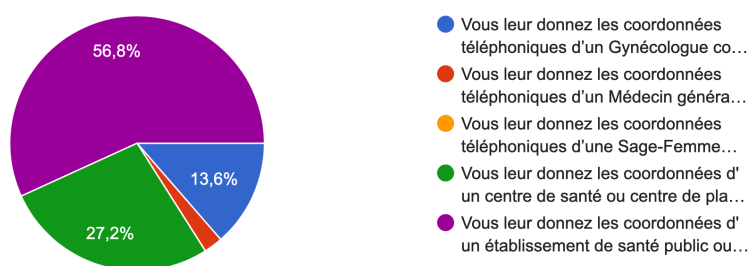


Figure 14 Orientation des patientes si grossesse entre 7 SA et 9 SA

Sur les 125 médecins, 56,8% (71/125) donnent aux patientes enceintes entre 7 et 9 SA les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 27,2% (34/125) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou d'un CPEF, 13,6% (17/125) donnent les coordonnées téléphoniques d'un gynécologue conventionné, 2,4% (3/125) donnent les coordonnées téléphoniques d'un médecin généraliste conventionné et aucun n'adresse vers une sage-femme conventionnée.

Sur les 71 médecins adressant les patientes entre 7 et 9 SA dans un établissement de santé public ou privé, 70 ont répondu sur les moyens utilisés pour les adresser. 31,7% (40/70) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 5,5% (7/70) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 3,9% (5/70) adressent leurs patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 36,5% (46/70) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie, 15,1% (19/70) donnent le numéro de téléphone de l'établissement de santé.

i) *Orientation patiente si grossesse > 9 SA*

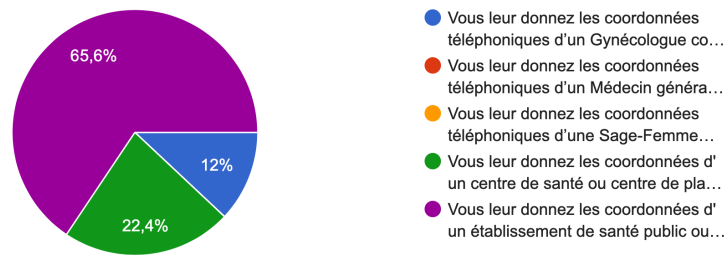


Figure 15 Orientation des patientes si grossesse > 9 SA

Sur les 125 médecins, 65,6% (82/125) transmettent aux patientes enceintes de plus de 9 SA les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 22,4% (28/125) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou d'un CPEF, 12% (15/125) donnent les coordonnées téléphoniques d'un gynécologue conventionné. Aucun n'adresse vers un médecin généraliste ou une sage-femme conventionnés.

Sur les 82 médecins adressant les patientes de plus de 9 SA dans un établissement de santé public ou privé, 81 ont répondu sur les moyens utilisés pour les adresser. 34,9% (44/81) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 8,7% (11/81) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 3,9% (5/81) adressent leurs patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 37,3% (47/81) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie, 18,3% (23/81) donnent le numéro de téléphone de l'établissement de santé.

j) Difficultés d'orientation

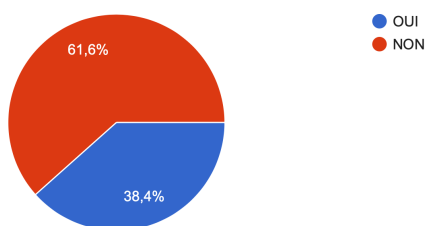


Figure 16 Difficulté rencontrée dans l'orientation des patientes

Sur les 125 médecins interrogés, 38,4% (48/125) ont présenté au moins une fois des difficultés pour orienter leurs patientes, et 61,6% (77/125) n'ont jamais présenté de problème d'orientation.

k) Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés

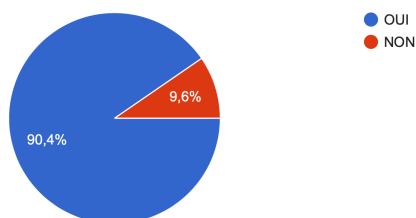


Figure 17 Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés

Sur les 125 médecins, 90,4% (113/125) des médecins généralistes souhaitent être mieux informés des professionnels conventionnés, 9,6% (12/125) ne le souhaitent pas.

2. Médecins à orientation gynécologique

Sur les 125 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 38,4% (48/125) ont une pratique à orientation gynécologique.

a) Pratique d'une IVG et convention

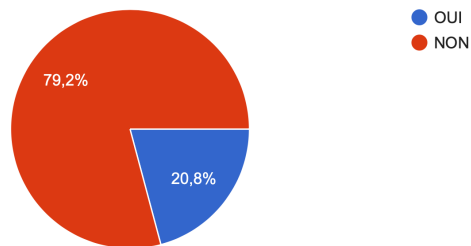


Figure 18 Pratique de l'IVG médicamenteuse des médecins à orientation gynécologique

Parmi les 48 médecins à orientation gynécologique, 79,2% (38/48) ne pratiquent pas d'IVG et 20,8% (10/48) pratiquent les IVG médicamenteuses et sont tous conventionnés.

b) Prescription d'examens complémentaires

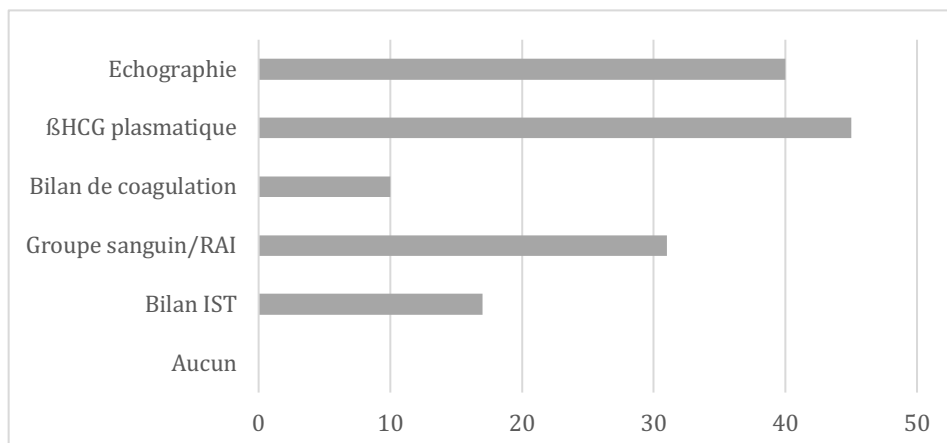


Figure 19: Prescription des examens complémentaires des médecins à orientation gynécologique

Parmi les médecins à orientation gynécologique :

- 93,7% (45/48) prescrivent des βHCG et seulement 6,3% (3/48) n'en prescrivent pas.
- 20,8% (10/48) prescrivent un bilan de coagulation et 79,1% (38/48) n'en prescrivent pas.
- 83,3% (40/48) prescrivent une échographie, 16,7% (8/48) n'en prescrivent aucune.

- 64,6% (31/48) prescrivent une carte de groupe sanguin et des RAI, 35,5% (17/48) n'en prescrivent pas.
- 35,4 % (17/48) prescrivent un bilan d'IST, 64,6% (31/48) n'en prescrivent pas.

c) Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie de datation

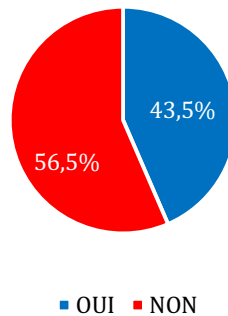


Figure 20: Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie des médecins à orientation gynécologique

Parmi les médecins à orientation gynécologique, 56,5% (26/46) présentent des difficultés pour obtenir rapidement une échographie de datation contre 43,5% (20/46) qui obtiennent rapidement un rendez-vous, 2 n'ont pas répondu à cette question.

d) Proposition de consultation avec une conseillère conjugale et accessibilité d'entretien

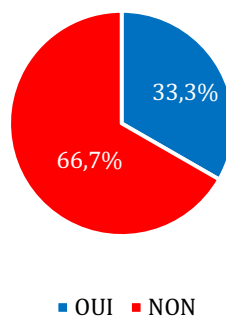


Figure 21 : Proposition d'entretien avec une conseillère conjugale

Parmi les médecins à orientation gynécologique, 33,3% (16/48) proposent aux patientes de rencontrer une conseillère conjugale, 66,7% (36/48) n'en proposent pas.

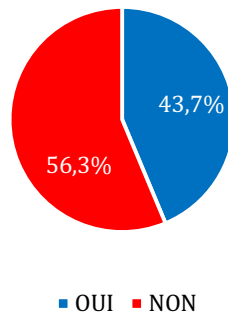


Figure 22: Accès rapide à un entretien avec une conseillère conjugale.

Pour l'accessibilité à l'entretien avec la conseillère conjugale, 43,7% (7/16) des médecins proposant un entretien trouvent que l'accessibilité est bonne, 56,3% (9/16) présentent des difficultés pour obtenir un entretien.

e) Liste des professionnels conventionnés

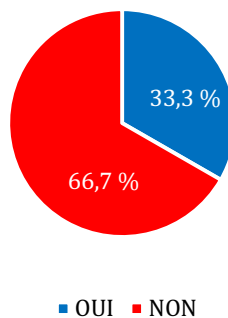


Figure 23: Possession de la liste des professionnels conventionnés pratiquant les IVG

Pour la liste des professionnels conventionnés, 33,3% (16/48) des médecins à orientation gynécologique en connaissent, 66,7% (32/48) ne connaissent aucune liste.

f) *Interlocuteur privilégié*

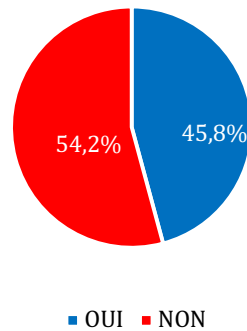
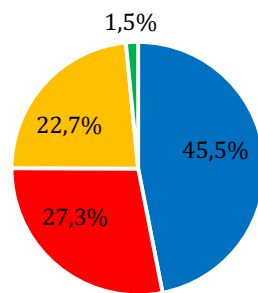


Figure 24: Connaissance d'un interlocuteur privilégié

Pour les interlocuteurs privilégiés, 45,8% (22/48) des médecins à orientation gynécologique en ont un contre 54,2% (26/48) qui n'en ont pas.



- Professionnels conventionnés en ville (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme)
- Centre de santé ou CPEF
- Etablissement de santé public ou privé
- Autre

Figure 25: Identification des différents interlocuteurs

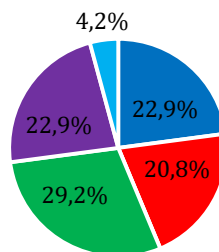
Sur les 22 ayant un interlocuteur privilégié :

- 45,5% (10/22) ont comme interlocuteur privilégié un professionnel conventionné en ville (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme)
- 27,3% (6/22) ont comme interlocuteur privilégié un centre de santé ou CPEF
- 22,7% (5/22) ont comme interlocuteur privilégié un établissement de santé public ou privé
- 1,5% (1/22) a un autre interlocuteur privilégié sans précision sur la nature de l'interlocuteur

Les différents moyens de recherche des médecins à orientation gynécologique afin d'adresser les patientes sont :

- 27,1% (13/48) peuvent rechercher des informations sur le site internet du planning familial d'Aquitaine afin d'adresser les patientes
- 22,9% (11/48) peuvent parfois chercher sur la page internet du service d'orthogénie du CHU pour adresser leurs patientes
- 16,7% (8/48) recherchent sur un autre site, sans précision de la nature du site internet.
- 8,3% (4/48) peuvent parfois chercher sur la page internet des pages jaunes pour adresser leurs patientes
- 2,1% (1/48) peut être amené à rechercher des informations sur le site internet du réseau périnatalité régional
- 2,1% (1/48) recherche parfois sur le site *tonplanatoi.fr*
- Aucun médecin ne recherche sur le site *IVGlesadresses.org*
- Aucune personne ne recherche sur le site de l'ARS

g) Orientation patiente si grossesse < 7 SA



- Vous leur donnez les coordonnées d'un gynécologue conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'une sage-femme conventionnée
- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé
- Vous êtes conventionné et réalisez vous-même les IVG

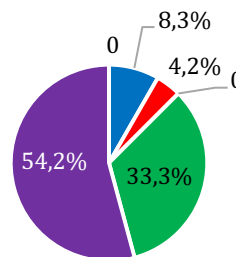
Figure 26: Orientation des patientes si grossesse < 7 SA

Pour un terme inférieur à 7 SA, sur les 48 médecins généralistes à orientation gynécologique, 29,2% (14/48) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF à leurs patientes, 22,9% (11/48) donnent les coordonnées d'un gynécologue conventionné, 22,9% (11/48) donnent les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 20,8% (10/48)

donnent les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné et 4,2% (2/48) réalisent eux-mêmes les IVG médicamenteuse car conventionnés. Aucun médecin dirige ces patientes vers une sage-femme libérale.

Sur les médecins adressant les patientes de moins de 7 SA dans un établissement de santé public ou privé, 6,3% (3/11) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 6,3% (3/11) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 6,3% (3/11) adressent leurs patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 14,6% (7/11) donnent le numéro de téléphone de l'établissement de santé, 10,4% (5/11) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie.

h) Orientation patiente si grossesse entre 7 et 9 SA



- Vous leur donnez les coordonnées d'un gynécologue conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'une sage-femme conventionnée
- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé
- Vous êtes conventionné et vous réalisez vous-même les IVG

Figure 27: Orientation des patientes si grossesse entre 7 SA et 9 SA

Pour un terme entre 7 et 9 SA, sur les 48 médecins à orientation gynécologique, 54,2% (26/48) donnent les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 33,3% (16/48) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF à leurs patientes, 8,3% (4/48) donnent les coordonnées d'un gynécologue conventionné, 4,2% (2/48) donnent les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné. Aucun médecin n'adresse ces patientes vers une sage-femme libérale.

Sur les médecins adressant les patientes de 7 à 9 SA dans un établissement de santé public ou privé, 31,6% (15/26) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 8,3% (4/26) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 6,3% (3/26) adressent leurs patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 16,8% (8/26) donnent le numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé, 33,3 % (16/26) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie

i) Orientation patiente si grossesse > 9 SA

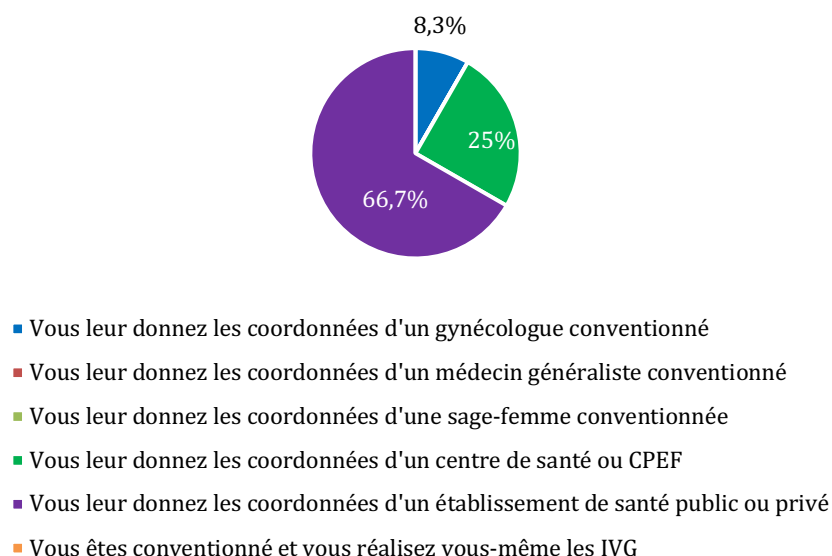


Figure 28: Orientation des patientes si grossesse > 9 SA

Pour un terme supérieur à 9 SA, sur les 48 médecins à orientation gynécologique, 66,7% (32/48) donnent les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 25% (12/48) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF à leurs patientes, 8,3% (4/48) donnent les coordonnées d'un gynécologue conventionné. Aucun médecin n'adresse ces patientes vers un médecin généraliste ou une sage-femme libérale conventionné.

Sur les médecins adressant les patientes ayant un terme supérieur à 9 SA dans un établissement de santé public ou privé, 37,5% (18/32) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 10,4% (5/32) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 2,1% (1/32) adresse ces patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 22,9% (11/32) donnent le numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé, 35,4% (17/32) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie.

j) Difficultés d'orientation

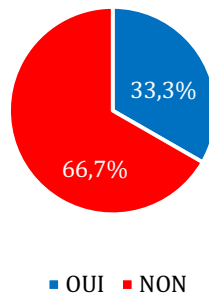


Figure 29: Difficulté rencontrée dans l'orientation des patientes

Sur les 48 médecins généralistes à orientation gynécologique, 33,3% (16/48) ont déjà présenté des difficultés pour savoir vers qui diriger leurs patientes, 66,7% (32/48) n'ont jamais présenté de problème.

k) Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés

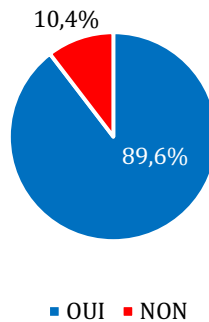


Figure 30: Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés

Sur les médecins à orientation gynécologique, 89,6% (43/48) souhaiteraient être mieux informés des professionnels conventionnés environnants contre 10,4% (5/48) qui ne le souhaitent pas.

3. Sans orientation gynécologique

Sur les 125 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 61,6% (77/125) n'ont pas de pratique à orientation gynécologique (voir figure 5).

a) Prescription d'examens complémentaires

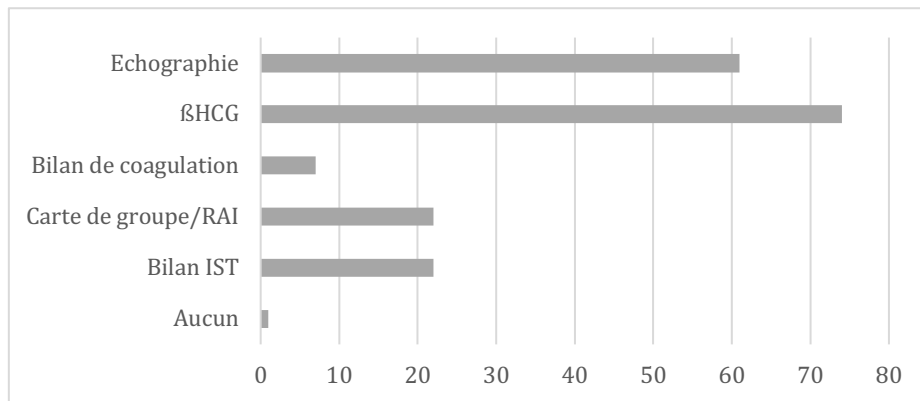


Figure 31: Prescription des examens complémentaires des médecins sans orientation gynécologique

Parmi les médecins sans orientation gynécologique :

- 96,1% (74/77) prescrivent des βHCG et seulement 3,9% (3/77) n'en prescrivent pas.
- 9,1% (7/77) prescrivent un bilan de coagulation et 90,1% (70/77) n'en prescrivent pas.
- 79,2% (61/77) prescrivent une échographie, 20,9% (16/77) n'en prescrivent aucune.
- 28,8% (22/77) prescrivent une carte de groupe sanguin et des RAI, 71,4% (55/77) n'en prescrivent pas.
- 28,6% (22/77) prescrivent un bilan d'IST, 71,4% (55/77) n'en prescrivent pas,
- 0,8% (1/77) ne prescrit aucun examen complémentaire.

b) Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie de datation

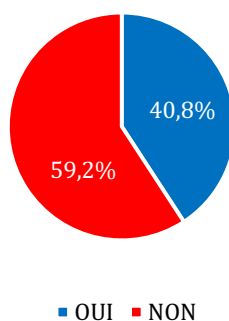


Figure 32: Accessibilité rapide (< 2 jours) à l'échographie des médecins sans orientation gynécologique

Parmi les médecins sans orientation gynécologique, 59,2% (45/76) présentent des difficultés pour obtenir rapidement une échographie de datation contre 40,8% (31/76) qui obtiennent rapidement un rendez-vous, 1 médecin n'a pas répondu à cette question.

c) Proposition de consultation avec une conseillère conjugale et accessibilité d'entretien

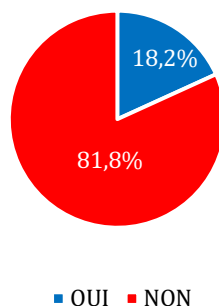


Figure 33: Proposition d'entretien avec une conseillère conjugale

Parmi les médecins sans orientation gynécologique, 18,2% (14/77) proposent aux patientes de rencontrer une conseillère conjugale, 81,8% (63/77) n'en proposent pas.

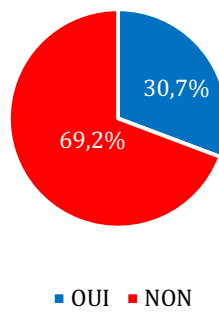


Figure 34: Accès rapide à un entretien avec une conseillère conjugale

Pour l'accessibilité à l'entretien avec la conseillère, 30,7% (4/13) trouvent qu'elle est bonne contre 69,2% (9/13) qui présentent des difficultés pour obtenir un entretien, 1 médecin n'a pas répondu.

d) *Liste des professionnels conventionnés*

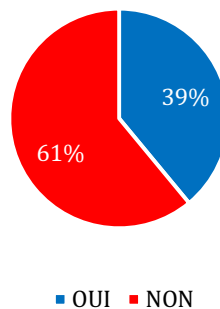


Figure 35: Possession de la liste des professionnels conventionnés pratiquant les IVG

Pour la liste des professionnels de santé conventionnés, 39 % (30/77) des médecins sans orientation gynécologique l'ont contre 61% (47/77) qui ne connaissent aucune liste.

e) *Interlocuteur privilégié*

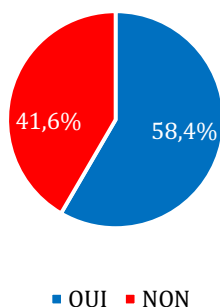
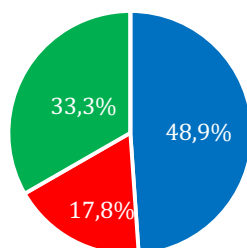


Figure 36: Connaissance d'un interlocuteur privilégié

Pour les interlocuteurs privilégiés, 58,4% (45/77) des médecins sans orientation gynécologique déclarent en avoir contre 41,6% (32/77) qui n'en ont pas.



- Professionnels conventionnés en ville (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme)
- Centre de santé ou CPEF
- Etablissement de santé public ou privé
- Autre

Figure 37: Identification des différents interlocuteurs

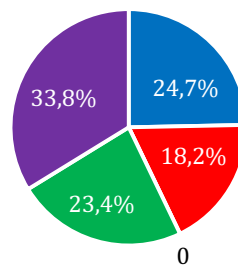
Sur les 45 ayant un interlocuteur privilégié :

- 48,9% (22/45) ont comme interlocuteur privilégié un professionnel conventionné en ville (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme)
- 33,3% (15/45) ont comme interlocuteur privilégié un établissement de santé public ou privé
- 17,8% (8/45) ont comme interlocuteur privilégié un centre de santé ou CPEF.

Les différents moyens de recherche des médecins sans orientation gynécologique afin d'adresser les patientes sont :

- 18% (14/77) peuvent rechercher des informations sur le site internet du planning familial d'Aquitaine afin d'adresser les patientes
- 12,8% (10/77) peuvent parfois chercher sur la page internet du service d'orthogénie du CHU pour adresser leurs patientes
- 12,8% (10/77) recherchent sur un autre site, sans précision de la nature du site internet
- 5,1% (4/77) recherchent des informations via le site *IVGlesadresses.org*
- 3,9% (3/77) peuvent parfois chercher sur la page internet des pages jaunes pour adresser leurs patientes
- 1,3% (1/77) peut être amené à rechercher des informations sur le site internet du réseau périnatalité régional
- 1,3% (1/77) recherche parfois sur le site *tonplanatoi.fr*
- 1,3% (1/77) recherche sur le site de l'ARS.

f) *Orientation patiente si grossesse < 7 SA*



- Vous leur donnez les coordonnées d'un gynécologue conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'une sage-femme conventionnée
- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé

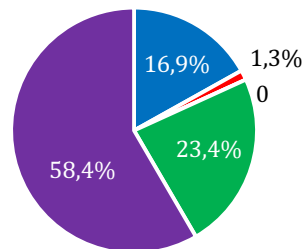
Figure 38: Orientation des patientes si grossesse < 7 SA

Pour un terme inférieur à 7 SA, sur les 77 médecins généralistes sans orientation gynécologique, 23,4% (18/77) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF à leurs patientes, 24,7% (19/77) donnent les coordonnées d'un gynécologue conventionné, 33,8% (26/77) donnent les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 18,2% (14/77) donnent les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné. Aucun ne réalise lui-même

les IVG médicamenteuses car non conventionné et aucun médecin ne dirige ses patientes vers une sage-femme libérale.

Sur les médecins adressant les patientes de moins de 7 SA dans un établissement de santé public ou privé, 12,8% (10/26) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 5,1% (4/26) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, aucun adresse ces patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 7,7% (6/26) donnent le numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé, 20,5% (16/26) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie.

g) Orientation patiente si grossesse entre 7 et 9 SA



- Vous leur donnez les coordonnées d'un gynécologue conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'une sage-femme conventionnée
- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé

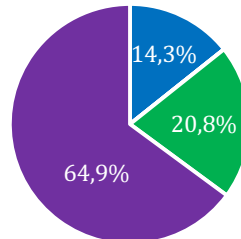
Figure 39: Orientation des patientes si grossesse entre 7 SA et 9 SA

Pour un terme entre 7 et 9 SA, sur les 77 médecins sans orientation gynécologique, 58,4% (45/77) donnent les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 23,4% (18/77) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF à leurs patientes, 16,9% (13/77) donnent les coordonnées d'un gynécologue conventionné, 1,3% (1/77) donne les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné. Aucun médecin n'adresse ces patientes vers une sage-femme libérale.

Sur les médecins adressant les patientes de 7 à 9 SA dans un établissement de santé public ou privé, 32% (25/45) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 3,9% (3/45) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 2,6% (2/45) adressent leurs patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 14,1% (11/45) donnent le

numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé, 38,5 % (30/45) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie.

h) Orientation patiente si grossesse > 9 SA



- Vous leur donnez les coordonnées d'un gynécologue conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'un médecin généraliste conventionné
- Vous leur donnez les coordonnées d'une sage-femme conventionnée
- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé

Figure 40: Orientation des patientes si grossesse > 9 SA

Pour un terme supérieur à 9 SA, sur les 77 médecins sans orientation gynécologique, 64,9% (50/77) donnent les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé, 20,8% (16/77) donnent les coordonnées d'un centre de santé ou CPEF à leurs patientes, 14,3% (11/77) donnent les coordonnées d'un gynécologue conventionné. Aucun médecin n'adresse ces patientes vers un médecin généraliste ou une sage-femme libérale conventionné.

Sur les médecins adressant les patientes ayant un terme supérieur à 9 SA dans un établissement de santé public ou privé, 33,3% (26/50) les adressent avec un courrier dans un service d'orthogénie, 7,7% (6/50) les adressent avec un courrier aux urgences gynécologiques, 5,1% (5/50) adressent leurs patientes avec un courrier à l'accueil de la maternité, 15,4% (12/50) donnent le numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé, 38,5 % (30/50) donnent le numéro de la ligne dédiée du service d'orthogénie

i) Difficultés d'orientation

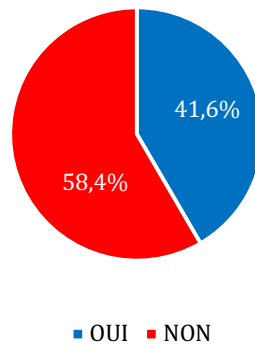


Figure 41: Difficulté rencontrée dans l'orientation des patientes

Sur les 77 médecins généralistes sans orientation gynécologique, 41,6% (32/77) ont déjà présenté des difficultés pour savoir vers qui diriger leurs patientes, 58,4% (45/77) n'ont jamais présenté de problème.

j) Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés

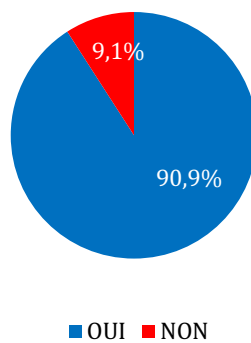


Figure 42: Souhait d'une meilleure information des professionnels conventionnés

Sur les médecins sans orientation gynécologique, 90,9% (70/77) souhaiteraient être mieux informés des professionnels conventionnés environnants contre 9,1% (7/77) qui ne le souhaitent pas.

C. Caractéristiques de l'échantillon des praticiens conventionnés

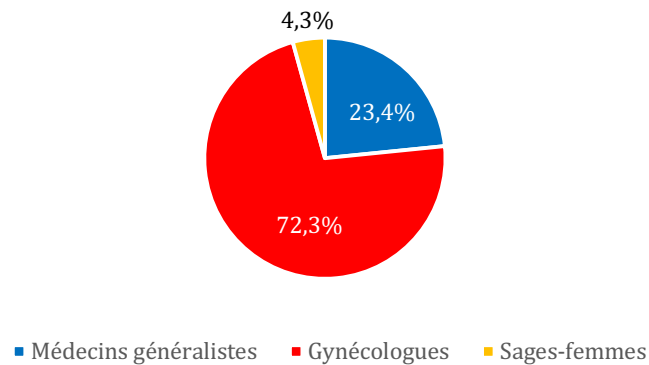


Figure 43 Répartition des spécialités des praticiens conventionnés

Sur les 53 questionnaires transmis aux praticiens conventionnés, 47 réponses ont été recueillies dont 72,3% (34/47) sont des gynécologues médicaux ou gynécologues-obstétricaux, 23,4% (11/47) sont des médecins généralistes et 4,3% (2/47) sont des sages-femmes.

1. Échantillon total

a) *Souhait de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé*

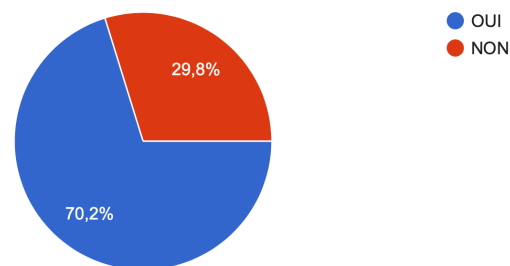


Figure 44 Volonté de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé

Sur les 47 praticiens conventionnés, 70,2% (33/47) acceptent de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé et 29,8% (14/47) refusent d'apparaître.

(1) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur un espace professionnel protégé

Sur les 47 praticiens interrogés, 71,7% (33/46) des praticiens conventionnés acceptent la diffusion de leurs coordonnées sur un espace professionnel protégé, 26,1% (12/46) refusent et 1 personne soit 2,2% (1/46) ne sait pas, une personne n'a pas répondu à cette question.

(2) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur region-aquitaine.planning-familial.org

Sur les 47 praticiens interrogés, 55,6% (25/45) acceptent d'apparaître sur le site du planning familial, 40% (18/45) refusent et 4,4% (2/45) ne savent pas, 2 personnes n'ont pas répondu.

b) Acceptation d'une diffusion des coordonnées sur un annuaire à destination du grand public

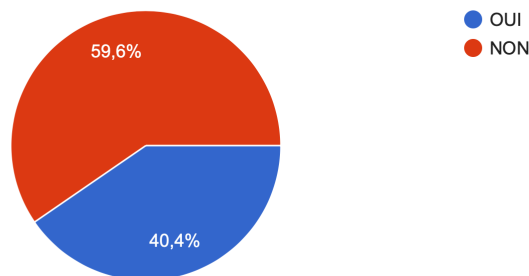


Figure 45 Diffusion des coordonnées à destination des patientes

Sur les 47 praticiens conventionnés ayant répondu, 59,6% (28/47) des praticiens refusent la diffusion de leurs coordonnées auprès des patientes et 40,4% (19/47) acceptent.

(1) Diffusion des coordonnées sur le site tonplanatoi.fr

Parmi les praticiens conventionnés, 48,9% (22/45) des praticiens refusent d'apparaître sur le site [tonplanatoi](http://tonplanatoi.fr), 37,8% (17/45) acceptent et 13,3% (6/45) ne savent pas, 2 n'ont pas répondu.

(2) Diffusion des coordonnées sur le site *ivglesadresses.org*

Les résultats sont identiques aux précédents, donc 48,9% (22/45) des praticiens refusent d'apparaître sur le site *ivglesadresses.org*, 37,8% (17/45) acceptent et 13,3% (6/45) ne savent pas et 2 n'ont pas répondu.

2. Gynécologues médicaux ou obstétriciens

a) *Souhait de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé*

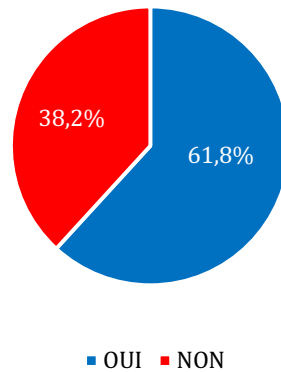


Figure 46: *Volonté de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé*

Sur les 34 gynécologues conventionnés, 61,8% (21/34) acceptent de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé et 38,2% (13/34) refusent d'apparaître.

(1) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur un espace professionnel protégé

Sur les 34 gynécologues interrogés, 63,6% (21/33) acceptent la diffusion de leurs coordonnées sur un espace professionnel protégé, 33,3% (11/33) refusent et 1 personne soit 3% (1/33) ne sait pas, 1 personne n'a pas répondu à cette question.

(2) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur le site du planning familial

Sur les 34 gynécologues interrogés, 43,8% (14/32) acceptent d'apparaître sur le site du planning familial, 50% (16/32) refusent et 6,3% (2/32) ne savent pas. 2 personnes n'ont pas répondu.

b) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur un annuaire public

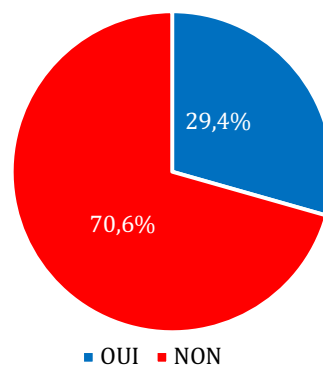


Figure 47: Diffusion des coordonnées à destination des patientes

Sur les 34 gynécologues conventionnés ayant répondu, 70,6% (24/34) refusent la diffusion de leurs coordonnées auprès des patientes et 29,4% (10/34) acceptent.

(1) Sur ton plan à toi

Parmi les gynécologues conventionnés, 59,4% (19/32) des praticiens refusent d'apparaître sur le site *tonplanatoi*, 28,1% (9/32) acceptent et 12,5% (4/32) ne savent pas, 2 n'ont pas répondu.

(2) Sur IVG les adresses

Les résultats sont identiques aux précédents, donc 59,4% (19/32) des praticiens refusent d'apparaître sur le site *ivglesadresses.org*, 28,1% (9/32) acceptent et 12,5% (4/32) ne savent pas, 2 n'ont pas répondu.

3. Médecins généralistes

a) *Souhait de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé*

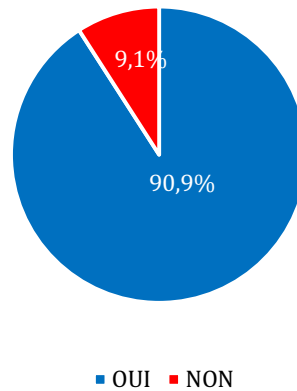


Figure 48: *Volonté de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé*

Sur les 11 médecins généralistes conventionnés, 90,9% (10/11) acceptent de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé et 9,1% (1/11) refusent d'apparaître.

(1) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur un espace professionnel protégé

Sur les 11 médecins généralistes interrogés, 90,9% (10/11) acceptent la diffusion de leurs coordonnées sur un espace professionnel protégé, 9,1% (1/11) refusent.

(2) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur le site du planning familial

Sur les 11 médecins généralistes interrogés, 81,8% (9/11) acceptent d'apparaître sur le site du planning familial, 18,2% (2/11) refusent.

b) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur un annuaire public

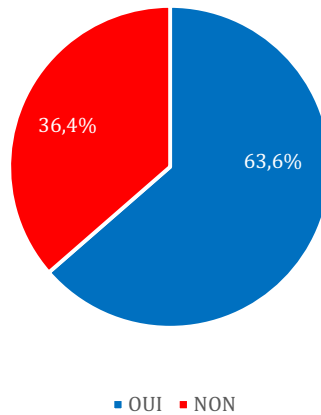


Figure 49: Diffusion des coordonnées à destination des patientes

Sur les 11 médecins généralistes conventionnés ayant répondu, 36,4% (4/11) refusent la diffusion de leurs coordonnées auprès des patientes et 63,6% (7/11) acceptent.

(1) Sur ton plan à toi

Parmi les médecins généralistes conventionnés, 27,3% (3/11) des praticiens refusent d'apparaître sur le site *tonplanatoi*, 54,6% (6/11) acceptent et 18,2% (2/11) ne savent pas.

(2) Sur IVG les adresses

Les résultats sont identiques aux précédents, donc 27,3% (3/11) des praticiens refusent d'apparaître sur le site *ivglesadresses.org*, 54,6% (6/11) acceptent et 18,2% (2/11) ne savent pas.

4. Sages-femmes

a) Souhait de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé

Sur les 2 sages-femmes conventionnées, 2 soit 100% acceptent de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé et aucune ne refuse d'apparaître.

(1) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur un espace professionnel protégé

Sur les 2 sages-femmes interrogées, 2 soit 100% acceptent la diffusion de leurs coordonnées sur un espace professionnel protégé, aucune ne refuse.

(2) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur le site du planning familial

Sur les 2 sages-femmes interrogées, 2 soit 100% acceptent d'apparaître sur le site du planning familial.

b) Acceptation d'une diffusion de l'annuaire sur un annuaire public

Sur les 2 sages-femmes conventionnés ayant répondu, 2 soit 100% acceptent la diffusion de leurs coordonnées auprès des patientes.

(1) Sur ton plan à toi

Parmi les sages-femmes conventionnées, 2 soit 100% acceptent d'apparaître sur le site *tonplanatoi*.

(2) Sur IVG les adresses

Les résultats sont identiques aux précédents, donc 2 soit 100% des sages-femmes acceptent d'apparaître sur le site *ivglesadresses.org*.

V. DISCUSSION

Ce travail est une étude observationnelle descriptive des pratiques des médecins généralistes en ce qui concerne l'orientation des patientes en demande d'IVG en soins primaires. L'objectif est d'évaluer l'orientation des patientes en demande d'IVG, par les médecins généralistes.

En 2017, l'indice conjoncturel d'avortement était de 0,53 IVG par femme, soulignant la fréquence de cet acte (37).

Le médecin généraliste ayant un rôle clé dans l'orientation, l'accueil et le suivi des patientes, la coordination hospitalo-ambulatoire se doit d'être optimale. Trop nombreuses sont les patientes qui sont adressées dans les centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) puis ré-adressées aux médecins du réseau.

Nous avons cherché un moyen d'améliorer la qualité d'information des médecins généralistes pour que les patientes puissent être adressées directement aux praticiens du réseau.

A. Suivi des recommandations

1. Prescriptions d'examens complémentaires

A travers ce travail de thèse, nous avons essayé de voir si les patientes en demande d'IVG en Bordeaux Métropole, étaient mieux orientées par les médecins à orientation gynécologique par rapport à ceux qui avaient peu d'activité gynécologique.

La prescription d'examens complémentaires avant toute demande d'IVG paraît essentielle et doit répondre à des recommandations. Comme vu précédemment, le bilan pré-IVG doit comporter une échographie pelvienne afin d'avoir une datation précise de la grossesse, un dépistage à Chlamydia Trachomatis et chaque patiente doit disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières (RAI). Le dosage de l'hCG plasmatique permet de confirmer une grossesse mais ne permet pas une datation précise de cette dernière et donc n'est pas obligatoire dans le bilan pré-IVG.

Dans l'échantillon total, 95,2% des médecins généralistes réalisent un dosage d'hCG plasmatique (96,1% pour les médecins sans orientation gynécologique contre 93,7% des médecins avec orientation).

L'échographie pelvienne est prescrite dans 80,8% de l'échantillon total (79,2% pour les médecins sans orientation, 83,3% pour les médecins à orientation gynécologique).

Une carte de groupe/Rhésus avec des RAI est prescrite par 42,4% de l'échantillon total, avec 64,6% des médecins à orientation gynécologique contre 28,8% des médecins sans orientation gynécologique.

Un bilan d'IST est prescrit par 31,2% des médecins généralistes, 35,4% par ceux à orientation gynécologique et 28,6% par ceux sans orientation.

Enfin 13,6% prescrivent un bilan de coagulation, 20,8% par les médecins à orientation gynécologique contre 9,1% par les médecins sans orientation.

Au vu de ces résultats, le dosage des hCG plasmatiques reste nettement prescrit dans les deux groupes malgré les recommandations, car il demeure le moyen le plus facile en ville pour confirmer une grossesse et ainsi orienter au plus vite la patiente. L'échographie pelvienne est également prescrite dans les mêmes proportions dans les deux groupes.

La différence entre ces deux groupes se porte essentiellement sur la prescription de groupe sanguin/RAI, d'un bilan d'IST et d'un bilan de coagulation. On observe une proportion plus importante dans le groupe des médecins généralistes à orientation gynécologique, se basant plus sur les recommandations même si le bilan de coagulation n'est pas recommandé en 1^{ère} intention.

2. Orientation des patientes en fonction du terme

Il existe deux méthodes pour réaliser une IVG : la méthode chirurgicale ou la médicamenteuse. Le terme de la grossesse et la volonté de la patiente déterminent la technique. L'IVG médicamenteuse peut-être réalisée jusqu'à 7 SA si cette dernière se déroule en ville, centre de planification ou établissement de santé et entre 8 et 9 SA seulement dans un établissement de santé. Au-delà de 9 SA seule la méthode chirurgicale est praticable. L'IVG chirurgicale peut être réalisée jusqu'à 14 SA seulement dans un établissement de santé public ou privé.

Un terme de moins de 7 SA permettra donc, sauf contre-indication ou volonté de la patiente, de réaliser une IVG hors établissement de santé et ainsi de désengorger les hôpitaux. De fait, la plupart des hôpitaux réorientent les patientes en ville chez un praticien conventionné ou dans un centre de santé ou CPEF. Mais 29,6% des médecins généralistes orientent encore les patientes enceintes de moins de 7 SA dans un établissement de santé, 33,8% par les médecins généralistes sans orientation, 22,9% pour ceux avec orientation gynécologique.

Une patiente avec terme entre 7 et 9 SA ne peut être adressée que dans un établissement de santé même si une méthode médicamenteuse est souhaitée.

Lors de ce travail de thèse nous nous sommes aperçus que les recommandations n'étaient pas appliquées. Effectivement seulement 56,8% de l'échantillon total (58,4% pour les médecins sans orientation, 54,2% pour les médecins avec orientation) adressent leurs patientes ayant un terme entre 7 et 9 SA dans un établissement de santé. Seulement 65,6% de l'échantillon total (64,9% pour les médecins sans orientation, 66,7% pour les médecins avec orientation) adressent leurs patientes enceintes de plus de 9 SA dans un établissement de santé.

B. Plaintes des médecins généralistes non conventionnés

Ce travail de thèse a permis d'identifier certaines difficultés que les médecins généralistes rencontrent dans leur pratique courante face à une demande d'IVG.

1. Les difficultés d'accès à l'échographie

L'échographie avant une IVG doit être encouragée. Chez les femmes sûres de leur datation, elle ne doit pas être un frein à la programmation de l'IVG (18). Mais chez les patientes dans le doute, un dosage seul de l'hCG ne permet pas une datation précise et doit être corrélé à l'échographie (17).

Dans notre étude nous avons demandé aux médecins généralistes s'il était facile pour eux d'accéder à une échographie de datation en urgence (< 2 jours) pour pouvoir adapter au mieux l'orientation des patientes.

Sur l'échantillon total de 125 médecins ayant répondu, 58,2% présentaient des problèmes pour obtenir rapidement une échographie de datation et 41,8% y accédaient facilement.

En séparant cet échantillon, nous avons observé que 56,5% des médecins à orientation gynécologique contre 59,2% des médecins sans orientation gynécologique présentaient des difficultés d'accessibilité à l'échographie de datation dans un délai de moins de 2 jours. On aurait pu penser que l'accessibilité à l'échographie de datation soit meilleure dans l'échantillon à orientation gynécologique (réalisation de l'échographie eux-mêmes, ou relation privilégiée avec radiologues) par rapport à celui sans orientation gynécologique. Mais l'accessibilité rapide (< 2 jours) en ville à l'échographie reste un problème pour tous, pouvant

être une des causes de défaut d'orientation des patientes en demande d'IVG, alors que l'échographie est essentielle pour dater de façon précise une grossesse.

2. Les difficultés d'accès à la conseillère conjugale

La consultation avec une conseillère conjugale doit être proposée à toute femme en demande d'IVG et est obligatoire pour les patientes mineures. Cette consultation se déroule entre les deux consultations médicales préalables. Au cours de cette dernière sont proposés une assistance sur le plan social, une écoute, un soutien psychologique et des conseils appropriés à la situation (38).

En établissements de la fonction publique territoriale ou hospitalière, en associations ou en cabinets libéraux, un conseiller conjugal et familial devrait être accessible. La consultation peut avoir lieu, au choix :

- Dans un centre de planification ou d'éducation familiale,
- Dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial,
- Dans un service social ou autre organisme agréé.

L'entretien psycho-social est un moment d'écoute et de dialogue qui peut être important pour aider la patiente dans une période difficile. Pourtant notre travail de thèse montre que très peu de médecins proposent cette rencontre, seulement 24% de l'échantillon total, les médecins à orientation gynécologique proposant plus l'accès à la conseillère (33,3%) que les médecins généralistes sans orientation (18,2%).

Parmi ceux qui proposent une consultation avec une conseillère conjugale, 62,1% présentent des difficultés à obtenir un entretien facilement (56,3% pour les médecins avec orientation gynécologique et 69,2% pour les médecins sans orientation). Les médecins généralistes à orientation gynécologique proposent donc plus facilement un entretien avec une conseillère conjugale mais rencontrent également moins de difficulté pour obtenir un rendez-vous.

Le site de l'Association Nationale des Conseillers Conjugaux et Familiaux (ANCCEF) recense tous les conseillers conjugaux environnants permettant un large choix de professionnels.

3. Les difficultés pour trouver une liste de praticiens conventionnés

Le médecin généraliste est au cœur de notre système de santé et a un rôle de coordinateur médical. Il s'entoure de professionnels de santé, afin de soigner au mieux son patient et se constitue au fil des années son carnet d'adresse (39).

Rechercher un spécialiste, est devenu facile avec nos moyens de recherche d'aujourd'hui, mais pour trouver un praticien réalisant les IVG, cela s'avère plus compliqué.

Sur notre échantillon global, on s'est aperçu que 46,4% des médecins généralistes n'avaient pas d'interlocuteur privilégié et que parmi les médecins qui en avait un, 47,8% avaient un correspondant exerçant en libéral les autres étant un établissement public ou privé pour 29,9% et un centre de santé ou CPEF pour 20,9%.

En séparant les deux groupes médecins sans orientation et avec orientation gynécologique, il a été noté que les proportions étaient similaires pour les correspondants libéraux (respectivement 48,9% contre 45,5%). On observe par contre un nombre plus important de correspondance en établissement privé ou public pour les médecins généralistes sans orientation (33,3% contre 22,7%) alors que les médecins généralistes avec orientation gynécologique adressent plus à un centre de santé ou CPEF (27,3% contre 17,8%).

Aucun médecin généraliste n'oriente ses patientes vers une sage-femme conventionnée. Suite à la loi de modernisation en 2016, ces dernières peuvent pratiquer les IVG en ville et ainsi favoriser l'accès à l'IVG.

Parmi les médecins généralistes interrogés, 38,4% se sont déjà retrouvés en difficulté au moins une fois en consultation, ne sachant pas vers qui adresser la patiente, avec une proportion plus importante dans le groupe des médecins généralistes sans orientation gynécologique de 41,6% contre 33,3% pour le groupe à orientation gynécologique.

La constitution d'un carnet d'adresse est donc essentielle pour que le médecin puisse jouer son rôle de coordinateur médical.

Sur l'échantillon total, 90,4 % des médecins généralistes souhaitent avoir une meilleure information sur les différents praticiens conventionnés pratiquant les IVG. Ceci traduit bien le manque de communication des différentes coordonnées et la volonté des médecins généralistes à enrichir leur carnet d'adresse.

C. Craintes des praticiens réalisant les IVG

Une partie de notre travail de thèse consistait à interroger les praticiens conventionnés pour savoir s'ils acceptaient de faire partie d'un annuaire professionnel afin d'améliorer l'orientation des patientes et ainsi le réseau ville-hôpital.

A la fin de ce questionnaire, il y avait une partie de texte libre pour laisser des commentaires, nous permettant d'analyser les principales raisons de refus.

En effet on peut s'apercevoir que beaucoup de praticiens ne souhaitent pas être visibles du grand public (59,6% pour l'échantillon total) et certains même ne veulent pas transmettre leurs coordonnées aux médecins généralistes (29,8% de l'échantillon total).

De part ce travail de thèse, on remarque que le refus de visibilité est plus important chez le gynécologues conventionnés (70,6% de refus de visibilité pour le grand public et 38,2% pour l'annuaire professionnel) par rapport aux médecins généralistes (36,4% de refus de visibilité pour le grand public et 9,1% pour l'annuaire professionnel) ou aux sages-femmes (aucun refus de visibilité).

Deux principales raisons ressortent des commentaires : la peur des représailles anti-IVG, et la peur de saturation de leur activité, qu'un nombre trop important de demande d'IVG vienne alourdir leur journée.

1. Peur des représailles anti-IVG

L'IVG est un droit depuis 1975, mais la peur des représailles anti-IVG reste encore présente de nos jours.

L'IVG est un sujet particulièrement sensible et fait beaucoup parler d'elle dans le monde. En effet depuis des années les différentes lois sur l'IVG avaient pour but, dans la majeure partie des pays, d'améliorer l'accès à l'IVG chez les femmes.

En 2019, près de la moitié des états des États-Unis ont promulgué des lois restreignant l'accès à IVG, allant à l'encontre du droit des femmes (40). En Alabama, le sénat a voté une loi anti-IVG, la plus drastique du pays. Elle interdit l'IVG même en cas d'inceste ou de viol et elle fait encourir jusqu'à 99 ans de prison pour un médecin pratiquant l'IVG.(41) En Géorgie a été signée une loi surnommée «fetal heartbeat» («battement de cœur fœtal») qui vise à interdire l'avortement après six semaines de grossesse, risquant la prison à vie ou même la peine de mort pour celles qui auraient recours illégalement à l'IVG.(42)

Dans les années 90 en France et notamment à Bordeaux, des groupes commandos anti-avortement manifestaient et menaient des actions plus ou moins musclées contre les centres

IVG afin de protester contre ce droit d'accès à l'IVG. Les médecins réalisant l'acte étaient donc pris pour cible. En 1992, un groupe a envahi le service des IVG du CHU et a détérioré le matériel(43).

Même si ces actions sont moins fréquentes aujourd'hui, l'IVG reste un sujet polémique où les pro-IVG se confronteront toujours aux anti-IVG.

En préparant ce travail de thèse, on s'est aperçu qu'à Bordeaux la visibilité des praticiens conventionnés était très mauvaise auprès du grand public notamment. Effectivement des sites comme *IVGlesadresses.org*, qui sont très bien documentés dans des villes comme Paris ou Lyon, à Bordeaux aucun praticien n'apparaît. D'autres sites dédiés à la Nouvelle-Aquitaine comme *tonplanàtoi.fr* créé par le Planning Familial n'arrivent pas à recenser tous les praticiens conventionnés et seulement 7 apparaissent.

La mauvaise visibilité des praticiens conventionnés à Bordeaux s'explique donc en partie par la peur de représailles anti-IVG, malgré que les actions anciennes des commandos anti-avortement n'aient pas été plus virulentes à Bordeaux qu'à Paris ou Lyon.

2. Surcharge de travail et pratique essentiellement dédiée à l'IVG pour les gynécologues

Obtenir un rendez-vous en ville avec un gynécologue devient de plus en plus compliqué et les délais sont de plus en plus longs. C'est une spécialité vieillissante avec un âge moyen de 60 ans. La gynécologie médicale a vu son nombre de postes offerts aux étudiants diminuer continuellement au cours des dernières décennies, entraînant une chute du nombre de jeune médecin (44).

Le déficit annoncé du nombre de gynécologues libéraux va donc entraîner une diminution de l'offre de soins primaires en matière de suivi gynécologique des femmes (45).

Les gynécologues encore en activité sont donc en surcharge de travail.

Nous avons observé :

- Dans l'échantillon total, les praticiens conventionnés acceptaient de faire partie d'un annuaire professionnel pour 70,2% d'entre eux mais que seulement 40,4% acceptaient une diffusion de leur coordonnée auprès des patientes.
- Les gynécologues conventionnés ne souhaitent pas être visible du grand public pour 70,6% d'entre eux (contre 36,4% pour les médecins généralistes) mais

également des médecins généralistes, c'est-à-dire rester en liste fermée (38,2%) (contre 9,1% pour les médecins généralistes).

La demande de réalisation des IVG en ville est importante et l'IVG prend du temps, nécessitant des créneaux dédiés. Beaucoup de gynécologues conventionnés prennent le parti de réaliser seulement les IVG de leurs patientes. Ils ont peur de voir leur activité saturée et de ne plus pouvoir prendre les urgences.

Les praticiens préfèrent prendre en charge une patiente adressée par leur médecin traitant. Dans ce cas, la patiente a le plus souvent déjà réalisé l'échographie, le bilan biologique et l'orientation est normalement adaptée en fonction du terme. Le travail du praticien est donc grandement facilité. Accueillir une patiente sans orientation préalable, contraint au praticien de s'assurer du terme, de prescrire les différents examens, de s'assurer de la bonne orientation et doit pouvoir répondre à la demande, ce qui augmenterait leur charge de travail.

La principale raison donnée était donc la surcharge de travail et le manque de temps à consacrer à l'IVG.

D. Points forts de l'étude

Cette étude a pour but de réfléchir sur les moyens qui pourraient être mis en place pour améliorer le réseau ville-hôpital. Nous avons mis en avant la nécessité d'améliorer l'orientation des patientes pour un terme inférieur à 7 SA qui permettra ainsi de désengorger les hôpitaux. Pour cela, il apparaît un réel besoin d'une meilleure information des différents praticiens conventionnés disponibles en ville.

Le taux de réponse au questionnaire diffusé auprès des praticiens du réseau est important, de 88,7%. Cela a permis de réaliser en fonction des réponses des praticiens un annuaire professionnel le plus complet possible, à jour et répondant aux attentes de chacun.

E. Points faibles de l'étude

Nous nous sommes interrogés sur le faible taux de participation des médecins généralistes (14,3%). Malgré plusieurs relances nous n'avons pas réussi à atteindre un taux supérieur à 20%, qui était notre objectif.

Afin d'aider les travaux d'études des étudiants, le conseil de l'ordre des médecins transmet un nombre important de demande de participation à des questionnaires. La visibilité du questionnaire n'a pas été bonne.

De plus, l'utilisation d'un questionnaire par internet hébergé par *Google Form*, est pratique et facile d'utilisation, mais cela se prête à une certaine forme de volontariat et donc à un taux plus important de non réponse.

La période durant laquelle le questionnaire a été envoyé (pendant les vacances de février et la relance pendant les vacances d'avril) a pu être propice à ce faible taux de réponse également.

Notre volonté était d'avoir un nombre de réponses important pour optimiser la puissance de l'étude. C'est pour cette raison que nous avons pris le parti de réaliser des questionnaires courts. Cependant certains autres points auraient pu être abordés comme l'âge des praticiens conventionnés. Cela aurait permis de faire un état des lieux sur le réseau ville-hôpital futur, voir s'il était en train de se développer avec l'arrivée de jeunes praticiens ou au contraire s'il était plutôt constitué de praticiens d'âge plus avancé. On aurait pu demander également l'âge des médecins généralistes. Savoir leur âge, nous aurait permis de voir si les médecins plus jeunes avaient plus de difficulté ou pas à avoir un interlocuteur privilégié par rapport à un médecin plus âgé qui a un carnet d'adresses plus fourni.

F. Propositions d'amélioration

Suite à cette étude, nous avons recherché les moyens possibles pour améliorer l'orientation des patientes en demande d'IVG et ainsi le réseau ville-hôpital.

Tableau 4 : Proposition d'amélioration pour le réseau ville-hôpital des IVG

Remise d'une fiche synthèse sur les dernières recommandations des examens complémentaires nécessaires et sur le lieu d'orientation des patientes en fonction du terme.
Diffusion d'un annuaire professionnel des praticiens conventionnés, auprès des médecins généralistes
Enrichissement des coordonnées auprès des différents sites internet

Nous avons réfléchi à l'élaboration d'une fiche d'information, basée sur les dernières recommandations des sociétés savantes permettant un rappel succinct des examens complémentaires à demander et des lieux d'orientation en fonction du terme (voir annexe 5).

Nous avons également élaboré un annuaire professionnel avec les différents praticiens conventionnés qui acceptaient de faire partie de cet annuaire. Il pourrait être un jour diffusé auprès des médecins généralistes afin qu'ils puissent avoir des interlocuteurs vers qui se tourner en ville (Liste disponible auprès du Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine (RPNA)).

Il serait également intéressant à l'avenir, de pouvoir améliorer la quantité des coordonnées pouvant être visibles sur des sites comme *tonplanatoi.fr* et *ivglesaddresses.org*, facilitant la recherche pour les patientes et les médecins.

VI. CONCLUSION

L'IVG est un droit fondamental mais l'accès pour certaines femmes reste encore difficile. L'IVG médicamenteuse est la méthode la plus couramment utilisée en France.

En 2001, elle devient réalisable dans les cabinets libéraux par les médecins conventionnés.

En 2016, la loi de modernisation du système de santé permettait entre autres d'améliorer ce parcours de soins en supprimant le délai de réflexion, en autorisant les sages-femmes à réaliser l'IVG médicamenteuse dans les mêmes conditions que les médecins. Malgré tout, l'accès rapide à cet acte reste parfois compliqué.

Notre travail a mis en évidence l'absence de connaissance des recommandations actuelles sur la prise en charge des patientes en demande d'IVG. Il a été noté les difficultés des médecins à orienter correctement les patientes en fonction du terme. De plus l'absence de visibilité des praticiens réalisant cet acte crée une surcharge de travail dans les établissements hospitaliers augmentant le délai de réalisation des IVG.

L'objectif de notre travail était d'améliorer ce parcours de soin en améliorant la visibilité des praticiens réalisant les IVG en ville, par la mise à disposition d'un annuaire (Liste disponible auprès du RPNA). Malgré une réticence des praticiens à dévoiler cette liste au grand public, la majorité accepte de faire partie d'un registre à destination des professionnels de santé.

Par ailleurs, la méconnaissance des examens complémentaires et des délais d'orientation des patientes peut être à l'origine de certains retards de prise en charge. Pour cela nous avons réalisé une fiche synthèse (Annexe 5) récapitulant ces éléments.

A l'avenir, un accès par le grand public des coordonnées des praticiens réalisant les IVG serait préférable.

VII. ANNEXES

A. ANNEXE 1 : Exemple de convention relative à la réalisation hors établissement de santé des IVG médicamenteuses



*Convention relative à la réalisation hors établissement
de santé d'interruptions volontaires de grossesse
par voie médicamenteuse*

ENTRE

Le centre hospitalier universitaire de Bordeaux,

« Adresse »

Représenté par son directeur général, « XXXXXXXX »,

ci-après désigné, "le CHU",

SIRET : « XXXXXXXX »

FINESS : « XXXXXXXX »

ET

« Prénom NOM »

Docteur en médecine,

Régulièrement inscrite au tableau de l'Ordre des Médecins sous le « n°XXXX » depuis le

« JJ/MM/AAAA » ;

Dont le cabinet est situé « adresse »

Numéro FINESS : « XXXXXXXX »

VU l'article L. 6134-1 du code de la santé publique relatif aux coopérations passées par les établissements publics de santé ;

VU l'article L. 6143-7 du code de la santé publique relatif aux compétences du Directeur d'établissement ;

VU les articles L. 2212-2 et R. 2212-9 du code de la santé publique réglementant la pratique des interruptions volontaires de grossesse.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er} :

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

Le CHU de Bordeaux s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin.

Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2 :

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

Article 3 :

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet au CHU de Bordeaux, service d'orthogénie situé sur le site du groupe hospitalier Pellegrin, une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Article 4 :

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

Article 5 :

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

Le médecin adresse au CHU de Bordeaux, service d'orthogénie situé sur le site du groupe hospitalier Pellegrin, les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6 :

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

Article 7 :

La présente convention, établie pour une durée d'un an, prend effet à compter du **JJ/MM/AAAA**, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire.

La convention peut être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Article 8 :

Une copie de la présente convention est transmise, pour information, par le CHU de Bordeaux à l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Convention établie en cinq exemplaires,

Fait à « **XXXXXX** », le **JJ/MM/AAAA**

Le directeur général du centre
hospitalier « **XXXXXX** »

Le médecin

Prénom NOM

Prénom NOM

B. ANNEXE 2 : Exemple de fiche de liaison

<u>Tampon du médecin :</u>	<i>Service d'Orthogénie – Hôpital de Jour Centre Aliénor d'Aquitaine Groupe Hospitalier Pellegrin Place Amélie Raba-Léon 33075 BORDEAUX Tél : 05 56 79 57 34 Secrétariat: 05 56 79 58 88</i>
-----------------------------------	--

NOM :	PRENOM :	Groupe Rh <input type="text"/>
AGE :		
Échographie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
βhCG : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

ATCD :		
<u>Gynéco-obstétricaux :</u>		Contraception :
Nb d'accouchement(s):		Raisons d'échec :
Nb de FCS :		
IVG Chir : RU :	Tabac :	cig/j :
Nombre de GEU :		
Nombre de césariennes :		

<p>PROTOCOLE MEDICAMENTEUX : AU TERME DE (en SA) : <input type="text"/></p> <p><i>Prise de la Miféprostone le :</i></p> <p><i>Prise du Misoprostol le :</i></p> <p>Au cabinet oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Voie jugale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 2^{ème} prise oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><u>Contrôle de l'efficacité :</u></p> <p>Venue oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Relance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dosage βHCG <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/></p> <p>Succès oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>Injection Ig anti D faite <input type="checkbox"/> <u>Complications :</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Grossesse évolutive <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p><u>Traitement des complications :</u> Reprise de Misoprostol <input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p><u>Contraception post-IVG</u></p> <p>Contraception prescrite : Contraception désirée : Contraception prise : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><u>Entretien avec une conseillère :</u> Proposé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Réalisé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
--	---

C. ANNEXE 3 : Questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes

Évaluation de l'orientation des patientes en demande d'IVG par les médecins généralistes

Dans le cadre de mon travail de thèse, je cherche à évaluer l'orientation des patientes en demande d'IVG en soins primaires, par les médecins généralistes.

Trop nombreuses sont encore les patientes qui sont adressées dans les centres IVG puis ré-adressées aux médecins du réseau Ville- Hôpital.

Nous cherchons donc un moyen d'améliorer la qualité d'information des médecins généralistes pour que les patientes puissent être adressées directement aux praticiens du réseau.

***Obligatoire**

1. Avez-vous une orientation gynécologique ? * *Une seule réponse possible.*

- OUI *Passez à la question 2.*
- NON *Passez à la question 4.*

2. Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses ? *Une seule réponse possible.*

- OUI *Passez à la question 3.*
- NON *Passez à la question 4.*

3. Êtes-vous conventionné ? *Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

Passez à la question 4.

4. Recevez-vous des patientes en demande d'IVG ? * *Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

5. Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? * *Plusieurs réponses possibles.*

- Échographie
- BHCG Plasmatiques
- Bilan de coagulation
- Carte de groupe sanguin / RAI
- Bilan IST
- Aucun

6. Si vous prescrivez des examens complémentaires, obtenez-vous facilement un accès rapide (< 2 jours) à l'échographie de datation ? *Une seule réponse possible.*
- OUI
 - NON
7. Proposez-vous à la patiente, qu'elle soit majeure (facultatif) ou mineure (obligatoire) une consultation psycho-sociale par la conseillère conjugale ? **Une seule réponse possible.*
- OUI *Passez à la question 8.*
 - NON *Passez à la question 9.*
8. Trouvez-vous que l'accessibilité à l'entretien par la conseillère conjugale soit bonne ? *Une seule réponse possible.*
- OUI
 - NON
9. Avez- vous la liste des professionnels conventionnés (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme) pouvant réaliser une IVG ? ** Une seule réponse possible.*
- OUI
 - NON
10. Avez-vous un interlocuteur privilégié ? ** Une seule réponse possible.*
- OUI *Passez à la question 11.*
 - NON *Passez à la question 12.*
11. Lequel ? ** Une seule réponse possible.*
- Professionnel conventionné en ville (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme)
 - Centre de santé ou Centre de planification ou d'éducation familiale
 - Etablissement de santé Public ou Privé
 - Autre

Passez à la question 13.

12. Où recherchez-vous pour adresser les patientes : ** Plusieurs réponses possibles.*
- Le site internet du planning familial d'Aquitaine
 - Le site tonplanatoi.fr
 - Les Pages Jaunes
 - Sur le site du conseil de l'ordre des médecins ou des sages-femmes
 - Le site de l'ARS (qui fournit les dossiers guides)
 - Le site internet du réseau de périnatalité régional
 - Le site IVGlesadresses.org
 - La page internet du service orthogénie du CHU le plus proche de votre cabinet

- Autre

Passez à la question 13.

13. Où adressez-vous la patiente si la grossesse est inférieure à 7 SA ? **Une seule réponse possible.*

- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'un Gynécologue conventionné *Passez à la question 14.*
- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'un Médecin généraliste conventionné *Passez à la question 14.*
- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'une Sage-Femme conventionnée *Passez à la question 14.*
- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale *Passez à la question 14.*
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé *Passez à la question 16.*
- Vous êtes médecin conventionné et vous réalisez vous-même l'IVG *Passez à la question 14.*

14. Où adressez-vous la patiente si la grossesse est entre 7 SA et 9 SA ? * *Une seule réponse possible.*

- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'un Gynécologue conventionné *Passez à la question 15.*
- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'un Médecin généraliste conventionné *Passez à la question 15.*
- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'une Sage-Femme conventionnée *Passez à la question 15.*
- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale *Passez à la question 15.*
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé *Passez à la question 17.*

15. Où adressez-vous la patiente si la grossesse est supérieure à 9 SA ? * *Une seule réponse possible.*

- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'un Gynécologue conventionné *Passez à la question 19.*
- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'un Médecin généraliste conventionné *Passez à la question 19.*
- Vous leur donnez les coordonnées téléphoniques d'une Sage-Femme conventionnée *Passez à la question 19.*

- Vous leur donnez les coordonnées d'un centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale *Passez à la question 19.*
- Vous leur donnez les coordonnées d'un établissement de santé public ou privé *Passez à la question 18.*

Passez à la question 19.

16. Si vous orientez la patiente vers un établissement de santé public ou privé, vous l'adressez : *Plusieurs réponses possibles.*

- Avec un courrier sur place aux urgences gynécologiques
- Avec un courrier sur place dans le service d'orthogénie
- Avec un courrier à l'accueil de la maternité
- Vous leur donnez le numéro de la ligne téléphonique dédiée du service d'orthogénie
- Vous leur donnez le numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé

Passez à la question 14.

17. Si vous orientez la patiente vers un établissement de santé public ou privé, vous l'adressez : *Plusieurs réponses possibles.*

- Avec un courrier sur place aux urgences gynécologiques
- Avec un courrier sur place dans le service d'orthogénie
- Avec un courrier à l'accueil de la maternité
- Vous leur donnez le numéro de la ligne téléphonique dédiée du service d'orthogénie
- Vous leur donnez le numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé

Passez à la question 15.

18. Si vous orientez la patiente vers un établissement de santé public ou privé, vous l'adressez : *Plusieurs réponses possibles.*

- Avec un courrier sur place aux urgences gynécologiques
- Avec un courrier sur place dans le service d'orthogénie
- Avec un courrier à l'accueil de la maternité
- Vous leur donnez le numéro de la ligne téléphonique dédiée du service d'orthogénie
- Vous leur donnez le numéro de téléphone du standard de l'établissement de santé

Passez à la question 19.

19. Vous est-il déjà arrivé de ne pas savoir auprès de qui diriger la patiente ? **Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

20. Souhaiteriez- vous être mieux informé des différents professionnels disponibles environnants ? * *Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

21. Aimeriez-vous être informé des résultats de la thèse ? * *Une seule réponse possible.*

- OUI *Passez à la question 22.*
- NON *Passez à la question 23.*

22. Inscrivez votre adresse mail ci-dessous:

23. Si vous avez des questions ou des commentaires, n'hésitez pas à nous les inscrire ci-dessous.

Merci beaucoup de l'attention que vous avez porté à ce questionnaire.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, n'hésitez pas à me contacter : [\(38\)](#)

D. ANNEXE 4 : Questionnaire diffusé auprès des praticiens du réseau ville-hôpital

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse, je cherche à évaluer l'orientation des patientes en demande d'IVG en soins primaires.

Trop nombreuses sont les patientes qui sont adressées dans les CIVG puis ré-adressées aux médecins du réseau.

Nous cherchons un moyen d'améliorer la qualité d'information des médecins généralistes pour que les patientes puissent être adressées directement aux praticiens du réseau.

Merci de prendre quelques instants pour répondre à ce rapide questionnaire.

*Obligatoire

1. Nom, prénom :
2. Spécialité * :
3. Lieu d'exercice :
4. Accepteriez-vous de faire partie d'un annuaire à destination des professionnels de santé ? * *Une seule réponse possible.*
 - OUI
 - NON
5. Si vous acceptez de faire partie d'un annuaire professionnel, accepteriez-vous une diffusion en ligne sur un espace professionnel protégé ? *Une seule réponse possible.*
 - OUI
 - NON
 - JE NE SAIS PAS
6. Si vous acceptez de faire partie d'un annuaire professionnel, accepteriez-vous une diffusion en ligne sur region-aquitaine.planning-familial.org ? *Une seule réponse possible.*
 - OUI
 - NON
 - JE NE SAIS PAS
7. Accepteriez-vous de faire partie d'un annuaire public à destination des patientes ? *
Une seule réponse possible.
 - OUI

- NON
8. Si vous acceptez de faire partie d'un annuaire public, accepteriez-vous une diffusion en ligne sur tonplanatoi.fr ? *Une seule réponse possible.*
- OUI
 - NON
 - JE NE SAIS PAS
9. Si vous acceptez de faire partie d'un annuaire public, accepteriez-vous une diffusion en ligne sur ivglesadresses.org? *Une seule réponse possible.*
- OUI
 - NON
 - JE NE SAIS PAS
10. Si vous avez des remarques sur le travail de thèse ou sur le réseau ville-hôpital en général :

En vous remerciant de l'attention que vous avez porté à ce questionnaire.

Pour toute question, n'hésitez à me contacter par mail

Patiente en demande d'IVG : recommandations

Examens complémentaires à prescrire avant toute IVG :

- **Bilan sanguin** : Groupe ABO- Rhésus, RAI (si doute sur réelle grossesse : hCG plasmatique mais non obligatoire)
- **Prélèvement vaginal** (soit par praticien soit en auto prélèvement) à la recherche de Chlamydia Trachomatis
- **Échographie de datation**

Lieux d'orientation de la patiente en fonction du terme de la grossesse et de la volonté de la patiente :

< 7 semaines d'aménorrhées :

- En ville chez un praticien conventionné (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme)
- Ou dans un centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale
- Ou dans un établissement de santé public ou privé

> 7 semaines d'aménorrhées :

- Dans un établissement de santé public ou privé

NB : une consultation avec une conseillère conjugale doit être proposée à chaque fois pour une patiente majeure et est OBLIGATOIRE chez les patientes mineures.

Le site de l'Association Nationale des Conseillers Conjugaux et Familiaux (ANCCEF) recense tous les conseillers conjugaux environnants : <https://ancef.fr>

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. N° DGOS/ PF 3/ R 3 / DGS/ MC1 / 201 5 / 227 juill 3, 2014 apr. J.-C.
2. Organisme Mondial pour la Santé. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : développement du jeune enfant. 71ème assemblée mondiale pour la santé. 10 mai 2018;A71/19 Rev.1.
3. Organisme Mondial pour la Santé. 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année. 28 sept 2017;
4. United Nations. World abortion policies 2013. New York Population Division, Department of Economic and Social Affairs. 2013;
5. Locicero S, Koutaissoff D, Spencer B, Cominetti F. Interruptions de grossesse : données épidémiologiques, accessibilité et techniques. 2016 [cité 14 déc 2018]; Disponible sur: <https://www.iumsp.ch/fr/rds/217>
6. Vilain A, Direction de la recherche, de l'Etude, de l'Evaluation des Statistiques. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. sept 2019;(numéro 1125).
7. Ponte C. La réglementation de l'interruption volontaire de grossesse. /data/revues/02423960/00250001/47/ [Internet]. 18 févr 2008 [cité 23 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/83467>
8. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
9. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population*. 2009;64(3):495.
10. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007.
11. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures. 2013-248 mars 25, 2013.
12. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Interruption volontaire de grossesse, dossier guide. juin 2018;
14. 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. L.4151-1 et L.41-51-2 juin 2, 2016.

15. Chantal A. Haute Autorité de santé : Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé. 2016;138.

16. Gouy G, Rae N. Guide de suivi des IVG médicamenteuses. Gynecologie et obstétrique pratique. oct 2018;(308).

17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse. déc 2016;

18. Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? [//www.em-premium.com/data/revues/03682315/unassign/S0368231516301612/](http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/unassign/S0368231516301612/). 2 nov 2016;

19. Haute Autorité de Santé. Recommandation en santé publique- Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. sept 2018;

20. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 15 mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie erythrocytaire. mai 23, 2018.

21. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. mars 2001;

22. Haute Autorité de Santé. Bon usage du médicament. IVG médicamenteuse: les protocoles à respecter. juin 2018;

23. Haute Autorité de Santé. Reevaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis. sept 2018;

24. Agence nationale de Sécurité du médicament et des Produits de Santé. Résumé des Caractéristiques du Produit: Mifégyne®. déc 2015 [cité 23 mars 2019]; Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0272464.htm>

25. VILLEROT de PENGUERN A. État des pratiques concernant les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en médecine de ville ; analyse descriptive dans trois villes de la Côte Basque : Bayonne, Anglet et Biarritz. Université Bordeaux 2; 2015.

26. Ministère des Solidarités et de la Santé. Résumé des caractéristiques du produit - MISOONE 400 microgrammes, comprimé - Base de données publique des médicaments. 20 juill 2018 [cité 9 avr 2019]; Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61240145&typedoc=R>

27. Agence nationale de Sécurité du médicament et des Produits de Santé. Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 - Communiqué -. oct 2017;

28. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé. févr 2017;
29. Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2016;45(10):1515-35.
30. Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev. 14 mars 2012;(3):CD005217.
31. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique: les infections génitales hautes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012;34(5):513.
32. Faucher P. Antibioprophylaxie et IVG. Mises à jour en gynécologie médicale. 2013;
33. Société française d'anesthésie et de réanimation. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. 2017;
34. Faucher P, Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale (hors complications). /data/traites/gy/00-59708/ [Internet]. 23 juin 2017 [cité 23 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1124930>
35. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé: livret d'information à l'intention des médecins et des sages-femmes. févr 2017;
36. Avortement prix. [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avortement-prix.html>
37. Vilain A, Direction de la recherche, de l'Etude, de l'Evaluation des Statistiques. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. sept 2018;(numéro 1081).
38. Pascau M. Le conseiller conjugal et familial dans les entretiens autour de l'IVG. Dialogue. 2008;n° 182(4):115-26.
39. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;Vol. 41(4):331-9.
40. Talbot R. Comment le droit à l'avortement recule dans l'Amérique de Trump. 17 mai 2019 [cité 10 sept 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/05/17/le-droit-a-l-avortement-perd-du-terrain-aux-etats-unis_5463554_4355770.html
41. Le Sénat d'Alabama vote la loi anti-avortement la plus répressive des Etats-Unis [Internet]. Libération.fr. 2019 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.liberation.fr/planete/2019/05/15/le-senat-d-alabama-vote-la-loi-anti-avortement->

la-plus-repressive-des-etats-unis_1727063

42. Stern MJ. Dans l'État de Géorgie, avorter après six semaines de grossesse c'est risquer la prison. Ou la peine de mort [Internet]. Slate.fr. 2019 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/177120/etat-georgie-criminalisation-avortement>
43. Un commando anti-IVG condamné à Bordeaux [Internet]. L'Humanité. 1993 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/node/69848>
44. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé. Panoramas de la DREES. 2016;
45. Nadane-Joseph C. État des lieux de l'offre de soins de premier recours en gynécologie à Paris et projections à deux et cinq ans, dans le cadre de l'enquête DEMOMED 75. Université Paris Descartes; 2016.

IX. 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.