

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION	2
II. MATERIEL ET METHODE	8
III. RESULTATS	10
III.1. Caractéristiques de la population	10
III.2. Description des connaissances et application des recommandations	12
III.3. Population cible des IVG en Médecine Générale	15
III.4. Principaux freins à la réalisation des IVG en Médecine Générale	16
IV. DISCUSSION	18
IV.1. Forces et intérêts de l'étude	18
IV.2. Faiblesses de l'étude	18
IV.3. Étude des résultats	19
IV.4. Ouverture : Comment accroître la prescription d'IVG médicamenteuses par les médecins généralistes?	24
V. CONCLUSION	26
VI. BIBLIOGRAPHIE	27
VII. ABREVIATIONS	30
VIII. ANNEXES	31
Annexe 1 : Le Questionnaire	31
Annexe 2 : Convention type entre un médecin généraliste et un établissement de santé	34

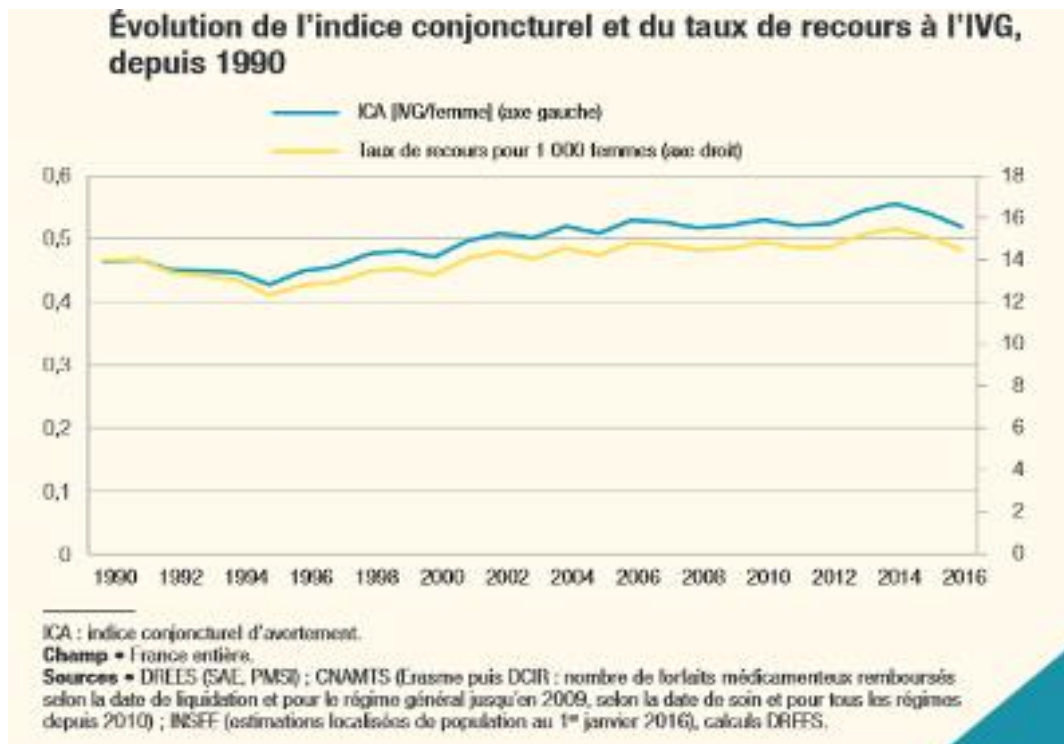
I. INTRODUCTION

En 2017, Simone Veil, Ministre de la Santé, armée de sa « conviction de femme » à la tribune de l'Assemblée en 1974, qui s'est battue pour légaliser l'interruption volontaire de grossesse (IVG), nous quitte et remet sur le devant de la scène le droit à l'IVG et ses inégalités de pratique en France.

Depuis 1870 et pendant de nombreuses décennies, le droit à l'IVG est un sujet grandement controversé. En 1950, la création du planning familial remet en question les droits des femmes en termes de maternité. La 1^{ère} loi autorisant la contraception apparaît en 1967 et représente une grande avancée pour les femmes, qui peuvent désormais contrôler leurs grossesses. C'est enfin en 1975 que la loi Veil est votée et rend légale l'IVG **(1)**. Il faudra attendre l'année 1982 pour que cette dernière devienne gratuite et l'année 2004 pour que sa pratique soit autorisée au médecin généraliste **(2)(3)**. Toutefois, ce dernier n'est pas dans l'obligation de prescrire une IVG en cabinet de ville, même si une patiente le lui demande, une clause de conscience prévue par la loi le rend libre de s'y refuser s'il le souhaite **(4)**.

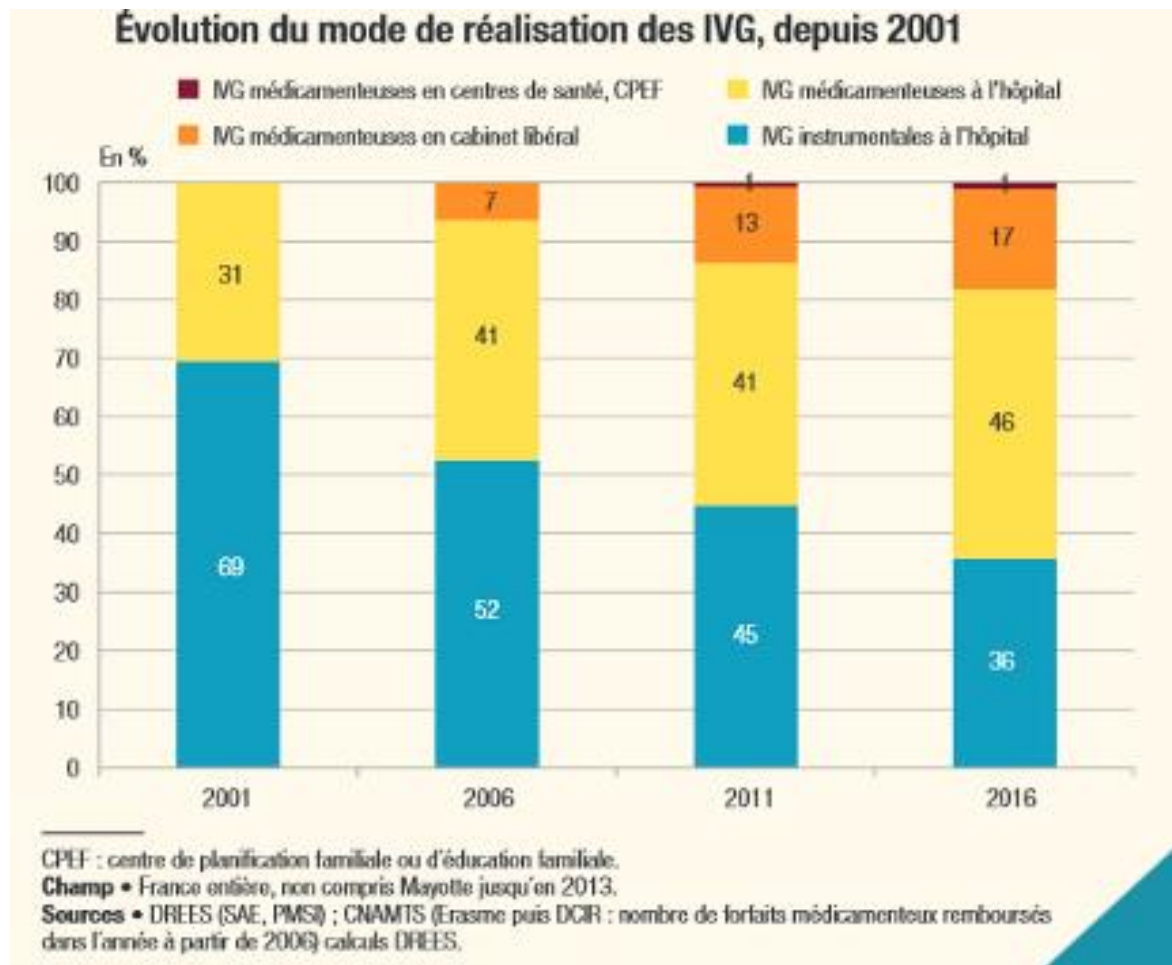
On constate que depuis sa légalisation, le taux d'IVG stagne. D'après la DREES (organisme chargé des statistiques au ministère de la Santé), 211900 IVG ont été réalisées en 2016 en France. Ce taux est globalement stable depuis 2006. **(5)**

Evolution de l'indice conjoncturel et du taux de recours à l'IVG depuis 1990 :



La méthode médicamenteuse augmente au fil des ans et concerne 64% des IVG en 2016 soit 135600 IVG, contre 47% en 2006. Sa prescription exclusivement hospitalière jusqu'en 2004 s'est désormais étendue aux médecins généralistes (et aux sages-femmes), de plus en plus nombreux à le pratiquer certes, mais insuffisants tout de même face aux établissements de santé publics surchargés et aux établissements privés qui s'en désintéressent progressivement. En 2016, 17 % des IVG ont été réalisées en cabinet libéral en France, soit 38200 IVG au total ce qui correspond à 30% des IVG médicamenteuses. (5)

Evolution du mode de réalisation des IVG depuis 2001 :



La répartition des IVG est inégale en France, allant du simple au double selon les régions : de 10,3 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 20,1 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2016 pour les femmes entre 15 et 49 ans. De même, la répartition des IVG réalisées en cabinet libéral est également répartie inégalement en France et concerne 3% des IVG en Pays de la Loire ,6% dans le Grand-Est, contre 24 % des IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur et plus d'une IVG sur quatre en Île-de-France et dans les DROM.

On constate donc que l'IVG médicamenteuse n'est encore que peu prescrite en ville, bien que la prise en charge soit parfaitement adaptée à cette pratique. C'est ce que montre une étude descriptive réalisée en 2011 en France et concernant 15447 IVG médicamenteuses

réalisées par des médecins généralistes ou par des gynécologues en ville. Le taux d'efficacité global des IVG médicamenteuses est égal à 97,43% (96,48% pour les gynécologues, 96,44% pour les médecins généralistes). L'IVG médicamenteuse précoce à la maison est donc une méthode fiable, et il n'existe pas de différence significative sur le plan de son efficacité qu'elle soit réalisée par un gynécologue ou par un médecin traitant (6).

La prescription d'IVG médicamenteuses en ville est soumise à certaines règles. Elle n'est possible que jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, soit 5 semaines de grossesse. Elle ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une convention, conforme à une convention type validée par décret conclue entre le praticien d'une part, et un établissement de santé, public ou privé, d'autre part. L'échographie avant une IVG doit être encouragée ainsi que le dosage des HCG sanguins, mais pour les femmes certaines de la date de leurs dernières règles et/ou de la date du rapport sexuel à risque, pour lesquelles un examen clinique par un professionnel de santé formé est possible, l'absence d'accès à l'échographie de routine ne doit donc pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée (7). De plus, compte tenu de la précocité de la réalisation de l'IVG en médecine générale, la grossesse peut ne pas être visible à l'échographie, ce qui ne contre-indique pas pour autant le bon déroulement de l'IVG médicamenteuse. C'est ce que démontre une étude réalisée à Vienne en Autriche entre 2004 et 2014, et à Göteborg en Suède entre 2012 et 2015 incluant 2643 femmes subissant une IVG médicamenteuse dans un délai inférieur à 49 jours de grossesse. 2 cohortes ont été créées : les femmes pour qui la grossesse était visible à l'échographie, et les femmes pour qui elle ne l'était pas encore. 97,1% des IVG médicamenteuses réalisées dans la première cohorte ont réussi et 98,2% des IVG médicamenteuses de la deuxième cohorte ont également été réalisées avec succès ($p <$

0,077). Il n'y a donc pas de différence significative entre les IVG médicamenteuses réalisées avant la visualisation de la grossesse à l'échographie ou après que celle-ci ne le soit **(8)**.

Le déroulement de l'IVG médicamenteuse suit un protocole précis. Trois consultations sont nécessaires et comprises dans le forfait fixé par la sécurité sociale. Lors de la première consultation médicale, le professionnel de santé informe la patiente du déroulement de l'IVG et des complications possibles **(9)**. Un entretien psycho-social est systématiquement proposé aux femmes, il est obligatoire pour les jeunes filles mineures non émancipées. Lors de la deuxième consultation, le médecin délivre à la patiente le premier médicament, un antiprogestatif nécessaire à interrompre la grossesse: la Mifépristone, à la dose de 600mg (les dernières recommandations établies par le CNGOF en 2016 concernant la posologie de la mifépristone ont abaissé cette dernière à 200mg. Ce dosage n'est pas encore validé par l'HAS) **(10)**. La patiente prend ce traitement au cabinet. Le 2^{ème} médicament, le Misoprostol, une prostaglandine favorisant la contractilité utérine, également délivré lors du deuxième entretien par le médecin traitant à la dose de 400µg, est à prendre au domicile 24h après la consultation. Les différentes voies d'administration du misoprostol sont la voie vaginale, orale et buccale. Il n'y a pas actuellement d'alternative médicamenteuse aussi efficace et sûre que l'association mifépristone-misoprostol pour l'IVG médicamenteuse. Ces résultats sont compatibles avec ceux retrouvés dans une revue systématique de la littérature réalisée en France à partir de juin 2013. **(11)** Pour juger du succès de l'IVG, le recours au dosage de l'HCG sérique 15 jours après l'IVG médicamenteuse est utilisé. Une baisse supérieure à 80 % du dosage initial 15 jours après l'IVG médicamenteuse est en faveur de la réussite de celle-ci **(9)**. Une consultation médicale de contrôle et de vérification de l'IVG doit avoir

lieu entre le 14^e et le 21^e jour après l'intervention. Pour les praticiens pratiquant les IVG médicamenteuses, les tarifs limites des soins à compter du 1^{er} avril 2016 sont fixés ainsi : consultation de recueil de consentement cotée à 25€, forfait lié à la prise de médicaments coté à 137,92€ (coût des médicaments et coût de deux consultations), consultation de contrôle à 25€. Le total est donc de 187,92 €. (L'IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie dans le cadre de ce forfait). (12).

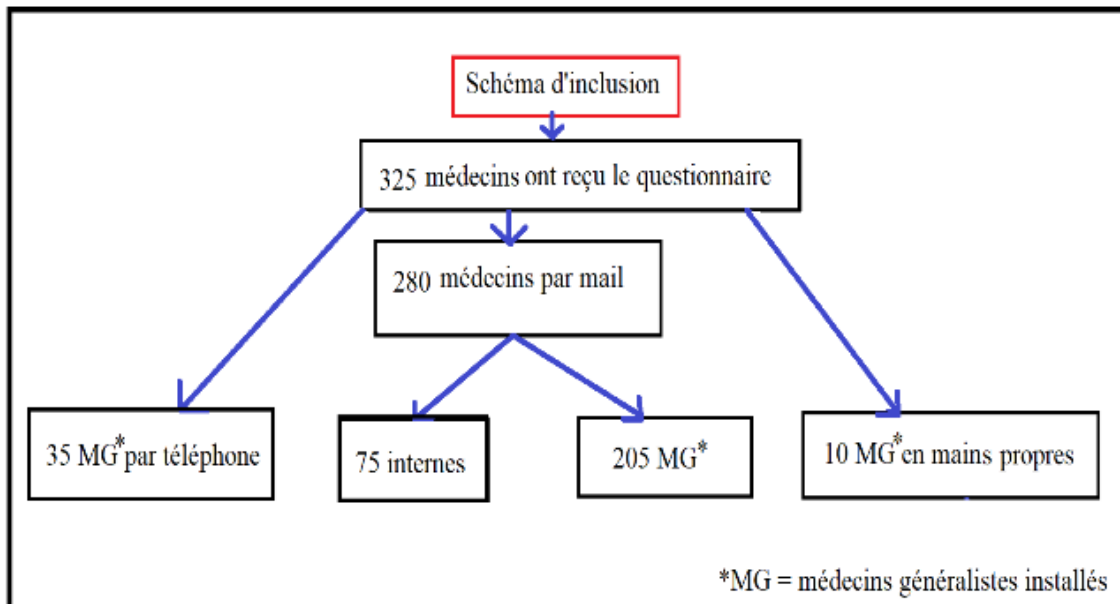
L'IVG médicamenteuse est donc fréquente et impose une contrainte de rapidité de prise en charge afin de rester dans le cadre légal. Le médecin généraliste est par conséquent un soutien important des centres de santé publics ou privés afin de permettre une meilleure offre de soin aux patientes concernées.

Néanmoins, à peine un quart des IVG médicamenteuses se déroulent hors établissement de santé en PACA, région où le taux d'IVG est le 4^{ème} plus important de France. (5)

L'objectif de cette étude est donc d'une part de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes au sujet de l'IVG médicamenteuse et de sa pratique en cabinet de ville, et d'autre part de recenser les différents freins à sa réalisation en médecine générale.

II. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive réalisée entre septembre 2017 et mars 2018. La population cible de l'enquête était les médecins généralistes des Bouches du Rhône. Un auto-questionnaire a été envoyé à 325 médecins généralistes dans la région concernée: 35 médecins généralistes des bouches du Rhône, choisis au hasard dans les pages jaunes (grâce à un générateur de nombres aléatoires), ont été appelés, avec proposition de compléter le questionnaire de 2 façons : soit par mail contenant un lien renvoyant à un formulaire conçu grâce au logiciel Google FORM (disponible sur Google DRIVE) sous forme de QCM avec cases à cocher, soit directement au téléphone. 205 médecins généralistes et 75 internes en médecine générale, sélectionnés au hasard sur le listing des internes en médecine générale de Marseille l'ont reçu par mail. Enfin 10 questionnaires ont été distribués directement dans des cabinets libéraux de Marseille.



Ce questionnaire comportait 20 items, dont 19 à questions fermées. Dans un premier temps, les questions portaient sur des données administratives permettant de connaître le profil sociodémographique du médecin interrogé: sexe, âge, lieu d'exercice, zone géographique d'exercice, caractères familiaux. Dans un second temps, le questionnaire ne s'adressait qu'aux médecins généralistes ne pratiquant pas d'IVG dans leur cabinet de ville. Nous nous sommes alors intéressés d'une part aux connaissances des médecins généralistes sur les IVG (modalités de prescription des IVG en médecine générale, médicaments utilisés et modalités d'administration, tarifications) et d'autre part aux différents obstacles que rencontraient cette population dans la prescription d'IVG en ville. L'analyse statistique a été réalisée grâce aux pourcentages calculés par le logiciel Google FORM.

III. RESULTATS

Sur 320 questionnaires envoyés, 103 ont été obtenus, donnant un taux de participations de 32,2%. Les médecins ont répondu de la manière suivante : réponses des médecins généralistes contactés par téléphone (n=0), réponses des médecins généralistes contactés par mail (n=53), réponses des internes contactés par mail (n=47), réponses des médecins généralistes ayant reçu le questionnaire en main propre (n=3).

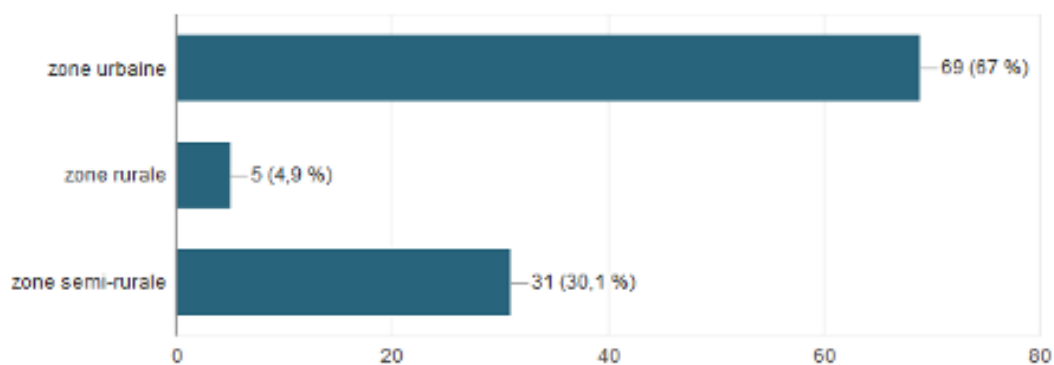
III.1. Caractéristiques de la population

Sur les 103 médecins ayant répondu, l'âge moyen est de 34 ans (écart-type : 10,7). On compte 36,9% d'hommes (n= 38) et 63,1% de femmes (n=65).

Parmi ces médecins, 67% travaillent en zone urbaine (n=69), 4,9% en zone rurale (n=5), et 30,1% en zone semi-rurale (n=31).

Dans quelle zone géographique exercez-vous?

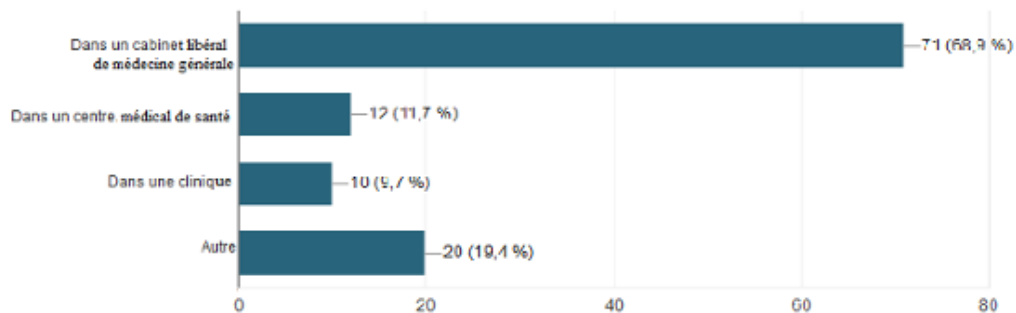
103 réponses



On remarque que la majorité des médecins généralistes ayant répondu travaillent en cabinet libéral de médecine générale, soit 68,9% (n=71), 11,7% travaillent dans un centre médical de santé (n=12), 9,7% dans une clinique (n=10) et 19,4% dans un autre type de structure (n=20).

Dans quel type d'établissement de santé travaillez-vous?

103 réponses

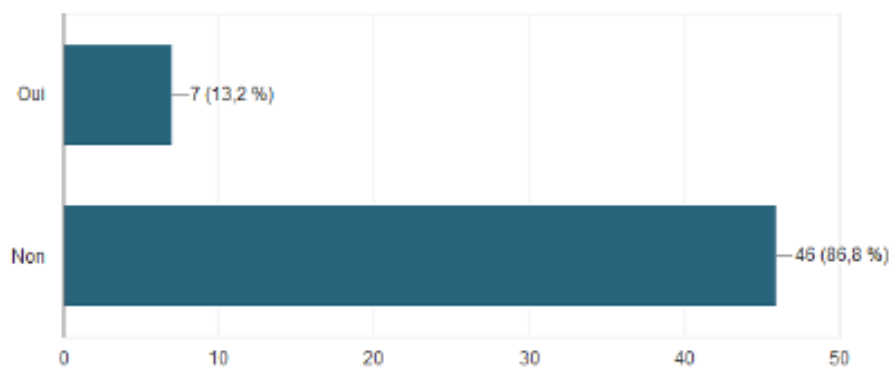


Dans la population interrogée, 89,3% des médecins n'ont jamais prescrit d'IVG (n=92).

Si on ne prend en compte que les médecins généralistes installés afin d'être plus représentatif de la population médicale exerçant actuellement, 86,8% des médecins généralistes installés n'ont jamais prescrit d'IVG au sein de leur cabinet (n=46), seuls 13,52% l'ont fait (n=7).

Avez vous déjà prescrit une IVG médicamenteuse dans votre cabinet de médecine générale?

53 réponses



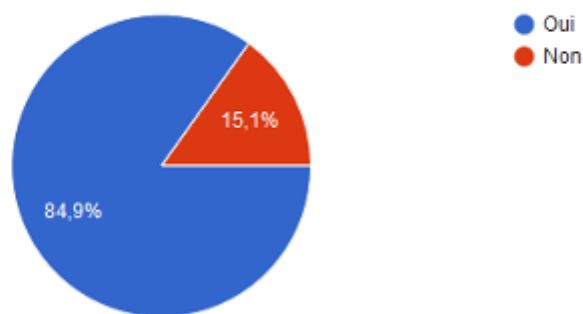
La deuxième partie du questionnaire ne concernait que les médecins n'ayant jamais prescrit d'IVG.

III.2. Description des connaissances et application des recommandations :

Parmi les Médecins généralistes n'ayant jamais prescrit d'IVG, 84.9% étaient informés de la possibilité d'en prescrire en ville (n=79).

Etiez-vous au courant de la possibilité de prescrire une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale?

93 réponses

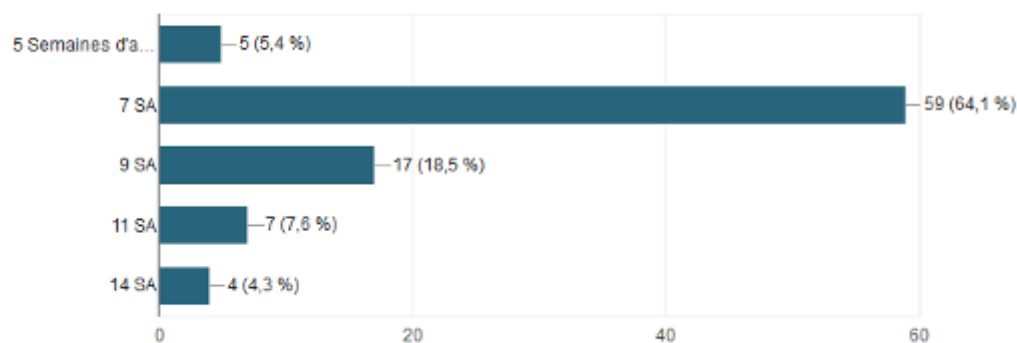


L'unique condition pour pouvoir prescrire une IVG en cabinet libéral de médecine générale est d'avoir signé une convention avec un établissement de santé possédant un service de gynécologie. 70,7% des médecins interrogés étaient informés de cette nécessité (n=65).

64,1% des médecins savent également que l'IVG peut se prescrire jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée soit 5 semaines de grossesse en cabinet de ville (n=59).

Selon vous, l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale se pratique jusqu'à:

92 réponses



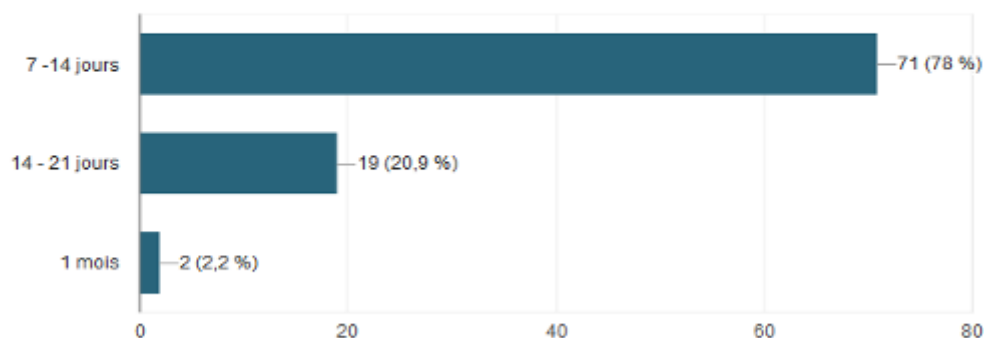
45,6% des médecins interrogés estiment que la confirmation de la grossesse doit s'effectuer par le dosage des HCG sanguins associés à l'échographie pelvienne (n=47), 24,3% pensent que seule l'échographie est nécessaire avant la prescription d'une IVG médicamenteuse (n=25), 16,5% des médecins généralistes ne prescriraient que le dosage du taux d'HCG sanguin avant de réaliser une IVG médicamenteuse (n=17), 1,9% pensent qu'il faut à la fois prescrire un test HCG sanguin et un test HCG urinaire (n=2) et 1% pensent que seul le test urinaire est suffisant (n=1).

De même, 35,9% médecins généralistes confirmeraient le succès d'une IVG médicamenteuse grâce au dosage des HCG sanguins (n=37). 21,4% pensent que seule l'échographie est recommandée (n=22). 30,1% des médecins pensent devoir prescrire le dosage de l'HCG sanguin et l'échographie dans ce cas de figure (n=31), 1% pensent que la confirmation doit se faire par un test urinaire seul (n=1), et 1% pense devoir l'associer à un test sanguin d'HCG (n=1).

En revanche seuls 20,9 % des médecins généralistes sont informés du délai de 14 à 21 jours pour réaliser ce test sanguin (n=19). La majorité des médecins généralistes (78%) pensent qu'il doit être réalisé dans un délai de 7 à 14 jours (n=71).

Le délai pour réaliser ce dernier est de combien de jours?

91 réponses

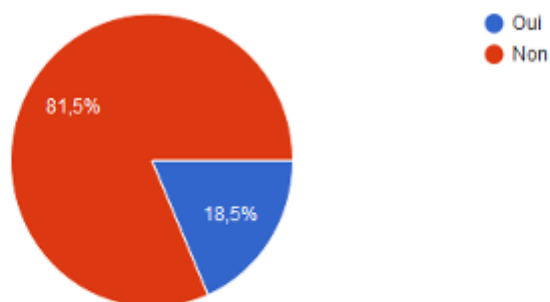


80,4% des médecins interrogés délivreraient directement les médicaments dans leur cabinet ce qui correspond aux recommandations de la HAS (n=74).

Comme nous l'avons vu précédemment, la tarification de l'IVG a été modifiée récemment (1er avril 2016). Seuls 18,5% des médecins sont au courant de ce nouveau tarif (n=17).

Êtes-vous au courant de la nouvelle tarification inhérente aux IVG médicamenteuses prescrites en cabinet de médecine générale?

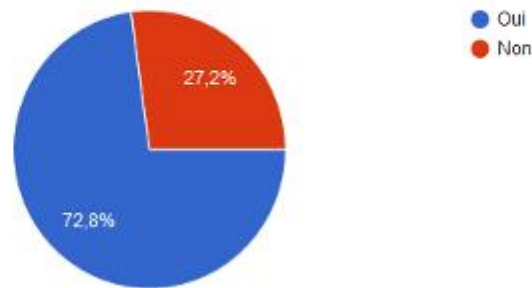
92 réponses



72,8% des médecins se disent intéressés par une formation sur les IVG médicamenteuses en médecine générale (n=67).

Seriez-vous intéressés par une formation sur les IVG médicamenteuses destinée aux médecins généralistes libéraux?

92 réponses

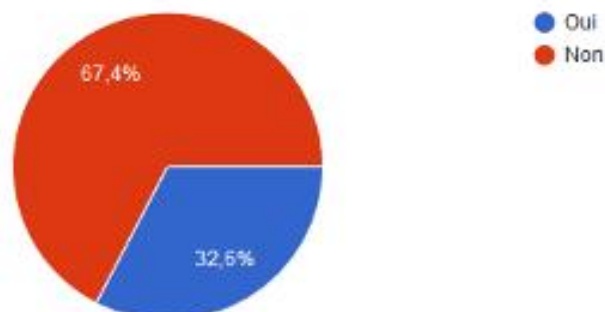


III.3. Population cible des IVG en Médecine Générale

Parmi les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit d'IVG, seuls 32,6% en auraient eu l'occasion (n=30), car 67,4% n'ont jamais eu de demande de cet ordre de la part de leurs patientes (n=62).

Avez-vous déjà eu une (ou des) demande(s) de prescription d'IVG médicamenteuse dans votre cabinet de médecine générale?

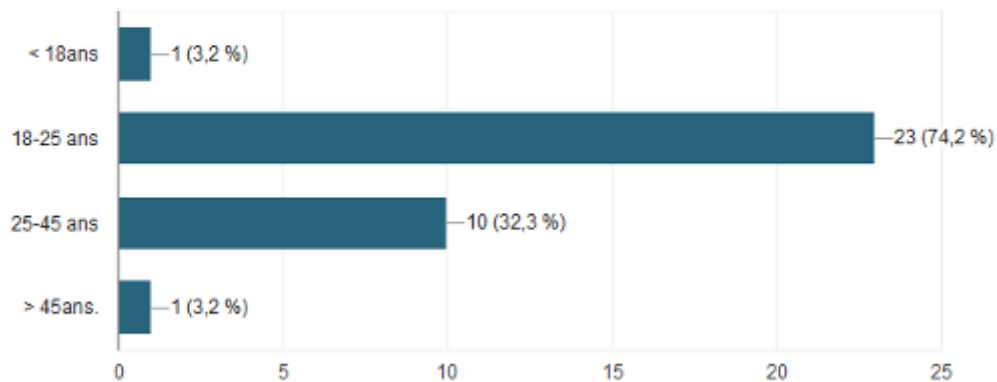
92 réponses



Les demandes concernaient principalement les femmes de 18 à 25ans (74,2%, n=23) et à moindre mesure les femmes de 25-45 ans (32,3%, n=10).

Si oui, la tranche d'âge des femmes concernées était majoritairement:

31 réponses



III.4. Principaux freins à la réalisation des IVG en Médecine Générale

Le dernier item recense les différents freins rencontrés en médecine générale pour la prescription des IVG médicamenteuses.

Les deux principaux freins rencontrés sont d'une part le manque de compétence des médecins généralistes dans ce domaine qui correspond à 58.9% des réponses des médecins interrogés (n=53), et d'autre part la crainte des complications médicales des IVG médicamenteuses avec un taux de réponses égal à 40% (n=36). 14,4% des médecins jugent que prescrire des IVG médicamenteuses en cabinet de ville impliquerait trop de contraintes administratives (n=13), 10% également n'adhèrent pas à la prescription de cet acte sur le plan éthique (n=9), 4,4% estiment que ce n'est pas assez rentable financièrement (n=4), 3,3% estiment que ce n'est pas du ressort de la médecine générale (n=3) et enfin 2,2% sont freinés par l'absence de cabinet de radiologie à proximité (n=2).

La question suivante était une question ouverte afin de permettre aux médecins interrogés d'étayer leur point de vue au sujet des obstacles rencontrés à la prescription d'IVG en cabinet de ville. Sur les 17 réponses obtenues, 7 évoquent le manque de formation comme principal frein, 5 également jugent leurs modalités de travail non compatibles avec la prescription d'IVG (clinique, SOS médecin, centre médical sans rendez-vous), 2 évoquent leur opposition à cette pratique et font référence à la clause de conscience, 2 médecins estiment que ce n'est pas du ressort de la médecine générale, et enfin 1 juge cet acte trop chronophage.

IV. DISCUSSION

IV.1. Forces et intérêts de l'étude

Notre étude donne lieu à une évaluation des pratiques concernant la prescription d'IVG chez le médecin généraliste à travers le questionnaire envoyé aux médecins généralistes et la connaissance de leur position vis à vis de cette pratique.

Il s'agit d'un sujet de santé publique intéressant qui présente un intérêt vis à vis des médecins, permettant d'évoquer d'éventuelles solutions afin d'améliorer l'offre de soin dans ce domaine et vis à vis des patientes qui semblent, d'après des études antérieures, satisfaites de la prise en charge des IVG médicamenteuses en cabinet de ville.

Notre enquête auprès des médecins généralistes n'est malheureusement pas exhaustive, avec un taux de réponses de 32%, mais fournit des tendances concernant leurs connaissances et les freins inhérents à la prescription des IVG médicamenteuses en médecine générale. De plus, cette étude permet d'évaluer l'impact de la nouvelle tarification proposée par la sécurité sociale concernant les IVG médicamenteuses chez les médecins généralistes.

IV.2. Faiblesses de l'étude

Notre étude est déclarative, elle est fondée sur les réponses des participants sans que celles-ci ne soient vérifiées. De plus, dans les Bouches du Rhône, l'âge moyen des médecins est de 50,8 ans et 48,1% des professionnels sont des femmes d'après l'atlas démographique du CNOM en 2016 (13). En revanche dans notre étude, l'âge moyen est de 34 ans et 63,1% des réponses provenaient de femmes. Notre étude n'est donc pas représentative des médecins généralistes des Bouches du Rhône.

Notre étude comporte un biais de sélection. En effet, les médecins généralistes contactés par mél n'ont pas été sélectionnés au hasard mais au moyen d'une liste non exhaustive d'adresses mail de médecins généralistes fournies par un médecin généraliste de notre connaissance. De plus, les questionnaires distribués en mains propres ont été adressés principalement aux médecins généralistes du 6ème, 8ème et 9ème arrondissement, plus proches géographiquement de notre lieu de travail.

Enfin notre étude présente également un biais de mesure. Le questionnaire est composé de questions simples et principalement fermées pour favoriser le taux de réponses. Cependant certaines réponses auraient pu comporter des zones de texte libre pour permettre aux participants de préciser leurs réponses. De plus, la question « *Si votre réponse précédente comprend la mention "autre", merci de détailler ci-après:* » n'a pas été comprise par certains participants, qui ont donné des réponses inadaptées (correspondantes aux items de la question précédente). Cette question aurait pu être plus précise.

IV.3. Étude des résultats

La prescription des IVG médicamenteuses est depuis 2004 accessible aux médecins généralistes des Bouches du Rhône. Malheureusement notre étude retrouve que les $\frac{3}{4}$ d'entre eux n'en ont encore jamais prescrit. Néanmoins, de nombreux médecins généralistes sont favorables au développement de cette pratique comme le montre une étude qualitative réalisée en Australie en 2015 auprès de 19 médecins généralistes. Les participants étaient en grande partie favorables à la pratique de l'avortement médicamenteux précoce en médecine générale, en tant que moyen d'accroître l'accès à l'avortement pour les femmes, en particulier dans les communautés rurales et régionales

(14). Une autre étude réalisée au Canada en 2015 interrogeait des étudiants en médecine au sujet des IVG. La majorité des étudiants interrogés avaient une attitude positive envers la légalité et la disponibilité de l'IVG au Canada. 35% avaient l'intention de choisir une spécialité dans laquelle la prescription d'IVG serait possible, mais moins de 30% avaient l'intention d'en prescrire, quelle que soit la méthode employée. Les deux obstacles principaux étaient le défaut de formation et l'absence de soutien social envers l'offre de service d'IVG (15).

Actuellement, les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire une IVG médicamenteuse en ville aux patientes enceintes durant les 7 premières semaines d'aménorrhée. La confirmation de la grossesse par dosage du taux d'HCG sanguin ou par une échographie n'est pas obligatoire pour les femmes certaines de la date de leurs dernières règles et/ou de la date du rapport sexuel à risque, pour lesquelles un examen clinique par un professionnel de santé formé est possible (9). Le terme de la grossesse étant très précoce pour les patientes réalisant une IVG médicamenteuse en médecine générale, l'échographie n'apporte parfois aucune information, la vésicule vitelline n'étant pas encore visible. D'après une étude réalisée à Vienne en Autriche entre 2004 et 2014, et à Göteborg en Suède entre 2012 et 2015 incluant 2643 femmes subissant une IVG médicamenteuse dans un délais inférieur à 49 jours de grossesse, parmi les 2 cohortes créées : les femmes pour qui la grossesse était visible à l'échographie, et les femmes pour qui elle ne l'était pas encore, 97,1% des IVG médicamenteuses réalisées dans la première cohorte ont réussi et 98,2% des IVG médicamenteuses de la deuxième cohorte ont également été réalisées avec succès ($p < 0,077$). Il n'y a donc pas de différence significative entre les IVG médicamenteuses réalisées avant la visualisation de la grossesse à l'échographie ou après que celle-ci ne le soit (8).

Néanmoins de nombreux freins à leur prescription sont encore présents en médecine générale. Le principal frein mis en relief par notre étude est l'absence de compétence du médecin généraliste dans le domaine de la gynécologie et plus principalement des IVG. Ce résultat est comparable avec celui d'une étude qualitative réalisée en Australie auprès de 28 médecins généralistes en 2017. En effet trois freins principaux avaient été mis en évidence : d'une part l'avortement dépassait le cadre de leur pratique, d'autre part il était question des objections religieuses ou morales des médecins généralistes interrogés et enfin de la difficulté à se procurer les médicaments nécessaires à l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville **(16)**.

Le deuxième frein concernant la prescription des IVG médicamenteuses en médecine générale concerne la crainte des complications secondaires à leur réalisation. Plusieurs études ont été réalisées permettant de démontrer l'efficacité et la fiabilité de cette pratique y compris en médecine générale. On retrouve notamment une étude descriptive réalisée en France en 2011 concernant 150 médecins du réseau REHVO (dont plus de la moitié sont médecins généralistes, et trois d'entre eux sont appelés les « principaux fournisseurs » car ils réalisaient plus de la moitié des IVG du réseau). Le taux d'efficacité global des IVG médicamenteuses est égal à 97,43% (96,48% pour les gynécologues, 96,44% pour les médecins généralistes et 98,31% pour les « principaux fournisseurs »). Si bien que l'on peut conclure d'une part que l'IVG médicamenteuse précoce à la maison est une méthode fiable et sûre et d'autre part, qu'elle soit réalisée par un gynécologue ou par un médecin traitant, il n'y a pas de différence significative sur le plan de son efficacité **(17)**.

Une autre étude a été réalisée en République Tchèque entre 2014 et 2016, étudiant le taux d'efficacité des IVG médicamenteuses jusqu'à 7SA, entre 2014 et 2016. Parmi les 1820

femmes concernées, le taux de réussite des IVG médicamenteuses était de 91.9% **(18)**.

Une troisième étude réalisée en Pennsylvanie, New York et Philadelphie entre 2001 et 2005 évaluait les procédures d'IVG en ville par voie médicamenteuse et par aspiration. Parmi les 2550 patientes incluses, 96% ont bénéficié d'une IVG soit médicamenteuse (n=1309) soit chirurgicale (n=1149). Le taux d'IVG médicamenteuses réussies sans complication est de 96,5% et 96.2% par aspiration. Ce sont donc deux moyens efficaces d'IVG en médecine générale dans ces villes **(19)**.

Néanmoins une étude réalisée en France en 2008 comparant le taux de réussite des IVG médicamenteuses réalisées à l'hôpital ou à domicile pour 305 patients retrouve des résultats plus modérés concernant l'efficacité de l'IVG médicamenteuse à domicile. En effet, le taux de réussite de l'IVG médicamenteuse était 86,7% à la maison contre 95,8% à l'hôpital. Le taux d'échec de l'avortement médicamenteux est donc plus élevé à la maison et est dû aux aspirations pour l'avortement incomplet. Cependant la procédure à la maison semble être plus acceptable qu'à l'hôpital **(20)**.

Par ailleurs, les complications liées à l'IVG médicamenteuse sont relativement rares. Dans une étude rétrospective californienne publiée en 2014 sur plus de 50 000 IVG, le taux de recours aux urgences hospitalières pour une complication liée à l'avortement était de 0,87 % (dont 0,03 % nécessitant un transfert dans un autre hôpital), le taux de complications majeures était de 0,23 % (IVG instrumentale = 0,16 % et IVG médicamenteuse = 0,31 %) et le taux de global de complications de 2,1 % (IVG instrumentale = 1,3 % et IVG médicamenteuse = 5,2 %). **(21)**

Dans notre questionnaire, les réponses des médecins généralistes concernant les recommandations inhérentes à la réalisation des IVG médicamenteuses en cabinet de ville sont partiellement erronées. De plus, 72,8% des médecins généralistes interrogés seraient

intéressés par une formation sur les IVG médicamenteuses en ville. Il en découle que la formation des médecins généralistes dans ce domaine est actuellement incomplète. C'est ce que démontre une étude réalisée en Malaisie en 2011 où 90% des étudiants interrogés jugeaient leur formation insuffisante **(22)**. Une autre étude réalisée en 2015 à New York étudie la propension des manuels de médecine générale à fournir des informations suffisantes dans le secteur de la gynécologie. Au sujet des IVG, seuls 4 manuels sur 12 abordent le sujet. Cette étude montre donc que les manuels de médecine générale ne fournissent pas uniformément et suffisamment d'informations sur les sujets de gynécologie en médecine générale **(23)**.

Notre étude retrouve que 67,4% des médecins interrogés qui n'ont jamais prescrit d'IVG médicamenteuses en cabinet, n'ont jamais eu de demande de cet ordre par leurs patientes. Il est donc licite de s'interroger sur la volonté des patientes elles-mêmes de réaliser la prise en charge de leur IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale. Plusieurs études ont démontré que les femmes étaient satisfaites de la prise en charge de leurs IVG en médecine générale. C'est le cas d'une étude réalisée en 2016 à New-York, qui montre que les femmes étaient satisfaites de la prise en charge de leur IVG médicamenteuse par leur médecin généraliste de par le climat de confiance instauré. Selon l'étude, elles recommanderaient ce milieu de réalisation à d'autres femmes désireuses d'IVG **(24)**. Une autre étude décrit également la satisfaction des patientes concernant les expériences d'IVG dans des centres universitaires de médecine familiale en milieu urbain entre 2009 et 2010 à New York, et montre que 93% des patientes étaient très satisfaites de ce lieu de prise en charge notamment grâce aux interactions positives avec leurs médecins de famille **(25)**.

Enfin, 4,4% des médecins généralistes interrogés estiment que la prescription de l'IVG médicamenteuse n'est pas assez rentable sur le plan financier. A partir du 1er mars 2018, le CYTOTEC® (Misoprostol), principal médicament utilisé dans l'IVG médicamenteuse en ville en association avec la MIFEGYNE® (Mifépristone), se voit retiré du marché en raison d'un usage majoritaire hors AMM en gynécologie-obstétrique (26). Son coût était relativement faible (18,26€ la boîte de 60 comprimés soit 30 centimes d'euro le comprimé). L'IVG médicamenteuse doit nécessairement se pratiquer au moyen d'une autre prostaglandine, à savoir le GYMISO® (au prix de 13,88€ la boîte de 2 comprimés soit 6,94€ le comprimé), ou encore le MISOONE® (comprimé unique à 13,88€) (27). Le forfait tarifaire ayant été revu à la baisse lors de sa réfection en 2016 ne prend pas encore en compte ces nouveaux paramètres qui peuvent donc constituer un frein majeur à la prescription des IVG médicamenteuses en médecine générale.

IV.4. Ouverture : Comment accroître la prescription d'IVG médicamenteuses par les médecins généralistes?

Face au faible taux de prescriptions d'IVG médicamenteuses en médecine de ville, nous pouvons nous interroger quant aux solutions qui permettraient de l'accroître. Le délai de prise en charge des IVG médicamenteuses en médecine générale est limité à 7SA. Compte tenu du fait que de nombreuses grossesses sont diagnostiquées plus tardivement, beaucoup de patientes ne sont donc plus candidates pour une prise en médecine générale. C'est dans cette optique qu'une étude a été réalisée en 2011 à Curaçao, permettant d'évaluer si le taux d'efficacité des IVG réalisées en médecine générale restait le même si le délai légal de prescription des IVG était retardé. Le taux de réussite des IVG médicamenteuses par administration buccale de MISOPROSTOL 24-36h après la MIFEPRISTONE, chez 330 femmes, jusqu'à 70 jours d'aménorrhée (10 SA) en médecine

générale était de 97.7%, montrant une différence non significative par rapport au taux de réussite à 7SA (28).

Un autre moyen d'augmenter le taux des prescriptions des IVG médicamenteuses en ville serait de diagnostiquer plus précocement les grossesses. Une étude a été réalisée en 2014 aux Etats-Unis auprès de 592 femmes. 48% d'entre elles ont bénéficié d'une IVG au second trimestre de leur grossesse. Les facteurs influençant les retards diagnostiques de grossesse retrouvés dans cette étude sont : les tests de grossesse faits tardivement, les règles irrégulières, l'absence de connaissance d'une période féconde dans le cycle menstruel (29). Il faudrait donc améliorer la sensibilisation à la santé sexuelle par l'éducation des patientes.

V. CONCLUSION

Cette étude participe à la réflexion sur les obstacles qui entravent la prescription des IVG médicamenteuses en médecine générale. Possible jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée en cabinet de ville, l'augmentation de leurs prescriptions permettrait d'accroître l'offre de soin auprès des patientes concernées. Actuellement, les 3/4 des médecins interrogés n'ont pas intégré la réalisation des IVG médicamenteuses dans leur pratique courante pour différentes raisons telles que le manque de compétence dans ce domaine ou encore la crainte des complications médicales, et parmi eux, 15% n'étaient pas même au courant de cette possibilité. Il semble donc nécessaire d'une part d'améliorer la formation des médecins généralistes dans ce domaine et d'autre part de perfectionner les moyens d'information adressés aux médecins généralistes sur ce sujet.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (dite loi « Veil ») du code de la santé publique.
- (2) Loi n°82-1172, du code de la santé publique. JO n°1 du 1er janvier 1983.
- (3) loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 ,article L. 2212-2 du Code de la santé publique.
- (4) Article R.4127-18 du code de la santé publique.
- (5) « Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques » n°1013, juin 2017. Consulté le 18 décembre 2017. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf.
- (6) « Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques » n°1013, juin 2017. Consulté le 18 décembre 2017. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf.
- (7) « cngof-2016-livg-medicamenteuse.pdf ». Consulté le 30 décembre 2017. <http://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>.
- (8) Bizjak, I., C. Fiala, L. Berggren, H. Hognert, I. Sääv, J. Bring, et K. Gemzell-Danielsson. « Efficacy and Safety of Very Early Medical Termination of Pregnancy: A Cohort Study ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 124, n° 13 (décembre 2017): 1993-99. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14904>.
- (9) Faucher, P. « Complications de l'interruption volontaire de grossesse ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 45 (1 novembre 2016). <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.016>.
- (10) « Haute Autorité de Santé - Interruption médicamenteuse de grossesse : Les protocoles à respecter ». s. d. Consulté le 25 février 2018. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2021610/fr/interruption-medicamenteuse-de-grossesse-les-protocoles-a-respecter.
- (11) Bettahar-Lebugle, Karima, A Pinton, Thomas Boisramé, V Cavillon, Sophie Wylomanski, Israël Nisand, et Danielle Hassoun. « Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1 novembre 2016. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.033>.
- (12) « Interruption volontaire de grossesse : votre prise en charge ». s. d. Consulté le 25 février 2018. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraction-ivg/ivg>.

- (13) « atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf ». s. d. Consulté le 25 février 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf.
- (14) Newton, Danielle, Chris Bayly, Kathleen McNamee, Marie Bismark, Annarella Hardiman, Amy Webster, and Louise Keogh. 2016. ““...a One Stop Shop in Their Own Community’: Medical Abortion and the Role of General Practice.” *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 56 (6):648–54. <https://doi.org/10.1111/ajo.12507>.
- (15) Myran, Daniel T., Caitlin L. Carew, Jingyang Tang, Helena Whyte, and William A. Fisher. 2015. “Medical Students’ Intentions to Seek Abortion Training and to Provide Abortion Services in Future Practice.” *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal D’obstetrique et Gynecologie Du Canada: JOGC* 37 (3):236–44. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30309-1](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30309-1).
- (16) Dawson, Angela J., Rachel Nicolls, Deborah Bateson, Anna Doab, Jane Estoesta, Ann Brassil, and Elizabeth A. Sullivan. 2017. “Medical Termination of Pregnancy in General Practice in Australia: A Descriptive-Interpretive Qualitative Study.” *Reproductive Health* 14 (1):39. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0303-8>.
- (17) Gaudu, Sophie, Monique Crost, and Laurence Esterle. 2013. “Results of a 4-Year Study on 15,447 Medical Abortions Provided by Privately Practicing General Practitioners and Gynecologists in France.” *Contraception* 87 (1):45–50. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.006>.
- (18) Slunska, P., J. Hanacek, M. Fanta, B. Sehnal, R. Gerychová, A. Hola, A. Zdenkova, H. Neumannová, M. Dziakova, and M. Lubusky. 2017. “Management of Medical Termination of Pregnancy (MToP) up until the 7th Week of Gestation in the Czech Republic.” *Ceska Gynekologie* 82 (5):1–8.
- (19) Bennett, Ian M., Margaret Baylson, Karin Kalkstein, Ginger Gillespie, Scarlett L. Bellamy, and Joan Fleischman. 2009. “Early Abortion in Family Medicine: Clinical Outcomes.” *Annals of Family Medicine* 7 (6):527–33. <https://doi.org/10.1370/afm.1051>.
- (20) Upadhyay, Ushma D., Sheila Desai, Vera Zlidar, Tracy A. Weitz, Daniel Grossman, Patricia Anderson, et Diana Taylor. « Incidence of Emergency Department Visits and Complications after Abortion ». *Obstetrics and Gynecology* 125, n° 1 (janvier 2015): 175-83. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000603>.
- (21) Provansal, M., R. Mimari, B. Grégoire, A. Agostini, X. Thirion, et M. Gamerre. « [Medical abortion at home and at hospital: a trial of efficacy and acceptability] ». *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité* 37, n° 11-12 (décembre 2009): 850-56. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2009.07.016>.

- (22) Tey, Nai-peng, Siew-yong Yew, Wah-yun Low, Lela Su'ut, Prachi Renjhen, M. S. L. Huang, Wen-ting Tong, and Siow-li Lai. 2012. "Medical Students' Attitudes toward Abortion Education: Malaysian Perspective." *PloS One* 7 (12):e52116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052116>.
- (23) Schubert, Finn D., Sarp Akse, Ariana H. Bennett, Nancy R. Glassman, and Marji Gold. 2015. "A Review of Contraception and Abortion Content in Family Medicine Textbooks." *Family Medicine* 47 (7):524–28.
- (24) Summit, Aleza K., Lauren M. J. Casey, Ariana H. Bennett, Alison Karasz, and Marji Gold. 2016. "“I Don't Want to Go Anywhere Else”: Patient Experiences of Abortion in Family Medicine." *Family Medicine* 48 (1):30–34.
- (25) Wu, Justine P., Emily M. Godfrey, Linda Prine, Kathryn L. Andersen, Honor MacNaughton, and Marji Gold. 2015. "Women's Satisfaction with Abortion Care in Academic Family Medicine Centers." *Family Medicine* 47 (2):98–106.
- (26) « Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ». Consulté le 26 février 2018. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Cytotec-misoprostol-arret-de-commercialisation-a-compter-du-1er-mars-2018-Communique>.
- (27) « CNGOF_2013_FINAL_AVIS_misoprostol.pdf ». Consulté le 26 février 2018. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_AVIS_misoprostol.pdf.
- (28) Boersma, Adriana A., Betty Meyboom-de Jong, and Gunilla Kleiverda. 2011. "Mifepristone Followed by Home Administration of Buccal Misoprostol for Medical Abortion up to 70 Days of Amenorrhoea in a General Practice in Curaçao." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception* 16 (2):61–66. <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.555568>.
- (29) Swanson, Megan, Deborah Karasek, Eleanor Drey, and Diana Greene Foster. 2014. "Delayed Pregnancy Testing and Second-Trimester Abortion: Can Public Health Interventions Assist with Earlier Detection of Unintended Pregnancy?" *Contraception* 89 (5):400–406. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.008>.

VII.ABREVIATIONS

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

DROM : départements et régions d'Outre-mer

IVG : interruption volontaire de grossesse

DREES : direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

REHVO : réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Le Questionnaire

Les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en médecine générale dans les Bouches du Rhône.

En 2016, 211 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont eu lieu en France. Ces chiffres concernent principalement les femmes de 20 à 24ans, soient 26 femmes sur 1000, 2/3 de ces femmes avaient une méthode contraceptive. Cet acte potentiellement prescriptible en médecine générale se réalise majoritairement dans des établissements de santé ou dans des centres de gynécologie sociaux.

En France, les délais d'attente pour réaliser une IVG sont trop longs, l'appui des médecins généralistes est précieux pour la régularisation de cette attente, aussi j'aimerais à travers ce questionnaire faire ressortir les principaux freins des médecins généralistes à la réalisation des IVG médicamenteuses en médecine générale dans les Bouches du Rhône.

Je vous remercie par avance de votre participation.

*Obligatoire

Âge du médecin? *

.....

Sexe du médecin? *

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

Avez-vous des enfants? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Dans quel département exercez-vous? *

Dans quelle zone géographique exercez-vous? *

- ☐ zone urbaine
- ☐ zone rurale
- ☐ zone semi-rurale

Dans quel type d'établissement de santé travaillez-vous? *

- ☐ Dans un cabinet libéral de médecine générale
- ☐ Dans un centre médical de santé
- ☐ Dans une clinique privée
- ☐ Autre

Avez-vous déjà prescrit une IVG médicamenteuse dans votre cabinet de médecine générale? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si votre réponse à la question précédente est négative, merci de poursuivre ce questionnaire. Dans le cas contraire, je vous remercie de votre participation et vous laisse cliquer sur la case "envoyer" située en bas du questionnaire.

Etiez-vous au courant de la possibilité de prescrire une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Selon vous, quelle(s) obligation(s) sont nécessaires pour pouvoir prescrire une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale?

- ☐ Avoir eu un DIU de gynécologie?
- ☐ Avoir le titre de Docteur en médecine?
- ☐ Avoir passé une convention avec un établissement de santé possédant un service de gynécologie?
- ☐ Avoir un centre d'échographie dans la même ville?
- ☐ Avoir un service de gynécologie dans la même ville?
- ☐ Avoir un laboratoire d'analyses médicales dans la même ville?

Selon vous, l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale se pratique jusqu'à:

- ☐ 5 Semaines d'aménorrhée (SA)
- ☐ 7 SA
- ☐ 9 SA
- ☐ 11 SA
- ☐ 14 SA

Selon vous, la grossesse doit être confirmée par:

- ☐ HCG urinaires
- ☐ HCG sanguins
- ☐ Echographie

Selon vous, le contrôle du succès de l'IVG médicamenteuse se réalise par :

- ☐ HCG urinaires
- ☐ HCG sanguins
- ☐ échographie

Le délai pour réaliser ce dernier est de combien de jours?

- ☐ 7 -14 jours
- ☐ 14 - 21 jours
- ☐ 1 mois

Sur le plan pratique, les médicaments utilisés (mifépristone et misoprostol):

- ☐ doivent être prescrits à la patiente sur une ordonnance simple?
- ☐ doivent être prescrits à la patiente sur une ordonnance sécurisée?
- ☐ doivent être délivrés au cabinet de médecine générale?

Êtes-vous au courant de la nouvelle tarification inhérente aux IVG médicamenteuses prescrites en cabinet de médecine générale?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà eu une (ou des) demande(s) de prescription d'IVG médicamenteuse dans votre cabinet de médecine générale?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, la tranche d'âge des femmes concernées était majoritairement:

- ☐ < 18ans
- ☐ 18-25 ans
- ☐ 25-45 ans
- ☐ > 45ans.

Seriez-vous intéressés par une formation sur les IVG médicamenteuses destinée aux médecins généralistes libéraux?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous ne prescrivez pas d'IVG médicamenteuse dans votre cabinet de médecine générale car:

- ☐ Vous n'étiez pas au courant que cela était possible.
- ☐ Vous jugez qu'il y a trop de contraintes administratives.
- ☐ Vous ne vous sentez pas personnellement suffisamment compétent dans ce domaine.
- ☐ Vous estimez que ce n'est pas du ressort de la médecine générale.
- ☐ Vous n'avez pas de centre de radiologie à proximité.
- ☐ Vous n'avez pas de laboratoire à proximité.
- ☐ Cet acte n'est pas assez rentable financièrement.
- ☐ Vous craignez les complications médicales des IVG médicamenteuses.
- ☐ Vous n'adhérez pas à la prescription de cet acte sur le plan éthique.
- ☐ Autre

Si votre réponse précédente comprend la mention "autre", merci de détailler ci-après:

Annexe 2 : Convention type entre un médecin généraliste et un établissement de santé :



Code de la santé publique

Annexes :

ANNEXE DE LA DEUXIÈME PARTIE CONVENTION TYPE FIXANT LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES MEDECINS REALISENT, HORS ETABLISSEMENT DE SANTE, LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE MENTIONNEE A L'ARTICLE R.2212-9.

Annexe 22-1

Modifié par Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 6

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

Ou

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

Ou

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

Ou

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

Art. 1er. - L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11.

Le centre de santé ou le centre de planification ou d'éducation familiale signataire de la convention justifie de la qualification des médecins concernés.

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le cosignataire de la présente convention. 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.

Art. 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.

Art. 3 - Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Art. 4 - L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Art. 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 cosignataire de la présente convention adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse pratiquées.

Art. 6 - L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique ou, à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, au médecin inspecteur de santé publique, ou, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au médecin inspecteur territorialement compétent.

Art. 7 - La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Art. 8 - Une copie de la présente convention est transmise, pour information :

Par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'à la direction des affaires sanitaires et sociales ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au représentant de l'Etat ainsi qu'au service des affaires sanitaires et sociales ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au représentant de l'Etat ainsi qu'au service des affaires sanitaires et sociales territorialement compétent ;

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,

1° Pour Mayotte, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par le centre de santé, au conseil départemental de l'ordre des médecins, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la direction des affaires sanitaires et sociales, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au service des affaires sanitaires et sociales, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par le centre de planification familiale ou d'éducation familiale, au conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil général, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par la commune, au conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil général, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

Ou

Par le conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

1° Pour Mayotte, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents.

RESUME :

Introduction :

Depuis 2004 les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. En 2016, 211 900 IVG ont été réalisés en France, ce taux est stable depuis 2006. On constate qu'à peine un quart des IVG médicamenteuses se déroulent hors établissement de santé en PACA, région où le taux d'IVG est le 4ème plus important de France.

Objectif :

Faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes au sujet de l'IVG médicamenteuse et de sa pratique en cabinet de ville, et recenser les différents freins à sa réalisation en médecine générale.

Matériels et méthode :

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive réalisée entre septembre 2017 et mars 2018 destinée aux médecins généralistes des Bouches du Rhône. Un auto-questionnaire a été envoyé à 325 médecins généralistes dans la région concernée, dont 75 internes en médecine générale. Le questionnaire comportait 20 items permettant dans une première partie de définir le profil sociodémographique du médecin interrogé, et dans une seconde ne concernant que les médecins ne pratiquant pas d'IVG médicamenteuse en cabinet, d'évaluer leurs connaissances à ce sujet et les différents freins à leur prescription en ville. L'analyse statistique a été réalisée grâce aux pourcentages calculés par le logiciel Google FORM.

Résultats :

Sur 320 questionnaires envoyés, 103 réponses ont été obtenues, donnant un taux de participation de 32,2%. L'âge moyen était de 34 ans. Dans la population interrogée, 89,3% des médecins n'ont jamais prescrit d'IVG. Parmi les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit d'IVG, 84,9% étaient informés de la possibilité d'en prescrire en ville (n=79). Les connaissances des médecins généralistes au sujet de l'IVG médicamenteuse en ville sont parfois erronées. 72,8% des médecins se disent intéressés par une formation sur les IVG médicamenteuses en médecine générale.

Les principaux freins retrouvés dans cette enquête sont : le manque de compétence des médecins généralistes dans ce domaine (58,9%), la crainte des complications médicales des IVG médicamenteuses (40%), la surcharge de contraintes administratives (14,4%), et enfin l'absence d'adhésion sur le plan éthique (10%).

Conclusion :

Les 3/4 des médecins interrogés n'ont pas intégré la réalisation des IVG médicamenteuses dans leur pratique courante pour différentes raisons telles que le manque de compétence dans ce domaine ou encore la crainte des complications médicales, et parmi eux, 15% n'étaient pas même au courant de cette possibilité. Il semble donc nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes sur ce sujet et de perfectionner les moyens d'information adressés aux médecins généralistes dans ce domaine.

Mots-clés :

Interruption volontaire de grossesse (IVG) | IVG médicamenteuse | étude.

ABSTRACT :

Background :

Since 2004 general practitioners (GPs) have the possibility to prescribe induced abortions, up to 7 weeks of amenorrhea. In 2016, 211,900 PGI were performed in France, this rate has been stable since 2006. We note that barely a quarter of drug-induced abortions take place outside health care facilities in the PACA region where the abortion rate is the 4th highest in France.

Aims:

Make a statement of the place of knowledge of general practitioners about drug induced abortion and its practice in the city office, and identify the various obstacles to its implementation in general practice.

Materials and methods:

This is a descriptive cross-sectional survey conducted between September 2017 and March 2018 for GPs in Bouches du Rhône. A self-questionnaire was sent to 325 GPs in the region concerned, including 75 interns in general practice. The questionnaire consisted of 20 items, in the first part of which it was possible to define the socio-demographic profile of the physician questioned, and in a second part concerning only GPs who were not practicing IVG in office, to evaluate their knowledge on this subject and the different brakes to their prescription in town. The statistical analysis was performed using the percentages calculated by the Google FORM software.

Results:

Out of 320 questionnaires sent, 103 answers were obtained, giving a participation rate of 32.2%. The average age was 34 years old. In the surveyed population, 89.3% of physicians never prescribed abortion. Among GPs who had never prescribed abortion, 84.9% were aware of the possibility of prescribing it in the city. The knowledge of GPs about drug-induced abortion in the city is sometimes wrong. 72.8% of physicians say they are interested in training in drug-induced abortion in general practice.

The main obstacles found in this survey are: the lack of competence of GPs on this subject (58.9%), the fear of medical complications of drug-induced abortion (40%), the overload of administrative constraints (14.4 %), and finally the absence of ethical adherence (10%).

Conclusion:

3/4 of the GPs surveyed did not integrate the implementation of drug-induced abortion in their current practice for various reasons such as lack of competence in this area or fear of medical complications, and among them, 15% were not even aware of this possibility. It seems necessary to improve the training of GPs in this subject and to improve the means of information addressed to GPs.

Keywords :

Abortion | drug induced abortion | study.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUME :

Introduction : Depuis 2004 les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. En 2016, 211 900 IVG ont été réalisés en France, ce taux est stable depuis 2006. On constate qu'à peine un quart des IVG médicamenteuses se déroulent hors établissement de santé en PACA, région où le taux d'IVG est le 4ème plus important de France.

Objectif : Faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes au sujet de l'IVG médicamenteuse et de sa pratique en cabinet de ville, et recenser les différents freins à sa réalisation en médecine générale.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une enquête transversale descriptive réalisée entre septembre 2017 et mars 2018 destinée aux médecins généralistes des Bouches du Rhône. Un auto-questionnaire a été envoyé à 325 médecins généralistes dans la région concernée, dont 75 internes en médecine générale. Le questionnaire comportait 20 items permettant dans une première partie de définir le profil sociodémographique du médecin interrogé, et dans une seconde ne concernant que les médecins ne pratiquant pas d'IVG médicamenteuse en cabinet, d'évaluer leurs connaissances à ce sujet et les différents freins à leur prescription en ville. L'analyse statistique a été réalisée grâce aux pourcentages calculés par le logiciel Google FORM.

Résultats : Sur 320 questionnaires envoyés, 103 réponses ont été obtenues, donnant un taux de participation de 32,2%. L'âge moyen était de 34 ans. Dans la population interrogée, 89,3% des médecins n'ont jamais prescrit d'IVG. Parmi les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit d'IVG, 84,9% étaient informés de la possibilité d'en prescrire en ville (n=79). Les connaissances des médecins généralistes au sujet de l'IVG médicamenteuse en ville sont parfois erronées. 72,8% des médecins se disent intéressés par une formation sur les IVG médicamenteuses en médecine générale.

Les principaux freins retrouvés dans cette enquête sont : le manque de compétence des médecins généralistes dans ce domaine (58,9%), la crainte des complications médicales des IVG médicamenteuses (40%), la surcharge de contraintes administratives (14,4%), et enfin l'absence d'adhésion sur le plan éthique (10%).

Conclusion : Les 3/4 des médecins interrogés n'ont pas intégré la réalisation des IVG médicamenteuses dans leur pratique courante pour différentes raisons telles que le manque de compétence dans ce domaine ou encore la crainte des complications médicales, et parmi eux, 15% n'étaient pas même au courant de cette possibilité. Il semble donc nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes sur ce sujet et de perfectionner les moyens d'information adressés aux médecins généralistes dans ce domaine.

Mots-clés : Interruption volontaire de grossesse (IVG) | IVG médicamenteuse | étude.

ABSTRACT :

Background : Since 2004 general practitioners (GPs) have the possibility to prescribe induced abortions, up to 7 weeks of amenorrhea. In 2016, 211,900 PGI were performed in France, this rate has been stable since 2006. We note that barely a quarter of drug-induced abortions take place outside health care facilities in the PACA region where the abortion rate is the 4th highest important of France.

Aims: Make a statement of the place of knowledge of general practitioners about drug induced abortion and its practice in the city office, and identify the various obstacles to its implementation in general practice.

Materials and methods: This is a descriptive cross-sectional survey conducted between September 2017 and March 2018 for Gps in Bouches du Rhône. A self-questionnaire was sent to 325 GPs in the region concerned, including 75 interns in general practice. The questionnaire consisted of 20 items, in the first part of which it was possible to define the socio-demographic profile of the physician questioned, and in a second part concerning only Gps whose not practicing IVG in office, to evaluate their knowledge on this subject and the different brakes to their prescription in town. The statistical analysis was performed using the percentages calculated by the Google FORM software.

Results: Out of 320 questionnaires sent, 103 answers were obtained, giving a participation rate of 32.2%. The average age was 34 years old. In the surveyed population, 89.3% of physicians never prescribed abortion. Among Gps who had never prescribed abortion, 84.9% were aware of the possibility of prescribing it in the city. The knowledge of GPs about drug-induced abortion in the city is sometimes wrong. 72.8% of physicians say they are interested in training in drug-induced abortion in general practice.

The main obstacles found in this survey are: the lack of competence of Gps on this subject (58.9%), the fear of medical complications of drug-induced abortion (40%), the overload of administrative constraints (14.4 %), and finally the absence of ethical adherence (10%).

Conclusion: 3/4 of the GPs surveyed did not integrate the implementation of drug-induced abortion in their current practice for various reasons such as lack of competence in this area or fear of medical complications, and among them, 15% were not even aware of this possibility. It seems necessary to improve the training of GPs in this subject and to improve the means of information addressed to Gps.

Keywords : Abortion | drug induced abortion | study.