

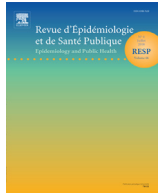


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Article original

## Médecine générale de ville et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en région Grand Est, France

### *General medical practice and medicinal voluntary termination of pregnancy in Grand Est, France*

H. Leroy<sup>a,\*</sup>, M. Creutz-Leroy<sup>b</sup>, J.-M. Boivin<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Département de médecine générale, faculté de médecine de Nancy, université de Lorraine, 7, rue de Laxou, 54000 Nancy, France

<sup>b</sup> Réseau périnatal Lorrain (RPL), 10, avenue du Dr Heydenreich, 54000 Nancy, France

<sup>c</sup> CIC-P Inserm de Nancy, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 juillet 2017

Accepté le 19 septembre 2018

Disponible sur Internet le 22 octobre 2018

Mots clés :

Médecine générale  
IVG médicamenteuse

Keywords:

General medicine  
Medical abortion

#### RÉSUMÉ

**Contexte.** – L'accès à l'interruption volontaire de grossesse est une priorité nationale. Après sa légalisation en 1975, différentes lois ont concouru à améliorer cet accès avec notamment la loi de 2004 permettant une activité d'orthogénie par les médecins de ville, complétée en 2016 par la loi de modernisation du système de santé. L'organisation de l'accès à l'avortement sur le Grand Est répond globalement à la législation et le respect des recommandations est acceptable. Cependant, l'activité libérale est minoritaire. Les gynécologues libéraux et hospitaliers étant rares sur certains territoires, les médecins généralistes semblent être des acteurs de premier recours. L'objectif de ce travail était de décrire l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville conventionnés dans le Grand Est.

**Matériel et méthode.** – Le recueil de données a été réalisé à partir d'entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des médecins généralistes ayant une pratique d'orthogénie dans le Grand Est.

**Résultats.** – Quinze médecins conventionnés ont été recensés, 12 proposaient réellement une activité d'orthogénie et 7 avaient une pratique effective. La motivation principale des professionnels est l'amélioration de l'accès à l'avortement. La réponse à une demande des patientes et l'intérêt pour la gynécologie sont également évoqués. L'ensemble des recommandations n'est pas toujours appliqué. Les professionnels rapportent des bénéfices pour leur pratique avec un service rendu aux patientes et une diversification de leur activité. En revanche, ils déplorent un défaut de valorisation de cette activité chronophage. Ces prises en charge sont personnalisées et permettent une meilleure confidentialité pour la patiente mais le risque de complications et l'expulsion à domicile restent limitant.

**Discussion.** – Si l'activité d'orthogénie en ville par les médecins généralistes semble un bon axe pour l'amélioration du délai et de la qualité des prises en charge, de nombreux freins ont été identifiés comme la particularité de cette pratique, son caractère chronophage, son manque de valorisation et de visibilité ainsi que la difficulté à respecter les recommandations.

**Conclusion.** – Le développement de cette activité est nécessaire pour maintenir une réponse adaptée au droit à l'avortement, mais des actions pour lever certains freins sont à mettre en place.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Background.** – Access to VTOP (Voluntary Termination of Pregnancy) is a national priority in France. Once legalized in 1975, several laws contributed to improve access to VTOP, such as the 2004 family planning law which enabled urban practitioners to carry out orthogonic work. This law was supplemented by the 2016 health care modernization act. On the whole, the organization for VTOP access in the Grand Est region, complies with legislation and recommendations. However, private practitioners contribute little to this activity. Since there are very few gynecologists in certain areas

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hugo.leroy@wanadoo.fr (H. Leroy).

(whether private or hospital practitioners), general practitioners seem to be the first line actors. This study aims at describing the orthogenic work of urban, government-regulated general practitioners, in the Grand Est region of France.

*Material and method.* – Data were collected from semi-directive interviews with the set of the government-regulated general practitioners doing family planning work in the Grand Est region.

*Results.* – Out of the fifteen doctors who were interviewed, twelve actually suggested family planning work to their patients, and out of those twelve, seven practiced it in reality. What comes out is that the main motivation of professionals was to improve access to VTOP. Besides, they also mentioned the importance of being able to answer a real demand from their patients as well as an interest in gynecology. Hence the professionals' practice both benefits from services provided to their patients and from a diversification of their work, even though they regret that the value of this time-consuming procedure is not recognized. This study also brings out that although these medical acts were individualized and allowed better confidentiality for the patient, the risk for complications and home birth remained an obstacle. Finally, it emerges that the whole set of recommendations was not always implemented.

*Discussion.* – Urban family planning, performed by general practitioners, seems to be a major line to focus on for better timeliness and quality of care. However, some obstacles have been identified such as its specificity, its time-consuming aspect, its lack of status, as well as the difficulty to comply with recommendations.

*Conclusion.* – The development of this practice is necessary to maintain an appropriate response to VTOP but actions to remove certain obstacles have to be carried out.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Contexte

En France, l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) est un enjeu majeur pour les pouvoirs publics. En effet, cet acte médical, autorisé depuis 1975 par la loi Veil [1] et légalisé de manière définitive en 1980 est, depuis toujours, sujet aux polémiques et au militantisme. Quarante ans après sa légalisation, l'avortement reste une thématique régulièrement retrouvée au cœur des débats politiques.

C'est également une pratique pour laquelle les médecins peuvent imposer leur clause de conscience, leur permettant éventuellement de refuser la réalisation de tout acte d'IVG, avec cependant l'obligation pour le praticien d'orienter la patiente vers un établissement ou un confrère qui pratique ce geste.

La loi promulguée le 4 juillet 2001 a amélioré l'accès au droit à l'IVG en l'inscrivant dans le Code de la santé publique (CSP) [2]. Son arrêté d'application de juillet 2004, autorise les IVG médicamenteuses en médecine de ville et modifie également l'accès de prise en charge pour les mineures. En effet, le consentement des parents ou du représentant légal pour une mineure souhaitant garder le secret n'est désormais plus obligatoire. Une patiente mineure doit toutefois se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. L'entretien psychosocial reste obligatoire pour toutes les femmes et un délai légal de réflexion de sept jours est alors imposé.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 a permis de proposer de nouvelles mesures afin de faciliter davantage l'accès à l'IVG qui reste une des priorités nationales [3–6]. Ainsi, cette loi supprime le délai minimal de sept jours entre la demande d'IVG et sa réalisation. Dorénavant, seul un délai de 48 h est maintenu entre la réalisation de l'entretien psychosocial et l'IVG, cet entretien ne demeurant obligatoire que pour les femmes mineures.

Le décret du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse [5,7] et en matière de vaccination, ainsi que l'arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments qui peuvent prescrire les sages-femmes [8], ouvrent désormais la possibilité à toutes les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses avant sept semaines d'aménorrhée (SA).

L'accès à l'IVG est également facilité par des mesures économiques. L'IVG est remboursée par la Sécurité sociale en vertu de la loi du 31 décembre 1982 (dite loi Roudy) [9]. Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, ainsi que les contraceptifs remboursables (pilule de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> générations, implant contraceptif hormonal et stérilet) pour les jeunes femmes âgées de 15 à 18 ans. En 2015, un décret élargit le remboursement à 100 % à tous les actes liés à l'IVG incluant l'échographie de datation et les actes de biologie [10,11].

Il existe deux méthodes pour réaliser une IVG : la méthode chirurgicale et la méthode médicamenteuse autorisée depuis 1989 [12].

### 1.1. La méthode médicamenteuse

La méthode médicamenteuse [13,14] est recommandée pour des termes précoces inférieurs à 9 SA. Elle peut être réalisée chez un professionnel exerçant en ville jusqu'à 7 SA. Les professionnels pouvant pratiquer des IVG sont les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. Le but est de faciliter le parcours des femmes et de renforcer l'accessibilité à l'IVG sur l'ensemble du territoire grâce à une offre diversifiée.

L'IVG médicamenteuse pratiquée en ville entre dans un cadre bien précis. Le professionnel doit être conventionné avec un établissement de référence disposant d'un plateau technique adapté à la prise en charge des patientes en cas de complications. Le praticien doit également avoir effectué une formation théorique et pouvoir attester d'une pratique actuelle ou passée d'IVG médicamenteuses dans un établissement de santé.

De par sa convention avec un centre hospitalier, le médecin de ville pourra se procurer en officine les produits nécessaires à l'interruption de grossesse. Cette commande rédigée sur une ordonnance précisera le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées, indiquera la mention « usage professionnel » ainsi que le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu une convention ainsi que la date de cette convention.

Afin qu'une patiente puisse bénéficier d'une IVG médicamenteuse en milieu libéral, celle-ci doit pouvoir se rendre en moins d'une heure et, à n'importe quel moment, dans le centre hospitalier conventionné avec le praticien libéral choisi.

Le parcours d'une femme en demande d'IVG en milieu libéral comprend trois à quatre consultations [5,15].

Lors de la première consultation, une information claire et précise sur la procédure doit être délivrée à la patiente. Un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale est systématiquement proposé, il est obligatoire pour les mineures. Ce type d'entretien est accessible dans tous les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Le praticien procède à un interrogatoire puis réalise un examen clinique. Il programme rapidement une échographie de datation dans l'établissement conventionné ou dans un cabinet libéral d'imagerie ou encore auprès d'un gynécologue ou d'une sage-femme échographiste. Un dépistage des maladies sexuellement transmissibles et un frottis cervico-vaginal peuvent être proposés selon le contexte, mais ils ne sont pas inclus dans le forfait IVG pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

La question de la contraception doit systématiquement être abordée lors de cette consultation. La détermination du groupe sanguin, du rhésus et une recherche d'agglutinines irrégulières sont prescrites et doivent être réalisées avant la deuxième consultation.

Un délai de 48 heures doit être respecté entre l'entretien psychosocial et la prise médicamenteuse.

La deuxième consultation constitue la phase effective de l'IVG avec, après signature d'un consentement écrit, la prise médicamenteuse de 600 mg de mifépristone par voie orale [15,16]. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français recommande depuis 2016 l'utilisation de 200 mg de mifépristone mais cette posologie est hors autorisation de mise sur le marché (AMM). La seconde phase de l'IVG est l'administration de 400 µg de misoprostol par voie orale 36 à 48 heures plus tard [18]. Cet acte peut avoir lieu soit à domicile, le médicament est alors délivré le jour de la prise de mifépristone, soit lors d'une consultation dédiée. Ce choix est laissé à la libre appréciation du praticien, notamment en fonction du contexte psychosocial de la patiente.

Si la contraception choisie est hormonale, celle-ci doit être débutée le jour même de la prise de misoprostol.

Des antalgiques ainsi qu'une fiche d'informations sur les suites normales de l'IVG avec conseils et numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence sont remis à la patiente. Le ministère chargé de la santé a édité un guide spécifique à l'IVG.

Chez les femmes rhésus négatif, une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D est prescrite [19]. Cette injection doit avoir lieu au plus tard dans les 72 heures qui suivent la prise de mifépristone. Elle peut être réalisée secondairement par le professionnel réalisant l'IVG ou par une infirmière diplômée d'État (IDE) libérale au domicile de la patiente.

En l'absence de saignement quatre jours après la prise de misoprostol, la patiente doit contacter le service d'orthogénie du centre hospitalier (CH) référent qui planifie rapidement une consultation médicale avec une échographie. Si nécessaire, une IVG chirurgicale ou une prise en charge instrumentale complémentaire sera programmée dans les huit jours suivant l'appel.

La troisième ou quatrième consultation correspond à la visite de contrôle. Elle est programmée entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour post-IVG. Cette visite consiste en un examen clinique associé à une échographie pelvienne ou un dosage de β-HCG plasmatique afin de vérifier la décroissance qui doit être d'au moins 80 % à j15 par rapport au dosage initial [17]. Cette consultation est également destinée à une réévaluation de la contraception. La pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant peut avoir lieu au cours de cette consultation en cas de preuve de la vacuité utérine. Un accompagnement psychosocial peut à nouveau être proposé.

L'IVG chirurgicale est la méthode de recours en cas de grossesse évolutive après une IVG médicamenteuse. Une prise en charge instrumentale ou une nouvelle administration de misoprostol sera

proposée en cas de persistance de résidus post IVG. L'organisation de toutes les prises en charge secondaires est détaillée dans la convention qui lie le professionnel libéral à son établissement de référence.

## 1.2. Données épidémiologiques

En 2015, le nombre d'IVG en France était d'environ 220 000. Ce chiffre est relativement stable depuis une dizaine d'années. Il est estimé qu'environ 40 % des femmes françaises ont eu recours à une IVG dans leur vie.

En 2015, seules 16,3 % des IVG (25 % dans les DOM) ont été réalisées en cabinet libéral (y compris les IVG remboursées par les régimes particuliers) et 1,5 % (0 dans les DOM) en centres de santé ou en centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), soit 36 283 IVG médicamenteuses en ville en métropole et 3403 dans les DOM.

Toujours en 2015, près de la moitié des IVG réalisées en établissements hospitaliers sont des IVG médicamenteuses, contre 10 % en 1992.

L'augmentation progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi qu'en centres de santé et en CPEF depuis 2009 s'est accompagnée jusqu'en 2013 d'une baisse du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissements hospitaliers, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé a augmenté avant de se stabiliser depuis 2005. Globalement, 57 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en métropole (58 % dans les DOM) [20].

En région Grand Est en 2010, le taux de recours à l'IVG est d'environ 11 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre environ 14,5 en France métropolitaine (Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES]).

La voie médicamenteuse est utilisée dans 69 % des cas en 2015, contre 57 % en France métropolitaine. Ce fort taux d'IVG médicamenteuses cache de grandes disparités territoriales, soit 59 % en Champagne-Ardenne, 66 % en Lorraine et 81 % en Alsace (Source : DREES).

L'IVG médicamenteuse réalisée par les professionnels de santé exerçant en ville progresse très lentement sur la région Grand Est, passant de 764 forfaits médicamenteux de ville (FMV) en 2013, à 788 en 2014 et 831 en 2015 (Source : SAE et DCIR). Les départements avec le plus faible taux d'activité d'orthogénie en ville sont ceux de la Haute-Marne, de la Meuse et du Haut-Rhin. À l'inverse, il existe une augmentation progressive en Moselle.

La mission de coordination de l'accès à l'IVG est portée par les Réseaux de santé périnatale (RSP) depuis la parution de leur nouveau cahier des charges en juillet 2015 [21].

En collaboration avec l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est, les trois RSP (le Réseau périnatal Lorrain, le réseau Naître en Alsace et le Réseau périnatal de Champagne-Ardenne) ont réalisé un état des lieux complet de l'offre concernant l'IVG sur leur territoire.

Si l'organisation de l'IVG en établissement de santé sur le territoire Grand Est répond globalement à la législation et aux recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS] [15], l'offre libérale reste faible. En Lorraine, seuls deux médecins généralistes et trois gynécologues libéraux proposent cette activité d'orthogénie. En Champagne-Ardenne, neuf médecins généralistes et deux gynécologues libéraux sont conventionnés pour cette activité. En Alsace, l'offre libérale est plus importante avec 45 gynécologues libéraux et deux médecins généralistes pratiquant l'IVG.

L'amélioration de l'accès à l'IVG est une priorité nationale et régionale. La possibilité depuis 2004 pour les médecins généralistes et les gynécologues libéraux et depuis 2016 pour les sages-femmes (SF) libérales de pratiquer les IVG à des termes précoces est un axe majeur de la politique proposée. Et pourtant, les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement en 2015 ne

représentent que 16,3 % des actes en France et que 7,2 % (soit 1036 actes) des actes en région Grand Est (5,8 % par les professionnels libéraux soit 831 actes et 1,4 % par les centres de santé, PMI ou CPEF soit 205 actes).

En 2013, pour la Lorraine, 7,5 % des actes sont réalisés en libéral, 3,4 % pour l'Alsace et 5,2 % pour la Champagne-Ardenne (chiffres Drees).

Les gynécologues libéraux étant de plus en plus rares, notamment dans les territoires éloignés des CH, les médecins généralistes de ville semblent être à l'heure actuelle les professionnels les plus à même de participer à cette offre de soin ainsi que les sages-femmes récemment autorisées à pratiquer les IVG. La relation privilégiée que les omnipraticiens entretiennent avec leurs patientes constitue un atout en termes de confiance et de proximité. Cependant, cette relation peut également représenter un frein, la patiente pouvant craindre d'être jugée, car malgré les efforts des pouvoirs publics et les différentes campagnes menées, l'IVG reste encore un acte tabou [22].

L'objectif de ce travail était de décrire l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville conventionnés dans le Grand Est. Ce travail a été mené en collaboration avec le Réseau périnatal Lorrain et est inscrit dans le plan d'accès à l'IVG Grand Est soumis via l'ARS Grand Est à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en décembre 2016.

## 2. Matériel et méthode

Le recueil de données a été fait à partir d'une enquête de pratique et par des entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des médecins généralistes ayant une activité d'orthogénie dans la région Grand Est.

Les états des lieux des pratiques de l'IVG réalisés par les trois RSP de la région Grand Est ont permis d'identifier les médecins généralistes conventionnés avec des centres hospitaliers pour la réalisation d'IVG.

Chaque médecin a été contacté par téléphone entre octobre 2016 et décembre 2016 afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien individuel. Cet entretien pouvait avoir lieu, au choix du professionnel, soit à son cabinet, soit par téléphone ou encore dans un bureau médical du RPL.

Un guide d'entretien a été rédigé (cf. *Annexe*). Il comportait un résumé du contexte dans lequel était réalisée cette enquête, son objectif et six thématiques :

- le mode d'exercice général du professionnel ;
- le mode d'entrée dans la pratique de l'IVG (antériorité, motivations, formations, cadre réglementaire) ;
- la pratique de l'IVG (nombre par an, déroulement de la prise en charge, relation avec le CH référent et les CPEF) ;
- le profil des patientes et leur orientation ;
- les points forts et les points faibles de cette prise en charge pour le professionnel et pour ses patientes ;
- les perspectives de développement de cette activité.

Les entretiens, d'une durée de 25 minutes, ont été enregistrés avec l'accord des participants. Une prise de notes a complété le

recueil de données. L'attitude de l'enquêteur, le même pour chaque entretien, a été fondée sur l'acceptation et la non-directivité.

L'analyse des réponses aux questions ouvertes qualitatives a consisté à identifier les thèmes majeurs en regroupant les réponses similaires et à extraire les commentaires pertinents (*verbatim*).

## 3. Résultats

Nous avons recensé 15 médecins généralistes conventionnés avec un établissement de santé pour la pratique d'IVG (*Tableau 1*). Ils ont tous été contactés par téléphone par l'auteur.

En Alsace, le médecin proposant une activité d'orthogénie mais n'ayant jamais été sollicité explique que l'accès à l'IVG et les délais dans les hôpitaux voisins sont satisfaisants. Vingt-six autres généralistes alsaciens pratiquant des IVG n'ont pas été interrogés car ils ont été clairement identifiés comme salariés de CPEF.

Pour la région Champagne-Ardenne, 7 des 9 médecins se sont formés en janvier 2016.

Au total, sur la région Grand Est, 12 médecins généralistes proposent réellement une activité d'orthogénie dans leur cabinet médical de ville et ont donc été inclus dans l'étude. Cependant, la partie de l'entretien explorant la pratique effective de l'IVG médicamenteuse n'a pu être réalisée qu'avec les sept médecins ayant déjà pratiqué au moins une IVG au moment de l'entretien.

Les médecins généralistes exclus de l'étude, car pratiquant uniquement l'orthogénie en CPEF ou en centre hospitalier, évoquent tous comme raison une plus grande facilité à réaliser les IVG au sein d'une structure qu'en cabinet médical de ville.

Le profil des 12 médecins généralistes interrogés ainsi que leurs motivations professionnelles à proposer la réalisation d'IVG dans leur cabinet sont présentées dans le *Tableau 2*.

Le nombre moyen d'IVG annuel déclaré par ces médecins varie de 6 à 140. L'activité la plus importante étant celle du médecin exerçant en centre de santé. Trois des professionnels formés en 2016 ont pu débiter leur activité rapidement avec un nombre de prises en charge allant de 2 à 20 sur le dernier semestre 2016.

L'activité d'orthogénie des sept médecins ayant déjà pratiqué des IVG dans leur cabinet est détaillée dans le *Tableau 3*.

Les deux médecins ne proposant pas systématiquement une consultation pré-IVG délivrent directement les médicaments abortifs à la première consultation si le diagnostic de grossesse et la datation de celle-ci ont déjà été réalisés en amont.

Les deux médecins ne prescrivant pas de manière systématique une échographie de datation se contentent dans certains cas d'une datation par l'examen clinique et la date des dernières règles.

Globalement, les sept médecins interrogés trouvent que leur participation à l'offre d'orthogénie apporte un réel bénéfice aux patientes en facilitant l'accès à l'avortement, en le rendant plus rapide et plus rassurant. Concernant leur pratique, ils sont satisfaits du service rendu et de la diversification de leur activité, mais ils évoquent tout de même certains freins comme des prises en charge chronophages et mal valorisées. (*Tableau 4*).

La majorité de ces professionnels pense que l'offre d'orthogénie en ville manque de visibilité à la fois pour les professionnels, mais aussi pour le public.

Cinq professionnels ont informé leur assurance professionnelle de leur pratique de l'IVG, mais cela n'entraîne aucune majoration.

**Tableau 1**  
Médecins généralistes conventionnés pour la pratique d'IVG en région Grand Est.

Nombre de médecins (n = 15)	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
Médecins généralistes conventionnés	2	9	4
Médecins proposant une activité d'orthogénie en ville (hors CPEF)	1	9	2
Médecins ayant une activité d'orthogénie en ville effective au 31/12/2016 (hors CPEF)	0	5	2
Médecins ayant une activité d'orthogénie exclusivement en CPEF ou CH	1	0	2

**Tableau 2**

Médecins généralistes conventionnés pour la pratique d'IVG hors établissement et hors CPEF dans la région Grand Est.

	Nombre de médecins (n = 12)
<i>Région d'exercice</i>	
Lorraine	2
Champagne-Ardenne	9
Alsace	1
<i>Mode d'exercice</i>	
Salarié en centre de santé	1
Cabinet libéral de groupe	6
Seul en cabinet libéral	4
Maison de santé	1
<i>Sexe</i>	
Homme	9
Femme	3
<i>Formation théorique</i>	
DU Gynécologie	5
Formation REVHO (Champagne-Ardenne 2016)	7
<i>Formation pratique</i>	
CPEF ou CH	5
<i>Motivations professionnelles à proposer la réalisation d'IVG</i>	
Amélioration de l'accès à l'IVG	11
Réponse à une demande des patientes	3
Intérêt et compétence pour la gynécologie médicale	3
Militantisme et motivation féministe	2
Lieu d'exercice	2
Amélioration du délai de réponse	1
Limitation des prises en charge hospitalière	1

**Tableau 3**

Médecins généralistes de ville ayant une pratique effective des IVG en région Grand Est.

	Nombre de médecins (n = 7)
<i>Région d'exercice</i>	
Lorraine	2
Champagne-Ardenne	5
Alsace	0
<i>Sexe</i>	
Homme	4
Femme	3
<i>Nombre d'années d'expérience pour la pratique d'IVG</i>	
Moins de 5 ans	4
5 à 10 ans	2
Plus de 10ans	1
<i>Mode de recrutement des patientes en demande d'IVG</i>	
Orientation par un autre professionnel de santé	5
Orientation par un établissement hospitalier	5
Patientèle du cabinet	3
Bouche-à-oreille	1
<i>Profil de ces patientes</i>	
Femme en activité	5
Femme jeune	3
Femme étrangère en situation de précarité	1
Mineure	3
<i>Délai de prise en charge</i>	
< à 5 jours	7
< à 2 jours	4
<i>Consultation pré-IVG</i>	
Systématique	5
<i>Signature d'un consentement</i>	
Systématique à la première consultation	7
<i>Détermination du groupe sanguin</i>	
Prescription systématique à la première consultation	7
<i>Échographie de datation</i>	
Prescription systématique	5
<i>Lieu de réalisation de l'échographie de datation</i>	
Sage-Femme	3
Gynécologue	2
Cabinet de radiologie de ville	2
Centre hospitalier	2

**Tableau 3 (Suite)**

	Nombre de médecins (n = 7)
<i>Information délivrée</i>	
Guide IVG ministériel + fiche personnalisée propre au professionnel	3
Guide IVG ministériel seul	1
Fiche personnalisée propre au professionnel seule	2
Pas de remis (lecture du protocole affiché dans cabinet)	1
<i>Entretien psycho-social en CPEF</i>	
Proposé de manière systématique	4
<i>Nombre de consultations</i>	
Au moins 3 consultations (pré-IVG, délivrance des 2 médicaments, contrôle)	4
4 consultations possibles avec 2 consultations pour la délivrance des médicaments (selon contexte ou choix de la patiente)	2
Une seule consultation	1
<i>Injection Immunoglobuline si Rhésus négatif</i>	
Par le médecin	4
Par une infirmière libérale	3
<i>Complications rencontrées</i>	
Hémorragie	3
Rétention de résidus post-avortement	2
Nausées	1
Echec de l'IVG (grossesse évolutive)	1
Douleur	1
Endométrite	1
<i>Visite de contrôle</i>	
Réalisée par le médecin lui-même	5
Prescription d'une échographie à réaliser avant la consultation	4
Prescription d'un dosage de l'HCG à réaliser avant la consultation	1
Orientation vers un gynécologue pour échographie et consultation	2
<i>Contraception</i>	
Évoquée à chaque consultation	6
Évoquée uniquement lors de la visite de contrôle	1
<i>Refus de pratiquer une IVG</i>	3
<i>Motif du refus</i>	
Terme supérieur à 7 SA	3
Grossesse gémellaire	1
Utérus cicatriciel	1
<i>Contact avec l'établissement de référence</i>	
Privilegié (réunion annuelle)	1
Uniquement envoi des fiches de liaison	6
<i>Relation avec le CPEF du territoire</i>	
Aucune	7
<i>Développement de l'activité d'orthogénie</i>	
Favorable	6

L'orthogénie fait partie des missions des médecins généralistes libéraux.

Au regard du faible effectif de professionnels, aucune comparaison n'a pu être réalisée. Cependant, il apparaît que la contraception est évoquée de manière systématique par les trois médecins de sexe féminin alors que cette recommandation est moins bien suivie par les hommes.

Le mode d'exercice et le nombre d'années d'expérience en orthogénie ne semblent ni impacter les pratiques des professionnels ni leur point de vue sur l'activité.

#### 4. Discussion

L'activité d'orthogénie proposée en cabinet de ville par les médecins généralistes reste très faible en région Grand Est. Seuls 12 médecins participent à cette offre de soin sur les 7331 médecins généralistes libéraux installés sur ce territoire en 2015 (Source :

**Tableau 4**

Point de vue des médecins généralistes interrogés : points forts et points faibles de l'activité d'orthogénie en ville pour leur propre pratique et pour leurs patientes (nombre de citations) « verbatim ».

	Points forts	Points faibles
Versant professionnel	<p>Le service rendu aux patientes [4] « on a l'impression d'être utile, de rendre service »</p> <p>La diminution du délai d'attente pour les patientes [4]</p> <p>La diversification de leur activité [2] « ayant une activité de contraception, il me paraît logique de faire une prise en charge globale comprenant l'IVG »</p> <p>La reconnaissance [2] « sensation d'être valorisé, d'avoir une reconnaissance pour cet acte particulier »</p> <p>L'accompagnement personnalisé de cet acte complexe [1] « avoir une approche plus personnalisée qu'à la maternité »</p>	<p>L'activité chronophage [3] « d'autant plus chronophage qu'on en fait moins car à chaque fois, il faut retrouver les formulaires, la procédure et on n'a pas forcément les médicaments en stock »</p> <p>Le défaut de valorisation notamment en termes de rémunération [2] « rapport rémunération/temps passé faible »</p> <p>Le manque de respect du suivi par les patientes avec notamment peu de visites de contrôle [2] « plusieurs fois les patientes ne m'ont pas donné de nouvelles après l'expulsion »</p> <p>L'accès à l'échographie complexe [1] « j'ai l'impression de ne pas proposer une prise en charge complète en ne faisant pas moi-même les échographies. »</p> <p>Le risque de complications [1]</p> <p>Le manque d'émotion des patientes vis-à-vis de l'acte [1] « de moins en moins d'émotivité de la part des patientes »</p> <p>La difficulté d'accès aux médicaments [1]</p> <p>Le risque d'apparition de complications à domicile [1] « Nous ne disposons pas de plateau technique en cas de complications, nous sommes limités dans la prise en charge »</p> <p>La solitude pouvant être ressentie lors de l'expulsion à domicile [1] « elles se retrouvent à expulser seules chez elles »</p> <p>La nécessité de faire les échographies dans un autre cabinet [1] « j'ai l'impression que le suivi que j'offre n'est pas complet »</p>
Versant patiente	<p>Un accès facilité [3]</p> <p>Une meilleure confidentialité [3] « les patientes aiment le caractère discret de la procédure », « discrétion sans commune mesure »</p> <p>Une prise en charge plus rassurante [2] « avoir une approche plus personnalisée qu'à la maternité »</p> <p>Un délai plus court [2]</p> <p>Une limitation des prises en charge hospitalières [2] « moins lourd psychologiquement de s'adresser à un professionnel hors établissement », « les patientes ne se retrouvent pas dans un lieu mère/enfant et n'ont pas à faire la queue pour de l'orthogénie »</p> <p>Tiers payant [2]</p> <p>Un stationnement facilité [1]</p>	

Conseil national de l'Ordre des médecins). Néanmoins, il existe une disparité en fonction des anciennes régions.

En Champagne-Ardenne, l'offre s'est nettement étoffée depuis la formation proposée en 2016 par le RSP et le Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO) avec une activité rapidement mise en place pour certains médecins, reflétant un réel besoin.

En Alsace, ce besoin semble moins important. Le médecin généraliste proposant cette activité n'est jamais sollicité et il relate des prises en charge très bien organisées et avec des délais très courts sur l'ensemble du territoire alsacien. En effet, l'Alsace est moins étendue que les deux autres régions et sa densité médicale, hospitalière mais aussi en gynécologues libéraux réalisant des IVG en ville, est bien supérieure aux deux autres régions. C'est en Alsace que l'on note le plus de médecins libéraux et de médecins de CPEF pratiquant des IVG et pourtant la proportion d'actes réalisés en ville y est paradoxalement la plus basse.

En Lorraine, le médecin réalisant des IVG en centre de santé est fortement sollicité. L'activité d'orthogénie est facilitée par ce mode d'exercice. En effet, l'offre est mieux connue à la fois par les professionnels de santé et les patientes avec une communication importante et une bonne visibilité des activités des centres de santé notamment par l'établissement hospitalier partenaire qui est un « adresseur » majeur. L'accès facilité à l'imagerie et à un avis spécialisé via la disponibilité dans le centre d'un appareil échographique et de plusieurs gynécologues obstétriciens participe également au développement des prises en charge pour IVG par les médecins généralistes salariés de ces centres. À l'inverse, l'autre médecin généraliste n'exerçant pas dans le centre de santé est très peu sollicité et déplore un manque important de visibilité de l'offre qu'il propose, tant par les professionnels que par les patientes.

La pratique d'IVG médicamenteuse en cabinet médical de ville semble pourtant être un bon axe pour l'amélioration de l'accès à

l'IVG. En effet, les politiques de santé publique ont renforcé cette action en ouvrant en 2016 aux sages-femmes l'autorisation de cet exercice déjà donnée aux médecins en 2004. Sur le terrain, les médecins généralistes interrogés dans notre étude confirment que leur principale motivation, ainsi que le point fort majeur de cette pratique, est de faciliter l'accès à l'IVG notamment en ayant un délai de prise en charge très court et en limitant les prises en charge hospitalières. La confidentialité, la personnalisation et le confort des prises en charge réalisées en ville participent également fortement à l'amélioration de l'accès à l'IVG. Comme l'ont évoqué plusieurs médecins, ne pas se rendre dans un établissement de naissance et ne pas être entourées de femmes enceintes et de nouveau-nés est un avantage important pour ces patientes en demande d'IVG.

Certains médecins de notre enquête disent également répondre à une vraie demande de leur patientèle. Le nombre important d'IVG réalisé par les trois médecins de Champagne-Ardenne dans les suites immédiates de leur formation en 2016 l'illustre bien. Toutefois, chaque territoire connaît des besoins spécifiques. En effet, le médecin libéral conventionné pour la réalisation des IVG en Alsace n'a quant à lui jamais été sollicité.

Les autres motivations évoquées par les médecins interrogés ont trait à des composantes personnelles comme un intérêt particulier pour la gynécologie ou encore des convictions féministes voire militantes. Ces éléments soulignent l'aspect particulier de cet acte et participent aux difficultés de recrutement des médecins engagés dans cette offre de soin.

Une étude [23] réalisée dans la région Rhône-Alpes en 2015 sur 260 patientes ayant pratiqué une IVG dans un des huit centres recensés montre que 34 % d'entre elles auraient préféré être prises en charge par leur médecin généraliste. Les freins mis en évidence sont similaires à ceux de notre étude, notamment le défaut de communication envers les professionnels, mais aussi le public. Les

médecins interrogés dans notre étude évoquent essentiellement un recrutement des patientes via des professionnels de leur connaissance ou issues de leur propre patientèle. Les autres professionnels de santé et les établissements n'ont souvent pas connaissance des médecins proposant une activité d'orthogénie. L'état des lieux réalisé par les RSP avait effectivement révélé que la plateforme téléphonique du numéro vert mis en place par le gouvernement en 2016 ne comportait aucun médecin libéral dans sa base de données pour la région Grand Est.

L'accès à l'IVG ne peut être amélioré que si l'ensemble du réseau de professionnels au contact des femmes en demande d'IVG connaît parfaitement la totalité des ressources possibles sur le territoire.

Un autre frein identifié est le caractère chronophage de ces prises en charge. La complexité médicale, avec les contraintes du schéma thérapeutique et la nécessité d'une bonne compréhension des risques, mais aussi la composante psychologique de la réalisation d'une IVG rendent inéluctablement les consultations plus longues qu'une consultation standard. La valorisation financière a été revue cette année et atteint au total, hors examen complémentaire, 187,92 euros incluant deux consultations à 25 euros (consultation pré IVG et consultation de contrôle) et un forfait de 137,92 euros pour la délivrance de médicaments (incluant le prix TTC des médicaments) [24]. Certains médecins estiment que cette rémunération est insuffisante.

Des difficultés à parler de l'avortement à son médecin traitant ont également été relevées en Rhône-Alpes ce qui n'a pas été le cas dans notre enquête. Au contraire, cette relation privilégiée apparaissait plutôt comme un élément facilitant.

D'autres travaux, menés sur le secteur du centre hospitalier de Soissons [25] en 2015, spécifient davantage les freins à l'implication des médecins généralistes libéraux dans l'activité d'orthogénie. Quarante-deux médecins ont participé à cette étude et les trois principales réticences relevées sont d'ordres économiques, idéologique et en lien avec l'image du médecin. Ces difficultés identifiées rejoignent bien celles évoquées dans notre étude et dans celle de Rhône-Alpes.

Aucun profil spécifique des patientes réalisant des IVG en ville n'a été mis en évidence dans notre enquête. Les publics particuliers, mineurs et femmes en situation de précarité notamment, peuvent être pris en charge pour une IVG en ville mais ils ne semblent pas être majoritaires.

L'ensemble des professionnels de la région Grand Est semble être favorable au développement de son activité d'orthogénie ce qui répondrait à un vrai besoin, surtout sur les territoires de Champagne-Ardenne et de Lorraine où certains établissements présentent des difficultés avec un manque notable de médecins dans les services de gynécologie et des recrutements complexes. Le recrutement connaît dans ce cas des freins supplémentaires avec le refus d'une partie du corps médical de pratiquer une activité d'orthogénie. Ce défaut de réponse hospitalière aux demandes d'IVG est renforcé par un nombre très faible de gynécologues libéraux dans ces territoires.

Le développement de cette activité doit cependant garantir la qualité des soins et la sécurité des patientes. Notre étude révèle que certains médecins ne respectent pas l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques notamment en termes de nombre de consultations. En effet, une majorité des praticiens réalisent trois consultations alors que le forfait pour une IVG réalisée en ville comporte un total de quatre consultations. Deux sont incluses dans le forfait honoraire ville (FHV) coté à 50 euros pour la délivrance des deux médicaments mais l'arrêté du 26 février 2016 précise que la prise secondaire de médicament peut avoir lieu en présence ou non du médecin. Le nombre de consultations peut ainsi être réduit à trois ce qui rend la procédure moins contraignante tout en respectant le cadre législatif.

Deux médecins ne prescrivent pas de manière systématique l'échographie de datation recommandée. Cependant, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français a précisé dans ses recommandations de 2016 [17] que le recours à l'échographie était encouragé mais qu'il ne devait pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée. De ce fait, il admettait qu'en cas de dates des dernières règles et de rapport à risque connus par la femme et de maîtrise de l'examen clinique par le professionnel, une datation sans échographie était possible.

L'information donnée à la patiente n'est également pas toujours complète avec l'absence de remise systématique du guide IVG dont les médecins déplorent un accès difficile.

Ces écarts aux recommandations sont explicables en partie par le manque de communication et de collaboration avec les établissements de référence, notamment pour l'accès à l'échographie.

La formation doit être complète avec la réalisation systématique d'un stage pratique, ce qui n'a pas été le cas pour certains médecins interrogés.

La formation proposée par le REVHO est reconnue et est moins contraignante que la réalisation d'un diplôme universitaire (DU). La majorité des médecins ayant participé à notre étude a été formée par le REVHO.

## 5. Conclusion

Cette enquête révèle une pratique très faible des IVG par les médecins généralistes exerçant en ville dans la région Grand Est. Pourtant, les médecins impliqués relatent tous une satisfaction professionnelle à améliorer l'accès à l'IVG et à diversifier leur activité.

Notre étude a permis d'identifier les freins au développement de cette offre de soin, indispensable dans le contexte actuel des territoires pour maintenir une réponse suffisante au droit à l'IVG des femmes de la région Grand Est.

À partir de cet état des lieux, les RSP vont pouvoir cibler leurs actions afin d'encourager les médecins généralistes de ville à s'impliquer davantage dans l'activité d'orthogénie.

Les axes de travail se dégageant sont :

- l'amélioration de la communication autour de cette pratique à la fois vers les médecins et futurs médecins généralistes mais aussi les autres professionnels de santé et le public ;
- la mise en place de formations en association avec le REVHO sur tout le territoire ;
- la réduction des freins existants notamment en termes d'accès à l'imagerie et de prise en charge des complications ;
- le respect des recommandations de bonnes pratiques et de leurs évolutions ;
- la distribution généralisée du nouveau guide IVG à destination des patientes mais aussi des guides de bonnes pratiques à destination des professionnels établis par le ministère chargé de la santé ;
- et un affichage plus efficace des médecins qui réalisent cette pratique.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Remerciements

En mémoire de mon maître, M. le docteur Jean-Jacques Antoine, sans qui ce travail n'aurait pas été fait.

## Annexe. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org.10.1016/j.respe.2018.09.008>.

## Références

- [1] France. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.; 1975 [Consulté le 10/10/16, Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [2] France. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception; 2001 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [3] France. Article L2212-1 du Code de Santé Publique; 2016 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [4] France. Article 82 : modification de l'Article L2212-5 du Code de Santé Publique; 2016 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [5] France. Article 127 : modification des articles L2212-1, L2212-10, L2212-2, L2212-3, L2212-5, L2212-6, L2212-7, L2212-8, L2212-10, L2213-2, L2222-2 du Code de Santé Publique; 2016 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [6] France. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social; 1993 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [7] France. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé; 2016 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [8] France. Arrêté 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes; 2016 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [9] France. Loi n° 83-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure; 1982 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [10] France. Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L 381-8 du code de la sécurité sociale.; 2015 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [11] France. Article : L160-14 du Code de la Sécurité Sociale; 2015 [Consulté le 10/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [12] Haute Autorité de Santé. Interruption médicamenteuse de grossesse. Les protocoles à respecter; 2015 [Consulté le 17/10/16, disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bum\\_ivg\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bum_ivg_v2.pdf)].
- [13] Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Livret d'information : IVG hors établissement de santé à l'attention des médecins. Paris; 2015 [Consulté le 17/10/16, disponible sur : [www.ivg.social-sante.gouv.fr/](http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/)].
- [14] Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception* 2013;87(1):45–50.
- [15] Haute Autorité de santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse; 2010 [Consulté le 17/10/16, disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg\\_methode\\_medicamentouse\\_-\\_argumentaire\\_-\\_mel\\_2011-04-28\\_11-39-33\\_198.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamentouse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf)].
- [16] VIDAL. Mifegyne 200 mg cp; 2016 [Cité 10/10/2016, disponible sur [https://www.vidal.fr/Medicament/mifegyne-10979-modalites\\_de\\_conservation.htm](https://www.vidal.fr/Medicament/mifegyne-10979-modalites_de_conservation.htm)].
- [17] Collège national des gynéco-obstétriciens de France. Recommandation pour la pratique clinique : interruption volontaire de grossesse; 2016 [Consulté 8 février 2017, disponible sur <https://ansfl.org/document/cngof-2016-ivg-medicamentouse/>].
- [18] Haute Autorité de santé. MisoOne 400 g (misoprostol), prostaglandine ocytotique; 2014 [Consulté le 17/10/16, disponible sur : [http://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_171297/fr/misoone-400-g-misoprostol-prostaglandine-ocytocique](http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_171297/fr/misoone-400-g-misoprostol-prostaglandine-ocytocique)].
- [19] Collège national des gynéco-obstétriciens de France. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle; 2005 [Consulté 8 février 2017, disponible sur [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_13.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM)].
- [20] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. DREES Études Résultats 2016;0968:1–6.
- [21] Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Instruction DGOS/PF3/R3/DGS/MC1 numéro 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. Paris; 2015 [Consulté le 17/10/16, disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/>].
- [22] Desille S. IVG médicamenteuse à l'hôpital ou à domicile : paroles de femmes [médecine]. Rennes; 2006.
- [23] Delmont A. Évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. Thèse de médecine. Université de Grenoble; 2015.
- [24] France. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse; 2016 [Consulté le 17/10/16, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>].
- [25] Escoubet C. Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons. Thèse de médecine. Université Paris Diderot; 2015.