

## Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 24 mars 2023

Par SAUBESTRE Elodie

**Quelle est la place du médecin traitant dans le parcours de soins d'une patiente avant la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse en Limousin ?**

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET, Docteur de médecine générale, Université de Limoges

Examineurs :

M. Nathalie DUMOITIER, Professeur de Médecine générale, Université de Limoges

M. Léa SEVE, Docteur de Médecine générale, Université de Limoges

M. Coralie BUREAU-YNIESTA, Docteur de médecine générale, Université de Limoges





## Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 mars 2023

Par SAUBESTRE Elodie

**Quelle est la place du médecin traitant dans le parcours de soins d'une patiente avant la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse en Limousin ?**

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET, Docteur de médecine générale, Université de Limoges

Examineurs :

M. Nathalie DUMOITIER, Professeur de Médecine générale, Université de Limoges

M. Léa SEVE, Docteur de Médecine générale, Université de Limoges

M. Coralie BUREAU-YNIESTA, Docteur de médecine générale, Université de Limoges



**Doyen de la Faculté**

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

**Assesseurs**

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Madame le Professeur **Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE

<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>JOUAN</b> Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGNE</b> Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE

<b>MARCHEIX</b> Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE

<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers**

<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **Maitres de Conférences des Universités associés à mi-temps**

**SALLE Laurence** ENDOCRINOLOGIE  
(du 01-09-2021 au 31-08-2022)

### **Professeur des Universités de Médecine générale**

**DUMOITIER Nathalie** (Responsable du département de Médecine générale)

### **Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale**

**HOUDARD Gaëtan** (du 01-09-2019 au 31-08-2022)

**LAUCHET Nadège** (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

**SEVE Léa** (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

### **Professeurs Emérites**

**ADENIS Jean-Paul** du 01-09-2017 au 31-08-2021

**ALDIGIER Jean-Claude** du 01.09.2018 au 31.08.2022

**BESSEDE Jean-Pierre** du 01-09-2018 au 31-08-2022

**BUCHON Daniel** du 01-09-2019 au 31-08-2022

**DARDE Marie-Laure** du 01-09-2021 au 31-08-2023

**DESSPORT Jean-Claude** du 01-09-2020 au 31-08-2022

**MERLE Louis** du 01.09.2017 au 31.08.2022

**MOREAU Jean-Jacques** du 01-09-2019 au 31-08-2022

**TREVES Richard** du 01-09-2020 au 31-08-2022

**TUBIANA-MATHIEU Nicole** du 01-09-2018 au 31-08-2021

**VALLAT Jean-Michel** du 01.09.2019 au 31.08.2022

**VIROT Patrice** du 01.09.2018 au 31.08.2022



**Assistants Hospitaliers Universitaires**

<b>APPOURCHAUX</b> Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>BUSQUET</b> Clémence	HEMATOLOGIE
<b>HAZELAS</b> Pauline	BIOCHIMIE
<b>DUPONT</b> Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
<b>DURIEUX</b> Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LADES</b> Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MARTIN ép. DE VAULX</b> Laury	ANESTHESIE REANIMATION
<b>MEYER</b> Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
<b>MONTMAGNON</b> Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
<b>PLATEKER</b> Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
<b>ROUX-DAVID</b> Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

**Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux**

<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ARGOULON</b> Nicolas	PNEUMOLOGIE
<b>ASLANBEKOVA</b> Natella	MEDECINE INTERNE
<b>AVRAM</b> Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
<b>BEAUJOUAN</b> Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
<b>BERRAHAL</b> Insaf	NEPHROLOGIE
<b>BLANQUART</b> Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
<b>BOGEY</b> Clément	RADIOLOGIE
<b>BONILLA</b> Anthony	PSYCHIATRIE

<b>BOSCHER</b> Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CAUDRON</b> Sébatien	RADIOLOGIE
<b>CAYLAR</b> Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
<b>CENRAUD</b> Marie	NEUROLOGIE
<b>CHAUBARD</b> Sammara	HEMATOLOGIE
<b>CHAUVET</b> Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>CHROSCIANY</b> Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>CURUMTHAULEE</b> Faiz	OPHTALMOLOGIE
<b>DARBAS</b> Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>DESCHAMPS</b> Nathalie	NEUROLOGIE
<b>DESCLEE de MAREDSOUS</b> Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>DOUSSET</b> Benjamin	CARDIOLOGIE
<b>DUPIRE</b> Nicolas	CARDIOLOGIE
<b>FESTOU</b> Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>FIKANI</b> Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>FORESTIER</b> Géraud	RADIOLOGIE
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GIOVARA</b> Robin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GUILLAIN</b> Lucie	RHUMATOLOGIE
<b>LAGOUEYTE</b> Benoit	ORL
<b>LAUVRAY</b> Thomas	PEDIATRIE
<b>LEMNOS</b> Leslie	NEUROCHIRURGIE
<b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys	RADIOTHERAPIE
<b>MOHAND O'AMAR ép. DARI</b> Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE

<b>PIRAS</b> Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
<b>RATTI</b> Nina	MEDECINE INTERNE
<b>ROCHER</b> Maxime	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLEE</b> Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>SANCHEZ</b> Florence	CARDIOLOGIE
<b>SEGUY ép. REBIERE</b> Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>SERY</b> Arnaud	ORL
<b>TARDIEU</b> Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>THEVENOT</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>TORDJMAN</b> Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
<b>VERNAT-TABARLY</b> Odile	OPHTALMOLOGIE

### **Chefs de Clinique – Médecine générale**

<b>BOURGAIN</b> Clément
<b>HERAULT</b> Kévin
<b>RUDELLE</b> Karen

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>HARDY</b> Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE D'URGENCE
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE

## Remerciements

---

### **À madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur de médecine générale, Présidente de thèse.**

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

### **À madame le Docteur Léa SEVE, Docteur associée de médecine générale.**

Je vous remercie d'avoir consacré de votre temps à la lecture de cette thèse. Je garde un excellent souvenir de vous lors des enseignements facultaires et notamment lors de ma soutenance de DES.

### **À madame le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, Docteur associée de médecine générale.**

Veuillez accepter tous mes remerciements pour votre présence dans ce jury.

### **À madame le Docteur Nadège LAUCHET, Docteur associée de médecine générale.**

Un grand merci pour avoir accepté de diriger cette thèse et pour m'avoir accompagné dans ce projet. Ce fut un plaisir de travailler avec vous. Votre enthousiasme et votre énergie sont un encouragement à exercer la médecine générale.

## **À mon compagnon,**

Merci à toi, Flavien, mon amour, mon futur mari, le père de mes enfants, de m'avoir soutenue et supportée pendant toute cette période. Tu es mon pilier, celui qui me fait me sentir plus forte. Je t'aime.

## **À mon fils Léo-Paul,**

Grâce à toi, je sais ce que c'est d'être mère. La plus dure et la plus belle des aventures.

## **À mon fils Eloi,**

Merci Eloi, d'être mon bébé bonheur. Tu remplis ma vie de câlin et de sourire.

## **À mon frère Florian,**

Pour avoir été mon modèle pendant plus de trente ans et de l'être encore aujourd'hui.

## **À mes parents,**

Qui m'ont permis de grandir et de m'épanouir dans un foyer plein d'amour.

## **À ma grand-mère Yolande,**

À toi qui aurais voulu être infirmière, je sais d'où me vient cette passion pour la médecine.

## **À ma cousine Julie et à toute sa famille,**

Vous voir, c'est comme une bouffée d'oxygène.

## **À mes beaux-parents Sylvie et Jean-Christophe,**

Pour avoir gardé les enfants les jours où l'on travaillait, pour avoir récupéré les enfants à la crèche les jours où ils étaient malades et pour tout l'amour que vous leur apportez.

## **À ma belle-sœur Morgane, mon filleul Maël et ma future nièce,**

Merci à vous trois, de combler mon frère de bonheur.

## **À ma voisine Marion,**

Merci, d'avoir été trop bruyante, ce jour de tutorat. Merci, d'avoir bien voulu faire le trajet pendant un an avec moi, jusqu'à la fac. Merci d'avoir été présente toutes ces années et d'être aujourd'hui la marraine de mon fils.

## **À mes amies Coralie et Sonia,**

Merci à vous les filles, de m'avoir accompagné pendant toutes ces longues années sur les bancs de la fac, et même à l'autre bout du monde.

## **À mes amis Yann et Sophie,**

À votre bonne humeur et à vos passions qui font de vous des personnes exceptionnelles que j'admire. Merci également pour ces soirées confinements qui nous ont permis de tenir le coup.

## **À mes amis Marjolaine et Pierre,**

Pour les soirées « champagne et jacuzzi », ainsi que pour la préparation du pot de thèse.

## **À mes collègues Ugecam,**

Merci à vous, pour m'avoir montré vos travaux en qualité d'aide-soignant et infirmiers. Ce fut une expérience très enrichissante.

## **À mes collègues du cabinet de Couzeix,**

Merci à Patricia, Jocelyn, Nathalie et Magali d'avoir contribué à la gestation de mon projet en me faisant confiance et en me prêtant vos bureaux pendant ces neuf mois. Merci à Jean-Claude, de me faire confiance en me laissant sa patientèle. Merci à vous tous, de m'avoir accueilli parmi vous et de me faire sentir à l'aise au sein du cabinet.

## **Merci à tous !**

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette réussite.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

ALD : Affection longue durée

CH : Centre hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CPS : Carte de professionnel de santé

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

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

J-C : Jésus-Christ

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PDF : Portable document format

QR-code : Quick response code

REIVOC : Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RPNA : Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine

SA : Semaine aménorrhée



## Table des matières

---

Contexte .....	22
1.1. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	22
1.1.1. L'histoire de l'IVG.....	22
1.1.2. Légalisation de l'IVG en France .....	22
1.1.3. IVG et COVID-19 .....	23
1.1.4. Structures d'accueil .....	24
1.1.4.1. À l'échelle Nationale .....	24
1.1.4.1.1. Établissement de santé .....	24
1.1.4.1.2. Centre de santé .....	25
1.1.4.1.3. Le Centre de Planification et d'éducation familiale (CPEF) .....	25
1.1.4.1.4. Praticien libéral conventionné .....	25
1.1.4.1.5. Planning familial .....	25
1.1.4.2. À l'échelle du Limousin .....	26
1.1.5. Épidémiologie .....	26
1.1.5.1. À l'échelle Nationale .....	26
1.1.5.2. À l'échelle du Limousin .....	28
1.1.6. Déroulement de l'IVG en France .....	28
1.1.6.1. IVG médicamenteuse .....	28
1.1.6.1.1. Première consultation IVG. ....	28
1.1.6.1.2. Entretien psychosocial .....	28
1.1.6.1.3. Deuxième consultation .....	29
1.1.6.1.4. Troisième consultation : première prise médicamenteuse .....	29
1.1.6.1.5. Quatrième consultation .....	29
1.1.6.1.6. Cinquième consultation .....	30
1.1.6.1.7. Pharmacologie.....	30
1.1.6.1.7.1. Présentation MIFEPRISTONE et MISOPROSTOL .....	30
1.1.6.1.7.2. Posologie et mode d'administration .....	30
1.1.6.1.7.3. Effets indésirables / Effets secondaires (22)(23)(24)(25) .....	31
1.1.6.1.7.4. Contre-indication.....	31
1.1.6.1.7.5. Mise en garde et précautions d'emploi .....	31
1.1.6.2. IVG chirurgicale.....	31
1.2. Le médecin traitant .....	32
1.2.1. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés .....	32
1.2.2. Parcours de soins de l'IVG .....	33
1.2.3. Médecin généraliste conventionné avec un centre IVG .....	33
Matériel et méthode.....	34
2.1. Type d'étude .....	34
2.2. Objectifs de l'étude .....	34
2.2.1. Objectif principal .....	34
2.2.2. Objectifs secondaires .....	34
2.3. Population cible .....	34
2.4. Diffusion du questionnaire .....	34
2.5. Recueil des données .....	35
2.6. Le questionnaire .....	35
2.7. Analyse des données .....	36

2.8. Éthique et protections des données.....	36
Résultats.....	37
3.1. Nombre de l'échantillon.....	37
3.2. Analyse descriptive.....	37
3.2.1. Profils des femmes.....	37
3.2.2. Parcours de soins.....	41
3.2.3. Parcours de soins idéal.....	42
3.3. Analyse des données.....	46
Discussion.....	50
4.1. Matériel et méthodes.....	50
4.1.1. Choix de l'étude.....	50
4.1.2. Méthodologie de l'étude.....	50
4.1.3. Population étudiée.....	50
4.1.4. Diffusion questionnaire.....	53
4.1.5. Recueil.....	54
4.2. Analyse des résultats.....	55
4.2.1. L'IVG un sujet encore tabou.....	55
4.2.2. Des centres de planification notoire en Limousin.....	55
4.2.3. Le parcours de soin.....	55
4.2.3.1. Les freins à consulter son médecin traitant.....	55
4.2.3.2. Nombre d'intervenants.....	56
4.2.3.3. Délais d'obtention d'un rendez-vous.....	56
4.2.3.4. Les tests de grossesse urinaires.....	56
4.2.3.5. La prise de sang.....	56
4.2.3.6. IVG hors établissement de santé.....	57
4.2.3.7. Parcours de soins selon le profil.....	57
4.2.4. Le parcours de soins idéal.....	57
4.3. Perspective d'évolution.....	57
4.3.1. Prise en charge des tests de grossesse.....	57
4.3.2. Renforcer les connaissances des femmes.....	58
4.3.2.1. Éducation Nationale.....	58
4.3.2.2. Consultation « Contraception et Prévention ».....	58
4.3.2.3. Différentes sources d'information.....	59
4.3.3. Diminuer les délais de prises en charge.....	59
4.3.4. Renforcer la formation des professionnels de santé.....	59
4.3.5. Renforcer l'information des professionnels de santé.....	60
4.3.6. Exemple fiche mémo pour les professionnels.....	61
4.3.7. Envisager le développement d'antennes dans le Limousin.....	61
4.3.8. Promouvoir la pratique des médecins généralistes au sein des CPEF.....	62
Conclusion.....	63
Références bibliographiques.....	64
Annexes.....	68
Serment d'Hippocrate.....	75

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2021.....	26
Figure 2 : Évolution du nombre d'IVG selon le lieu de réalisation.....	27
Figure 3 : Traitement de l'IVG médicamenteux.....	30
Figure 4 : Quel âge aviez-vous lors de votre IVG ? (Effectif total n=42).....	37
Figure 5 : Quelle était votre catégorie socioprofessionnelle ? (Effectif total n=42) .....	38
Figure 6 : Quelle était votre situation maritale ? (Effectif total n=42).....	38
Figure 7 : Combien d'enfants aviez-vous ? (Effectif total n=42) .....	39
Figure 8 : Consommiez-vous de manière régulière les toxiques suivants ? (Effectif total n=42) .....	39
Figure 9 : Combien de fois avez-vous eu recours à l'IVG ? (Effectif total n=42) .....	40
Figure 10 : Aviez-vous un médecin traitant lors de votre IVG ? (Effectif total n=42).....	40
Figure 11 : Quel praticien assurait votre suivi gynécologique régulier à cette période ? (Effectif total n=42).....	41
Figure 12 : Quel est le premier praticien/centre que vous avez consulté pour votre IVG ? (Effectif total n=42).....	42
Figure 13 : Quelle serait selon vous, la première étape dans un parcours de soin idéal avant une IVG ? (Effectif total n=42).....	43
Figure 14 : Qui serait le premier contact le plus pertinent dans ce parcours de soins idéal ? (Effectif total n=42).....	43
Figure 15 : Quel(s) serait selon vous le (les) rôle(s) du premier contact ? (Effectif total n=42) .....	44
Figure 16 : Quels sont les autres rôles du médecin traitant pour les patientes ayant coché « adresser » ? (n total = 12 ; réponses à choix multiples).....	44
Figure 17 : Quels sont les autres rôles du médecin traitant pour les patientes ayant coché « réaliser IVG » ? (n total = 13 ; réponses à choix multiples) .....	45
Figure 18 : Pensez-vous qu'il est utile d'informer le médecin traitant avant une IVG ? Comment doit-il être informé ? (Effectif total n=42).....	45
Figure 19 : Auriez-vous souhaité que votre médecin traitant réalise votre IVG ? (Effectif total n=42) .....	46
Figure 20 : Réalisation d'un test de grossesse urinaire selon la déclaration d'un médecin traitant. (Effectif total n=42).....	46
Figure 21 : Quel est le premier praticien/centre consulté selon la déclaration d'un médecin traitant ? (Effectif total n=42).....	47
Figure 22 : Quel est le premier praticien/centre consulté selon l'âge de la patiente ? (Effectif total n=42).....	48

<i>Figure 23 : Qui serait le premier contact le plus pertinent dans ce parcours de soins idéal selon l'âge de la patiente ? (Effectif total n=42).....</i>	<i>48</i>
<i>Figure 24 : Quel est le nombre moyen d'enfants selon le premier contact utilisé ? (Effectif total n=42).....</i>	<i>49</i>
<i>Figure 25 : Le médecin traitant était-il informé selon que la patiente juge utile ou inutile de l'informer ? (Effectif total n=42).....</i>	<i>49</i>
<i>Figure 27 : Évolution de la population par grandes tranches d'âge.....</i>	<i>52</i>
<i>Figure 28 : Type d'équipement téléphonique selon l'âge.....</i>	<i>53</i>
<i>Figure 26 : Raisons évoquées par les femmes pour ne pas avoir lu l'affiche.....</i>	<i>54</i>

## Introduction

---

La dernière réforme de l'Assurance Maladie adoptée par la loi du 13 août 2004 (1) a replacé le médecin généraliste au centre de la coordination des soins. Elle a pour objectif de faire bénéficier d'un suivi médical coordonné, d'une gestion du dossier médical et d'une prévention personnalisée à chaque usager. L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) fait partie des exceptions aux parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire qu'il est possible de consulter directement un autre professionnel de santé que son médecin traitant, sans que celui-ci n'en soit informé. En 2007, 86,6 % des femmes se présentaient directement dans les centres d'orthogénie et seulement 3,9 % des femmes passaient avant par leur médecin généraliste. (2)

Presque deux décennies après cette réforme et malgré une meilleure connaissance du rôle du médecin traitant, le médecin généraliste ne semble toujours pas être l'intermédiaire privilégié dans le parcours de soin d'une IVG. Il se pose alors la question de la place du médecin traitant dans ce parcours de soins spécifique que constitue l'IVG.

L'objectif principal de cette étude est de décrire le parcours de soins des patientes réalisant une IVG en Limousin. Les objectifs secondaires sont de décrire le profil des patientes réalisant une IVG en Limousin en fonction de leur parcours de soins et de définir un parcours de soins idéal avant la réalisation d'une IVG selon les patientes.

## Contexte

---

### 1.1. L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

#### 1.1.1. L'histoire de l'IVG

Depuis l'Antiquité, l'avortement est un fait de société controversé. Vers 1750 av. J.-C., en Mésopotamie antique, l'avortement est interdit par le Code de Hammurabi (3). Tandis qu'en Égypte antique au XVI<sup>e</sup> siècle av. J.-C., des prescriptions pour avorter sont inscrites sur le papyrus Ebers considéré comme l'un des plus anciens traités médicaux (4).

Au IV<sup>e</sup> siècle av. J.-C., le thème de l'avortement est abordé dans le serment d'Hippocrate. Il y est écrit : « *Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif.* » Toutefois, certains historiens interprètent ce passage comme une interdiction de la méthode et non de l'avortement (5).

Au I<sup>er</sup> siècle apr. J.-C., l'Église catholique condamne fermement l'avortement volontaire et la sanctionne par l'excommunication de ceux qui la pratiquent (6).

En 1877, le lexicographe Émile Littré propose une définition pour les « faiseuses d'anges » (7). Elles sont alors définies comme des nourrices qui laissent mourir de propos délibéré des nourrissons qu'on leur confie. À cette époque, il s'agit majoritairement de femmes non-médecins qui aident illégalement et clandestinement les femmes à interrompre leurs grossesses non désirées. Les substances abortives souvent peu efficaces sont mises de côté au profit de méthode mécanique. Elles utilisent notamment des lavements répétés à l'eau savonneuse ou à l'eau de javel et l'utilisation d'instruments divers pour perforer les membranes à l'aide d'aiguilles à tricoter ou de fil de fer. Ces méthodes mécaniques, souvent réalisées dans des conditions d'hygiène précaires, conduisent fréquemment à des complications graves voire mortelles.

#### 1.1.2. Légalisation de l'IVG en France

Le projet de loi visant à dépenaliser l'interruption volontaire de grossesse en France est présenté devant l'Assemblée nationale le 26 novembre 1974 par Simone Veil, ministre de la Santé sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing. Elle y déclare lors de son discours (8) : « *Je le dis avec toute ma conviction : l'avortement doit rester l'exception, l'ultime recours pour des situations sans issue. Mais comment le tolérer sans qu'il perde ce caractère d'exception, sans que la société paraisse l'encourager ? Je voudrais tout d'abord vous faire partager une conviction de femme — je m'excuse de le faire devant cette Assemblée presque exclusivement composée d'hommes : aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame.* » Le projet de loi Veil est adopté par 284 voix contre 189 le 29 novembre 1974.

La loi N°75-17 du 17 janvier 1975 (9) autorise temporairement l'IVG sous certaines conditions cumulatives :

- L'état de grossesse doit placer la femme dans une situation de détresse ;
- Le délai de grossesse doit être inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée (SA) ;
- L'intervention ne peut être réalisée que par un médecin en établissement de santé ;

- Un délai de réflexion de 7 jours minimum doit être respecté avant la réalisation de l'acte ;
- Un entretien psychosocial est obligatoire ;
- La volonté de la femme doit être confirmée par écrit ;
- Le médecin et le personnel de santé disposent d'une clause de conscience ;
- L'autorisation parentale est obligatoire pour les mineures non émancipées.

La loi est reconduite en 1979 puis définitivement applicable au 1<sup>er</sup> janvier 1980.

La loi n'aura de cesse d'évoluer au cours des dernières décennies dans l'intérêt des patientes :

- La loi N° 82-1172 du 31 décembre 1982, Loi Roudy (10), relative aux remboursements des frais afférents à l'IVG, permet un remboursement à hauteur de 70% à 80% par la sécurité sociale.
- Le délit d'entrave à l'IVG est reconnu par la loi N°93-121 du 27 janvier 1993 (11) et se définit comme la perturbation de l'accès aux établissements pratiquant des IVG ou par l'exercice de pressions, de menaces à l'encontre des personnels médicaux ou des femmes enceintes venues subir une IVG.
- La loi N°2001-588 du 4 juillet 2001, Loi Aubry (12), du code de santé publique allonge le délai légal de l'IVG à 14 semaines d'aménorrhée. Elle permet également aux mineures non émancipées de faire une demande d'IVG sans le consentement de ses parents, si elle est jugée apte à exprimer son consentement et est accompagnée d'une personne majeure de son choix. Cette loi est également une grande avancée concernant l'accès à l'IVG puisqu'elle autorise la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée par des praticiens conventionnés avec un établissement de santé, elle n'est cependant applicable que depuis la circulaire de 2004. De plus, les chefs de service de gynécologie-obstétriques sont tenus d'organiser la pratique des IVG sans limites d'actes.
- L'arrêté N°2013-248 du 25 mars 2013 (13) permet le remboursement à 100 % de l'IVG par la sécurité sociale pour toutes les femmes.
- La loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (14) offre la possibilité aux sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses, initialement réservée aux médecins. Le délai de réflexion minimal de 7 jours est supprimé. Les sages-femmes peuvent réaliser des IVG chirurgicales jusqu'à la fin de la 8<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée dans les établissements de santé.

### 1.1.3. IVG et COVID-19

La législation relative à l'IVG a dû également évoluer à la suite de l'épidémie de COVID-19 dans laquelle la France est plongée depuis le printemps 2020.

Cette crise sanitaire et la mise en tension de notre système de santé a ouvert la possibilité de réaliser des téléconsultations (15). Il est alors possible de faire une première téléconsultation d'information avec prescription des médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG puis dans les 14 à 21 jours qui suivent une téléconsultation de contrôle. En cas de téléconsultation, les ordonnances sont dispensées en officine de ville. La

prescription doit cependant mentionner le nom de la pharmacie désigné par l'intéressée et le praticien transmet une copie de la prescription par un outil numérique sécurisé. La pharmacie délivre les médicaments directement à la femme concernée sans frais et anonymement, dans un conditionnement adapté à une prise individuelle. À la suite de quoi, le pharmacien doit apposer sur l'ordonnance le timbre de la pharmacie d'officine, la date de délivrance, les numéros d'enregistrement et la mention « délivrance exceptionnelle » puis doit en informer le prescripteur.

Depuis le 10 avril 2020, la réalisation des IVG médicamenteuses hors milieu hospitalier est étendue à 9 semaines d'aménorrhée, soit un délai rallongé de deux semaines (16).

Ces mesures dérogatoires, mises en place en temps de crise sanitaire, sont désormais inscrites en droit commun par le décret N°2022-212 publié au JO le 20 février 2022 (15).

Trois jours plus tard, c'est au tour du parlement de voter l'allongement du délai pour l'IVG à 16 semaines d'aménorrhée (17).

#### **1.1.4. Structures d'accueil**

##### **1.1.4.1. À l'échelle Nationale**

Les avortements sont réalisés au sein de structure bien définie en fonction de la méthode utilisée.

L'IVG chirurgicale peut se pratiquer en établissement de santé public ou privé. En 2018, on dénombre en France, 556 sites où il est possible de réaliser une IVG chirurgicale. Il est à noter que plus des deux tiers de ces sites sont des établissements publics.

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée dans ces mêmes entités, mais aussi en centre de santé, en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et en cabinet médical de ville. En 2019, ce sont un peu plus de 1914 praticiens conventionnés qui ont réalisé des IVG médicamenteuses dans leur cabinet de ville. On dénombre 832 gynécologues, 662 médecins généralistes et 420 sages-femmes. Cependant, il ne s'agit pas d'une activité très importante puisque plus de la moitié des praticiens conventionnés ont effectué moins de 10 IVG au cours de l'année. En 2018, 168 centres de santé et centres de planification et d'éducation familiales ont réalisé au moins une IVG médicamenteuse en ambulatoire.

##### **1.1.4.1.1. Établissement de santé**

Les établissements de santé peuvent être :

- Publics : centres hospitaliers universitaires (CHU), centres hospitaliers régionaux (CHR), centres hospitaliers (CH), établissements de soins de longue durée,
- privés : structures à but lucratif (cliniques privées) et non lucratif (exemple : centres de lutte contre le cancer).

À l'aide de leur équipe pluriprofessionnelle, les établissements de santé assurent les missions définies par le Code de santé publique (18) : « Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé [...]. Ils délivrent des soins, le cas échéant palliatifs, avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le



domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles [...]. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ».

#### **1.1.4.1.2. Centre de santé**

Aux côtés des hôpitaux, les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Les centres de santé qui justifient d'un personnel qualifié peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (19). (Annexe)

Ces centres peuvent être mono ou pluriprofessionnels, composés de : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et autres professionnels paramédicaux. On en dénombre plus de 2200 sur le territoire français dont 455 pluriprofessionnels.

#### **1.1.4.1.3. Le Centre de Planification et d'éducation familiale (CPEF)**

Créer en 1967 par la loi Neuwirth (20), les CPEF sont des lieux d'information et de prévention en matière de santé sexuelle. Il est possible d'y consulter des professionnels pour des questions relatives à la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et pour y assurer son suivi gynécologique et obstétrical. Il est possible d'y réaliser des IVG médicamenteuses lorsqu'une convention est signée avec un établissement de santé. (Annexe)

Le médecin et la conseillère conjugale et familiale sont les deux professionnels indispensables à la formation d'une CPEF, mais ils peuvent être complétés par une équipe d'infirmières, sages-femmes et assistantes sociales. En 2011, on dénombre plus de 1200 centres répartis sur le territoire.

#### **1.1.4.1.4. Praticien libéral conventionné**

Les praticiens libéraux doivent justifier d'une expérience professionnelle, telle qu'une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ou d'une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé. Cette dernière doit être attestée par le directeur de l'établissement.

Cette pratique ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une convention signée avec un établissement de santé, public ou privé. L'établissement de santé s'engage en retour, à répondre aux questions des praticiens libéraux et à organiser des formations axées sur la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

#### **1.1.4.1.5. Planning familial**

Il est important de préciser que les plannings familiaux sont un réseau d'association qui ne possède pas d'accueil médical. Ils ne peuvent donc pas réaliser d'IVG. Toutefois, ils sont souvent amenés à travailler en étroite collaboration avec les centres de planification et d'éducation familiale.

### 1.1.4.2. À l'échelle du Limousin

Dans le département de la Corrèze, il y a trois centres de planification et d'éducation familiale hébergés au sein des centres hospitaliers de Brive-la-Gaillarde, Tulle et Ussel. Il est possible d'y réaliser des IVG chirurgicales et médicamenteuses.

Dans le département de la Creuse, les IVG peuvent être réalisées au sein du centre hospitalier de Guéret ou du CPEF situé dans le centre-ville de Guéret qui possède également des antennes à Bourgneuf, Aubusson et La Souterraine.

En Haute-Vienne, il existe quatre CPEF dont trois hébergés, au sein de centre hospitalier : le centre hospitalier universitaire de Limoges, le centre hospitalier de Saint-Junien et le centre hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche. Le quatrième CPEF se situe dans le centre-ville de Limoges. Il est également possible de réaliser des IVG au sein de l'établissement de santé privé de la clinique des émailleurs de Limoges.

Dans l'ensemble du Limousin, il n'y a pas de professionnel libéral conventionné.

### 1.1.5. Épidémiologie

#### 1.1.5.1. À l'échelle Nationale

Le taux de recours à l'IVG suit globalement une tendance à la hausse depuis 1995.

L'année 2020 est marquée par une légère diminution qui semble être en lien avec le contexte sanitaire lié à l'épidémie de la COVID-19. En effet, il est constaté une chute du nombre d'IVG dans les établissements hospitaliers au mois de mai et juin 2020. Cette période coïncide avec le début du premier confinement et le délai pour un recours à l'IVG. Les données de l'Insee confirment également une baisse des naissances à partir du mois de novembre 2020. Ce qui atteste vraisemblablement une baisse générale des conceptions sur ce premier confinement. Depuis 2020, le taux de recours à l'IVG est globalement stable avec 223 300 IVG recensées en France en 2021.

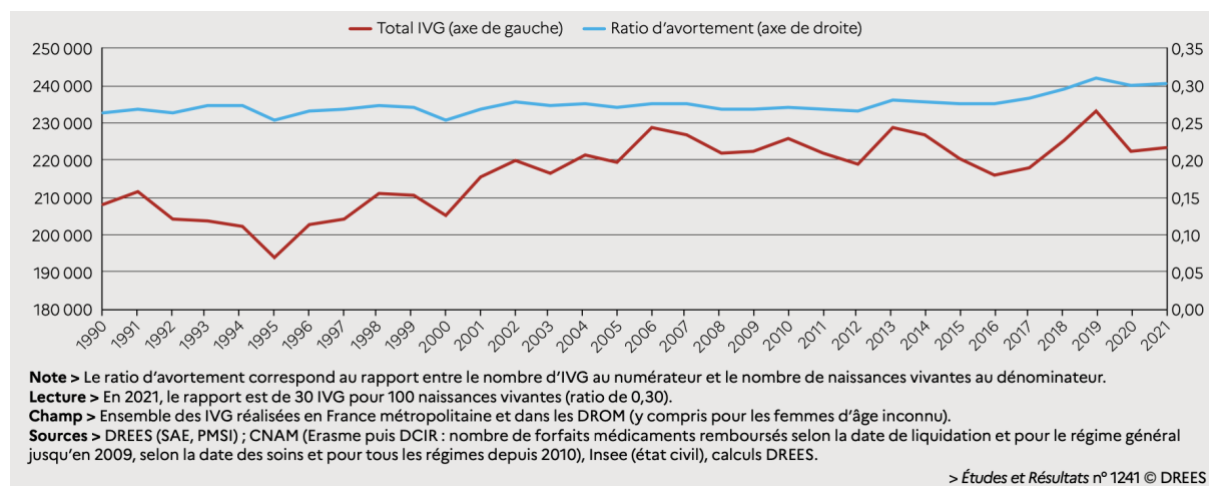


Figure 1 : Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2021

Source : DRESS 2021

En raison du contexte sanitaire actuel et dans un souci de surcharge du système hospitalier, des mesures dérogatoires spécifiques ont été mises en place. Les centres hospitaliers ont alors pu réorienter certaines femmes vers le secteur libéral, empêchant ce secteur d'être touché par cette décroissance. Cette situation n'a fait qu'amplifier une tendance déjà visible depuis plusieurs années. En effet, on remarque une diminution des IVG instrumentales réalisées en établissement au profit des IVG médicamenteuses. En 2021, ce sont 76 % des IVG qui sont réalisées par méthode médicamenteuse. Une IVG sur trois est réalisée en cabinet de ville ou en centre de santé ou de planification. (21)

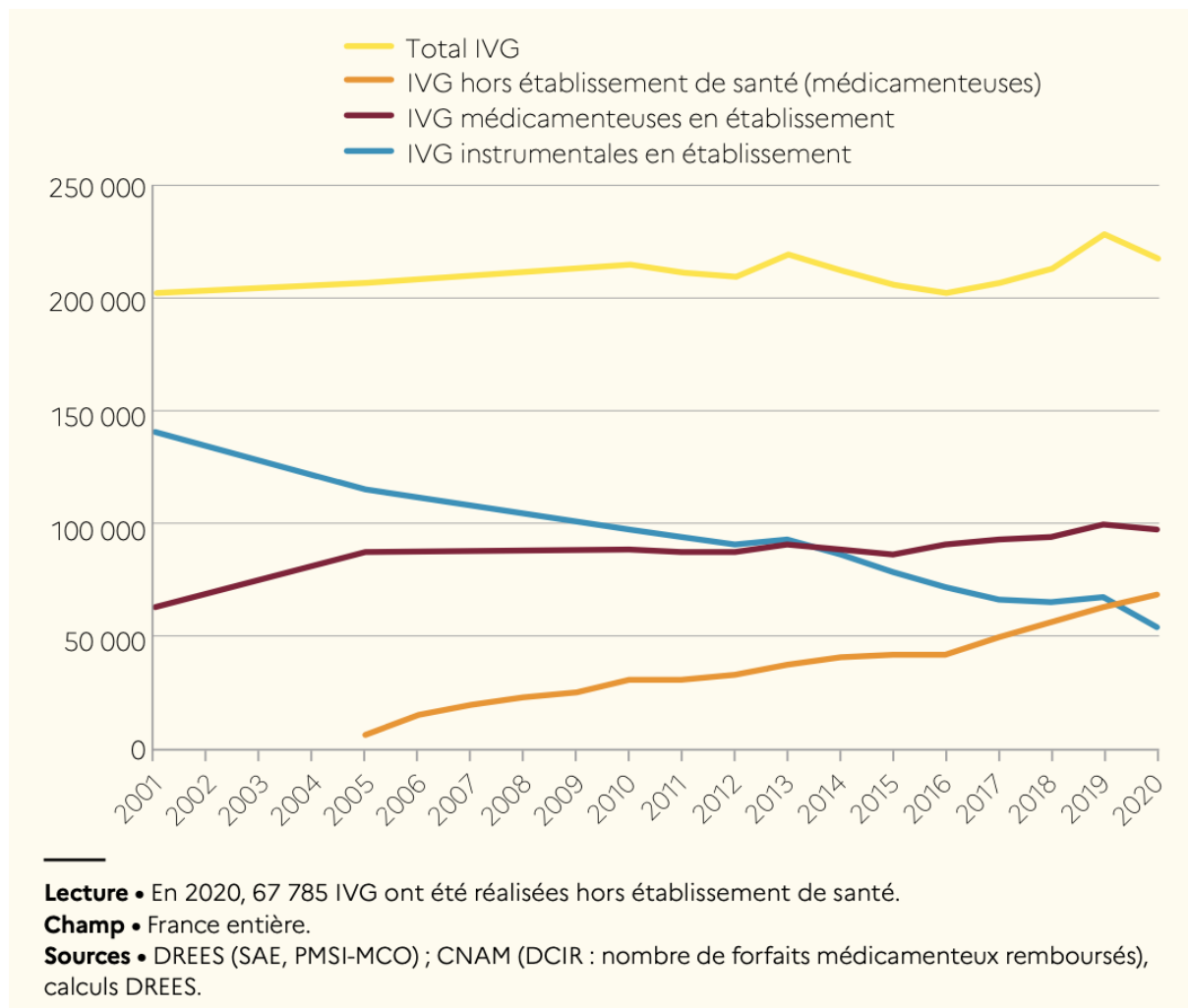


Figure 2 : Évolution du nombre d'IVG selon le lieu de réalisation

Source : Dress 2020

En 2021, ce sont 971 IVG qui sont réalisées par téléconsultation avec délivrance du médicament en pharmacie. Cette proportion reste une part infime et représente seulement 0,4 % des IVG en France.

Par ailleurs sur le territoire français, des disparités perdurent et s'accroissent.

Le taux de recours à l'IVG en France métropolitaine est de 14,9 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 29,5 dans les départements et régions d'outre-mer. Ces disparités sont également marquées en France métropolitaine avec un taux de recours allant de 11,3 en

région Pays de la Loire à 21,8 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Près de 53% des IVG réalisées à la Réunion sont réalisées hors établissement de santé, 43% en région PACA et seulement 34% pour les IVG réalisées dans la région Nouvelle-Aquitaine. En région PACA, l'offre de soins hors établissement de santé a su s'adapter à la forte demande d'IVG sur son territoire.

La région nouvelle aquitaine recense, 11.122 IVG, soit un taux de recours à l'IVG de 14,1 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

#### **1.1.5.2. À l'échelle du Limousin**

En Haute-Vienne, 1062 femmes ont eu recours à l'IVG en 2021. Le CPEF du CHU de Limoges déclare 973 IVG dont 644 IVG médicamenteuses et 329 IVG chirurgicales. Le CH de Saint Junien 104 IVG dont 25 chirurgicales.

En 2021, le CPEF de Brive-la-Gaillarde déclare 442 IVG dont 357 médicamenteux et 85 chirurgicaux. En 2020, le CPEF de Tulle a réalisé 132 IVG.

En Creuse, on dénombre un total de 185 IVG en 2019, dont 70 par méthode instrumentale et 115 par méthodes médicamenteuses. Seulement 7 IVG sont réalisées hors établissement hospitalier.

Les IVG réalisées sur le territoire Limousin représentent moins de 1 % des IVG du territoire français. Les CPEF n'ont pas recensé d'IVG hors établissement de santé en 2021.

#### **1.1.6. Déroulement de l'IVG en France**

##### **1.1.6.1. IVG médicamenteuse**

###### **1.1.6.1.1. Première consultation IVG.**

La première consultation débute généralement par un temps d'accueil et d'écoute. Le médecin informe la patiente des différentes techniques d'interruption de grossesse, à savoir médicamenteuses ou chirurgicales. Par une information claire, loyale et appropriée, il l'informe des bénéfices et risques de chaque technique. Le médecin propose systématiquement un entretien psychosocial aux patientes, celui-ci est obligatoire pour les jeunes femmes mineures non émancipées. Il est recommandé de rechercher des violences conjugales.

Dans un second temps, le médecin recueille les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la patiente. Il définit une date estimée de début de grossesse selon la date de ses dernières règles. Il réalise ensuite un examen clinique à la recherche d'une grossesse évolutive et écarte une localisation extra-utérine. Une échographie pourra être réalisée afin de confirmer le terme et la localisation de la grossesse.

Au terme de cette consultation, un dossier guide est remis à la patiente reprenant toutes les informations préalablement données verbalement et une attestation de consultation médicale lui est remise.

###### **1.1.6.1.2. Entretien psychosocial**

L'entretien psychosocial se déroule entre la première et la deuxième consultation préalable à l'IVG. Systématiquement proposé lors de la première consultation, il est facultatif pour les femmes majeures. Il reste obligatoire pour les jeunes femmes mineures non émancipées.

L'entretien est confié à des professionnels qualifiés, dite « conseillère conjugale », pour l'identification et l'accompagnement de difficultés psychosociales. Il peut avoir lieu dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé.

Le délai légal de réflexion de 48 heures après l'entretien psychosocial est supprimé depuis la loi du 2 mars 2022.

#### **1.1.6.1.3. Deuxième consultation**

Il n'existe plus de délai de réflexion minimal entre la première et la deuxième consultation. Le médecin prend en considération les requêtes de la patiente et définit avec elle la méthode d'IVG et le lieu de réalisation le plus adapté à sa situation. Toutes les femmes doivent disposer, si ce n'est pas déjà fait, d'une détermination de groupe sanguin. Lorsque la méthode envisagée nécessite une anesthésie locorégionale ou générale, une consultation préanesthésique est obligatoire avant l'intervention.

Cette consultation est également un moment privilégié pour discuter de la contraception et des infections sexuellement transmissibles. Il pourra alors être envisager de réaliser un frottis cervico-vaginal à la recherche d'une infection à Papillomavirus, une prise de sang ou un prélèvement vaginal selon le contexte.

Au terme de cette consultation, le consentement écrit de la patiente est remis au professionnel de santé. Si celui-ci ne pratique pas d'IVG, il remettra à la patiente son consentement écrit et un document attestant de la réalisation de ces deux consultations obligatoires préalables à l'IVG.

#### **1.1.6.1.4. Troisième consultation : première prise médicamenteuse**

Dans le cadre d'une IVG médicamenteuse réalisable jusqu'à 9 SA soit 7 semaines de grossesse : la consultation peut avoir lieu dans un cabinet de ville, un centre de planification et d'éducation familiale ou un centre de santé. Les praticiens réalisant cet acte en ambulatoire sont des professionnels habilités ayant signé une convention avec un établissement de santé.

Cette consultation consiste essentiellement en la première prise du MIFEPRISTONE. Il est rappelé à la patiente l'action de ce médicament et la conduite à tenir en cas d'évènement indésirable. La prévention de l'incompatibilité rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes rhésus négatif par une injection intraveineuse ou intramusculaire d'immunoglobuline anti-D.

#### **1.1.6.1.5. Quatrième consultation**

La quatrième consultation consiste à prendre les comprimés de MISOPROSTOL, 36 h à 48 h après le MIFEPRISTONE.

Cette prise médicamenteuse peut se faire à domicile pour les patientes désireuses, habitant à proximité d'un centre hospitalier. Pour ce faire, elles doivent prendre à horaire précis les comprimés et être accompagnées par une tierce personne à leur domicile jusqu'à l'expulsion. Si la patiente est en mesure de respecter ces consignes et d'intégrer toutes les informations préalablement données, il peut alors être envisagé la prise du MISOPROSTOL à domicile.

### 1.1.6.1.6. Cinquième consultation

La consultation de contrôle est une étape indispensable de la prise en charge d'une IVG, elle a lieu 2 à 3 semaines après l'IVG. Elle permet de confirmer l'interruption de la grossesse et de rechercher d'éventuelles complications.

### 1.1.6.1.7. Pharmacologie

Deux molécules participent à la réalisation d'une IVG médicamenteuse.

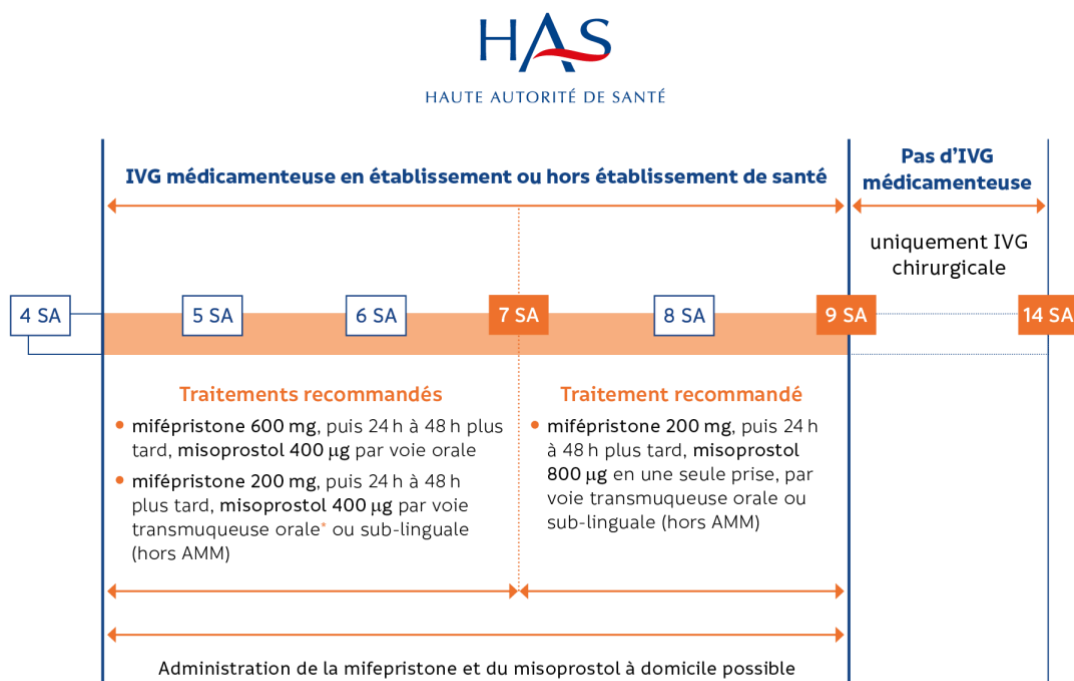
#### 1.1.6.1.7.1. Présentation MIFEPRISTONE et MISOPROSTOL

La MIFEPRISTONE est un stéroïde de synthèse mis au point en 1980 par le Pr Etienne Émile Baulieu. Il bloque l'action de la progestérone indispensable au maintien de la grossesse, par compétition au niveau de ses récepteurs. Il favorise la contraction utérine et l'ouverture du col utérin.

Le MISOPROSTOL est un analogue de la prostaglandine. Il induit une contraction des fibres musculaires lisses du myomètre et la relaxation du col utérin. Cette molécule anciennement utilisée dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux et en prévention des gastrites. Il ne possède actuellement plus qu'une indication dans l'interruption de grossesse médicamenteuse ou chirurgicale du premier trimestre.

#### 1.1.6.1.7.2. Posologie et mode d'administration

La MIFEPRISTONE se prend par voie orale en une seule dose, suivie 24 à 48 heures plus tard du MISOPROSTOL par voie orale.



IVG : interruption volontaire de grossesse ; SA : semaines d'aménorrhée.

\*voie transmuqueuse orale : les comprimés sont mis en place entre la joue et la gencive et les femmes doivent avaler les fragments résiduels au bout de 30 minutes.

Figure 3 : Traitement de l'IVG médicamenteux.

Source : Recommandation bonne pratique HAS 12 avril 2021

#### **1.1.6.1.7.3. Effets indésirables / Effets secondaires (22)(23)(24)(25)**

Dans une méta-analyse (26) portant sur 17 381 avortements médicamenteux, 87% des patientes ont déclaré que les effets indésirables du traitement étaient acceptables. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ils sont essentiellement gynécologiques et digestifs : douleurs pelviennes pour 86,1% des patientes, nausées (66,4%), vomissements (28,2%) et diarrhées (8,2%).

Au niveau gynécologique, des douleurs pelviennes et des saignements utérins sont attendus. Cependant dans moins de 2% des cas, des métrorragies importantes peuvent nécessiter un curetage hémostatique (27)(28). La persistance d'un saignement plus de 12 jours après la prise des médicaments devra faire évoquer une expulsion incomplète. Des endométrites et des affections pelviennes inflammatoires sont rapportées chez moins de 1 % des femmes (28).

De façon anecdotique, une diminution transitoire de la tension artérielle suivant la prise du MIFEPRISTONE a pu causer des hypotensions, malaises et manifestations vagales (29).

Des affections cardiovasculaires graves ont été rapportées lors de la prise du MISOPROSTOL. En France en 2013, le *réseau de pharmacovigilance* rapporte 2 cas d'infarctus, 7 cas d'angor ou de douleurs angineuses et 2 cas d'accident ischémique transitoire. (30)

Un cas de nécrolyse épidermique toxique a été rapporté lors de la prise du MIFEPRISTONE (31).

La prise du MISOPROSTOL augmente le risque tératogène par deux. (32)

#### **1.1.6.1.7.4. Contre-indication**

Le MIFEPRISTONE est contre-indiqué pour les patientes souffrantes d'une insuffisance surrénale chronique, d'une hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, d'un asthme sévère non contrôlé ou d'une porphyrie héréditaire.

Dans le cadre d'une IVG, ces traitements ne doivent pas être administrés aux patientes dont la grossesse n'est pas confirmée biologiquement ou par échographie, pour les grossesses ayant un terme supérieur à 9 SA ou lors d'une suspicion de grossesse extra-utérine.

#### **1.1.6.1.7.5. Mise en garde et précautions d'emploi**

En raison d'un risque d'échec d'interruption médicamenteuse de grossesse, la consultation de contrôle est obligatoire. Il est important de rappeler aux patientes que les métrorragies ne sont en aucun cas la preuve d'une expulsion complète. En cas d'échec, une deuxième procédure sera réalisée. Si la patiente souhaite poursuivre sa grossesse après échec, un suivi échographique sera mis en place dans un centre spécialisé en raison du risque tératogène du MISOPROSTOL. La persistance d'un saignement plus de 12 jours après l'IVG devra faire évoquer un avortement incomplet ou une grossesse extra-utérine.

#### **1.1.6.2. IVG chirurgicale**

Les deux premières consultations obligatoires préalables à l'IVG sont identiques à celle de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Au terme de ces deux consultations,

la méthode chirurgicale ou médicamenteuse est décidée en tenant compte du terme de la grossesse et de la volonté de la patiente. Lorsqu'une prise en charge chirurgicale avec anesthésie générale ou locorégionale est envisagée, une consultation préanesthésique est indispensable, l'intervention se déroulera au bloc opératoire.

L'IVG instrumentale se pratique par un médecin en établissement de santé ou centre de santé jusqu'à la fin de la 16<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée. Le médecin réalise une dilatation mécanique du col utérin. L'ouverture du col peut également être facilitée par l'administration en 36 à 48h avant l'aspiration du MIFEPRISTONE ou d'une prostaglandine 3h à 4h avant. Puis le médecin pratique une aspiration du contenu de l'utérus à l'aide d'une canule adaptée. L'intervention dure en général une dizaine de minutes et une surveillance est préconisée pendant quelques heures. Cet acte se réalise en hospitalisation de jour, les patientes entrent le matin et sortent à domicile le soir.

Au cours de l'intervention, la survenue d'une hémorragie ou la perforation de l'utérus sont les deux complications graves possibles, bien qu'elles soient rares (33). Après l'intervention, il convient de contacter l'établissement ayant réalisé l'IVG en cas de fièvre supérieur à 38°C, de saignement important, de malaise ou de fortes douleurs abdominales. Ces symptômes peuvent être le signe d'une infection génitale haute ou d'un échec de la procédure.

La méthode chirurgicale à un risque d'échec très bas et est efficace dans 99,7% des cas.

## **1.2. Le médecin traitant**

### **1.2.1. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés**

La dernière réforme de l'Assurance Maladie adoptée par la loi du 13 août 2004 a replacé le médecin généraliste au centre de la coordination des soins. Elle a pour objectif de faire bénéficier d'un suivi médical coordonné, d'une gestion du dossier médical et d'une prévention personnalisée à chaque usager. Pour cela, le patient désigne un médecin traitant qui assure ce suivi et se charge d'adresser si nécessaire à un médecin spécialiste pour des soins complémentaires ou des examens. Le médecin traitant rédige alors un courrier au médecin spécialiste, faisant état du motif de consultation et de l'état de santé du patient. La présentation de ce courrier lors de la consultation avec le spécialiste permet de bénéficier d'un remboursement adéquat. En cas de non-respect de ce parcours de soins coordonné, le patient aura une pénalité financière avec un montant de ses remboursements qui se verra diminué. En respectant ce parcours de soin, le médecin spécialiste enverra un compte-rendu de la consultation au médecin traitant permettant un suivi de la prise en charge.

Il existe des exceptions au parcours de soins coordonnés pour les spécialités suivantes, avec des remboursements non minorés à condition d'avoir déclaré un médecin traitant :

- Ophtalmologues,
- Gynécologue,
- Psychiatres et neuropsychiatres pour les patients âgés de 16 à 25 ans
- Stomatologues
- Biologistes

Certains soins sont également concernés par l'exception au parcours de soins coordonnés :

- Protocole de soins établi pour une affection longue durée (ALD)



- Suivi d'un médecin spécialiste dans le cadre d'une maladie chronique
- Consultation de contrôle
- Séquence de soins en concertation avec le médecin traitant
- Consultations hospitalières de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies

En 2021, la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à la Caisse nationale d'Assurance maladie déclarait que : « 11% des patients de 17ans et plus n'avaient pas de médecins traitants ».

### **1.2.2. Parcours de soins de l'IVG**

L'IVG fait partie des exceptions au parcours de soins coordonnés, il est dit « hors parcours de soins coordonnés », c'est-à-dire qu'il est possible de consulter directement un autre professionnel de santé sans passer par son médecin traitant au préalable. Le patient bénéficie de remboursements non minorés, même s'il n'a pas déclaré de médecin traitant.

Il concerne tout professionnel de santé réalisant les IVG. Il peut s'agir d'un gynécologue, d'un médecin généraliste ou d'une sage-femme au sein de structure réalisant les IVG ou en ambulatoire lorsqu'ils sont conventionnés avec un centre de référence. Les autres principales exceptions hors parcours de soins sont les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein, les soins effectués dans le cadre d'une urgence ou d'une hospitalisation et les soins à l'étranger.

### **1.2.3. Médecin généraliste conventionné avec un centre IVG**

Les médecins généralistes peuvent réaliser des IVG médicamenteuses en ville que dans le cadre d'une convention signée avec un établissement de santé, public ou privé. (Annexe 1)

Ils doivent justifier d'une expérience professionnelle, telle qu'une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ou d'une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé.

En France, peu de médecins généralistes réalisent cet acte au sein de leur cabinet. En 2019, on dénombre seulement 662 médecins généralistes conventionnés actifs, soit environ 1 médecin généraliste sur 200. (34)

Des études (35)(36)(37) ont permis d'identifier les freins des médecins généralistes à la réalisation de cet acte. L'IVG est considérée comme une pratique chronophage et contraignante. D'autres freins tels que la formation, la surcharge de travail, les démarches administratives, la surveillance des complications, la responsabilité du médecin généraliste, la proximité des structures, la faible demande des patientes et la rémunération sont également régulièrement évoqués.

## Matériel et méthode

---

### 2.1. Type d'étude

Cette étude quantitative était observationnelle, descriptive, transversale.

### 2.2. Objectifs de l'étude

#### 2.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de décrire le parcours de soins des patientes réalisant une IVG en Limousin.

#### 2.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de :

- Décrire le profil des patientes réalisant une IVG en Limousin en fonction de leur parcours de soins.
- Définir un parcours de soins idéal avant la réalisation d'une IVG selon les patientes.

### 2.3. Population cible

Notre étude s'intéressait aux femmes ayant réalisé une IVG.

Les critères d'inclusions étaient :

- Les femmes majeures aux moments du questionnaire
- Ayant réalisé une IVG
- L'IVG devait avoir eu lieu entre 2016 et 2022
- L'IVG devait avoir eu lieu en Limousin

Dans cette étude, les critères de non-inclusion étaient les femmes mineures au moment de remplir le questionnaire, les femmes n'ayant pas réalisé d'IVG, les femmes ayant réalisé une IVG avant 2016 et les femmes ayant réalisé une IVG en dehors du Limousin.

### 2.4. Diffusion du questionnaire

Un courriel a été envoyé à tous les médecins généralistes et gynécologues du Limousin par l'intermédiaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ce courriel était composé d'un message et d'une pièce jointe. Le message destiné aux praticiens, les incitait à imprimer et à afficher la pièce jointe au sein de leur salle d'attente et/ou de leur salle de consultation, de sorte que l'affiche soit le plus visible et accessible pour les patientes. Il était également brièvement rappelé les critères d'inclusions afin d'inviter les femmes concernées à y répondre. La pièce jointe se présentait sous forme d'une affiche au format PDF. Cette affiche ayant pour titre : « Le parcours de soins d'une patiente avant la réalisation d'une IVG » reprenait les critères d'inclusion du questionnaire et un QR-code permettant d'accéder directement au questionnaire grâce à un smartphone.

Un courriel similaire a également été envoyé au planning familial de la Haute-Vienne, de la Creuse et de la Corrèze.

Je suis allée rencontrer les professionnelles paramédicales et médicales au sein des CPEF de Tulle, Brive-la-Gaillarde, Guéret et Limoges, afin de leur présenter mon étude. Des affiches ont été distribuées aux formats papier et PDF. En plus d'un affichage en salle d'attente, une impression au format A5 était également disponible en salle d'attente. Il a été conclu avec l'équipe des centres d'une distribution ciblée du questionnaire aux femmes pouvant être incluses dans cette étude. Le questionnaire était donc remis aux femmes en cours de prise en charge pour la réalisation d'une IVG et à toutes les femmes ayant un antécédent d'IVG dans les cinq dernières années, à condition qu'elles soient majeures. Le questionnaire pouvait être remis aux femmes à différentes étapes de leur prise en charge pour la réalisation d'une IVG, en fonction des convenances de chaque centre. Pour les centres distribuant le questionnaire lors des premières consultations, c'est-à-dire avant l'IVG, il était demandé à la patiente d'attendre la réalisation de l'IVG pour y répondre. Un rappel lors de la consultation de contrôle devait être systématiquement fait par l'équipe médicale ou paramédicale pour inviter les femmes à y répondre si cela n'était pas encore fait.

## **2.5. Recueil des données**

Cette étude s'articulait autour d'un questionnaire en ligne disponible durant les mois de juin à septembre 2022 sur la plate-forme de travail Google Forms, accessible à l'aide d'un QR-code. Les questionnaires dûment complétés et validés étaient ainsi enregistrés afin d'être traités.

## **2.6. Le questionnaire**

Le questionnaire était composé de vingt-deux questions sous forme de questionnaire à choix unique dont quatre ayant la possibilité de répondre par une réponse semi-ouverte : « Autre : préciser ». Il y avait trois questions sous forme de questionnaire à choix multiples.

Au début du questionnaire, un rappel était fait sur les critères d'inclusions. Une précision était faite pour les femmes ayant réalisé plusieurs IVG entre 2016 et 2022, il leur est demandé de compléter le questionnaire avec les éléments de leur dernière IVG. Il était également indiqué que les réponses étaient anonymes.

Ce questionnaire était composé de trois grandes parties.

- La première partie s'intéresse au profil des femmes au moment de leur IVG :
  - Âge,
  - Nationalité,
  - Catégorie socioprofessionnelle,
  - Situation maritale,
  - Nombre d'enfants,
  - Consommation de toxique,
  - Nombre de recours à l'IVG,
  - Déclaration d'un médecin traitant,
  - Suivi gynécologique
- La deuxième partie s'intéresse au parcours de soins des femmes :

- Réalisation d'un test urinaire,
  - Premier praticien/centre consulté,
  - Réalisation d'une prise de sang,
  - Réalisation d'une échographie de datation,
  - Lieu de l'IVG,
  - Méthode utilisée,
  - Terme gestationnel,
  - Médecin traitant informé du désir d'IVG.
- La dernière partie correspond au parcours de soins idéal d'une IVG selon les patientes. Il définit la première étape et le premier contact le plus pertinent dans ce parcours de soin idéal, ainsi que le rôle de ce premier contact. Une question interroge sur l'utilité d'informer son médecin traitant et sur la façon de le faire.

## **2.7. Analyse des données**

L'analyse des données de cette enquête est réalisée à l'aide du logiciel tableur Excel. Les variables quantitatives, telles que le nombre d'enfants sont exprimées en moyenne. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et en pourcentage.

## **2.8. Éthique et protections des données**

Après un avis favorable du comité de thèse du Département de Médecine générale de l'Université de Limoges. Un avis concernant le Règlement général sur la protection des données (RGPD) a été initié. Après consultation des éléments et en l'absence d'identification possible des patientes répondant au questionnaire, il n'a pas eu lieu de faire de demande auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les femmes ayant participé à l'étude étaient toutes volontaires et ont répondu aux questionnaires de façon anonyme.

## Résultats

---

### 3.1. Nombre de l'échantillon

Le questionnaire a été complété par 42 femmes.

### 3.2. Analyse descriptive

#### 3.2.1. Profils des femmes

La totalité des femmes répondant à ce questionnaire était française.

La majorité (93 %) avait entre 18 et 35 ans. La catégorie des moins de 18 ans n'était pas représentée, car aucune femme ayant répondu aux questionnaires n'avait moins de 18 ans au moment de leur IVG. Seulement 3 femmes (7 %) étaient âgées de plus de 36 ans. (Figure 4)

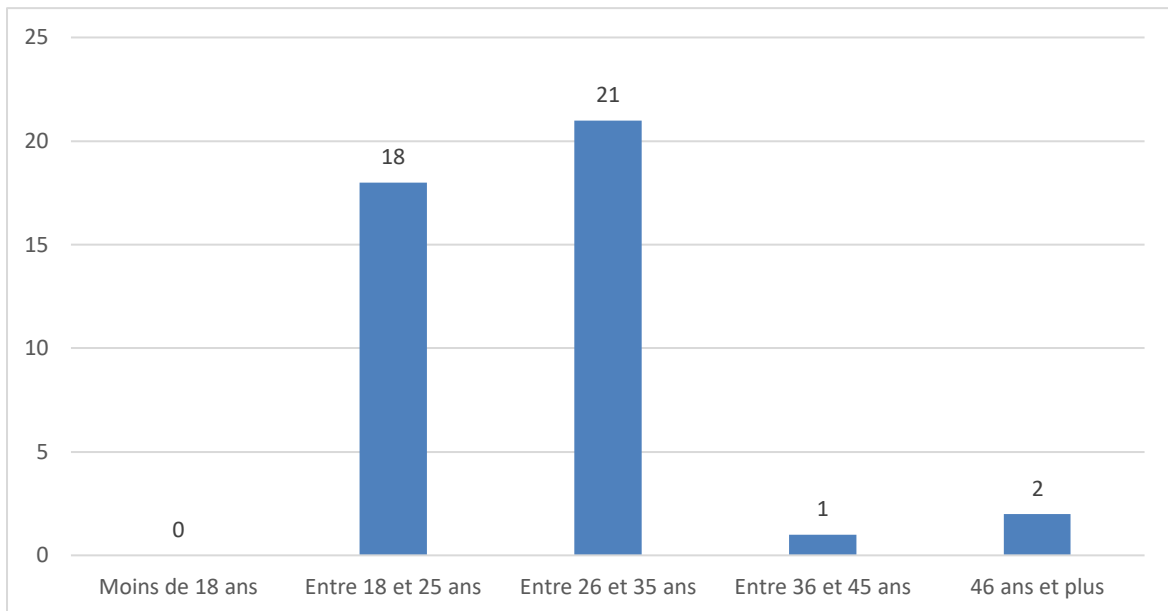


Figure 4 : Quel âge aviez-vous lors de votre IVG ? (Effectif total n=42)

Concernant la catégorie socioprofessionnelle, les employés étaient les plus représentés avec plus d'une femme sur deux (57 %). Les deux autres grandes catégories professionnelles représentées sont les femmes sans activité professionnelle (chômeuse, sans-emploi ou étudiante) (21%) et les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise (12%). Il y avait trois catégories professionnelles non représentées dans ce graphique, les retraitées, les agricultrices exploitantes et les ouvrières. (Figure 5).

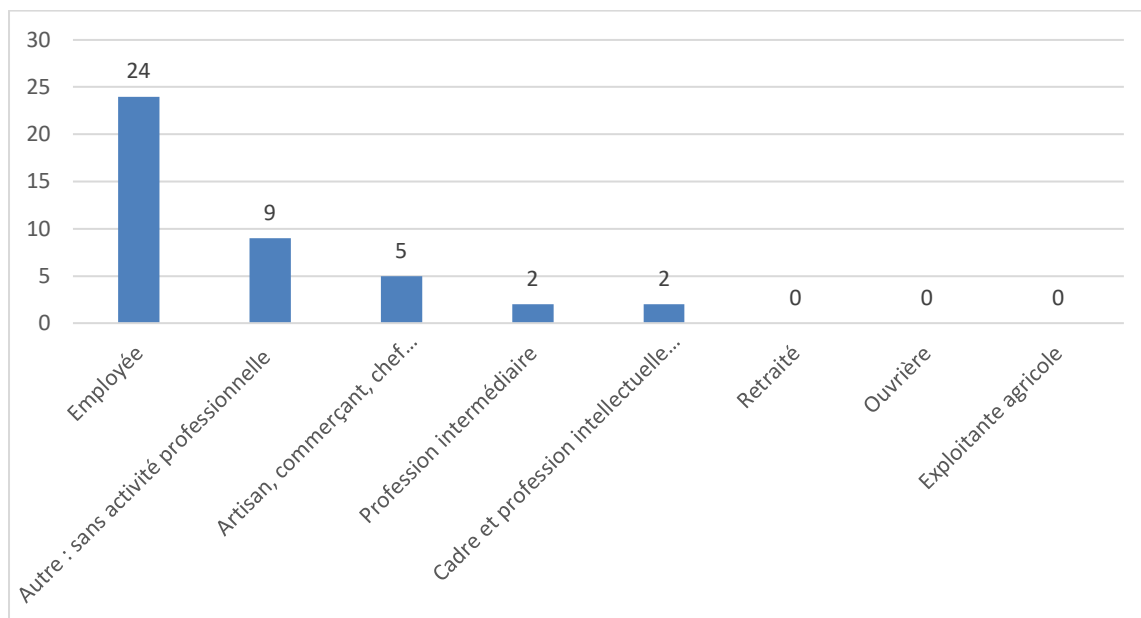


Figure 5 : Quelle était votre catégorie socioprofessionnelle ? (Effectif total n=42)

La situation maritale des femmes montrait que la moitié d'entre elles vivaient en concubinage (50%), un quart étaient mariée ou PACS (25%) et le dernier quart étaient seule (25 %). (Figure 6)

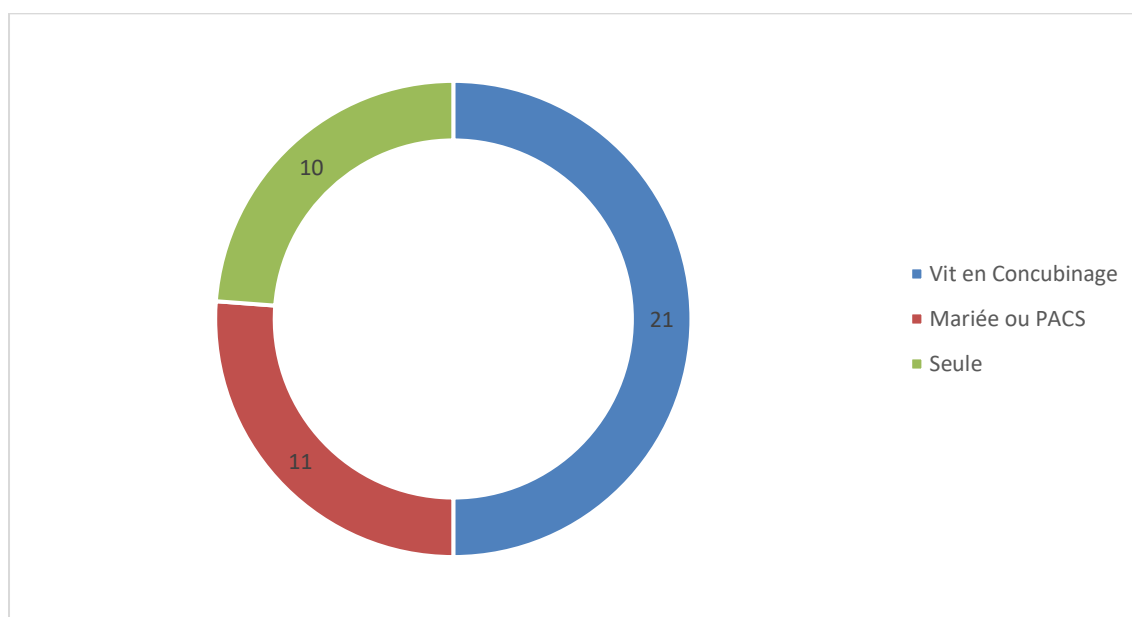


Figure 6 : Quelle était votre situation maritale ? (Effectif total n=42)

Le groupe de femme le plus représenté était les femmes n'ayant pas d'enfant (50 %) suivi par les mères de deux enfants (21 %) puis d'un enfant (17 %). La catégorie « quatre enfants et plus » n'était pas représentée en l'absence de réponse. (Figure 7)

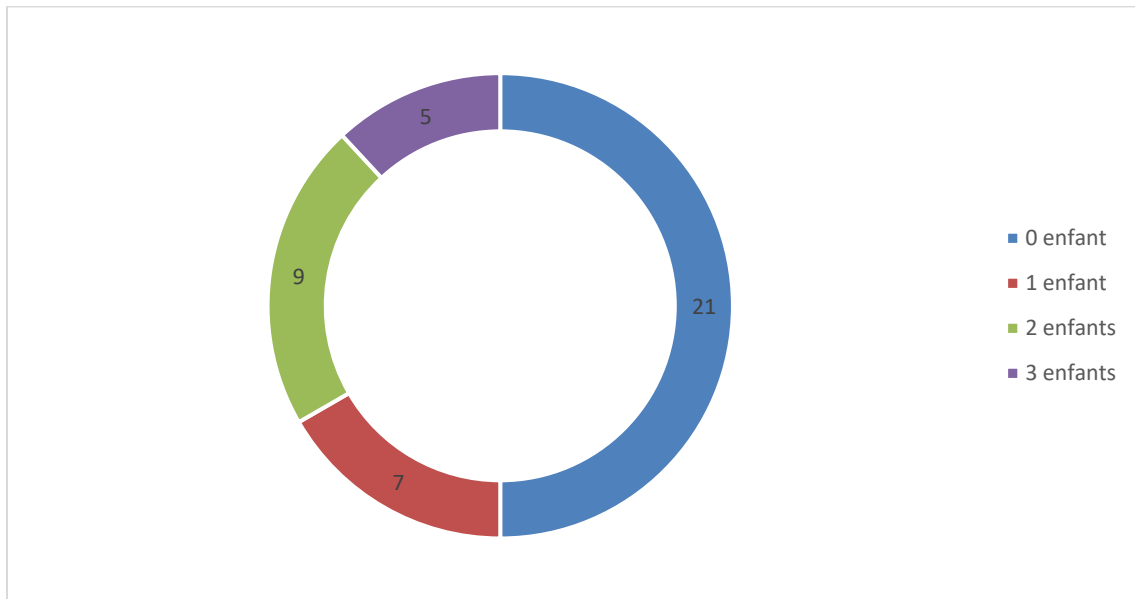


Figure 7 : Combien d'enfants aviez-vous ? (Effectif total n=42)

Dans notre étude, plus de 70% des femmes ne consommaient pas de toxique et environ 29 % consommaient de façon régulière du tabac. Environ 12% des femmes consommaient du tabac et de l'alcool de façon régulière. Aucune femme dans notre étude ne consommait de drogue. (Figure 8)

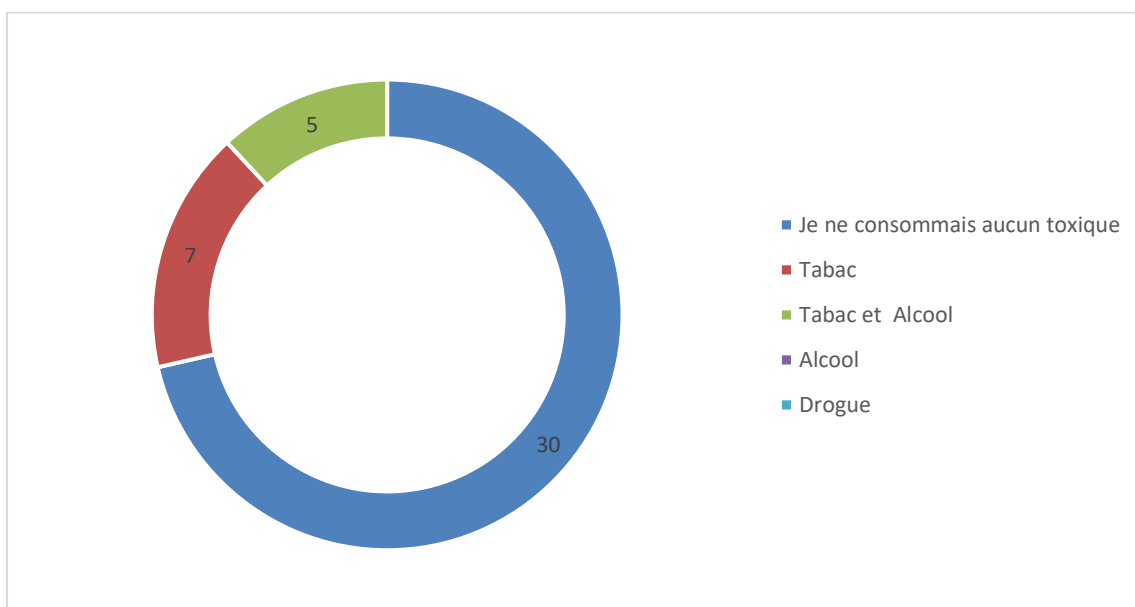


Figure 8 : Consommiez-vous de manière régulière les toxiques suivants ? (Effectif total n=42)

Dans cette étude, 24 femmes (57%) des femmes avaient eu recours à l'IVG pour la première fois, 15 femmes (36%) avaient eu recours à l'IVG pour la deuxième fois et 3 femmes (7%) pour la troisième fois et plus. (Figure 9)

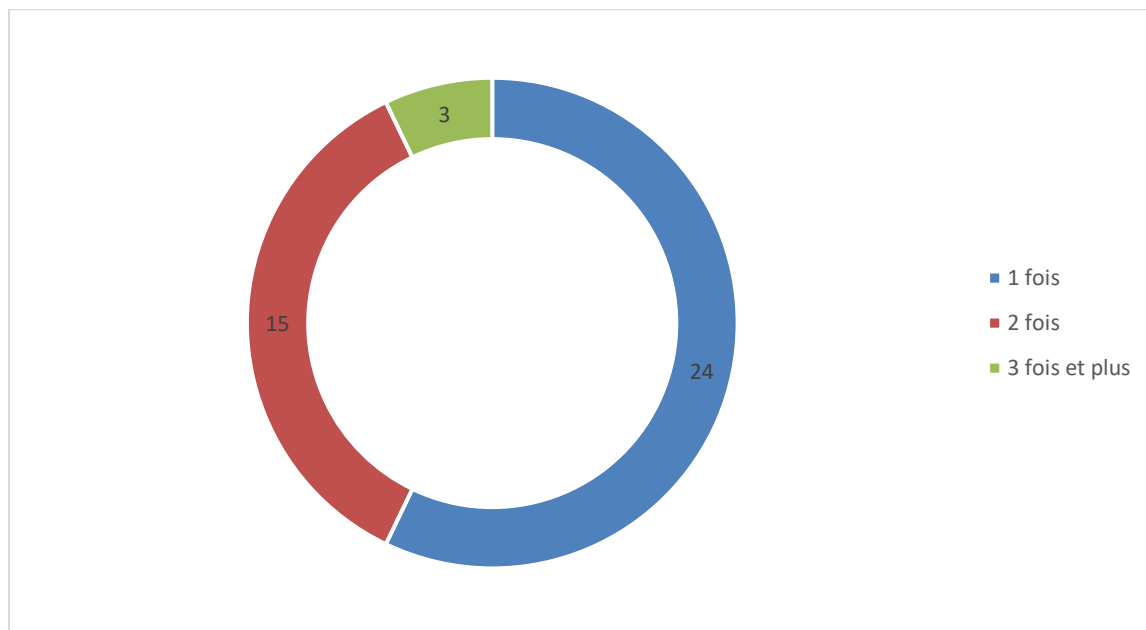


Figure 9 : Combien de fois avez-vous eu recours à l'IVG ? (Effectif total n=42)

Les femmes avaient déclaré à plus de 70% avoir un médecin traitant au moment de leur IVG. (Figure 10)

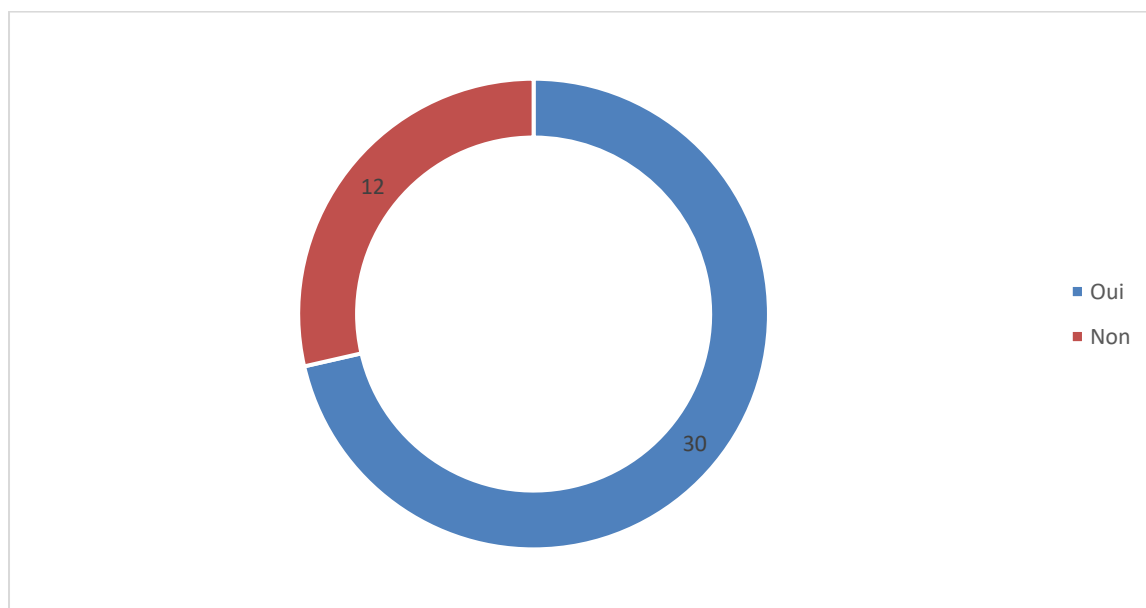


Figure 10 : Aviez-vous un médecin traitant lors de votre IVG ? (Effectif total n=42)



29 % des femmes n'avaient pas de suivi gynécologique lors de leur IVG et la même proportion était suivie par un gynécologue à l'hôpital. Environ 21% des femmes étaient suivies par un gynécologue en ville, 12 % étaient suivies par leur sage-femme et 9% avaient un suivi gynécologique par leur médecin traitant. (Figure 11)

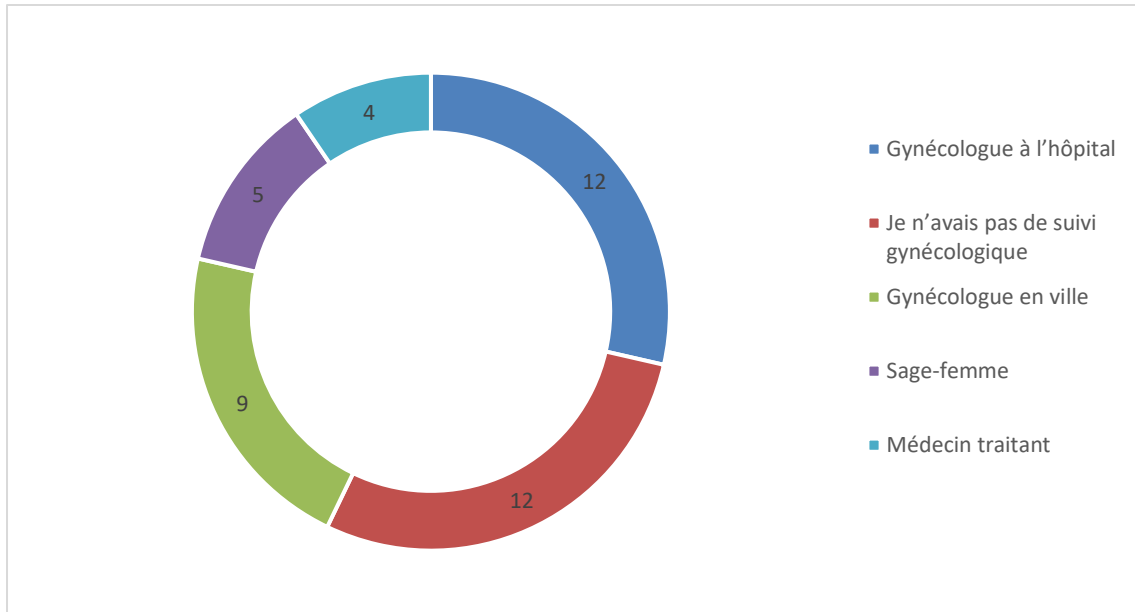


Figure 11 : Quel praticien assurait votre suivi gynécologique régulier à cette période ? (Effectif total n=42)

### 3.2.2. Parcours de soins

Dans 80% des cas, les femmes de notre étude avaient réalisé un test urinaire avant de consulter.

Le premier contact déclaré par les femmes était pour 64% d'entre elles un centre de planification ou un centre d'orthogénie. La sage-femme arrivait en suivant avec 14% des femmes l'ayant consulté comme premier contact, suivi du gynécologue (9 %) et de leur médecin traitant (9 %). Une seule patiente avait répondu isolément les urgences gynécologiques. (Figure 12)

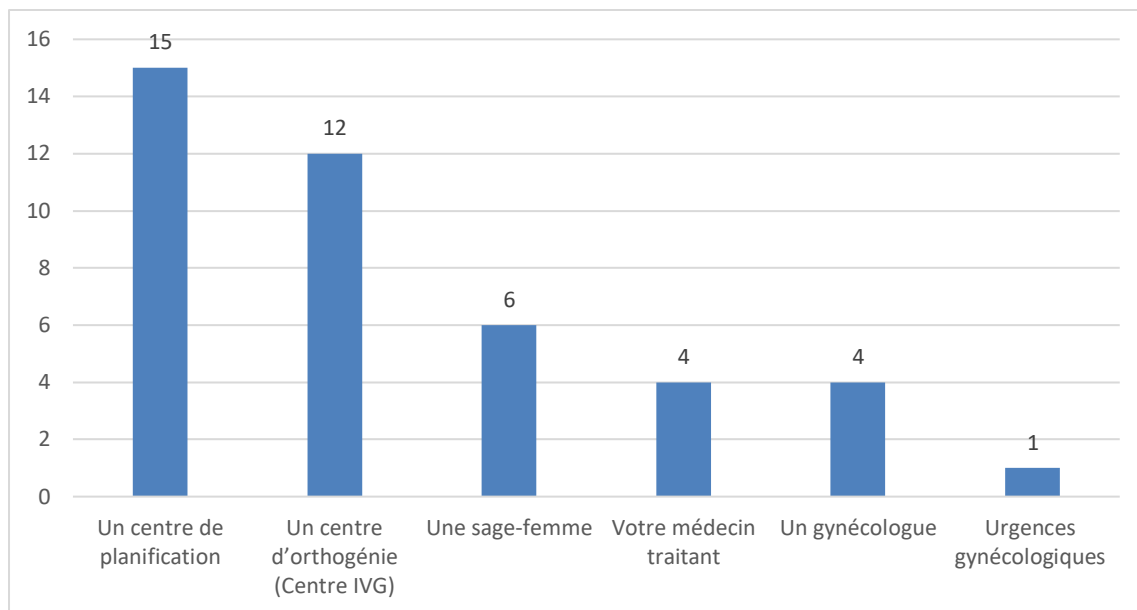


Figure 12 : Quel est le premier praticien/centre que vous avez consulté pour votre IVG ? (Effectif total n=42)

À la suite du premier contact, 64% avaient réalisé une prise de sang pour confirmer la grossesse et 83% avaient réalisé une échographie de datation.

Deux femmes avaient déclaré avoir réalisé leur IVG en ville. 95% des IVG de notre étude ont eu lieu en centre d'orthogénie. Leurs termes n'excédaient pas 6 SA pour les IVG en ville et 9 SA pour les IVG réalisées en centre.

26% des femmes affirmaient avoir prévenu leur médecin généraliste de leur désir d'IVG avant la réalisation de cet acte.

Deux tiers (66%) des femmes avaient répondu ne pas savoir qu'un médecin généraliste pouvait réaliser une IVG médicamenteuse si celui-ci était conventionné.

### 3.2.3. Parcours de soins idéal

Le parcours de soins idéal décrit par les patientes débutait pour 69% d'entre elles par la réalisation d'un test urinaire ou d'une prise de sang. Environ 12% des femmes interrogées jugeaient que cette première étape devait débiter par un contact avec un praticien et/ou contact avec un centre. (Figure 13)

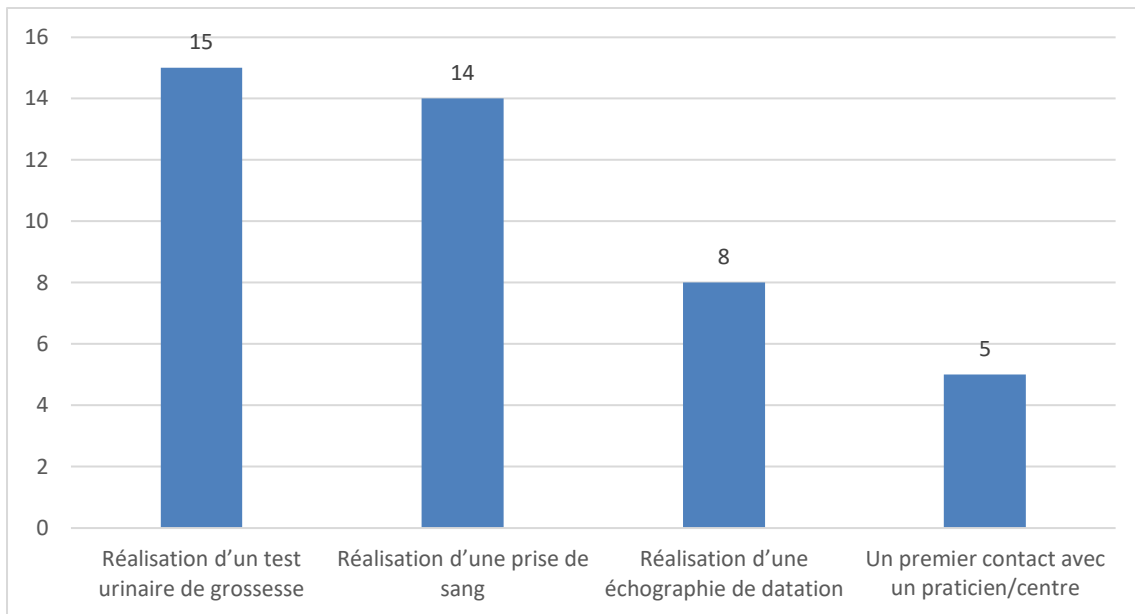


Figure 13 : Quelle serait selon vous, la première étape dans un parcours de soin idéal avant une IVG ? (Effectif total n=42)

Le premier contact le plus pertinent était le médecin traitant pour 45% des femmes interrogées, suivi par le planning familial (24 %), leur gynécologue (12 %), un centre d'appel dédié à l'IVG (9 %) et par un centre d'orthogénie (9 %).

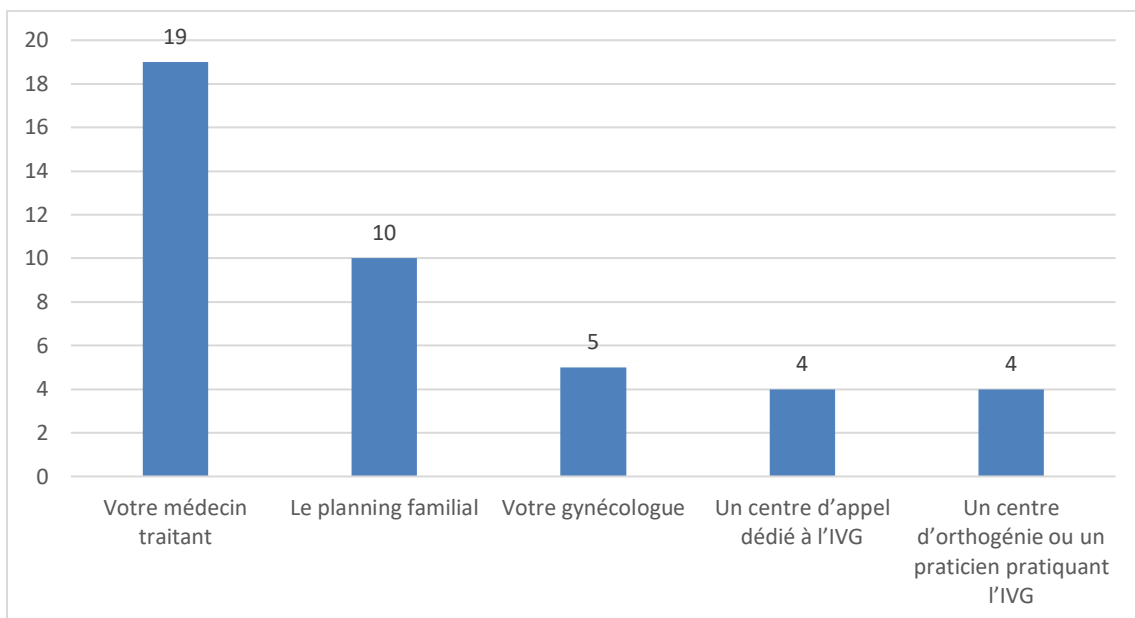


Figure 14 : Qui serait le premier contact le plus pertinent dans ce parcours de soins idéal ? (Effectif total n=42)

Le rôle de ce premier contact était pour 83% des femmes d'informer et de conseiller. 31 % des femmes répondantes estimaient qu'il était du rôle de ce premier contact de réaliser l'IVG. (Figure 15)

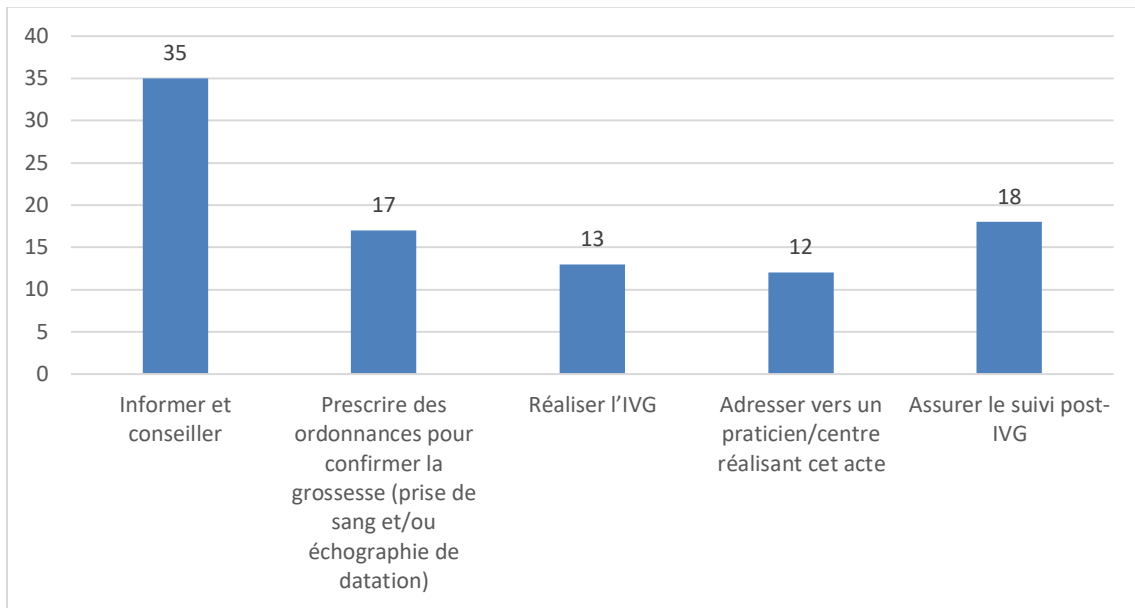


Figure 15 : Quel(s) serait selon vous le (les) rôle(s) du premier contact ? (Effectif total n=42)

Concernant les femmes pour qui le rôle du médecin traitant était d'adresser les femmes vers un praticien/centre réalisant cet acte. Toutes les femmes estimaient qu'il était du rôle du médecin traitant de les informer et de les conseiller, 12 % de prescrire des ordonnances pour confirmer la grossesse, 7 % d'assurer le suivi post-IVG et 5 % de réaliser l'IVG. (Figure 16)

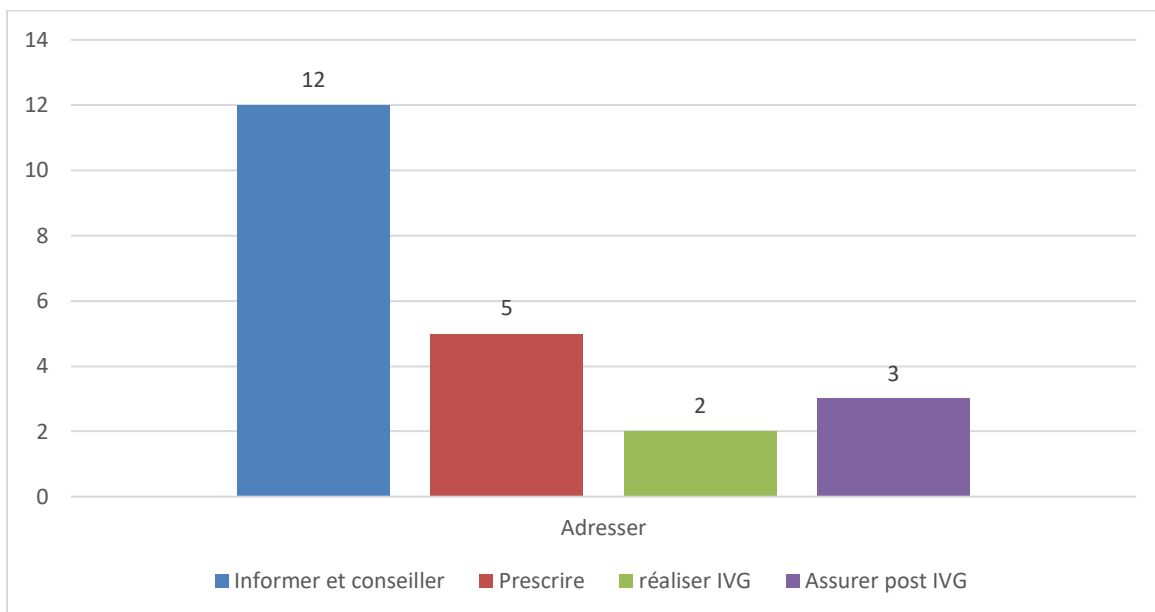


Figure 16 : Quels sont les autres rôles du médecin traitant pour les patientes ayant coché « adresser » ? (n total = 12 ; réponses à choix multiples)

Concernant les femmes pour qui le rôle du médecin traitant était de réaliser l'IVG, 53 % estimé qu'il était également son rôle d'assurer le suivi post-IVG. (Figure 17)

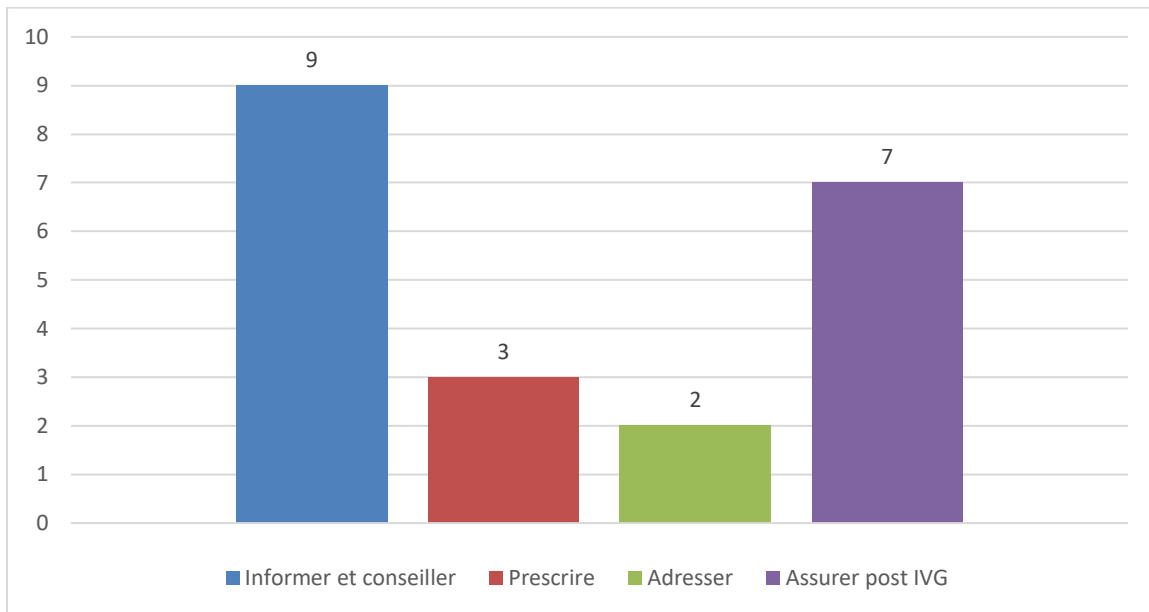


Figure 17 : Quels sont les autres rôles du médecin traitant pour les patientes ayant coché « réaliser IVG » ? (n total = 13 ; réponses à choix multiples)

Environ deux tiers (64 %) des patientes jugeaient inutile de prévenir le médecin traitant avant la réalisation d'une IVG. Concernant la façon de le prévenir, 63% d'entre elles déclarait qu'il devait être prévenu par la patiente.

Pour les femmes souhaitant informer leur médecin traitant de la réalisation de l'IVG, 80% préconisaient que ce soit la patiente elle-même qui l'informe. Pour les femmes qui jugeaient inutile de l'informer, cette proportion diminue à 62%. (Figure 18)

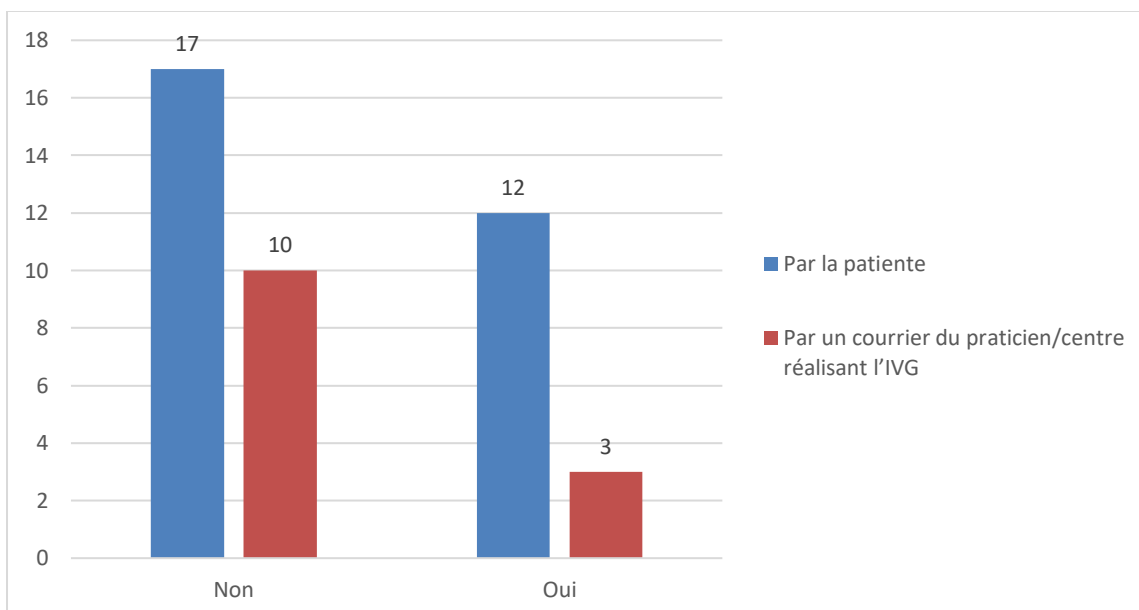


Figure 18 : Pensez-vous qu'il est utile d'informer le médecin traitant avant une IVG ? Comment doit-il être informé ? (Effectif total n=42)

La dernière question du questionnaire demandait aux femmes si elles auraient souhaité que leur médecin traitant réalise leur(s) IVG. Les réponses étaient négatives pour plus des trois quarts des patientes (76 %) et 10 femmes ont répondu positivement (24 %). (Figure 19)

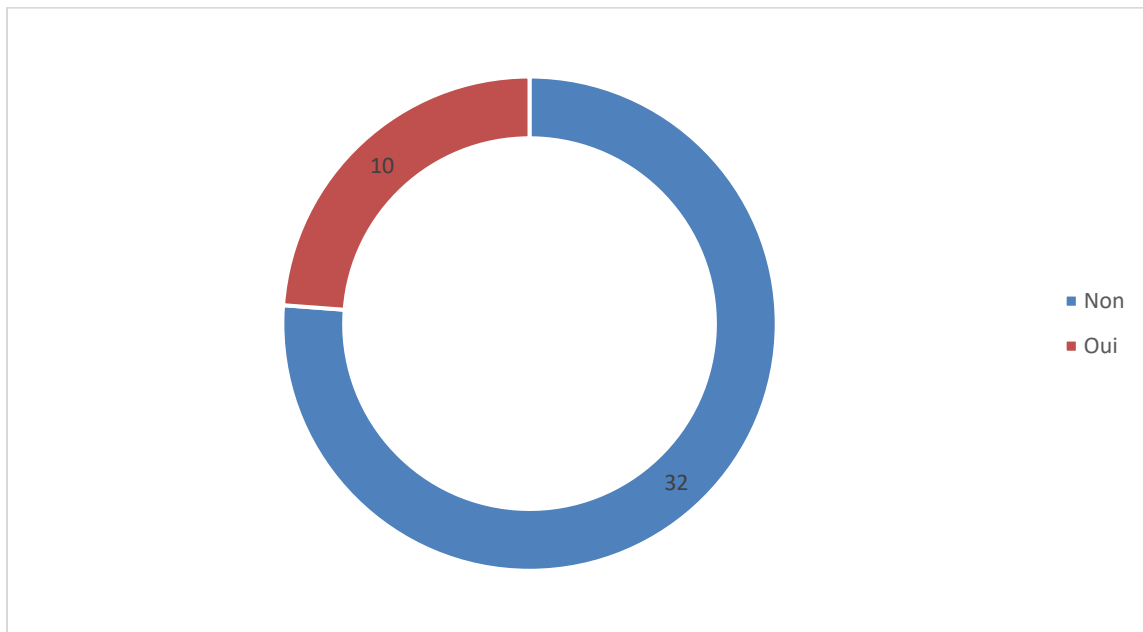


Figure 19 : Auriez-vous souhaité que votre médecin traitant réalise votre IVG ? (Effectif total n=42)

### 3.3. Analyse des données.

Les patientes sans médecin traitant ont toutes réalisé un test de grossesse urinaire avant de consulter pour une IVG. (Figure 20)

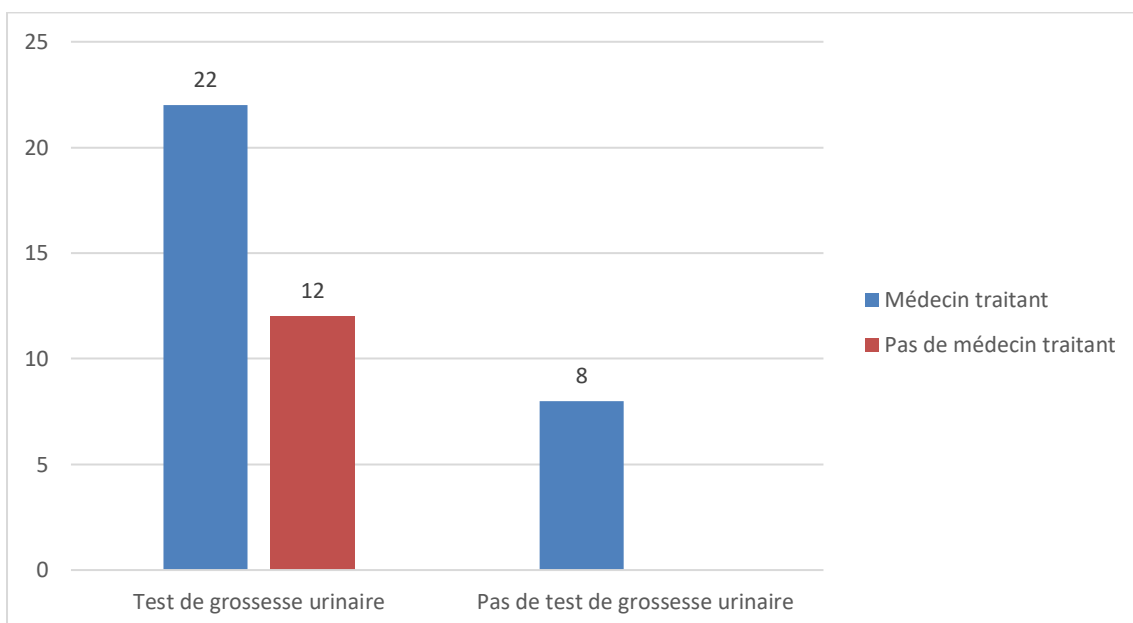


Figure 20 : Réalisation d'un test de grossesse urinaire selon la déclaration d'un médecin traitant. (Effectif total n=42)

Concernant les 30 femmes ayant déclarées un médecin traitant, 37 % d'entre elles avaient consulté en premier un centre de planification, 24 % un centre d'orthogénie, 13% leur médecin traitant, 13 % un gynécologue, 10 % une sage-femme et 3% les urgences gynécologiques.

Concernant les patientes sans médecin traitant, 41 % avaient consulté en premier un centre d'orthogénie, 33 % un centre de planification et 25% une sage-femme. (Figure 21)

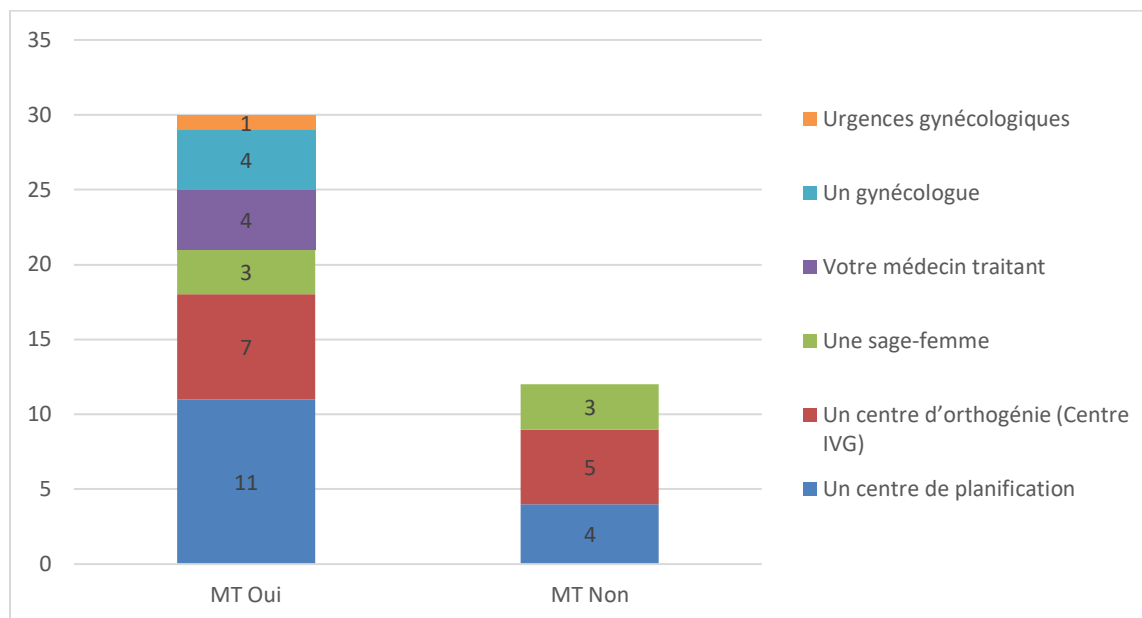


Figure 21 : Quel est le premier praticien/centre consulté selon la déclaration d'un médecin traitant ? (Effectif total n=42)

Les patientes de plus de 36 ans se sont toutes rendues directement en centre d'orthogénie ou en CPEF. Pour les femmes âgées de 26 à 35 ans, 67 % se sont rendu en centre d'IVG ou CPEF, cette proportion diminue chez les femmes de 18 à 25 ans passant à environ 55%. Sur les quatre femmes ayant consulté leur médecin traitant trois d'entre elles (75 %) sont dans la tranche d'âge 26 et 35 ans et une (25%) dans la tranche d'âge 18 et 25 ans. (Figure 22)

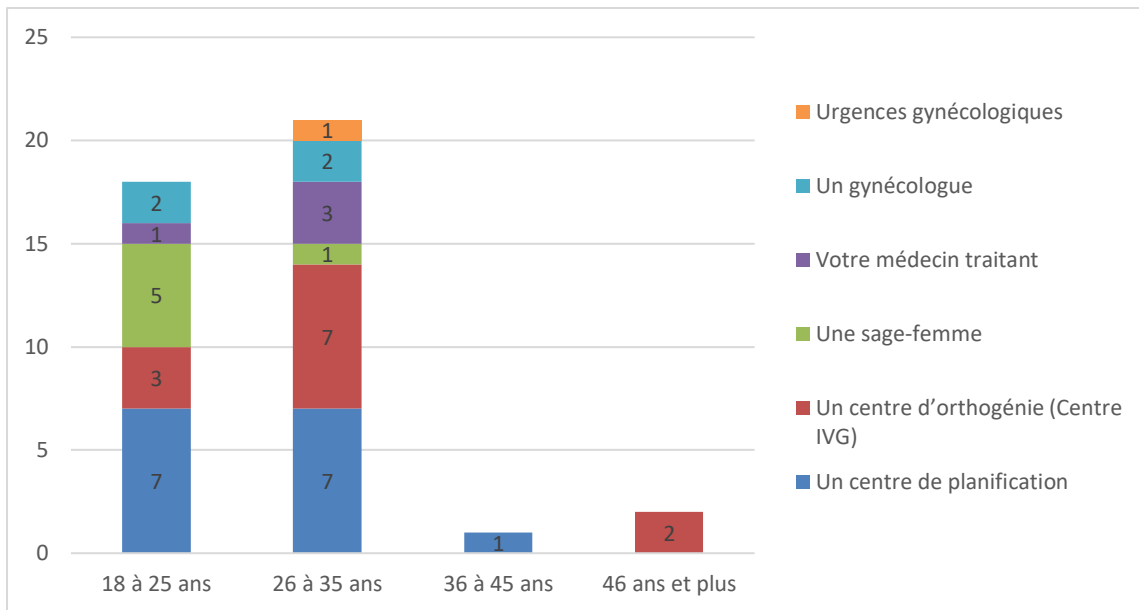


Figure 22 : Quel est le premier praticien/centre consulté selon l'âge de la patiente ? (Effectif total n=42)

Le premier contact le plus pertinent serait le médecin traitant pour l'ensemble des femmes de plus de 36 ans. Le planning familial serait le contact le plus pertinent pour 23% des femmes, celle-ci étant toutes âgée de moins de 35 ans. (Figure 23)

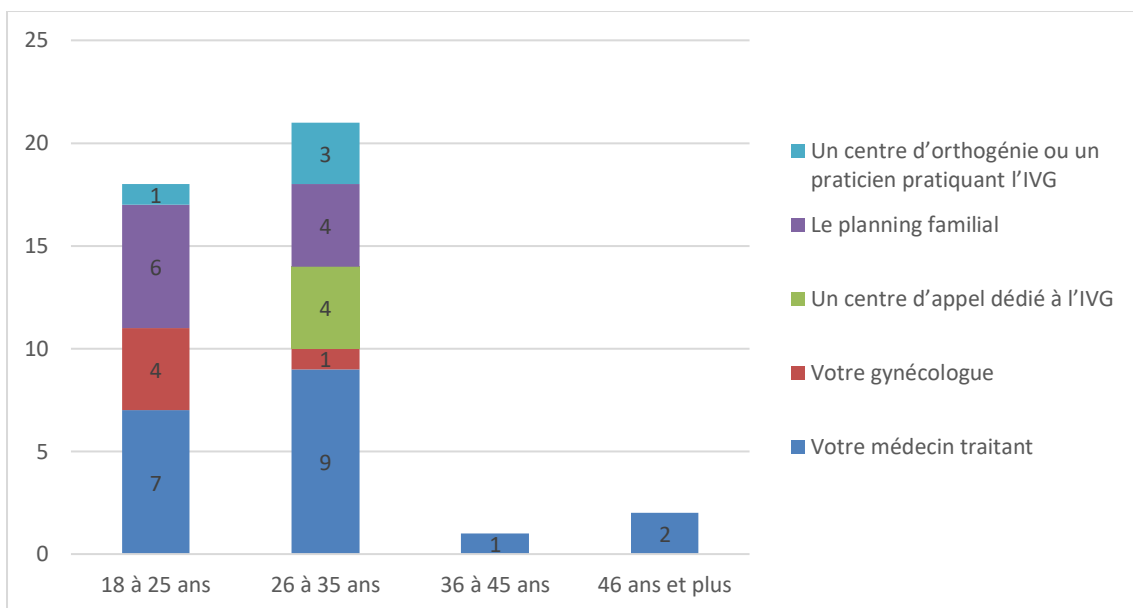


Figure 23 : Qui serait le premier contact le plus pertinent dans ce parcours de soins idéal selon l'âge de la patiente ? (Effectif total n=42)

Dans notre étude, nous observons que le nombre d'enfants des patientes semblait déterminer leur parcours de soins. Les femmes ayant consulté des praticiens tel qu'un gynécologue, une sage-femme et leur médecin traitant avaient moyennement moins



d'enfants que les patientes consultant en centre IVG, CPEF ou aux urgences gynécologiques. (Figure 24)

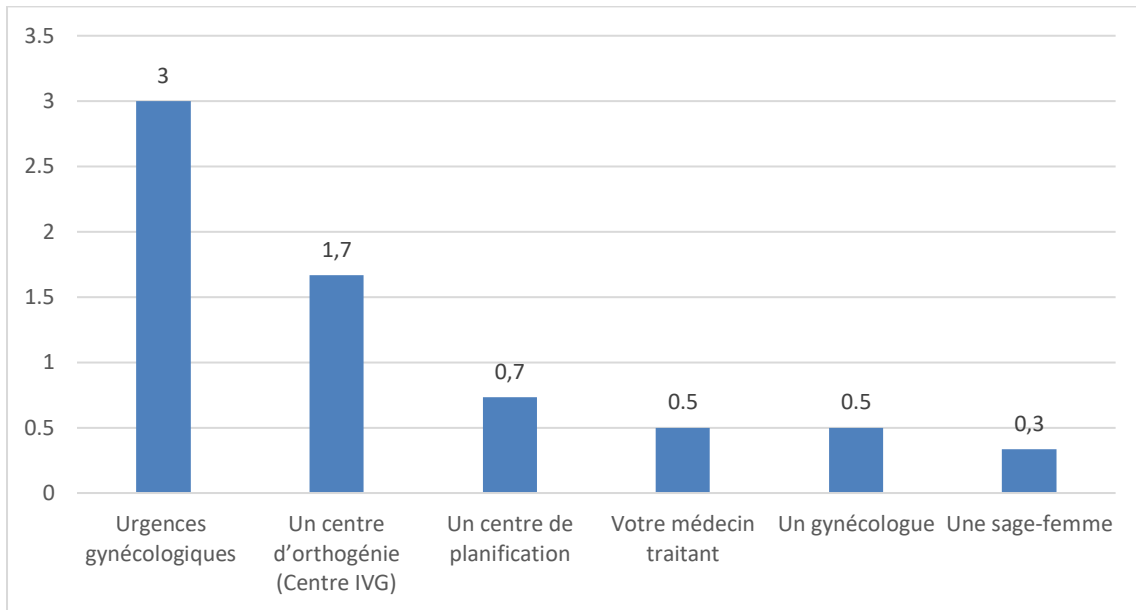


Figure 24 : Quel est le nombre moyen d'enfants selon le premier contact utilisé ? (Effectif total n=42)

Les femmes ayant déclaré utile d'informer le médecin traitant avant de réaliser une IVG avaient plus informé leur médecin traitant avant leur IVG environ 50%, contre 14% pour les femmes jugeant inutile d'en informer leur médecin traitant. (Figure 25)

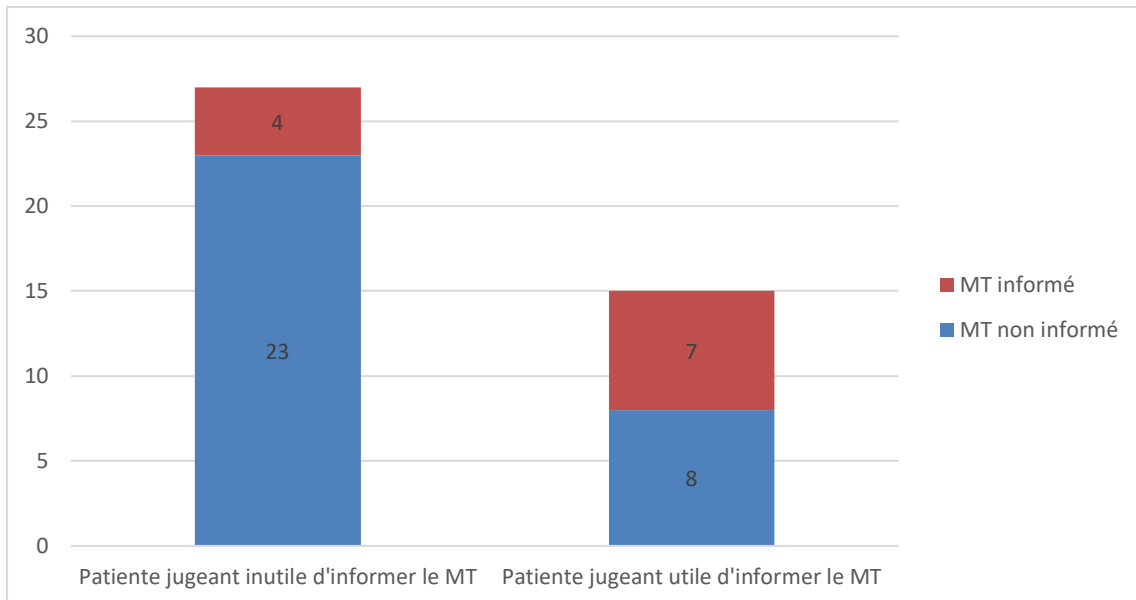


Figure 25 : Le médecin traitant était-il informé selon que la patiente juge utile ou inutile de l'informer ? (Effectif total n=42)

## Discussion

---

### 4.1. Matériel et méthodes

#### 4.1.1. Choix de l'étude

Il existe de nombreuses thèses autour du sujet de l'IVG et du médecin généraliste. Cependant, au cours de mes recherches, je me suis rendu compte que la plupart d'entre elles s'intéressaient essentiellement à la réalisation de l'IVG médicamenteuse par le médecin généraliste ainsi qu'aux freins qu'ils rencontrent. Les études qui se focalisent sur les patientes sont quant à elle surtout centrées sur leur vécu et leur ressenti lors de leur IVG. Seules deux études s'intéressent à l'accès à l'IVG et à la place du médecin généraliste dans ce parcours de soins :

- L'étude de A. Grandrupt datant de 2007, avait été publiée seulement trois ans après la réforme de l'Assurance Maladie qui a replacé le médecin traitant au cœur de la prise en charge du patient. (2)
- L'étude de Cazzola publiée en 2019 est plus récente. Cependant, cette étude a été réalisée en territoire outre-mer. La Réunion a un taux de recours à l'IVG important à 22,3 pour 1000 femmes contre 14,1 en Nouvelle-Aquitaine. La part d'IVG médicamenteuse réalisée en cabinet de ville est également plus importante, 53 % à la Réunion contre 34 % en Nouvelle-Aquitaine. (38)

La demande et l'offre de soins n'étant pas comparables, j'ai voulu m'intéresser au parcours de soins avant une IVG et à la place du médecin généraliste en Limousin.

#### 4.1.2. Méthodologie de l'étude

Le questionnaire était composé de 25 questions et prenait une dizaine de minutes. J'ai ainsi fait le choix de le mettre en ligne. La population ciblée était encline à utiliser des smartphones et outils numériques. Ce questionnaire laissait la possibilité aux femmes de le remplir sur place ou à leur domicile, afin de leur laisser plus de liberté. Cependant, ceci a pu également engendrer un frein, notamment pour les femmes ne souhaitant pas en informer leur entourage ou préférant omettre le questionnaire une fois sorties du contexte médical.

Les études réalisées à distance de l'IVG ont un nombre de perdu de vue conséquent. C'était notamment le cas dans l'étude de J. Heath (39) avec 25 réponses lors du questionnaire post-IVG sur les 121 patientes incluses. À l'inverse, un recueil sur place, le jour même, permet d'éviter des pertes et d'optimiser le nombre de retours. Dans l'étude de A. Grandrupt et de H. Bréard, les patientes ont été interrogées le jour même de leur prise en charge. Le taux de participation était de 46 %. (2)(40)

Après réflexion, un questionnaire à remplir sur place, le jour même et avec la possibilité de le faire avec l'aide d'un professionnel de santé aurait été une alternative plus intéressante.

#### 4.1.3. Population étudiée

La population étudiée se limitait aux femmes majeures, ayant réalisé une IVG entre 2016 et 2022 en Limousin. Les jeunes femmes mineures au moment de remplir le questionnaire ne pouvaient être alors incluses. Les femmes âgées de 15 à 17 ans représentent toutefois 5 % des femmes ayant réalisé une IVG en France en 2021. Cependant, l'inclusion de ces jeunes

femmes mineures aurait nécessité une autorisation parentale préalable. En plus des difficultés rencontrées par ces jeunes filles pour remplir cette autorisation, ceci aurait nécessité la levée de leur anonymat.

Les femmes ayant réalisé une IVG avant 2016 ne pouvaient pas être incluses également. Un délai de 5 ans a été choisi arbitrairement afin de limiter les biais de mémorisation.

Malgré un échantillon de petite taille, certaines caractéristiques des femmes sont proches des deux études de A. Grandrupt et A.Cazzola. (2)(38) Le nombre de recours à l'IVG par femme suit une courbe décroissante dans les trois études, avec un peu plus de la moitié des femmes qui n'avaient pas d'antécédent d'IVG et moins de 10 % avaient eu recours à 2 IVG et plus. De même, le nombre de femmes n'ayant pas d'enfant au moment de leur IVG reste stable dans les trois études, soit environ la moitié d'entre elles.

Les femmes ayant répondu à notre enquête sont exclusivement des femmes françaises. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, l'IVG et tous les actes associés sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie, y compris pour les personnes bénéficiant de l'aide médicale d'état (AME). Il est possible que ces femmes, pouvant rencontrer des difficultés de lecture et de compréhension de la langue française, n'aient pas répondu à ce questionnaire, entraînant un biais de sélection.

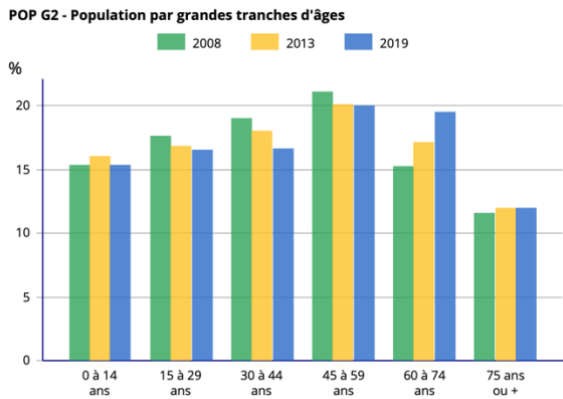
De plus, il y avait trois catégories professionnelles non représentées dans notre étude, les retraitées, les agricultrices exploitantes et les ouvrières. L'absence de retraités peut s'expliquer par un âge de procréation inférieur à l'âge de la retraite.

Dans l'étude de A. Grandrupt, la classe des ouvrières représente seulement 0,6 % des femmes (2).

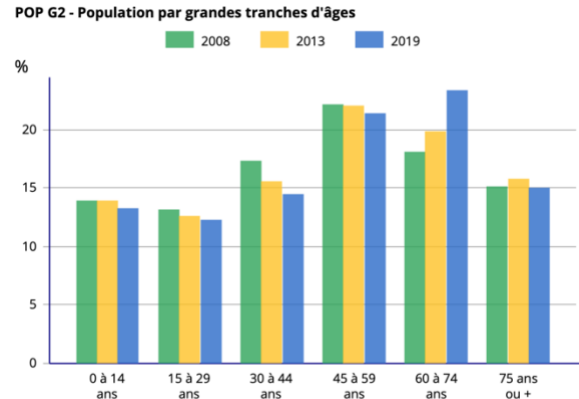
Concernant les agricultrices exploitantes, les statistiques de la MSA rapportent 123 700 femmes agricultrices exploitantes dont 21,4 % ont plus de 60 ans. Considérant ces chiffres et la population nationale féminine en âge de procréer, ces femmes représentent moins de 1 % de la population. (41)

La part des femmes de plus de 35 ans réalisant des IVG augmente progressivement depuis 2014. La Dress 2021 retrouvait des taux de recours à l'IVG autour des 17 pour 1000 femmes dans la tranche d'âge 35 à 39 ans, environ 7 pour 1000 femmes dans la tranche d'âge 40 à 44 ans et environ 1 pour 1000 femmes dans la tranche 45 à 49 ans. Les femmes de plus de 35 ans représentent ainsi une part non négligeable des IVG réalisées en France. (21) Les tranches d'âge des plus de 36 ans sont peu représentées dans notre étude avec seulement 7% des femmes comparativement aux études de A. Cazzola et A. Grandrupt et la moyenne nationale, qui trouvaient des taux légèrement supérieurs à 20 %. La démographie du Limousin ne semble pas expliquer cet écart. Avec une population vieillissante, la population âgée de 30 à 44 ans du Limousin suit une décroissance depuis 2008. Ces variations suivent les courbes nationales.

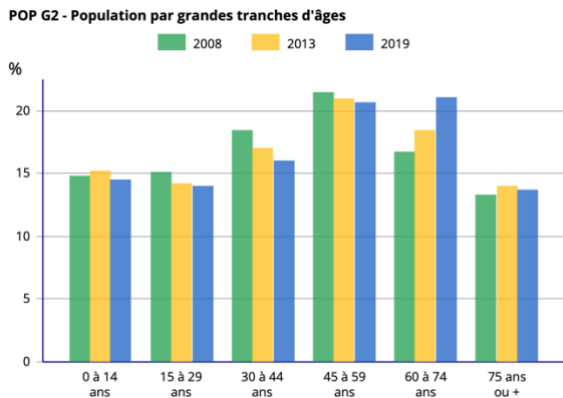
## Haute-Vienne



## Creuse



## Corrèze



## National

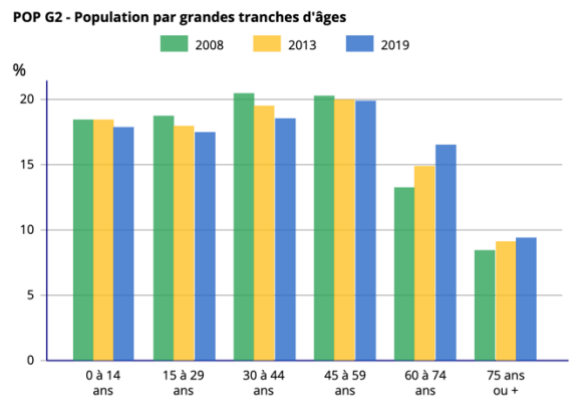


Figure 26 : Évolution de la population par grandes tranches d'âge.

Source : Insee

Un élément peut être surestimé lors de l'élaboration du questionnaire, c'est l'utilisation du téléphone, notamment d'un smartphone. Le smartphone est un outil indispensable afin de répondre à ce questionnaire. Cependant, l'Insee montre une légère inflexion de cette utilisation selon la tranche d'âge de la population, notamment après 45 ans. Il est ainsi possible que certaines femmes plus âgées n'aient pas répondu au questionnaire ne disposant pas d'un smartphone.

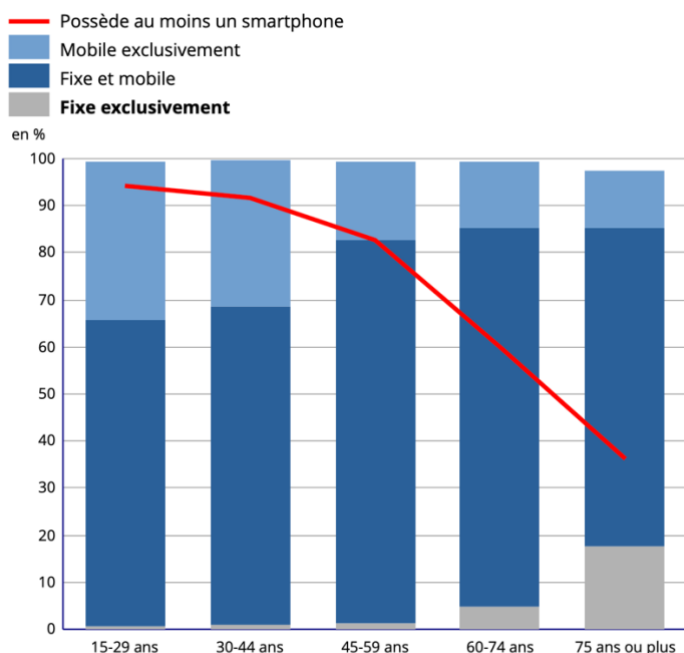


Figure 27 : Type d'équipement téléphonique selon l'âge

Source : Insee

Au moment de traiter les réponses, je me suis rendu compte que la différenciation entre un centre d'orthogénie, un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) aussi appelé centre de planification et le planning familial pouvait être difficile. Les femmes confondent souvent le CPEF et le planning familial par leur analogie alors que leurs fonctionnements et leurs missions sont différents. Ceci a pu créer des erreurs au moment de remplir le questionnaire, notamment en ce qui concerne les questions 11, 14 et 20 :

- Quel est le premier praticien/centre que vous avez consulté pour votre IVG ?
- Où avez-vous réalisé votre IVG ?
- Qui serait le premier contact le plus pertinent dans ce parcours de soins idéal ?

Il aurait peut-être été nécessaire d'ajouter une annotation pour que les femmes puissent mieux faire la différence, comme « Planning familial (réseau associatif) ». Toutefois, depuis novembre 2022, les CPEF ont été renommées « centres de santé sexuelle », cette nouvelle dénomination aurait certainement permis d'être plus claire pour les patientes afin d'éviter cette analogie, mais aurait aussi pu créer une nouvelle confusion avec un nouveau terme.

#### 4.1.4. Diffusion questionnaire

Le QR-code était visible au sein des CPEF du Limousin, planning familial et cabinet de médecine générale et gynécologie ayant affiché le document PDF dans leur cabinet. Néanmoins, un affichage en salle d'attente pouvait dissuader les femmes potentielles d'y répondre, de peur d'être jugées, notamment si d'autres patients se trouvaient également en salle d'attente. C'est pour cela qu'il était également proposé d'afficher le QR code en salle de consultation, mais un biais de désirabilité sociale pouvait également exister en présence des professionnels médicaux et paramédicaux.

Bien que cette méthode de diffusion soit peu chronophage pour le professionnel de santé. Nous ne pouvons quantifier le nombre de praticiens ayant pris le temps d'afficher cette affiche au sein de leur cabinet.

De plus, un affichage en salle d'attente a pu être noyé par une multitude d'autres affiches et donc ne pas retenir l'attention des femmes ciblées. Un travail sur le suivi gynécologique et une campagne d'affichage en salle d'attente avait fait ressortir que le nombre important d'affiches en salle d'attente était la cause principale pour ne pas avoir lu l'affiche. (42) (Figure 26)

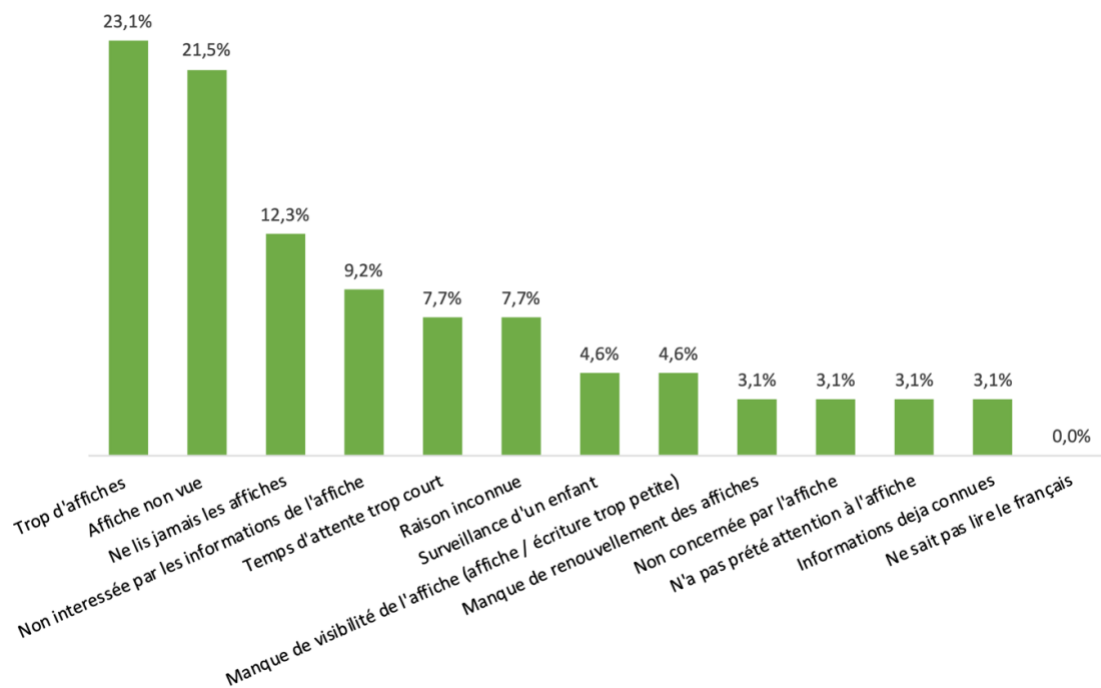


Figure 28 : Raisons évoquées par les femmes pour ne pas avoir lu l'affiche

Source : *Suivi gynécologique par le médecin généraliste : influence d'une campagne d'information par affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste*, P. Lechevallier 2019 (42)

Cependant, d'autres critères sont également énumérés tels qu'un manque de visibilité (affiche / écriture trop petite), la surveillance d'un enfant et un temps d'attente trop court. Il est possible que des femmes pouvant être incluses dans notre étude n'aient pas pu lire notre affiche pour ces mêmes raisons.

#### 4.1.5. Recueil

Le recueil des données a été effectué en ligne à l'aide de la plate-forme GoogleForms. Seuls les questionnaires dûment complétés jusqu'au bout ont ainsi été envoyés et ont pu être traités. Cependant, nous n'avons pas de statistique concernant le nombre de femmes ayant ouvert le questionnaire, mais ne l'ayant pas fini.

## **4.2. Analyse des résultats**

### **4.2.1. L'IVG un sujet encore tabou**

Il ressort de cette étude, un faible nombre de réponses au questionnaire. Avec 1062 IVG en 2021 en Limousin et un questionnaire incluant les femmes majeures ayant réalisé une IVG entre 2016 et 2022 en Limousin : c'est un peu plus de cinq mille femmes qui étaient susceptibles de répondre à ce questionnaire. Seulement 42 femmes ont répondu au questionnaire sur une période de quatre mois.

Plus de 47 ans après la promulgation de la loi Veil, l'IVG semble encore un sujet tabou pour ces femmes. En effet, le sujet de l'avortement est un sujet difficile pour les femmes depuis de nombreuses années. Déjà à l'époque moderne (mi XVI siècle -1791), il était décrit la volonté des femmes de faire disparaître les traces de leur avortement. (43)

### **4.2.2. Des centres de planification notoire en Limousin**

Contrairement à l'étude de A. Cazzola qui présentait le médecin généraliste comme le premier médecin consulté dans plus de 80 % pour réaliser une IVG à la Réunion (médecin traitant généraliste, médecin non traitant généraliste ou médecin généraliste réalisant l'IVG) (38) ; dans notre étude, la grande majorité des femmes s'adressent directement vers un CPEF ou vers un centre d'orthogénie. Seulement 9 % des femmes questionnées ont consulté leur médecin traitant en premier. Ces résultats sont comparables à une étude (2) faite en 2006 dans la région de Nancy qui démontrait que 86 % des femmes avaient un accès direct vers le centre IVG de Nancy et seulement 3,9 % des femmes consultaient leurs médecins généralistes avant de consulter le centre IVG.

Nous pouvons en déduire que les patientes ont globalement une bonne connaissance des structures existantes en Limousin et de leurs modalités de prise en charge.

À l'inverse, elles ont une méconnaissance de la pratique de l'IVG médicamenteuse par le médecin généraliste puisque deux tiers des patientes de notre étude ne savaient pas qu'il était possible de réaliser une IVG par un médecin généraliste.

### **4.2.3. Le parcours de soin**

#### **4.2.3.1. Les freins à consulter son médecin traitant**

L'étude de A. Grandrupt avait mis en évidence que 28,8 % des femmes âgées de 18 à 40 ans s'adresseraient en premier à un médecin généraliste en cas de décision de pratiquer une IVG. (2) Dans notre étude, seules les femmes ayant réalisé une IVG ont répondu au questionnaire, 45 % pensaient que le médecin traitant serait le premier contact le plus pertinent pour la prise en charge d'une IVG. Cependant, seulement 9 % de ces femmes se sont adressé à leur médecin traitant. Il n'existe pas d'étude rapportant les freins des femmes à consulter leur médecin généraliste avant la réalisation d'une IVG. En revanche, il existe des études sur les freins à réaliser le suivi gynécologique par le médecin généraliste. Une étude réalisée en 2017 en Haute-Vienne et en Creuse retrouvait comme freins à la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : (44).

- L'impression d'un manque de formation du médecin généraliste à la pratique de la gynécologie,
- Le manque de matériel,

- Un suivi gynécologique non proposé par le médecin généraliste,
- Le sexe masculin du généraliste.

Cependant, nous ne savons pas si les freins à la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste sont superposables aux freins rencontrés par les femmes pour consulter leur médecin généraliste avant une IVG.

#### **4.2.3.2. Nombre d'intervenants**

Une étude avait montré que le vécu de la femme était influencé par le nombre d'intervenants rencontrés. Lorsque le parcours comprenait plus de deux intervenants, le parcours était qualifié de compliqué. Les femmes parlaient de « *parcours du combattant* ». À l'inverse quand le parcours de soins comprenait moins de deux intervenants, il était qualifié de facile. (45) Dans notre étude un tiers des femmes considérait qu'il était du rôle du premier contact de réaliser l'IVG. On peut en déduire qu'un tiers des femmes préconiseraient un parcours de soins avec un seul intervenant alors que deux tiers d'entre elles suggéreraient un parcours de soins avec au moins deux intervenants (exemple : médecin traitant puis médecin réalisant l'IVG).

#### **4.2.3.3. Délais d'obtention d'un rendez-vous**

Dans la région des Hauts-de-France, le délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous pour une IVG était de  $5,25 \pm 5,20$  jours en avril 2017. Le délai médian était plus court pour les praticiens libéraux réalisant une IVG ( $3,84 \pm 5,11$  jours pour les gynécologues et  $5,22 \pm 5,88$  jours pour les généralistes) par rapport aux établissements de santé  $6,32 \pm 4,72$  jours. (46) Cependant, il est possible que le recours à deux intervenants allonge les délais de prise en charge. En effet, le recours à un premier intervenant, tel qu'un médecin généraliste ajouterait un délai supplémentaire en amont. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) avait déclaré en 2018 que la moitié des rendez-vous étaient obtenus en 2 jours chez le généraliste. (47) Ce qui impliquerait un délai de prise en charge de 7,25 jours +/- 5,2 jours. Alors même que l'étude de S. Martin décrivait un sentiment d'urgence ressenti par les femmes une fois la décision d'avortement prise. (45) Réussir à réduire ce temps semble indispensable pour les patientes.

#### **4.2.3.4. Les tests de grossesse urinaires**

Selon l'IPSOS (48) ce sont plus de 3 millions de tests de grossesse qui se sont vendus en France. Ainsi, plus de 6 femmes sur 10 en âge de procréer déclaraient avoir utilisé un test de grossesse au moins une fois dans leur vie. L'étude de A. Cazzola réalisée à La Réunion révélait que 43 % des femmes avaient réalisé un test de grossesse urinaire avant leur IVG contre 80 % dans notre étude. (38) Cette forte utilisation des tests urinaires en Limousin pourrait s'expliquer par un PIB par habitant légèrement supérieur à la Réunion. Cependant, une seconde explication est une offre de soins pour les IVG en ville supérieure à la Réunion, qui inciterait les patientes à consulter d'abord leur médecin traitant.

#### **4.2.3.5. La prise de sang**

Les femmes ont réalisé moins de prise de sang avant leur IVG que dans l'étude de A. Cazzola, 64 % contre 83 %. Ceci s'explique peut-être par une plus forte utilisation des tests de grossesse urinaires dans notre étude. Les femmes ayant ainsi réalisé un test de grossesse urinaire n'ont pas réalisé de prise de sang de confirmation. Cependant, les tests



de grossesse urinaires ne sont pas jugés comme suffisants pour confirmer une grossesse. Alors même que la prise de sang peut être prise en charge à 100 %.

#### **4.2.3.6. IVG hors établissement de santé**

Dans notre étude, deux patientes avaient réalisé leurs IVG en cabinet en ville. Cependant, selon les CPEF, il n'y a pas eu d'IVG réalisée en cabinet de ville en Limousin en 2021. Ces deux IVG avaient pu avoir lieu avant 2021, c'est-à-dire entre 2016 et 2020 ou après, en 2022. Le CPEF de Brive avait fait part de deux praticiens conventionnés exerçants en ville, mais avec une activité très sporadique. Toutefois, l'absence d'activité de ces praticiens en 2021, ne coïncide pas avec la recrudescence nationale d'IVG médicamenteuse en ville à la suite de la pandémie de la COVID 19. Il semblerait, que les CPEF du Limousin ont pu répondre à l'ensemble des demandes d'IVG sur le territoire, avec un nombre d'IVG globalement stable entre 2019, 2020 et 2021 en secteur hospitalier. Ils n'ont alors pas eu besoin d'adresser vers des confrères en ambulatoire en cette période d'épidémie COVID.

#### **4.2.3.7. Parcours de soins selon le profil**

Le parcours de soins semble différer selon les caractéristiques des patientes.

En effet, les patientes de plus de 36 ans ou sans médecin traitant s'orienteraient préférentiellement vers les centres d'orthogénie et les CPEF. Les patientes ayant un ou plusieurs enfants semblaient moins consulter des professionnelles de santé libérales dans un premier temps.

Cela pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance des structures alentour de ses femmes et/ou par une plus grande autonomie notamment en ce qui concerne les moyens de transport leur permettant ainsi de consulter directement dans les centres dédiés.

#### **4.2.4. Le parcours de soins idéal**

Le parcours de soins idéal pour la réalisation d'une IVG débuterait selon les femmes de notre étude par la réalisation d'un test urinaire ou une prise de sang afin de confirmer la grossesse. Suivi d'une consultation par le médecin traitant. Il aurait notamment pour rôle d'informer et de conseiller la patiente. Celui-ci pourrait également réaliser l'IVG puis assurer le suivi post-IVG, ou adresser la patiente vers un professionnel ou une structure réalisant cet acte.

Si l'on suit ce parcours de soins idéal, plusieurs difficultés apparaissent :

- La prise en charge des tests de grossesse avant de consulter un médecin,
- L'allongement des délais de prise en charge,
- La formation du médecin généraliste au sujet de l'IVG,
- La connaissance des structures et professionnels alentour.

Nous allons donc détailler les différentes perspectives d'évolutions envisageables

### **4.3. Perspective d'évolution**

#### **4.3.1. Prise en charge des tests de grossesse**

En effet, les prises de sang sont prises en charge par la caisse d'assurance maladie en présence d'une ordonnance réalisée par un médecin. En l'absence d'ordonnance, il est

toujours possible de réaliser une prise de sang, mais celle-ci ne sera pas remboursée. Le tarif d'une prise de sang se situe aux alentours de 18 euros. Elles sont fiables à 100 %.

Les tests de grossesse urinaires sont généralement moins onéreux. Leurs prix varient de 1 à 15 euros environ. Ils sont fiables à 99 % dès le premier jour de retard de règles. Cependant, ils ne sont pas remboursés.

Les tests de grossesse salivaire sont fiables à 98,5 % et leurs tarifs varient de 18 à 25 euros sur Internet. Leurs ventes en Europe devraient voir le jour prochainement selon la start-up Salignostics.

Le remboursement des tests de grossesse sanguins sans ordonnance faciliterait ce parcours de soins idéal. Il pourrait en être de même pour la prise en charge d'un test de grossesse urinaire et salivaire. Certaines mutuelles proposent déjà un forfait de prise en charge pour les tests de grossesse, quels que soient leur marque et le lieu d'achat. Cependant, une prise en charge généralisée d'au moins deux tests de grossesse par an, permettrait d'améliorer le parcours de soins de ces femmes.

### **4.3.2. Renforcer les connaissances des femmes**

#### **4.3.2.1. Éducation Nationale**

Depuis 2001, l'Éducation Nationale délivre une information et une éducation sexuelle dans les écoles primaires, collèges et lycées à raison d'au moins trois séances annuelles. Ces séances ont notamment pour but de prévenir des grossesses précoces non désirées et de faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement scolaire.

#### **4.3.2.2. Consultation « Contraception et Prévention »**

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, une consultation « Contraception et Prévention » a été mise en place chez le médecin généraliste, gynécologue ou pédiatre. Elle s'adressait initialement aux jeunes filles de 15 à 18 ans pour leur première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Ce dispositif a été étendu le 1<sup>er</sup> janvier 2022 à toutes les jeunes femmes jusqu'à 25 ans inclus et depuis le 1<sup>er</sup> avril 2022 aux jeunes hommes.

Cette consultation pouvant être cotée une fois, « CCP », au tarif de 46 euros est prise en charge à 100 % au titre de l'Assurance Maladie obligatoire, avec dispense d'avance de frais.

Lors de cette consultation, le médecin informe le ou la patiente sur les méthodes contraceptives et sur les maladies sexuellement transmissibles. Au terme de cette consultation, le médecin peut prescrire une contraception. À noter que depuis le 18 décembre 2018, il est possible de prescrire des préservatifs qui seront pris en charge à 100 %.

Cette consultation, souvent méconnue des patients, pourrait être plus répandue, à l'aide d'un courrier systématiquement envoyé aux patients lors de leur 15<sup>ème</sup> anniversaire. Il pourrait être intéressant de joindre à ce courrier, un formulaire de préconsultation à remplir par les adolescents afin d'explorer plusieurs thèmes tels que : l'alimentation, le sommeil, les addictions, la santé mentale et la santé sexuelle. Ce questionnaire aurait pour objectif de guider une consultation de prévention autour des thèmes énumérés et d'inviter l'adolescent à se questionner sur sa santé.

Cependant, cette consultation est applicable une seule fois. Le praticien doit alors s'enquérir d'une éventuelle consultation qui aurait déjà été cotée par un autre professionnel de santé. Il serait intéressant d'élargir ce dispositif à plusieurs consultations avec une consultation dédiée à la prévention et une consultation dédiée à la première contraception.

Cette consultation, c'est le moment opportun de parler d'IVG avec les patientes et du rôle du médecin traitant dans la prise en charge d'une IVG ainsi que des différents acteurs et structures existants. Ce qui pourra permettre d'augmenter la demande de première consultation d'IVG avec leur médecin traitant.

#### **4.3.2.3. Différentes sources d'information**

En plus des précédentes sources d'information énumérées, les femmes ont également accès à un nombre considérable d'informations sur Internet. Il y est possible de trouver facilement des informations relatives à l'IVG et aux structures les réalisant. Le ministère de la Santé et de la prévention a édité un site : [www.ivg.gouv.fr](http://www.ivg.gouv.fr) et mis en place un numéro Vert anonyme et gratuit : 0 800 08 11 11.

Afin de compléter notre étude, il aurait été intéressant de déterminer l'origine des connaissances de ces femmes. Ces sources d'informations sont un atout majeur pour la diffusion de l'information auprès des femmes désireuses de réaliser une IVG.

#### **4.3.3. Diminuer les délais de prises en charge**

Comme vu précédemment, le recours à deux intervenants, c'est-à-dire le médecin généraliste puis un praticien ou un centre réalisant l'IVG, aurait pour conséquence un allongement des délais d'obtention d'un premier rendez-vous avec un praticien ou centre réalisant une IVG à 7,25 jours +/- 5,2 jours. Ces délais semblent difficilement compressibles.

Toutefois, le Code de Santé Publique publié en mars 2023 (17) permet au médecin généraliste de réaliser la première consultation lors d'une demande d'IVG. Le médecin généraliste doit informer la patiente des différentes techniques d'interruption de grossesse et ainsi que de leurs bénéfices et risques.

Au terme de cette consultation, il doit remettre à la patiente :

- Un dossier guide reprenant toutes les informations préalablement données verbalement.
- Un courrier avec les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la patiente, une date estimée de début de grossesse. Il serait notifié si la patiente désire réaliser un entretien psychosocial. Pour les jeunes femmes mineures non émancipées, cet entretien resterait obligatoire. Le médecin généraliste orienterait les patientes en conséquence.
- Une attestation de première consultation médicale.

Cependant, cette possibilité semble méconnue de certains professionnels de santé.

#### **4.3.4. Renforcer la formation des professionnels de santé**

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle a notamment pour objectif de renforcer la formation des professionnels de santé en élaborant des maquettes de formation en santé sexuelle dans leur formation initiale. Elle intègre également la thématique de la

santé sexuelle dans le cadre de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études des professionnels de santé. Ces dispositifs permettent ainsi aux professionnels d'être mieux formés sur l'IVG.

Les professionnels souhaitant pratiquer des IVG, se doivent de justifier d'une expérience professionnelle, telle qu'une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique. Pour les professionnelles n'ayant pas ces qualifications, le diplôme universitaire nommé « perfectionnement en orthogénie » est accessible aux médecins et aux sages-femmes. Il a pour but de former ces professionnels à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse et à l'organisation des soins en orthogénie. Les praticiens justifiant d'une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, pourront également à leur demande réaliser des IVG médicamenteuses en ville dans le cadre d'une convention avec un centre. Cependant, cette formation de 260 heures (dont 100 heures en e-learning) pour un montant d'environ 1000 € peut dissuader certains praticiens. En effet, cette formation chronophage et coûteuse, n'est pas disponible dans toutes les facultés et est souvent sous conditions d'un nombre suffisant d'inscrits. Une formation disponible dans toutes les facultés et/ou la mise à disposition d'une formation totalement en e-learning serait intéressante afin de faciliter son accès à tous.

#### **4.3.5. Renforcer l'information des professionnels de santé**

Les médecins généralistes se doivent de connaître les structures et professionnels de santé les entourant afin de répondre au besoin de leurs patients. En effet, le rôle du médecin traitant est notamment d'informer, de conseiller et d'adresser leurs patients vers des professionnels compétents. Cela peut s'avérer difficile pour un praticien s'installant dans une nouvelle région ou effectuant des déplacements sur l'ensemble du territoire. Un annuaire dédié aux professionnels de santé serait un outil pertinent pour rediriger au mieux les patients selon leur besoin. Il existe déjà plusieurs annuaires disponibles sur Internet notamment sur [www.ivg.gouv.fr](http://www.ivg.gouv.fr) et [www.ivglesadresses.org](http://www.ivglesadresses.org) ou en appelant le numéro vert 0 800 08 11 11. Ces annuaires sont essentiellement dédiés aux patientes et tous les professionnels ne sont pas toujours listés. Il serait pertinent de créer un annuaire professionnel national regroupant toutes les spécialités médicales avec leurs domaines de compétences, accessible à l'aide de sa carte CPS. Une application mobile serait un outil simple et facilement accessible partout. Elle permettrait ainsi d'orienter vers des praticiens exerçants en ville ou en établissement de santé pour réaliser une échographie de datation ou une IVG.

Les médecins généralistes ignorent parfois même la possibilité de réaliser une IVG par le médecin généraliste en ambulatoire. Une campagne d'information destinée aux médecins généralistes à l'aide d'une fiche rappelant les principaux acteurs et structures de ce parcours de soins pourrait être alors envisagée. Un mémo sur le rôle du médecin traitant lorsqu'il est le premier interlocuteur de ce parcours de soins et pour la réalisation de la première consultation.

De plus, il est possible pour les professionnels de santé de s'inscrire au Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine (RPNA) pour bénéficier des actualités, newsletters et participer à des groupes de travail sur des thématiques données. Malheureusement, ce réseau semble peu connu des professionnels. Si l'on envisageait une campagne d'information comme cité précédemment, il serait intéressant de rappeler l'existence de ce réseau.

#### 4.3.6. Exemple fiche mémo pour les professionnels

Bien que la proportion de femmes consultant en premier le médecin traitant pour la réalisation d'une IVG soit faible, de l'ordre de moins de 10 %. Il est important que ces femmes soient prises en charge efficacement et sans perte de temps pour la réalisation de leur IVG.

L'ARS Occitanie et le Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée (REIVOC) ont édité une fiche destinée à tous les professionnels de santé médecins généralistes et sages-femmes amenés à répondre à une première consultation pour une IVG. Cette fiche est une grande source d'inspiration. Elle comprend les éléments essentiels pour le professionnel de santé. Elle indique où trouver la liste des praticiens réalisant l'IVG médicamenteuse en ville en Occitanie, les liens et numéros utiles pour la patiente, les examens à prescrire, assortis des codes de cotation pour une prise en charge à 100 %, quelques informations utiles et un modèle de lettre de liaison pour l'orthogéniste pratiquant l'IVG. Cette fiche mémo au format A4 recto verso est un support simple, facilement diffusable aux professionnels de santé. Il est également facile d'accès sur le site REIVOC avec possibilité de l'imprimer. (Annexe 2)

Je n'ai malheureusement pas retrouvé ce type de fiche mémo sur le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine (RPNA). En se basant sur ce modèle, il serait possible de créer une fiche mémo pour la région Nouvelle-Aquitaine destinée aux professionnels de santé, notamment les médecins généralistes. En plus de donner la liste des praticiens exerçants dans la région et les principales informations concernant l'IVG, elle inciterait les médecins généralistes à réaliser la première consultation et à prescrire les examens biologiques nécessaires à la prise en charge d'une IVG. Ceci permettrait ainsi une meilleure collaboration entre les différents intervenants et un parcours de soin optimisé pour la patiente.

#### 4.3.7. Envisager le développement d'antennes dans le Limousin

Une étude de 2012 (35) envisageait un développement d'un réseau de praticiens libéraux en Haute-Vienne réalisant des IVG médicamenteuses au sein de leur cabinet. Cependant, 10 ans après, aucun praticien ne réalise d'IVG médicamenteuse en libérale en Haute-Vienne. Nombreux sont les freins évoqués par les médecins généralistes à la réalisation d'une IVG médicamenteuse. Une étude de 2021 (36) mettait en avant les principaux freins des médecins généralistes à réaliser une IVG : pour 70 % d'entre eux, la demande des patientes était trop faible et pour 60 %, il existait un manque de visibilité de cette pratique par le public. En effet, les médecins généralistes ont en moyenne 2,5 demandes d'IVG par an au sein de leur cabinet. De plus, pour 91 % des médecins généralistes interrogés ne pratiquant pas l'IVG, la bonne organisation du réseau de soins autour de l'IVG était un frein à la réalisation de l'IVG en médecine générale.

Considérant la bonne organisation du réseau de soins autour de l'IVG et la bonne connaissance des femmes de celui-ci, il semble cohérent de développer ce réseau de soins afin d'améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire, notamment en Limousin.

Une enquête sur la difficulté d'accès à l'IVG dans les communes rurales tel que Chalus, Bellac, Eymoutiers, Gouzon, Aigurande, Égletons, Uzerche et Argentat-sur-Dordogne pourrait être ciblée. En effet, d'un point de vue géographique, ces villes sont à plus de 25 min de trajet en voiture d'un centre IVG le plus proche. Ce type d'enquête permettrait de

cibler les zones en réelle difficulté concernant l'accès à l'IVG et permettrait d'envisager le développement d'une antenne CPEF.

#### **4.3.8. Promouvoir la pratique des médecins généralistes au sein des CPEF**

En Creuse, le centre d'orthogénie de Guéret et ses antennes sont composés d'une équipe de médecins généralistes et de sages-femmes. Il semble important de promouvoir auprès des jeunes médecins généralistes en Limousin, l'intégration à ce réseau de soins déjà existant. En effet, la pratique des médecins généralistes au sein de ce dernier permet de se soustraire de certains freins énumérés précédemment et permettrait son développement.

Le stage en gynécologie du 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale est le moment idéal pour en faire la promotion. Il serait d'ailleurs intéressant, de proposer une période minimale de deux semaines au sein de ces structures lors du stage de gynécologie afin de promouvoir cette pratique et de recruter des futurs professionnels.

## Conclusion

---

Cette enquête dresse un état des lieux du parcours de soins des patientes ayant réalisé une IVG en Limousin dans les 5 dernières années. 80% des femmes de notre étude ont réalisé un test urinaire avant de consulter. Le premier contact déclaré par les femmes était pour 9 % leur médecin traitant. À la suite du premier contact, 64 % avaient réalisé une prise de sang pour confirmer la grossesse et 83 % avaient réalisé une échographie de datation.

Cette enquête a également permis de faire ressortir trois caractéristiques du profil des femmes ayant un impact sur leur parcours de soins. Il s'agit de l'âge, du nombre d'enfants des femmes et la déclaration d'un médecin traitant. En effet, les femmes âgées de plus de 36 ans ou ayant un ou plusieurs enfants ou sans médecin traitant seraient plus enclines à consulter directement un centre d'orthogénie ou un CPEF. À l'inverse, les femmes plus jeunes, sans enfant et avec un médecin traitant consulteraient d'avantage des professionnels libéraux.

Il en ressort également un parcours de soins idéal. Ce parcours de soins idéal débutait pour 70% d'entre elles par la réalisation d'un test urinaire ou d'une prise de sang, suivi d'un premier contact avec le médecin traitant pour 45 % des femmes interrogées. Cette étude souligne le rôle du premier contact. 83 % des femmes ont affirmé qu'il était du rôle de ce premier contact d'informer et de conseiller, et 31 % de réaliser l'IVG puis d'en assurer le suivi post-IVG.

L'accès à l'IVG à toutes les patientes est un enjeu de santé publique. Favoriser cet accès implique que le médecin généraliste soit également perçu et utilisé comme un acteur pertinent dans la prise en charge d'une IVG. Pour cela, il est important de revaloriser son rôle et ses compétences par des actions de préventions primaires, des campagnes de communication et à l'aide des différents outils mis à la disposition des femmes.

Toutefois, le médecin traitant doit avoir un minimum de connaissance au sujet de l'IVG afin de répondre à cette demande. C'est pourquoi il faut améliorer la formation des professionnels de santé à cette pratique. Notamment en ce qui concerne l'attestation de première consultation médicale, qui pourrait être remise systématiquement à la patiente en fin de consultation.

## Références bibliographiques

---

1. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. JORF n° 0190 août 17, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158>
2. Grandrupt AC. Place du Médecin généraliste dans l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse État des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans. Henri Poincaré; 2007.
3. Gauthier A. Genre et biopolitiques : l'enjeu de la liberté. Editions L'Harmattan. 2012.
4. DASEN V. L'Embryon humain à travers l'histoire. 2007. (Infolio).
5. LE NAOUR JY, VALENTI Catherine. Histoire de l'avortement (XIXe- XXe siècle). Seuil. Paris; 2003. (« L'univers historique »).
6. Les évêques de France. Catéchisme pour adultes. Gecad-Catechis. 1991.
7. CASALS AL. Les faiseuses d'ange, auteurs principales de la dépopulation de la France. 2018.
8. Simone Veil (26 novembre 1974) [Internet]. Disponible sur: <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-discours-parlementaires/simone-veil-26-novembre-1974>
9. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [Internet]. JORF n° 15 janv 18, 1975. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000700230>
10. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 RELATIVE A LA COUVERTURE DES FRAIS AFFERENTS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE NON THERAPEUTIQUE ET AUX MODALITES DE FINANCEMENT DE CETTE MESURE [Internet]. JORF n°1 janv 1, 1983. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000704429>
11. LOI n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social [Internet]. JORF n° 25 janv 30, 1993. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000711603>
12. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1) [Internet]. JORF n° 156 juill 7, 2001. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631?init=true&page=1&query=loi+N°2001-588+du+4+juillet+2001%2C+&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631?init=true&page=1&query=loi+N°2001-588+du+4+juillet+2001%2C+&searchField=ALL&tab_selection=all)
13. Arrêté du 15 mars 2013 fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs de la facturation individuelle des prestations de soins hospitaliers aux caisses d'assurance maladie ainsi que le périmètre de facturation concerné par l'expérimentation pour chacun de ces établissements de santé [Internet]. 83 avr 9, 2013. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027287015?init=true&page=1&query=mars+2013+IVG&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027287015?init=true&page=1&query=mars+2013+IVG&searchField=ALL&tab_selection=all)
14. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. JORF n° 22 janv 27, 2016. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641?init=true&page=1&query=loi+N°+2016-41+du+26+janvier+2016+&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641?init=true&page=1&query=loi+N°+2016-41+du+26+janvier+2016+&searchField=ALL&tab_selection=all)
15. Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des interruptions



- volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé [Internet]. JORF n° 23 févr 20, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045190889>
16. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse à la 8ème et à la 9ème semaine d'aménorrhée (SA) hors milieu hospitalier [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponse\\_rapide\\_ivg\\_\\_09\\_04\\_2020\\_coiv8.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponse_rapide_ivg__09_04_2020_coiv8.pdf)
  17. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1) [Internet]. JORF n°52 mars 3, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>
  18. Code de la santé publique - Article L6111-1 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031929304](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929304)
  19. Code de la santé publique -Article L6323-1 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171586?page=1&pageSize=10&query=L.+6323-1+code+santé+public&searchField=ALL&searchType=ALL&tab\\_selection=all&typePagination=DEFAULT&anchor=LEGIARTI000036494896#LEGIARTI000036494896](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171586?page=1&pageSize=10&query=L.+6323-1+code+santé+public&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePagination=DEFAULT&anchor=LEGIARTI000036494896#LEGIARTI000036494896)
  20. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique [Internet]. JORF n° 302 déc 29, 1967. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000880754/>
  21. Drees. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241.pdf>
  22. VIDAL. MISOPROSTOL 200 µg cp (GYMISO) [Internet]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gymiso-200-mcg-cp-20987.html>
  23. VIDAL. MIFEPRISTONE 200 mg cp (MIFEGYNE) [Internet]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/mifegyne-200-mg-cp-10979.html>
  24. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE, DES MÉDICAMENTS. MISOONE 400 microgrammes, comprimé sécable - Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61240145&typedoc=R>
  25. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE, DES MÉDICAMENTS. MIFEGYNE 600 mg, comprimé - Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62681445&typedoc=R>
  26. Ferguson I, Scott H. Systematic Review of the Effectiveness, Safety, and Acceptability of Mifepristone and Misoprostol for Medical Abortion in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. déc 2020;42(12):1532-1542.e2.
  27. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. avr 2005;33(4):220-7.
  28. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early Pregnancy Termination with Mifepristone and Misoprostol in the United States. *N Engl J Med*. 30 avr 1998;338(18):1241-7.

29. Peyron R, Aubeny E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, et al. Early Termination of Pregnancy with Mifepristone (RU 486) and the Orally Active Prostaglandin Misoprostol. *N Engl J Med.* 27 mai 1993;328(21):1509-13.
30. ANSM. Réunion du Comité technique de Pharmacovigilance – CT012013033 [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://archiveansm.integra.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/47860dababd65356aee23a7c82974954.pdf](https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/47860dababd65356aee23a7c82974954.pdf)
31. Struck MF, Illert T, Liss Y, Bosbach ID, Reichelt B, Steen M. Toxic Epidermal Necrolysis in Pregnancy: Case Report and Review of the Literature: *Journal of Burn Care & Research.* sept 2010;31(5):816-21.
32. Vauzelle C, Beghin D, Cournot MP, Elefant E. Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: Prospective follow-up study. *Reproductive Toxicology.* avr 2013;36:98-103.
33. Meirik O, Huong NTM, Piaggio G, Bergel E, von Hertzen H. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial. *The Lancet.* mai 2012;379(9828):1817-24.
34. Drees. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. 2020.
35. Ferré D. Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne. [Limoges]: Université de Limoges; 2012.
36. Guilbot A. Quels sont les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Vaucluse ? Aix-Marseille; 2021.
37. Marguerite C. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise: freins et pistes d'optimisation. [Rouen]; 2019.
38. Cazzola A. Étude du parcours de soins des patientes lors d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée par le médecin généraliste à La Réunion. Réunion; 2019.
39. Heath J, Mitchell N, Fletcher J. A comparison of termination of pregnancy procedures: Patient choice, emotional impact and satisfaction with care. *Sexual & Reproductive Healthcare.* mars 2019;19:42-9.
40. Bréard H, Pressat Laffouilhère T, Braund S, Levadé R, Perrin M, Machevin E. Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? À propos du niveau de satisfaction de 1032 patientes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* juin 2021;49(6):511-6.
41. MSA. Population féminine en agriculture en 2020 L'emploi féminin en agriculture : Incontournable, il est pourtant méconnu [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.msa.fr/lfp/documents/98830/28556362/Population+f%C3%A9minine+en+agriculture+en+2020.pdf>
42. Lechevallier P. Suivi gynécologique par le médecin généraliste: influence d'une campagne d'information par affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. Montpellier; 2019.
43. Tatoueix L. L'avortement en France à l'époque moderne. Entre normes et pratiques (mi-XVI<sup>ème</sup> siècle-1791). [9 novembre 2018]: Rouen;

44. Verger A. Facteurs favorisants et freins ressentis par les patientes à faire effectuer leur suivi gynécologique par leur médecin généraliste : étude qualitative en Haute-Vienne et en Creuse. Limoges; 2018.
45. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. 2014.
46. Quandalle C, Favre J, Vérité E, Gautier S, Subtil D, Berkhout C, et al. Interruption volontaire de grossesse dans les Hauts-de-France : quel délai pour un premier rendez-vous ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. févr 2019;67(1):51-7.
47. Drees. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. 2018.
48. Mercier E. Test de grossesse et condition de la femme [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/test-de-grossesse-et-condition-de-la-femme>

## Annexes

---

Annexe 1. Convention réglementaire relative à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville.....	69
Annexe 2. Fiche mémo REIVOC.....	74

## Annexe 1. Convention réglementaire relative à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

### Convention réglementaire relative à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

(1)

#### ENTRE

L'établissement hospitalier .....  
sis .....

Représenté par M. ou Mme.....  
Dûment mandaté en qualité de.....

**D'une part,**

#### ET <sup>(1)</sup>

M. ou Mme.....Docteur en médecine,

- Gynécologue médical
  - Gynécologue obstétricien
  - Médecin Généraliste
  - Autre spécialité : .....
- Date de qualification : .....

Dont le cabinet est situé :

|\_|\_|\_|\_|\_| .....

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le N° .....  
En date du.....

#### **Ou**<sup>(1)</sup>

M. ou Mme.....Sage-femme

Date de qualification : .....

Dont le cabinet est situé :

|\_|\_|\_|\_|\_| .....

Inscrit au Conseil de l'Ordre des sages-femmes le N° .....

En date du.....

**D'autre part,**

**Ou** <sup>(1)</sup>

Le centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) dénommé :

.....

Sis : .....

Représenté par M. ou Mme .....

Dûment mandaté en qualité de : .....

**D'autre part.**

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles

**Ou** <sup>(1)</sup>

Le Centre municipal de santé (CMS) dénommé : .....

.....

Sis : .....

Représenté par M. ou Mme .....

Dûment mandaté en qualité de : .....

**D'autre part.**

**Ou** <sup>(1)</sup>

Le département de ..... la commune <sup>(1)</sup> de .....pour le compte du centre de santé ou du centre de planification familiale dénommé : .....

.....

Sis : .....

Représenté par M. ou Mme .....

Dûment mandaté en qualité de : .....

**D'autre part.**

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception,

Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé,

Vu le décret N°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Vu l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse abrogeant l'arrêté du 23 juillet 2004,

Vu le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

#### **Article 1<sup>er</sup>**

L'établissement de santé s'assure que le médecin ou sage-femme 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 de la Santé Publique.

Le centre de santé, le CPEF ou le CMS signataire de la convention justifie de la qualification des médecins ou sages-femmes qui pratiquent l'IVG médicamenteuse.

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.

#### **Article 2**

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin ou sage-femme (libéral ou exerçant au sein des CEPF ou CMS) adresse la patiente à l'établissement de santé référent qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

#### **Article 3**

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

#### **Article 4**

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

#### **Article 5**

Le médecin ou sage-femme 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.

#### **Article 6**

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

#### **Article 7**

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

#### **Article 8**

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement de santé à l'Agence Régionale de la Santé ainsi qu'à la délégation territoriale dont il relève et,

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(1)</sup> par la sage-femme au conseil départemental de l'ordre sages-femmes, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce.

<sup>(1)</sup> par le centre de santé ou le centre de planification familiale 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.

<sup>(1)</sup> par la commune, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la délégation territoriale et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève.

<sup>(1)</sup> par le Département, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la délégation territoriale et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles




Fait à....., le..... en double exemplaire.

<p><u>Pour l'établissement hospitalier :</u></p> <p>La Direction, M ou Mme</p> <p><i>Vu</i> Dr/Pr Chef de service de Gynécologie Obstétrique</p> <p><i>Vu</i> Dr Responsable du Centre d'orthogénie</p>	<p><u>Pour le signataire :</u></p> <p>M ou Mme, Docteur en médecine .....</p> <p><b>Ou</b></p> <p>Sage-femme.....</p> <p><b>Ou</b> Le centre de planification ou d'éducation familiale ou le Centre municipal de santé représenté par M. ou Mme .....</p> <p><b>Ou</b> La commune de ..... représentée par M ou Mme .....</p> <p><b>Ou</b> Le Département de ..... représenté par..... .....</p>
---	--

## Annexe 2. Fiche mémo REIVOC

### CONTACTS UTILES

**Orientation de la patiente**  
Carte interactive des médecins et sages-femmes pratiquant l'IVG médicamenteuse en ville



Liste des professionnels et établissements prenant en charge l'IVG  
[www.reivoc.fr](http://www.reivoc.fr)  
[www.ivglesadresses.org](http://www.ivglesadresses.org)

**Information de la patiente**  
Sites utiles :  
[www.reivoc.fr](http://www.reivoc.fr)  
[www.ivg.gouv.fr](http://www.ivg.gouv.fr) (où vous pouvez trouver le dossier-guide)  
[www.ivglesadresses.org](http://www.ivglesadresses.org)

[www.ancic.asso.fr](http://www.ancic.asso.fr)  
[www.choirsacontraception.fr](http://www.choirsacontraception.fr)

Numéros utiles :  
**Permanence téléphonique nationale : 0 800 08 11 11**  
(redirigée vers chaque département)

### Rappel de la législation

- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (loi Veil) relative à l'interruption volontaire de la grossesse, reconduite en 1979 et législation définitive au 1er janvier 1980
- Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 Prise en charge à 100% de l'Assurance Maladie de l'IVG et des contraceptifs remboursables pour les 15-18 ans
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 Modernisation de notre système de santé, suppression du délai de réflexion obligatoire, prise en charge à 100% de tous les actes IVG, ouverture de la pratique des IVG médicamenteuses aux sages-femmes



### LES EXAMENS À PRESCRIRE

**Un Bilan biologique**

Faire pratiquer  
BHCG plasmatiques quantitatifs  
Groupe Rhésus RAI  
(en l'absence de carte de groupe)

**Code FPB** (cotation permettant la prise en charge dans le forfait à 100%)

**Une échographie**

Faire pratiquer une échographie de datation pour IVG  
DDR =

**Code IPE** (cotation permettant la prise en charge dans le forfait à 100%)

*Merci de permettre à la patiente de ne rien voir ni entendre si elle le désire.*

### REMBOURSEMENT ET PRISE EN CHARGE

Forfait IVG médicamenteuse prise en charge à 100% avec dispense d'avance de frais possible (tiers payant) :

- > Consultations IVG
- > Entretien psycho-social
- > Médicaments
- > Radiologie et Biologie avec les codes IPE et FPB (groupage et BHCG)

### Spécificités pour la femme mineure

- Droits identiques à ceux des autres patientes +
- > Accompagnement par un majeur de son choix
  - > Entretien psycho-social pré IVG obligatoire avec délivrance d'attestation (les coordonnées seront communiquées par l'orthogéniste)
  - > Dispense d'avance de tous les frais pour les mineures dans le secret

## L'IVG médicamenteuse en ville

Fiche mémo



Rôle du médecin ou de la sage-femme

La première consultation au cours de laquelle la femme exprime sa demande d'IVG peut se faire auprès de tout médecin (généraliste ou spécialiste) ou de toute sage-femme quelle que soit sa structure d'exercice.

Les autres consultations seront assurées par l'orthogéniste : médecin ou sage-femme, formé et agréé.

### Le choix entre 2 méthodes



En médecine de ville jusqu'à 7 SA\*

En établissement de santé

- IVG médicamenteuse jusqu'à 9 SA\*

- IVG chirurgicale jusqu'à 14 SA\*

### OBJECTIFS DE LA CONSULTATION DE PREMIÈRE DEMANDE D'IVG

#### ► Recueil de la DEMANDE d'IVG

**Prescription du BILAN** nécessaire à la consultation avec l'orthogéniste  
**BHCG plasmatiques quantitatifs** à faire la veille de la consultation avec l'orthogéniste  
**Échographie de datation** (en précisant sur l'ordonnance, après accord de la patiente, qu'il s'agit d'une IVG).  
**Groupe sanguin** si la patiente n'a pas de carte de groupe

#### ► Rédaction du PREMIER CERTIFICAT (voir modèle ci-après)

Le délai de 7 jours n'existe plus mais 2 consultations préalables à l'IVG restent nécessaires.

#### ► Remise des COORDONNEES des professionnels pratiquant l'IVG proches de chez la patiente (voir contacts en dernière page)

La patiente doit pouvoir s'y rendre dans les 5 jours maximum, même si elle n'a pas encore réalisé l'ensemble des examens prescrits. En fonction du terme, l'orthogéniste proposera à la patiente la méthode adaptée à son terme et à sa préférence.

\* semaines d'aménorrhée (SA)

### MODÈLE DE LETTRE DE LIAISON AVEC L'ORTHOGÉNISTE PRATIQUANT L'IVG

Je soussigné(e) ...  
certifie que Mme ...  
âgée de ... est venue me consulter le ...  
pour une demande d'IVG.

*Veillez trouver ci-joint les informations relatives à cette patiente.*

DDR :  
Contraception actuelle :

BHCG plasmatiques :  faits le ...  
quantitatifs

résultat :

ou

prescrits ce jour pour  
a veille de votre consultation

Échographie de datation  faite le ...

datation : SA + j

ou

prescrite ce jour

Groupe sanguin :

ou

prescrit ce jour

*Je vous remercie de ce que vous ferez pour elle.*

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Quelle est la place du médecin traitant dans le parcours de soins d'une patiente avant la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse en Limousin ?

---

Introduction : La dernière réforme de l'Assurance Maladie en 2004 a replacé le médecin généraliste au centre de la coordination des soins. Cependant, l'interruption volontaire de grossesse faisant partie des exceptions à ce parcours de soins coordonné, le médecin traitant n'est pas un intermédiaire privilégié. Nous avons voulu définir, quel est la place de ce dernier dans ce parcours ? Méthodes : Une enquête épidémiologique, transversale et descriptive a été réalisée de juin à septembre 2022 auprès des femmes majeures ayant réalisées une IVG au cours des 5 dernières années sur le territoire Limousin. L'objectif de cette enquête était de décrire le parcours de soins de ces femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse. Les objectifs secondaires étaient de décrire le profil des femmes selon leur parcours de soins et de définir un parcours de soins idéal. Résultats : Nous avons obtenu 42 réponses. 64% des femmes ont déclaré avoir consulté en premier un centre de planification ou un centre d'orthogénie et 9% leur médecin traitant. Les patientes âgées de plus de 36 ans ou ayant un ou plusieurs enfants ou sans médecin traitant s'orientaient préférentiellement vers les centres d'orthogénie et les Centres de Planification ou d'Éducation familiale. À l'inverse, les patientes âgées de moins de 35 ans ou n'ayant pas d'enfant consultaient plus les professionnels de santé libéraux. 45% des patientes ayant répondu aux questionnaires ont déclaré le médecin traitant comme étant le premier contact le plus pertinent dans cette prise en charge. Conclusion : Le recours au médecin traitant est sous-exploité alors même qu'il existe une demande conséquente de la part des patientes.

---

Mots-clés : Interruption volontaire de grossesse, médecin traitant, parcours de soins.

## What is the place of the attending physician in the care pathway of a patient before an abortion in Limousin?

---

Introduction: The last Health Insurance reform placed the general practitioner at the center of care coordination in 2004. However, as abortion is one of the exceptions to this coordinated care pathway, the attending physician is not a privileged intermediary. We wanted to define what is the place of attending physician in this course ? Methods: An epidemiological, cross-sectional and descriptive survey was carried out from June to September 2022 among adult women who had had an abortion in the last 5 years in Limousin. The objective were to describe the course of care of these women before an abortion. The secondary objectives are to describe the profile of women according to their care pathway and to define an ideal care pathway. Results : We obtained 42 responses. 64% of the women declared having first consulted a planning center or an orthogenic center and 9% their attending physician. Patients aged over 36 or with one or more children were preferentially referred to orthogenic centers and Centers for Family Planning or Education. Conversely, patients aged under 35 or without children consulted private health professionals more. 45% of patients who responded to the questionnaires declared the attending physician to be the most relevant first contact in this care. Conclusion: The use of the attending physician is under-exploited while there is a substantial demand from patients.

---

Keywords : Abortion, attending physician, care pathway

