

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 25 mars 2022

Par ANTONIPARNANTHU Anusiya

Né(e) le 23 juillet 1992 à Jaffna

Étude épidémiologique de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes en ambulatoire en Haute Vienne en 2020

Thèse dirigée par Léa SEVE

Examineurs :

Mme Nathalie Dumoitier, Professeur des Universités de Médecine Générale

M. François Paraf, Professeur des Universités de Médecine légale et droit de la santé

M. Gaëtan Houdard, Maître de Conférences Associés de Médecine Générale

Mme Léa Seve, Maître de Conférences Associés de Médecine Générale



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 mars 2022

Par ANTONIPARNANTHU Anusiya

Né(e) le 23 juillet 1992 à Jaffna

Étude épidémiologique de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes en ambulatoire en Haute Vienne en 2020

Thèse dirigée par Léa SEVE

Examineurs :

Mme Nathalie Dumoitier, Professeur des Universités de Médecine Générale

M. François Paraf, Professeur des Universités de Médecine légale et droit de la santé

M. Gaëtan Houdard, Maître de Conférences Associés de Médecine Générale

Mme Léa Seve, Maître de Conférences Associés de Médecine Générale



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

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

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

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GILBERT Guillaume	ANESTHESIE REANIMATION
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE

CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE ET ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE

SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANSON Amandine	REANIMATION POLYVALENTE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BERTRAND Adeline
RUDELLE Karen
SEVE Léa

Praticiens Hospitaliers Universitaires

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

Remerciements

Merci,

A Madame le Professeur Nathalie Dumoitier

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et je vous en remercie très sincèrement.

A Monsieur le Professeur François Paraf

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Gaëtan Houdard

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

A Madame le Docteur Léa Seve

Un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta patience, ta grande disponibilité, et tes précieux conseils qui m'ont été d'un grand soutien.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude et qui ont relu le questionnaire

Merci pour l'investissement et le temps.

Aux praticiens hospitaliers et aux médecins libéraux qui m'ont formé depuis le début

Merci à vous pour vos enseignements.

A toute ma famille

A mes parents, tout d'abord, qui méritent bien plus que ces quelques mots. Merci pour vos sacrifices et votre dévouement. Merci de toujours m'encourager et de croire en moi.

A mes frères et sœurs, merci pour votre amour, votre soutien sans faille.

A Bertin, pour ton soutien.

A mes amis

Merci d'avoir été à mes côtés durant toutes ces années.

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 acronymes

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CPEF : Centre de Planification ou d'Éducation Familiale

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

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

DIU : Dispositif Intra Utérin

DU : Diplôme Universitaire de Gynécologie Obstétrique complémentaire à la pratique de la médecine générale

DROM : Départements et Région d'Outre-Mer

GMH : Groupe Homogène de Malade

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PMR Préparation Magistrale Remboursé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAE : Statistique Annuelles des Établissements de santé

Table des matières

Introduction	19
I. Généralité	20
I.1. Épidémiologie	20
I.1.1. Au niveau national	20
I.1.2. Au niveau départemental : en Haute Vienne	26
I.2. La législation en France	26
I.3. Différentes méthodes d'IVG	28
I.3.1. IVG médicamenteuse	28
I.3.1.1. Stratégie médicamenteuse	28
I.3.1.2. Déroulement d'une IVG médicamenteuse en cabinet de ville	29
I.3.2. IVG chirurgicale	31
II. Méthode	32
II.1.1. Type de l'étude	32
II.1.2. Objectifs principal et secondaires	32
II.1.3. Modalité de réalisation de l'enquête	32
III. Résultats	34
III.1. Analyse descriptive	34
III.1.1. Étude	34
III.1.2. Questionnaire	34
III.2. Analyse statistique	42
IV. Discussion	47
IV.1.1. Force de l'étude	47
IV.1.2. Limites et biais de l'étude	47
IV.1.2.1. Biais de déclaration	47
IV.1.2.2. Biais lié au manque de diffusion	47
IV.1.2.3. Biais de désirabilité	47
IV.1.3. Résultats comparés à la littérature	48
IV.1.3.1. Objectif principal	48
IV.1.3.2. Comparaison du profil des médecins interrogés	48
IV.1.3.3. Freins et motivations	49
IV.1.4. Pistes d'amélioration	52
Conclusion	54
Références bibliographiques	55
Annexes	57
Annexe 1. Convention relative à la réalisation hors établissement de santé d'IVG médicamenteuse (31)	58
Annexe 2. Exemple de fiche de liaison Médecin – Sage Femme / Établissement (32)	61

Annexe 3. Textes de référence de l'IVG Médicamenteuse hors établissement de santé (10) _____	63
Annexe 4. Questionnaire type de l'enquête _____	65
Serment d'Hippocrate _____	69

Table des illustrations

Figure 1 : Évolution du nombre d'IVG depuis 1990.....	20
Figure 2 : Évolution mensuelle du nombre des IVG en 2018, 2019 et 2020	21
Figure 3 : Évolution mensuelle du nombre des IVG et des naissances selon la date de conception	22
Figure 4 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge, de 1990 à 2020	23
Figure 5 : IVG réalisées hors du département de résidence en 2020	25
Figure 6 : Chronologie en résumé de la législation de l'IVG en France	27
Figure 7 : Synthèse des recommandations	28
Figure 8 : Répartition des médecins en fonction de leur sexe	35
Figure 9 : Répartition des médecins en fonction de leur âge	35
Figure 10 : Répartition des médecins en fonction de leur milieu et mode d'exercice	36
Figure 11 : Répartition des médecins en fonction de leur pratique gynécologique	36
Figure 12 : Répartition des médecins selon DU de gynécologie	37
Figure 13 : Proportion de médecins pour l'IVG médicamenteuse en cabinet	37
Figure 14 : Proportion de médecins connaissant la rémunération forfaitaire d'une IVG en cabinet.....	38
Figure 15 : Proportion de médecins pratiquant l'IVG en cabinet	38
Figure 16 : Les motivations pour la pratique de l'IVG en ville	39
Figure 17 : Les freins à la réalisation de l'IVG en cabinet.....	40
Figure 18 : Proportion de médecins intéressés à la pratique de l'IVG médicamenteuse	41
Figure 19 : Pourcentage de médecins intéressés à une formation sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en libéral	41

Table des tableaux

Tableau 1 : les IVG selon la région de résidence en 2020	24
Tableau 2 : Tableau de contingence entre la pratique de la gynécologie et le milieu d'exercice.....	42
Tableau 3 : Répartition des freins selon l'âge (< 40 ans et > 40 ans).....	42
Tableau 4 : Répartition des freins selon le milieu rural et milieu urbain/semi urbain de pratique.....	43
Tableau 5 : Répartition des motivations selon le sexe	44
Tableau 6 : Répartition de la pratique de l'IVG selon le sexe	45
Tableau 7 : Répartition de la pratique de la gynécologie et la volonté de faire l'IVG	45
Tableau 8 : Répartition de la volonté de faire l'IVG selon le sexe	46
Tableau 9 : Répartition de la volonté de faire l'IVG selon l'âge	46
Tableau 10 : Répartition de la volonté de faire l'IVG selon le milieu de pratique	46

Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été légalisée dans les années 1970. Depuis, l'accès à l'IVG reste une priorité nationale en France. L'IVG concerne les femmes âgées de 15 à 49 ans, issues de tous types de milieux socio-économiques. (1)

Nous avons vu des améliorations progressivement avec une réduction des délais de la prise en charge de l'IVG, la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie et des recommandations de bonnes pratiques destinées à tous les professionnels de santé concernés par cette pratique.

Il existe deux méthodes de réalisation des IVG, soit médicamenteuse soit instrumentale. En milieu hospitalier peuvent être réalisées les deux méthodes, mais hors établissements seule la méthode médicamenteuse est réalisable. En 2020, nous comptons 67 800 IVG pratiqués hors structure hospitalière, ce qui représente 25,4% du total des IVG en métropole et 41,6% dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, DROM, contre 62 000 en 2019. On constate donc que les IVG médicamenteuses hors établissement ont augmenté. (2)

Depuis 2004, la réalisation d'IVG médicamenteuse a été progressivement autorisée dans les cabinets médicaux, centres de santé, et de plannings familiaux et depuis juin 2016, elle a été élargie aux sages-femmes. L'objectif de cette loi est d'une part de soulager les hôpitaux et cliniques et d'autre part d'offrir un meilleur accès à l'IVG à toutes les femmes sur l'ensemble du territoire français, ainsi elles peuvent se tourner vers leur médecin ou gynécologue. (3)

Nous constatons une diminution des IVG chirurgicales au profit des IVG médicamenteuses faites hors établissement hospitalier.

Les études antérieures sur l'IVG médicamenteuse ont mis en lumière que les médecins libéraux et en particulier les médecins généralistes pratiquent peu cet acte. Pourtant le rôle du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité.

L'objectif de cette étude est de déterminer la part de médecins généralistes pratiquant l'IVG médicamenteuse en Haute Vienne et d'étudier les freins et les motivations à la réalisation des IVG médicamenteuses en cabinet.

I. Généralité

I.1. Épidémiologie

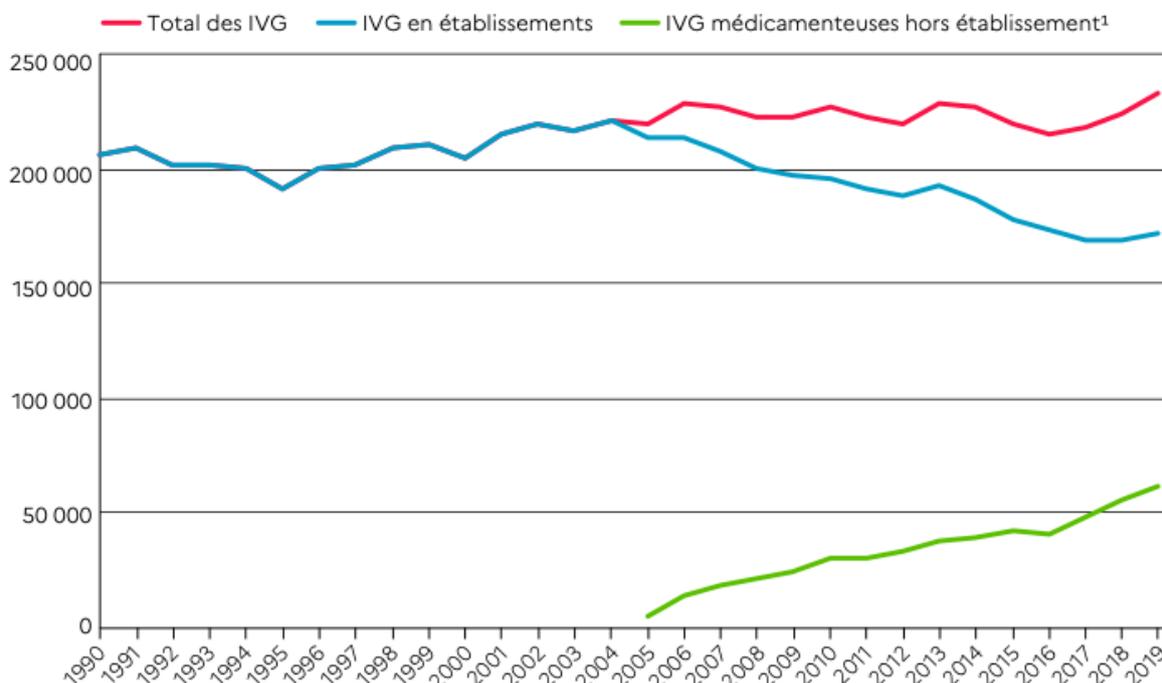
I.1.1. Au niveau national

Selon le dernier relevé épidémiologique en 2020, on compte 222 200 IVG en France contre 232 200, en 2019 soit une légère diminution du taux de recours à l'IVG d'environ 4%, principalement observée en métropole.(1) (2) (4) Leur nombre reste relativement stable depuis 2001 avec des fluctuations à la hausse ou à la baisse, entre 215 000 et 232 000. (5)

Sur les 220 200 IVG réalisées en France en 2020, on évalue 207 497 en métropole et 14 300 concernent les Départements et Région d'Outre-Mer (DROM) qui incluent la Guadeloupe (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy depuis 2013), la Martinique, la Guyane, la Réunion et depuis 2014 la Mayotte. (2)

L'année 2020 est marquée par l'impact du Covid-19 et le premier confinement et avec une répercussion sur la baisse des conceptions essentiellement en mai et juin. (2)

Avec 222 000 IVG réalisés en France, le taux de recours à l'IVG est à son niveau le plus élevé depuis 1990 (Figure 2). Ce taux atteint 14,9 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole en 2020 contre 15,6 pour 1000 femmes en 2019, alors qu'il reste relativement stable dans les DROM avec 28,4‰ en 2020 contre 28,5 ‰ en 2019. (6)



1. Forfaits médicaments de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation (traitement du remboursement par la Sécurité sociale) et le régime général ; à partir de 2010, selon la date des soins et tous régimes confondus.

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse depuis 2012, non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy depuis 2015), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram (forfaits médicaments de ville, tous régimes confondus), traitements DREES.

Figure 1 : Évolution du nombre d'IVG depuis 1990

Source : Rapport de 2021 sur l'établissement de santé de la DRESS (6)

Du fait de la situation sanitaire et de ses conséquences, l'année 2020 est marquée par une baisse notable du nombre d'IVG réalisées dans les établissements de santé (154 000 contre 170 000 en 2019), alors que les IVG médicamenteuses hors établissements ont augmenté au même rythme que les années précédentes (67 800 contre 62 000 en 2019) (Figure 1). Sur la totalité des IVG réalisées qu'elles soient en établissements ou non, les IVG médicamenteuses sont de 72%. (6)

Tandis que dans les années précédentes, le nombre d'IVG est relativement stable au cours de l'année, en 2020, il connaît une période de baisse notable en mai et juin, et dans une moindre dimension en juillet mais uniquement pour celles réalisées en établissements de santé (figure 2).

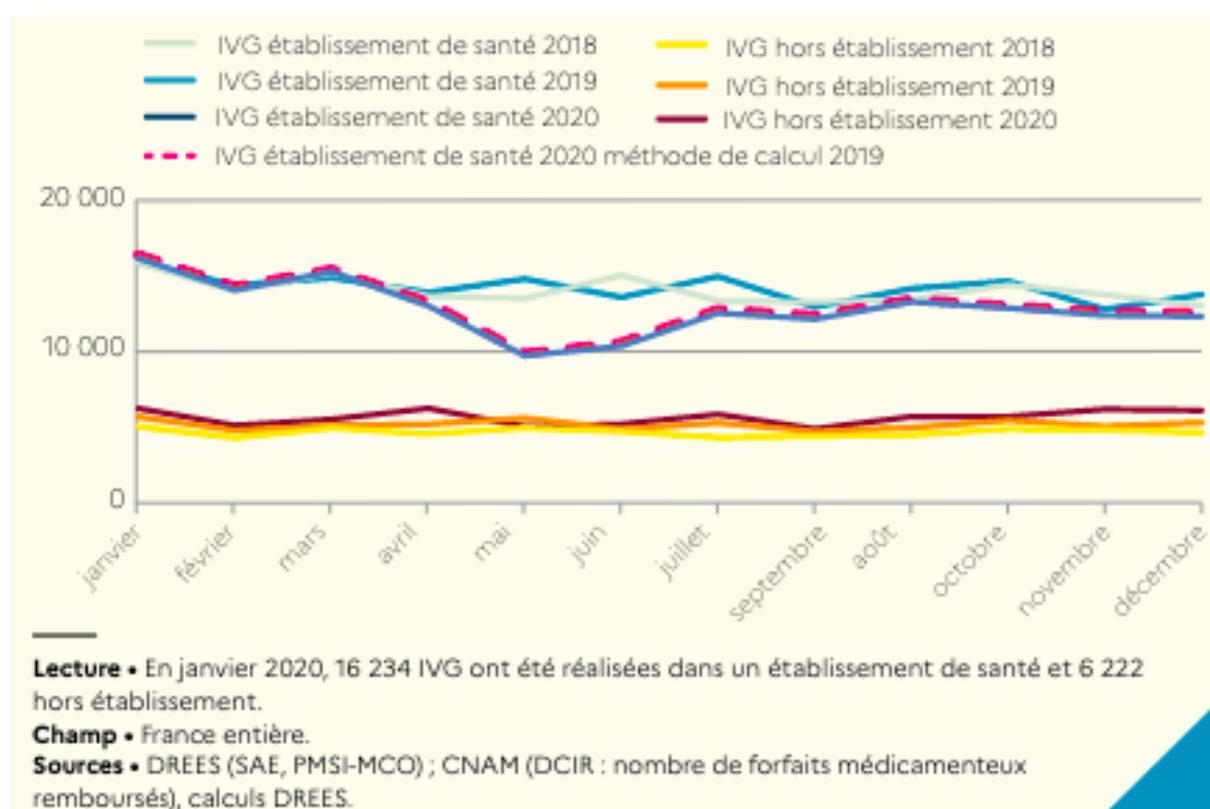


Figure 2 : Évolution mensuelle du nombre des IVG en 2018, 2019 et 2020
Source : DREES (2)

Comme les précédentes années, le nombre d'IVG ambulatoire continue de croître. Cette croissance a été favorisée par le contexte sanitaire et des mesures dérogatoires prolongeant les délais pour les IVG en ville.

En 2020, 72% des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse contre 68% en 2019 et 31% en 2000. (6) De plus, les IVG instrumentales baissent dans le secteur privé en faveur du secteur public, passant de 24% des IVG totales en 2001 à 3% en 2020.

L'année 2020 est une année particulière, marquée par la pandémie de Covid-19 et les mesures prises pour limiter sa diffusion. Ces derniers ont eu un impact sur les conceptions durant le premier confinement, induisant une baisse des naissances observées en 2020, et aussi celle des IVG. (figure 3)

L'INSEE rapporte une baisse des conceptions dès mars 2020, liée au premier confinement qui conduit à une baisse des naissances en novembre 2020. (7) Cette baisse de conception pourrait expliquer la baisse des IVG. Comme l'illustre la figure 3, on remarque que le confinement a eu comme principal impact une baisse du nombre de grossesses, désirées ou non, ce qui entraîne une diminution des IVG et des naissances particulièrement en mai et juin (figure 3).

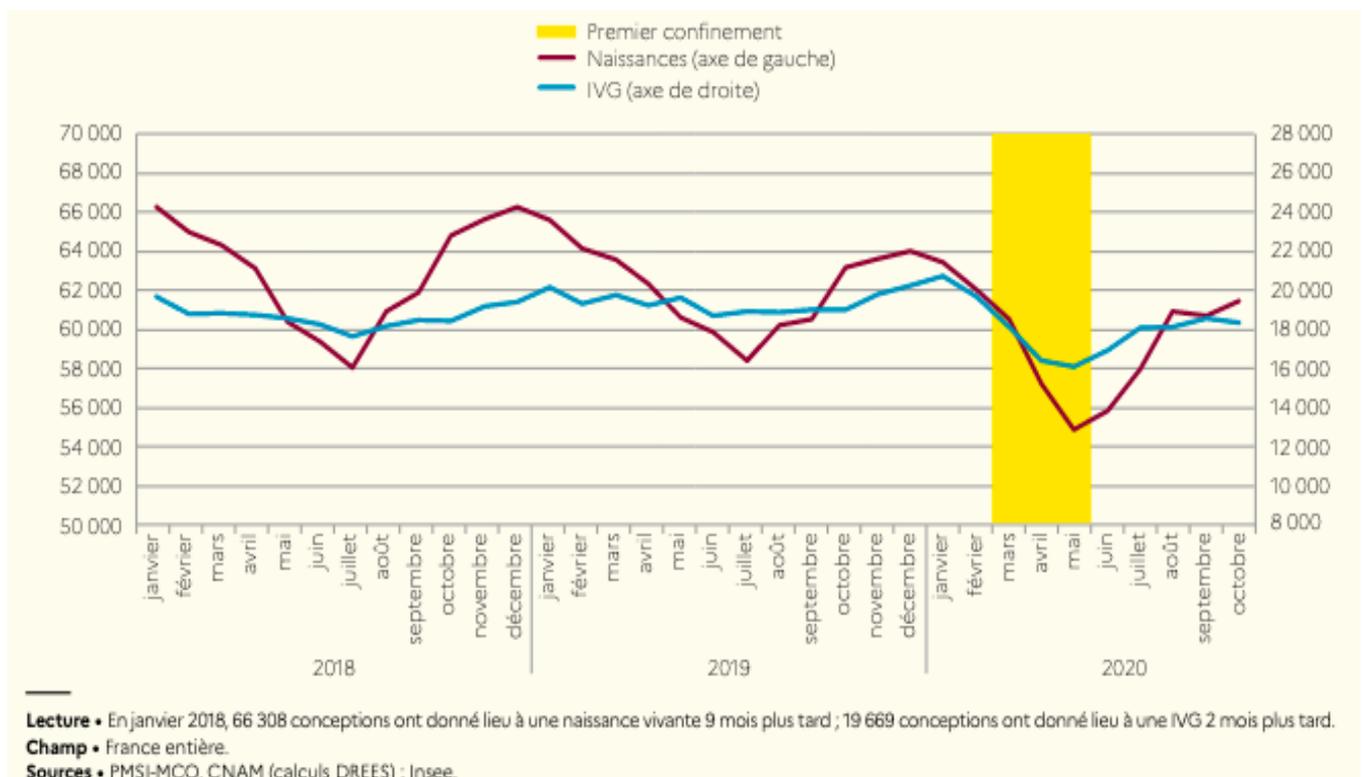


Figure 3 : Évolution mensuelle du nombre des IVG et des naissances selon la date de conception

Source : DREES

Parmi les femmes de moins de 40 ans, on constate une baisse du nombre d'IVG dans toutes les tranches d'âge et notamment chez les 18-25 ans, par rapport à l'année 2019. (Figure 4)

Les IVG restent plus fréquentes chez les femmes de 20 à 29 ans. Toujours sur la figure 4, nous constatons la poursuite de la baisse du taux d'IVG chez les mineures.

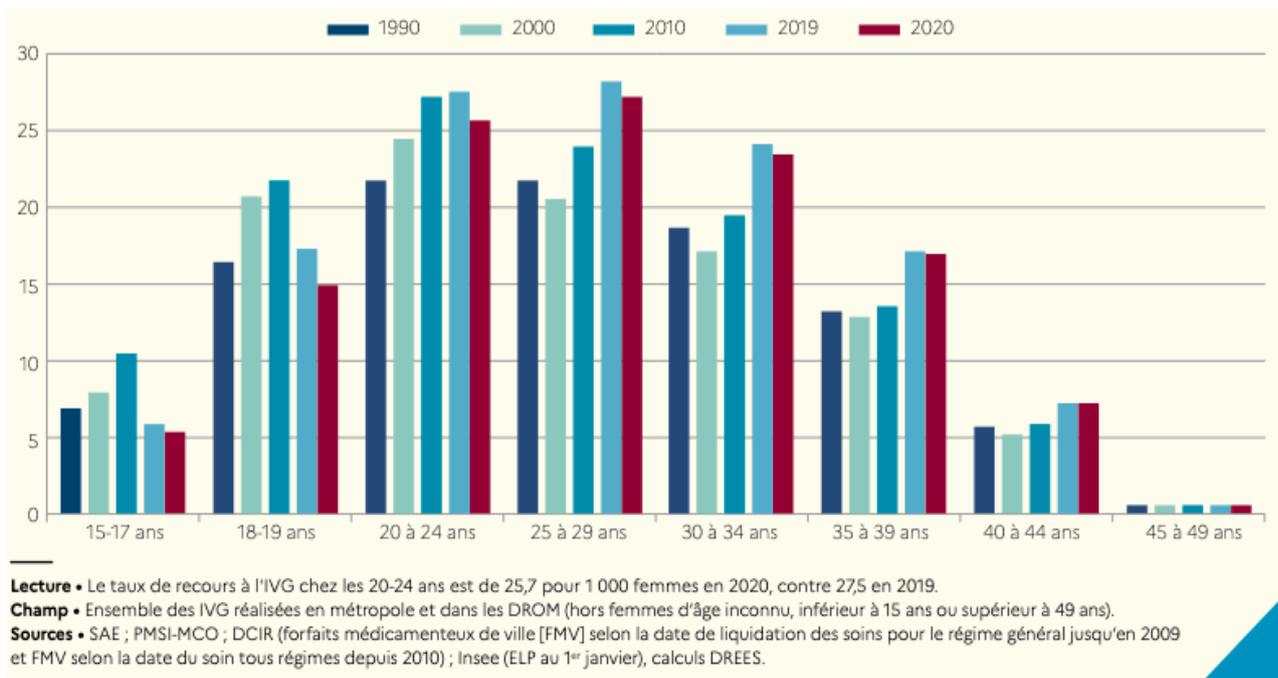


Figure 4 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge, de 1990 à 2020

Source : DREES (2)

Dans le contexte sanitaire du Covid-19, des mesures dérogatoires prises en avril 2020 et renouvelées en novembre 2020 ont permis entre autres de favoriser la téléconsultation pour la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. Lorsqu'une IVG médicamenteuse est réalisée en ville, il n'existe pas actuellement de possibilité d'enregistrer de façon fiable le terme de grossesse.

Il existe une disparité interrégionale qui persiste avec un taux de recours allant du simple au triple selon les régions (Tableau 1)

- En métropole, ils varient de 11,4 IVG pour 1000 femmes en Pays de Loire à 21,7 ‰ IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Quatre régions restent sur le podium du nombre d'IVG les plus élevés :
 - La Provence-Alpes-Côte d'Azur (21,7 ‰)
 - l'Île de France (17,4 ‰)
 - la Corse (17‰)
 - l'Occitanie (16,7‰)
- Dans les DROM, le taux d'IVG reste plus important qu'en métropole. Ce taux varie de 42,4 IVG pour 1 000 femmes en Guyane à 21,3 IVG pour 1000 femmes à Mayotte. (6)

Tableau 1 : les IVG selon la région de résidence en 2020

Source : DREES (2)

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	FMV remboursés en cabinet libéral	IVG téléconsultation	Total IVG	IVG** pour 1 000 femmes de 15-49 ans taux bruts	IVG** pour 1 000 femmes de 15-49 ans taux standardisés	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Grand-Est	12 432	84	1 641	25	14 182	12,2	12,2	4,1
Nouvelle-Aquitaine	11 454	523	4 740	88	16 805	14,0	14,4	4,9
Auvergne-Rhône-Alpes	16 202	1 150	6 181	96	23 629	13,7	13,6	4,3
Bourgogne-Franche-Comté	4 778	43	2 039	21	6 881	12,5	12,9	4,0
Bretagne	6 730	140	1 182	23	8 075	12,1	12,3	3,8
Centre-Val de Loire	5 447	124	1 121	10	6 702	13,1	13,5	4,2
Corse	980	0	236	12	1 208	17,0	17,2	4,7
Île-de-France	31 989	2 991	16 834	173	51 987	17,4	16,4	4,9
Occitanie	13 627	318	6 404	114	20 463	16,7	16,8	5,5
Pays de la Loire	8 306	18	670	15	9 009	11,4	11,6	3,6
Hauts-de-France	14 172	463	2 930	40	17 605	13,5	13,4	5,1
Normandie	6 512	130	1 857	28	8 527	12,7	12,8	4,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13 842	417	8 087	78	22 424	21,7	22,0	6,3
Résidentes France métropolitaine	146 451	6 401	53 922	723	207 497	14,9	14,8	4,7
Guadeloupe*	1 415	43	1 733		3 191	39,4	43,1	12,1
Martinique	1 326	2	649	1	1 978	27,2	29,4	11,5
Guyane	1 270	126	1 779		3 175	42,4	40,0	17,5
La Réunion	2 399	3	2 026	2	4 430	21,8	21,9	9,5
Mayotte	1 201	0	322		1 523	21,3	18,8	13,8
Résidentes DROM	7 611	174	6 509	3	14 297	28,4	28,7	12,2
Résidence inconnue***		2	48	2	52			
Résidentes France entière	154 062	6 575	60 431	726	221 794	15,4		5,0
Résidence à l'étranger	178	0	1		179			
France entière	154 240	6 577	60 480	728	222 025			

* non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

** calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15-49 ans.

*** Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.

Lecture • En 2020, 14 182 IVG ont été effectuées en région Grand-Est, soit un taux de recours de 12,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.**Champ** • France entière, tous régimes, non compris les IVG dont l'âge de la femme est inconnu.**Sources** • SNDS [PMSI-MCO et DCIR (nombre de FMV et PMR)], Insee (estimations localisées de population au 01-01-2020).

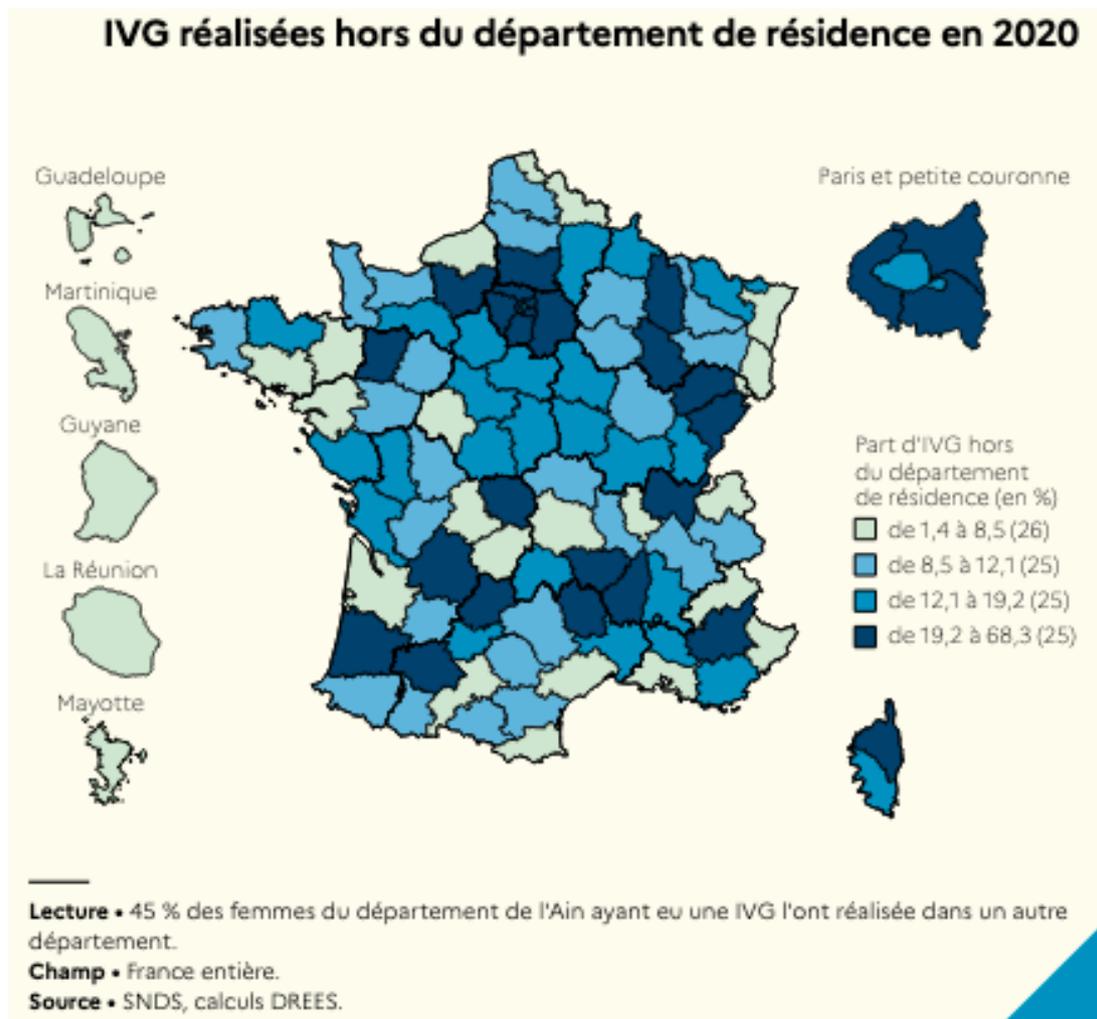


Figure 5 : IVG réalisées hors du département de résidence en 2020

Source : Drees (2)

17,8 % des femmes en France métropolitaine réalisent leurs IVG hors de leur département de résidence pour des raisons de confidentialité ou de plus grande proximité géographique. (2) Ce taux est constant malgré la situation sanitaire de 2020. Dans les DROM, le taux est à 2,7% du fait des difficultés pour consulter hors département. (Figure 5) (6)

A l'échelle nationale, on compte 1932 praticiens conventionnés pour pratiquer des IVG dans leur cabinet.

Selon les données de la CNAM, il est répertorié 832 gynécologues, 662 omnipraticiens et 420 sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet de ville en 2019.

168 centres de santé et CPEF ont bénéficié d'un remboursement d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG. (6)

I.1.2. Au niveau départemental : en Haute Vienne

La baisse du nombre d'IVG pratiquée en 2020 se retrouve également en Haute Vienne avec un total de 973 IVG en 2020 contre 1009 en 2019. (8)

Le taux de recours à l'IVG est passé de 13,5 ‰ en 2019 à 13,1 ‰ en 2020.

Sur les 973 IVG totales réalisées en 2020, seulement 19 sont réalisées hors hospitalier dont 2 au centre, 15 en libérales et 2 en téléconsultation. Alors qu'en 2019, on compte 17 IVG hors hospitalier avec une totalité des IVG réalisées en libérale. (8)

En milieu hospitalier, en 2020, sont comptabilisées 275 IVG chirurgicales, 669 IVG médicamenteuses et 10 IVG non précisées. (8)

I.2. La législation en France

En France, la loi du 17 janvier 1975 dite la « loi Veil » a permis l'autorisation temporaire de l'IVG dans un délai de dix semaines pour une période de cinq ans, puis cette loi a été reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980. (5)

La loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 dite la loi Roudy a permis le remboursement à 70% par la Sécurité Sociale. (9)

Depuis 1989, la technique de l'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a permis une modification des règles de recours à l'IVG, en augmentant le délai maximal de recours autorisé de douze à quatorze semaines d'aménorrhée. (5)

Il faudra attendre la loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004, pour permettre aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. A condition que cet acte soit effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste, si ces derniers ont justifié d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseaux avec un établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention. (cf annexe 1). Les IVG en médecine de ville peuvent être réalisées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée révolues.

La déclaration de cette activité doit se faire par les médecins réalisant cet acte par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention. (10)

La loi n° 2007-1986 du 19 décembre 2007 autorise les centres de planification et les centres de santé à la pratique de l'IVG médicamenteuse (cf. annexe 3). Le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 précise les modalités de mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification et les centres de santé. (10)

A partir du 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie et tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100% depuis le 1^{er} avril 2016. Afin de renforcer l'activité de l'IVG dans les établissements, il existe une revalorisation des tarifs des IVG chirurgicales.

La loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016 a permis la suppression du délai de réflexion obligatoire d'une semaine entre la consultation d'information et celle de recueil de consentement pour obtenir une IVG. Cette loi a permis également la pratique de l'IVG chirurgicale hors établissement de santé, dans les centres de santé, mais seulement quelques communes ont entamé les démarches pour leur mise en place. De plus, elle permet aux sages-femmes libérales de pratiquer les IVG médicamenteuses dans leurs cabinets.

Dans le cadre de l'urgence sanitaire, un arrêté a été mis en place en avril 2020 puis renouvelé en novembre 2020 ordonnant des mesures sanitaires et de fonctionnement du système de santé afin de faire face à la pandémie du Covid-19. Ces arrêtés ont prolongé de deux semaines le délai pour les IVG en ville et ont permis de réaliser l'IVG médicamenteuse en téléconsultation de façon dérogatoire. (2)

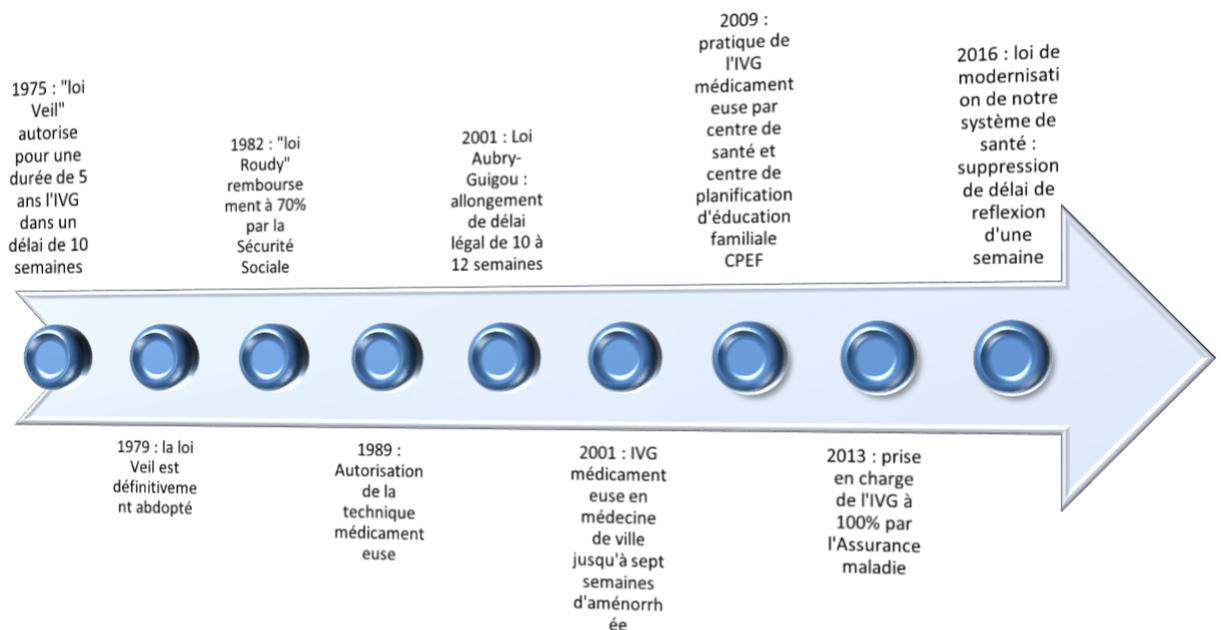


Figure 6 : Chronologie en résumé de la législation de l'IVG en France

I.3. Différentes méthodes d'IVG

Il existe deux méthodes d'IVG :

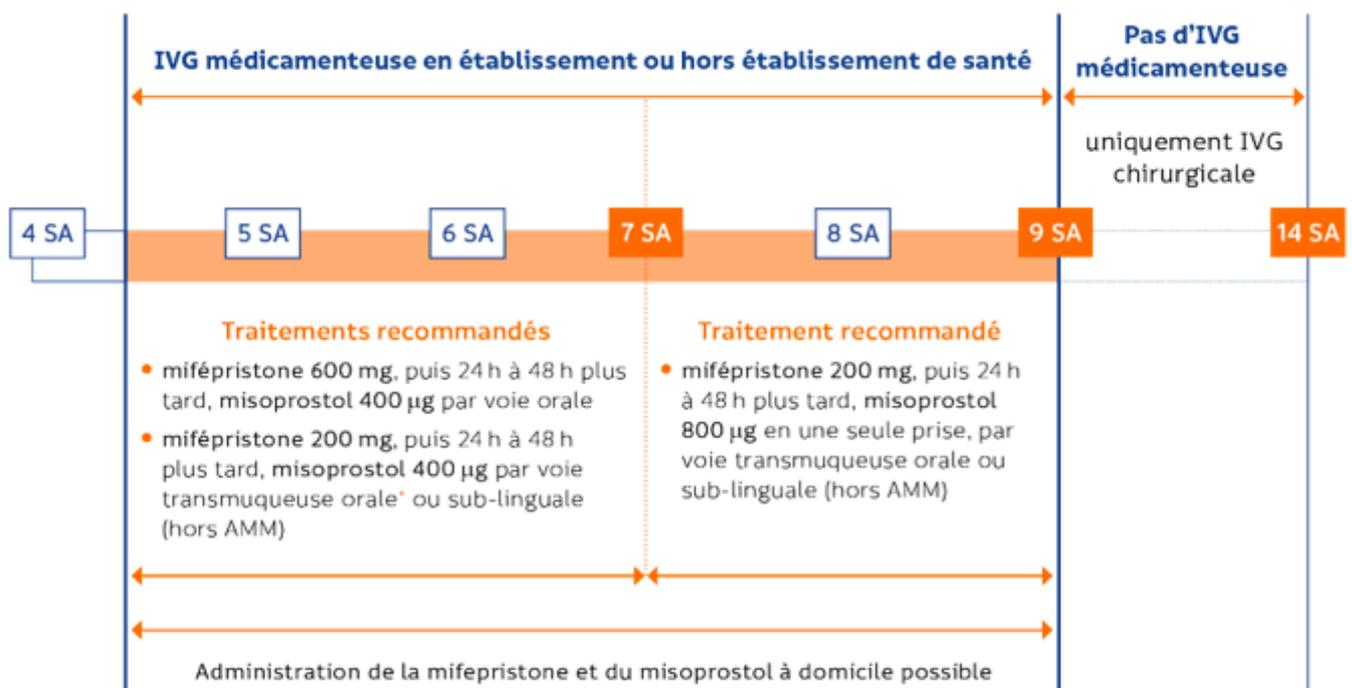
- IVG médicamenteuse en établissement ou hors établissement de santé possible jusqu'à 9 SA
- IVG chirurgicale possible jusqu'à 9 SA selon le choix de la patiente et uniquement chirurgicale de 9 SA à 14 SA.

Dans toutes les situations où les conditions médicales le permettent, les femmes doivent pouvoir choisir la technique d'intervention de leur IVG, ainsi que le mode d'anesthésie, local ou général.

I.3.1. IVG médicamenteuse

La HAS a mis à jour les recommandations de l'IVG en avril 2021. (11)

I.3.1.1. Stratégie médicamenteuse



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 7 : Synthèse des recommandations

Source : HAS (12)

La méthode médicamenteuse repose en France sur l'association de l'antiprogestérone Mifépristone et d'une prostaglandine, le Misoprostol.

Selon les recommandations de l'HAS, il est possible de choisir entre deux protocoles, pour les grossesses de moins de 7 SA, une prise de Mifépristone suivie de Misoprostol, la voie d'administration et la posologie varient selon le protocole. (11)

Pour les grossesses de 7 à 9 SA, la HAS recommande une prise de Mifépristone orale suivie de Misoprostole à une posologie plus importante, par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM).

D'après le CNGOF, certains praticiens utilisent un autre protocole avec une posologie plus importante de mifépristone à 600 mg de mifépristone suivi de 36-48 heures plus tard de misoprostol 400 µg. (13)

I.3.1.2. Déroulement d'une IVG médicamenteuse en cabinet de ville

Le délai d'obtention d'un rendez-vous pour une prise en charge d'une IVG pour toute patiente est de 5 jours suivant son appel.

Une IVG médicamenteuse en ambulatoire se décompose de cinq consultations, prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie dans le cadre du forfait d'IVG. Depuis le 1^{er} avril 2016, l'ensemble des consultations et des examens associés à l'IVG sont intégralement remboursés, pour une rémunération forfaitaire entre 187,92 € et 193,16 €. (10)

- Première consultation : consultation initiale

Au cours de cette consultation, le médecin donne des informations claires et précises sur la procédure de l'IVG médicamenteuse ou chirurgicale, selon le terme de la gestation et le choix de la patiente. Celle-ci doit être informée des bénéfices, des effets secondaires (métrorragies, douleurs abdomino-pelviennes induites par les contractions utérines) et complications possibles (échec de l'IVG médicamenteuse).

Le professionnel doit s'assurer d'une grossesse intra utérine évolutive et dater la grossesse, immédiatement ou de façon différée (en prescrivant une échographie).

Le médecin propose systématiquement un entretien d'informations, de soutien et d'écoute (entretien psycho-social) et il est obligatoire pour la mineure.

A l'issue de cette consultation, le médecin remet à la femme enceinte une fiche de liaison (cf. annexe 2), contenant les éléments essentiels de son dossier médical, une attestation de consultation médicale pré-IVG, et lui remet un dossier-guide.

Le médecin indique les coordonnées du service de l'établissement de santé dans lequel elle peut se rendre à tout moment si besoin, avec la fiche de liaison.

- Deuxième consultation préalable à l'IVG : confirmation de l'IVG

Le délai de réflexion minimal d'une semaine entre les deux consultations a été supprimé sauf si la femme bénéficie d'un entretien psychosocial. Suite à cet entretien, la femme a un délai de réflexion de 48 heures avant de remettre son consentement.

Au cours de la deuxième consultation, la patiente donne son consentement écrit, recueilli en présentiel ou envoyé par voie dématérialisée dans le cas d'une téléconsultation.

Une contraception post IVG peut être proposée. Si une contraception hormonale est choisie, elle doit être débutée le jour de la prise de prostaglandine ou au plus tard dans les 48 heures qui suivent.

Un dépistage des infections sexuellement transmissibles dont la Chlamydia avec un prélèvement cervico-utérin si besoin est également proposé. Une détermination du groupe sanguin ABO-D est indispensable à toutes les femmes.

A l'issue de cette consultation, le professionnel de santé remet un certificat attestant de la deuxième consultation médicale et que celle-ci est conforme à toutes les obligations.

Ces deux attestations sont destinées au centre et au médecin qui pratiquera l'IVG. Dès lors, une date d'IVG est fixée.

- Troisième consultation : réalisation de l'IVG

La prise de Mifépristone est la première étape de réalisation de l'IVG proprement dite. Avec la prise de Mifépristone, est systématiquement associée une prescription d'antalgiques de palier 1, AINS (Ibuprofène par exemple) et de palier 2 (Paracétamol associé à l'opium ou la codéine).

On remet une fiche de conseils avec le numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

Pour toutes les femmes rhésus négatif, il est actuellement préconisé une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D par voie intraveineuse ou intramusculaire, au plus tard dans les 72 heures qui suivent les métrorragies. Dans le cas d'une IVG médicamenteuse à domicile, l'injection d'immunoglobulines se fait lors de la prise de Mifépristone.

La prise de Misoprostol et/ou Mifépristone à domicile est soumise à certaines conditions particulières :

- La patiente doit être située à moins d'une heure d'un centre hospitalier, être joignable par téléphone et avoir une présence (compagnon, amie proche, famille) lors de l'expulsion
- La patiente doit être en mesure de comprendre les consignes et les informations données.
- La femme choisit le lieu de réalisation de l'IVG, hôpital ou domicile.
- Programmer la visite de contrôle à 14-21 jours et insister sur la nécessité de contrôler la bonne vacuité utérine.

- Quatrième consultation : la seconde prise médicamenteuse

La prise de misoprostol au plus tard 24 à 48 heures doit être proposée en établissement de santé et/ou en centre de santé et est associée à un antalgique adapté.

- Cinquième consultation : consultation de suivi

C'est une consultation à prévoir entre le 14^e et 21^{ème} jour post IVG, qui consiste en un examen clinique, associé à un dosage quantitatif de β -HCG plasmatique pour vérifier sa décroissance. Elle peut être complétée par une échographie pelvienne pour vérifier la bonne vacuité utérine. En cas d'échec de l'IVG médicamenteuse, un traitement chirurgical par une aspiration endo-utérine est nécessaire.

Un accompagnement psychologique peut être proposé.

I.3.2. IVG chirurgicale

La méthode instrumentale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu par aspiration. La chirurgie, comme toute technique invasive, se déroule dans des conditions d'asepsies strictes.

La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse, celle-ci est d'autant plus recommandée chez la nullipare. La technique de la préparation cervicale lorsqu'elle est recommandée, repose sur 2 molécules :

- Mifépristone 200 mg par voie orale 36 à 48 heures avant aspiration (grade A)
- Ou Misoprostol 400 ug par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration (Grade A) (14)

Quelque soit la molécule utilisée, la préparation cervicale ne requiert pas d'hospitalisation. Il est cependant indispensable d'un contrôle visuel du produit d'aspiration. L'intervention est le plus souvent réalisée en ambulatoire avec une surveillance en salle post opératoire pour toute femme ayant eu une sédation intraveineuse, ou anesthésie générale ou péri médullaire.

II. Méthode

II.1.1. Type de l'étude

Ce travail est une étude épidémiologique descriptive quantitative monocentrique transversale.

II.1.2. Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la part de médecins généralistes installés en Haute Vienne pratiquant l'IVG médicamenteuse en ville.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Décrire les freins de la pratique de l'IVG médicamenteuse
- Connaitre le profil (secteur urbain/rural, sexe, type de pratique (DIU de gynécologie) des médecins pratiquant l'IVG médicamenteuse en cabinet
- Évaluer la satisfaction des praticiens pratiquant l'IVG médicamenteuse
- Déterminer la proportion de médecins généralistes qui souhaitent pratiquer l'IVG médicamenteuse

II.1.3. Modalité de réalisation de l'enquête

Il s'agit d'une étude quantitative menée par diffusion électronique d'un questionnaire de l'ensemble des médecins généralistes installés en Haute Vienne.

Le questionnaire a été élaboré de telle manière que les médecins puissent répondre facilement et rapidement, ce dernier étant très court.

- La première partie du questionnaire est composée de trois questions à choix multiples, et s'intéresse au profil du médecin (âge, milieu d'exercice).
- La deuxième partie est constituée de deux questions à choix multiples sur la pratique gynécologique.
- Une troisième partie est composée de sept questions à choix multiples sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral. Dans cette partie, nous retrouvons deux questions avec un listing des motivations et freins de la pratique de l'IVG, basés sur les thèses de Mme Raja Chefeg Ben Aissa, M Julien Cottet, M. Pierre-Emmanuel Brocaïl et de M. Damien Ferré. (15) (16). Julien Cottet a mené une étude qualitative afin de déterminer une liste exhaustive des freins à la pratique de l'orthogénie en cabinet de ville chez les médecins généralistes et Pierre-Emmanuel Brocaïl a mené une étude quantitative pour quantifier et hiérarchiser ces raisons.

Sur ces deux questions, nous avons ajouté un item avec des propositions ouvertes, pour permettre aux médecins de la Haute Vienne d'exprimer leurs freins et leurs motivations de la pratique de l'IVG.

Le questionnaire est en annexe.

Ce questionnaire a été testé sur une dizaine de médecins généralistes de la Creuse et d'internes avant d'être diffusé. Les réponses au questionnaire sont anonymes.

La population de cette étude a été composée de médecins généralistes installés en Haute Vienne en cours d'exercice.

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- médecin généraliste installé,

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- médecins généralistes pratiquant en milieu hospitalier uniquement,
- médecins de l'association SOS médecins.
- Médecins en Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Médecins exerçant une médecine d'exercice particulier exclusive

Les données ont été extraites de manière automatisée par Google Form dans un tableau grâce au logiciel Microsoft Excel ®, nous avons réalisé des tableaux croisés dynamiques, des histogrammes et diagrammes présentant les réponses au questionnaire.

Nous avons réalisé une analyse statistique avec des test de Chi2 et test de Fisher (pour $n < 5$) sur le site web BiostaTGV.com

III. Résultats

III.1. Analyse descriptive

III.1.1. Étude

Notre population cible est constituée de médecins généralistes de la Haute Vienne.

Nous avons utilisé deux modes de diffusion.

La première diffusion du questionnaire a été assurée par le CDOM (Centre Départemental de l'Ordre des Médecins) de la Haute Vienne par la mise en ligne sur leur page web.

Pour le recrutement de notre échantillon, nous avons contacté par téléphone 312 médecins généralistes de la Haute Vienne, parfois à plusieurs reprises. Pour cela, nous avons pris la liste des médecins généralistes de la Haute Vienne sur les Pages Jaunes. Nous avons présenté en quelques mots notre projet de thèse et tenter d'obtenir une adresse mail.

Nous nous sommes confrontés à certaines difficultés lors du recueil des adresses mails, comme l'intermédiaire du secrétariat téléphonique qui ne facilite pas toujours la prise de contact avec les médecins, ou encore le refus direct des médecins par manque de temps. Dans certains cas, nous avons pu obtenir seulement l'adresse mail de la secrétaire du cabinet médical, qui a accepté de la transmettre aux différents médecins. Un médecin généraliste a souhaité répondre sur une version papier du questionnaire, secondairement retranscrite en ligne.

Nous avons pu recueillir au total 154 adresses mail. Le recueil par téléphone s'est effectué du 28 octobre 2021 à mi-décembre avec une relance de tous les médecins au bout de 3 semaines c'est-à-dire fin novembre 2021.

Nous avons également contacté le 28 octobre 2021 l'ordre des médecins qui a accepté de publier le lien du questionnaire sur leur site.

Nous avons obtenu un total de 45 réponses.

III.1.2. Questionnaire

Le questionnaire a été envoyé à 312 médecins généralistes.

Avec un total de 45 réponses, soit un taux de réponse de 14,4%

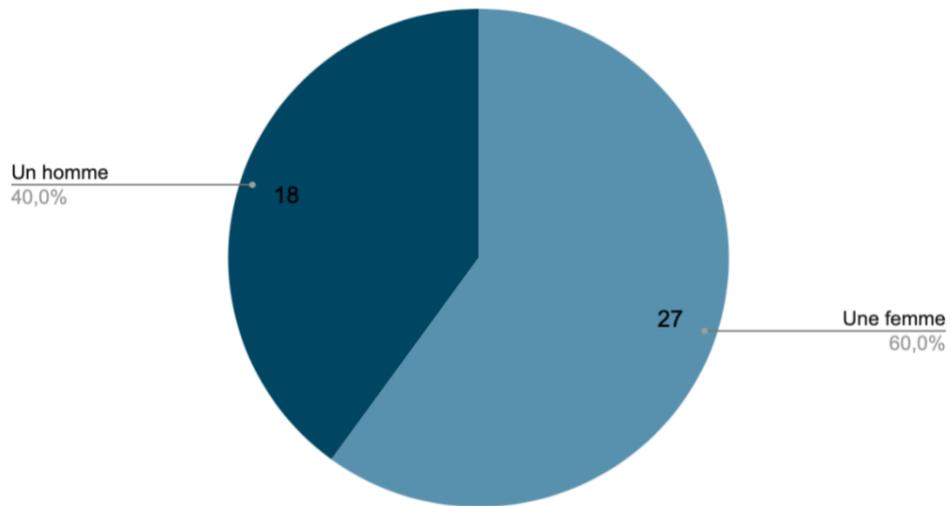


Figure 8 : Répartition des médecins en fonction de leur sexe

Plus de femmes que d'hommes ont participé à cette étude. La majorité est âgée de 30 à 40 ans.

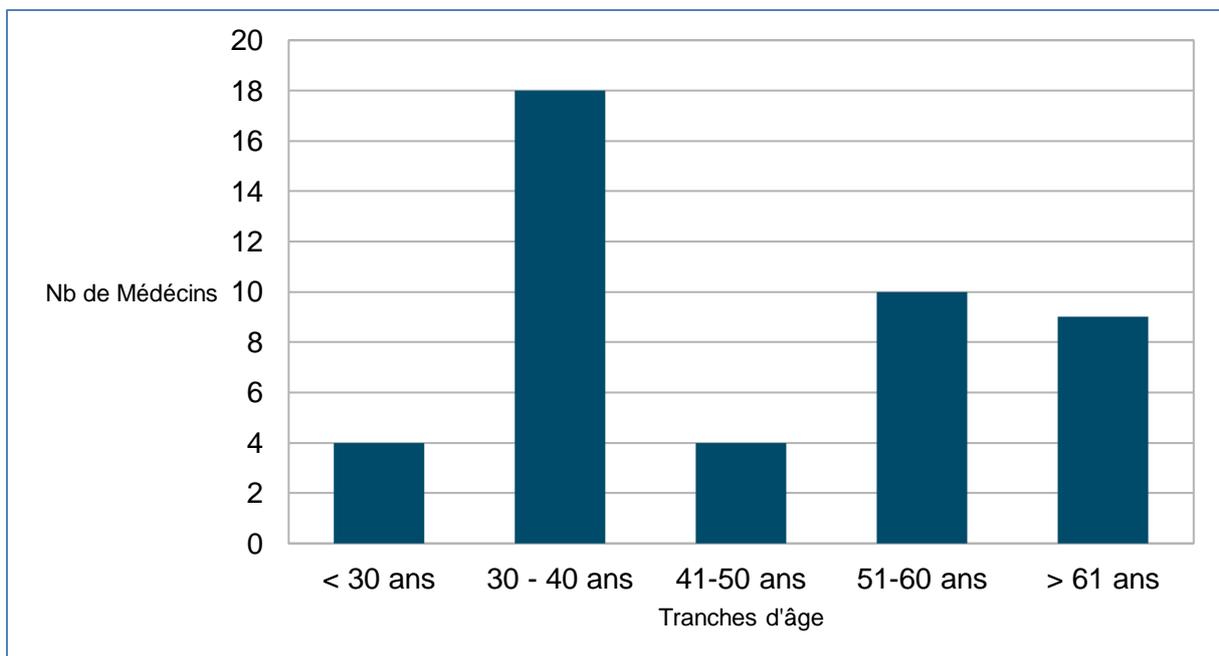


Figure 9 : Répartition des médecins en fonction de leur âge

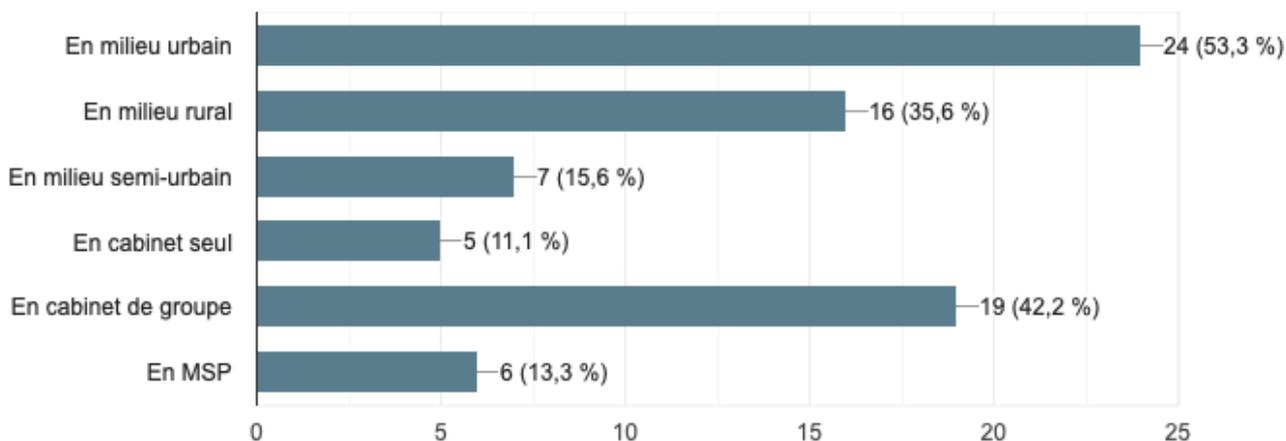


Figure 10 : Répartition des médecins en fonction de leur milieu et mode d'exercice

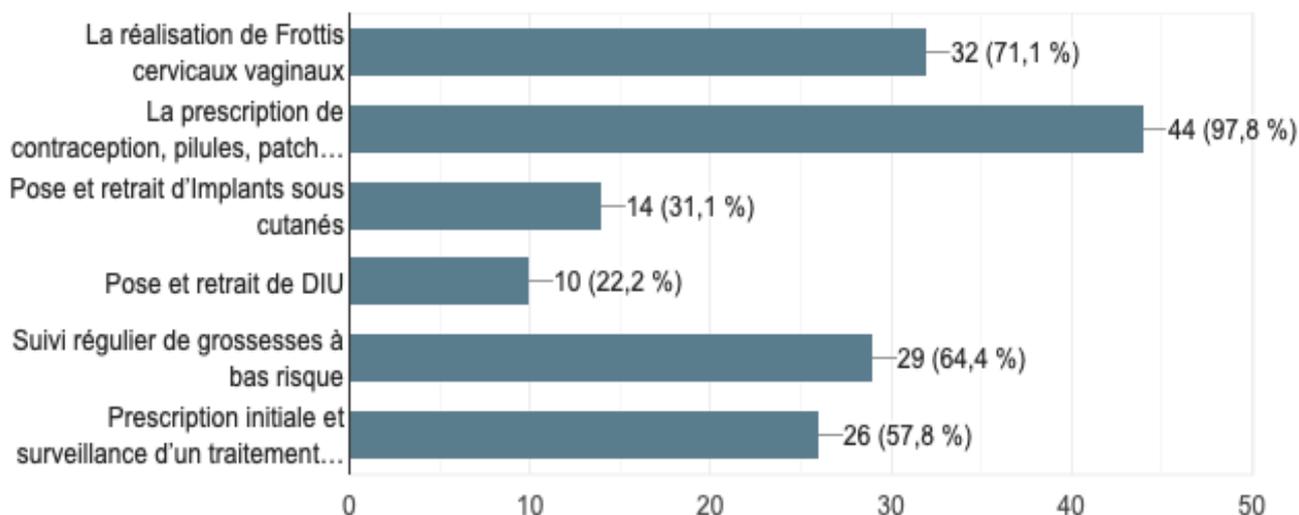


Figure 11 : Répartition des médecins en fonction de leur pratique gynécologique

Légende :

- La réalisation de Frottis cervicaux vaginaux*
- La prescription de contraception, pilules, patches, anneaux ou autres méthodes*
- Pose et retrait d'Implants sous cutanés*
- Pose et retrait de DIU*
- Suivi régulier de grossesses à bas risque*
- Prescription initiale et surveillance d'un traitement hormonal substitutif*

Les médecins généralistes ayant répondu pratiquent majoritairement des actes de gynécologie médicale de façon courante : 97,8% prescrivent des contraceptions, 71,1% réalisent des frottis cervicaux vaginaux, 64,4% font des suivis de grossesses à bas risque et 57,8% prescrivent des THS.

Mais seulement 7 médecins généralistes possèdent un DU de gynécologie.

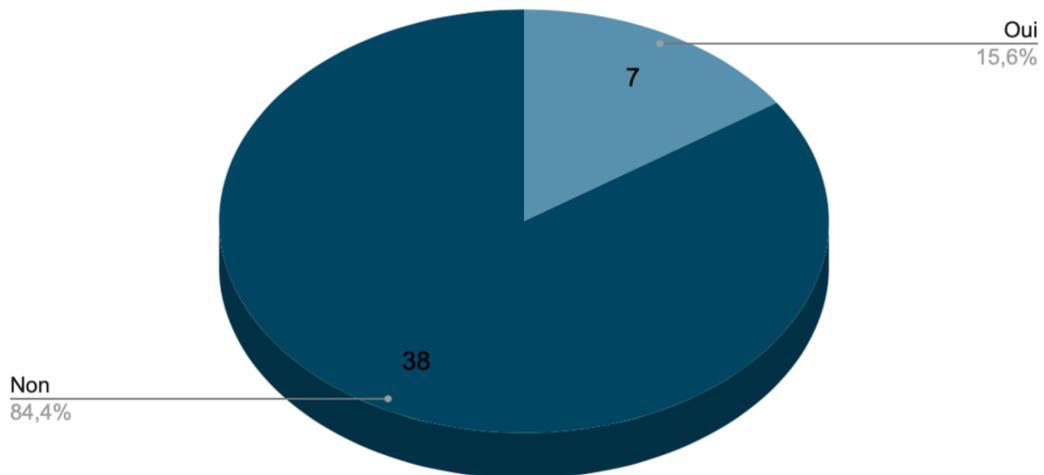


Figure 12 : Répartition des médecins selon DU de gynécologie

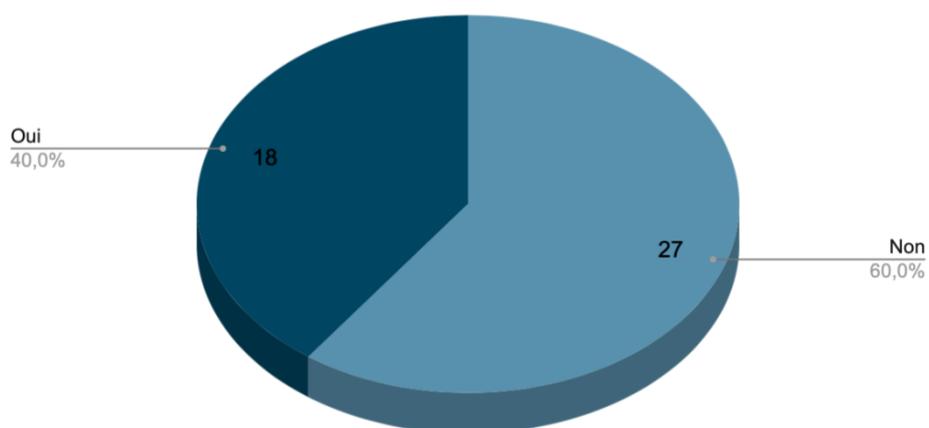


Figure 13 : Proportion de médecins en faveur l'IVG médicamenteuse en cabinet

27 médecins généralistes sont favorables pour l'IVG médicamenteuse en cabinet alors que 18 médecins ne sont pas favorables. Mais seulement 3 MG connaissent la rémunération forfaitaire d'une IVG en cabinet.

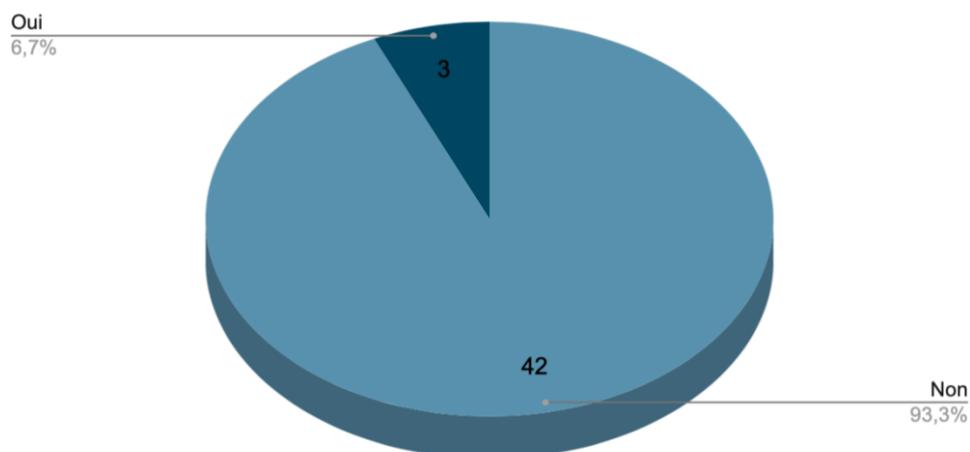


Figure 14 : Proportion de médecins connaissant la rémunération forfaitaire d'une IVG en cabinet

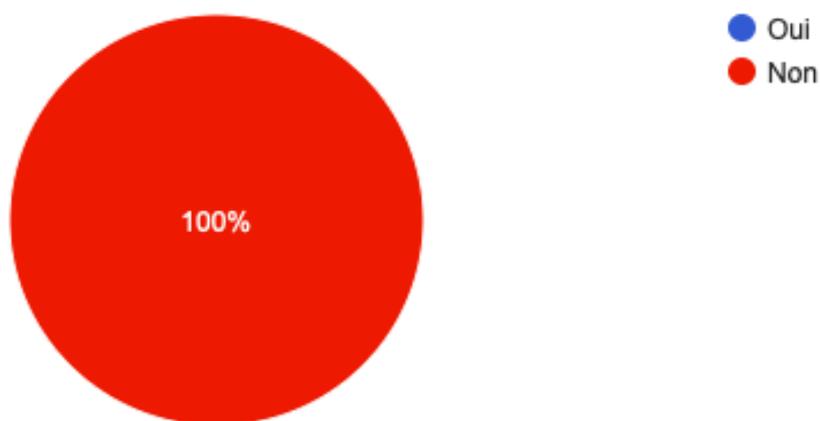


Figure 15 : Proportion de médecins pratiquant l'IVG en cabinet

Aucun médecin parmi les médecins ayant répondu pratique l'IVG en cabinet.

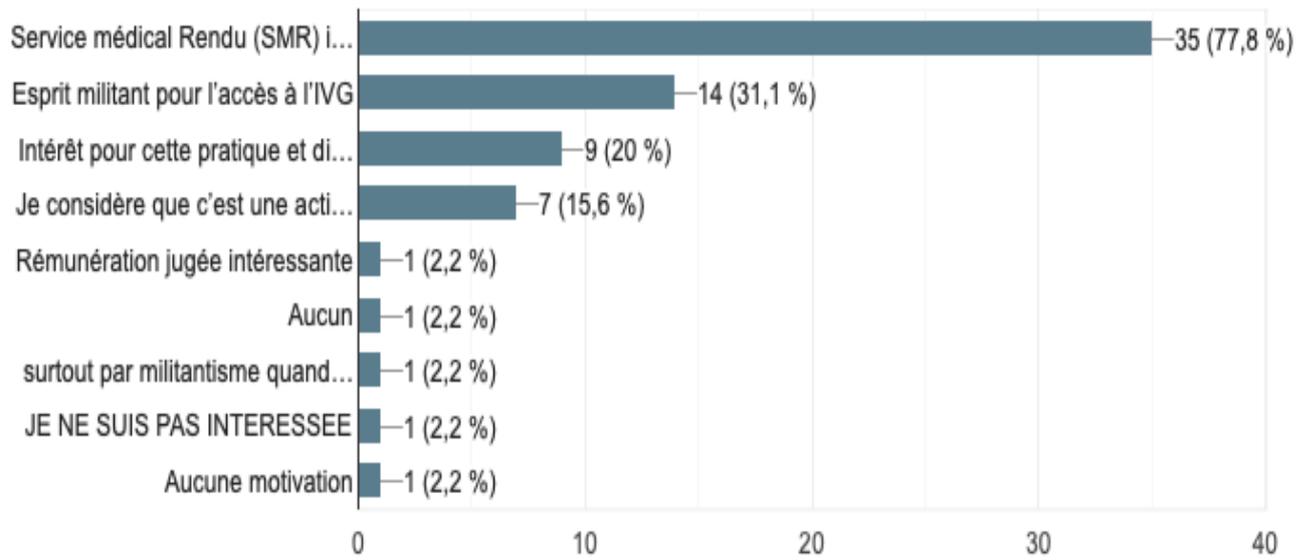


Figure 16 : Les motivations pour la pratique de l'IVG en ville

Légende :

- Service médical Rendu (SMR) important pour la patiente (délai de prise en charge, confort...)*
- Esprit militant pour l'accès à l'IVG*
- Intérêt pour cette pratique et diversification de l'activité*
- Je considère que c'est une activité qui fait partie de la médecine générale*
- Rémunération jugée intéressante*
- Aucun*
- Surtout par militantisme quand même !*
- JE NE SUIS PAS INTERESSEE*
- Aucune motivation*

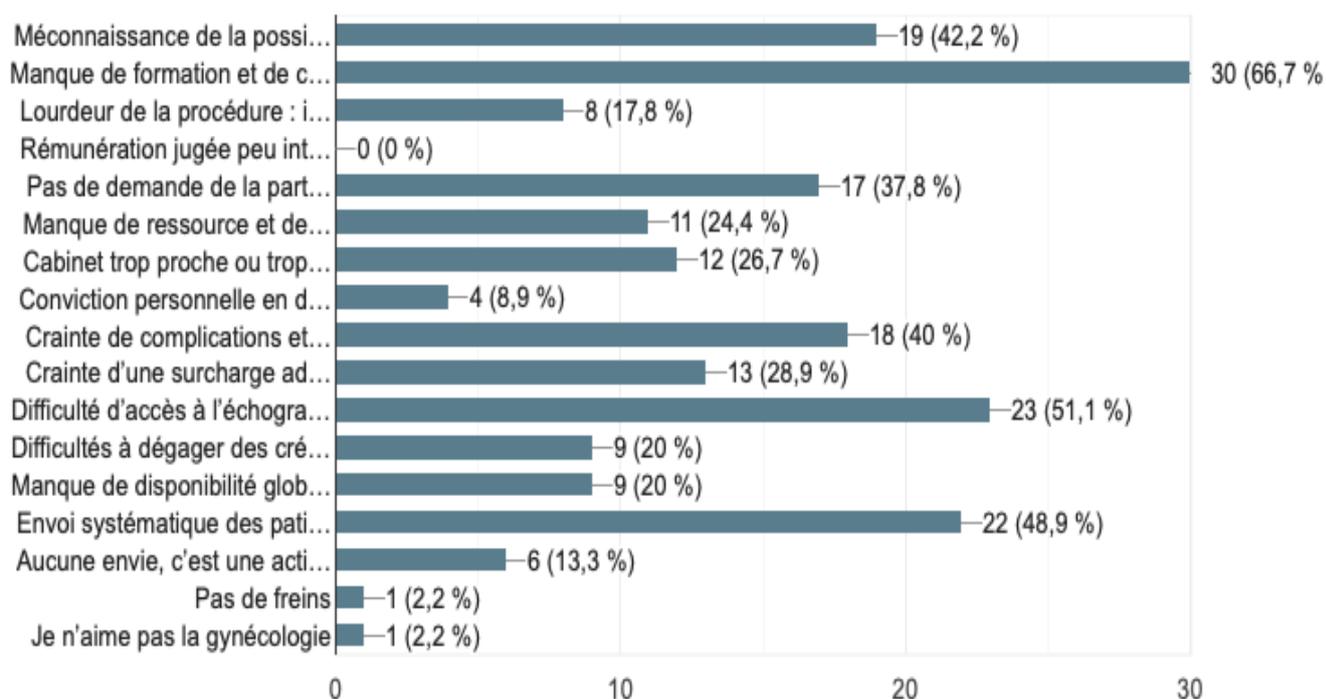


Figure 17 : Les freins à la réalisation de l'IVG en cabinet

Légende :

- Méconnaissance de la possibilité d'exercer l'IVG médicamenteuse en cabinet*
- Manque de formation et de compétences spécifiques pour cet acte*
- Lourdeur de la procédure : investissement nécessaire chronophage = perte de rendement*
- Rémunération jugée peu intéressante*
- Pas de demande de la part des patients*
- Manque de ressource et de moyens (matériel et aménagement)*
- Cabinet trop proche ou trop éloigné d'un CIVG*
- Conviction personnelle en désaccord avec la pratique de cet acte (éthique) ou conviction religieuse*
- Crainte de complications et de l'aspect médico-légal lié à l'acte*
- Crainte d'une surcharge administrative*
- Difficulté d'accès à l'échographie*
- Difficultés à dégager des créneaux de consultation en urgence (<48h)*
- Manque de disponibilité globale pour répondre à la demande*
- Envoi systématique des patients vers un CIVG*
- Aucune envie, c'est une activité qui concerne les gynécologues*
- Pas de freins*
- Je n'aime pas la gynécologie*

La rémunération du médecin généraliste pour pratiquer l'IVG en ville n'est un obstacle pour aucun des médecins ayant répondu. Cependant 8 médecins trouvent que l'IVG une procédure lourde et chronophage avec une perte de rendement.

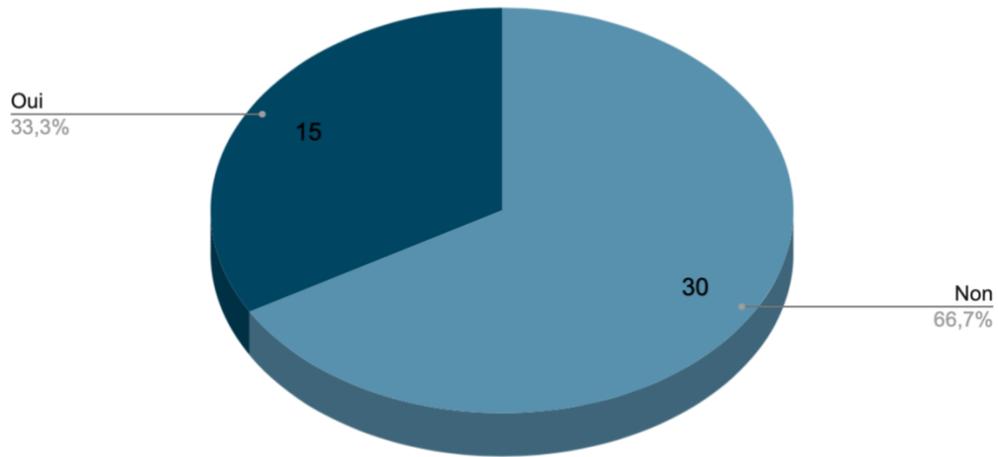


Figure 18 : Proportion de médecins intéressés à la pratique de l'IVG médicamenteuse

Sur 45 médecins généralistes, 15 déclarent être intéressés par la pratique de l'IVG et 21 souhaiteraient participer à une formation sur la pratique de l'IVG en libéral.

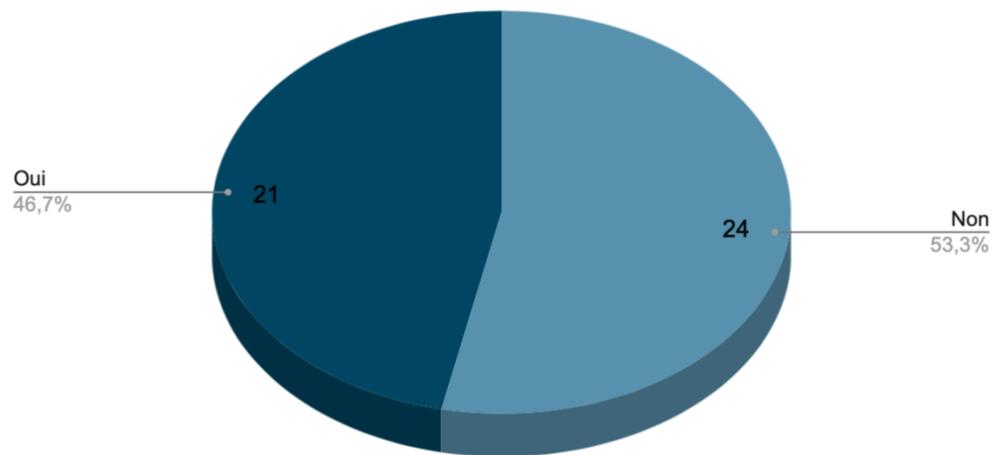


Figure 19 : Pourcentage de médecins intéressés à une formation sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en libéral

III.2. Analyse statistique

Nous nous sommes posés la question de savoir si le lieu d'installation a un impact sur la pratique de la gynécologie. Pour obtenir un nombre n suffisant, nous avons regroupé en deux groupes la pratique de la gynécologie avec ceux qui pratiquent uniquement la prescription médicale et ceux qui font les actes techniques.

Tableau 2 : Tableau de contingence entre la pratique de la gynécologie et le milieu d'exercice

	Urbain	Semi Urbain	Rural	
Prescription médicale	15	4	10	29
Actes techniques	8	2	6	16
Total	23	8	16	45

Nous avons ainsi utilisé un test de Fisher, l'analyse stratifiée ne révèle pas de différences statistiques en fonction des milieux de pratique. ($p= 0,999$)

Tableau 3 : Répartition des freins selon l'âge (< 40 ans et > 40 ans)

	< 40 ans	>40 ans
Méconnaissance de la possibilité d'exercer l'IVG médicamenteuse en cabinet	10	9
Manque de formation et de compétences spécifiques pour cet acte	15	15
Lourdeur de la procédure : investissement nécessaire chronophage = perte de rendement	2	6
Rémunération jugée peu intéressante	0	0
Pas de demande de la part des patients	7	10
Manque de ressource et de moyens (matériel et aménagement)	5	6
Cabinet trop proche ou trop éloigné d'un CIVG	5	6
Conviction personnelle en désaccord avec la pratique de cet acte (éthique) ou conviction religieuse	1	3
Crainte de complications et de l'aspect médico-légal lié à l'acte	9	8

Crainte d'une surcharge administrative	6	7
Difficulté d'accès à l'échographie	11	11
Difficultés à dégager des créneaux de consultation en urgence (<48h)	3	6
Manque de disponibilité globale pour répondre à la demande	4	5
Envoi systématique des patients vers un CIVG	11	9
Aucune envie, c'est une activité qui concerne les gynécologues	1	4
Pas de freins	0	1
Je n'aime pas la gynécologie	0	1

Nous n'avons pas pu réaliser une analyse stratifiée pour l'étude des freins les plus retrouvés chez les médecins selon l'âge car nous avons une disparité de réponse trop importante. Nous avons donc établi un tableau pour mettre en évidence les freins selon l'âge.

Tableau 4 : Répartition des freins selon le milieu rural et milieu urbain/semi urbain de pratique

	Milieu rural	Milieu urbain/ semi urbain
Méconnaissance de la possibilité d'exercer l'IVG médicamenteuse en cabinet	7	12
Manque de formation et de compétences spécifiques pour cet acte	8	22
Lourdeur de la procédure : investissement nécessaire chronophage = perte de rendement	1	7
Rémunération jugée peu intéressante	0	0
Pas de demande de la part des patients	7	10
Manque de ressource et de moyens (matériel et aménagement)	2	9
Cabinet trop proche ou trop éloigné d'un CIVG	3	9

Conviction personnelle en désaccord avec la pratique de cet acte (éthique) ou conviction religieuse	2	2
Crainte de complications et de l'aspect médico-légal lié à l'acte	4	14
Crainte d'une surcharge administrative	3	10
Difficulté d'accès à l'échographie	9	14
Difficultés à dégager des créneaux de consultation en urgence (<48h)	3	6
Manque de disponibilité globale pour répondre à la demande	2	7
Envoi systématique des patients vers un CIVG	4	18
Aucune envie, c'est une activité qui concerne les gynécologues	2	4
Pas de freins	1	0
Je n'aime pas la gynécologie	0	1

De même, l'analyse stratifiée n'a pas pu être réalisée pour les freins à la pratique de l'IVG en milieu rural, donc nous avons réalisé un tableau énumérant les principaux freins selon le milieu d'exercice.

Tableau 5 : Répartition des motivations selon le sexe

	Femme	Homme
Service médical Rendu (SMR) important pour la patiente (délai de prise en charge, confort...)	20	15
Esprit militant pour l'accès à l'IVG	11	3

Intérêt pour cette pratique et diversification de l'activité	5	4
Je considère que c'est une activité qui fait partie de la médecine générale	2	5
Rémunération jugée intéressante	0	1
Aucune motivation	1	1
Surtout par militantisme quand même !	1	0
JE NE SUIS PAS INTERESSEE	1	0

L'analyse stratifiée en fonction du sexe ne révèle pas de différence statistique ($p : 0,275$).

Tableau 6 : Répartition de la pratique de la gynécologie selon le sexe

	Femmes	Hommes	Total
Oui	9	6	15
Non	18	12	30
Total	27	18	45

Il n'y a pas de différence significative entre le sexe et la pratique de la gynécologie ($p=1$)

Tableau 7 : Répartition de la pratique de la gynécologie et la volonté de faire l'IVG

	Oui	Non	Total
Prescription médicale	10	19	29
Actes techniques	5	11	16
Total	15	30	45

L'analyse stratifiée ne retrouve aucune différence significative entre la pratique de la gynécologie et la volonté de faire l'IVG. ($p=1$). Pour la pratique gynécologique, nous avons utilisé le même regroupement que celui réalisé précédemment.

Tableau 8 : Répartition de la volonté de faire l'IVG selon le sexe

	Oui	Non	Total
Femmes	9	18	27
Hommes	6	12	18
Total	15	30	45

Parmi les personnes intéressées par la pratique de l'IVG, il n'y a pas de différence statistique selon le sexe. ($p = 1$)

Tableau 9 : Répartition de la volonté de faire l'IVG selon l'âge

	Oui	Non	Total
< 40 ans	9	13	22
> 40 ans	6	17	23
Total	15	30	45

L'analyse stratifiée ne retrouve aucune différence significative entre l'âge et l'intérêt ou non pour la pratique de l'IVG. ($p=0,46$)

Tableau 10 : Répartition de la volonté de faire l'IVG selon le milieu de pratique

	Oui	Non	Total
Rural	5	11	16
Urbain / semi urbain	10	19	29
Total	15	30	45

Il n'y a pas de différence statistique entre le milieu de pratique rural et semi urbain/ urbain et la volonté de faire l'IVG. ($p = 1$)

IV. Discussion

IV.1.1. Force de l'étude

Nous avons choisi une étude quantitative avec un questionnaire envoyé aux médecins, leur laissant ainsi le libre choix de répondre ou non, de réfléchir et de préparer leurs réponses.

C'est une étude inédite en Haute Vienne.

Le nombre total d'IVG en ambulatoire en Haute Vienne est faible lorsqu'on compare aux autres départements de la France. Seulement 19 IVG ont été réalisées en 2020 hors hospitalier. (2)

Ces résultats sont concordants avec les résultats de notre étude, et avec le fait qu'aucun médecin généraliste ne pratique l'IVG médicamenteuse.

Notre étude est une continuité des études qualitatives précédemment réalisées. Les freins et motivations retrouvés dans d'autres études quantitatives et qualitatives, ont été confirmés dans notre étude

IV.1.2. Limites et biais de l'étude

C'est une étude de puissance faible.

Nous avons fait le choix d'un questionnaire court pour encourager les MG à répondre. Mais seulement 14% des médecins interrogés ont répondu. Peu de médecins se sont sentis concernés par l'IVG en ambulatoire. Ce taux de réponse reste comparable aux autres études de thèse.

IV.1.2.1. Biais de déclaration

Malgré l'anonymat du questionnaire, il peut exister un biais de déclaration. Il est possible que certains médecins n'aient pas osé partager leur pensée sur les IVG, car le sujet reste un sujet sensible dans le corps médical.

IV.1.2.2. Biais lié au manque de diffusion

Le questionnaire n'a pas été transmis à l'ensemble des médecins de la Haute Vienne. Nous avons essayé de contacter un grand nombre de médecins, mais sans parvenir à diffuser à tous les médecins, limité par la secrétaire ou l'indisponibilité des médecins.

Pour limiter ce biais, il aurait fallu obtenir un échantillon plus grand avec plus de participants, que nous avons essayé de lutter contre ce biais par la relance au bout de 3 semaines.

IV.1.2.3. Biais de désirabilité

Bien que le questionnaire soit anonyme, il existe un biais de désirabilité.

D'autant plus que le sujet d'IVG est un sujet sensible et pouvant être stigmatisant, il est possible que certains médecins interrogés n'aient pas reportés des informations qui les feraient mal voir et aient donné des réponses socialement désirables

IV.1.3. Résultats comparés à la littérature

IV.1.3.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude étant de déterminer le nombre de médecins généralistes pratiquant l'IVG médicamenteuse en libéral, nous n'avons pas trouvé de médecin généraliste pratiquant cette activité.

Ce qui peut s'expliquer par le faible nombre d'IVG médicamenteuse réalisé en libéral en Haute Vienne.

Pour rappel, sur les 973 IVG totales réalisées en 2020 en Haute Vienne, seulement 19 sont réalisées hors hospitalier dont 2 au centre, 15 en libérales et 2 en téléconsultation. De même, en 2019, on compte 17 IVG hors hospitalier avec une totalité des IVG réalisées en libérale. (8)

Il existe donc une corrélation entre le faible nombre d'IVG médicamenteuse en libéral en Haute vienne et l'absence de médecins généralistes retrouvés pratiquant l'IVG.

D'autant plus que l'IVG hors hospitalier peut être pratiquée par les gynécologues et les sages-femmes libéraux.

En Haute Vienne, nous n'avons trouvé aucun médecin proposant une activité d'orthogénie. Pourtant l'IVG médicamenteuse est la méthode la plus souvent choisie lorsque le choix est possible.

Sur une revue internationale de douze études publiées en 1995 sur les attitudes et les réactions des patientes à l'IVG médicamenteuse, entre 60 et 70 % des femmes interrogées préfèrent une méthode médicamenteuse, pour des raisons de confidentialité, d'autonomie, et par peur de l'anesthésie. De plus, elle la considère comme une méthode plus naturelle. (17)

IV.1.3.2. Comparaison du profil des médecins interrogés

L'échantillon de cette étude n'est pas représentatif de la population puisqu'il y a eu 60% de femmes versus 44% en population. (18) Ce chiffre nous laisse penser qu'il y a plus de femmes que d'hommes concernées par ce sujet.

De même, la majorité des médecins ayant répondu au questionnaire est âgée de 30 à 40 ans alors que les médecins de la Haute Vienne sont essentiellement plus âgés, 50,4 % sont âgés de plus de 60 ans et les moins de 40 ans sont estimés à 18,2 %. (18)

Il apparaît évident que l'IVG concerne davantage les femmes que les hommes. Ce qui nous laisse supposer que la femme médecin n'est pas moins à risque d'IVG au cours de sa vie qu'une autre femme. L'IVG concerne plus la jeune femme ce qui expliquerait pourquoi nous avons plus de réponses des médecins de moins de 40 ans et plus de femmes ayant répondu que d'hommes.

IV.1.3.3. Freins et motivations

Nous avons trouvé des résultats concordants avec ceux d'autres études de la littérature traitant du même sujet.

Nous avons pu identifier un grand nombre de freins et de motivations retrouvés dans d'autres études quantitatives et qualitatives, grâce au recherche bibliographique.

L'absence de formation est le premier frein retrouvé puisque la majorité des médecins (66,7%) pense qu'ils manquent de formation et de compétences spécifiques pour cet acte.

Une étude prospective est réalisée en France, conclue que dans le but d'améliorer l'efficacité et l'acceptabilité de la Mifépristone à domicile pour les IVG en libérale, il est nécessaire de former les professionnels de santé (médecins et sage-femme libéraux, les internes aux urgences et du planning familiaux). (19)

De plus, cette pratique n'entraîne pas de surcharge importante de travail puisque seulement 5% des femmes ont été adressé pour un avis spécialisé afin de recevoir des soins supplémentaires ou pour une prise en charge hospitalière. Et 6,2% des patientes ont nécessité une aspiration chirurgicale à l'hôpital. Cette étude se veut optimiste sur la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de soins en France. (19)

D'autre part, le nombre d'IVG en ambulatoire est peu important, on compte 67 800 IVG médicamenteuses hors établissements en France en 2020. Il existe donc peu de demandes de la part des patientes.

Un des freins de la pratique de l'IVG médicamenteuse en libéral, retrouvé dans notre étude est la méconnaissance de cette pratique par les médecins généralistes et l'absence de demande de la part des patientes. En effet, 42,2 % des médecins déclarent ne pas connaître la possibilité d'exercer l'IVG médicamenteuse en cabinet.

Au vu de ce chiffre, il aurait été intéressant de demander dans notre questionnaire si les médecins étaient au courant de la possibilité d'effectuer des IVG en ville, car il est probable qu'ils aient pris connaissance de cette possibilité avec ce questionnaire. Il serait intéressant de savoir si les médecins non au courant de cette pratique seraient intéressés pour le faire.

Cette lacune d'information sur la prise en charge de l'IVG en ambulatoire ne concerne pas seulement les médecins.

Dans la thèse de Raja Chefeg, seulement 17 % des femmes interrogées déclarent connaître la loi autorisant les IVG médicamenteuses à domicile. Sur cette même population, 59% des femmes interrogées ne sont pas informées au sujet de la possibilité de réaliser l'IVG auprès de leur médecin traitant. (15) Il existe donc une méconnaissance de la loi et des modalités qui s'offrent à elles.

Aurore Delmont a réalisé une thèse sur l'évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes chez les médecins généralistes en Rhône Alpes. Sur 260 patientes ayant pratiqué une IVG dans un des 8 centres recensés, 34% déclarent qu'elles auraient préféré être prises en charge par leur médecin généraliste. (20)

Mais si les médecins généralistes ne sont pas au courant de cette pratique, comment peut-on envisager que la patiente se tourne auprès de son médecin traitant pour une demande d'IVG ? Comment la patiente peut-elle prendre une décision éclairée ?

Il existe donc un manque d'information sur la loi autorisant l'IVG médicamenteuse en ambulatoire aussi bien envers les professionnels de santé que le public, qui est imputable aux autorités de santé responsable de l'offre de soins.

Un axe prioritaire en découle qui est d'informer les médecins sur la possibilité de réaliser l'IVG en cabinet. Informer reste un levier simple et peu onéreux pour les autorités de santé.

Sur plusieurs études, on retrouve la confidentialité comme une raison fréquente évoquée par les femmes refusant l'IVG à domicile. Selon elles, le médecin généraliste est vu comme un médecin de famille donc il ne doit pas être au courant de cet avortement. Elles préfèrent qu'elle ne figure pas dans le dossier médical, cette confidentialité est respectée lorsqu'elle le réalise en hospitalier. (15) (17) Et nous avons vu également que certaines femmes réalisent l'IVG hors département de leur résidence pour cette même cause. (2)

Ce qui nous amène à nous interroger sur la relation médecin-malade. En effet, le médecin généraliste établit une relation de proximité avec leur patiente, puisqu'il accompagne ses patients sur la santé tout au long de leur vie. Cette proximité peut engendrer un mal être pour certaines femmes, qui ne souhaitent pas que leur médecin soit au courant de l'IVG.

Dans son étude sur la place du médecin traitant dans l'IVG, Anne Claire Grandrupt nous rapporte que certaines femmes voient l'IVG comme un échec. Elles sont enclines à formuler une demande d'IVG chez leur médecin traitant avec qui elles ont tissé une relation privilégiée. (21)

Alors que dans l'étude de Laurène Roques, sur le vécu des femmes réalisant une IVG médicamenteuse en ambulatoire par un médecin généraliste, elles ont une relation de médecin malade de qualité. Le médecin généraliste a un rôle d'accompagnement, de suivi, d'écoute, de soutien psychologique. La disponibilité du médecin est également primordiale. L'IVG en ville par le médecin généraliste est moins stigmatisant. (22)

La relation médecin-patient et la confiance que la femme accorde à son médecin généraliste sont donc déterminantes dans leur souhait, ou non, de réaliser une IVG en ambulatoire.

Les femmes vivant en milieu rural, et les plus jeunes sont celles qui présentent le plus de difficulté à l'accès aux soins et qui sont désavantagées socialement et économiquement. (23)

Nous pensions donc que les médecins généralistes exerçant en milieu rural, seraient plus sollicités pour des IVG ambulatoires, étant donné qu'ils sont davantage accessibles (délai d'obtention de rendez-vous plus court) et sont plus proches géographiquement et socialement que les gynécologues de villes.

Mais dans notre étude, il n'y a pas de différence significative entre l'intérêt pour la pratique de l'IVG et le milieu de pratique en particulier en milieu rural.

Les autres freins cités dans notre étude sont le manque de ressources et de moyens (matériel et aménagement) et la difficulté d'accès à l'échographie qu'on retrouve dans plusieurs autres études. (24)

Une autre question se pose sur le manque de pratique. Un médecin généraliste qui est formé mais qui ne pratique peu voire pas, sera-t-il à l'aise lorsqu'une demande d'IVG se présente à lui ?

Hugo Leroy a réalisé en 2016 une thèse sur la médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est, l'activité d'orthogénie en ville est faible sur les trois territoires. Au total 12 médecins généralistes proposent une activité d'orthogénie en cabinet de ville. Mais 5 médecins n'ont jamais pratiqué l'IVG au moment de l'entretien (décembre 2016). Ce qui est paradoxale avec le désir des patientes de réaliser auprès de leur médecin traitant. Ce manque de sollicitation peut s'expliquer par une absence de visibilité de l'offre qu'il propose, autant par les professionnels que les patientes. (25)

Parmi les médecins ayant déjà pratiqué des IVG, 7 trouvent que l'offre d'orthogénie apporte un réel bénéfice aux patientes, en leur facilitant l'accès à l'IVG, plus rapide et plus rassurant. Le délai d'attente pour la patiente est plus court. L'accompagnement est plus personnalisé et limite les prises en charge à l'hôpital. (25)

Nguyen Franck a réalisé en 2011 une thèse sur les spécificités et difficultés rencontrées dans l'IVG en pratique en ville, dont l'un des objectifs est d'évaluer le taux de satisfaction des médecins pratiquant l'IVG. Sur les 63 médecins généralistes interrogés exerçant cette activité dans leur cabinet, 75% des médecins se disent satisfaits de la pratique de l'IVG en ambulatoire. (26)

Ils sont globalement satisfaits du service médical rendu et de la diversification de leur activité cependant, ils évoquent des prises en charges chronophages et mal valorisées. (25)

Effectivement 28,9% des médecins ayant répondu craignent une surcharge administrative et 20% ont des difficultés à dégager des créneaux d'urgence.

Les autres motivations évoquées dans notre étude sont l'esprit militant pour l'accès à l'IVG et l'IVG ambulatoire considérée comme partie intégrante de la médecine générale. Il est probable que certains médecins, au détriment de l'expression sincère de leurs opinions et croyances personnelles, ont donné des réponses socialement désirables.

Des freins d'ordres moraux, éthiques ou religieux ont été retrouvés dans d'autres études. (21) (27). (15)

C'est pourquoi il existe une clause de conscience sur le plan légal qui a été introduite par respect pour ces convictions de nature éthique ou religieuse. Elle doit être défendue et respectée.

Il existe tout de même une peur de la banalisation du geste. Pourtant depuis la légalisation de l'IVG en 1975, le nombre d'IVG annuel est à peu près stable en France. Au contraire, sa légalisation a permis de mettre fin au recours à la clandestinité et à sa pratique souvent dangereuse pour la santé de la femme. L'acte de l'IVG en lui-même n'est pas un acte banal et reste une décision traumatisante pour la femme. (28) La demande d'IVG doit amener le médecin à penser aux causes d'IVG qui sont variées et complexes. L'absence de moyens de contraception voire une mauvaise utilisation reste une cause dont le médecin peut intervenir auprès de ses patientes. (29)

IV.1.4. Pistes d'amélioration

Cette étude met en évidence une absence de la pratique des IVG par les médecins généralistes en Haute Vienne. Pourtant 33% des médecins sont intéressés.

Pour pouvoir fournir une offre de soins de qualité, deux axes de travaux majeurs se dégagent de cette étude, qui sont l'amélioration de la communication autour de la pratique de l'orthogénie en cabinet de ville à la fois envers les médecins généralistes et les étudiants de médecine (externe et interne) mais aussi envers le public. Il est essentiel de valoriser et promouvoir la place du médecin généraliste en soins primaires dans l'orthogénie afin que les patientes s'adressent à eux comme interlocuteur lors d'une demande d'IVG.

Le deuxième axe est la nécessité de la mise en place de formations de qualité pour les professionnels de santé à la pratique de l'IVG en ambulatoire.

Céline Escoubet a réalisé une étude en Picardie pour déterminer si la réalisation d'une formation à l'IVG médicamenteuse était conforme aux attentes exprimées des médecins généralistes. Une formation évoquant les différents points de l'IVG en ville (pharmacologie, difficulté diagnostique, effets secondaires et complication, le suivi et contraception post IVG) a été réalisée auprès de 9 médecins généralistes. La plupart d'entre eux ont été globalement satisfaits de la formation. Mais aucun médecin généraliste ne s'était conventionné 3 mois après l'organisation de la formation, mais de futur conventionnement restent possibles. (30) Deux médecins généralistes souhaitaient une formation pratique et avaient pris contact avec un gynécologue.

Trois autres médecins souhaitaient se conventionner à court ou moyen terme mais n'avaient pas eu le temps de faire la démarche de conventionnement. Les autres n'envisageaient pas l'IVG dans leur future pratique, soit ils trouvaient la mise en pratique de l'IVG en ambulatoire trop compliquée, soit ils alléguaient une surcharge de travail empêchant une nouvelle activité.

Par ailleurs, il aurait été également intéressant d'interroger les sages-femmes et les gynécologues libéraux sur l'identification des freins et motivations. Seulement 15 IVG ont été réalisées en libérales en Haute-Vienne. Étant donné qu'aucun médecin généraliste pratique l'IVG médicamenteuse, on peut en déduire que ces IVG ont été réalisées par les gynécologues ou sages-femmes libéraux. Même chez ces professionnels de santé, c'est une activité très

faiblement répandue. On pourrait étudier les freins chez les gynécologues et les sages-femmes libéraux à la pratique de l'IVG médicamenteuse.

Un autre axe de travail est de diminuer la charge administrative. Pour cela, on peut envisager la mise à disposition d'un protocole en ligne, plus accessible et des documents plus faciles à remplir, à partir des données de la carte vitale.

Conclusion

On constate que la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet par les médecins généralistes est absente en Haute Vienne. Pourtant la légalisation de l'IVG en 1975 puis l'autorisation de sa pratique par la méthode médicamenteuse en ville a pour but d'améliorer l'accès à la santé de la femme.

Les IVG médicamenteuses pourraient être prises en charge en cabinet, pour cela il est nécessaire d'informer le grand public et de développer les formations des praticiens en médecine de ville. Cet objectif est une alternative pour les cliniques et les hôpitaux qui reçoivent aujourd'hui la majorité des demandes.

Quant à la peur de la banalisation du geste, les médecins doivent avant tout se questionner quant aux causes de l'IVG : l'échec de contraception étant la cause principale. De plus, il est primordial de mettre en place des actions pour diminuer les demandes d'IVG en particulier chez les mineures en rendant accessible la contraception orale et la contraception d'urgence systématiquement.

En ce qui concerne les éventuelles pistes d'optimisation, notre travail aura mis en évidence la nécessité de la valorisation et la promotion de la place du médecin généraliste sur l'activité d'orthogénie en ville. Il a également mis l'accent sur le besoin de mettre en place des formations destinées aux médecins à la pratique de l'IVG médicamenteuse. L'allègement administratif semble un bon axe à considérer pour l'expansion de l'orthogénie en ambulatoire par les médecins généralistes.

L'amélioration de la communication des hospitaliers réalisant les IVG envers les professionnels de santé en ambulatoire pourrait rendre plus attractifs les formations et rendre les IVG médicamenteuses en ville plus accessibles.

Assurer le meilleur accompagnement et être à l'écoute des femmes en demande d'IVG fait partie intégrale de notre rôle de médecin généraliste

Références bibliographiques

1. AMELIORER L'ACCÈS À L'IVG Programme national d'action. Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; 2015.
2. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. numero 1207 [Internet]. 2021 Oct;
3. Ministère des Solidarités et de la santé. IVG : un droit garanti par la loi; 2021
4. IVG : 224 300 avortements en France en 2018. Vie publique.fr.
5. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evualuation et des Statistiques. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. 2020 Sep;(1163).
6. DREES. Les établissements de santé. 2021.
7. Insee Premiere. BILAN DÉMOGRAPHIQUE 2020 RÉVISÉ. numéro 1834. 2021 Mar
8. DREES. Liste des données complémentaires départementales et régionales. 2021.
9. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 Relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. 82-1172 décembre, 1982.
10. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé - Livret d'information à l'attention des médecins et des sages-femmes. Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2017.
11. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour. 2021.
12. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour. Haute Autorité de Santé. 2021
13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : L'interruption volontaire de grossesse. 2016.
14. ANAES, service des recommandations et références professionnelles. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. 2001.
15. Raja CHEFEG BEN AISSA, Pierre-Emmanuel BROCAIL, Julien COTTET,. L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi : Quels sont les freins chez les médecins généralistes ? Existe-il une demande de la part des patientes ? Université de Tours; 2013.
16. Damien FERRÉ. Identification des freins à la réalisation de l'ivg médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne. Faculté de médecine de Limoges ; 2012.
17. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. Fam Plann Perspect. 1995 Aug;27(4):142–8, 185.
18. Dr Patrick BOUET. Situation au 1er janvier 2021 : Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins ; 2021.

19. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. [The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005 Apr;33(4):220–7.
20. Aurore Delmont. Évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. Université Joseph Fourier; 2015.
21. Anne-Claire Grandrupt. 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 [Internet]. Université de Lorraine; 2018.
22. Laurène Roques. Quel est le vécu des femmes qui réalisent une IVG médicamenteuse en ambulatoire par un médecin généraliste. 2019.
23. Myran D, Bardsley J. L'avortement toujours absent de la formation en médecine de famille au Canada. *Can Fam Physician*. 2018 Aug;64(8):e361–2.
24. Léo MM. Etude qualitative sur les attentes des médecins pratiquant L'IVG médicamenteuse en Ile de France suite à la suppression du délai de réflexion obligatoire. FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ; 2018.
25. Hugo Leroy. Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est. Université de Lorraine; 2017.
26. NGUYEN Franck. L'interruption volontaire de grossesse en pratique de ville Spécificités et difficultés rencontrées dans la pratique de ville dans le cadre de l'IVG par méthode médicamenteuse. Faculté de médecine paris 13– Léonard de Vinci; 2011.
27. Eglantine Nève. Facteurs entravant le développement de l'IVG médicamenteuse en ville par les médecins généralistes. Université de Rennes; 2011.
28. Divay S. L'avortement : une déviance légale. *Deviance Soc*. 2004;28(2):195–209.
29. Divay S. L'ivg : un droit concédé encore à conquérir. *Trav Genre Soc*. 2003;9(1):197–222.
30. ESCOUBET Céline Laure Delphine. Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie. Université Paris Diderot - Paris 7; 2015.
31. Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine. Convention relative à la réalisation hors établissement de santé d'Interruptions Volontaires de Grossesse par voie médicamenteuse.
32. REVHO. Fiche de Liaison IVG médicamenteuse en ville.

Annexes

Annexe 1. Convention relative à la réalisation hors établissement de santé d'IVG médicamenteuse (31) _____	58
Annexe 2. Exemple de fiche de liaison Médecin – Sage Femme / Établissement (32) _	61
Annexe 3. Textes de référence de l'IVG Médicamenteuse hors établissement de santé (10) _____	63
Annexe 4. Questionnaire type de l'enquête _____	65

Annexe 1. Convention relative à la réalisation hors établissement de santé d'IVG médicamenteuse (31)

Association régie par la loi du 1er juillet 1901
Siret 831 689 419 00016

☎ 05 56 79 98 51
✉ reseau.perinat@chu-bordeaux.fr



Convention relative à la réalisation hors établissement de santé d'Interruptions Volontaires de Grossesse par voie médicamenteuse

ENTRE

l'établissement de santé.
représenté par son directeur général
ci-après désigné, « »

SIRET :

FINESS :

ET

« **Prénom NOM** »

Docteur en médecine / Sage-femme

Régulièrement inscrite au tableau de l'Ordre des Médecins / Sage femme sous le « n°XXXX » depuis le « JJ/MM/AAAA » ;

Dont le cabinet est situé « **adresse** »

Numéro FINESS : « XXXXXXXX »

Numéro RPPS : »XXXXXXXXXXXXX «

OU

Le centre de planification ou d'éducation familiale / Le centre de santé

Représenté par M. ou Mme « **Prénom NOM** »

OU

le département, la commune de..... ou la collectivité d'outre-mer de.. pour le compte du centre de santé ou du centre de planification ou d'éducation familiale,

Numéro FINESS : « XXXXXXXX »

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

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

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

Il est convenu ce qui suit :

Article 1er :

L'établissement de santé s'assure que le médecin ou la 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 du code de la santé publique.

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

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin ou la sage femme.

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 la sage femme adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3 :

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin ou la sage femme transmet à l'établissement service d'orthogénie, 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 accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5 :

Le médecin ou la 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.

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

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 à l'agence régionale de santé territorialement compétente.

Article 7 :

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

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

Article 8 :

Une copie de la présente convention est transmise, pour information :

- Par l'établissement de santé à l'agence régionale de santé dont il relève
- Par le médecin, au conseil départemental de l'Ordre des médecins, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce,
- Ou par la sage-femme, au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle elle exerce,
- par le centre de santé, selon le cas, au conseil départemental de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève.

Convention établie en cinq exemplaires,

Fait à, le **JJ/MM/AAAA**

Le directeur général
du CH

Le médecin
Prénom NOM

<p><u>FIN DE PROCEDURE</u></p> <p><u>Contrôle de l'efficacité prévue par :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dosage βHCG le : <input type="text"/> résultat(s) : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Test urinaire basse sensibilité</p> <p>RDV de suivi prévu le : <input type="text"/></p>	<p>Contraception prévue : oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><u>RESULTATS :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Succès de la méthode <input type="checkbox"/> Echec de la méthode (aspiration) <input type="checkbox"/> Perdue de vue</p> <p><u>Remarques sur le suivi :</u></p> <div style="background-color: #e0e0ff; height: 50px; width: 100%;"></div>
---	--

Annexe 3. Textes de référence de l'IVG Médicamenteuse hors établissement de santé (10)

L'IVG MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 autorise les praticiens à réaliser des IVG en cabinet de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (article L. 2212-2 du Code de la santé publique).
- La loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 autorise les centres de planification et les centres de santé à pratiquer des IVG médicamenteuses (articles L. 2212-2, L. 2311-3 et L. 6323-1 du Code de la santé publique).
- La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 permet une prise en charge à 100 % des IVG par l'assurance maladie.
- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise les sages-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses et supprime le délai de réflexion de sept jours entre la consultation d'information et la consultation de recueil du consentement.
- Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié définit les grands principes du dispositif (article R. 2212-9 à R. 2212-19 du Code de la santé publique).
- Le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 précise les modalités de mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification et les centres de santé.
- Le décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 apporte des informations sur la participation des assurées pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs pour les mineures.
- Le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 permet aux sages-femmes de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse.
- L'arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifie la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes afin de leur permettre la réalisation des IVG médicamenteuses.

- L'arrêté du 11 août 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse autorise le remboursement à 100 % de tout le parcours IVG.
- La circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 définit les modalités de mise en œuvre du dispositif IVG en ville : elle précise, à l'intention des établissements de santé et des médecins susceptibles de pratiquer des IVG en cabinet de ville, les modalités concrètes de réalisation concernant la signature des conventions, l'approvisionnement des médecins en médicaments, les règles à retenir en matière de qualification des médecins...
- La circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A/2005/501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse procède à un rappel des spécialités autorisées dans l'indication de l'IVG.
- La lettre aux professionnels de santé de l'ANSM, en date du 18 octobre 2005, rappelle les conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG (site Internet: www.ansm.sante.fr).
- La circulaire DGS/MC1/DHOS/01/2009/304 du 6 octobre 2009 apporte des informations sur la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification et les centres de santé.

Annexe 4. Questionnaire type de l'enquête

Thèse de Médecine Générale : Évaluation des freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse en Haute Vienne

Madame, Monsieur

Je suis actuellement interne en Médecine générale à Limoges.

Je réalise une thèse sur l'évaluation des freins et motivations à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes installés en Haute Vienne.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes. Il contient 12 questions obligatoires.

Je suis à votre disposition pour répondre à vos éventuelles interrogations.

Je vous ferai naturellement part, au terme de cette étude, des résultats que j'aurai obtenus.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous y consacrerez.

Profil du médecin :

- 1) Vous êtes
 un homme une femme
- 2) Quel âge avez-vous ?
 < 30 ans 30-40 ans 41-50 ans
 51 – 60 ans > 61 ans
- 3) Vous exercez ?
 en milieu urbain en milieu rural en milieu semi urbain
 en cabinet seul en cabinet de groupe en MSP

Pratique de la gynécologie

- 4) Proposez-vous à vos patientes :
- La réalisation de Frottis cervicaux vaginaux
- La prescription de contraception, pilules, patches, anneaux ou autres méthodes
- Pose et retrait d'Implants sous cutanés
- Pose et retrait de DIU

Suivi régulier de grossesses à bas risque

Prescription initiale et surveillance d'un traitement hormonal substitutif

5) Avez-vous un DU de Gynécologie ?

 Oui non

Prise en charge de l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral

1) Êtes-vous pour la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet ?

 Oui non

2) Connaissez-vous la rémunération forfaitaire d'une IVG en cabinet ?

 Oui non

3) Réalisez-vous l'IVG médicamenteuse dans votre cabinet de médecine générale ?

 Oui non

Si oui, merci d'avoir répondu à ce questionnaire, le reste des questions concerne les médecins ne pratiquant pas l'IVG en ambulatoire.

4) Si non, seriez-vous intéressé pour vous former à la pratique de l'IVG médicamenteuse dans votre cabinet ?

 Oui non

5) Quels seraient vos motivations pour la pratique de l'IVG en ville ?

Service médical Rendu (SMR) important pour la patiente (délai de prise en charge, confort...)

Esprit militant pour l'accès à l'IVG

Intérêt pour cette pratique et diversification de l'activité

Je considère que c'est une activité qui fait partie de la médecine générale

Rémunération jugée intéressante

Autres :

6) Quels seraient les raisons qui vous freinent à la réalisation de l'IVG dans votre cabinet ?

Méconnaissance de la possibilité d'exercer l'IVG médicamenteuse en cabinet

Manque de formation et de compétences spécifiques pour cet acte

Lourdeur de la procédure : investissement nécessaire chronophage = perte de rendement

Rémunération jugée peu intéressante

Pas de demande de la part des patients

Manque de ressource et de moyens (matériel et aménagement)

Cabinet trop proche ou trop éloigné d'un CIVG

Conviction personnelle en désaccord avec la pratique de cet acte (éthique) ou conviction religieuse

Crainte de complications et de l'aspect médico-légal lié à l'acte

Crainte d'une surcharge administrative

Difficulté d'accès à l'échographie

Difficultés à dégager des créneaux de consultation en urgence (<48h)

Manque de disponibilité globale pour répondre à la demande

envoi systématique des patients vers un CIVG

Aucune envie, c'est une activité qui concerne les gynécologues

Pas de freins

Autres :

- 7) Participeriez-vous à une formation sur le pratique de l'IVG médicamenteuse en libéral ?

Oui

non

C'est terminé, Merci pour votre aide !

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.

Étude épidémiologique de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes en ambulatoire en Haute Vienne en 2020

Depuis l'autorisation des IVG médicamenteuses, il existe une diminution des IVG chirurgicales au profit des IVG médicamenteuses, pour soulager les hôpitaux et cliniques et un meilleur accès à l'IVG à toutes les femmes.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la part de médecins généralistes pratiquant l'IVG médicamenteuse en cabinet en Haute Vienne, et dans un second temps les freins et motivations à cette pratique.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive à l'aide d'un questionnaire diffusé à des médecins généralistes installés en Haute Vienne. Sur les 45 (14,4%) médecins ayant répondu, aucun médecin ne pratique l'IVG médicamenteuse en cabinet. Le manque de formation et de compétences spécifiques à cet acte est le premier frein ressenti (66,7%). La première motivation reste le service médical rendu important pour la patiente pour 77,8% de participants. L'âge, le sexe, le lieu d'installation et le type de pratique de la gynécologie n'ont pas d'impact sur la volonté de faire des IVG ($p>0,05$).

La prise en charge en cabinet des IVG médicamenteuses représente une alternative possible aux hôpitaux. Une meilleure formation et communication auprès des médecins et des patientes pourrait augmenter les réalisations d'IVG par les médecins généralistes.

Mots-clés : IVG médicamenteuse, ambulatoire, médecine générale

Epidemiological survey of medical abortion practice by general physicians on an outpatient basis in Haute Vienne in 2020

Since medication abortion has been legalised, there has been a decrease in surgical abortion in favour of medication abortion, to relieve hospitals and health centres and better access to abortion to all women.

The primary focus of this study is to determinate the proportion of General Practitioners (GP) practicing medication abortion in medical surgeries in Haute Vienne, and secondly the obstacles and motivations behind this practice.

We carried out a descriptive epidemiological study using a survey to GP working in Haute Vienne. Of the 45 (14,4%) responding GP, none of them performed medication abortion within their surgeries. Lack of training and specific skill sets are perceived as the main barriers (66,7%) to this practice. The principal motivation remains the high medical benefit to patients for 77,8% of the participants. Age, sex, location, and type of gynaecological practice do not impact on the willingness to perform medication abortion ($p>0,05$).

The management of medication abortion within medical surgeries represents a possible alternative to hospital treatment. Better training and communication to doctors and patients could help to increase the practice of medication abortion.

Keywords: medication abortion, outpatient medicine, general medicine

