

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1004

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Janvier 2016
par Hélène SOUFFLET

**IMPACT D'UNE FORMATION DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ À L'IVG MÉDICAMENTEUSE, SUR LA PRISE EN
CHARGE ET L'ORIENTATION
DES PATIENTES EN MIDI-PYRÉNÉES**

Directrice de thèse : Sandrine MALVEZIN-MARQUIS, Codirecteur: Thierry BRILLAC

JURY

Mr Le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Mr Le Professeur Pierre MESTHÉ	Assesseur
Mr Le Docteur Thierry BRILLAC	Assesseur
Mme Le Docteur Marie-Brigitte PILARD	Assesseur
Mme Le Docteur Sandrine MALVEZIN-MARQUIS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

À monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Professeur des Universités en Médecine Générale Président du jury. Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Merci pour votre engagement en faveur de la médecine générale.

À madame le Docteur Marie-Brigitte PILARD, Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.

À monsieur le Professeur Pierre MESTHE, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci de votre engagement en faveur de la médecine générale.

À monsieur le Docteur Thierry BRILLAC, Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ma thèse, du temps que vous m'avez consacré et de vos conseils pour l'élaboration de ce travail.

À ma directrice de thèse Sandrine MALVEZIN-MARQUIS, merci d'avoir permis à ce projet d'exister, de l'avoir soutenu et accompagné. Je suis très honorée que tu ais accepté de m'accompagner pendant ce travail et de faire partie du jury de ma thèse. Merci pour tes conseils, ta patience et ta disponibilité. Ce fut un grand plaisir de travailler avec toi.

À l'organisme MG Form, merci pour votre collaboration. Merci de m'avoir permis de participer à l'une de vos sessions de formation sur l'IVG.

Au Docteur Jean-Louis GALAUP, je suis reconnaissante pour l'aide que tu m'as accordée lors de mes nombreuses sollicitations. Merci pour ta disponibilité.

Au réseau REIV Midi-Pyrénées, merci pour vos informations.

Aux médecins qui ont répondu à mon questionnaire.

À mes parents, merci de m'avoir permis de faire ces études de médecine. Merci pour votre soutien.

À mes sœurs Émilie et Virginie qui ont toujours été présentes.

À mes acolytes de Poitiers : Minette, Marie, Fanny et Alix. Merci pour tout les bons moments passés ensemble.

À mes amies depuis de nombreuses années : Julie, Morue, Merguez, Cécile et Caroline.

À Erell, Toto, Hélène, Muriel.

Aux toulousains, Dédé, Stiff, Camille N ., Toto, Mathieu, Camille B., Silje, Julien, Fabien.

À ma belle-famille.

À Arnaud, qui m'a soutenu et supporté. Merci de me donner confiance en moi.

Merci

Table des matières

I Introduction	2
1 L'IVG en France	2
1.1 Historique et cadre légal	2
1.2 Épidémiologie selon un rapport de la DRESS en 2013 (4)	3
2 L'IVG médicamenteuse en ville	3
2.1 L'IVG médicamenteuse en pratique	3
2.2 Freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville	4
3 Formation à l'IVG médicamenteuse	5
4 Justification de l'étude	6
II Matériel et méthodes	7
1 Objectif de l'étude	7
2 Schéma de l'étude	7
3 Questionnaire	7
4 Population cible	8
5 Recueil et analyse des données	9
III Résultats	10
1 Résultats quantitatifs	10
2 Données socio-démographiques	10
3 Formation à l'IVG médicamenteuse	12
3.1 Motivations avant la formation:	12
3.2 Ressenti après la formation	12
4 Impact de la formation	12
4.1 Participants ayant signé une convention	13
4.1.1 Difficultés rencontrées lors de la signature	15
4.2 Participants réalisant des IVG médicamenteuses à domicile	15
4.2.1 Difficultés rencontrées	15
4.2.2 Évolution de la prise en charge gynécologique	15
4.2.3 Modification de la patientèle	16
4.3 Participants n'ayant pas signé de convention	16
IV Discussion	18
1 Synthèse des principaux résultats	18
2 Forces et intérêts de l'étude	18
3 Limites et faiblesses de l'étude	19
4 Discussion des résultats obtenus	21
4.1 Population étudiée	21
4.1.1 Données socio-démographiques	21
4.1.2 Craintes exprimées après la formation	21
4.2 Signature d'une convention avec un établissement de santé	23
4.2.1 Freins à la signature de la convention	23
4.2.2 Difficultés rencontrées lors de la signature	24
4.2.3 Profil des participants ayant signé une convention	24
4.3 Réalisation d'IVG médicamenteuses à domicile	25
4.3.1 Difficultés rencontrées	25
4.3.2 Modifications de l'exercice	26
V Conclusion	27
VI Références bibliographiques	28
VII Annexes	31

I Introduction

1 L'IVG en France

1.1 Historique et cadre légal

Longtemps réprimé et considéré comme un délit, l'avortement était exercé dans la clandestinité.

Dans les années 1960 se créent des mouvements militants pour défendre l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

La ministre de la santé, Simone Veil, dépose un projet de loi pour dépenaliser l'interruption volontaire de grossesse en novembre 1974. Cette loi, dite « loi Veil » est promulguée en 1975 pour une période de 5 ans. Elle est définitivement adoptée en 1979 (1).

En 1982 l'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale (2).

En 1989, la France est le premier pays occidental à utiliser la méthode médicamenteuse, dans les structures hospitalières uniquement (autorisation de mise sur le marché en 1988).

Il faut attendre 2001 pour moderniser la loi (3) et assouplir le cadre légal avec six principales modifications :

- allongement du délai légal à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (14 SA)
- l'autorisation parentale pour une personne mineure n'est plus obligatoire
- l'IVG médicamenteuse peut avoir lieu en médecine de ville dans le cadre d'une convention passée entre le médecin de ville et un établissement de santé
- l'entretien psycho-social est facultatif pour les femmes majeures mais reste obligatoire pour les mineures
- la contraception peut être prescrite à une personne mineure sans autorisation parentale
- pour les femmes étrangères, le délai de résidence de plus de trois mois n'est plus nécessaire pour accéder à l'IVG

1.2 Épidémiologie selon un rapport de la DRESS en 2013 (4)

Le nombre d'IVG réalisé en France est stable depuis 2006.

En 2013, 58% des IVG sont réalisées par méthode médicamenteuse.

Les IVG médicamenteuses pratiquées hors établissements hospitaliers représentent 28% des IVG médicamenteuses et 16 % de la totalité des IVG.

Il existe des inégalités selon les régions. 26% des IVG sont réalisées hors établissements hospitaliers dans la région Île-de-France contre 1,4% dans la région Pays de la Loire et aucune dans la région Limousin. Les régions où l'IVG médicamenteuse en ville est fortement développée (comme la région Île-de-France ou la région Provence-Alpes-Côte d'Azur) correspondent aux zones où le nombre d'IVG total est le plus important. En Midi-Pyrénées 1155 IVG sont réalisées hors établissements hospitaliers pour un total de 9547 IVG, soit 12 % hors établissements hospitaliers.

Les IVG médicamenteuses en ville se développent dans les zones de forte demande, cependant les différentes méthodes d'IVG (chirurgicales, médicamenteuses en ville et en établissements) doivent être développées dans tous les départements pour que les patientes puissent avoir le choix.

2 L'IVG médicamenteuse en ville

Il existe deux techniques d'interruption volontaire de grossesse. La technique utilisée dépend du choix de la femme et du terme de la grossesse.

La méthode chirurgicale peut être pratiquée dans un établissement de santé jusqu'à 14SA. Elle se fait sous anesthésie locale ou générale.

La méthode médicamenteuse peut être pratiquée, soit en établissement de santé jusqu'à 9SA, soit en cabinet de ville ou dans un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) jusqu'à 7SA. Le schéma de consultation est strictement identique que l'IVG soit réalisée en établissement ou en ville.

2.1 L'IVG médicamenteuse en pratique

L'IVG médicamenteuse en ville n'est effective que depuis 2004 suite à la parution d'un décret d'application de la loi. La diffusion de l'IVG médicamenteuse en ville s'est faite progressivement (2% des IVG sont faites en ville en 2005 contre 15 % en 2012) (5).

La pratique des IVG médicamenteuses en ville, est encadrée par les recommandations professionnelles de bonnes pratiques de 2010 (6) qui reprennent les

différentes consultations avec leur contenu, les démarches administratives, les protocoles médicamenteux et les contre-indications.

Un médecin généraliste peut pratiquer des IVG médicamenteuses. Il doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée et avoir passé une convention avec un établissement de santé de référence. Cette expérience professionnelle peut s'acquérir de deux façons. Soit le médecin possède une qualification universitaire en gynécologie afin de pratiquer des IVG, soit il pratique de façon régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé. Cette seconde approche doit être attestée par le directeur de l'établissement (article R2212-11) (7).

La convention est valable un an et doit être renouvelée chaque année.

Des réseaux ville-hôpital se créent dans certaines régions à partir de 2004. Ils ont pour but de diffuser la méthode médicamenteuse en ville et d'en garantir sa bonne application. Ils s'appuient principalement sur les médecins de ville, bénévoles. Ces réseaux sont des associations, financées par les Agences Régionales de Santé (ARS) sur des fonds publics.

Dans la région Midi-Pyrénées, le réseau IVG et contraception (Midi-Pyrénées) a été créé en 2008. Il a pour but de favoriser l'IVG médicamenteuse en ville, de favoriser les échanges entre les acteurs de soins hospitaliers et non hospitaliers pour la réalisation des IVG hors établissements de santé et la prévention des grossesses non désirées.

Le développement de l'IVG médicamenteuse hors établissements hospitaliers est porté par les ARS depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de juillet 2009.

Dans la région Midi-Pyrénées, le plan stratégique de santé 2012-2017, prévoit que le réseau de périnatalité (MATERMIP) sensibilise et coordonne la formation des médecins de ville, en lien avec des structures de formations agréées.

Ainsi, des organismes privés proposent des formations agréées sur l'IVG médicamenteuse en médecine générale.

2.2 Freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville

La médecine générale est « le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé » selon la définition européenne de 2002 (8).

Le médecin généraliste suit de nombreuses femmes ayant eu une IVG (qu'il en soit

informé ou non). En effet l'IVG n'est pas un événement exceptionnel dans la vie des femmes (quatre femmes sur dix y auront recours dans leur vie).

Pourquoi les médecins généralistes, pratiquant des IVG médicamenteuses en ville, ne sont-ils pas plus nombreux ?

Selon des travaux réalisés dans différents départements français, les principaux freins des médecins généralistes à la réalisation d'IVG médicamenteuses sont la méconnaissance de la loi et le manque de formation (pratique et théorique). En effet selon la thèse de Pierre-Emmanuel Brocail (9), 65% des médecins interrogés ne connaissent pas la loi sur l'IVG médicamenteuse hors établissements de santé. Ce défaut d'information est également retrouvé lorsque l'on interroge des médecins ayant participé à un diplôme d'université (DU) ou un diplôme inter-universitaire (DIU) de gynécologie (10). Ainsi, les médecins non informés évoquent des freins qui sont pourtant abordés et pris en compte dans le protocole diffusé par la HAS (11).

Selon la thèse d'Amélie Derny (12), le manque de formation est le frein le plus rapporté (73,9% des médecins interrogés). Ce constat est également rapporté par l'étude de l'IGAS (5), qui déclare que la contraception et l'IVG « prennent peu de place dans la formation des futurs médecins généralistes ».

3 Formation à l'IVG médicamenteuse

Dans le cursus de médecine générale, la part réservée à la formation gynécologique, obstétrique et orthogénique a longtemps été quasi inexistante.

Actuellement la formation initiale, théorique et pratique, est un peu plus complète. Dans le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, un semestre est consacré à la pédiatrie et/ou la gynécologie. Il reste donc des jeunes médecins généralistes qui n'ont pas de formation pratique à la gynécologie durant leur internat.

En France, les formations continues proposées dans chaque région sont très hétérogènes en terme d'organisation, de validation et de répartition entre la théorie et la pratique.

Dans la région Midi-Pyrénées, un organisme privé a proposé une formation théorique agréée par les Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue (CNFMC) sur l'IVG, en association avec le réseau régional REIV Midi-Pyrénées.

Cette formation est ouverte aux professionnels de santé (médecins généralistes,

gynécologues, sages-femmes, internes).

Huit sessions ont eu lieu entre mars 2012 et novembre 2014 dans les différents départements de la région. Chaque session pouvait accueillir 30 participants (annexe 2).

Cette formation théorique doit permettre d'améliorer la prise en charge des patientes lors d'une demande d'IVG. En effet la patiente (ou le couple) doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée à sa situation et à ses choix dans le meilleur délai. Cette formation propose aux participants d'approfondir leurs connaissances sur le cadre légal et sur les modalités de l'IVG, et de développer un réseau avec les différents professionnels de santé sur lequel ils pourront s'appuyer pour orienter et accompagner le couple lors d'une demande d'IVG.

Cette formation a également des objectifs de santé publique. Elle doit améliorer la facilité de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. Elle doit permettre la réduction du nombre d'IVG par l'amélioration de la prise en charge contraceptive afin que chaque femme, chaque couple puisse choisir la contraception la mieux adaptée.

Pour valider la formation, le médecin doit ensuite assister à des consultations d'orthogénie pendant quatre demi-journées, dans un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et/ou dans un service hospitalier.

Cette validation lui permet de signer une convention avec un établissement d'orthogénie de référence.

4 Justification de l'étude

Le manque de formation est le premier obstacle à la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville rapporté par les médecins généralistes.

Cette étude cherche donc à répondre aux questions suivantes :

- Suivre une formation sur l'IVG médicamenteuse permet-il aux participants de se lancer dans la réalisation des IVG médicamenteuses en ville ?
- Suivre une formation sur l'IVG médicamenteuse permet-il aux médecins généralistes de modifier leurs pratiques professionnelles dans le domaine de l'IVG?

II Matériel et méthodes

1 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'une formation à l'IVG médicamenteuse en ville, sur les pratiques professionnelles des participants.

Le critère de jugement principal de cette étude est la signature (ou non) d'une convention entre le médecin généraliste et un centre d'orthogénie de référence.

Les autres variables étudiées sont :

- L'impact de la formation sur les pratiques des professionnels de santé lors de la prise en charge des patientes demandeuses d'IVG
- La réalisation effective d'IVG médicamenteuses
- Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé formés à l'IVG médicamenteuse

2 Schéma de l'étude

Cette étude est de nature épidémiologique, observationnelle, descriptive et quantitative.

3 Questionnaire

Un questionnaire en ligne a été réalisé sur la plate-forme de travail Google Docs (annexe 1).

Ce questionnaire est composé de trois parties :

- Les données socio-démographiques de chaque professionnel de santé : sexe, âge, mode et lieu d'exercice, pratique ou non d'actes de gynécologie, distance entre le lieu d'exercice et un centre d'orthogénie de référence
- La formation : année de participation, motivations et ressenti des professionnels de santé
- L'impact de cette formation sur leur pratique professionnelle : la signature ou non d'une convention avec un centre d'orthogénie, les difficultés rencontrées, la réalisation ou non d'IVG médicamenteuses, la modification du nombre d'actes de gynécologie, la relation avec les patients

Le questionnaire a préalablement été distribué à six personnes pour attester de son intérêt et de la clarté des questions.

Ce questionnaire a ensuite été envoyé par courrier électronique aux professionnels appartenant à la population cible.

4 Population cible

La population étudiée est constituée des professionnels de santé participant à la formation «prise en charge d'une demande d'IVG en médecine générale et en gynécologie» proposée par l'organisme de formation MGForm. Cette formation s'est déroulée dans les différents départements de Midi-Pyrénées entre mars 2012 et novembre 2014 (annexe 2).

Seuls les participants, ayant donné une adresse électronique valide lors de leur inscription à la formation, ont été pris en compte dans cette enquête.

Pour recueillir le plus grand nombre de réponses, les participants ont été contactés par téléphone après leur formation. Lors de cet entretien, ils ont été informés de l'objectif de l'étude et ont donné leur accord pour recevoir le questionnaire.

Les participants ont été divisés en deux groupes. Le groupe A désigne ceux qui ont participé à la formation entre mars 2012 et février 2014. Le groupe B désigne ceux qui ont participé à la formation en novembre 2014. Cette distinction a été faite pour des raisons pratiques et non pour comparer les groupes. En effet les appels téléphoniques ont pu être dispersés dans le temps. Tous les participants ont reçu le questionnaire dans un délai minimum de 6 mois après la formation.

Les participants du groupe A ont été contactés entre le 27 janvier et le 12 février 2015, soit un délai d'au moins un an après la formation théorique. Ils ont reçu le questionnaire par courrier électronique le 12 février 2015. Une première relance a été effectuée le 17 mars par courrier électronique. Une seconde relance a été effectuée le 26 avril.

Les participants du groupe B ont été contactés entre le 6 et le 13 juillet 2015, soit après un délai de 6 mois après la formation théorique. Ils ont reçu le questionnaire le 6 juillet 2015. Une première relance par courrier électronique a été effectuée le 29 Juillet. Une seconde relance a été effectuée le 17 août.

5 Recueil et analyse des données

Une fois le questionnaire rempli en ligne, les données sont sauvegardées anonymement et recueillies dans un tableur.

Les questionnaires ont été renvoyés par les participants entre le 12 février et le 17 août 2015.

Les analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel OpenOffice Calc.

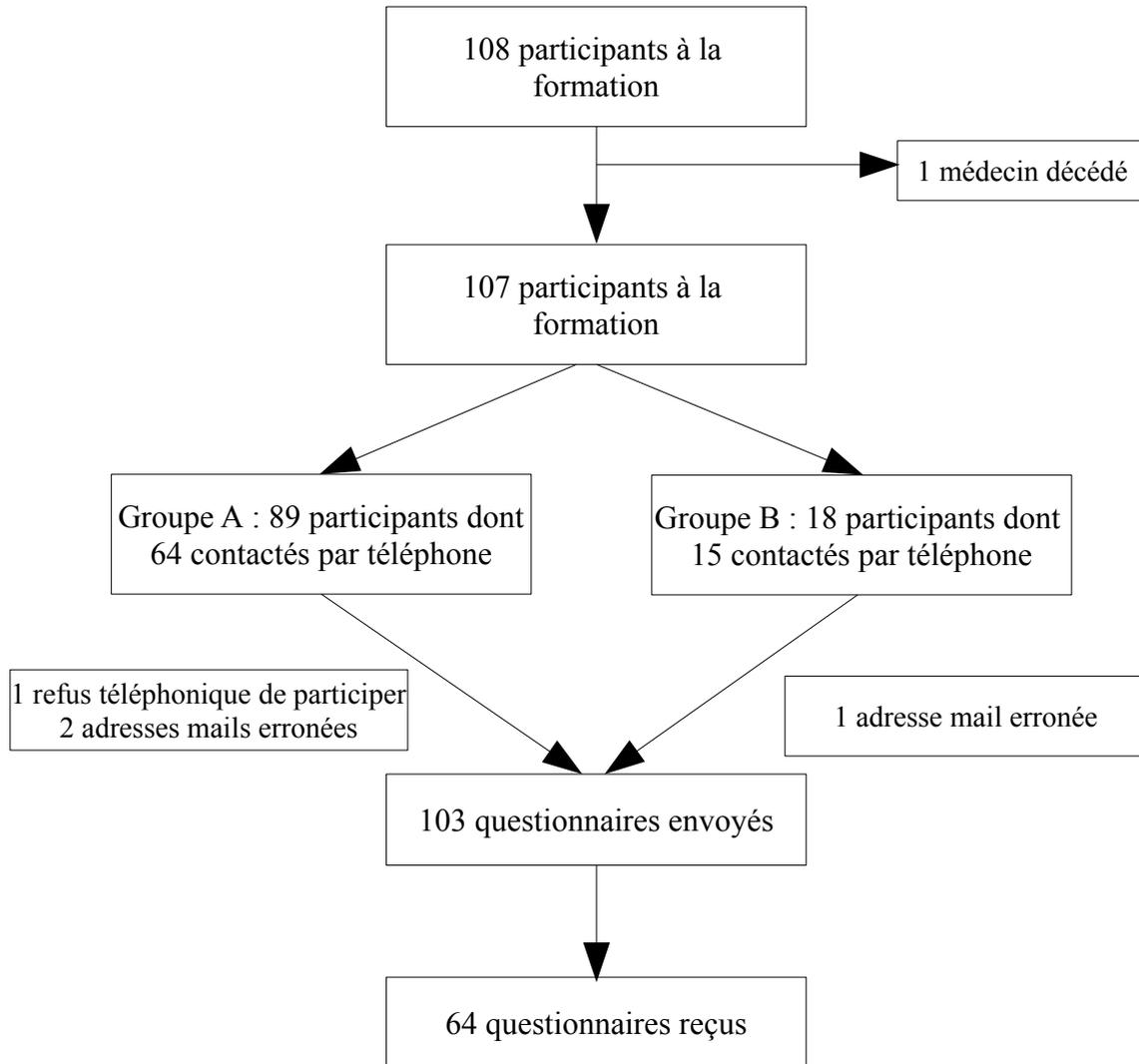
Les analyses comparatives ont été réalisées avec le logiciel de statistiques R, disponible en ligne sur le site BiostaTGV. Le test Exact de Fisher a été utilisé car les effectifs étaient trop faibles. Les résultats sont significatifs lorsque $p \text{ value} \leq 0,05$ (ou 5%).

III Résultats

1 Résultats quantitatifs

64 personnes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 62%.

Figure 1 : organigramme des participants à l'étude



2 Données socio-démographiques

Les participants à la formation ayant répondu au questionnaire exerçaient dans 91% des cas dans la région Midi-Pyrénées. Ils exerçaient dans les départements de la Haute-Garonne (31,25%), du Tarn et Garonne (18,75%), du Gers (14,06%), des Hautes-Pyrénées (9,38%), de l'Aveyron (7,81%), du Tarn (6,25%) et du Lot (31,13%). Aucun participant n'exerçait dans le département de l'Ariège. Leurs caractéristiques socio-

démographiques sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Profil des participants à la formation (64 participants)

	Effectifs en pourcentage et valeur absolue
Sexe	
femme	76,56% (49)
homme	23,44% (15)
Age	
moins de 40 ans	40,62% (26)
entre 40 et 55 ans	28,13% (18)
plus de 55 ans	31,25% (20)
Statut	
médecin libéral installé	78,13% (50)
médecin remplaçant	12,50% (8)
médecin PMI ou CPEF	4,69% (3)
sage femme	1,56% (1)
interne	1,56% (1)
retraité actif	1,56% (1)

PMI : Protection Maternelle Infantile,

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation familiale

Les caractéristiques du lieu d'exercice des participants sont détaillées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Mode d'exercice des participants à la formation (64 participants)

Mode exercice	Effectifs en pourcentage et valeur absolue
Installation	
en cabinet de groupe	68,75% (44)
seul	31,25% (20)
Zone d'installation	
semi-rurale	54,69% (35)
urbaine	25,00% (16)
rurale	20,31% (13)
Durée de trajet entre le cabinet et un centre d'orthogénie	
moins de 30 min	73,44% (47)
entre 30 min et 1 heure	20,31% (13)
plus d'1 heure	4,69% (3)
ne sais pas	1,56% (1)

89% des participants pratiquaient des actes de gynécologie dans leur cabinet tels que la réalisation de frottis cervico-vaginaux, la pose d'implants contraceptifs ou de dispositifs intra-utérins. Une analyse comparative montrait que 71% des femmes interrogées faisaient de la gynécologie contre 17% des hommes. Cette différence est significative ($p = 0,046$).

3 Formation à l'IVG médicamenteuse

3.1 Motivations avant la formation:

73,44 % des professionnels de santé participaient à cette formation pour pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet. Les autres motivations exprimées étaient l'amélioration de la prise en charge initiale lors d'une demande d'IVG (56,25%) et la recherche d'informations sur l'IVG (3,13%).

3.2 Ressenti après la formation

23,45 % des professionnels de santé décrivaient des craintes face à la prise en charge des IVG médicamenteuses. Lors de l'analyse des craintes exprimées, 10,94% des réponses n'ont pas été retenues.

Les craintes exprimées concernaient :

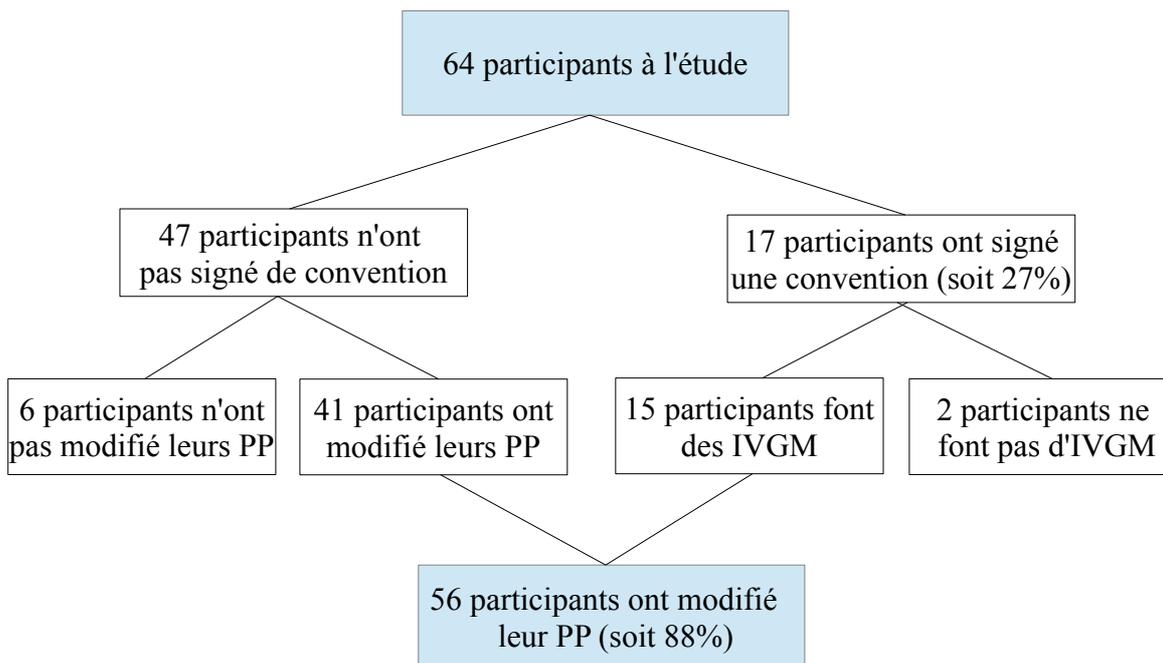
- la disponibilité : le temps accordé aux patientes, la nécessité de rester joignable par téléphone (10,94% des participants)
- la gestion des complications telles que le risque hémorragique, les échecs du traitement, la gestion de la douleur ou « se retrouver face à des situations non vues lors de la formation » (6,25% des participants)
- l'appréhension d'une nouvelle pratique (4,69% des participants)
- la responsabilité médico-légale (3% des participants)
- la lourdeur administrative (3% des participants)

Malgré ces craintes, 81,25% des professionnels de santé (soit 52) se sentaient prêts à réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

4 Impact de la formation

L'impact de la formation étudiée sur le nombre de médecins conventionnés et sur les pratiques professionnelles des participants, est détaillé dans la figure 2.

Figure 2 : Impact de la formation sur les pratiques professionnelles des participants



PP : pratiques professionnelles

IVGM : IVG médicamenteuses dans leur cabinet de médecine générale

Les modifications des pratiques professionnelles pouvaient concerner une ou plusieurs des activités suivantes : la réalisation d'IVG médicamenteuses dans leur cabinet, l'amélioration de la prise en charge initiale lors d'une demande d'IVG ou une activité plus orientée vers la gynécologie.

4.1 Participants ayant signé une convention

76% étaient des médecins femmes. Ils exerçaient dans les différents départements de la région Midi-Pyrénées comme le montre le tableau 3.

Tableau 3 : Département d'exercice des participants conventionnés

Département	Effectifs en pourcentage et valeur absolue
Haute-Garonne	29,41% (5)
Tarn-et-Garonne	29,41% (5)
Gers	17,65% (3)
Haute-Pyrénées	17,65% (3)
Tarn	5,88% (1)
Autres départements de la région	0

Des analyses croisées ont été réalisées en fonction de la signature ou non d'une convention, le délai entre la formation et l'étude, la zone d'installation des médecins et la pratique d'actes de gynécologie par ces médecins dans leur cabinet. Ces analyses sont détaillées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Influence des traits socio-démographiques sur la signature d'une convention

	Signature avec établissement de santé (nb personnes)		
	oui	non	p
Sexe			
femme	20,31% (13)	56,25% (36)	1,000
homme	6,25% (4)	17,19% (11)	
Installation			
seul	4,69% (3)	26,57% (17)	0,23
en cabinet de groupe	21,86% (14)	46,88% (30)	
Zone d'installation			
rurale	9,38% (6)	10,94% (7)	0,14
semi-rurale	14,06% (9)	40,63% (26)	
urbaine	3,13% (2)	21,86% (14)	
Date de la formation théorique			
entre 6 mois et 1 an	0	18,75% (12)	0,03
plus d'un an	26,56% (17)	54,69% (35)	
Pratique d'actes de gynécologie			
oui	9,38% (6)	1,56% (1)	0,664
non	64,06% (41)	25,00% (16)	

La totalité des répondants ayant signé une convention avait effectué la formation au moins un an avant l'étude (résultat significatif $p < 0,05$).

Les médecins exerçant en zone rurale ou semi-rurale étaient plus nombreux à avoir signé une convention : 9,38% des médecins en zone rurale, 14,06% des médecins en zone semi-rurale contre 3,13% des médecins en zone urbaine mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,14$).

Les professionnels de santé travaillant en cabinet de groupe étaient plus nombreux à avoir signé une convention mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,23$).

4.1.1 Difficultés rencontrées lors de la signature

Parmi les médecins ayant signé une convention, 47% ont rencontré des difficultés lors de la signature :

- avec l'établissement de santé pour obtenir la signature
 - des difficultés pour joindre les responsables, avec la nécessité de les relancer (23,53%)
 - une « lenteur administrative » avec un délai de 3 mois pour obtenir la convention signée (41,18%)
 - des difficultés relationnelles (11,76%)
- une inadéquation entre la convention signée et celle exigée par le Conseil de l'Ordre (11,76%)

4.2 Participants réalisant des IVG médicamenteuses à domicile

Parmi ceux qui ont signé une convention, 88% (soit 15) effectuaient des IVG médicamenteuses dans leur cabinet. Les autres professionnels n'avaient pas réalisé d'IVG pour des raisons d'organisation ou parce que leurs patientes ne pouvaient pas bénéficier de l'IVG par méthode médicamenteuse en ville (délai supérieur à 7SA). Cependant ils prévoient d'en faire prochainement.

4.2.1 Difficultés rencontrées

33% des médecins déclaraient avoir été confrontés à des difficultés lors de la prise en charge des IVG médicamenteuses dans leur cabinet de médecine générale.

Les difficultés concernaient : les démarches administratives (20%), des problèmes de disponibilité (6,67%), l'accès à l'échographie pelvienne de datation dans les délais (13,33%), les complications (6,67%), l'orientation vers le centre d'orthogénie de référence (6,67%).

4.2.2 Évolution de la prise en charge gynécologique

40% des médecins répondants déclaraient avoir modifié leur activité de médecine générale depuis la formation. Ils avaient une activité plus orientée vers la gynécologie. Ainsi depuis la formation, 40% des participants faisaient le suivi gynécologique de leurs patientes par la réalisation de frottis cervico-vaginal, la pose de matériel type dispositif intra-utérin ou implant sous-cutané et la prescription de contraception. 40% des

participants déclaraient suivre des grossesses depuis la formation.

Deux médecins précisait qu'ils ne pratiquaient pas plus de gynécologie car ils étaient déjà très intéressés par la gynécologie, la « formation a permis de compléter leur activité ».

Aucun des médecins n'avait, depuis la formation, passé un DIU d'échographie.

4.2.3 Modification de la patientèle

Depuis qu'ils réalisaient des IVG médicamenteuses dans leur cabinet, 80% des médecins n'avaient pas ressenti de modification de leur patientèle. 93,33% des médecins prenaient en charge des patientes adressées par leurs confrères, pour la réalisation d'IVG médicamenteuses.

93,33% des médecins déclaraient que la relation avec leur patientèle n'avait pas changé.

Un seul médecin exprimait une modification de la relation avec ses patientes. Il précisait qu'une relation de confiance s'était installée avec les patientes qu'il prenait en charge.

4.3 Participants n'ayant pas signé de convention

Depuis la fin de la formation, 73% des participants n'avaient pas signé de convention avec un établissement de santé. Ils ont été classés en six catégories en fonction des raisons décrites.

Ils étaient 36,17% à ne pas avoir fait la formation pratique (quatre demi-journées) par manque de temps, suite à des problèmes personnels ou administratifs. Un des participants décrivait des problèmes relationnels et des exigences administratives lors de la prise de contact pour planifier ces journées.

Ils étaient 21,28% à ne pas pouvoir signer une convention de part leur statut. En effet, parmi les participants, il y avait sept remplaçants, un interne et une sage-femme.

Ils étaient 19,15% à ne pas vouloir faire d'IVG médicamenteuses par manque de motivation ou de temps ; un médecin ne souhaitait pas «assumer les IVG médicamenteuses».

Ils étaient 14,89% à renoncer à la signature suite à des problèmes administratifs. Ils décrivaient « des blocages », « une indifférence » ou même « un refus » des établissements de santé. Un médecin décrivait des problèmes avec le conseil général ; ce dernier

« manquerait d'intérêt » pour ce domaine, sans plus de précisions.

Ils étaient 6,38% à décrire une absence de besoin dans leur patientèle. Ces médecins exerçaient en zone urbaine. Deux d'entre eux exerçaient à proximité d'un centre hospitalier sans problème de délai de prise en charge des IVG médicamenteuses. Le troisième exerçait dans un cabinet médical avec un confrère qui pratiquait des IVG médicamenteuses à domicile.

4,26% des participants déclaraient que la signature était en cours.

87,23% des participants n'ayant pas signé de convention affirmaient avoir changé leurs pratiques professionnelles vis à vis d'une demande d'IVG suite à la formation. Ces modifications sont détaillées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Modifications des pratiques professionnelles

Type de changement	Effectifs en pourcentage
délivrance du certificat initial	82,93%
orientation vers un confrère/établissement pratiquant des IVG	73,17%
prescription du bilan biologique initial	68,29%
prescription de l'échographie pelvienne	58,54%
création d'un réseau	24,39%
Autres	7,32%

IV Discussion

1 Synthèse des principaux résultats

Selon notre étude, les participants mettent en avant l'impact positif de la formation sur la prise en charge de leurs patientes lors d'une demande d'IVG. L'amélioration de la prise en charge initiale est importante car la demande d'IVG en médecine générale n'est pas rare. En effet 40% des femmes en France auront recours à une IVG au moins une fois dans leur vie. L'orientation de la patiente dans la filière adaptée relève des missions de soins primaires du médecin généraliste. Cependant, lors du premier contact avec leur médecin généraliste, seulement 52% des patientes sont dirigées directement vers le médecin réalisant l'IVG (13).

Le pourcentage de participants ayant signé une convention après la formation peut sembler faible (27%). En 2007, 44 médecins étaient conventionnés avec un centre d'orthogénie de référence dont 28 médecins généralistes. Dans les départements du Gers et du Tarn-et-Garonne aucun médecin n'avait signé de convention (14). Actuellement, 65 médecins, généralistes ou gynécologues, sont conventionnés dans toute la région Midi-Pyrénées (selon la Permanence téléphonique régionale contraception-IVG de Midi-Pyrénées). Depuis 2007 aucune formation à l'IVG médicamenteuse à domicile autre que celle de MGForm, n'a été proposée dans la région Midi-Pyrénées.

Le nombre de conventions signées après la formation est donc satisfaisant. Cette formation a permis non seulement d'augmenter le nombre de médecins conventionnés dans la région de 47% depuis 2007, mais également de développer l'IVG médicamenteuse à domicile dans les départements tels que le Gers et le Tarn-et-Garonne.

2 Forces et intérêts de l'étude

Même si la puissance de cette étude est faible, car elle ne se base que sur 108 personnes ayant participé à la formation, la totalité des participants à la formation, « prise en charge d'une demande d'IVG en médecine générale et en gynécologie » entre mars 2012 et novembre 2014 en Midi-Pyrénées, ont été inclus (en dehors de 3 personnes ayant une adresse électronique erronée). Les participants à la formation ont été contactés par téléphone avant l'envoi du questionnaire pour favoriser le taux de réponse. Le taux de participation de cette étude est fort (62% de réponses). D'autant plus que la totalité des

participants à la formation n'a pas pu être contactée par téléphone pour différentes raisons : congé maternité, arrêt de travail prolongé, numéro de téléphone non trouvé, médecin à la retraite.

La formation est homogène dans les différents départements de la région Midi-Pyrénées. En effet, l'organisation (durée, nombre de places disponibles) et le déroulement sont similaires lors des différentes sessions. Il n'y a donc pas de différence entre les huit sessions de la formation.

Enfin l'objectif de cette étude est original par rapport à celui d'autres études sur le sujet. De nombreuses études ont recherché les freins à la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville par les médecins généralistes. Une seule autre thèse, celle de Lipinski K., s'est intéressée à l'impact d'une formation sur l'IVG médicamenteuse (15).

3 Limites et faiblesses de l'étude

Notre étude est déclarative, elle est fondée sur les réponses des participants sans que celles-ci ne soient vérifiées. Cependant le critère de jugement principal « signature ou non d'une convention » est un critère objectif.

Notre étude comporte des biais de sélection.

L'inscription à la formation est basée sur le volontariat, les participants sont donc intéressés par l'IVG.

De plus la population cible n'est pas homogène. La formation est en effet ouverte aux médecins généralistes, aux gynécologues mais aussi aux internes et aux sages-femmes. Ceci entraîne un biais dans les résultats, car certains participants n'ont pas pu signer de convention de part leur statut. Seuls les médecins installés ou travaillant dans un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou un planning familial peuvent signer une convention avec un centre d'orthogénie.

Le statut des participants n'a pas été pris en compte dans les résultats. La totalité des questionnaires a été analysée que ce soit pour le nombre de médecins conventionnés ou pour la modification des pratiques professionnelles. En effet, les internes, médecins remplaçants et sages-femmes ont pu, après cette formation, modifier leurs pratiques professionnelles lors de leur exercice professionnel.

De plus les internes et médecins remplaçants sont de futurs médecins installés, ils pourront ainsi réaliser des IVG médicamenteuses en ville lors de leur activité future.

Enfin lors de l'étude, les sages-femmes n'étaient pas autorisées à réaliser des IVG médicamenteuses. En septembre 2015, l'article du projet de la loi santé, autorisant les sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses, a été voté par le sénat. Cette avancée peut permettre une diffusion de l'IVG médicamenteuse en ville.

Notre étude présente également des biais de mesure.

Le questionnaire est composé de questions simples et principalement fermées pour favoriser le taux de réponses. Cependant certaines réponses auraient pu comporter des zones de texte libre pour permettre aux participants de préciser leurs réponses.

De plus, la question « Si vous aviez des craintes après la formation, pouvez-vous les détailler ? » n'a pas été comprise par certains participants, qui ont donné des réponses inadéquates. Ils ont expliqué pourquoi ils n'avaient pas signé de convention. Lors de l'analyse, sept réponses n'ont donc pas été prises en compte. Cette question aurait pu être plus précise. Enfin, les participants ayant signé une convention mais ne réalisant pas d'IVG médicamenteuses n'ont pas été interrogés sur la modification de leurs pratiques professionnelles. Cette question devra être rajoutée pour réutiliser ce questionnaire.

Le délai d'envoi du questionnaire peut être sujet à discussion. Dans cette étude une durée de 6 mois minimum a été décidée entre la fin de la formation et l'envoi du questionnaire. Pour les études d'impact, il n'existe pas de données validées sur le délai entre la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles. D'après la HAS, « une période de suivi suffisamment longue est nécessaire » sans donner de délai précis (16). Selon certains écrits « un délai de trois mois à un an après la formation est nécessaire pour évaluer, à froid, les objectifs et l'évolution » (17). D'autres décrivent une période d'un an au minimum pour déterminer la durabilité des effets (18). Ce délai de 6 mois minimum a-t-il influencé les résultats ? Parmi les participants ayant fait la formation théorique moins d'un an avant cette étude, aucun n'a signé de convention. Il serait donc intéressant de refaire ce travail 2 ans après la formation théorique d'autant plus que le questionnaire utilisé est reproductible.

Malgré ces limites, les résultats de notre étude permettent d'évaluer l'impact de la formation étudiée selon nos objectifs.

4 Discussion des résultats obtenus

4.1 Population étudiée

4.1.1 Données socio-démographiques

En comparaison avec les chiffres de l'atlas démographique du conseil de l'ordre des médecins, la population de notre étude est plus féminine et plus jeune que les médecins de la région : 77 % des participants sont des femmes et 41 % ont moins de 40 ans contre respectivement 45% et 16% pour les médecins de la région Midi-Pyrénées (19). La population de l'étude n'est donc pas représentative des médecins de la région Midi-Pyrénées. L'étude de Lipinski réalisée dans le Calvados auprès des médecins ayant participé à une formation sur l'IVG médicamenteuse retrouve également que la majorité des participants (75%) sont des femmes (15).

Pourquoi les médecins femmes sont plus intéressées par ce sujet ? Notre étude montre, de manière significative, que les femmes sont plus impliquées dans le suivi gynécologique de leurs patientes. Les médecins femmes sont-elles plus confrontées à des demandes d'IVG ? Nous pouvons également nous demander comment sensibiliser plus de médecins hommes à la question de l'IVG ? Ceci permettrait d'améliorer les connaissances de l'ensemble des médecins sur l'IVG.

Aucun des participants n'exerce dans le département de l'Ariège. Les IVG y sont assurées par le centre hospitalier du CHIVA mais aussi par les CPEF et le planning familial (pour les IVG médicamenteuses). Aucun médecin libéral (gynécologue ou généraliste) de ce département n'a d'ailleurs signé de convention pour réaliser des IVG médicamenteuses (20). Dans ce département qui ne semble pas présenter de problèmes d'accès à l'IVG, les patientes n'ont pas accès à l'IVG médicamenteuse en ville. Nous pouvons nous demander si une implication plus grande des médecins généralistes de ce département ne serait pas nécessaire pour assurer l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville aux patientes le désirant ? De plus si le délai d'accès à l'IVG s'allonge suite au départ de quelques gynécologues du centre hospitalier, ne risque t-il pas d'être alors trop tard pour mettre en place cette approche ?

4.1.2 Craintes exprimées après la formation

Dans l'ensemble des études effectuées sur l'IVG médicamenteuse en ville, les craintes des professionnels de santé sont principalement liées à une mauvaise connaissance

de la méthode et à l'a priori qui en découle. Bien qu'il persiste des craintes chez les professionnels de santé après cette formation (pour 23 % d'entre eux), elles sont moins présentes que chez les professionnels non formés (19). Cette formation a ainsi permis d'approfondir les connaissances des participants sur l'IVG médicamenteuse en ville.

La crainte majoritairement décrite dans notre étude est le manque de disponibilité. Elle est retrouvée dans de nombreux écrits. La réalisation d'IVG médicamenteuses est en effet chronophage avec des consultations longues, mais surtout le médecin doit rester joignable pendant la procédure dans la mesure du possible. Cependant, la nuit ou lorsque le médecin n'est pas joignable, les patientes peuvent s'adresser au centre d'orthogénie de référence. Les statistiques de 2007, du Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) dans la région Île-de-France, montrent que sur les 4218 patientes prises en charge pour une IVG en ville, 9% ont appelé leur médecin, 5,63% ont consulté en urgence au cabinet et 2,6% se sont rendues en urgence au centre de référence (21). Ainsi, même si le médecin doit être disponible pour ses patientes, il est peu appelé. En cas d'appel, les questions sont généralement résolues par téléphone sans besoin d'une consultation au cabinet.

Une autre crainte exprimée par 6% des participants est le risque de complications médicales (hémorragies, échec). Or le taux de complications est faible. Selon la HAS «environ 2 à 4 % des femmes peuvent justifier d'une aspiration du fait d'une expulsion incomplète, mais seules 0,5 à 1 % le nécessiteront du fait d'une hémorragie » (6). L'IVG à domicile est réalisée avant 7SA, le risque de complications est d'autant plus faible comme le souligne la HAS « plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible » (6).

Le risque d'échec existe. La poursuite d'une grossesse est de l'ordre de 1%. Cependant l'IVG médicamenteuse à domicile n'est réalisée qu'avant 7SA. Le médecin a donc le temps, en cas de grossesse évolutive, d'adresser la patiente pour une aspiration dans un centre de référence. Ce risque d'échec doit être connu des médecins afin qu'ils puissent informer leurs patientes sur l'importance de la visite de contrôle. De plus, l'efficacité de la méthode à domicile est comparable à celle pratiquée en centre hospitalier (22).

Certains professionnels craignent également des conséquences médico-légales de l'IVG médicamenteuse à domicile en cas de complications ou d'échec. L'IVG médicamenteuse à domicile est intégrée dans une procédure rigoureuse et réglementée. Les

poursuites judiciaires associées à une IVG médicamenteuse sont exceptionnelles selon le site Légifrance. Des condamnations ont eu lieu en cas de non-respect du devoir d'information, ou du délai de 7 jours. Ce constat de faible risque de poursuites est reconnu par les assurances. La majorité d'entre elles n'appliquent pas de majoration de cotisation en cas de pratique d'IVG médicamenteuses à domicile.

Ces craintes des complications et du risque médico-légal reflètent l'appréhension d'une nouvelle pratique. D'autant plus que la convention passée avec le centre de référence protège le médecin et assure la prise en charge de la patiente en cas de complications. Les formations sur l'IVG médicamenteuse en ville, lors des cours dispensés aux étudiants en médecine ou lors des formations continues, devraient insister sur cet aspect médico-légal qui n'est apparemment pas suffisamment compris.

4.2 Signature d'une convention avec un établissement de santé

Seuls 27% des participants ont signé une convention avec un établissement de santé, alors que 81% se sentaient prêts à faire des IVG médicamenteuses à domicile après la formation. Lipinski dans sa thèse retrouve un chiffre similaire : 31% des participants à une formation sur l'IVG ont signé une convention (15).

Pourquoi une si faible proportion de participants a signé une convention alors qu'ils se sentaient prêts juste après la formation ?

4.2.1 Freins à la signature de la convention

Certains médecins expriment une absence de besoins dans leur zone d'exercice : «centre d'orthogénie très proche, pas de délai d'attente important » ou « hôpital local non saturé ». Mais l'IVG médicamenteuse à domicile n'a pas pour seul but de désengorger les centres d'orthogénie. Cette méthode permet en effet de proposer aux patientes une méthode adaptée à leurs besoins, et d'être suivies par leur médecin pendant toute la démarche.

Un autre frein à la signature est la non réalisation de la formation pratique. Des participants décrivent un manque de temps pour la réaliser, « des difficultés à se libérer ». La rémunération de ces quatre demi-journées de formation permettrait-elle à une plus grande proportion de médecins de réaliser la totalité de la formation ?

Les difficultés administratives ont été identifiées comme un autre frein à la

signature. Les médecins décrivent des problèmes lors de la planification des demi-journées de formation, « des blocages » ou même « un refus » lors de la demande de signature de la convention. Ces difficultés avec certains centres d'orthogénie sont décrites dans d'autres travaux. Selon le rapport IGAS de 2010 (5), « l'IVG est une activité qui demeure très dépendante des équations personnelles et locales ». Le réseau REIV Midi-Pyrénées devrait être informé de ces difficultés. Il fait en effet le lien entre les médecins libéraux et les centres d'orthogénie. Une meilleure communication pourrait éviter ces difficultés d'organisation.

Enfin, des participants n'ont pas signé de convention mais cette signature est en cours. Parmi les participants ayant fait la formation théorique moins d'un an avant cette étude, aucun n'a signé de convention. Le délai de recueil de notre étude (minimum 6 mois après la formation théorique) est probablement trop court comme nous l'avons expliqué précédemment. De plus un facteur extrinsèque intervient. En effet les médecins ayant signé une convention décrivent « une lenteur administrative » avec un délai de 3 mois pour obtenir la convention signée. Cette étude aurait pu être réalisée au moins 1 ou 2 ans après la formation théorique pour permettre aux participants d'effectuer la formation pratique et d'obtenir la signature du centre d'orthogénie.

4.2.2 Difficultés rencontrées lors de la signature

Dans certains départements, la convention fournie par l'établissement d'orthogénie de référence n'est pas celle demandée par le conseil de l'ordre. Les difficultés techniques pourraient-elles être évitées par une sensibilisation des centres d'orthogénie sur les délais de signature, et par une homogénéisation des conventions ? Ceci permettrait d'augmenter le nombre de médecins conventionnés. Cette médiation pourrait passer par le réseau REIV-MP.

4.2.3 Profil des participants ayant signé une convention

Dans cette étude, 88% des participants ayant signé une convention sont installés en zone rurale ou semi-rurale contre 12% en zone urbaine. Les analyses croisées n'ont pourtant pas permis d'établir un lien significatif entre le milieu d'installation du médecin et la signature ou non d'une convention. Ce lien non significatif semble être lié au manque de puissance de l'étude.

Les médecins exerçant dans les zones urbaines sont moins impliqués dans la prise en charge des IVG médicamenteuses à domicile. Ce manque d'implication est-il lié à l'accès plus facile à l'IVG dans les zones urbaines ?

4.3 Réalisation d'IVG médicamenteuses à domicile

4.3.1 Difficultés rencontrées

Dans la prise en charge de leurs patientes, 33% des médecins ont rencontré des difficultés lors de la réalisation d'IVG médicamenteuses à domicile. Ce chiffre est concordant avec celui d'une étude de la DREES (23).

La principale difficulté est la charge administrative, exprimée par 20 % des médecins réalisant des IVG à domicile. Ce constat est évoqué dans l'enquête de la DRESS : 48% des médecins déclarent une lourdeur des démarches administratives (23). La pratique des IVG médicamenteuses nécessite une procédure rigoureuse avec la rédaction du certificat initial, la signature du consentement de la patiente, la remise des différentes informations sur la procédure (dossier guide, explication du protocole) et la conduite à tenir en cas de problèmes (coordonnées téléphoniques en cas d'urgence). Le médecin doit également transmettre à l'établissement de santé référent la déclaration obligatoire anonymisée et la fiche de liaison. Le médecin doit par ailleurs garder les différentes informations, comme le certificat initial de demande d'IVG de la patiente ainsi que son consentement dans le dossier médical.

De plus, les textes de loi encadrant l'IVG médicamenteuse à domicile présentent des contradictions comme par exemple la prise du Misoprostol à domicile ou devant le médecin.

Cette pesanteur administrative participe à freiner le développement de l'IVG médicamenteuse à domicile et entraîne également une sous-déclaration des IVG. Des médecins avouent « oublier de remplir des fiches statistiques ». En 2005, les bulletins recueillis couvraient 81% des IVG (24).

Il semble nécessaire de simplifier les démarches comme c'est le cas dans certaines régions, notamment en Midi-Pyrénées, avec la mise en place d'un logiciel informatique (MedIVG).

Il est accessible par les médecins réalisant des IVG médicamenteuses à domicile. Il contient les différentes informations nécessaires pour chaque patiente, les fiches de liaison

et permet de sauvegarder les fiches des patientes prises en charge.

Des problèmes d'obtention d'une échographie de datation dans les délais sont exprimés par certains médecins. Les médecins exprimant cette difficulté exercent en zone rurale ou semi-rurale. Il est important que le médecin développe un partenariat avec un centre de radiologie. En effet cette relation permet, comme le montre Linpski dans son travail de thèse (15), d'obtenir un rendez-vous dans les délais mais également d'adresser les patientes en toute confiance. Cette confiance est nécessaire que ce soit envers les compétences de l'échographiste mais également de son savoir-être. Cette difficulté dépend évidemment de la zone d'exercice et des départements. Certains médecins n'ont en effet pas le choix du centre d'échographie.

4.3.2 Modifications de l'exercice

La majorité des médecins n'ont pas modifié leur activité depuis la pratique d'IVG médicamenteuses. Aucun médecin de cette étude, ne possède d'appareil d'échographie dans son cabinet. Cette question à choix multiples n'a pas permis aux médecins de détailler leur avis quand à la participation à un DIU d'échographie. La cause retrouvée dans la thèse de Linpski (15) est « la proportion faible de gestes réguliers ne justifie pas l'investissement de la part des professionnels de santé ».

En Midi-Pyrénées, trois médecins du réseau REIV-MP ont le DIU d'échographie et réalisent régulièrement des échographies pelviennes. Ils peuvent, entre autre, effectuer les échographies de datation de leurs patientes lors d'une demande d'IVG, et si besoin les échographies de contrôle.

V Conclusion

L'IVG médicamenteuse à domicile est peu développée en France notamment par le manque de formation des médecins et d'information des patientes.

En Midi-Pyrénées, 27% des participants de notre étude ont signé une convention avec un établissement de santé après une formation sur l'IVG en médecine générale et gynécologie. Actuellement, 65 médecins sont conventionnés avec un centre de référence dans la région Midi-Pyrénées, soit une augmentation de 47% depuis 2007.

La majorité des participants a amélioré ses pratiques professionnelles, notamment lors de la prise en charge initiale d'une demande d'IVG.

Notre étude a mis en évidence des difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors de la planification des stages pratiques ou lors de la signature de la convention. Ces difficultés sont d'ordre administratif principalement, comme la « lenteur administrative » avec un délai de 3 mois pour obtenir la convention signée du centre de référence, ou des problèmes de conformité entre la convention fournie par le centre d'orthogénie et celle acceptée par le Conseil de l'Ordre.

Le réseau REIV-MP établit un lien entre les centres d'orthogénie et les médecins réalisant des IVG à domicile. Ce réseau, bien conscient de ces difficultés facilite la signature des convention par une sensibilisation des centres d'orthogénie sur le délai de signature, et par une homogénéisation des conventions.

Il est important que l'ARS finance des formations médicales continues sur l'IVG pour améliorer la prise en charge des patientes en soins primaires. Ces formations sont le moyen de sensibiliser les médecins à l'IVG médicamenteuse en ville et de permettre à ceux qui le souhaitent de réaliser des IVG médicamenteuses. La pratique des IVG médicamenteuses à domicile n'a pas pour seul objectif de désengorger les centres d'orthogénie. Chaque patiente doit pouvoir avoir accès aux différentes techniques d'IVG et ce, quelque soit son département de résidence.

Il serait intéressant de savoir si cette formation des professionnels de santé permet d'améliorer l'accès des femmes à l'IVG dans la région Midi-Pyrénées. Pour cela, il serait nécessaire de connaître l'évolution du nombre d'IVG médicamenteuses à domicile dans la région après cette formation. Mais également de connaître l'avis des patientes.

VI Références bibliographiques

1. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 Interruption volontaire de la grossesse. JORF n°0293 du 1 janvier 1980 page 3. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000705056&dateTexte=20120827> [cité 9 sept 2015]
2. 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. JORF du 1 janvier 1983 page 15. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704429&dateTexte=20110401> [cité 9 sept 2015]
3. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 du 7 juillet 2001 page 10823. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&fastPos=1&fastReqId=1007153284&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> [cité 9 sept 2015]
4. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Études et Résultats, DREES; 2015 juill. N° 0924. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf [cité 31 août 2015]
5. Aubin C, Jourdain-Menninger D. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. 2009 oct. Rapport N°RM2009-098A. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article95> [cité 9 sept 2015]
6. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, Argumentaire. 2010 . Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf [cité 7 juill 2015]
7. Article R2212-11 du code de santé publique. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C8D1CF47FA05C4FC0D6B0636BAB1F55F.tpdila19v_2?idArticle=LEGIARTI000006911489&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090317 [cité 21 sept 2015]
8. Allen J, Heyrman J. La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille. WONCO Europe : Société Européenne de médecine générale - médecine de famille; 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> [cité 5 oct 2015]
9. Chefeg Ben Aissa R, Brocail P-E, Cottet J. L' Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi: quels sont les freins chez les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice en médecine générale]. Académie d'Orléans-Tours : Université François-Rabelais; 2013.
10. Nève E. Facteurs entravant le développement de l'IVG médicamenteuse en ville par les médecins généralistes [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Rennes 1; 2011.

11. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf [cité 13 nov 2014]
12. Denry A. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à Paris [Thèse d'exercice en médecine générale]. Paris 6 : Université Pierre et Marie Curie; 2014.
13. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):116-47.
14. Even M, Menou N, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi Pyrénées. (D.R.A.S.S.). Toulouse. FRA. Les interruptions volontaires de grossesse en Midi-Pyrénées en 2007. oct 2008;(42):6p.
15. Lipinski K. Les freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse par les médecins habilités dans le Calvados: enquête qualitative auprès des médecins généralistes ayant participé à la formation de 2006 et auprès des médecins pratiquant l'IVG médicamenteuse en cabinet [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Caen; 2012.
16. HAS. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf [cité 6 juill 2015]
17. Dennerly M. Organiser le suivi de la formation : méthodes et outils. Paris: ESF; 1997.
18. Jing Tian MD, Atkinson NL, Portnoy B, Gold RS. A Systematic Review of Evaluation in Formal Continuing Medical Education. J Contin Educ Health Prof. 2007;27(1):16-27.
19. Conseil national de l'Ordre des médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale. Disponible sur: <http://www.demographie.medecin.fr/demographie> [cité 27 sept 2015]
20. REIV MP. Médecins IVGm REIV MP [Internet]. Disponible sur: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=ztEJOrNvAsjA.khQeuBhLXt4A> [cité 19 nov 2015]
21. Gaudu S. IVG médicamenteuse en ville : L'expérience du réseau francilien REVHO. Rapport présenté à: L'IVG « à domicile », un choix et un progrès pour la santé des femmes? Colloque organisé par le REVHO à la Sorbonne; 2008 mars 8; Paris 5. Disponible sur: http://www.revho.fr/accueil_pre_pro/documents_pdf/REVHO_S_Gaudu_8_03_08.pdf [cité 15 oct 2015]
22. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. Contraception. janv 2013;87(1):45-50.
23. Collet M. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG :

caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. Rev Fr Aff Soc. janv 2011;(n°1):p. 86-115.

24. ACRN-AP, ANDASS. Rapport du groupe de travail n°2 portant sur l'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Paris: Conseil Supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale; 2011. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011-2.pdf [cité 18 oct 2015]

VII Annexes

Annexe 1 : Questionnaire : prise en charge de l'IVG médicamenteuse hors établissements de santé

Bonjour,

Je suis actuellement en fin de cycle d'étude de médecine générale à la faculté de Toulouse. Dans le cadre de ma thèse, co-dirigée par Dr Sandrine MALVEZIN-MARQUIS et Dr Thierry BRILLAC, j'étudie l'impact de la formation « Prise en charge d'une demande d'IVG en médecine générale et gynécologie » à laquelle vous avez participé.

A l'aide d'un questionnaire, j'aimerais étudier la modification (ou non) de la prise en charge et l'orientation des patientes lors d'une demande d'IVG, suite à cette formation.

Le questionnaire est rapide, totalement anonyme (votre adresse mail n'apparaît pas dans la réponse) et doit être rempli en ligne.

Cliquez sur ce lien pour le remplir : <http://goo.gl/forms/bg3Ju6O0Zg>

Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de ce travail par mail.

Je vous remercie de consacrer quelques minutes de votre temps pour y répondre.

SOUFFLET Hélène (0688236654)

Données socio-démographiques

*Obligatoire

Êtes-vous? *

- une femme
- un homme

Quel est votre âge ? *

- entre 25 et 40
- entre 40 et 55 ans
- plus de 55 ans

Êtes-vous ? *

- médecin installé
- médecin remplaçant
- gynécologue
- Autre :

Dans quel département exercez-vous ? *

- Ariège
- Aveyron
- Haute-Garonne
- Gers
- Lot
- Hautes-Pyrénées
- Tarn
- Tarn et Garonne
- autres

Vous exercez ? *

- seul
- en cabinet de groupe

Exercez-vous plutôt en zone *

- rurale
- semi-rurale
- urbaine

Pratiquez-vous des actes de gynécologie ? *

Examen gynécologique, frottis, pose d'implants, pose de stérilet...

- oui
- non

Quelle est la distance entre votre cabinet et le lieu le plus proche où l'on peut effectuer une IVG médicamenteuse (cabinet médical, centre de planification, ...) ? *

- moins de 20 km
- entre 20 et 40 km
- entre 40 et 60 km
- plus de 60 km
- je ne sais pas

Quelle est la durée du trajet entre votre cabinet et le centre d'orthogénie le plus proche ? *

- moins de 30 minutes
- entre 30 minutes et 1 heure
- plus d'une heure
- je ne sais pas

La formation

Quand avez-vous participé à la formation théorique (mois et année : mm/aaaa) ? *

Dans quel but participiez-vous à cette formation? *

- améliorer la prise en charge initiale lors d'une demande d'IVG
- pratiquer des IVG médicamenteuses
- Autre :

Votre ressenti après la formation

Vous sentiez-vous prêt à réaliser des IVG médicamenteuses après la formation? *

- oui
- non

Si vous aviez des craintes, pouvez-vous les détailler?

Après la formation

Avez-vous signé une convention avec un établissement de santé pour pratiquer des IVG ? *

- oui
- non

Vous avez signé une convention avec un établissement de santé

Avez-vous rencontré des difficultés pour la signature de cette convention ? *

- oui
- non

Si oui lesquelles ?

Avez-vous réalisé des IVG médicamenteuses ? *

- oui
- non

Vous avez réalisé des IVG médicamenteuses

Avez-vous rencontré des difficultés lors de la prise en charge? *

- oui
- non

Si oui quelle(s) difficulté(s) ?

- administratives
- problème de disponibilité
- accès à l'échographie (délai)
- complications médicales (saignements, douleurs)
- difficultés lors de l'orientation vers le centre d'orthogénie de référence
- prise en charge psychologique
- Autre :

Votre patientèle a-t-elle changée ? *

- oui
- non

Faites vous plus de gynécologie ? *

Oui Non

- frottis cervico-vaginal
- prescription de contraception-IVG
- pose de dispositif intra-utérin, implant sous-cutané
- suivi de grossesse
- échographie

Prenez vous en charge des patientes adressées par vos confrères (pour des IVG médicamenteuses)? *

- oui
- non

La relation avec votre patientèle a t-elle changée ? *

- oui
- non

Si oui comment ?

De manière positive ou négative ...

Vous n'avez pas réalisé d'IVG médicamenteuses

Pour quelles raisons ?

- absence de demande
- problème d'anonymat (pour les patientes majeures)
- charge administrative importante
- problème d'organisation (disponibilité,...)
- problème de rémunération
- peur de la stigmatisation
- Autre :

Pensez-vous faire des IVG médicamenteuses prochainement ? *

- oui
- non

Vous n'avez pas signé de convention avec un établissement de santé

Pour quelles raisons ? *

Avez-vous cependant amélioré votre pratique professionnelle dans l'orientation des patientes (informations, réseau, ...)? *

- oui
- non

Quel(s) changement(s)?

- délivrance, lors de la première consultation, d'un certificat qui mentionne la demande d'IVG
- orientation vers un médecin/établissement de santé réalisant les IVG (médicamenteuses ou chirurgicales)
- création d'un réseau avec un annuaire des médecins/établissements de santé réalisant les IVG
- prescription du dosage de B-HCG, du groupe ABO et Rhésus
- prescription de l'échographie pelvienne
- Autre :

Annexe 2 : Répartition des huit sessions de la formation « prise en charge d'une demande d'IVG en médecine générale et en gynécologie » proposée par l'organisme de formation MGForm en Midi-Pyrénées

Date	Lieux	Nombre de participants
02 & 03 mars 2012	Lespoune (Haute-Pyrénées)	18
19 & 20 octobre 2012	Montauban (Tarn et Garonne)	15
23 & 24 novembre 2012	Albi (Tarn)	25
5 & 6 avril 2013	Saint-Agne (Haute-Garonne)	10
22 & 23 novembre 2013	Saint-Agne (Haute-Garonne)	10
7 & 8 février 2014	Auch (Gers)	12
21 & 22 novembre 2014	Foix (Ariège)	11
28 & 29 novembre 2015	Cahors (Lot)	7
	Total	108

Toulouse, le 19 janvier 2016

TITRE : IMPACT D'UNE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À L'IVG MÉDICAMENTEUSE, SUR LA PRISE EN CHARGE ET L'ORIENTATION DES PATIENTES EN MIDI-PYRÉNÉES**RÉSUMÉ :**

Introduction : Le manque de formation est le premier obstacle à la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville selon les médecins généralistes. L'objectif est d'évaluer l'impact d'une formation à l'IVG médicamenteuse en ville, sur les pratiques professionnelles des participants. **Méthode** : cette étude descriptive observationnelle, est basée sur un questionnaire envoyé par courrier électronique aux professionnels de santé participant à la formation « prise en charge d'une demande d'IVG en médecine générale et en gynécologie » dans les départements de Midi-Pyrénées entre mars 2012 et novembre 2014, soit 108 participants. **Résultats** : 64 questionnaires ont été analysés. 27% des participants ont signé une convention avec un établissement de santé. 88% des participants ont amélioré leurs pratiques professionnelles après la formation. **Conclusion** : La formation a eu un impact positif. Actuellement 65 médecins sont conventionnés dans la région Midi-Pyrénées, soit une augmentation de 47% depuis 2007.

Mots clés : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville – Formation – Médecine générale – Midi-Pyrénées

TITLE : IMPACT OF A TRAINING ON MEDICAL ABORTION OVER THE MANAGEMENT AND ORIENTATION OF PATIENTS BY MEDICAL PRACTITIONERS IN MIDI – PYRENEES DEPARTMENT**SUMMARY :**

Introduction : According to general practitioners, the lack of training is the first obstacle towards achieving medical abortion. The objective of this thesis is to evaluate the impact of a medical abortion training on the professional practice of the participants. **Method**: This descriptive observational study is based on a questionnaire sent by email to the medical professionals participating to the training « management of a request for abortion by general practitioners and gynaecologist » in the Midi-Pyrénées department between March 2012 and November 2014 gathering 108 participants. **Results**: 64 questionnaires have been analysed. 27% of the participants have signed an agreement with a health facility. 88% of the participants have improved their professional practice after the training. **Conclusion**: The training had a positive impact. 65 general practitioners have actually signed an agreement in the department gaining 47% since 2007.

Keys words : Medical Abortion – home – Training – General Medicine – Midi-Pyrénées

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de Médecine de Rangueil

133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - FRANCE

Directrice de thèse: Docteur Sandrine MALVEZIN-MARQUIS

Codirecteur: Docteur Thierry BRILLAC