

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2016 par

Amandine K/OURIO

**ANALYSE DE PRATIQUE DE LA CONSULTATION DE
SUIVI APRES UNE IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE
AUPRES DES MEDECINS DU RESEAU REIV EN REGION
MIDI-PYRENEES**

Directrices de thèse : Dr SAINT-MARTIN Anne et Dr ESCOURROU Brigitte

JURY

Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane	Président
Monsieur le Professeur VAYSSIERE Christophe	Assesseur
Madame le Docteur ESCOURROU Brigitte	Assesseur
Madame le Docteur SAINT-MARTIN Anne	Assesseur

Remerciements

Merci,

A Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse ; veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur VAYSSIERE Christophe. Vous me faites l'honneur de juger mon travail ; soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur ESCOURROU Brigitte. Vous me faites l'honneur de juger mon travail et de co-diriger cette thèse ; veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements.

A Madame le Docteur SAINT-MARTIN Anne, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Je suis très honorée que tu aies accepté cette aventure avec moi. Merci pour ton enseignement en tant que maître de stage, pour tes conseils, ta disponibilité, ta patience, ta bonne humeur et tes encouragements en tant que directrice de thèse.

Merci,

Aux Docteurs Jean Louis GALAUD, au Docteur Anne AYOUB et au réseau ReIV-MP, pour l'ensemble de leurs conseils et au temps consacré à ce travail.

Aux Docteurs JULIEN Philippe, LORRAIN Marc, MAHAIE Sandra, DUCOS DE LAHITTE Emeline, BRIOLE Maïlis pour m'avoir accompagnée, enseigné et transmis l'envie d'exercer la médecine générale.

Aux Docteurs DECOTTE Eva et WARLOP Gisèle pour votre accueil à Tarbes.

A tous mes amis qui m'ont accompagnée durant toutes ces années : Lisa, Roxanne, Sarah, Laura, Aurélie, Cyrielle, Pierre, Oriane, Quentin, Kevin, Laurie, Morgane, Marion.

A ces cadurciens d'un semestre et amis pour la vie, pour tous ces moments passés ensemble Sophie, Marie, Cécile, Matthieu, Mathilde et Nathalie. A Violaine, Olivier et au petit Dubois ; à Charlotte, Benjamin et Lucas ; à Matthieu, Agathe et leurs princesses pour leurs rires.

A mes co-internes, pour ces belles rencontres : Anais, Tabita, Alexiane.

A Manon, pour ton amitié et ta confiance depuis toutes ces années.

A Anais, Emilien, Pauline, Donatien, Laetitia, Benoît, Perrine, Romain et Helmut pour la belle équipe que vous faites, pour ces voyages, ces randonnées, ces colocations partagées avec vous, pour la joie que vous m'apportez.

A toi Julie et ta famille, pour ton amitié.

A Marie pour le temps que tu as accordé à ce travail, pour ton sourire et ton amitié et bien sûr à Matthieu.

A Elsa, Anne-Laure et Anne ma dream team d'acupuncture.

A ma belle famille, Judith, Jacques, Nathalie, Jean-Louis et Jules pour votre confiance, votre générosité et votre gentillesse.

A Matthieu et Roch pour leur patience et leur présence à nos côtés.

A mes grands parents Yves et Gilberte, pour leur soutien, à qui je pense très fort. A ma grand-mère Margarida, à Nelson, Margarida, Alexandrina et Sophie pour leur gentillesse inépuisable.

A Isabelle, ma marâtre adorée.

A mes sœurs, Lise, Claire et Mathilde ; vous êtes formidables ne changez rien.

A mes parents, vous m'avez toujours soutenue, toujours été là pour moi ; je sais que je peux compter sur vous, alors merci, merci pour tout, je vous aime.

A toi William qui partages ma vie, pour ta patience, pour ta joie de vivre, pour ton rire, ton regard bienveillant. A toi, qui me rends heureuse et fière, à toi qui me donnes envie d'avancer, à toi qui me soutiens quoiqu'il arrive. Merci mon amour.

Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CDPEF : Centre Départemental de Planification et d'Education Familiale

CNGOF : Collège National de Gynécologie et Obstétrique Français

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

FIGO : The International Federation of Gynecology and Obstetrics

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

hCG : hormone Chorionique Gonadotrope humaine (humain Chorionic Gonodotropin)

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

ReIV MP : Réseau Interruption Volontaire de grossesse et de contraception en région Midi-Pyrénées

REVHO : Réseau Entre Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

PV : Perdues de Vue

SA : Semaine d'Aménorrhée

Se : Sensibilité

Spé : Spécificité

VPP : Valeur Prédictive Positive

VPN : Valeur Prédictive Négative

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	3
2	GENERALITES	4
2.1	Histoire de l'IVG.....	4
2.2	Etat des lieux en France et en Midi-Pyrénées.....	5
2.3	Présentation du réseau ReIV-MP.....	5
2.4	Réalisation de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé.....	6
2.4.1	Cadre réglementaire.....	6
2.4.2	Les molécules utilisées	7
2.4.3	Etapes de l'IVG médicamenteuse « en ville ».....	8
2.5	Consultation de suivi post-IVG médicamenteuse.....	10
2.5.1	Objectifs de la consultation post-IVG.....	10
2.5.2	Limites de la consultation post-IVG et justification de l'étude.....	10
3	MATERIEL ET METHODES.....	12
3.1	Recherche bibliographique.....	12
3.2	Etude préliminaire.....	12
3.2.1	Objectifs.....	12
3.2.2	Résultats.....	12
3.2.2.1	Supports utilisés pour conserver les données de l'IVG.....	13
3.2.2.2	Le nombre moyen d'IVG par an et par médecin.....	13
3.2.2.3	La motivation des médecins	14
3.2.2.4	Conclusion.....	14
3.3	Étude principale	14
3.3.1	Objectifs de l'étude.....	14
3.3.2	Population étudiée.....	14
3.3.3	Recueil des données.....	14
3.3.3.1	Questionnaire médecins.....	15
3.3.3.2	Fiches de consultation post-IVG.....	15
3.3.4	Analyse statistique.....	15
4	RESULTATS.....	16
4.1	Fiches de consultation	16
4.1.1	Perdus de vue.....	16
4.1.2	Patientes venues en consultation.....	16
4.1.2.1	Taux de succès et d'échec.....	16
4.1.2.2	Examen clinique	17
4.1.2.3	Symptômes	18
4.1.2.4	Complications et prise en charge.....	20
4.1.2.5	Examen complémentaire	21
4.1.2.6	Contraception	22
4.1.2.7	Vécu psychologique.....	22
4.2	Questionnaire médecin	22
4.2.1.1	Caractéristiques générales de la population	22
4.2.1.2	Caractéristiques générales de la pratique.....	23
4.2.1.3	Les complications.....	24
4.2.1.4	Les perdus de vue.....	25
4.2.1.5	Contraception	26
4.2.1.6	Difficultés rencontrées.....	26
4.2.1.7	Les commentaires.....	27
5	DISCUSSION.....	28

5.1	Les limites de l'étude.....	28
5.1.1	Les biais.....	28
5.1.2	Le taux de participation.....	28
5.1.3	La durée de l'étude.....	28
5.1.4	Une population inhomogène.....	28
5.2	Les avantages de l'étude.....	29
5.2.1	Le réseau	29
5.2.2	Les fiches et le questionnaire.....	29
5.3	Les objectifs de la consultation de suivi post-IVG.....	30
5.3.1	Contrôle de l'efficacité	30
5.3.1.1	L'examen clinique.....	30
5.3.1.2	Les examens complémentaires.....	32
5.3.2	Les complications et la prise en charge.....	33
5.3.3	La contraception.....	35
5.3.4	Le vécu.....	36
5.4	Les difficultés et les améliorations possibles.....	37
5.4.1	Le taux de réussite.....	37
5.4.1.1	La posologie.....	37
5.4.1.2	Voies d'administration.....	38
5.4.1.3	Répétition des doses de Misoprostol.....	39
5.4.2	L'interprétation des résultats.....	39
5.4.3	Les perdues de vue.....	40
5.4.4	Vers de nouveaux protocoles ?.....	40
5.5	Vers une simplification ?.....	41
5.5.1	Test urinaire et téléphone.....	41
5.5.2	Télémédecine.....	42
5.5.3	Les limites.....	42
6	CONCLUSION.....	44
7	BIBLIOGRAPHIE.....	46
8	ANNEXE.....	51

1 INTRODUCTION

L'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) est autorisée en France depuis la loi Veil du 17 janvier 1975. Depuis une dizaine d'années, le nombre d'IVG est relativement stable avec en 2013, 229 000 IVG pratiquées. (1)

L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée en ville depuis juillet 2004 par des médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et ayant passés une convention avec un établissement de santé. Le délai gestationnel doit être de moins de 7 semaines d'aménorrhée. En 2013, en France, les IVG médicamenteuses représentaient 58% du total des IVG et 16% étaient pratiquées en ville. En région Midi-Pyrénées, le nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées en ville a légèrement augmenté par rapport à l'année 2012 passant de 10 à 11,4% des IVG totales pratiquées.(1)

Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), l'IVG médicamenteuse se déroule sur plusieurs consultations, dont une visite de contrôle entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour post-IVG. Elle a pour but de contrôler l'efficacité de la méthode, de diagnostiquer d'éventuelles complications, de vérifier la contraception et de proposer au besoin un accompagnement psychologique. (2)

Cependant, cette consultation soulève plusieurs problèmes, notamment le nombre de perdues de vue, qui peut être considéré par certains médecins comme une difficulté (3). Et d'après différentes études françaises, le taux d'inobservance varie de 18 à 37,5%. (4) (5) (6) (7)

D'autre part, certains auteurs s'interrogent sur le bien fondé de cette consultation et envisagent de l'effectuer autrement et de simplifier la méthode de surveillance.

Nous avons voulu faire le point sur cette consultation de suivi post-IVG auprès des médecins pratiquant l'IVG médicamenteuse en ville en région Midi-Pyrénées au sein du réseau ReIV-MP (Réseau Interruption Volontaire de grossesse et de contraception en région Midi-Pyrénées). L'objectif principal de cette étude est une analyse de pratique au cours de cette consultation, afin de savoir si elle répond à ses objectifs, quels sont les points-clés de cette consultation en pratique et de les comparer à la littérature. Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les médecins durant cette consultation, de proposer des améliorations et de voir si la simplification de cette consultation est possible.

2 GENERALITES

2.1 Histoire de l'IVG

- 1967 : Loi NEUWIRTH, droit à la contraception.
- 17 janvier 1975 : Loi VEIL, autorisation de l'IVG.
- 1982 : Loi ROUDY, remboursement partiel par la Sécurité Sociale.
- 1988 : AMM de la Mifépristone.
- 2000 : Simplification de l'accès à la contraception d'urgence notamment pour les mineures.
- 4 juillet 2001 : Autorisation de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, avec possibilités pour les mineures de demander une IVG sans autorisation parentale, mais accompagnées d'une personne majeure de leur choix. Possibilité de réaliser des IVG en dehors des établissements de santé.
- 2004 : Autorisation de l'IVG médicamenteuse en ville par un médecin justifiant d'une formation professionnelle et ayant passé une convention avec un établissement de santé, pour les grossesses jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée.
- 2007 et 2009 : Autorisation pour les centres de santé et centres de planification et d'éducation familiale à pratiquer les IVG médicamenteuses.
- 2013 : Remboursement à 100% de l'IVG par la Sécurité Sociale.
- 4 août 2014 : Suppression de la notion de détresse pour les conditions de recours à l'IVG et sanction à toute entrave à l'information sur l'IVG.
- 2016 : Suppression du délai de réflexion de 7 jours. Les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses. Remboursement intégral de l'IVG (biologie et échographie comprises).

2.2 Etat des lieux en France et en Midi-Pyrénées

Selon la DREES(1) (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), le nombre d'IVG est relativement stable depuis une dizaine d'années. En 2013, il y a eu 229 000 IVG réalisées en France, 58% étaient des IVG médicamenteuses et 16% étaient pratiquées hors établissement de santé. Pour la région Midi-Pyrénées, il y a eu 9 547 IVG, dont 1 088 en ville, soit 11,4% des IVG de la région. Ainsi, la région Midi-Pyrénées était la 8 ème région pour le nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées en France (DOM-TOM inclus).

Selon l'ANCIC (Association Nationale des Centres d'IVG et de la Contraception) en 2011, sur la région Midi-Pyrénées, il y avait 45 médecins libéraux conventionnés, et 32 établissements de santé. En particulier, depuis janvier 2016, le CDPEF (Centre Départemental de Planification et d'Education Familiale) de Toulouse pratique des IVG médicamenteuses.



Répartition de l'offre de soins pour les IVG en région Midi-pyrénées, www.ivgles.adresses.org

2.3 Présentation du réseau ReIV-MP

Le réseau ReIV-MP a vu le jour en 2007 suite à un regroupement de médecins désirant créer un réseau ville/hôpital pour prendre en charge les IVG en région Midi-Pyrénées. Dans un premier temps, cela s'est fait avec un fonds d'aide à la qualité des soins de ville puis par la suite en partenariat avec un organisme de développement professionnel

continu.

En 2015, en relation avec le réseau national REVHO (Réseau Entre Ville et Hôpital pour l'Orthogénie) et l'ANCIC, il regroupait 37 médecins libéraux, les services d'orthogénie des centres hospitaliers de l'hôpital Joseph Ducuing et du CHU Paule de Viguier, les Centres départementaux de planification et d'éducation familiale de Midi-Pyrénées, et le Mouvement Français pour le Planning Familial. Le réseau s'inscrit dans différentes dynamiques dont : assurer l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville, informer les professionnels de santé et le public sur cette méthode, poursuivre la formation initiale et continue des médecins et des paramédicaux, évaluer et améliorer les pratiques.

Le réseau s'inscrit dans une démarche de santé publique, il a notamment participé à la mise en place du site www.ivglesadresses.org pour que les patientes puissent trouver facilement un médecin pratiquant les IVG, ce qui contribue à l'élaboration du PEVAS (Programme régional d'Education à la Vie Affective et Sexuelle) de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

2.4 Réalisation de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

2.4.1 Cadre réglementaire

D'après la loi de 2001 et suite à l'arrêté de juillet 2004, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées hors établissement de santé jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée par tout médecin justifiant d'une expérience professionnelle : soit par une qualification universitaire en gynécologie, soit par une formation théorique et pratique permettant la délivrance d'un certificat attestant les compétences du médecin pour la réalisation des IVG médicamenteuses.

Le médecin doit alors signer une convention avec un établissement de santé disposant d'un plateau technique pour pouvoir prendre en charge les éventuelles complications de l'IVG. Elle est établie pour un an avec tacite reconduction et une copie est adressée au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et à celui des Pharmaciens et à la CPAM.(2) (8)

2.4.2 Les molécules utilisées

C'est au médecin de se procurer en officine les médicaments nécessaires à l'IVG médicamenteuse : la Mifépristone (MIFEGYNE ®) et une prostaglandine le Misoprostol (GYMISO ®, MISOONE ®) ou le Géméprost.(2)

Selon ANSM 2014 et 2015 les caractéristiques de ces médicaments sont les suivantes :

Mifépristone cp de 200 mg :

C'est un stéroïde de synthèse à action anti-progestative par compétition avec la progestérone au niveau de ses récepteurs.

Elle sensibilise le myomètre aux contractions induites par les prostaglandines et permet la dilatation du col utérin.

Indications thérapeutiques :

- interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive au plus tard au 63ème jour d'aménorrhée
- ramollissement et dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse du premier trimestre
- préparation à l'action des analogues des prostaglandines dans l'interruption de grossesse pour raison médicale
- induction du travail lors des morts fœtales in utero

Contre-indications :

- insuffisance surrénalienne chronique
- allergie connue à une substance active ou à un excipient
- asthme sévère non contrôlé par le traitement
- porphyrie héréditaire
- grossesse non confirmée par échographie ou prise de sang
- grossesse de plus de 63 jours d'aménorrhée
- suspicion de GEU

Misoprostol 200 mg cp :

MISOONE ®, GYMISO ® ont l'AMM pour les IVG médicamenteuses.

C'est un analogue synthétique de la prostaglandine E1. Il entraîne des contractions des fibres musculaires lisses du myomètre et un relâchement du col utérin. Son action est potentialisée par la Mifépristone.

Indications thérapeutiques :

- interruption médicale de grossesse intra-utérine en association avec la Mifépristone au plus tard au 49^{ème} jour d'aménorrhée
- préparation du col utérin avant une interruption chirurgicale de grossesse au cours du premier trimestre

Contre-indications :

- allergie connue aux prostaglandines ou à un excipient
- grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie
- suspicion de GEU
- grossesse de plus de 50 jours

2.4.3 Etapes de l'IVG médicamenteuse « en ville »

L'IVG médicamenteuse en ville se déroule sur plusieurs consultations.

La consultation préalable à l'IVG, qui n'est pas comprise dans le forfait de remboursement par la sécurité sociale, peut être réalisée par n'importe quel médecin. La patiente se présente pour une demande d'IVG et le médecin l'informe sur les différentes techniques possibles en fonction de l'âge gestationnel et lui propose un entretien psycho-social (obligatoire pour les mineures). Il lui remet une attestation de première consultation. Depuis 2016, avec la Loi Santé, le délai de réflexion de 7 jours est supprimé.

Durant la première consultation, le médecin pratiquant les IVG vérifie l'âge gestationnel, les contre-indications éventuelles à l'IVG médicamenteuse. Le médecin lui prescrit un groupage sanguin ABO, un dosage des hCG plasmatiques et l'échographie de datation. Il lui explique la procédure, lui remet un dossier guide, lui propose un dépistage des IST et un FCV. Il aborde la contraception qui sera envisagée après l'IVG, puis fixe les prochaines dates pour l'IVG. La patiente doit se situer à moins d'une heure du centre

hospitalier de référence en cas d'urgence.

La deuxième consultation correspond à la prise de la Mifépristone (J1) après consentement écrit de la patiente. Le médecin délivre à la patiente les informations sur la conduite à tenir en cas d'effets secondaires, lui remet les coordonnées du centre hospitalier de référence en cas d'urgence, avec une fiche de liaison. Il lui prescrit le traitement antalgique et la contraception à débiter le jour de la prise du Misoprostol et, si besoin, lui administre une dose de gammaglobuline anti-D en prévention de l'incompatibilité Rhésus. Le médecin transmet la fiche de liaison au centre référent. Il rappelle à la patiente la nécessité de la consultation de contrôle après l'IVG, lui prescrit un examen complémentaire de contrôle à faire pour cette consultation (échographie ou hCG plasmatiques). Le médecin remet des comprimés de Misoprostol à prendre à domicile entre 36h-48h après la prise de Mifépristone. La patiente doit être accompagnée par un proche pour le soutien et pour la surveillance en cas de complications (cette étape correspond en fait à la troisième consultation mais qui se déroule au domicile de la patiente).

La dernière consultation correspond à la visite de contrôle qui se déroule entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après la prise de Mifépristone.

Depuis mars 2013, le forfait IVG est remboursé à 100% par la sécurité sociale. A l'origine, la consultation préalable, les analyses biologiques et les échographies n'étaient pas comprises dans ce forfait, mais depuis avril 2016, tout est intégralement pris en charge.

Depuis avril 2016, une nouvelle cotation de l'IVG médicamenteuse en ville est appliquée. Auparavant, la cotation était un forfait honoraire de ville auquel s'ajoutait un forfait médicament de ville (= **191.74 €** = 100 + 91.74) et comprenait toutes les consultations et l'achat des médicaments. Actuellement, le forfait médicament de ville a été supprimé et la consultation de consentement et la consultation de suivi sont comptées en dehors du forfait à 25 euros chacune. Le montant de ce forfait s'élève désormais à 137,52 euros.

De plus, depuis le 29 janvier 2016, les sages femmes sont autorisées à pratiquer des IVG médicamenteuses.

2.5 Consultation de suivi post-IVG médicamenteuse

2.5.1 Objectifs de la consultation post-IVG

Selon l'HAS, (2) et la littérature (9), la visite de contrôle est une visite essentielle et obligatoire en France, à réaliser entre le 14ème et le 21ème jour post-IVG. Elle a comme objectif de :

- contrôler l'efficacité de la méthode par un examen clinique, associé soit à un dosage des hCG plasmatiques, soit à une échographie pelvienne, pour détecter une éventuelle grossesse évolutive
- diagnostiquer d'éventuelles complications, comme une rétention mais aussi une infection
- vérifier l'adéquation de la contraception aux besoins de la femme
- proposer un entretien psychologique si besoin

2.5.2 Limites de la consultation post-IVG et justification de l'étude

En pratique, la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse présente certaines limites. En effet, la visite de consultation de suivi peut présenter un taux de perdues de vue variant de 18 à 37,5%, selon plusieurs études françaises. (4) (5) (6) (7) (10)

En plus de la visite, les examens complémentaires indispensables à la surveillance de la méthode demandent une organisation et une disponibilité supplémentaire aux patientes notamment pour l'échographie faite en ville ce qui peut réduire l'observance. C'est le cas notamment de l'échographie faite en ville qui peut demander un délai d'attente selon les centres de radiologie dès lors que le médecin pratiquant les IVG ne la pratique pas lui-même. L'échographie pelvienne endo-vaginale peut être mal vécue par les patientes et le dosage des hCG plasmatiques reste un examen invasif. Le coût est d'environ 56,70 € pour l'échographie pelvienne et d'environ 20 euros pour le dosage des hCG plasmatiques.

Ainsi certains auteurs envisagent de simplifier cette dernière visite et de l'effectuer autrement que ce soit par un test urinaire semi-quantitatif et par téléphone ou par télémedecine. (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)

Au vu de la littérature, nous nous sommes demandées ce qu'il en était, en pratique, de cette consultation en région Midi-Pyrénées.

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été faite à partir de différentes bases de données et grâce à l'accès aux périodiques électroniques de la bibliothèque de l'Université Paul Sabatier dont PubMed, E.M.Premium, Cairn, Cochrane Library, mais aussi le Sudoc en utilisant les mots clés suivant :

Français : IVG médicamenteuse, observance, visite de contrôle ou post-IVG, compliance, complication, contraception, perdues de vue.

Anglais : medical abortion/termination, return visit, visit control, post abortion visit, follow up visit, complication, contraception, loss follow up.

3.2 Etude préliminaire

3.2.1 Objectifs

Tout d'abord, nous avons mené une enquête préliminaire qui avait pour objectifs de (cf. Annexe 1):

- définir la méthodologie de la thèse. Comment recueillir les données ? Sur quel support les médecins conservent leurs données (papiers, logiciels informatiques) ? En effet, la multiplication des supports faisait supposer une hétérogénéité des données et donc un recueil rétrospectif compliqué.
- définir la moyenne d'IVG par an et par médecin, pour connaître le nombre d'IVG qu'il serait possible à analyser et la durée du recueil à envisager.
- évaluer la motivation des médecins à participer à l'étude.

3.2.2 Résultats

L'enquête a été menée du 8/09/2014 au 24/10/2014 sur 34 médecins inscrits au réseau ReIV-MP. Ils ont été contactés par mails et par téléphone.

91,2% des médecins ont répondu à l'enquête, 3 médecins n'ont pu être contactés directement malgré les relances.

3.2.2.1 Supports utilisés pour conserver les données de l'IVG

Plusieurs supports pouvaient être utilisés, soit : le logiciel MEDIVG, le logiciel professionnel, la fiche du réseau (cf. Annexe 2), le dossier papier. On note une hétérogénéité et donc on peut supposer une disparité sur les données.

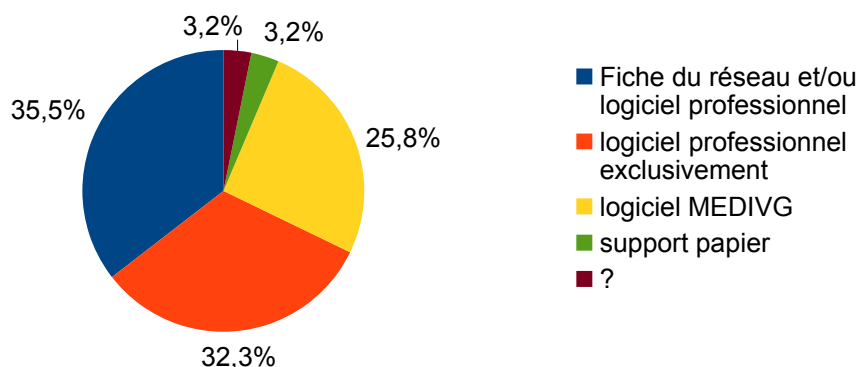


FIGURE 1 : Supports utilisés pour les dossiers

3.2.2.2 Le nombre moyen d'IVG par an et par médecin

D'après l'enquête, on comptabilisait au total environ 716 IVG par an pratiquées par le réseau. Ce chiffre est à moduler, car les données sont déclaratives et non précises. De plus, il existe une répartition du nombre d'IVG par an très différente selon les médecins. Ce qui suppose que pour une période de recueil qui serait trop courte, certains médecins auraient pratiqués peu d'IVG et/ou que certains médecins auraient peu d'IVG à analyser de manière rétrospective :

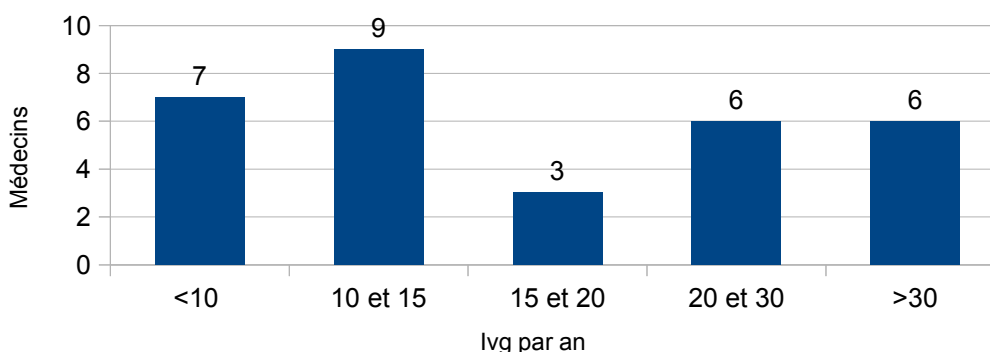


FIGURE 2 : Nombre d'IVG par an

3.2.2.3 La motivation des médecins

Dans l'ensemble, 94% des médecins étaient favorables pour participer à une étude.

3.2.2.4 Conclusion

D'après cette étude, il existe une disparité dans le support utilisé et les données à recueillir. De plus, le nombre d'IVG par an est très différent selon les médecins.

3.3 Étude principale

A la suite de cette étude préliminaire, il a été décidé de mener une étude observationnelle prospective.

3.3.1 Objectifs de l'étude

Objectif principal : la consultation de suivi post-IVG répond-elle à ses objectifs dans la pratique ?

Objectifs secondaires : observer les difficultés rencontrées par les médecins durant cette consultation, proposer des améliorations si besoin, et savoir si cette consultation pourrait être simplifiée.

3.3.2 Population étudiée

Les médecins du réseau ReIV-MP qui pratiquent des IVG médicamenteuses en ville ont été inclus. En 2015, le réseau comptabilisait à ce moment-là 37 médecins, un médecin a été exclu de l'étude car elle n'exerçait pas durant la période de recueil des données et n'a pu participer.

3.3.3 Recueil des données

L'enquête a été menée du 31/03/2015 au 30/09/2015. Des relances durant cette période ont été faites par mails, par téléphone et lors d'une réunion du réseau le 02/06/2015. L'étude était basée sur un questionnaire pour chaque médecin et des fiches à remplir pour chaque IVG médicamenteuse effectuée au cabinet de manière complètement anonyme. Les documents ont été adressés par courrier au médecin et le retour a été fait par enveloppes pré-timbrées ou mails.

Les documents ont été élaborés à partir du logiciel MEDIVG, de la fiche du réseau,

et selon les questionnaires adressés aux médecins au cours d'une enquête auprès des praticiens pratiquant l'IVG (menée par la DREES en 2007), d'après les objectifs de l'HAS et en se concentrant seulement sur la pratique du médecin au cours de cette consultation.

Selon l'HAS, l'efficacité de la méthode peut s'évaluer selon deux critères : le taux de succès, c'est-à-dire le taux d'avortement complet sans recours à une intervention chirurgicale, et le taux de grossesses évolutives.

3.3.3.1 Questionnaire médecins

Tous les questionnaires remplis et renvoyés ont été analysés de manière anonyme. Le questionnaire était composé de 21 questions portant sur la pratique de chaque médecin. Les questions ont permis de recueillir des informations sur les caractéristiques générales des médecins, sur leur pratique au cours de cette consultation de suivi post-IVG, et sur les difficultés rencontrées. (cf. Annexe 3)

3.3.3.2 Fiches de consultation post-IVG

Les fiches ont été analysées si la prise de la Mifépristone a été effectuée entre le 11/03/2015 et le 30/09/2015, en supposant donc que la consultation post-IVG a été effectuée ou aurait dû être effectuée entre le 31/03/2015 et le 20/10/2015 (en prenant comme critère les recommandations de l'HAS où la consultation post-IVG est effectuée au maximum à J21 de la prise de Mifépristone afin d'inclure un maximum de fiches). (cf. Annexe 4)

J1 correspond à la prise de Mifépristone.

3.3.4 Analyse statistique

Les données ont été analysées par le logiciel OpenOfficeCalc, le site Biostat TGV, le logiciel R, puis les données ont été croisées en utilisant le Test de Fischer pour les effectifs réduits et un test de corrélation de Pearson avec un seuil significatif pour $p < 0,05$.

4 RESULTATS

L'étude a été menée du 31/03/2015 au 30/09/2015 incluant 36 médecins, un médecin a été exclu parce qu'en congé maternité durant la période de recueil des données.

4.1 Fiches de consultation

55,6% des médecins ont renvoyé les fiches de consultation post-IVG et 151 IVG ont été incluses durant cette période, dont 127 consultations de suivi et 24 fiches concernant des patientes perdues de vue.

4.1.1 Perdues de vue

24 patientes ne se sont pas présentées à la consultation de suivi post-IVG soit un taux de 15,9% d'inobservance. 62,5% d'entre elles ont tout de même fait le dosage des hCG et tous les résultats montraient une IVG réussie selon la décroissance du taux des hCG plasmatiques.

4.1.2 Patientes venues en consultation

4.1.2.1 Taux de succès et d'échec

84,1% des patientes ont effectué la consultation dont 4 (2,7%) après une relance téléphonique.

Le taux de réussite était de 95,3% pour 121 IVG ce qui correspond au nombre d'IVG n'ayant pas nécessité de prise en charge chirurgicale. Le taux de grossesses évolutives était de 3,9%.

6 IVG (4,7%) ont nécessité une aspiration soit 4 grossesses évolutives et 1 rétention partielle ; pour l'autre rétention la prise en charge n'a pas été spécifiée, et a donc été comptabilisée comme chirurgicale.

Le délai moyen de consultation était à J17,2 de la prise de Mifépristone.

4.1.2.2 Examen clinique

L'examen clinique n'a pas été pratiqué dans 60,6% des cas, essentiellement parce que les patientes étaient asymptomatiques, soit 74,0% . Pour 5,2% des cas l'IVG a échoué et il n'y avait pas de symptôme.

L'examen clinique a été pratiqué pour 39,4% des cas, la plupart du temps de manière systématique et/ou pour la pose d'un Dispositif Intra Utérin (DIU).

Il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre le nombre d'années d'expérience du médecin à pratiquer les IVG et le fait d'effectuer ou non l'examen clinique à titre systématique ($p=0,925$), ni avec le fait d'effectuer ou non l'examen clinique et l'issue de l'IVG ($p=1$).

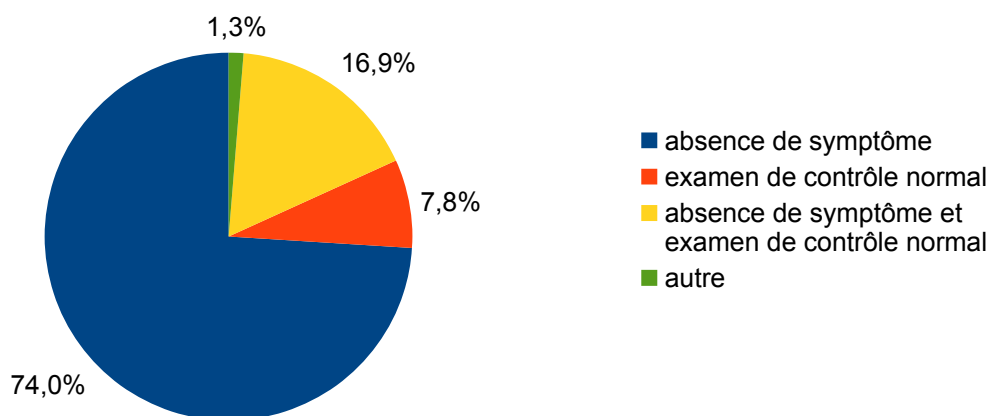


FIGURE 3: Motifs de non pratique de l'examen clinique

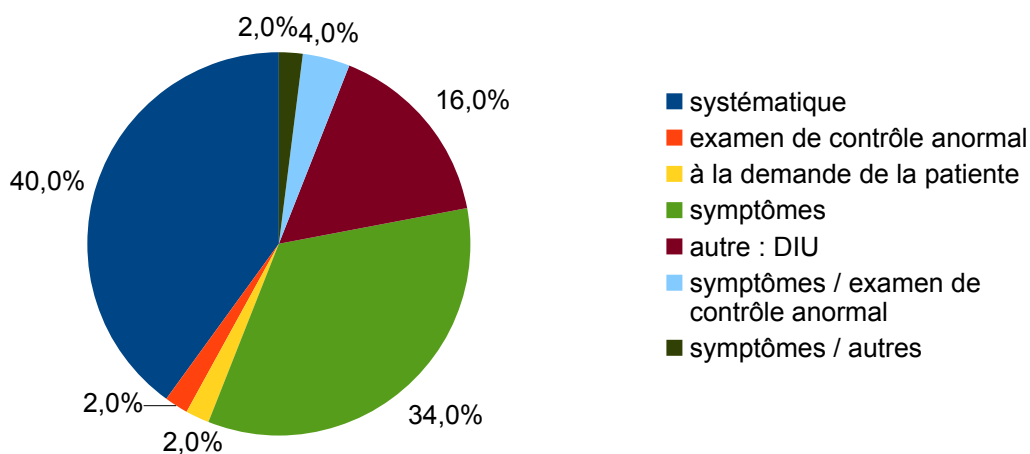


FIGURE 4 : Motifs de pratique de l'examen clinique

Au cours des consultations post-IVG, tous motifs confondus, les gestes les plus couramment effectués étaient le toucher vaginal et l'utilisation du spéculum, que l'on retrouve dans plus de la moitié des consultations. Lorsque la patiente présentait un symptôme, la palpation abdominale et l'utilisation du spéculum représentaient la majorité des gestes. Pour les consultations pratiquées à titre systématique, le toucher vaginal et la prise de tension artérielle étaient les gestes les plus pratiqués.

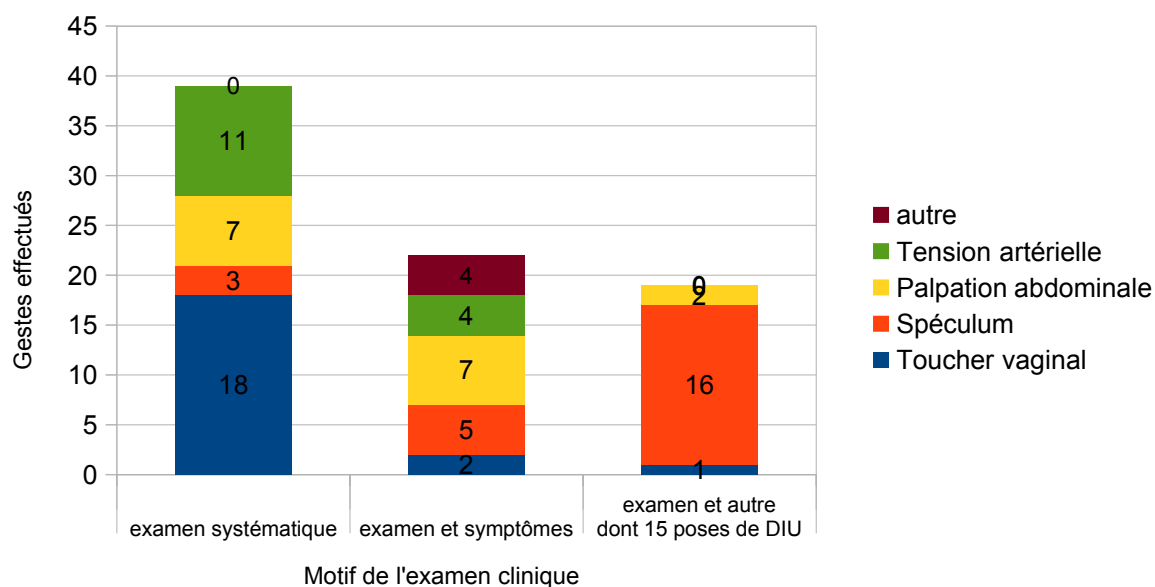


FIGURE 5 : Gestes pratiqués au cours de l'examen clinique et selon les motifs de consultation

4.1.2.3 Symptômes

Les symptômes n'étaient présents que pour 9,5% des IVG. Les saignements étaient les symptômes les plus fréquents, qu'ils soient seuls (33,3%) ou bien associés à d'autres symptômes (58,3%). Toutes les patientes présentant des symptômes ont été examinées.

Sur les patientes présentant des symptômes, 2 (16,7%) correspondaient à des complications de l'IVG pour rétention et 1 (8,3%) pour grossesse évolutive.

D'après les analyses, selon l'issue de l'IVG, il n'existe pas de différence significative entre les patientes présentant des symptômes et celles asymptomatiques ($p = 0,09$). Mais il existe un lien significatif entre les signes persistants de grossesse et l'issue de l'IVG ($p = 0,047$).

Symptôme	%	Echec	Succès	p
Patientes symptomatiques		2	10	p=0,09
Patientes asymptomatiques		4	111	
Saignements	41,6	1	4	p= 0,21
Douleurs	16,7	0	2	p=1
Douleurs+saignements	16,7	0	2	p=1
Signes persistants de grossesse	8,3	1	0	p= 0,047
Tachycardie, autre	16,7	0	2	p=0,1

TABLEAU 1 : Symptôme et issue de l'IVG

Lorsqu'on établit pour chaque symptôme leur validité à diagnostiquer une grossesse évolutive, il apparaît que les signes persistants de grossesse ont une spécificité et une valeur prédictive positive importantes. Donc si une patiente présente ces signes, la probabilité du diagnostic d'une grossesse évolutive est forte.

Symptômes	Grossesse évolutive	Se %	Spé %	VPP %	VPN %
Patientes symptomatiques	1	20	91	8	97
Saignements	0	0	96	0	96
Douleurs	0	0	98	0	96
Douleurs+saignements	0	0	98	0	96
Signes persistants de grossesse	1	17	100	100	96
Tachycardie et autre	0	0	99	0	96

TABLEAU 2 : Validité de chaque symptôme pour le diagnostic de grossesses évolutives

4.1.2.4 Complications et prise en charge

Les complications ont représenté 12 cas soit 9,5% des IVG, dont 3,9% de grossesses évolutives, répartis comme ceci :

	n	%
Rétention	4	3,2%
Grossesse évolutive	5	3,9%
Hémorragie	1	0,8%
Infection	0	0,0%
Autre : douleurs, image hétérogène échographique	2	1,6%

TABLEAU 3 : Complications

Pour les cas présentant une hémorragie, des douleurs intenses et des complications autres, l'IVG était réussie.

Pour les rétentions et les grossesses évolutives, leur présentation clinique est notée dans le tableau suivant :

4 Rétentions	n	%
Tachycardie	1	25,0%
Saignements	1	25,0%
Asymptomatique	2	50,0%

5 Grossesses évolutives	n	%
Signes persistants de grossesse	1	20%
Asymptomatique	4	80%

TABLEAU 4 : Symptômes et Complications

Pour les 12 complications, dans 33,3% des cas un avis spécialisé a été demandé et/ou une hospitalisation associée, dans 25% des cas une prescription médicamenteuse a été faite dont 2 cas avec une reprise de Mifépristone et/ou de Misoprostol.

Dans 41,7 % des cas une prise en charge chirurgicale par aspiration a été effectuée dont 4 grossesses évolutives et 1 rétention.

L'hémorragie a été spontanément résolutive, une prise en charge n'a pas été spécifiée pour une rétention et une hospitalisation pour hyperalgie a été nécessaire avec une IVG réussie par ailleurs.

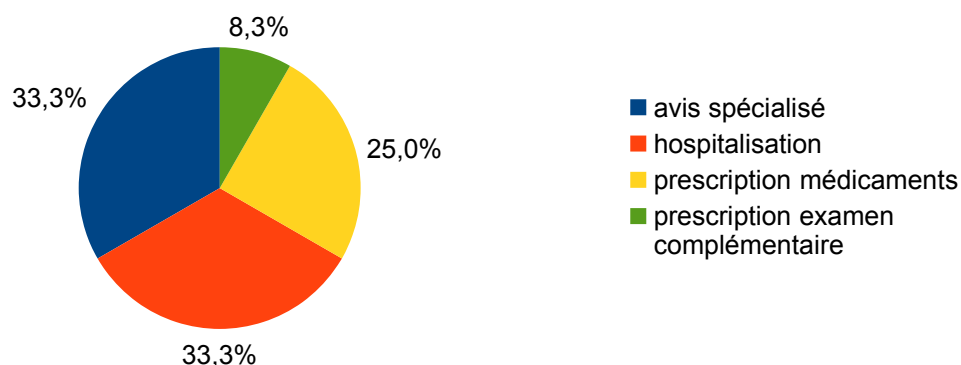


FIGURE 6 : Prise en charge des complications

Pour les rétentions, un seul cas a été pris en charge par aspiration, alors que pour les grossesses évolutives la prise en charge chirurgicale représentait 80%.

La prise en charge pour les rétentions et les grossesses évolutives est précisée dans le tableau suivant :

Rétentions	Prise en charge	n	%
Avis spécialisé	aspiration	1	25%
Reprise Mifégyne et Misoprostol	réussie	1	25%
Spontanément évacuée		1	25%
Non spécifié		1	25%

Grossesses évolutives	Prise en charge	n	%
Avis spécialisé	aspiration	1	20%
Avis spécialisé et hospitalisation	aspiration dont 1 suivi par une perforation utérine	2	40%
Reprise Mifégyne	réussie	1	20%
Hospitalisation	aspiration	1	20%

TABLEAU 5 : Prise en charge pour les rétentions et les grossesses évolutives

4.1.2.5 Examen complémentaire

L'examen complémentaire de contrôle le plus utilisé a été le dosage de hCG

plasmatisques, utilisé dans 86,6% des cas, et dans seulement 13,4% des cas l'échographie a été faite.

Les examens complémentaires, hCG ou échographie, ont permis de détecter toutes les grossesses évolutives et les rétentions.

Il n'y avait pas de lien significatif entre utilisation de l'échographie comme examen de contrôle et prise en charge chirurgicale ($p=0,59$) ; ni entre le type d'examen complémentaire utilisé et l'issue de l'IVG ($p=0,59$).

4.1.2.6 Contraception

Au cours de la consultation post-IVG, pour 48,3% des cas, la contraception a été prescrite à J1, dans 12,6% des cas il y avait une mise en place d'un DIU au cours de la consultation de suivi avec un délai moyen de 15,2 jours après la prise de Mifépristone. L'implant était mis en place dans 6,3% des cas avec un délai moyen de 14,3 jours après la prise de Mifépristone.

Dans 18,9% des cas il y avait une prescription d'une contraception répartie comme telle : 45,8% pour un DIU, 41,7% pour une pilule oestro-progestative, 8,3% pour une pilule progestative et 4,2% pour un patch contraceptif.

7,1% des femmes optaient pour des méthodes naturelles.

4.1.2.7 Vécu psychologique

Le vécu psychologique a été abordé dans 79,5% des cas, que ce soit par le médecin ou par la patiente ou par les deux. Dans 20,5% des cas il n'a pas été abordé.

4.2 Questionnaire médecin

4.2.1.1 Caractéristiques générales de la population

Il y a eu un taux de participation de 80,6% à ce questionnaire.

La population de médecins se répartit comme suit : 93,1% de médecins généralistes et 6,9% de gynécologues ; majoritairement féminines avec 72,4% de femmes et 27,6 d'hommes et un âge moyen de 43,1 ans.

Il y a une présence majoritaire des médecins en Haute-Garonne car la majorité des conventions sont signées avec le Centre Hospitalier Universitaire de Paule de Viguière.

5 médecins ont signé des conventions dans plusieurs établissements à la fois.



FIGURE 7 : Répartition des conventions par Centre Hospitalier de Référence en Midi-Pyrénées

4.2.1.2 Caractéristiques générales de la pratique

La consultation de suivi post-IVG est systématiquement programmée dans 79,3% des cas. 31% des médecins la programme entre J7 et J14 et 48,3% entre J14 et J21.

La durée de la consultation est de 10 à 20 min dans la majorité des cas.

Pour l'examen de contrôle utilisé, c'est le dosage des hCG plasmatiques qui prédomine, prescrit à 93,1%. Seulement 6,9% des médecins utilisent l'échographie pour le contrôle de l'IVG, soit un médecin généraliste et un médecin gynécologue qui pratiquent eux même l'échographie.

La décroissance attendue pour les hCG plasmatiques à partir d'un délai moyen de 15,2 jours après J1 est de 70-90% pour 37,9% des praticiens .

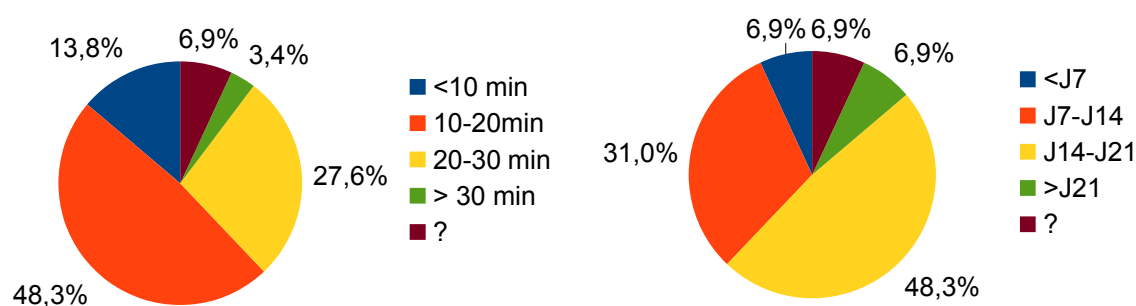


FIGURE 8 et 9 : Durée de la consultation post-IVG et délai de consultation post-IVG

Décroissance hCG attendue	n	% médecin	Délai moyen consultation post-IVG
70-90%	11	37,9%	J15,2
50-70%	8	27,6%	J12
30-50%	5	17,2%	J13,4
10-30%	2	6,9%	J20,5
<10%	1	3,4%	J21

TABLEAU 6 : Décroissance hCG attendu selon les médecins et le délai moyen de consultation

4.2.1.3 Les complications

Les complications les plus fréquemment rencontrées sont les avortements incomplets et les grossesses évolutives. Respectivement 72,3% et 55,1% des médecins ont déjà été confrontés à ce type de complications. Les infections, les hémorragies ou « autre » sont peu rencontrés.

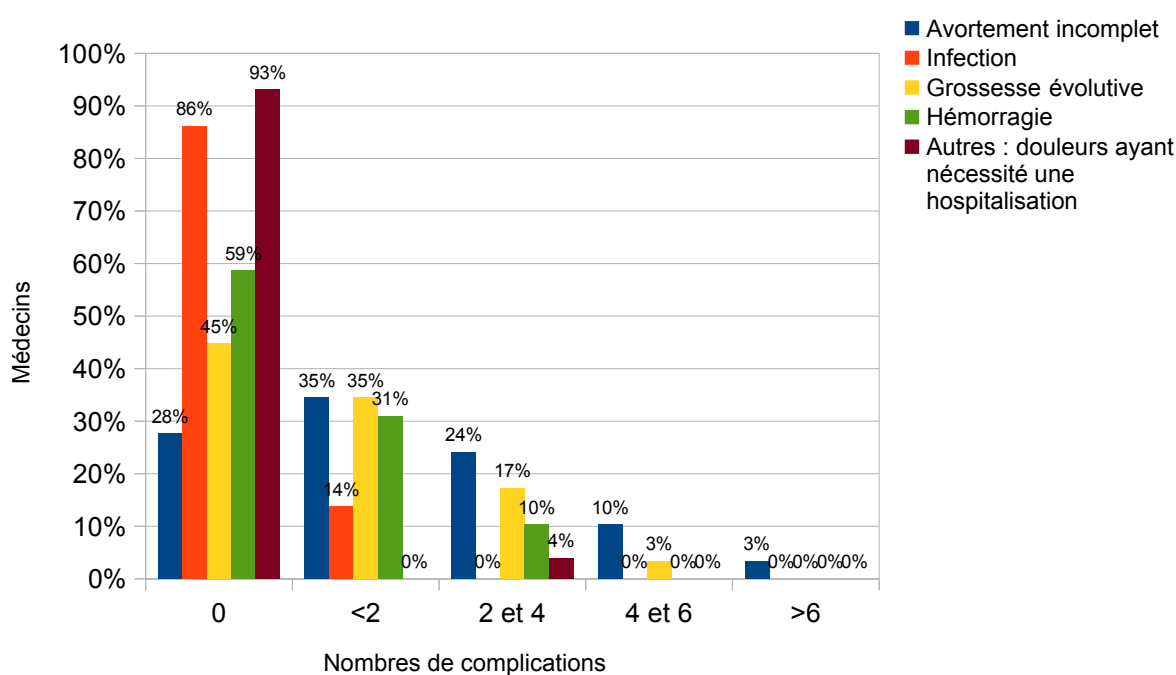


FIGURE 10 : Complications rencontrées au cours de l'exercice des médecins

La prise en charge des complications passe majoritairement par un avis spécialisé et/ou une hospitalisation mais varie d'une complication à une autre.

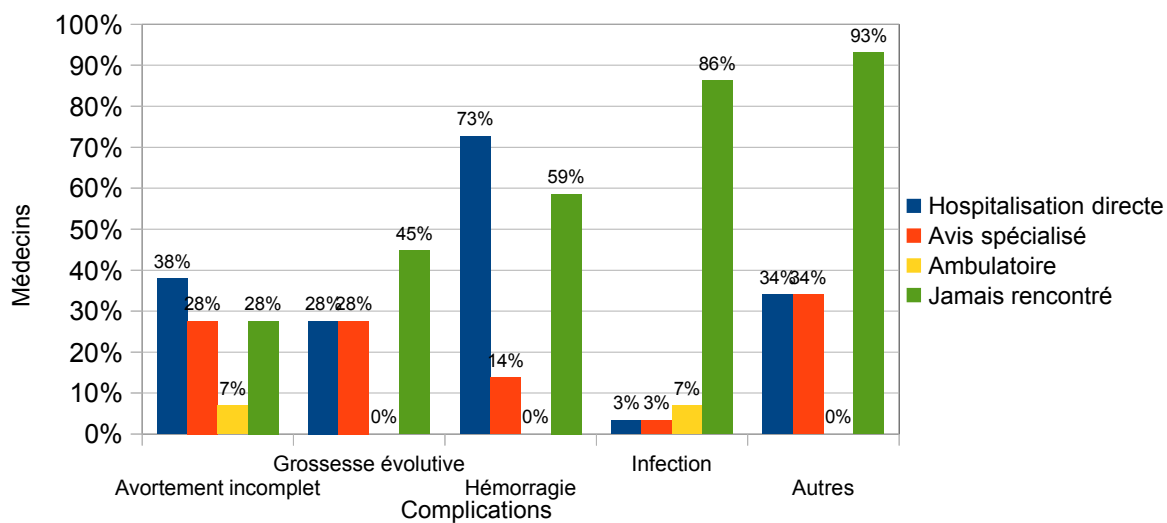


FIGURE 11: Prise en charge des complications

Dans l'ensemble, les médecins répondent ne pas avoir de difficulté dans la prise en charge des complications, sauf pour 13,8% d'entre eux à cause de la compliance de la patiente à la prise en charge, 10,3% par l'absence d'un protocole, et seulement 6,9% pour joindre le centre hospitalier de référence.

4.2.1.4 Les pertues de vue

Le taux de pertues de vue est très différent selon les médecins, 27,6% d'entre eux pensent avoir entre 10 et 20% de pertues de vues. Ce qui est confirmée par l'évaluation avec les fiches, où on retrouve un taux de pertues de vue de 15,9%.

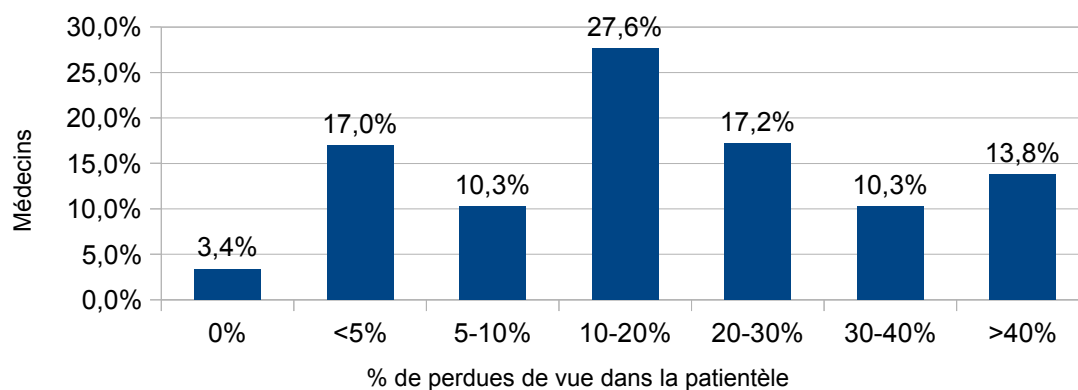


FIGURE 12 : Taux de pertues selon les médecins

Pour les médecins dont le taux de pertues de vue est supérieure à 30%, 4 (57,1%)

ne programment pas de manière systématique la consultation post-IVG et 6 (85,7%) ne relancent jamais ou parfois les patientes qui n'ont pas consulté.

Il existe un lien significatif entre relance des patientes et perdues de vue ($p = 0,0098$). Dans 44,8% des cas les médecins relancent les patientes qui ne se sont pas présentées, le plus souvent par téléphone 95,2%.

Les motifs de non relance sont dans la majorité des cas à 56,3% pour respecter le choix de la patiente, et dans 18,8% des cas par un manque de temps et /ou à cause de l'inefficacité de la relance.

Ni le délai de consultation ni le fait de programmer ou non de manière systématique la consultation de suivi n'ont de lien significatif avec le nombre de perdues de vue ($(p=0,42)$ et $(p=0,32)$).

20,7% des médecins pensent que plus de 50% des perdues de vue font quand même les hCG plasmatiques. Après l'analyse des fiches, 62,5% des perdues de vue ont quand même fait le dosage des hCG plasmatiques.

4.2.1.5 Contraception

58% des médecins mettent en place les DIU, 75,4% les implants sous cutanée et 10,3% font des injections intramusculaires de progestatif.

4.2.1.6 Difficultés rencontrées

Lors de la consultation de suivi post-IVG, dans l'ensemble peu de médecins présentent des difficultés au cours de cette consultation. Les difficultés les plus représentées sont le nombre de perdues de vue pour 44,8% d'entre eux, et 38,5% pour l'interprétation des examens complémentaires de contrôle (24,7% avec l'échographie et 13,8% avec hCG plasmatiques).

Difficultés	Oui	n
Perdue de vue	44,8%	13
Relation avec CHR	3,4%	1
Manque de formation	13,8%	4
Manque de temps	13,8%	4
Lourdeur administrative	10,3%	3
L'utilisation du logiciel MEDIVG	10,3%	3
L'interprétation des examens de contrôle	38,5%	11

TABLEAU 7 : Difficultés

37,9% des médecins seraient favorables pour pratiquer autrement cette consultation de suivi (autotest urinaire semi-quantitatif, téléphone) et la mise en place d'un protocole pour la prise en charge des complications, 31% se prononcent en faveur d'un protocole pour l'interprétation des examens complémentaires et 20,7% pour compléter leur formation sur la contraception.

4.2.1.7 Les commentaires

Les propos les plus fréquemment rapportés pour décrire cette consultation étaient : « rapide, utile et importante » notamment pour rediscuter de la contraception ou la mettre en place (DIU et implants). Seuls 3 médecins disaient la faire déjà « autrement ». L'importance du vécu psychologique abordé par le médecin était également mis en avant d'après leurs commentaires : « important sur le plan relationnel » « ressenti systématiquement abordé » « importante pour reparler du vécu ».

5 DISCUSSION

5.1 Les limites de l'étude

5.1.1 Les biais

Les limites de cette étude peuvent se définir tout d'abord par un biais de sélection car il a été décidé de travailler au sein d'un réseau où l'on peut supposer que les médecins sont intéressés par le sujet et sont désireux de faire évoluer leur pratique, ce qui peut augmenter le taux de participation par rapport à une étude faite sur une population hors réseau.

Il existe un biais dans le fait que les items relatifs au questionnaire étaient des questions fermées alors que certaines situations rencontrées au cours de leur exercice pouvaient être gérées au cas, par cas notamment pour la prise en charge des complications. De même certains items correspondent à des intervalles variables tels que : « combien de femmes ne reviennent pas à la consultation de suivi ? : 0% / <5% / 5 – 10% / 10 – 20% / 20 – 30% / 30 – 40% / >40% » avec des écarts plus ou moins importants, augmentant la répartition des résultats.

5.1.2 Le taux de participation

D'autre part, comme l'étude porte à la fois sur des fiches à remplir au cours de la consultation et sur un questionnaire, elle a demandé un investissement en temps aux médecins, ce qui a pu diminuer le taux de participation et de renvoi des fiches sur le long terme.

5.1.3 La durée de l'étude

L'étude a été débutée en avril, avant la période estivale et a été poursuivie après pour augmenter le taux de participation et le nombre d'IVG, mais elle a été arrêtée au bout de 6 mois parce que le taux de réponse pour les fiches commençait à s'amoinrir et ce malgré les relances. Ce phénomène a pu réduire le nombre d'IVG à analyser et donc limiter les résultats.

5.1.4 Une population inhomogène

La population de cette étude est avant tout représentée par des femmes 72,4%. Cela

peut s'expliquer par une féminisation croissante de la profession, et peut-être par une attirance plus forte de la gynécologie sur la population féminine que masculine ou aussi par une formation au cours des études médicales plus axée sur cette spécialité qu'antérieurement. En comparaison, la population de médecins inscrits au tableau de l'Ordre, est représentée par 45% de femmes. (21)

5.2 Les avantages de l'étude

5.2.1 Le réseau

Travailler avec un réseau a aussi été un avantage. En effet, le but d'un réseau est de mettre en place des démarches d'amélioration de la qualité des pratiques par des protocoles ou des actions de formation. Au sein de ReIV-MP, différents acteurs de santé se réunissent dans le but d'échanger leurs pratiques, leurs expériences, d'améliorer la coordination des soins et de développer les échanges ville-hôpital. Le travail au sein du réseau a donc été un avantage. Cela a aussi permis de mettre en avant des interrogations et des perspectives de travail répondant en retour à certains objectifs du réseau.

De plus, le réseau ReIV-MP regroupe 39 médecins, ce qui représente un effectif non négligeable des médecins pratiquant les IVG médicamenteuses en ville sur la région, car d'après les données de l'ANCIC de 2011 il y avait 45 médecins conventionnés en Midi-Pyrénées.(22) Bien que le taux de participation pour les fiches soit inférieur à celui du questionnaire cela permet d'avoir un aperçu de la pratique effectuée au cours de cette consultation sur la région, toute spécialité confondue. Cependant la population de gynécologues est peut être sous-représentée. Ils ne sont que 6,9% dans le réseau alors qu'en comparaison, selon les données du réseau REVHO, les gynécologues représentent 48,4% des conventions signées au sein des médecins libéraux de leur réseau au niveau régional.

La question en suspens est celle de savoir si tous les médecins formés à l'exercice de l'IVG médicamenteuse la pratiquent dans les faits.

5.2.2 Les fiches et le questionnaire

La mise en place des fiches et des questionnaires avait pour but de recueillir un maximum d'informations et d'uniformiser le recueil des données qui, d'après l'étude préliminaire, présentaient une certaine disparité. Les fiches permettaient un recueil des données en situation réelle de pratique dans le but d'augmenter la fiabilité des résultats par

rapport au seul recueil déclaratif. Elles se voulaient simples et rapides à remplir.

Fiches et Questionnaires avaient pour objectif de se compléter dans les informations à évaluer. Le questionnaire précisait en particulier les difficultés rencontrées par les médecins. Du fait que les complications sont rares au cours des IVG, il y avait un risque de ne pas en rencontrer beaucoup sur une courte période d'évaluation, le questionnaire permettait d'évaluer plusieurs années de pratique et d'éviter ce biais. De plus cela permettait d'inclure des médecins pratiquant peu, voire très peu d'IVG.

5.3 Les objectifs de la consultation de suivi post-IVG

5.3.1 Contrôle de l'efficacité

5.3.1.1 L'examen clinique

D'après notre étude 79,3% des médecins programment de manière systématique la consultation de suivi.

Cependant, dans la littérature les données ne sont pas toutes identiques. En effet, selon OMS (23), après un avortement médicamenteux jusqu'à 9 SA il n'y a besoin d'aucun suivi médical en raison de la grande efficacité des médicaments, seulement de conseiller aux femmes de revenir si elles présentent des signes persistants de grossesses, des saignements importants prolongés ou de la fièvre.

Au cours de l'IVG, les saignements durent en moyenne 14 jours mais peuvent aller jusqu'à 60 jours. Donc l'absence de symptôme correspond à des femmes n'ayant pas de symptômes anormaux à la suite de l'IVG, notamment des saignements trop abondants.

Les signes persistants de grossesse présentent une spécificité et une VPP importantes permettant de dire que leur présence est un signe-clé pour diagnostiquer une grossesse évolutive. De plus, il existe un lien significatif entre la présence de signes persistants de grossesse et l'issue de l'IVG ($p=0.047$). L'interrogatoire est important lors cette consultation mais une vérification par un examen complémentaire reste indispensable.

En comparaison à la littérature, d'après le CNGOF(24) (25), l'interrogatoire doit préciser les symptômes et savoir si la patiente a expulsé la grossesse : des douleurs de règles, des saignements (l'absence de saignement est un signe d'échec), la visualisation de l'œuf, et l'arrêt des signes sympathiques de grossesses. L'examen gynécologique est peu

parlant à ce stade et on recherchera surtout un volume utérin augmenté au toucher vaginal et des signes d'une infection s'il y a de la fièvre ou des leucorrhées.

Plusieurs études ont évalué l'estimation de l'issue de l'IVG par le médecin ou la patiente en dehors de l'examen complémentaire. La sensibilité représente la probabilité que les médecins et/ou les patientes déclarent que l'expulsion de la grossesse a bien eu lieu quand l'échographie le confirme. La spécificité représente la probabilité que les médecins et/ou les patientes déclarent que l'expulsion de la grossesse n'a pas eu lieu quand l'échographie le confirme. La valeur prédictive positive représente la probabilité que l'échographie confirme l'expulsion quand les sujets déclarent qu'elle a eu lieu et la valeur prédictive négative est la probabilité que l'échographie confirme que l'expulsion n'a pas eu lieu quand les sujets déclarent qu'elle n'a pas eu lieu.

Pymar (26) retrouve que les médecins, en se basant sur l'histoire des patientes (40 femmes pour des grossesses de moins de 49 jours), avaient un diagnostic avec une sensibilité de 95% une spécificité de 67%, VPP 95% et VPN de 33%.

Rossi (27) toujours en se basant sur l'interrogatoire, a évalué l'aptitude à diagnostiquer l'expulsion de la grossesse au cours de l'IVG par les médecins (Se 98% Spé 50% VPP 99,1% VPN 32%) et par les patientes (931 femmes pour des grossesses de moins de 63 jours) (Se 96,5% Spé 31,3% VPP 98,8% VPN 13,5%), quand les médecins et les patientes pensaient qu'il y avait bien eu expulsion du sac gestationnel l'échographie le confirmait dans 99,1% des cas (95% IC 98,2-99,6).

Dans l'étude de Perriera (16), les médecins téléphonaient aux patientes à J7 de la prise de Mifepristone et questionnaient les patientes sur le déroulement de la procédure à la maison sur 5 questions standardisées : « Avez-vous des douleurs et des saignements plus importants que durant vos règles ? / Avez-vous vu passer des caillots ? / Quel a été le nombre de tampons utilisés par heure ? / Vous sentez vous encore enceinte actuellement ? / Pensez-vous que la grossesse est passée ? ». Si les médecins pensaient que la grossesse se poursuivait, les patientes devaient revenir pour le confirmer sinon elles devaient faire un test urinaire de grossesse à J30. La capacité à prévoir l'expulsion par les médecins et les patientes étaient de Se 95,9%, Spé 50%, VPP 97,5% VPN 37,5%.

Par contre pour Jackson (28), d'après une étude cas-contrôle, les symptômes des patientes et l'auto-évaluation de l'avortement seuls sont modérément utiles pour identifier l'échec de l'IVG, (signes persistants de grossesses associés à des saignements vaginaux Se 67,9% Spé 79,3 et pour les signes persistants de grossesses associé à un doute sur

l'expulsion Se 77,8% et Spé 77,8%) et un contrôle objectif reste nécessaire.

Etudes	n	Population évaluée	Se %	Spé %	VPP %	VPN %
Pymar (26)	40	Médecins	95	67	95	33
Rossi (27)	931	Médecins et patientes	98	50	99,1	32
Perriera(16)	135	Médecins et patientes	95,9	50	97,5	37,5
Jackson(28)	106	Patientes	67,9	79,3	77,8	77,8

TABLEAU 8 : Etudes portant sur l'évaluation des patientes et des médecins sur l'issue de l'IVG

Dans notre étude, on retrouve 5,2% d'échec chez des patientes asymptomatiques, ce qui montre que les examens complémentaires sont indispensables au cours de cette consultation pour déterminer l'issue de l'IVG.

5.3.1.2 Les examens complémentaires

Au cours de l'étude 93,1% des médecins utilisent le dosage des hCG plasmatiques pour le contrôle de l'IVG, les 6,9% qui utilisent l'échographie la pratiquent eux même. Tous les échecs ont été détectés par l'une ou l'autre des méthodes. Au cours des consultations, le dosage des hCG plasmatiques a été majoritairement utilisé. Ceci s'explique par la facilité de l'accès à l'examen et la rapidité des résultats. Cela ne demande pas un nouveau rendez vous pour la patiente et évite les délais qu'il peut y avoir pour obtenir une échographie compte tenu que la plupart des médecins du réseau ne pratique pas eux-mêmes cet examen.

D'autres part, l'échographie est opérateur-dépendant pour l'interprétation du résultat et d'après plusieurs études cela peut augmenter les prises en charge chirurgicales inutiles. Dans l'étude de Gaudu(7), les aspirations étaient plus nombreuses avec l'échographie 2,05% qu'avec les hCG 0,94% ($p < 0,01$). Dans notre étude, il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre l'utilisation de l'échographie et la prise en charge chirurgicale. Ceci s'expliquant sûrement par le fait que ce n'est pas l'examen le plus utilisé. De plus, se sont les médecins eux-mêmes qui la pratiquent et donc qui ont une expérience suffisante de l'IVG pour interpréter cette dernière.

Dans la littérature, au cours de l'IVG il y a une décroissance d'abord rapide sur les trois premiers jours puis une décroissance un peu moins rapide les jours qui suivent (FIGURE 13). D'après Walker(29), une étude faite sur 29 femmes avec un âge gestationnel de moins de 45 jours, a montré une diminution de 50% du taux initial à 24 heures et de

plus de 99% à J14 dans les cas d'avortements complets. Dans l'étude de Honkanen (30) portant sur 34 femmes avec une grossesse de moins de 63 jours, la diminution du taux a été de $70,5 \% \pm 8,8\%$ à 24h et de $99,4 \% \pm 1\%$ à J14 .

Selon Fiala(31), une étude portant sur 217 femmes enceintes de moins de 49 jours d'aménorrhée, un taux d'hCG de moins de 20% de la valeur initiale entre J6-J18 après une IVG médicamenteuse, avait une VPP de 99,5% confirmée par l'étude de Clark (32)portant sur 172 femmes.

D'après certains articles (17) (33) (34), certains centres utilisent un seuil de hCG pour interpréter les résultats, car selon les études de Walker (29) et Honkanen (30) le taux de hCG plasmatiques chute d'environ 99% à J14. Jusqu'à 7SA le taux maximum moyen de hCG est de 100 000 UI/l et donc le seuil peut être fixé à 2000 UI/l à J7, 1000 UI/l à J14 et 500 UI/l à J21. Un dosage inférieur à la valeur seuil signale une IVG réussie ; dans le cas contraire une échographie doit être faite pour confirmer un probable échec.

La décroissance attendue des hCG par les médecins au cours de cette consultation montre une certaine disparité. Seulement 37,9% des médecins fixent une décroissance entre 70 et 90%. Peut-être la question n'a pas été bien comprise entre décroissance attendue/taux attendu en fonction du taux initial.

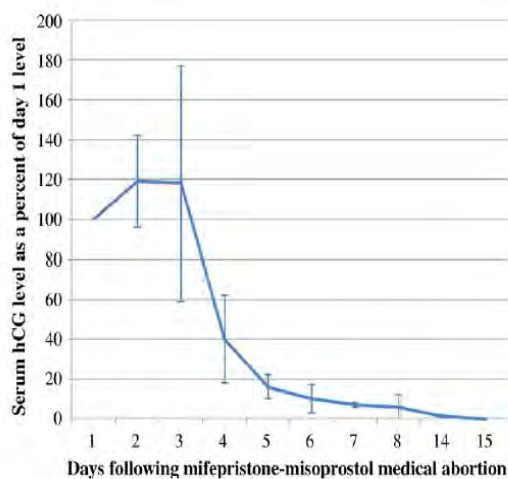


FIGURE 13 : Décroissance hCG selon Walker (29)

5.3.2 Les complications et la prise en charge

L'IVG médicamenteuse en ville est une méthode sûre avec peu de complications graves (7) (4) (5) (6) (35). Dans notre étude, nous retrouvons peu de complications 9,5%

des IVG.

Hémorragie :

Dans notre étude ne s'est présenté qu'un seul cas d'hémorragie qui a été spontanément résolutive sans nécessité d'hospitalisation ou de transfusion. Les hémorragies sont définies comme des saignements nécessitant plus de deux serviettes hygiéniques par heure sur plus de deux heures.

Dans la littérature, l'hémorragie nécessitant une transfusion représente 0 à 0,2% et une aspiration 0 à 2,6%(36) (24) (37) (38) (7). Les saignements après une IVG médicamenteuse diminuent progressivement sur deux semaines ; s'ils deviennent importants une prise en charge chirurgicale est requise.

Infection :

L'infection est une complication rare, environ 0,9% (36) (7) (24) (39), mais qui peut être potentiellement grave. Il a été rapporté des cas de chocs septiques à *Clostridium sordellii* aux Etats-Unis et au Canada à la suite de l'utilisation vaginale du Misoprostol, la causalité n'a pas été établie, il n'y a pas de recommandation sur l'antibioprophylaxie pour une IVG médicamenteuse (2) (23) (40). Dans notre étude aucun cas d'infection n'a été rapporté.

Grossesses évolutives et rétentions :

Dans notre étude un cas de rétention et un cas de grossesse évolutive ont bénéficié d'une reprise de traitement. De plus, 4 grossesses évolutives et une rétention ont été prises en charge chirurgicalement.

Il n'existe pas de recommandations ni de protocoles clairement établis auprès des Centres Hospitalier de Référence pour les grossesses évolutives ou pour les rétentions pour la reprise ou non du Misoprostol.

Dans le cas de grossesse évolutive la technique chirurgicale est la règle.

Selon l'OMS (23), en cas de grossesse évolutive la patiente doit être prise en charge chirurgicalement. Et pour un avortement incomplet il peut être proposé soit une surveillance simple avec réévaluation régulière, soit la reprise de Misoprostol à 600 µg par voie orale ou à 400 µg par voie sublinguale, soit une prise en charge chirurgicale.

Selon une revue de littérature sur l'utilisation hors AMM du médicament (41) dans un contexte de pertes de grossesse, on retrouve deux alternatives pour les grossesses

arrêtées : soit une aspiration chirurgicale (NP1) soit une prise de 800 µg de Misoprostol par voie vaginale (renouvelée au bout de 24h-48h) ou 600 µg par voie sublinguale (à renouveler au bout de 3 heures si besoin) (NP2). L'expectative dans ce cas n'est pas recommandée car il y a un risque plus élevé d'absence d'expulsion spontanée et donc de prise en charge chirurgicale non programmée (NP1).

Pour les fausses couches incomplètes (notamment images intra-utérine hyper-échogènes >15mm) il y a également deux alternatives : d'un côté l'aspiration chirurgicale (NP1) de l'autre la surveillance avec réévaluation s'il n'y a pas de saignements abondants qui peut être envisagée avec des taux de succès de 80% sans majoration des risques (NP1). En effet dans ce cas-là le Misoprostol n'améliore pas le taux d'évacuation à deux semaines par rapport à l'attente (NP2).

Autres :

Une hospitalisation a été requise pour un cas d'hyperalgie. Au cours de l'IVG médicamenteuse les douleurs sont quasiment systématiques du fait des contractions utérines et elles peuvent être d'intensité variable d'une patiente à une autre. La persistance des douleurs ou leur réapparition à distance doit faire rechercher une complication ; dans de rares cas l'utilisation d'antalgiques de palier 3 est nécessaire (23) (2).

Il n'a pas été retrouvé de grossesse extra-utérine au cours de l'étude.

5.3.3 La contraception

Dans notre étude 74% des prescriptions étaient faites avant la consultation de suivi, seulement 18,7% au moment de cette dernière dont 45,8% pour un DIU.

Selon l'étude Moreau (42), 64% des grossesses non désirées seraient dues à un échec de la contraception. Après l'IVG, 22,9% des patientes n'auraient pas de prescription pour une contraception ; lorsque c'est cependant le cas, il y aurait dans 50% des cas une prescription d'une pilule, à 16,5% celle d'un DIU et à 7,2% des cas un implant.

Nous retrouvons dans l'ensemble un taux de contraceptifs de longue durée d'action bien représenté, de l'ordre de 27,6%, et une majorité de médecin qui posent les DIU et beaucoup (75%) les implants progestatifs. L'avantage de ces modes de contraception est une efficacité indépendante de l'observance, nettement supérieure en pratique aux autres méthodes de contraception (selon indice de Pearl vs efficacité pratique cf. Annexe 5) et une diminution du nombre d'IVG répétées, notamment en cas de mise en place précoce.

Cela est important, car après une IVG une ovulation peut avoir lieu à partir du 10^{ème} jour post-IVG et pour 78% des femmes une ovulation s'est produite dans les 6 semaines suivant l'IVG (43). De plus, si on prend en compte le nombre de pertes de vue, le fait de proposer une contraception le plus tôt possible est nécessaire pour éviter des IVG répétées.

Patch transdermique, anneau vaginal, contraception orale combinées, et les progestatifs (pilule, implants ou injection intramusculaire) peuvent être débutés le jour de la prise du Misoprostol ou dès le lendemain en l'absence de contre-indication.

En ce qui concerne les DIU (en cuivre ou imprégné de Lévonorgestrel), d'après l'HAS (44) et l'OMS (43), ils peuvent être mis en place au moment de la visite de contrôle si la vacuité utérine est constatée ou si le dosage de hCG plasmatiques est négatif, autrement ils seront mis en place aux règles suivantes et une autre contraception doit être utilisée dans l'intervalle.

Les études de Sääv (45), qui portent sur 129 femmes après une IVG médicamenteuse et qui comparent une pose précoce (J7) et une pose tardive (J30) de DIU, ont montré que la pose précoce était bien tolérée et sûre, sans augmentation du taux d'expulsion ou de complication. Il en va de même pour l'étude Shimoni (46) qui concerne 156 femmes. D'après une thèse du Dr Rocchi (47) portant sur le vécu des femmes sur la pose immédiate d'un DIU, la pose est très bien vécue et reste un événement bien moins marquant que l'IVG.

Le délai moyen dans notre étude était de 15,2 jours pour la pose du DIU.

Les méthodes dites barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides) ont une efficacité moindre et les patientes doivent en être informées.

Les données recueillies ne concernent que la réévaluation de la contraception au cours de la consultation de suivi, ce qui limite l'interprétation des données. On ne peut les comparer à la contraception avant l'IVG ou aux prescriptions initiales du médecin avant cette consultation.

5.3.4 Le vécu

Dans 79,6% des cas le vécu psychologique a été abordé. Certains médecins considèrent cette consultation comme utile pour le recueil des impressions. Il n'a pas été retrouvé de complication psychiatrique. Dans l'ensemble, l'IVG a été bien acceptée.

D'après une revue de littérature (48), les études présentent une très grande hétérogénéité de méthodologie et de résultats, mais dans l'ensemble il ressort qu'il n'y a aucune preuve tangible pour affirmer actuellement que l'IVG augmente la fréquence des troubles mentaux ou que les patientes présentent plus de troubles mentaux à la suite d'une IVG.

5.4 Les difficultés et les améliorations possibles

Dans l'ensemble, il y a peu de difficultés rencontrées par les médecins au cours de cette consultation.

5.4.1 Le taux de réussite

Selon l'HAS, l'efficacité de la méthode peut s'évaluer selon deux critères : le taux de succès, c'est-à-dire le taux d'avortements complets sans recours à une intervention chirurgicale : il est compris entre 92 et 97% et le taux de grossesses évolutives, qui varie entre 0 et 3,6% selon les études, mais est d'environ 1% selon le protocole de l'AMM utilisé.
(2)

Dans notre étude le taux de réussite est de 95,3% et le taux de grossesses évolutives de 3,9%. Le taux de grossesses évolutives est supérieure à ce qui est constaté dans la littérature (38). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il n'y avait que la consultation de suivi post-IVG qui était prise en compte et non l'ensemble de la méthode ; de ce fait les protocoles médicamenteux ont pu être différents selon les médecins de part la posologie, la voie d'administration, ou la répétition des prises de médicaments.

5.4.1.1 La posologie

Le protocole ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) jusqu'à 7 SA est :

- 1 prise de 600 mg (3cp) de Mifépristone suivie de 36-48h plus tard de 400 µg de Misoprostol par voie orale ou de 1 mg de Géméprost par voie vaginale.
- 1 cp de Mifépristone suivie de 36-48h plus tard de 1 mg de Géméprost par voie vaginale.

L'efficacité des traitements est dépendante de l'âge gestationnel de la grossesse, de la voie d'administration et de la dose de la prostaglandine.

En pratique le Géméprost n'est pas utilisé en ville, car il est réservé à l'usage

hospitalier et présente des difficultés de conservation (congélation).(2)

Cependant l'HAS met en garde sur la possibilité de réduction de la dose de Mifépristone à 200 mg (hors AMM), qui présente d'après les études un taux de succès comparable à la dose de 600 mg, mais dont le taux de grossesses évolutives est plus important de l'ordre de 1 à 2,6%, et recommande aux praticiens de prévenir les patientes de ce risque.

Selon les sociétés savantes que sont l'OMS (23), FIGO (49), RCOG ((50)) et CNGOF(51), le schéma thérapeutique recommandé est : Mifépristone 200 mg suivi à 24h-48h de 800 µg de Misoprostol par voie sublinguale, vaginale ou buccale (comprimés contre les joues puis avalés les fragments au bout de 30 minutes). Pour le CNGOF (51), en cas d'administration orale la dose de Mifépristone recommandée est de 600 mg avec un délai de 36h-48h. La dose de 400 µg de Misoprostol par voie orale doit être réservée aux grossesses de moins de 49 jours.

Une méta-analyse de Raymond en 2013, (38) évaluant plus de 47 000 femmes consultant pour une IVG jusqu'à 63 jours de grossesse, montre pour une dose de 200 mg de Mifépristone un taux d'échec de 4,8% et un taux de grossesses évolutives de 1,1%. Et d'après l'analyse multivariée le risque d'échec serait lié à l'âge gestationnel, au délai de prise entre les deux molécules de moins de 24 heures, à une dose de Misoprostol inférieure ou égal à 400 µg et la voie orale par rapport aux voies vaginale, sublinguale ou buccale.

D'après deux études Shannon (52) et Coyaji (53), suite à une méta-analyse (54) qui comparent des doses différentes de Misoprostol 400 µg et 800 µg par voie orale après 200 mg de Mifépristone, le taux de réussite est similaire entre les deux groupes, mais il y a moins de grossesses évolutives pour la dose de 800 µg (0,10 IC 95% (0,01-0,76)). Il en va de même pour l'étude Von Hertzen (55) qui compare ces doses entre elles et les voies d'administration vaginales et sublinguales sur 3005 femmes ayant une grossesse de moins de 63 jours : d'après cette étude il y a un taux d'échec de 9,5% à 400 µg vs 5,8% à 800 µg ($p < 0,01$) et de grossesses évolutives supérieur avec la dose de 400 µg.

5.4.1.2 Voies d'administration

Toujours pour cette étude Von Hertzen (55), il n'y a pas de différence entre les voies d'administration sur le taux d'échecs ou de grossesses évolutives, mais des effets indésirables plus importants par la voie sublinguale qui était pourtant préférée par les femmes.

Pour Raymond (38), le risque d'échec était plus important avec la voie orale de même que le nombre de grossesses évolutives.

D'après une méta-analyse (54), la voie orale serait moins efficace que la voie vaginale et serait associée à plus d'effets indésirables (OR 3,05 IC 95% (1,98-4,70)) ; de même, le taux de grossesses évolutives seraient plus importants par rapport à la voie sublinguale (OR 0,21 IC 95% (0,06-0,72)) et buccale (OR 0,27 IC 95% (0,09-0,82)).

D'après une revue de littérature sur l'utilisation hors AMM du Misoprostol (41), la dose de 400 µg par voie buccale permettrait de diminuer les effets indésirables sans perte d'efficacité jusqu'à 9 SA. A la dose de 800 µg de Misoprostol, les voies sublinguales ou buccales ont la même efficacité que la voie vaginale. Il y aurait une diminution de la tolérance sur le plan digestif, mais ces voies d'administration sembleraient être mieux acceptées par les femmes.

5.4.1.3 Répétition des doses de Misoprostol

Pour la répétition des doses de Misoprostol, les études sont hétérogènes. Une méta-analyse de 2006 (56) conclut que l'effet de doses répétées de Misoprostol n'est pas établi.

D'après Coyaji (53), il y avait une différence significative sur le taux de grossesses évolutives entre le groupe à 400 µg et celui qui avait une dose supplémentaire de 400 µg au bout de 3 heures par voie orale jusqu'à 8 SA (7% et 1% p= 0,005).

D'après FIGO (49), s'il n'y a pas eu de saignements après la première prise de Misoprostol au bout de 3 heures, il est possible de redonner une dose de 400 µg par voie vaginale, sublinguale ou orale.

D'après le CNGOF(51), pour le Misoprostol à la dose de 400 µg par voie orale il est possible de renouveler la dose au bout de 3 heures. Cela pourrait diminuer le taux de grossesses évolutives. Quelque soit le mode d'administration (autre qu'oral), il ne semble pas nécessaire de répéter les doses avant 9 SA.

5.4.2 L'interprétation des résultats

L'interprétation des examens de contrôle a posé des problèmes pour l'échographie et les hCG plasmatiques à respectivement 24,7% et 13,8% des médecins. Ainsi s'explique l'utilisation plus importante des hCG plasmatiques par les médecins du réseau. Ceci correspond également aux recommandations du réseau REVHO (37), car cela offre un confort d'interprétation plus important pour le soignant. En ce qui concerne l'utilisation

d'un seul dosage (seuil 1000 UI à J14 et 2000 UI à J7) au moment de la visite de contrôle, que certains centres utiliseraient, aucune étude n'a été menée à l'heure actuelle. Un travail serait intéressant pour évaluer ces seuils sans prendre de risque et pourrait être généraliser afin de permettre un seul dosage au lieu de deux actuellement. D'autres méthodes sont actuellement en cours d'évaluation et pourraient aussi permettre d'améliorer l'observance à cette consultation.

5.4.3 Les perdues de vue

Le taux de perdues de vue a été la difficulté la plus rapportée par les médecins à 44,8%, et cette notion se retrouve dans certaines études (57) (3). Une partie non négligeable des perdues de vue font quand même le dosage des hCG plasmatiques, et les médecins reçoivent les résultats et peuvent donc indirectement vérifier l'issue de l'IVG.

Dans notre étude, 3 médecins disent faire cette consultation régulièrement par téléphone avec un contrôle plasmatique des hCG, sur le motif que les patientes ne reviennent pas souvent. Ils déclarent cette manière de consulter comme facile et rapide, tout en gardant un suivi avec les patientes.

5.4.4 Vers de nouveaux protocoles ?

Les complications ont posé des problèmes notamment du fait de la compliance de certaines patientes (13,8%) et de l'absence de protocole (10,3%). Pour la prise en charge des complications, il est difficile de proposer aux médecins du réseau un protocole sur la reprise ou non de Misoprostol, car il n'en existe pas au sein des centres hospitaliers de référence et il n'existe pas de recommandations officielles. Les avis du CNGOF (51) même s'ils se basent sur un niveau de preuve fort à intermédiaire pour certains avis, concernent une utilisation hors AMM du médicament avec les responsabilités que cela implique.

Une étude rétrospective pourrait être menée à ce sujet sur les dossiers de patientes présentant des rétentions, la reprise ou non de Misoprotol et l'issue de l'IVG. En attendant de nouvelles études et de nouvelles recommandations il vaut mieux se référer à l'avis du centre de référence en cas de besoin.

5.5 Vers une simplification ?

Certaines études ont été menées pour tenter de pratiquer autrement cette consultation et notamment de l'effectuer à la maison, sans obliger nécessairement les femmes à revenir au cabinet.

5.5.1 Test urinaire et téléphone

Plusieurs études ont été menées pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un test hCG urinaire semi-quantitatif associé à un interrogatoire et/ou à un appel téléphonique pour évaluer les symptômes de la patientes et l'issue de l'IVG. Les différentes études sont résumées dans le tableau suivant :

Etudes	n	test	Délai (jour)	Se %	Spé %	VPP %	VPN %	Grossesses évolutives %	PV %
Hiên(20) 2014	322	HCG DUO 5-1000	14	80	94,1	40	99	0,7	13
Cameron (19) 2011	472	LSUPT+ téléphone	14	75	88	6	99,7	0,7	13
Blum (12) 2012	490	Test urinaire	14	100	97	9,1	100	0,2	19,6
Michie (58) 2013	943	LSUPT + téléphone	14	100	88	3,6	100	0,6	6,6
Godfrey (59) 2006	826	LSUPT	7	100	13	2	100	1,9	26
	609		14	83	39	1	99		
	821	HSUPT	7	86	7	2	96		
	606		14	67	34	1	99		
Clark (11) 2009	4091	LSUPT+ algorithmes	7 à 14					0,7	20
		4		100	37,5	1,1	100		
		5		100	65	2,2	100		
Lynd (60) 2012	292	HSUPT	14	100	89,7	27,5	100	3,8	1,4

LSUPT : low sensitivity urinary pregnancy test

HSUPT : higt sensitivity urinary pregnancy test

algorithme 4 : test urinaire/auto-évaluation par la patiente

algorithme 5 : test urinaire/auto-évaluation par la patiente/examen du clinicien

TABLEAU 9 : études portant sur les tests urinaires semi-quantitatif de grossesse

A noter que sur l'étude française du Dr Hiên(20), la réalisation du test a été considérée comme « facile » à « très facile » dans 99% des cas, la lecture et l'interprétation dans 89%, avec une opinion favorable à plus de 70%.

5.5.2 Télémédecine

Deux études ont évalué l'IVG par télémédecine, la première, Grossman(15), 223 patientes avec des grossesses de moins de 63 jours, ayant eu au préalable une échographie ont ensuite été mises en relation avec un médecin par un service de télémédecine pour leurs donner les informations sur la procédure. Si elles ne présentaient pas de contre-indication, le médecin entrant un mot de passe qui permettait l'ouverture d'un tiroir en face de la patiente (dans un centre d'orthogénie) où étaient placés les médicaments. La visite de contrôle s'effectuait à 14 jours avec une échographie de contrôle. Le taux de succès a été de 99%, 0,5% de grossesses évolutives, 25% des patientes utilisant la télémédecine auraient préféré la présence du médecin en face à face : ce fait concernait surtout les jeunes patientes, les nullipares et celles qui avaient un faible niveau d'étude. 90% des patientes recommanderaient à une amie cette méthode.

La deuxième étude, Gomperts (18), évaluait l'IVG médicamenteuse par télémédecine sur « womenonweb.org » au Brésil. Les patientes répondaient à un questionnaire sur internet et étaient redirigées vers un médecin. Si elles ne présentaient pas de contre-indication, les médicaments étaient envoyés et les informations étaient données sur comment prendre les comprimés, les symptômes qui devaient les alerter. Un test de grossesse ou une échographie devaient être effectués respectivement à 3 semaines et 10 jours pour évaluer l'issue de l'IVG. L'étude portait sur 307 femmes dont 207 avec une grossesse de moins de 9 semaines. 1,9 % des patientes ont présenté une grossesse évolutive, et le taux d'efficacité a été de 78,7%. 78% des femmes étaient satisfaites de la télémédecine. Il est à noter que « womenonweb.org » est un collectif international pour aider à l'accès à l'avortement et qu'il propose un service en ligne d'aide à l'avortement médicamenteux réservé aux femmes vivant dans les pays où il n'y a pas d'accès à des avortements sûrs ; la France n'en fait pas partie.

5.5.3 Les limites

Ces études tentent de simplifier cette consultation pour améliorer l'observance sans toujours faire revenir les patientes. Mais cela soulève certaines questions sur les autres intérêts apportés par cette consultation. En effet, dans notre étude, en pratique, la

consultation apparaît être un moment intéressant pour réévaluer la contraception ou la mettre en place. D'autre part, l'accompagnement psychologique est souvent abordé à ce moment-là. Bien qu'il ne soit apparu aucune complication psychologique, cela reste une porte ouverte pour les patientes qui peuvent s'exprimer au besoin. D'après une thèse sur le vécu des femmes au cours de l'IVG médicamenteuse en ville (61), pour certaines femmes c'était un moment intéressant pour se rassurer, parler du vécu et pouvoir poser les questions non posées précédemment. Ainsi, la simplification de l'IVG doit aussi laisser le choix aux patientes de pouvoir revenir ou non en consultation selon leurs besoins.

Depuis avril 2016, la consultation de suivi en dehors du forfait est peut-être une manière de mieux valoriser cette consultation, de la mettre en avant par une cotation à part entière au vue de l'ensemble des objectifs auxquels elle répond. Mais ce peut-être aussi une façon, de faire peser une certaine pression sur les médecins pour faire revenir les patientes en consultation de suivi, et au vue de l'inobservance cela aura peut-être des conséquences sur la manière de l'effectuer. Dans tous les cas, une observation des répercussions de cette nouvelle prise en charge auprès des médecins et des patientes serait intéressante à mener en vue de faire évoluer cette consultation.

6 CONCLUSION

Cette étude a permis de faire le point sur la pratique des médecins au cours de la consultation de suivi post-IVG. Cette consultation répond aux objectifs retrouvés dans la littérature :

- 79,3% des médecins programment systématiquement cette consultation.
- L'examen de contrôle est indispensable pour déterminer l'issue de l'IVG .
- Le dosage des hCG plasmatiques est utilisé par 93,1% des médecins comme le recommande le réseau REVHO.
- La consultation de suivi est considérée comme importante par la majorité des médecins pour réévaluer la contraception et pour la mise en place des contraceptifs de longue durée d'action. Mais aussi pour aborder le vécu psychologique avec les patientes.

Cependant plusieurs problèmes ont été soulevés, notamment sur un taux de grossesses évolutives plus important que dans la littérature, par une difficulté dans l'interprétation des examens de contrôle, ou encore par le nombre de perdues de vue.

Des perspectives de travail peuvent être dégagées, tout d'abord au sein du réseau lui même, il serait intéressant :

- De mener de nouvelles études, en particulier pour la compréhension et la diminution du taux de grossesses évolutives.
- D'étudier la validation d'un référentiel commun pour le recueil des données au cours de l'IVG, dans le but de les exploiter plus facilement pour améliorer les pratiques au sein du réseau.
- De proposer des formations sur la contraception notamment en ce qui concerne la pose des DIU dans le but d'améliorer la prise en charge contraceptive.
- D'étudier la possibilité de ne faire qu'un seul dosage au moment de la visite de contrôle pour améliorer l'observance et faciliter l'interprétation des hCG plasmatiques.

Puis sur la consultation de suivi post-IVG de manière générale, des études doivent se poursuivre pour :

- simplifier l'IVG médicamenteuse en ville et diminuer le taux de perdue de vue.
- limiter les examens complémentaires, leurs répétitions, leurs coûts, tout en gardant une grande fiabilité pour contrôler l'issue de l'IVG sans s'éloigner des objectifs de cette consultation.

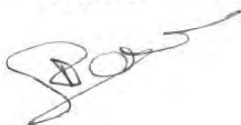
Dans l'ensemble, les médecins ont perçu cette consultation comme utile et importante, voire indispensable. Cela rejoint le point de vue de la littérature et l'intérêt porté par les différentes études menées pour une amélioration de l'observance, et une simplification de l'IVG.

Jun 18/06/16
Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



Toulouse, le 14 juin 2016

Vu, permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine de Purpan
D. CARRIÉ



7 BIBLIOGRAPHIE

1. Vilain A, DRESS. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Etudes et résultats. Juillet 2015. no 924. pdf disponible : www.avortementancic.net/.../etudes_et_resultat_no924_juillet_2015.pdf
2. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonnes pratiques argumentaire. Décembre 2010. pdf. Disponible : www.has-sante.fr
3. Hidoussi H, Vallée J. Service universitaire de médecine générale Jean-Monnet Saint-Etienne. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations difficultés et propositions des médecins généralistes. Recherche. 2014. 111:20-8.
4. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. avr 2005;33(4):220-7.
5. Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. nov 2009;37(11-12):850-6.
6. Hassoun D, Perin I. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale. Expérience d'un réseau ville-hôpital de Seine Saint-Denis. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006 ; 35(1) :483-489.
7. 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.
8. Livret d information sur l'IVG en ville à l'intention des médecins. pdf. Disponible : social-sante.gouv.fr/.../guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf
9. Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine Follow-up Visits After First-Trimester Induced Abortion: Obstetrics & Gynecology. avr 2004;103(4):738-45.
10. Auvara C. Faculté de médecine de Nice. « thèse : observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur, enquête de trois mois auprès de 160 patientes. ». octobre 2013. dumas-00913889 .
11. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. Obstetrics & Gynecology. 2010;115(2, Part 1):264-272.
12. Blum J, Shochet T, Lynd K, Lichtenberg ES, Fischer D, Arnesen M, et al. Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study. Contraception. déc 2012;86(6):757-62.
13. Clark WH, Gold M, Grossman D, Winikoff B. Can mifepristone medical abortion be simplified? Contraception. avr 2007;75(4):245-50.
14. Cameron ST, Glasier A, Johnstone A, Dewart H, Campbell A. Can women determine

- the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception*. janv 2015;91(1):6-11.
15. Grossman D, Grindlay K, Buchacker T, Lane K, Blanchard K. Effectiveness and Acceptability of Medical Abortion Provided Through Telemedicine: *Obstetrics & Gynecology*. août 2011;118(2, Part 1):296-303.
 16. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J, Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*. févr 2010;81(2):143-9.
 17. Rayr C, Faucher P. Peut on simplifier la procédure de l'avortement médicamenteux? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*.2012;41, 8-10.
 18. Gomperts R, van der Vleuten K, Jelinska K, da Costa CV, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. *Contraception*. févr 2014;89(2):129-33.
 19. Cameron ST, Glasier A, Dewart H, Johnstone A, Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception*. juill 2012;86(1):67-73.
 20. Hiên Kim-Sa. Université Paris Diderot. « Thèse : Faisabilité d'un autotest hCG urinaire semi-quantitatif dans le suivi de l'IVG médicamenteuse : étude BETINA » Juin 2014. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4748_HIEN_these.pdf
 21. Atlas national de la démographie médicale 2015. Conseil national de l'Ordre des médecins, situation au 1er janvier 2015. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
 22. Pilard B, Lairis A, Alcaide-Roberto A, « Etat des lieux de l'IVG en Midi-Pyrénées » présenté au Congrès de l'ANCIC. Novembre 2013.
 23. Organisation mondiale de la santé. Avortement sécurisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.
 24. Faucher P, Hassoun D, Interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé par méthode médicamenteuse en dix questions. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. CNGOF. Décembre 2014. tome XXVIII. 2004_Go_181_faucher.pdf. Disponible : http://www.cngof.asso.fr/data/CNGOF_MAJ_RPC.html
 25. Missey-Kolb H, Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. CNGOF. Novembre 2006. 2006_GM_107_missey.pdf. Disponible : http://www.cngof.asso.fr/data/CNGOF_MAJ_RPC.html
 26. Pymar HC, Creinin MD, Schwartz JL. Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception*. 2001;64(2):87-92.
 27. Rossi B, Creinin MD, Meyn LA. Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*. oct

28. Jackson AV, Dayananda I, Fortin JM, Fitzmaurice G, Goldberg AB. Can women accurately assess the outcome of medical abortion based on symptoms alone? *Contraception*. févr 2012;85(2):192-7.
29. Walker K, Schaff E, Fielding S, Fuller L. Monitoring serum chorionic gonadotropin levels after mifepristone abortion. *Contraception*. 2001;64(5):271–273.
30. Honkanen H, The kinetics of serum hCG and progesterone in response to oral and vaginal administration of misoprostol during medical termination of early pregnancy. *Hum. Reprod.* 2002 ;17(9), 2315-2319.
31. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. août 2003;109(2):190-5.
32. Clark W, Panton T, Hann L, Gold M. Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*. févr 2007;75(2):131-5.
33. Perrotte C. Migliorelli C. 20140424_DEOS_journee_IVG_9_-_DR_C._MIGLIORELLI_-_controle_de_l_efficacite_par_dosage.pdf.
34. Rae N, Ardaens Y, Lefebvre P, Guide de suivi des IVG médicamenteuses. Disponible : gynecologie-pratique.com-.pdf.
35. Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Stewart FH. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception*. sept 2005;72(3):175-8.
36. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics and gynecology*. 2013;121(1):166.
37. Rapport d'activité 2013 RA_2013_REVHO.pdf. Disponible : www.revho.fr/
38. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. janv 2013;87(1):26-37.
39. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: A review of the literature. *Contraception*. sept 2004;70(3):183-90.
40. Faucher P, Antibioprophylaxie et IVG ort_2_faucher_bat0_zb.pdf. Disponible : www.cngof.fr/
41. Beucher G, Dolley P, Carles G, Salaun F, Asselin I, Dreyfus M. Misoprostol : utilisation hors AMM au premier trimestre de la grossesse (fausses couches spontanées, interruptions médicales et volontaires de grossesse). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. févr 2014;43(2):123-45.
42. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG: analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*. 2011;(1):148–161.

43. Organisation mondiale de la santé, Special Programme of Research D and RT in HR, Organisation mondiale de la santé, Département santé et recherche génésiques, éditeurs. L'avortement médicamenteux: questions cliniques les plus fréquentes. Genève: Organisation mondiale de la santé, Département santé et recherche génésiques; 2008.
44. HAS, Fiche mémo, contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. Juillet 2013. [fiche-contraception-post-ivg.pdf](#). Disponible : www.has-sante.fr/
45. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus Delayed Insertion of Intrauterine Contraception after Medical Abortion — A Randomized Controlled Trial. Myer L, éditeur. PLoS ONE. 14 nov 2012;7(11):e48948.
46. Shimoni N, Davis A, Westhoff C. Can ultrasound predict IUD expulsion after medical abortion? Contraception. mai 2014;89(5):434-9.
47. Rocchi D, Faculté de médecine, Université d'Angers « thèse : vécu de la pose d'un dispositif intra-utérin en post-IVG immédiat : analyse qualitatives des représentations freins, et expériences des femmes au centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre. » juin 2014.
48. Esterle L, « le traumatisme post IVG une réalité scientifique ? Revue de littérature ? ». Cermes3, Inserm U988, UMR 8211 CNRS, EHSS, Université Paris-Descartes. [traumatisme_post_ivg_etat_des_lieux_esterle_2013_1_.pdf](#). Disponible : www.avortementancic.net/
49. Faúndes A. The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy. International Journal of Gynecology & Obstetrics. oct 2011;115(1):1-4.
50. The care of women requesting induced abortion. Abortion guideline_web_1RCOG.pdf. Disponible : <https://www.rcog.org.uk/guidelines>
51. CNGOF, « Etat des lieux et expertise de l'usage hors AMM u misoprostol en gynécologie-obstétrique : travail du CNGOF » Paris, 2013. [CNGOF_2013_FINAL_AVIS_misoprostol\(1\).pdf](#). Disponible : www.cngof.fr/
52. Shannon C, Wiebe E, Jacot F, Guilbert E, Dunn S, Sheldon W, et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. juin 2006;113(6):621-8.
53. Coyaji K, Krishna U, Ambardekar S, Bracken H, Raote V, Mandlekar A, et al. Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 4 janv 2007;114(3):271-8.
54. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cité 26 mars 2016]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002855.pub4>

- randomised controlled noninferiority trial: Misoprostol dose and route for early abortion. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. sept 2010;117(10):1186-96.
56. Gallo MF, Cahill S, Castleman L, Mitchell EMH. A systematic review of more than one dose of misoprostol after mifepristone for abortion up to 10 weeks of gestation. *Contraception*. juill 2006;74(1):36-41.
 57. Vilain A, DRESS, « les établissements et les professionnels réalisant des IVG », décembre 2009, N°712. Disponible : drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/.../etudes-et-resultats/
 58. Michie L, Cameron ST. Simplified follow-up after early medical abortion: 12-month experience of a telephone call and self-performed low-sensitivity urine pregnancy test. *Contraception*. mai 2014;89(5):440-5.
 59. Godfrey EM, Anderson A, Fielding SL, Meyn L, Creinin MD. Clinical utility of urine pregnancy assays to determine medical abortion outcome is limited. *Contraception*. mai 2007;75(5):378-82.
 60. Lynd K, Blum J, Ngoc NTN, Shochet T, Blumenthal PD, Winikoff B. Simplified medical abortion using a semi-quantitative pregnancy test for home-based follow-up. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. mai 2013;121(2):144-8.
 61. Rousset V, Thollot L, UNIVERSITÉ TOULOUSE III « L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires ». Avril 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/959/1/2015TOU31030-1031.pdf>

8 ANNEXE

Annexe 1 : Enquête préliminaire

Bonjour, Amandine K/OURIO je suis interne en médecine générale en 6^{ème} semestre. Je travaille actuellement sur une thèse sur (l'analyse des pratiques de la) consultation de suivi post IVG médicamenteuse en ville dans le cadre du réseau REIV sous la direction du Dr SAINT MARTIN et du Dr ESCOURROU.

Pour cette thèse, je mène une première enquête de faisabilité et j'aurais quelques questions à vous poser cela ne prendra que 5 min.

A. Êtes vous d'accord ?

- oui
- non et pourquoi ?

B. depuis combien de temps faites vous des IVG ?

C. En moyenne, combien d'IVG faites vous par an ?

D. Pour les consultations IVG, utilisez vous un logiciel ?

- Oui lequel : REIV ou autre ?
- Non
- si non : sur quel support notez vous la consultation ?

E. Concernant la consultation post IVG, les informations dans les dossiers sont elles facilement accessibles ?

- Oui
- non
- si non, pourquoi ?

F. Seriez vous d'accord pour que je vienne à votre cabinet pour recueillir ces informations ?

- oui
- non
- si non pourquoi ?

E. Si vous deviez répondre à un questionnaire sur la consultation post IVG, est ce que vous pourriez consulter les 10 derniers dossiers pour retrouver les informations ?

- oui
- non
- si non pourquoi ?

Merci du temps accordé et de votre participation, je ne manquerai pas de vous recontacter ultérieurement pour compléter ma thèse.

Annexe 2 : Logiciel MEDIVG et fiche du réseau pour la consultation de suivi post-IVG

Accueil Fiches Analyse IVG Med Avant-Après MedIVG

Supprimer Fiche Préc. 1 de 1 Suiv. Nouvelle Fiche +

Fiche de liaison N° Aide

Docteur

Tél :

Nom Prénom

Année naissance ans Code Postal domicile

Téléphone Département de naissance Etranger

Date dernière IVG Dernières règles

Date BHCG Taux BHCG 8

Echographie Résultat Echo

ATCD GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX

Accouchement

Dont obséquienne

FCS

IVG_chir

IVG_medic

ATCD MÉDICO-CHIRURGICAUX

Troubles coagulation Oui Non

Autres :

Groupe Rh

TRAITEMENTS

Allergies

ANOMALIES DE L'EXAMEN CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

et traitement éventuel

PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX

Mifépristone le

Mifépristone posologie mg

Au Terme de (en SA) + Jours Calcul

Misoprostol le

Misoprostol posologie µg

gamaglobulines anti-D

FIN DE PROCÉDURE

Visite contrôle prévue

Venus Oui Non

Ralence Oui Non

Visite de contrôle

CONTRÔLE DE L'EFFICACITÉ PAR :

Dosage BHCG

Date BHCG

Résultat BHCG

Echographie

SE COMPLICATIONS :

Hémorragie ☐ Oui ☐ Non

Infection ☐ Oui ☐ Non

Rétention Partielle ☐ Oui ☐ Non

Rétention Complète ☐ Oui ☐ Non

Grossesse Évolutive ☐ Oui ☐ Non

TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE NÉCESSAIRE :

Reprise Misoprostol Oui Non

Aspiration chirurgicale au centre dans un autre centre

Transfusion Oui Non

Antibiotiques Oui Non

SYNTHÈSE

Nb appels médecin traitant 0 1 2 3

Nb visite urgences au cabinet 0 1 2 3

Nb visite urgences hop 0 1 2 3

Contraception

Entretien avec une conseillère réalise Oui Non

Envoyer un courrier

Fiche Liaison

Notice d'information

Bulletin statistique

Envoi par mail aux centres : Les données sont chiffrées à l'envoi

Fiche intermédiaire

Données de la fiche complète

Exporter les fiches

Perdue de vue ☐ Oui

Profession

(bulletin statistique)

Supprimer Fiche Préc. 1 de 1 Suiv. Nouvelle Fiche + Valider

IVG Med

Consultation 5 de contrôle (entre 14 et 21 jours après l'IVG)

Date C5 (C3 +14 à 21) :

Médecin :

- ☐ Examen clinique (absence de complication)
- ☐ Interprétation du dosage β HCG quantitatif :
 $C5/C2 \leq 1/3$
et éventuellement de l'échographie :
- ☐ Contrôle de la contraception
- ☐ Proposition d'un entretien psychosocial
- ☐ Contrôle de la contraception
- ☐ résultat global de l'acte, IVG réussie ,non, rétention, révision utérine .
- ☐ Clôture du dossier/archivage

Remarques diverses sur cette IVGm :

Annexe 3 : Questionnaire médecins

Analyse de pratique de la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins du réseaux REIV en région Midi-Pyrénées

Médecin généraliste, étudiante à la faculté de Toulouse, j'effectue une thèse sur la **Consultation de Suivi** après une IVG médicamenteuse en ville co-dirigée par le Dr ESCOURROU et le Dr SAINT MARTIN médecin généraliste à Roques sur Garonne, pratiquant des IVG médicamenteuses en ville.

Ce travail est soutenu par le réseau REIV Midi Pyrénées et s'inscrit dans une démarche d'évaluation et d'amélioration du réseau.

Cette évaluation se fait en deux parties :

- PARTIE 1 : un questionnaire à ne remplir qu'une seule fois et à me retourner par enveloppe pré-timbrée.
- PARTIE 2 : La fiche de consultation de contrôle post-IVG, à remplir pour chaque patiente consultant pour une IVG **au cabinet**. Vous trouverez 10 fiches, le but est d'en remplir un maximum selon votre activité, s'il vous en manque, n'hésitez pas à me contacter pour que je vous en renvoie.
Je vous contacterai dans 3 mois pour me retourner les premiers résultats.

Chaque questionnaire et fiche sont analysés de manière anonyme.

Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de cette thèse, au terme de ce travail.

Amandine K/OURIO

amandinekourio@gmail.com
06 28 21 64 00

PARTIE 1

Questionnaire

1/ Votre âge :

2/ Sexe : H ☐ / F ☐

3/ Centre(s) Hospitalier(s) de référence :

4/ Qualification :

- ☐ médecin généraliste
- ☐ gynécologue médical(e)
- ☐ gynécologue obstétricien(ne)

5/ Programmez-vous systématiquement une consultation de suivi post-IVG au cabinet ?:

- ☐ oui
- ☐ non

6/ Quand programmez-vous la consultation de suivi post-IVG ? :

(J1 étant le jour de prise de la Mifépristone MIFEGYNE®)

- ☐ avant J7
- ☐ entre J7 et J14
- ☐ entre J14 et J21
- ☐ après J21

7/ Combien de temps dure, en moyenne, cette consultation ? :

- ☐ <10 min
- ☐ entre 10 et 20 min
- ☐ entre 20 et 30 min
- ☐ >30 min

8/ Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous (**choix multiple possible**) :

(J1 étant le jour de la prise de Mifépristone MIFEGYNE®)

- ☐ Echographie :
 - à quelle date de J1 la programmez-vous ? : J...
 - Qui la pratique : ☐ vous ☐ radiologue ☐ autre (précisez) : ...
- ☐ HCG :
 - à quelle date de J1 la programmez-vous ? : J...
 - Quelle décroissance en attendez-vous ? :
 - ☐ <10%
 - ☐ 10-30%
 - ☐ 30-50%
 - ☐ 50-70%
 - ☐ 70-90%
 - ☐ >90%

9/ Avez-vous rencontré les complications suivantes et si oui, combien de fois depuis le début de votre pratique ?

	Non	<2	entre 2-4	entre 4-6	>6
- avortement incomplet	☐	☐	☐	☐	☐
- infections	☐	☐	☐	☐	☐
- hémorragies	☐	☐	☐	☐	☐
- grossesse évolutive	☐	☐	☐	☐	☐
- autres (précisez) :	☐	☐	☐	☐	☐

10/ Comment avez-vous pris en charge ces complications ? : (CHR = centre hospitalier référent)

	ambulatoire	hospitalisation	avis spécialisé du CHR	situation jamais rencontrée
- avortement incomplet	☐	☐	☐	☐
- infections	☐	☐	☐	☐
- hémorragie confirmée	☐	☐	☐	☐
- grossesse évolutive	☐	☐	☐	☐
- autres (précisez) :	☐	☐	☐	☐

11 / Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en charge des complications et lesquelles ?
(Choix multiple possible)

- ☐ je n'ai jamais été confronté à des complications
- ☐ absence de protocole
- ☐ difficulté à joindre le centre hospitalier référent
- ☐ patiente peu compliant
- ☐ l'urgence de la situation
- ☐ des difficultés pour avoir des examens complémentaires
- ☐ un manque de formation
- ☐ autres (précisez) :

12/ Selon vous, combien de femmes ne reviennent pas en consultation de suivi dans votre pratique ?

- ☐ 0%
- ☐ <5%
- ☐ 5 - 10%
- ☐ 10 - 20%
- ☐ 20 - 30%
- ☐ 30 - 40%
- ☐ >40%

13/ Les recontactez-vous ?

- ☐ Parfois
- ☐ souvent
- ☐ toujours
- ☐ jamais

14/ Si oui, comment les recontactez-vous ?

- ☐ téléphone
- ☐ mail
- ☐ lettre
- ☐ autres :

15/ Si non, pourquoi ?

- ☐ respect du choix de la patiente
- ☐ manque de temps
- ☐ inefficacité de la relance
- ☐ autres :

16/ Selon vous, dans votre pratique combien de femmes font les HCG sans revenir à la consultation de contrôle ?

- ☐ 0%
- ☐ < 5%
- ☐ 5 - 10 %
- ☐ 10 - 30 %
- ☐ 30 - 50 %
- ☐ >50%

17/ Posez-vous les dispositifs de contraception suivants ?

- | | oui | non |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - DIU | ☐ | ☐ |
| - Implant progestatif | ☐ | ☐ |
| - injection de progestatif | ☐ | ☐ |

18/ Renvoyez-vous la fiche de suivi au Centre Hospitalier ?

- ☐ parfois
- ☐ souvent
- ☐ toujours
- ☐ jamais

19/ Avez-vous rencontré des difficultés durant cette consultation et quelles difficultés ? :

	oui	non
- le nombre de perdue de vue	☐	☐
- la prise en charge des complications	☐	☐
- la relation avec le centre de référence	☐	☐
- liées à un manque de formation sur la contraception	☐	☐
- un manque de temps	☐	☐
- une lourdeur administrative	☐	☐
- liées à l'utilisation du logiciel	☐	☐
- liées à l'interprétation de l'échographie	☐	☐
- liées à l'interprétation des HCG	☐	☐
- autres(précisez) :	☐	☐

20/ Selon vous, quelles améliorations paraissent utiles au sein du réseau ?

(choix multiple possible) :

- ☐ mise en place d'un protocole pour l'interprétation des HCG et / ou de l'échographie
- ☐ améliorer votre formation à la contraception (pose de stérilet, implant ...)
- ☐ mise en place d'un protocole pour la prise en charge des complications
- ☐ seriez – vous favorable à pratiquer cette consultation autrement (auto-test urinaire semi-quantitatif et téléphone, télémedecine...) ?
- ☐ aucune
- ☐ autre (précisez) :

21/ Commentaires libres :

En quelques mots, que pensez-vous de cette consultation ?

Merci pour le temps accordé à ce travail.

Annexe 4 : Fiches de la consultation de suivi post-IVG

PARTIE 2

Consultation de contrôle

Patiente :

date de prise de Mifépristone (MIFEGYNE®) : .../.../.....

- ☐ venue date : .../.../.....

- ☐ pas venue

A-t-elle quand même fait les HCG ? : oui ☐ non ☐ / IVG réussie oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Examen clinique :

- ☐ non pratiqué : absence de symptôme ☐ écho/HCG ok : ☐ autre :

- ☐ pratiqué :

- pourquoi ? : - ☐ systématique

- ☐ écho ou HCG anormaux

- ☐ à la demande de la patiente

- ☐ autre :

- ☐ symptômes :

saignements ☐

douleurs ☐

signes persistants de grossesse ☐

autre ☐ :

- qu'avez-vous fait ? : tension artérielle ☐ / Toucher vaginal ☐ / utilisation du spéculum ☐ / Température ☐ / palpation abdominale ☐ / autre ☐ :

Examens complémentaires :

HCG ☐

Echographie ☐

IVG réussie :

oui ☐

non ☐

Complications :

- rétention ☐ / grossesse évolutive ☐ / hémorragie ☐ / infection ☐ / autre :

- prise en charge :

☐ avis spécialisé

☐ hospitalisation

☐ prescription de médicaments, lesquels :

☐ prescription d'examens complémentaires, lesquels :

Contraception :

☐ poursuite de la contraception prescrite à la prise de Mifépristone

☐ méthodes barrières/naturelles

☐ initiation d'une contraception, si oui laquelle ? :

☐ mise en place : DIU ☐ implant ☐ injection de progestatif ☐

Le vécu psychologique de l'IVG :

☐ a-t-il été abordé par vous ?

☐ a-t-il été abordé par la patiente ?

☐ demande d'un entretien psycho-social

☐ non abordé

Commentaires libres :

Annexe 5 :

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstro-progestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Préservatifs féminins	5	21
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

Titre : ANALYSE DE PRATIQUE DE LA CONSULTATION DE SUIVI APRES UNE IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE AUPRES DES MEDECINS DU RESEAU REIV EN REGION MIDI-PYRENEES

Introduction : Plusieurs études tentent de simplifier la consultation après une IVG médicamenteuse, nous avons voulu faire une analyse de la pratique de cette consultation.

Méthodologie : Cette étude observationnelle prospective basée sur un questionnaire et une fiche à remplir pour chaque patiente consultant pour une IVG s'est déroulée entre le 31/03/2015 et le 30/09/2015 sur 36 médecins du réseau REIV MP.

Résultats : 151 IVG ont été effectuées dont 24 perdues de vue et un taux de participation de 80,6% des médecins au questionnaire. Pour les perdues de vue, 62,5% ont fait le dosage de contrôle par hCG plasmatiques. Le taux de succès était de 95,3% avec un taux de 3,9% de grossesses évolutives. Il existe un lien significatif entre signes persistants de grossesse et l'issue de l'IVG $p=0,047$. 93,1% des médecins utilisent le dosage plasmatiques des hCG pour le contrôle de la méthode. Les médecins présentent peu de difficultés en dehors du taux de perdues de vue.

Conclusion : La consultation de suivi après une IVG médicamenteuse est une consultation jugée importante par les médecins et de nouvelles études sont envisageables pour améliorer les pratiques et simplifier cette consultation.

Mot clés : Interruption volontaire de grossesses en ville, consultation de suivi, médecins généralistes, gynécologues,

Title : ANALYSIS OF PRACTICE PHYSICIANS OF ROUTINE FOLLOW-UP VISIT AFTER MEDICAL ABORTION WITH REIV NETWORK IN MIDI-PYRENEES REGION

Introduction : several studies would want to simplify the routine follow-up visit after medical abortion, the aim of this study is to analyse physician practice during this visit.

Method : this prospective observational study is based on questionnaire and description sheet for each patient requests a medical abortion between 03/31/15 and 09/30/15 about on 36 physicians in REIV network.

Results : 151 abortions with 24 lost of follow up and the rate of participation for questionnaire was 80,6%. 62,5% of women who did not return to follow-up visit, did a blood test to with serum hCG measurement. The efficacy rate was 95,3% with ongoing pregnancy was reported in 3,9%. There is a significant link between pregnancy symptom and success of abortion $p=0,047$. 93,1% of physicians use serum hCG measurement to check abortion. There are few difficulties except lost of follow-up for the physicians during this visit.

Conclusion : the routine follow-up visit is evaluated by physicians like important and new studies are possible to improve practices and to simplify this visit.

Keys words : medical abortion at home, routine follow up visit, medical practitioners, gynecologists.

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 04 France

Directrice de Thèse : Dr SAINT-MARTIN Anne et Dr ESCOURROU Brigitte
