

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul Sabatier

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

2021 TOU3 1069

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Pauline BOURLIER

le 23 septembre 2021

**Les femmes en Occitanie, seraient-elles intéressées par une
consultation post IVG par télé-médecine ?**

Directrice de thèse : Dr Anne SAINT-MARTIN

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN

Assesseur





TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIF Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAULT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	Professeur ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	Professeur BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	Professeur BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	Professeur BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	Professeur CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	Professeur CONTE Jean
		Professeur Honoraire	Professeur COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	Professeur DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	Professeur FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur GRAND Alain
		Professeur Honoraire	Professeur JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	Professeur LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur LANG Thierry
		Professeur Honoraire	Professeur LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	Professeur LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	Professeur MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	Professeur MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	Professeur MASSIF Patrice
		Professeur Honoraire	Professeur MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur MURAT
		Professeur Honoraire	Professeur RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	Professeur RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
		Professeur Honoraire	Professeur SALVAYRE Robert
		Professeur Honoraire	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur Honoraire	Professeur SIMON Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTE Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIF Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HU'YGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SALLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Eie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOEL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yoïande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Léila

Dédicaces aux membres du jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, je suis honorée que vous présidiez ce jury. Merci pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos encouragements.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, je vous remercie de juger ce travail de thèse. Merci pour votre gentillesse et pour votre investissement au sein de l'Université Paul Sabatier.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour ton investissement, ta disponibilité, tes relectures minutieuses et ta patience. Je suis admirative de ton engagement auprès des femmes et du REIVOC, qui est aujourd'hui devenu un modèle pour ma pratique future.

Remerciements

Merci à mes frères et sœurs pour cette fratrie si singulière que nous formons.

À *Juliette*, ma twinsette, d'avoir toujours été là et sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir soutenue et supportée pendant ces dix années d'étude et d'être un pilier pour moi dans la vie de tous les jours. Merci pour tout l'amour que tu me donnes, de toujours réussir à me faire rire quand j'en ai besoin et pour cette incroyable complicité que nous partageons malgré l'éloignement.

À *Louise*, mon nimbus, qui n'est malheureusement plus nain du tout, pour l'extraordinaire petite sœur que tu as été et que tu es aujourd'hui. Je suis tellement heureuse et fière que tu aies rejoint cette fratrie.

À *Arthur*, notre petit frère préféré, de nous donner toujours autant d'amour malgré la distance qui nous sépare.

Merci à mes parents,

Merci à toi maman, de m'avoir accompagnée et soutenue dans la vie comme dans mon parcours scolaire puis dans mes projets professionnels. Merci d'avoir toujours été convaincue et d'avoir réussi à me convaincre que j'étais capable de beaucoup de choses si je m'en donnais les moyens. Je n'aurais jamais fait tout ça sans toi.

Merci à toi papa, de m'avoir transmis ta curiosité et ta soif d'apprendre. Merci pour tous ces vendredis soirs où vous faisiez tout pour me remonter le moral et me faire rire après ces semaines de travail et pour tous les bons petits plats que tu me préparais, même si « c'est pas vraiment de la cuisine ».

Merci à Thomas, mon amour, de m'avoir supportée pendant ces 3 années d'internat. Je sais que tu as hâte que tout ça se termine et qu'on puisse enfin profiter de cette vie tous les deux. Merci de me faire rire tous les jours, pour tes mille idées à la seconde grâce auxquelles on ne s'ennuie jamais, et pour tout l'amour que tu me donnes.

Merci à Florence, ma marâtre, d'avoir été et d'être encore aujourd'hui une si chouette belle-mère. Merci d'avoir amené autant de joie et de rires dans cette famille, et pour tout le soutien que tu m'as apporté dans ma vie privée comme professionnelle.

Merci à ma tata Ben, pour ce job d'été en stérilisation qui a sûrement participé à ce choix de carrière, puis pour le stage au bloc opératoire que j'ai adoré. Merci pour tes conseils jardinage que j'espère pouvoir bientôt remettre en pratique !

Merci à mes grands-parents,

À ma grand-mère Odette et mon grand-père Pierre, qui ont toujours tout fait pour nous, et à qui je dois tant. Vous me manquez infiniment.

À ma grand-mère Danielle, pour son amour, son soutien tout au long de ces 10 années d'étude et pour ses incroyables confitures aux abricots.

À mon grand-père Jean-Lou, avec qui j'aurais aimé partager ces études et qui je pense aurait été fière que je prenne sa relève aujourd'hui.

Merci à Chiara, ma kiki, pour ces quinze années d'amitié. Merci de m'avoir accompagné et d'avoir toujours été là pour me remonter le moral, me faire rire ou me changer les idées. Merci pour tes super cours de ski et ces week-end à la montagne mais surtout pour ces inoubliables voyages que nous avons partagés. Tu as été une super partenaire d'aventure et je sais qu'encore plein d'autres nous attendent !

Merci à Alban, pour ces heures passées à jouer au babyfoot, pour ces raclées que tu m'as mises à la Gamecube et à Mario foot et que je t'ai mises au basket, et pour ces week-end à ta montagne. Merci pour ces quinze années d'amitié un peu particulière mais irremplaçable !

Merci à Gabrielle, pour tout le soutien que tu m'as apporté ces dernières années.

Merci à Anna, d'avoir été là, de m'avoir supportée et de m'avoir fait rire du premier au dernier jour de ces 10 longues années et pour encore beaucoup d'autres j'en suis sûre. Tu as été ma motivation, mon binôme mais surtout d'un soutien infaillible, tout ça aurait été impossible sans toi ! Merci à ta famille pour leur gentillesse et à Maxou et Elise qui te rendent si heureuse.

Merci à Marie, Charlotte et Angèle, d'avoir égayé cet externat. Merci pour ces fous rires, ces incalculables pauses cafés à la BU, et toutes ces soirées passées ensemble qui m'ont permis de ternir le coup. Merci pour le soutien que vous m'avez apporté. Même si nous vivons maintenant aux quatre coins de la France, j'espère que nous continuerons encore longtemps nos week-end retrouvailles toutes les 5 !

Merci à Clara, pour ces 3 années d'internat passé ensemble, on s'est si bien trouvées ! Merci d'avoir partagé avec moi tous ces semestres, les potagers, les journées baignade à Lupiac, les soirées au ciné 32, les vendanges et l'amour du bon vin, les randos, et surtout ce coup de foudre pour la voile. J'espère que l'avenir nous réserve encore des tas de croisières et qui sait, peut-être qu'un jour on achètera ce bateau à voile et qu'on ouvrira notre paillote sur la plage...

Merci à Claire, pour ta présence et ton soutien tout au long de cet internat. J'ai adoré nos soirées basket et nos super virées basques, et je sais qu'il y en aura encore plein d'autres !

Merci à mes super colocataires,

A Zozo (et Lucas), pour 6 premiers mois d'internat, pour ta gentillesse et ta bonne humeur permanente et contagieuse, pour ces bons petits plats et ces soirées séries partagées tous les 3.

A tous mes colocs du Gers, avec une pensée particulière :

À Marion et Tom pour ces nombreux après-midis et soirées jeux de société, ces super repas partagés, ces fous rires et pour avoir réussi à rendre ce premier confinement beaucoup plus agréable. Merci pour votre bonne humeur, votre amitié et merci de rester dans notre Gers chéri.

À Lorraine pour ce super semestre à l'internat d'Auch, pour ton soutien, ton amitié, pour nos petits week-end et j'espère encore plein d'autres à venir.

À Chloé pour ce semestre partagé et ces heures de mots fléchés avec Michel.

À *Jean-Luc et Sylvie,* les meilleurs propriétaires du monde. Merci pour ces 6 mois passés à vos côtés, pour vos conseils jardinages, pour votre infinie gentillesse et pour nous avoir accueillies comme vos propres filles.

Merci à tous mes co-internes,

Des urgences de Montauban, pour ce super premier semestre et pour avoir été comme une famille pour moi dans cette nouvelle ville.

De gériatrie, pour avoir rendu ce semestre et ces longs trajets si agréable.

De gynéco-pédiatrie, pour cette super équipe que nous formions.

Merci à Marie-Neige, d'avoir rendu ces 4 semestres gersoises inoubliables. Merci pour ton investissement dans ce département, pour les soirées d'accueil que tous les autres départements t'envient, pour les soirées foie gras, les journées canoë, les soirées à Marciac, au tempo latino

et tant d'autres. Merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur communicative et cet amour du Gers que tu as su nous transmettre.

Merci à tous mes maîtres de stage, qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Une pensée particulière à Sophie HUREAU et Muriel et Véronique du CPEF d'Auch pour m'avoir formée à la gynécologie. J'admire votre empathie, votre dévouement et votre bienveillance extraordinaire envers les patientes. Vous avez été un vrai modèle pour moi et ma pratique future.

Liste des abréviations

IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
SA	Semaine d' Aménorrhée
HAS	Haute Autorité de Santé
REIVOC	Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
hCG	Hormone Chorionique Gonadotrope
VPP	Valeur Prédictive Positive
VPN	Valeur Prédictive Négative
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DIU	Dispositif Intra-Utérin
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Tables des matières

INTRODUCTION	4
MATÉRIELS ET MÉTHODE	6
1. Recherches bibliographiques	6
2. Étude.....	6
3. Analyse statistique.....	8
RÉSULTATS	9
1. Caractéristiques démographiques des patientes ayant répondu au questionnaire	9
1.1. Âge	9
1.2. Lieux de consultation	9
1.3. Mode de déplacement	9
1.4. Distance du lieu de consultation	10
2. Type de consultation.....	10
3. Avantages et inconvénients de la télémédecine	10
3.1. Efficacité	10
3.2. Répercussions psychologiques.....	11
3.3. Contraception	11
3.4. Temps.....	12
3.5. Autonomie	12
3.6. Discrétion	13
3.7. Vécu psychologique	13
4. Méthode de télécommunication	14
5. Contraception	14
5.1. Contraception post IVG	14
5.2. Impact de la télémédecine sur le choix de la contraception	15
DISCUSSION	16
1. Les limites de l'étude	16
1.1. Les biais	16
1.2. Le taux de participation.....	17
2. Les atouts de l'étude.....	17
2.1. Une étude multicentrique	17
2.2. Le questionnaire	17
2.3. Un sujet innovant et d'actualité.....	17
3. Avantages et contraintes de la télémédecine	17
3.1. Acceptabilité de la télémédecine par les femmes	18
3.2. Type de consultation de contrôle	18
3.3. Perdues de vue	19
3.4. Support de télécommunication	20
3.5. Raison du choix de la télémédecine par les patientes.....	20
4. Objectifs de la consultation post IVG	21
4.1. Contrôle de l'efficacité	21
4.2. Vécu de l'IVG.....	22
4.3. Contraception	22
4.3.1. Impact de la télémédecine sur le choix de la contraception.....	22

4.3.2.	Aborder la contraception par télémédecine	23
4.3.3.	Recommandations françaises	23
4.4.	Examens complémentaires.....	24
4.5.	Limites de cette simplification	25
5.	Auto-avortements : une autre utilisation de la télémédecine	26
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXES	33

INTRODUCTION

La pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses est autorisée à l'hôpital depuis 1989, et élargie à la médecine de ville depuis le décret de juillet 2004. En 2019, 70 % des IVG sont réalisées par méthode médicamenteuse, contre 30 % en 2001 (1).

Les IVG médicamenteuses peuvent habituellement être pratiquées jusqu'à un délai de 7 SA (semaines d'aménorrhées) par les médecins de ville. Ce délai est étendu à 9 SA en milieu hospitalier.

Plusieurs consultations sont nécessaires à la réalisation des IVG médicamenteuses, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Une visite de contrôle post-IVG, obligatoire selon la HAS, est prévue entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour (2). Le but de cette consultation est de vérifier le succès de l'interruption de grossesse, de faire le point avec la patiente sur la contraception choisie et de proposer un accompagnement psychologique si besoin.

Cependant, d'après les études françaises, environ 20% des patientes ne s'y présentent pas (3)(4)(5). Plusieurs études, en France et à l'international, évoquent la possibilité de réaliser cette consultation par télémedecine afin de simplifier l'accès à l'IVG, d'améliorer le vécu psychologique des patientes et d'améliorer le suivi (6)(7)(8)(9)(10)(11). En effet, L'IVG médicamenteuse est une méthode qui demande du temps à la patiente comme au médecin, et qui représente un coût pour la société mais aussi pour la patiente (en déplacement et en disponibilité) (12).

Les pays ayant déjà autorisé la réalisation des différentes consultations par télémedecine ont montré grâce à de nombreuses études, que ça n'augmentait pas le nombre d'évènements indésirables ni le nombre d'échec d'interruption de grossesse et que les patientes en étaient très satisfaites (13)(14)(15)(16).

La télémedecine est définie selon le code de la santé publique comme : « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient » (17). Elle a été conçue afin d'améliorer le système de santé et de permettre un accès aux soins égal pour tous. Elle est remboursée par l'assurance maladie

depuis le 15 septembre 2018, elle peut être proposée par tout médecin, généraliste ou spécialiste (18).

En France, lors du début de cette étude, la télémédecine n'était que très peu pratiquée par les médecins. En effet, avant l'épidémie de Covid-19 et le premier confinement au mois de mars 2020, quelques milliers de téléconsultations étaient réalisées chaque semaine. Entre mars et avril, environ 1 million de téléconsultations hebdomadaires ont été enregistrées. Elles ont représenté jusqu'à 27 % de l'ensemble des consultations et 80% d'entre-elles ont été réalisées par des médecins généralistes (19).

Depuis l'état d'urgence sanitaire, il est possible de réaliser l'ensemble des consultations nécessaires aux IVG médicamenteuses, en ville comme à l'hôpital, via la télémédecine, par les médecins et les sages-femmes. De plus, le délai de réalisation des IVG médicamenteuses en ville a été étendue à 9 SA, soit 7 semaines de grossesse, comme en milieu hospitalier (20).

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer l'intérêt que portent les femmes à la possibilité de réaliser leur consultation de contrôle par télémédecine. Nous avons cherché à savoir si la mise en place de la télémédecine lors de l'état d'urgence sanitaire était perçue comme un réel avantage par les patientes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse en Occitanie, et si elles seraient intéressées par une consultation de contrôle post-IVG par télémédecine si celle-ci était autorisée de manière pérenne.

Le but de ce nouvel outil proposé aux femmes est d'essayer de simplifier l'accès à l'IVG médicamenteuse, de le rendre plus accessible et moins contraignant, et d'améliorer le suivi des patientes après l'interruption de grossesse.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. Recherches bibliographiques

L'état des lieux des connaissances a été réalisé à partir des bases de données et des moteurs de recherche suivants : Pubmed, le catalogue SUDOC, Cochrane, Google Scholar, EM Premium, et le système universitaire de documentation.

Les mots clés utilisés pour la bibliographie sont :

- en anglais : « medical abortion », « telemedicine », « telephone follow up », « Covid-19 », « health crisis », « pandemic ».
- en français : « IVG médicamenteuse », « télémédecine », « consultation post IVG », « Covid-19 », « pandémie », « état d'urgence sanitaire ».

2. Étude

Cette étude est une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique.

Un questionnaire de recherche à remettre aux patientes consultant pour une IVG médicamenteuse, a été conçu à partir de recherches bibliographiques. Une première version a été rédigée entre janvier et février 2020. A ce moment-là, la télémédecine n'était pas autorisée pour la réalisation des IVG médicamenteuses, nous avons donc questionné les patientes sur leur potentiel désir à avoir accès à la télémédecine. Seulement, depuis le mois de mars 2020, lors de l'état d'urgence sanitaire, toutes les consultations nécessaires aux IVG médicamenteuses, ont pu être réalisées par téléconsultation. Une seconde version du questionnaire a donc été rédigée et interrogeait les patientes sur le type de consultation de contrôle choisi, et les avantages et inconvénients que représentait pour elles la télémédecine.

Le projet de thèse et la nouvelle version du questionnaire ont été présentés à quelques membres du réseau REIVOC, réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée. C'est une association loi 1901 qui a pour objectif de favoriser la prise en charge des IVG, principalement médicamenteuse, en ville, et qui permet un lien ville-hôpital pour la réalisation des IVG hors établissement de santé.

Les retours des professionnels du réseau ont permis d'affiner le questionnaire.

La version finale (annexe 1) a été envoyée par mail le 21 avril 2020, à destination des médecins et sages-femmes du réseau REIVOC (une centaine environ), accompagnée d'un texte explicatif

justifiant les motivations de cette étude. 20 questionnaires en version papier ont été remis en main propre à la sage-femme du CPEF d'Auch le 22 avril 2020. 30 questionnaires ont été remis en main propre le 12 juin 2020, à un médecin du centre d'orthogénie de l'hôpital Purpan et un médecin de la clinique Rive Gauche à Toulouse, qui avaient accepté de participer à l'étude.

Le questionnaire était destiné à toutes les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse. La remise du questionnaire était prévue pendant la 2^{ème} consultation, c'est à dire la consultation de prise de la Mifépristone. Ceci afin que les médecins et sages-femmes aient eu le temps de discuter de la future contraception, et de la consultation de contrôle avec les patientes.

Le recueil s'est donc déroulé du 21 avril 2020 au 30 octobre 2020. Une relance a été effectuée par mail à la coordinatrice du réseau REIVOC afin qu'elle transmette à nouveau le questionnaire aux professionnels du réseau, le 6 juillet 2020. Des relances ont été effectuées régulièrement auprès de la sage-femme du CPEF afin de faire le point sur les questionnaires récoltés et les éventuelles difficultés rencontrées. Les médecins et sages-femmes des 2 hôpitaux ont été recontactés par téléphone ou directement dans les services concernés au mois de juillet et au mois de septembre. L'organisation de la remise et de la récolte des questionnaires était revue si besoin, afin de simplifier le plus possible le travail aux équipes.

Les questionnaires ont été recueillis par mail ou par courrier pour le réseau REIVOC, nous nous sommes rendus au CPEF d'Auch et dans les hôpitaux toulousains afin de récupérer les questionnaires papier en main propre.

Au total, 41 questionnaires ont été récoltés et ont tous été analysés.

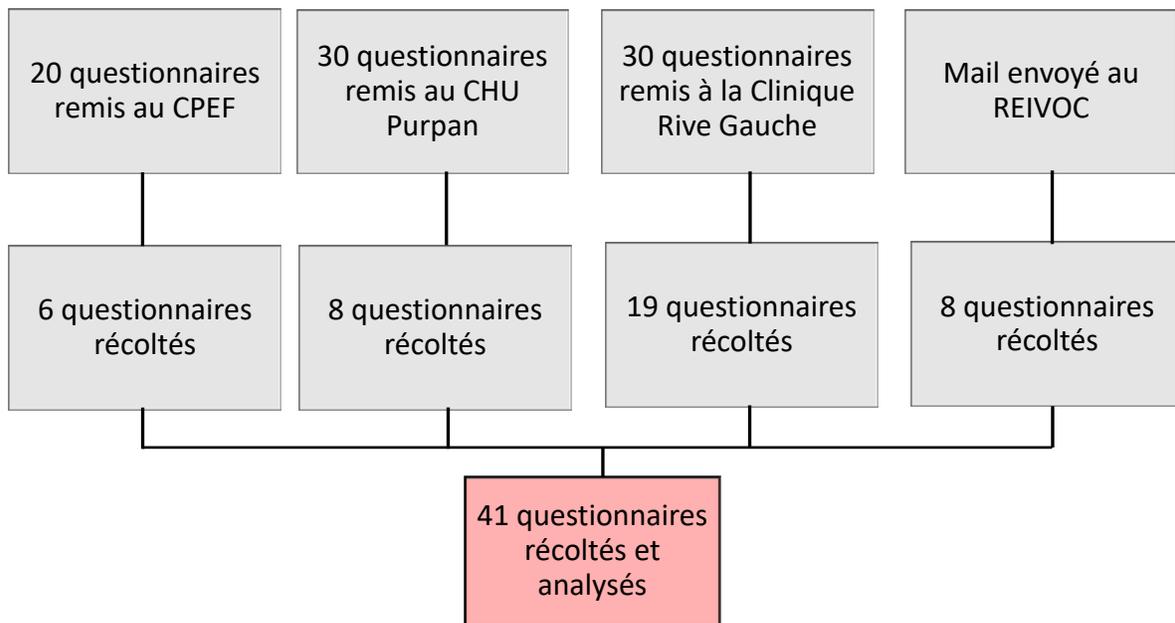


Figure 1 : Diagramme de flux de la récolte de questionnaire

3. Analyse statistique

Les données recueillies d'après les questionnaires étaient organisées et analysées grâce au logiciel Microsoft Excel. L'analyse statistique était réalisée à l'aide du site web biostaTGV et des conseils reçus lors de l'atelier « analyse statistique » organisé par le département universitaire de médecine générale de Toulouse.

Le test exact de Fisher a été utilisé afin de comparer 2 variables qualitatives sur de petits échantillons. Une association statistique était significative si $p < 0,05$.

RÉSULTATS

L'étude a été menée du 21 avril 2020 au 30 octobre 2020. Au total, 41 questionnaires ont été récoltés et analysés.

1. Caractéristiques démographiques des patientes ayant répondu au questionnaire

1.1. Âge

Les 41 patientes interrogées avaient de 18 ans à 42 ans. L'âge moyen était de $29,9 \pm 6,5$ ans.

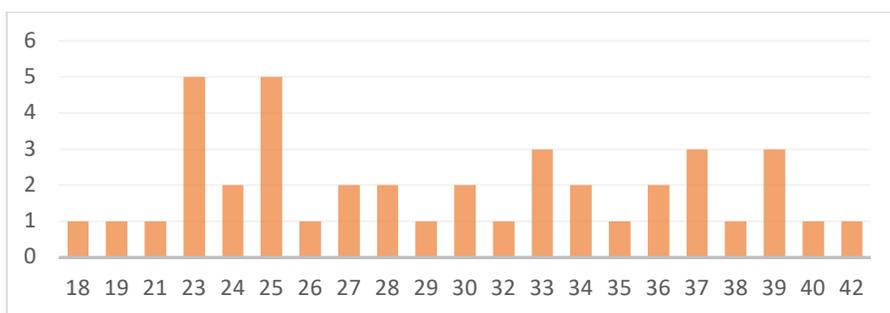


Figure 2 : Âge des patientes

1.2. Lieux de consultation

Les questionnaires ont été récoltés dans différents lieux de consultation qui prenaient en charge des IVG médicamenteuses. La répartition est décrite dans le tableau 1.

Lieu de consultation	Effectif en pourcentage et valeur absolue
Cabinet médical	20 % (8)
Centre hospitalier	66 % (27)
CPEF	15 % (6)

Tableau 1 : Lieux de consultation

1.3. Mode de déplacement

La majorité des patientes se sont rendues sur le lieu de consultation seule, par leurs propres moyens (29 soit 71 %). 8 patientes (19 %) se sont rendues à la consultation par leurs propres moyens, accompagnées d'un proche. 4 patientes (10 %) s'y sont rendues en transports en commun.

1.4. Distance du lieu de consultation

Les patientes habitaient en moyenne à une distance de $14,0 \pm 13,1$ km du lieu de consultation, les valeurs allant de 1 à 60 km.

2. Type de consultation

Sur les 41 patientes interrogées, 80 % (33) d'entre-elles ont bénéficié d'une consultation de contrôle standard, en face à face, et 20 % (8) d'une téléconsultation. 56 % (23) des patientes ont eu la possibilité de choisir le type de consultation de contrôle qu'elles souhaitaient.

Au total, si toutes les patientes avaient eu le choix, 75 % (31) auraient choisi une consultation standard et 25 % (10) une consultation par télémédecine.

Il n'y a pas d'association statistique entre l'âge des patientes et le choix du type de consultation ($p = 0,99$).

Il n'y a pas d'association statistique entre la distance du lieu de consultation et le choix du type de consultation ($p = 0,47$).

De même, il n'y a pas d'association statistique entre le lieu de consultation (hospitalier ou ambulatoire) et le choix du type de consultation ($p = 0,41$).

3. Avantages et inconvénients de la télémédecine

Quelques patientes n'ont pas répondu à certaines questions du tableau ou ne savaient pas répondre. Elles ont toutes été classées dans la catégorie « ne sait pas » (NSP).

3.1. Efficacité

58 % des patientes (24) estiment que les consultations par télémédecine permettent un bon contrôle de l'efficacité de l'IVG.

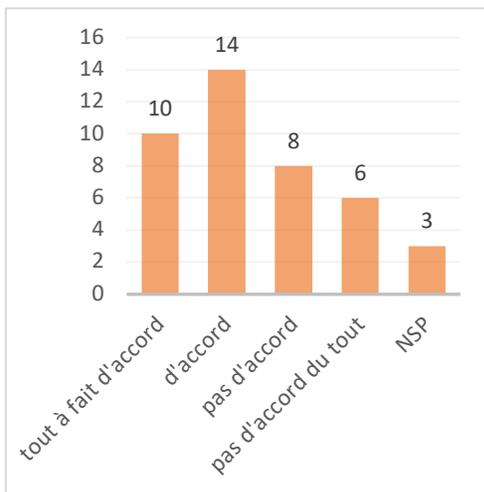


Figure 3 : Répartition des réponses à "La consultation par télémédecine permet un bon contrôle de l'efficacité de l'IVG"

3.2. Répercussions psychologiques

51 % des patientes (21) pensent que les consultations par télémédecine permettent un dépistage efficace des répercussions psychologiques.

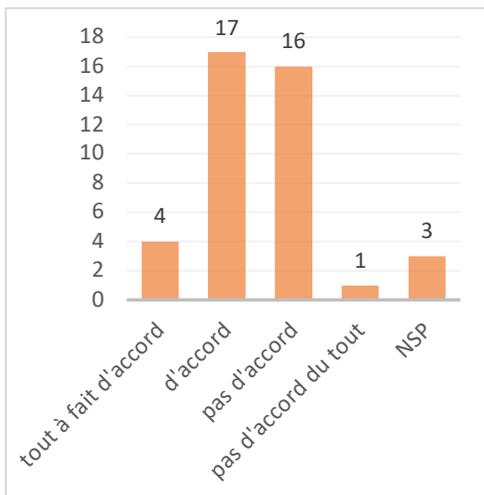


Figure 4 : Répartition des réponses à "La consultation par télémédecine permet un dépistage efficace des répercussions psychologiques"

3.3. Contraception

75 % des patientes (31) pensent que les consultations par télémédecine permettent un temps suffisant pour aborder la contraception.

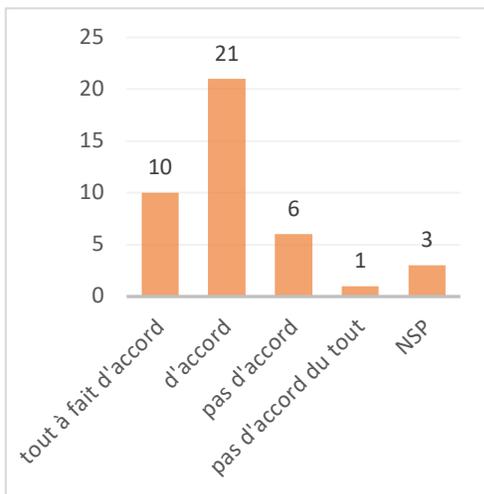


Figure 5 : Répartition des réponses à "La consultation par télémédecine permet un temps suffisant pour discuter de l'efficacité de la contraception"

3.4. Temps

87 % des patientes (36) pensent que les consultations par télémédecine leur permettent un gain de temps comparé aux consultations en face à face.

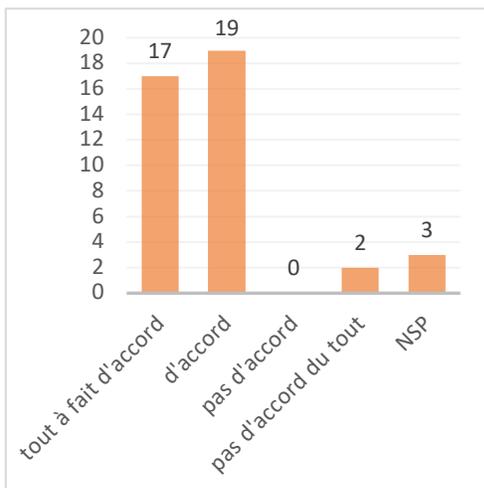


Figure 6 : Répartition des réponses à "La consultation par télémédecine permet un gain de temps pour les patientes"

3.5. Autonomie

49 % des patientes (20) estiment avoir une meilleure autonomie grâce aux consultations par télémédecine.

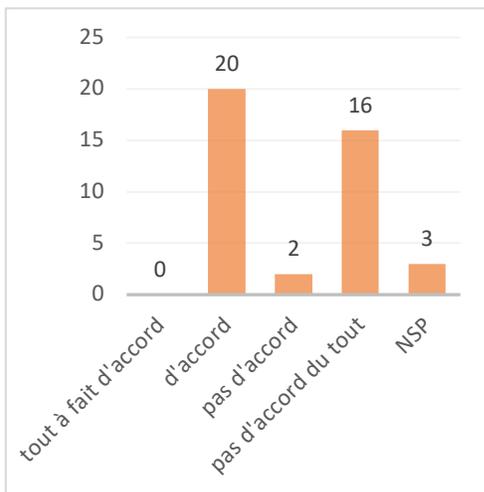


Figure 7 : Répartition des réponses à "La consultation par télémédecine permet une plus grande autonomie"

3.6. Discretion

78 % des patientes (32) pensent que les consultations par télémédecine permettent une plus grande discrétion que les consultations standards.

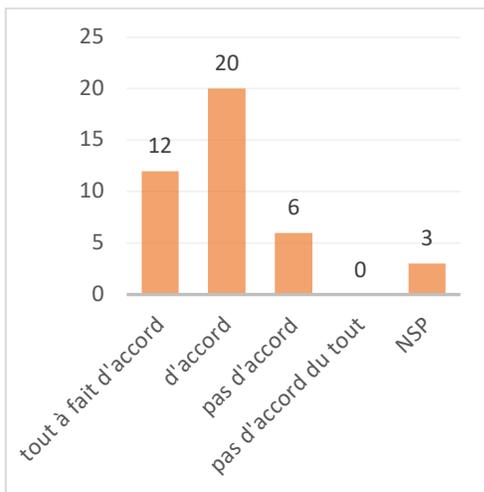


Figure 8 : Répartition des réponses à "La consultation par télémédecine permet plus de discrétion"

3.7. Vécu psychologique

53 % des patientes (23) estiment que les consultations par télémédecine permettent un meilleur vécu psychologique.

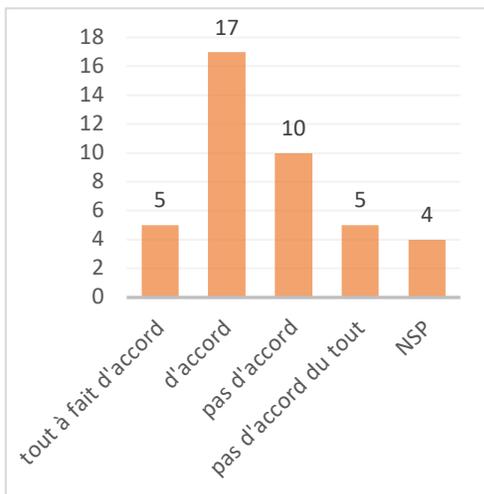


Figure 9 : Répartition des réponses à "La consultation par télémédecine permet un meilleur vécu psychologique"

4. Méthode de télécommunication

51 % des patientes (21) considèrent que l'appel vidéo est le format le plus adapté pour la consultation de contrôle post IVG. 47 % (19) opteraient plutôt pour l'appel téléphonique, une patiente pour le mail et 0 pour le SMS.

5. Contraception

5.1. Contraception post IVG

La majorité des patientes souhaitait une pilule contraceptive ou un dispositif intra utérin à la suite de l'IVG comme représenté sur la figure 9.

Aucune patiente ne souhaitait l'anneau vaginal, le préservatif féminin, le diaphragme, la cape cervicale, les spermicides ou les méthodes naturelles.

Trois patientes n'avaient pas encore fait leur choix.

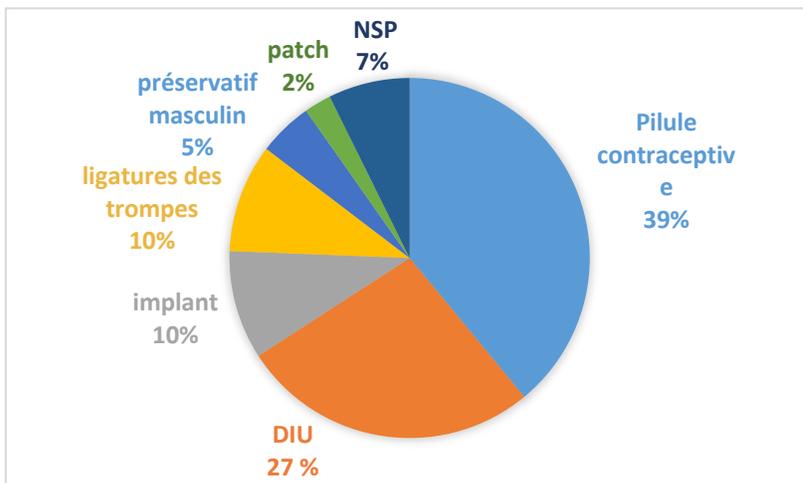


Figure 10 : Répartition des choix de contraception post IVG

5.2. Impact de la télémédecine sur le choix de la contraception

83 % des patientes (34) ne pensent pas que la télémédecine ait une influence sur le choix de la contraception. 15 % des patientes (6), en revanche, pensent que le choix de la contraception pourrait être influencé par le type de consultation de contrôle. Une patiente n'a pas répondu.

DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

1.1. Les biais

Cette étude présente tout d'abord un biais de sélection qui est double. Nous avons recruté dans un premier temps des professionnels de santé pratiquant des IVG, qui ont à leur tour, recruté les patientes. Bien que nous ayons essayé de représenter les différents professionnels et lieux de consultation pour la pratique des IVG, deux tiers des patientes ont été recrutées à l'hôpital, donc en milieu urbain, ce qui a pu induire un biais de sélection. De plus, on peut se demander si les médecins et sages-femmes participant à l'étude ont une patientèle semblable à celles des professionnels qui n'ont pas répondu.

Ensuite, il peut exister un biais de recrutement des patientes par les professionnels de santé. Aucune vérification n'a été faite concernant la distribution des questionnaires afin de savoir s'ils ont bien été distribués à toutes les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse ou si les professionnels de santé ont évité les patientes les plus jeunes ou les plus fragiles par exemple. Enfin, seules les patientes acceptant de répondre au questionnaire ont été incluses, ce qui induit un biais de non-réponse.

Par ailleurs, bien que l'échantillon soit issu de la population cible, c'est à dire les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse, il n'a pas été prédéfini afin d'avoir des caractéristiques identiques à celle-ci, il peut donc exister un biais d'échantillonnage.

Il existe également un biais d'information lié au mode de recueil. Le questionnaire était à remplir par les patientes elles-mêmes, il peut donc exister des difficultés de compréhension et donc des réponses erronées. Pour limiter ce biais, le questionnaire a été standardisé. Sa bonne compréhension a été testée sur des volontaires avant le début de l'étude et il devait être remis aux patientes lors de la seconde consultation c'est à dire la consultation de prise de la Mifépristone, afin qu'elles aient pu se familiariser avec le sujet.

1.2. Le taux de participation

Le recrutement de patientes demandait un investissement de temps aux médecins lors de consultations déjà longues et complexes, mais également du temps aux patientes qui devaient remplir le questionnaire. De plus, le recueil s'est déroulé d'avril à octobre 2020, en pleine crise sanitaire. La pratique médicale, hospitalière comme ambulatoire, a été très perturbée et a dû s'adapter à de nouvelles mesures. Ces deux freins au recrutement de patientes peuvent expliquer le taux de participation relativement faible et donc la faible puissance de l'étude.

2. Les atouts de l'étude

2.1. Une étude multicentrique

Les patientes ont été interrogées dans différents types de structures : cabinets de ville (médecin ou sage-femme), CPEF, centre hospitalier, clinique ; les cabinets étaient situés en ville ou en milieu rural. Ceci afin d'avoir un retour de patientes bénéficiant d'un accès aux soins différent.

2.2. Le questionnaire

La distribution d'un questionnaire avait pour but de récolter le maximum de données sur les patientes et leur avis sur la téléconsultation, et également de permettre d'uniformiser le recueil des données. Le questionnaire distribué regroupait plusieurs avantages : les questions étaient simples et concises pour permettre une bonne compréhension, moins de 5 minutes étaient nécessaires pour y répondre et sa distribution était standardisée.

2.3. Un sujet innovant et d'actualité

Le sujet de l'étude a été choisi avant le début de la pandémie, la télémédecine était alors très peu utilisée en France. Aujourd'hui avec la crise sanitaire, elle est au cœur du soin, mais qu'en sera-t-il à l'issue de cette crise ? Le but de cette étude était de connaître les avantages et les inconvénients que présentait la télémédecine pour les patientes afin de définir l'utilisation qu'on pourrait en avoir à long terme. C'est donc un sujet très actuel, l'utilisation de celle-ci étant relativement récente et en expansion notamment depuis la pandémie de Covid-19.

2.3.1.1.1.1.1.1. Avantages et contraintes de la télémédecine

2.4. Acceptabilité de la télémédecine par les femmes

Dans notre étude, 80% des patientes ont bénéficié d'une consultation standard. Si elles avaient toutes eu le choix, 25 % des patientes auraient choisi une consultation par télémédecine. Même si ce n'est pas la majorité, ce pourcentage reste important étant donné que plus de 200 000 IVG sont réalisées chaque année en France. On peut difficilement extrapoler les résultats à la population occitane puis à la population française étant donné la faible puissance de l'étude. En revanche, ces données peuvent être utilisées pour indiquer une tendance globale de l'opinion des femmes. On peut donc penser qu'un nombre conséquent de femmes opterait pour une téléconsultation si elles avaient le choix.

Une étude américaine dirigée par D. Grossman, qui compare l'acceptabilité des patientes pour les deux types de consultation, constate qu'elle est élevée dans les deux cas mais que les patientes ayant bénéficié d'une consultation post IVG par télémédecine le conseilleraient davantage à leurs amies de manière significative. Toutefois, 25 % des patientes ayant bénéficié d'une téléconsultation, auraient préféré une consultation en face à face, surtout les patientes jeunes, peu éduquées et nullipare (16). Dans une autre étude menée en Ecosse par S. Cameron, les patientes qui ont choisi le suivi par téléphone sont significativement à un terme plus avancé et ont plus souvent déjà eu recours une IVG . En revanche, aucun lien n'est retrouvé avec l'âge (11).

De même, d'après nos résultats, il n'y a pas de lien significatif entre le type de consultation choisi et l'âge, le lieu de consultation ou la distance du lieu de consultation. Une étude indienne évalue le désir des femmes à avoir accès à une simplification du suivi post-IVG grâce à la télémédecine associé à un test urinaire semi-quantitatif. Les résultats montrent que 57% des femmes souhaitent avoir accès à cette simplification et que la préférence pour la télémédecine n'est liée ni au lieu de résidence ni au niveau d'éducation (21).

La télémédecine n'est donc pas perçue comme une simplification du suivi uniquement pour les femmes vivant à la campagne ou à distance d'une structure de soins mais pour un grand nombre de femmes indépendamment de leur lieu de résidence.

2.5. Type de consultation de contrôle

Des études étrangères ont évalué différents types de consultation de contrôle auprès des patientes afin de déterminer la plus adaptée.

Dans l'étude de S. Cameron conduite à Édimbourg en Écosse, les patientes choisissent d'avoir soit une consultation de contrôle en face à face soit par téléphone à deux semaines de la prise de Mifépristone. En cas de téléconsultation, un test urinaire de basse sensibilité est réalisé par la patiente avant l'appel téléphonique afin de vérifier l'arrêt de la grossesse. Si le test est positif ou s'il persiste des symptômes de grossesse, un contrôle échographique est organisé. Dans cette étude, 77% des femmes choisissent une consultation de contrôle à distance plutôt qu'en face à face (11).

Dans une autre étude réalisée au Canada par S. Dunn, les femmes ont également le choix du type de consultation de contrôle, programmée quinze jours après l'interruption de grossesse. Soit en clinique avec vérification du succès de l'IVG par échographie, soit par téléphone avec un dosage plasmatiques des béta-hCG à réaliser et une liste de symptômes à compléter. Dans cette étude, 67 % des patientes optent pour une téléconsultation (22).

Enfin, une étude américaine dirigée par Lisa K. Perriera à Pittsburgh, évalue la possibilité de réaliser une consultation post IVG par téléphone une semaine après la prise de Mifépristone. Le médecin interroge la patiente à l'aide de questions standardisées. En cas de doute du médecin ou de la patiente concernant le succès de l'IVG, une échographie est programmée. Sinon, un test urinaire de haute sensibilité doit être réalisé à domicile trente jours après l'administration de Mifépristone et les patientes sont appelées à nouveau dans les trois jours suivants (7).

Ces différents types de consultations de contrôle à distance ont tous été validées, tant par les patientes que professionnels de santé.

Le taux de patientes optant pour une téléconsultation dans les 2 premières études est nettement supérieur au nôtre. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans ces pays (l'Écosse et le Canada) la télémédecine à une place plus importante qu'en France aujourd'hui et était pratiquée depuis plusieurs années au moment des études, les populations ont donc eu plus de temps pour se familiariser avec celle-ci. Cependant, toutes ces études ont été réalisées uniquement à l'hôpital. Bien que nous ne trouvions aucun lien entre le lieu de consultation et le choix du type de consultation de contrôle, une différence pourrait exister sur des études à plus grande échelle. Il est possible qu'un nombre plus important de femmes opte pour une consultation en face-à-face avec son médecin traitant plutôt qu'à l'hôpital.

2.6. Perdues de vue

Une des questions, soulevée au début de l'étude, était de savoir si le fait que les femmes aient le choix du type de consultation post IVG médicamenteuse (consultation en face à face ou

téléconsultation) permettrait de limiter le nombre de perdue de vue, c'est à dire de limiter le nombre de patientes qui ne se présentent pas à la consultation post IVG. En effet, plusieurs études étrangères montrent que l'échec de contact téléphonique est faible (11)(7)(23), alors que pour d'autres études, les preuves ne sont pas concluantes (11)(22).

Une étude Canadienne notamment, compare l'adhérence des patientes en cas de consultation standard et à distance. Les résultats décrivent un nombre de perdues de vue similaire dans les deux groupes. L'âge, le niveau d'éducation, la profession, le statut marital et la difficulté de se déplacer, n'ont pas de lien significatif avec l'adhérence des patientes. En revanche, les femmes indécises quant à leur future contraception ont significativement plus de risque de ne pas réaliser le suivi en entier ou d'être perdues de vue (22).

On a vu précédemment que selon les études, en moyenne 20 % des patientes ne bénéficient pas de cette consultation de contrôle. Notre étude ne permet pas de savoir si les patientes qui sont intéressées par une téléconsultation de contrôle sont, au moins en partie, celles qui ne se présentent pas à la consultation en face à face. Une autre étude évaluant le nombre de perdues de vue pendant cette période de pandémie serait intéressante afin de savoir si la mise en place de la télémédecine a permis une diminution de ce chiffre.

2.7. Support de télécommunication

La grande majorité (98 %) des patientes estiment que l'appel vidéo ou téléphonique est le format le plus adapté pour la consultation de contrôle. Le mail ou le SMS ne semblent pas suffisants pour le suivi post IVG. Dans les études qui ont évalué la télémédecine pour le contrôle des IVG médicamenteuses, certaines utilisent la vidéo (16), d'autres l'appel téléphonique (2)(7)(15). Dans les deux cas, il n'y a pas plus de complications ou d'échec d'IVG non diagnostiqués et l'acceptabilité des patientes est similaire.

2.8. Raison du choix de la télémédecine par les patientes

Les principaux avantages évoqués par les patientes dans notre étude sont : un gain de temps (87 %) et une plus grande discrétion (78 %). En revanche, seulement 49% considèrent que la télémédecine offre une plus grande autonomie, ce qui peut sembler surprenant étant donné qu'un des arguments principaux avancés pour la mise en place de la télémédecine est l'autonomisation des patientes.

Un travail de thèse français mené par M. Buffo étudie l'acceptabilité d'une simplification de la consultation post IVG (auto-questionnaire ou téléconsultation, associé à un test urinaire de basse sensibilité) par les médecins réalisant les IVG médicamenteuses. Seulement 44 % des professionnels de santé interrogés estiment que la télémédecine permet un gain de temps pour eux et pour les patientes mais 85 % sont d'accord avec le fait qu'elle permet une diminution du temps de déplacement des patientes. Donc le gain de temps serait plutôt en faveur des patientes, les résultats de nos deux études coïncident sur ce point. Les autres inconvénients cités sont : une plus grande difficulté à détecter les complications cliniques et psychologiques, et la perception d'un temps de prévention insuffisant sur la contraception. Cependant, 62,7 % des médecins pensent que le choix de consultation de contrôle devrait revenir aux patientes (25).

Les principales raisons du choix de la télémédecine par les patientes retrouvées dans la littérature sont : une plus grande praticité, plus de confidentialité, moins de stress, l'absence de trajet et donc souvent un moindre coût et la diminution des contraintes comme la garde des enfants ou le travail. A l'inverse, les femmes qui choisissent un suivi standard à l'hôpital pensent que cela permet une meilleure efficacité et plus de simplicité (11)(26)(27).

Finalement, ces résultats montrent qu'il existe une multiplicité de profils de patientes et de situations, d'où l'intérêt d'avoir un large panel de possibilités d'accompagnement. La question du choix éclairé de la patiente, qui n'est pas propre à l'IVG, prend tout son sens dans cette prise en charge : choix de la méthode, choix de l'accompagnant, choix du moment, choix de la contraception, choix du mode de contrôle. C'est une médecine personnalisée et collaborative, satisfaisante pour les patientes et gratifiante pour les soignants.

3. Objectifs de la consultation post IVG

3.1. Contrôle de l'efficacité

Un peu plus de la moitié des patientes interrogées estiment que les consultations par télémédecine permettent un bon contrôle de l'efficacité de l'IVG (58%). De nombreuses études ont évalué l'efficacité, dans différents pays et pour des populations différentes, d'un test urinaire de basse sensibilité ou d'un dosage des béta hCG plasmatiques associé à la télémédecine, deux à trois semaines après la prise de Mifépristone. Elles ont montré une non infériorité de cette

méthode dans le dépistage des complications cliniques et d'un échec de l'IVG médicamenteuse (10)(11)(15)(16)(23).

3.2. Vécu de l'IVG

Environ la moitié des patientes pensent qu'une téléconsultation permettrait un dépistage efficace des répercussions psychologiques (51 %) et un meilleur vécu (53 %) que les consultations standards. Alors que les médecins pratiquant les IVG ont un avis très différent : seulement 8 % d'entre eux estiment que les consultations à distance permettraient de détecter les complications psychologiques et 18 % une amélioration du vécu de l'IVG (25). Donc les médecins considèrent qu'il est difficile de discerner à distance les conséquences psychologiques que pourrait induire l'IVG et que la télémédecine n'améliorera pas le vécu des patientes.

Or, plusieurs études étrangères ont interrogé les femmes après la réalisation d'une consultation post IVG médicamenteuse par télémédecine, sur leur choix en cas de nouvelle grossesse non désirée. Une grande majorité aimerait à nouveau le même type de consultation, ce qui est nettement moins fréquent en cas de consultation en face à face (11)(15)(21). Il existe donc un vrai hiatus entre la perception de la télémédecine par les médecins et le ressenti des femmes en France.

3.3. Contraception

3.3.1. Impact de la télémédecine sur le choix de la contraception

Dans notre étude, 83 % des patientes estiment que le choix du type de consultation n'a pas d'impact sur le choix de la contraception. Cependant, 27 % ont choisi une contraception par dispositif intra utérin et 10% par implant contraceptif au décours de leur IVG. Ces 2 dispositifs nécessitent la pose par un médecin ou une sage-femme, donc une consultation physique.

Dans la thèse de M. Buffo, évaluant l'acceptabilité des médecins de simplifier de la consultation post IVG, un des inconvénients principaux de cette méthode concerne la contraception post IVG. En effet, 52% des médecins estiment qu'une simplification de la consultation de contrôle pourrait avoir un impact sur le choix du mode de contraception après l'IVG (25).

Une étude indienne dirigée par M. Paul, a essayé d'évaluer s'il existait une différence du type de contraception choisi en fonction du type de consultation de contrôle. Finalement, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant le choix de la contraception. De même, l'observance à 3 mois est identique dans les 2 groupes. Une seule différence significative est à noter, le délai de reprise de la contraception est plus court en cas de consultation en face à face,

2 semaines en moyenne, alors que pour la téléconsultation, la contraception est débutée lors du cycle menstruel suivant (28).

3.3.2. Aborder la contraception par télé médecine

Une majorité de femme (71 %) considère que la télé médecine permet un temps suffisant pour aborder la contraception, alors qu'au contraire, c'est un des arguments avancé par les médecins pratiquant les IVG contre la télé médecine (7).

Un article français a analysé les situations contraceptives des femmes lors de la survenue de grossesses non désirées, menant à une IVG, ainsi que la prescription d'une contraception médicale au décours. Il en ressort que près de deux tiers des IVG sont dues à des échecs de contraception, tandis que le tiers restant est dû à une absence totale de celle-ci.

Ainsi, au cours de l'IVG, il est indispensable de dédier un temps permettant de refaire le point sur la contraception et son utilisation. Or, l'article montre que quasiment une femme sur cinq atteste ne pas avoir reçu d'information concernant la contraception lors des différentes consultations, alors que 95% des médecins et sages-femmes responsables de leur prise en charge déclarent avoir abordé le sujet. De même, quasiment un quart des femmes déclarent ne pas avoir eu de prescription ou de recommandation de contraception alors que moins de 5 % des professionnels de santé indiquent ne pas l'avoir fait (29).

Ceci révèle encore une fois une perception de la consultation très différente du point de vue de la patiente et du soignant, il est donc primordial d'adapter son discours à chacune, et de s'assurer qu'il a été compris. On peut supposer que si les femmes étaient mieux informées des différents moyens de contraception et des risques en cas d'absence de ceux-ci, il y aurait moins de grossesses non désirées.

3.3.3. Recommandations françaises

D'après la HAS, la prescription de la contraception doit être débutée dès que possible après la réalisation de l'IVG médicamenteuse. Le jour-même ou le lendemain de la prise des prostaglandines pour les pilules oestroprogestatives et progestatives, idem pour l'implant sous-cutané. La pose d'un DIU doit être programmée pour la visite de contrôle (qui dans ce cas ne peut se faire par téléconsultation) après vérification d'une vacuité utérine à l'échographie ou si le dosage des béta-hCG est négatif. Les méthodes barrières (préservatif, diaphragme, spermicides et cape cervicale) peuvent être commencées le jour de la prise des prostaglandines,

mais les patientes doivent être informées d'une efficacité au long cours inférieure aux méthodes précédentes, comme le précise l'indice de Pearl (30)(31).

Dans tous les cas, la contraception doit être le plus possible, abordée et prescrite lors de la consultation de prise de la Mifepristone.

Il serait donc intéressant d'évaluer dans un second temps l'efficacité de cette contraception post IVG en cas de téléconsultation. C'est à dire rechercher une éventuelle augmentation du nombre de grossesses dans les suites de l'IVG, depuis l'utilisation de la télémédecine.

3.4. Examens complémentaires

Associé à la téléconsultation, un test est nécessaire afin de contrôler le taux de β HCG et donc le succès ou non de l'interruption de grossesse lors de la consultation de suivi à distance. Pour cela, deux solutions existent : un dosage plasmatique des β HCG ou un test urinaire de basse sensibilité. Le dosage plasmatique, comme pour les consultations standards, est à réaliser entre J14 et J21 après la prise de Misoprostol. Le taux de β HCG doit alors avoir diminué de plus de 80 % par rapport à la valeur initiale. Le test urinaire de basse sensibilité, commercialisé sous le nom de CheckTop®, est également à réaliser deux à trois semaines après la prise de prostaglandines. Il distingue un taux de β HCG résiduel < 1000 mUI/mL qui signifie l'arrêt de la grossesse, d'un taux de β HCG résiduel > 1000 mUI/mL qui signifie qu'un examen complémentaire doit être réalisé car l'arrêt de la grossesse est incertain. Les avantages de ce test sont sa simplicité d'utilisation, son moindre coût, le fait qu'il soit indolore et sans effet indésirable et que la patiente n'ait pas à se déplacer au laboratoire (32). L'intérêt principal est que les patientes s'impliquent encore davantage étant donné qu'elles sont autonomes pour la réalisation de ce test, afin de favoriser l'adhésion à la surveillance de l'IVG.

Plusieurs études ont évalué la performance et l'utilisation de ce test pour le contrôle des IVG médicamenteuses. Plus de 95% des patientes estiment que le test est facile d'utilisation. On retrouve selon les études, une sensibilité comprise entre 75 et 100 % et une spécificité entre 86 et 90 %. La valeur prédictive positive est comprise entre 3,6 et 17 % et la valeur prédictive négative entre 99,7 et 100 %. La VPP est basse c'est à dire que peu de femmes sont réellement encore enceintes lorsque le test est positif. Cela se traduit par beaucoup de visites inutiles à l'hôpital. Environ une femme sur dix devra réaliser un dosage des béta hCG ou une échographie de contrôle, alors qu'il existe très peu d'échec de cette méthode. En revanche, la VPN est très élevée, il existe donc très peu de faux négatifs, ce qui est primordial pour ce type de test car il ne faut pas passer à côté d'une grossesse encore en cours (11)(15)(27).

Les recommandations françaises actuelles sont en faveur de cette simplification. D'après le CNGOF et les recommandations pour la pratique clinique concernant l'IVG médicamenteuse publiées en 2016, l'autotest urinaire peut être utilisé pour juger du succès de l'IVG médicamenteuse. Celui-ci peut être réalisé à domicile combiné à un suivi téléphonique. Sa négativité après J14 pour une IVG réalisée avant 7 SA et J21 pour une IVG entre 7 et 9 SA, confirme le succès de la méthode si l'état clinique de la patiente est satisfaisant (33).

De même, les recommandations de la HAS de mars 2021 autorisent la téléconsultation pour une ou l'ensemble des consultations, avec l'accord de la patiente et du professionnel de santé réalisant l'IVG. D'autre part, le contrôle de l'efficacité de la méthode est fortement recommandé soit par un dosage de β -hCG plasmatiques soit par un test urinaire de basse sensibilité adapté au suivi de l'IVG médicamenteuse, ou bien par une échographie pelvienne (34)(35).

3.5. Limites de cette simplification

Cette méthode reste à discuter pour les patientes mineures qui n'ont pas été interrogées et qui ne sont donc pas représentées dans cette étude. L'accès au téléphone peut être plus compliqué en cas de contrôle parental. Il faudrait également évaluer l'utilisation du test urinaire de basse sensibilité dans cette population afin de s'assurer qu'il est aussi considéré simple d'utilisation. De plus, deux tiers des médecins considèrent que cette méthode n'est pas adaptée aux patientes mineures (7).

Un des avantages avancés pour cette simplification était une diminution des coûts. Premièrement pour les patientes qui n'ont plus à se déplacer pour la consultation de suivi, puis pour le système de soins car les tests de contrôle de l'efficacité de l'IVG à domicile ont un faible coût. Cependant, les tests urinaires de basse sensibilité présentent un inconvénient important, ils sont peu fiables pour les IVG sur grossesses très précoces car le taux d'hCG de départ est faible. Il est donc possible que même en cas d'échec de l'avortement, l'autotest soit faussement négatif. De même pour les IVG tardives avec des béta hCG > 100 000 mUI/mL, il y a un fort risque de faux positifs, car il faudra plus de temps pour passer sous le seuil des 1000 mUI/mL. C'est pourquoi beaucoup d'échographies sont réalisées en excès, ce qui engendre de nombreux déplacements inutiles pour les patientes et un coût supplémentaire pour le système de santé.

Afin de limiter ces erreurs de diagnostic, des tests urinaires semi-quantitatifs avec plusieurs seuils de détection ont été créés. Par exemple, certains peuvent déterminer si les hCG sont

supérieurs à 5, 500, 1000, 2000 ou 10 000 mUI/mL. Ils permettent donc de définir avec plus de précision le taux d'hCG des patientes et devraient permettre de diminuer le nombre de faux positifs et de faux négatifs.

4. Auto-avortements : une autre utilisation de la télémédecine

Environ un quart de la population mondiale vit dans des pays où la pratique des IVG est illégale. Plus de 21 millions d'avortements non sécurisés sont encore réalisés chaque année dans le monde, majoritairement chez des femmes vulnérables, entraînant des complications pour plus de 5 millions d'entre-elles et la mort d'environ 47000 femmes. Quasiment tous ces décès pourraient être évités par des soins d'avortement sûrs et une surveillance des complications potentielles (36).

Dans ces pays, il est possible depuis déjà plusieurs années, de réaliser une interruption de grossesse médicamenteuse entièrement par télémédecine grâce à des sites internet dédiés. Par exemple, Women on Web, une organisation canadienne créée en 2005, propose une aide à la contraception ou un avortement médicamenteux en ligne, accessible à toutes les femmes du monde. Les consultations ont lieu sur le site internet à l'aide d'un questionnaire, puis les médicaments sont envoyés par courrier. Des médecins sont disponibles à tout moment pour répondre aux questions des patientes. Il est possible de réaliser une IVG médicamenteuse jusqu'à 12 semaines de grossesse, comme le recommande l'OMS (37)(36). De même pour le site Women Help Women, qui comprend des équipes basées en Europe, en Amérique, en Asie et en Afrique (38).

Un autre exemple, safe2choose, qui est une organisation Américaine qui fournit des informations sur les différentes méthodes d'avortement et répond aux questions des patientes via des téléconsultations puis les met en lien avec des prestataires qualifiés, favorables à la pratique des IVG et proches de chez elles (39).

Rebecca Gomperts, la créatrice de Women on Web, a réalisé une étude afin d'évaluer l'efficacité et la sécurité des avortements délivrés via son site internet jusqu'à 9 SA. Elle montre qu'un avortement par télémédecine est possible de manière sûre et efficace, que l'acceptabilité et le succès de l'IVG est similaire qu'il soit réalisé par un médecin ou les femmes elles-mêmes et que le risque d'intervention chirurgicale ou d'échec de l'IVG n'augmente qu'à partir de 12 SA (13).

Aujourd'hui, le site a aidé plus de 100 000 femmes à avorter et le taux de succès et de complications est superposable au taux retrouvé pour les IVG réalisées à l'hôpital ou en libéral.

Cependant, ce type d'avortement a été créé spécialement pour les pays dans lesquels il n'existait pas d'autre possibilité. Bien que l'efficacité et l'acceptabilité dans ces pays soient très bonnes, la priorité reste la sécurité de la méthode. C'est pourquoi dans les pays où l'IVG est légale, il ne faut pas se passer d'un suivi par un professionnel de santé. Le but étant de donner le maximum d'autonomie aux femmes tout en leur garantissant une méthode sûre et efficace. Les professionnels doivent donc se servir de tous les outils mis à leur disposition pour permettre aux patientes d'être actrices de leur prise en charge, tout en maintenant un accompagnement.

CONCLUSION

L'IVG médicamenteuse est autorisée en France depuis 2004, ce qui permet un recul en ce qui concerne l'efficacité et la sécurité de cette méthode. Cependant, elle requiert plusieurs consultations dont la consultation de contrôle, à laquelle un certain nombre de patientes ne se présente pas. Plusieurs méthodes de simplification sont actuellement à l'étude avec pour objectif une meilleure observance et une amélioration de l'autonomie des femmes. C'est le cas de l'utilisation de la télémedecine comme alternative à la consultation de contrôle standard.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer le désir des femmes, en Occitanie, à avoir accès à ce type de consultation pour le contrôle des IVG médicamenteuses. Finalement, on retrouve qu'un nombre non négligeable de femmes aimerait pouvoir en bénéficier, et avec le développement actuel de la télémedecine, ce chiffre tendrait à augmenter. Plusieurs avantages sont soulignés par les patientes interrogées, comme un gain de temps et une plus grande discrétion. De plus, elles estiment que la télémedecine permet un bon contrôle de l'efficacité de l'IVG et un temps suffisant pour faire le point sur la contraception.

Par ailleurs, d'après les patientes, seuls l'appel vidéo ou l'appel téléphonique semblent approprié pour ce type de consultation, contrairement au contact par mail ou SMS.

En mars 2021 sont publiées les recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant l'IVG médicamenteuse. Les mesures transitoires prises lors de l'épidémie de Covid-19 sont étendues de manière pérenne. La télémedecine est autorisée pour toutes les consultations, la Mifepristone comme le Misoprostol peuvent être pris à domicile, un test urinaire semi-quantitatif peut être utilisé pour le contrôle de l'efficacité de l'IVG et le délai de prise en charge dans les cabinets de ville est étendu à 9 SA. Les objectifs de ces nouvelles recommandations sont de réduire le délai d'accès à l'IVG médicamenteuse et d'élargir l'offre de soin.

Il serait donc intéressant d'évaluer dans de nouvelles études, les conséquences de ces changements. C'est à dire, dans un premier temps, apprécier l'efficacité de la consultation post IVG par télémedecine en recherchant le nombre d'échec d'IVG non diagnostiqués. Dans un second temps, évaluer l'efficacité de la mise en place de la contraception et son observance par les patientes en recherchant une potentielle augmentation du nombre de nouvelles grossesses non désirées dans les suites de l'IVG. Et enfin, évaluer à plus grande échelle, sur la population française, l'efficacité et l'acceptabilité d'un test urinaire pour déterminer le succès de l'IVG.

Vu
Toulouse le 24/08/2021

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 27/08/2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. DREES, Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1163_ivg_bat.pdf
2. HAS : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. 2011. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
3. 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 Fertil.* 2005. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958905000457>
4. 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. 2013. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782412006385>
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.* 2009. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958909003026>
6. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol.* 2010.
7. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J, Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception.* 2010. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(09\)00387-4/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(09)00387-4/abstract)
8. Faucher P, Rayr C. Peut-on simplifier la procédure de l'avortement médicamenteux ? 2012. <https://www.em-consulte.com/en/article/742932>
9. Grossman D, Grindlay K. Safety of Medical Abortion Provided Through Telemedicine Compared With In Person. *Obstet Gynecol.* 2017. https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2017/10000/Safety_of_Medical_Abortion_Provided_Through.16.aspx#pdf-link
10. Aiken A, Digol I, Trussell J, Gomperts R. Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *The BMJ.* 2011. <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2011>
11. 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.* 2012. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(11\)00670-6/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(11)00670-6/abstract)
12. Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker DM. Routine Follow-up Visits After

First-Trimester Induced Abortion. *Obstet Gynecol.* 2004.

13. 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.* 2014.
14. 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.* 2012.
[https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(12\)00419-2/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(12)00419-2/abstract)
15. Ngoc NTN, Bracken H, Blum J, Nga NTB, Minh NH, van Nhang N, et al. Acceptability and feasibility of phone follow-up after early medical abortion in Vietnam: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2014.
16. Grossman D, Grindlay K, Buchacker T, Lane K, Blanchard K. Effectiveness and Acceptability of Medical Abortion Provided Through Telemedicine. *Obstet Gynecol.* 2011.
https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2011/08000/Effectiveness_and_Acceptability_of_Medical.14.aspx
17. Chapitre VI : Télémédecine (Article L6316-1) - Légifrance 2021.
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036393417/2018-01-01/>
18. Améli. Téléconsultation. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
19. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages. 2021.
<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>
20. IVG et mesures exceptionnelles en période COVID-19. Disponible sur:
<https://ivg.gouv.fr/ivg-et-mesures-exceptionnelles-en-periode-covid-19.html>
21. Paul M, Iyengar K, Essén B, Gemzell-Danielsson K, Iyengar SD, Bring J, et al. Acceptability of Home-Assessment Post Medical Abortion and Medical Abortion in a Low-Resource Setting in Rajasthan, India. *PLOS ONE.* 2015.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0133354>
22. Dunn S, Panjwani D, Gupta M, Meaney C, Morgan R, Feuerstein E. Comparison of remote and in-clinic follow-up after methotrexate/misoprostol abortion. *Contraception.* 2015.
23. Dabash R, Shochet T, Hajri S, Chelli H, Hassairi A-E, Haleb D, et al. Self-administered multi-level pregnancy tests in simplified follow-up of medical abortion in Tunisia. *BMC Womens Health.* 2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4967516/>
24. 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.* 2012. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782411006706>

25. Buffo M. Quelle serait l'acceptabilité par les médecins pratiquant les IVG médicamenteuses, du remplacement de la visite de contrôle par un auto-questionnaire, ou de la télémédecine, associé à un test urinaire de basse sensibilité? Réalisation, avantages, et contraintes dans les conditions d'exercice actuel. 2018.
26. Fix L, Seymour JW, Sandhu MV, Melville C, Mazza D, Thompson T-A. At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020. <https://jfprhc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.srh-2020-200612>
27. 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*. 2014.
28. Paul M, Iyengar SD, Essén B, Gemzell-Danielsson K, Iyengar K, Bring J, et al. Does mode of follow-up influence contraceptive use after medical abortion in a low-resource setting? *BMC Public Health*. 2016. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3726-1>
29. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Française Aff Soc*. 2011. <https://www-cairn-info-s.docadis.univ-tlse3.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-148.htm>
30. Efficacité des moyens contraceptifs. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
31. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg
32. HIÊN H_. Faisabilité d'un autotest hCG urinaire semi-quantitatif dans le suivi de l'IVG médicamenteuse : étude BETINA. 2014. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4720_HIEN_these.pdf
33. CNGOF 2016 IVG médicamenteuse. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>
34. Muriel D. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. 2021.
35. HAS. IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines : pérenniser ce droit pour les femmes. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260865/fr/ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-perenniser-ce-droit-pour-les-femmes
36. WHO recommendations on self-care interventions. 2011. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332334/WHO-SRH-20.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Women on Web. D <https://www.womenonweb.org/fr/>

38. Women Help Women. <https://consult.womenhelp.org/>
39. Informations sur les Options d'Avortement Sécurisé à Travers le Monde. safe2choose. <https://safe2choose.org/fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Date de remise du questionnaire :/..../.....

Ce questionnaire est à remettre aux patientes lors de la seconde consultation, c'est à dire la consultation de prise du Mifépristone.

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire vous a été remis car vous allez avoir recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse.

Il s'inscrit dans une recherche de thèse d'une interne en médecine générale et donc future médecin généraliste.

La recherche porte sur l'intérêt pour les patientes réalisant une IVG médicamenteuse à avoir accès à une consultation post IVG par télémedecine.

La consultation de contrôle post interruption de grossesse médicamenteuse (qui a lieu une à trois semaines après la réalisation de l'interruption de grossesse) est obligatoire mais un grand nombre de femmes ne se présente pas à cette consultation (environ 30 %) alors que le risque d'échec théorique est de 2 %.

Certains pays, comme les pays du Nord de l'Europe, l'Angleterre, l'Inde ou certains états des Etats-Unis ont autorisé la pratique de cette consultation par télémedecine, c'est-à-dire une consultation par téléphone ou appel vidéo associé à la réalisation d'un test de grossesse urinaire ou un dosage sanguin des bêta hCG.

Ceci permet aux patientes de ne pas avoir à se déplacer si elles ne le souhaitent pas mais de pouvoir tout de même contrôler l'efficacité de l'IVG à distance avec un médecin ou une sage-femme.

Ce n'est pour le moment pas autorisé en France.

Durant l'épidémie de Covid-19, le décret du 9 mars 2020 a autorisé un assouplissement des conditions de réalisation de la télémedecine jusqu'au 31 mai 2020. Il permet temporairement, pendant cette période, la réalisation de consultations par télémedecine.

Ce questionnaire s'adresse donc à toutes les patientes ayant recours à une IVG médicamenteuse en Occitanie en 2020, le but étant de savoir si elles seraient intéressées par un accès durable à la télémedecine.

Il est anonyme et ne vous prendra que 2 ou 3 minutes.

1. Critères démographiques

a. Quel âge avez-vous ?

b. Où consultez-vous ?

- Cabinet médical (médecin ou sage-femme) Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) Centre hospitalier / clinique

c. Comment vous êtes-vous rendue au lieu de consultation ?

- Par vos propres moyens seule Par vos propres moyens avec l'aide d'un accompagnant (amis, famille) A pied En transport en commun
 Autre (précisez)

d. A quelle distance (en km) du lieu de consultation habitez-vous ?

2. Votre consultation post IVG est prévue...

- En consultation standard Par télémedecine (précisez : mail, appel téléphonique, appel vidéo...)

3. Avez-vous eu le choix ?

- Oui Non

Si non, si vous aviez le choix entre une consultation post IVG médicamenteuse standard, en face à face, et une consultation par télémedecine, que choisiriez-vous ?

- Standard Télémedecine

Pourquoi ?

.....

4. D'après vous, la consultation par télémedecine permet...

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas d'accord du tout
D'une manière générale :				
Un bon contrôle de l'efficacité de l'IVG				
Un dépistage efficace des répercussions psychologiques				
Un temps suffisant pour discuter de l'efficacité de la contraception				
Part rapport à une consultation en face à face :				
Un gain de temps pour les patientes				
Une plus grande autonomie (pas besoin d'accompagnant)				
Plus de discrétion				
Un meilleur vécu psychologique des patientes				

5. Quel type de télémedecine serait le plus adapté d'après vous ?

- Mail SMS Appel téléphonique Appel vidéo

Autre (précisez) :

6. Quelle contraception souhaitez-vous suite à cette IVG ? (Entourez votre choix)



7. Sachant que la pose d'un implant ou d'un dispositif intra-utérin (DIU) nécessite une consultation en face à face avec le médecin, l'accès à la télémedecine pourrait-il avoir une influence sur le choix de votre mode de contraception ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....

Merci pour votre participation !

Titre : LES FEMMES EN OCCITANIE, SERAIENT-ELLES INTÉRESSÉES PAR UNE CONSULTATION POST IVG PAR TÉLÉMÉDECINE ?

Introduction : L'IVG médicamenteuse évolue de plus en plus vers une simplification des différentes consultations, et notamment la consultation de contrôle. Nous avons cherché à savoir si les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse en Occitanie seraient intéressées par une consultation de contrôle par télé-médecine.

Méthode : Cette étude observationnelle basée sur un questionnaire à remplir par les patientes consultant pour une IVG médicamenteuses s'est déroulée du 21 avril au 30 octobre 2020. Les questionnaires ont été remis aux patientes via les médecins et sages-femmes du réseau REIVOC, de deux hôpitaux Toulousains et du CPEF du Gers.

Résultats : 41 questionnaires ont été récoltés et analysés. Si elles avaient le choix, 25 % des patientes opteraient pour une consultation de contrôle par télé-médecine. On ne retrouve pas d'association statistique avec l'âge, le lieu de consultation et la distance du lieu de consultation. Plusieurs avantages apparaissent, comme un gain de temps et une plus grande discrétion. Une large majorité de patientes estiment que la téléconsultation doit se faire via un appel téléphonique ou vidéo. Enfin, 83 % des patientes ne pensent pas que la télé-médecine change le choix de la contraception.

Conclusion : La consultation de suivi réalisée par télé-médecine semble perçue comme un réel avantage pour un nombre conséquent de patientes. De nouvelles études doivent être menées afin d'évaluer l'efficacité de ce suivi associé à l'utilisation d'un test urinaire de basse sensibilité pour déterminer le succès ou l'échec de l'IVG.

Mots clés : IVG médicamenteuse, télé-médecine, consultation post IVG, Covid-19, état d'urgence sanitaire.

Titre : WOMEN IN OCCITANIA, WOULD THEY BE INTERESTED IN A POST ABORTION CONSULTATION DELIVERED BY TELEMEDECINE ?

Background : Drug abortion is evolving towards a simplification of all of the consultations, and in particular the follow-up consultation. We sought to know whether patients consulting for a medical abortion in Occitania would be interested in a follow-up consultation delivered by telemedicine.

Study design : This observational study based on a questionnaire to be completed by patients consulting for a medical abortion took place from April 21 to October 30, 2020. The questionnaires were given to patients by doctors and midwives from the REIVOC network, from two hospitals in Toulouse and family planning in Auch.

Results : 41 questionnaires were collected and analyzed. If they had the choice, 25% of patients would opt for a follow-up telemedicine consultation. There is no statistical association with age, place of consultation and distance from place of consultation. Several advantages appear, such as saving time and greater discretion. A large majority of patients believe that the teleconsultation should be done with a phone or video call. Finally, 83% of patients do not think that telemedicine changes the choice of contraception.

Conclusion : The follow-up consultation carried out by telemedicine seems to be perceived as a real advantage for a significant number of patients. Further studies are needed to assess the effectiveness of this mode of follow-up associated with the use of a low sensitivity urine test to determine the success or failure of abortion.

Keywords : Medical abortion, telemedicine, telephone follow up, Covid-19, health crisis, pandemic.