

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Manon HERVOUET

Le 02 JUIN 2022

**EVALUATION DE L'UTILISATION DU PROTOCOLE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE SUR GROSSESSE DE LOCALISATION INDETERMINEE AU SEIN DU REIVOC**

Directeurs de thèse : Dr Emilie FRANZIN, Dr Anne SAINT-MARTIN

JURY :

| | |
|--|------------------|
| Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE | Président |
| Monsieur le Professeur Pierre MESTHE | Assesseur |
| Madame le Professeur Motoko IRI-DELAHAYE | Assesseur |
| Madame le Docteur Emilie FRANZIN | Assesseur |
| Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN | Assesseur |

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Huques
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie | Mme LAMANT Laurence (C.E) | Anatomie Pathologique |
| M. ACCADBLE Franck (C.E) | Chirurgie Infantile | M. LANGIN Dominique (C.E) | Nutrition |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne | Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. AMAR Jacques | Thérapeutique | M. LARRUE Vincent | Neurologie |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie, Santé publique | M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine d'Urgence |
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie | M. LAUWERS Frédéric | Chirurgie maxillo-faciale |
| M. ARNAL Jean-François (C.E) | Physiologie | M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie | M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie |
| M. AVET-LOISEAU Hervé | Hématologie, transfusion | M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie | M. MALVAUD Bernard | Urologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique | M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie | M. MARQUE Philippe (C.E) | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie | M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) | Chirurgie Vasculaire | M. MAURY Jean-Philippe (C.E) | Cardiologie |
| M. BRASSAT David | Neurologie | Mme MAZEREUW Juliette | Dermatologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul | M. MAZIERES Julien (C.E) | Pneumologie |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique | M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. BUJAN Louis (C. E) | Urologie-Andrologie | M. MOLINIER Laurent (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E) | Médecine Vasculaire | M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie |
| M. BUREAU Christophe | Hépto-Gastro-Entérologie | Mme MOYAL Elisabeth (C.E) | Cancérologie |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie | M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. CALVAS Patrick (C.E) | Génétique | Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) | Gériatrie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie | M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale | M. OSWALD Eric (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie | M. PARIENTE Jérémie | Neurologie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie | M. PAUL Carle (C.E) | Dermatologie |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Médecine d'urgence | M. PAYOUX Pierre (C.E) | Biophysique |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire | M. PAYRASTRE Bernard (C.E) | Hématologie |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie | M. PERON Jean-Marie (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie | M. RASCOL Olivier (C.E) | Pharmacologie |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chir. Orthopédique et Traumatologie | Mme RAUZY Odile | Médecine Interne |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie | M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie | M. RECHER Christian(C.E) | Hématologie |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique | M. RITZ Patrick (C.E) | Nutrition |
| Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E) | Histologie Embryologie | M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie |
| M. DAMBRIN Camille | Chir. Thoracique et Cardiovasculaire | M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt Fonct. | M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale |
| M. DEGUINE Olivier (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie | M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses | M. SAILLER Laurent (C.E) | Médecine Interne |
| M. DELORD Jean-Pierre (C.E) | Cancérologie | M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) | Chirurgie Infantile |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie | M. SALLES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie | M. SANS Nicolas | Radiologie |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) | Thérapeutique | M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie | Mme SELVES Janick (C.E) | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. FERRIERES Jean (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique | M. SENARD Jean-Michel (C.E) | Pharmacologie |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie | M. SERRANO Elie (C.E) | Oto-rhino-laryngologie |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie | M. SIZUN Jacques (C.E) | Pédiatrie |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie | M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |
| M. GAME Xavier | Urologie | Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie, Santé publique | M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation | M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique | M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive |
| M. GOURDY Pierre (C.E) | Endocrinologie | Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) | Chirurgie plastique | M. TELMON Norbert (C.E) | Médecine Légale |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie | Mme TREMOLLIERES Florence | Biologie du développement |
| Mme HANAIRE Héleine (C.E) | Endocrinologie | Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E) | Anatomie Pathologique |
| M. HUYGHE Eric | Urologie | M. VAYSSIERE Christophe (C.E) | Gynécologie Obstétrique |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie | M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie |
| M. KAMAR Nassim (C.E) | Néphrologie | M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| P.U. Médecine générale | | | |
| M. OUSTRIC Stéphane (C.E) | | | |

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

| P.U. - P.H. 2ème classe | | Professeurs Associés |
|-------------------------------|--|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile | Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André |
| M. AUSSEIL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire | |
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie, Santé publique | |
| M. BONNEVILLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique | |
| M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence | |
| Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie | |
| Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie | |
| M. CAVAINAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie | |
| M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique | |
| M. COGNARD Christophe | Radiologie | |
| Mme CORRE Jill | Hématologie | Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAVAUD Sandra |
| Mme DALENC Florence | Cancérologie | |
| M. DE BONNECAZE Guillaume | Anatomie | |
| M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie | |
| M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie | |
| M. FAGUER Stanislas | Néphrologie | |
| Mme FARUCH BILFELD Marie | Radiologie et imagerie médicale | |
| M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie | |
| M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique | |
| M. GUIBERT Nicolas | Pneumologie | |
| M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie | |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail | |
| M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire | |
| M. LAROCHE Michel | Rhumatologie | |
| Mme LAURENT Camille | Anatomie Pathologique | |
| M. LE CAIGNEC Cédric | Génétique | |
| M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction | |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie | |
| M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | |
| M. MARTIN-BLONDEL Guillaume | Maladies infectieuses, maladies tropicales | |
| Mme MARTINEZ Alejandra | Gynécologie | |
| M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie | |
| M. MEYER Nicolas | Dermatologie | |
| M. PAGES Jean-Christophe | Biologie cellulaire | |
| Mme PASQUET Marlène | Pédiatrie | |
| M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive | |
| M. PUGNET Grégory | Médecine interne | |
| M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique | |
| M. RENAUDINEAU Yves | Immunologie | |
| Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie | |
| Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire | |
| M. SAVALL Frédéric | Médecine légale | |
| M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation | |
| M. SOLER Vincent | Ophthalmologie | |
| Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie | |
| M. TACK Ivan | Physiologie | |
| Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie | |
| Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie | |
| M. YRONDI Antoine | Psychiatrie | |
| M. YSEBAERT Loic | Hématologie | |
| P.U. Médecine générale | | |
| M. MESTHÉ Pierre | | |
| Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve | | |

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène | Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| M. APOIL Pol Andre | Immunologie | Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie | Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie | Biochimie | M. GUERBY Paul | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme BASSET Céline | Cytologie et histologie | Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| Mme BELLIERES-FABRE Julie | Néphrologie | Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion | M. HAMDJ Safouane | Biochimie |
| M. BIETH Eric | Génétique | Mme HITZEL Anne | Biophysique |
| Mme BREHIN Camille | Pneumologie | Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| M. BUSCAIL Etienne | Chirurgie viscérale et digestive | M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire | Mme JONCA Nathalie | Biologie cellulaire |
| M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie | M. KIRZIN Sylvain | Chirurgie générale |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie | Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse | Pharmacologie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie | M. LEPAGE Benoit | Biochimie et Informatique médicale |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition | M. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophthalmologie | M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie | Mme MASSIP Clémence | Bactériologie-virologie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique | Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| Mme CHANTALAT Elodie | Anatomie | Mme MONTASTIER Emilie | Nutrition |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique | M. MONTASTRUC François | Pharmacologie |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire | Mme MOREAU Jessika | Biologie du dev. Et de la reproduction |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques | Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie | M. MOULIS Guillaume | Médecine interne |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie | Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| M. CUROT Jonathan | Neurologie | Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie | Mme PERROT Aurore | Hématologie |
| Mme DE GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie | M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale | Mme PLAISANCIE Julie | Génétique |
| M. DEGBOE Yannick | Rhumatologie | Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| M. DELMAS Clément | Cardiologie | Mme QUELVEN Isabelle | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. DELPLA Pierre-André | Médecine Légale | Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. DESPAS Fabien | Pharmacologie | M. REVET Alexis | Pédo-psychiatrie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène | M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| Mme ESQUIROL Yolande | Médecine du travail | Mme SABOURDY Frédérique | Biochimie |
| Mme EVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie | Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie | Mme SIEGFRIED Aurore | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme FLOCH Pauline | Bactériologie-Virologie | M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition | M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| Mme GALLINI Adeline | Epidémiologie | Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique | M. VERGEZ François | Hématologie |
| M. GASQ David | Physiologie | Mme VIJA Lavinia | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction | | |
| M.C.U. Médecine générale | | | |
| M. BISMUTH Michel | | | |
| M. BRILLAC Thierry | | | |
| Mme DUPOUY Julie | | | |
| M. ESCOURROU Emilie | | | |

Maîtres de Conférence Associés

| | |
|---------------------------------|--|
| M.C.A. Médecine Générale | |
| M. BIREBENT Jordan | |
| Mme BOURGEOIS Odile | |
| Mme BOUSSIER Nathalie | |
| Mme FREYENS Anne | |
| Mme LATROUS Leila | |
| M. PIPONNIER David | |
| Mme PUECH Marielle | |

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE, vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Motoko IRI-DELAHAYE, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Emilie FRANZIN, je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour la confiance et l'intérêt que tu as porté à ce travail, pour tes encouragements bienveillants, ainsi que pour ton enseignement en tant que maître de stage.

Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN, vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre soutien et votre disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Merci aux membres du REIVOC.

Merci aux soignants d'avoir donné de leur temps en participant à cette étude.

A ma famille,

Mes parents,

Il y a tellement de choses à dire, que l'on ne dit jamais. On pense que cela n'est pas nécessaire, que ce n'est pas le bon moment, pas même le jour de la remise de diplôme à Nantes.

Merci pour tout. En particulier, et c'est un peu paradoxal pour ce travail, je vous remercie de ne pas avoir cherché à nous pousser dans les études supérieures et l'élitisme, mais plutôt dans la recherche du bonheur et de l'épanouissement personnel, quel exemple ! Vous êtes les meilleurs !

Valentin,

Pour ton œuvre pour l'union de la famille et des nations. Tu es bien évidemment toi aussi le meilleur, une source d'inspiration même.

Gabie, Mia et Romy pour votre soutien

A Kiki,

Pour reprendre tes références, qui me permettent de me faire comprendre en toute pudeur, Tu es là où mes pas ne me guident pas. Il nous fallut bien du talent, pour être docteurs, sans être adultes. Demain, et tous les autres jours de nos vies, on prendra le tram trente-trois, pour manger des frites chez Eugène, et vivre encore tout plein de belles choses

Pierre, merci pour t'être rendu disponible pour cet entraînement avant la soutenance de Corentin

A mes amis,

Les premières lignes de mon stade toulousain,

Zezette,

Qui aurait cru que la fille de ma promo de P2 que j'ai ramené à bon port après un premier malaise (au bloc) avec complications, serait encore à mes côtés 10 ans plus tard ?

Tu m'as apporté quelques trucs sympas. J'ai découvert et fait presque tous mes voyages avec toi (on a manqué de peu les tortues ensemble mais on s'est bien rattrapé en gugu), j'ai débuté

ma vie toulousaine au 10 rue de la Concorde avec toi, je ne mentionne plus toutes ces virées/révisions à l'île de Ré et Méribel chaque année (je devrais même remercier ta famille ici !!). Et il s'agit d'une liste trop peu exhaustive.

Tu m'as aussi fait perdre quelques trucs. Ma dignité avec cette histoire de piscine divulguée de trop nombreuses fois au grand public, ma motivation pour le canoë par ta motivation à vouloir nous couler, mon épaule gauche, j'ai manqué l'épicentre d'un ouragan, perdu des années d'espérance de vie à stresser pour Tes ECN, et de la place pour mes autres remerciements

Merci

Et Toto, merci d'être sa raison (de vivre)

Consti, merci pour toutes ces nuits où tu m'auras tenue éveillée, toutes celles où tu m'as hébergée de la P2 jusqu'à aujourd'hui, toutes celles où tu auras chuté à vélo, et pour cette récente nuit où tu as failli prendre un jet pour venir à mon chevet ...tu es définitivement bien du soir, même de la nuit

Et Régis, merci d'être un père exceptionnel pour Kyky

Juju, ma voisine des Chalets puis de Croix de Pierre mais peut-être plus pour longtemps... Qui sait, je t'offrirais peut-être enfin un de mes petits bonhommes de sapin de Noël pour ton nouveau chez toi ! Tu nous as privé de ta présence trop de temps pendant tes Erasmus, pourtant je te remercie, de m'avoir transmis ta passion pour la pédiatrie en m'offrant un stétho volé, d'avoir caler tes 30 ans pendant la tournée du Roi Lion, et surtout de nous permettre de rattraper tout ce temps maintenant

Et Ludo, merci d'être à ses côtés, un verre de suze à la main

Charlotte, merci pour toutes ces papouilles partagées depuis 15 ans !! Merci d'être une merveilleuse marraine pour Mia, pour m'avoir accompagnée dans l'épreuve des dents de sagesse puis de la PF, pour avoir été là en p1, puis en deuxième P1 puis toutes les autres années jusqu'à ces 6 mois dans la ville aux plus beaux quais de Saône de France. Puisse notre amitié durer au moins 15 ans de plus, qu'on vive la crise de la quarantaine, on passe si bien les épreuves ensemble !

Estelle, merci pour t'être rendue si disponible pour toutes ces pauses café à la BU, pour m'avoir emmené à Fort Boyard, pour m'avoir tout de suite répondu qu'il fallait que je fasse une petite place pour ta coccinelle à Toulouse ce week-end. Tu nous prouves depuis ton départ pour Poitiers que l'orthopédie n'est pas qu'une affaire de mecs bourrus

Podiot, je repense à la Gugu, à Gilbert et sa maladie douteuse dont je n'ose pas citer le nom ici, mais aussi plus récemment à tous les plats du monsieur cuisine que je n'ai pas eu l'occasion

de goûter. Merci pour ces 6 mois au 42 rue de la thèse, où tu m'as transmis ton insoupçonnée motivation à travailler

Et Octave, merci d'être son bras droit ou 3^{ème} pied gauche

Poupou, merci de m'avoir tant inspiré pour ma soutenance, ta thèse était la dernière avant la mienne, et tu as mis la barre très haute. Merci de m'avoir laissé croire que la dernière semaine avant la thèse était la meilleure...En tant que première propriétaire du groupe, je te respecte trop pour me permettre des blagues. Ravie que notre colocation fut ta dernière demeure de prolétaire

Et Emilien, pour avoir été en costume le jour sa soutenance, et pour avoir été à l'origine de ce surnom

Professeur Deniel, tu auras été aux premières loges d'une chute qui m'aura valu une épaule mais avant tout six semaines de libres pour avancer la thèse. Je te dois toutes les stats de cette thèse. Je te dois aussi toutes les pires photos de ma vie. A toutes nos futures sorties de riders, au kili et aux nuages avec lesquels on trinquera le 8 juillet !

Louise, pour ta proximité avec la personne citée ci-dessus. Tu es partie trop tôt de l'autre côté de la rue

Les petits LU toujours présents,

Quentin depuis la seconde jusqu'à ton installation au-dessus des Marmottes, merci d'enfin daigner visiter la ville rose ce week-end

Caro, Pouplin et Marine, les toulousaings

Morgane (heureuse de t'avoir laissé 1500 petits souvenirs sur ton balcon de mon passage à Lyon) et Antoine, les deux installés

Claire et Vincent,

Pour toutes ces « p'tites bêtes », ou grosses marmottes, qu'on observera encore ensemble. Tes jumelles vont nous manquer cet été Vincent. Vous seuls, avec Coco, pouvez vous targuer de me connaître avant 7h du matin, un phénomène rare

Yohan et Camille,

Pour votre capacité à faire passer plus vite toutes ces journées facultaires, depuis la première journée

Camille, merci d'avoir fait sauter toutes ces obligations liées à la thèse jusqu'à la distribution des manuscrits

*Et Jules, merci de nous avoir laissé un peu de stracciatella
A feu tes voitures, Yohan...
Margot, inscrit le aux championnats du monde de trottinette électrique s'il te plaît*

*Elorie et Fleur,
Toujours prêtes pour un plan à trois dans les calanques
D'ici quelques semaines je serai d'attaque avec mon baudrier pour toutes les falaises que vous
voudrez, quitte à y laisser la douceur de mes mains*

*Et Axelle, Hugues, Victor, Dede, Julien, Jojo, pour cet été 2019 si mémorable, les chouffes du
lundi soir, les nocturnes gourmandes, les 21 km de canoë, les vignals, le village du tour et j'en
passe*

*Merci à la team Albi 2020 : Célia présidente, Céline et son Titi, Chloé PH d'Albi, Hugo et son
covid, Jeannot the sheep, Julien alias JUL, Juliette qui préfère visiter la Nouvelle Cal, Léa
référente culture musicale, Mathilde notre maman, Maud l'avironaise, Pauline mère adoptive
de Minnie, Paulo et son ratafia, PE n°1 sur strava ski de rando, Ségolène photographe officielle,
Victor feu l'orthopédiste, tu auras au moins appris à frapper aux portes, Tim l'aveyronnais
pyromane...*

Vivement notre prochain week-end

« Parce que les femmes sont merveilleuses. Elles peuvent tout supporter parce qu'elles sont assez sages pour savoir que tout ce qu'on doit faire en cas de malheur ou d'ennuis, c'est les traverser et faire surface de l'autre côté. Je crois qu'elles peuvent faire ça parce que non seulement elles refusent d'ennoblir la douleur physique en la prenant au sérieux, mais parce qu'elles n'ont aucun sentiment de honte à l'idée de se faire mettre hors de combat. »

William FAULKNER, *Les Larrons*

(traduction de M.-E. Coindreau et R. Girard)

Gallimard, 1964

LISTE DES ABREVIATIONS

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SA : Semaines d'Aménorrhée

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

HAS : Haute Autorité de Santé

GLI : Grossesse de Localisation Indéterminée

GEU : Grossesse extra-utérine

HCG : Gonadotrophine Chorionique Humaine

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

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

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

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TABLE DES MATIERES

| | | |
|------|---|-----------|
| I. | INTRODUCTION..... | 3 |
| 1. | Contexte | 3 |
| a. | L'IVG médicamenteuse en France..... | 3 |
| b. | REIVOC..... | 4 |
| 2. | Justification de l'étude | 5 |
| II. | MATERIEL ET METHODES | 8 |
| 1. | Recherche bibliographique | 8 |
| 2. | Type d'étude | 8 |
| 3. | Objectif(s) | 8 |
| 4. | Population cible | 8 |
| 5. | Questionnaire 1..... | 8 |
| 6. | Questionnaire 2..... | 9 |
| 7. | Analyse des résultats..... | 9 |
| 8. | Ethique | 10 |
| III. | RESULTATS..... | 11 |
| 1. | Description de l'échantillon | 11 |
| 2. | Données épidémiologiques..... | 13 |
| a. | IVG en 2020..... | 13 |
| b. | IVG sur GLI en 2020 | 13 |
| c. | Complications post-IVG sur GLI..... | 15 |
| 3. | Prise en charge des IVG | 16 |
| 4. | Retours sur le protocole d'IVG sur GLI | 17 |
| 5. | Commentaires libres | 20 |
| 6. | Questionnaire 2 : simplifié | 20 |
| IV. | DISCUSSION | 23 |
| 1. | Limites et biais | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 2. Forces de l'étude | 24 |
| 3. Réponses aux objectifs | 25 |
| a. Connaissance et utilisation du protocole..... | 25 |
| b. Avis sur le protocole..... | 26 |
| c. Freins à la réalisation d'IVG sur GLI..... | 26 |
| 4. Actes réalisés en 2020 et complications | 27 |
| 5. Analyse de la pratique selon les différents sous-groupes de professionnels..... | 29 |
| a. Selon la connaissance du protocole..... | 29 |
| b. Selon la profession | 30 |
| c. Selon l'expérience | 31 |
| 6. Perspectives | 31 |
| a. Etude élargie avec un outil fiable..... | 31 |
| b. Retours des établissements de conventionnement | 31 |
| c. Allègement des examens complémentaires | 32 |
| d. Retours des patientes..... | 34 |
| V. CONCLUSION | 35 |
| VI. BIBLIOGRAPHIE | 37 |
| VII. ANNEXES..... | 41 |
| Annexe 1 : Méthode Delphi..... | 41 |
| Annexe 2 : Protocole IVG sur GLI du REIVOC..... | 43 |
| Annexe 3 : Questionnaire principale..... | 44 |
| Annexe 4 : Questionnaire secondaire | 49 |
| Annexe 5 : Analyses statistiques | 50 |
| Annexe 6 : Commentaires libres..... | 52 |
| Annexe 7 : Formulaire de consentement IVG sur GLI | 53 |

I. INTRODUCTION

1. Contexte

a. L'IVG médicamenteuse en France

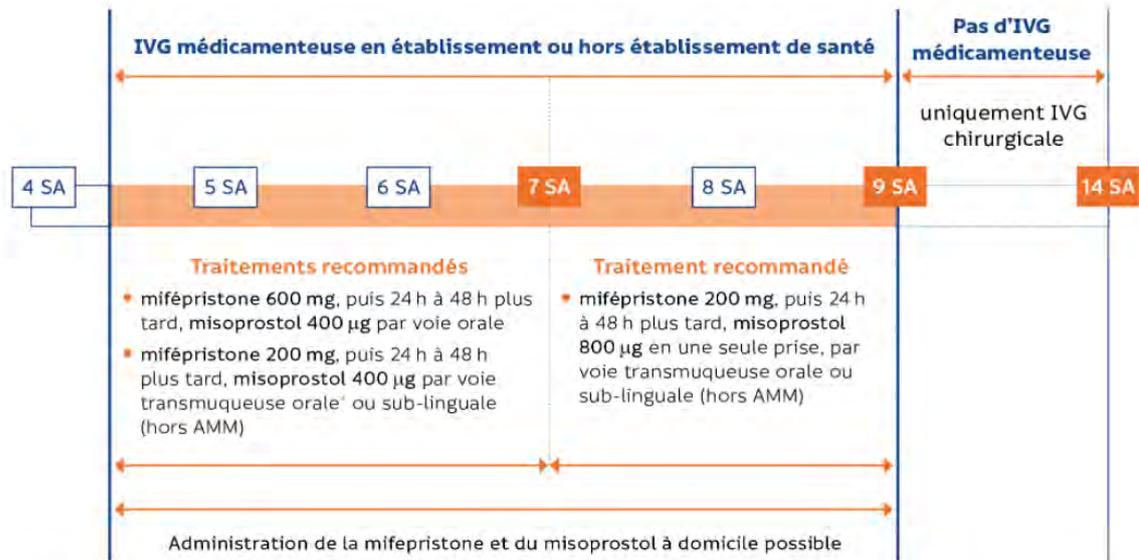
La loi Veil du 17 janvier 1975, loi fondatrice du droit à l'avortement, autorise l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France, initialement jusqu'à 10 semaines de grossesse.(1) Plus tard, la loi du 4 juillet 2001 rallonge le délai de 10 à 12 semaines de grossesse, permet aux mineures l'accès à l'IVG dans le secret, et supprime les restrictions d'accès à l'IVG pour les étrangères.(2) Enfin, très récemment la loi du 2 mars 2022 allonge de nouveau le délai d'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse.(3)

Le taux de recours global à l'IVG suivait une tendance à la hausse depuis 1995 jusqu'à atteindre son niveau maximal en 2019.(4) En 2020, année marquée par le début de la pandémie de COVID-19, ce taux diminue de 4 points pour rejoindre le niveau de l'année 2018. 222 000 interruptions volontaires de grossesse ont ainsi été enregistrées en France en 2020, avec 14,9 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France Métropolitaine.(5) 33 % des femmes auront recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie, soit une femme sur 3.(6)

L'IVG médicamenteuse représente pour les femmes un moyen d'accéder plus facilement à l'IVG. C'est à partir de 2004, que la réalisation des IVG médicamenteuses par les médecins est autorisée hors établissement de santé.(2) Depuis, la part des IVG médicamenteuses et celle des IVG réalisées en secteur libéral ne cessent d'augmenter.(7) L'année 2020 confirme ces tendances avec 72% d'IVG médicamenteuses, contre 70% en 2019. Par ailleurs, le nombre d'IVG pratiquées en établissement de santé baisse en 2020, tandis que ce nombre continue de croître en secteur libéral.(5) En 2016, les sages-femmes sont autorisées à réaliser les IVG médicamenteuses dans les mêmes conditions que les médecins.(8) Les professionnels doivent justifier d'une formation et avoir signé une convention avec un établissement de santé.

Plus récemment, lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19, l'arrêté du 14 avril 2020 autorise la réalisation des IVG médicamenteuses en ville jusqu'à 9 SA, et la loi du 2 mars 2022 vient pérenniser cette mesure. Les dosages du traitement médical sont alors adaptés à l'âge gestationnel (cf. Figure 1).(9)

Figure 1 : Protocole HAS d'IVG médicamenteuse



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

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

Toujours dans le but de faciliter l'accès à l'IVG, l'arrêté du 14 avril 2020 puis la loi du 02 mars, permettent l'usage de la télémédecine pour l'ensemble des consultations nécessaires à l'IVG, lorsque le professionnel estime que cela est possible. Dans ce cas, les médicaments sont délivrés par la pharmacie d'officine choisie par la patiente.(3) (10)

En 2020, plus de 8 femmes sur 10 réalisent leur IVG dans leur département de résidence. Aussi, il est important de permettre à ces femmes d'être prises en charge par leur médecin ou sage-femme habituel. Il existe encore des écarts régionaux importants, allant du simple au triple pour certaines régions. Les taux de recours à l'IVG sont supérieurs dans les Départements et Régions d'Outre Mer, l'Île de France et le Sud (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse). Le taux d'IVG en 2020 en Occitanie s'élève à 20 463, avec 16,8 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. 33% de ces IVG sont réalisées hors centre hospitalier, dont 114 IVG par téléconsultation.(5) Dans cette région, où le taux d'IVG est plus élevé que la moyenne nationale, le REIVOC s'engage à améliorer le parcours des femmes en demande d'IVG et leur prise en charge.

b. REIVOC

Le Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie (REIVOC) est une association fondée en 2006 par un groupe de médecins. Il a

notamment pour but de faciliter l'accès à l'IVG et la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville, en participant à la formation des professionnels. Le réseau est constitué de médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues. Les missions du réseau sont multiples : formation des professionnels médicaux à la pratique de l'IVG médicamenteuse, formation des professionnels paramédicaux à l'accueil et à l'orientation des femmes en demande d'IVG, formation initiale des internes et des sages femmes à la pratique de l'IVG médicamenteuse, organisation de soirées de formation et de congrès autour l'IVG et de la contraception, direction de travaux de recherche, animation d'un site permettant d'orienter les patientes vers des orthogénistes de ville. Le travail en réseau permet une actualisation des pratiques par le biais d'une formation continue et l'échange des pratiques. La prise en charge de l'IVG médicamenteuse proposée par le REIVOC repose sur un protocole propre au réseau, dans le respect de la loi et des indications médicales sur le choix de la méthode. En suivant sa démarche d'amélioration de la prise en charge globale de l'IVG médicamenteuse, le REIVOC travaille depuis 2018 sur le sujet des IVG sur grossesses précoces.(11)

2. Justification de l'étude

De nombreux pays observent de plus en plus de demandes d'IVG à des termes très précoces de grossesse.(12) (13) En France, la Haute autorité de Santé (HAS) préconise un recours à l'IVG simple et rapide et précise qu'une femme souhaitant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours.(9) De plus, le délai de réflexion de 7 jours avant une IVG a été réduit en 2016 à 2 jours en cas d'entretien psycho-social, puis totalement supprimé depuis la loi du 2 mars 2022. Les demandes d'IVG précoces sont ainsi facilitées. On peut donc imaginer une augmentation de la fréquence de ces demandes en France. Or, pour une grossesse de moins de 6 semaines d'aménorrhée, l'échographie ne permet pas toujours d'affirmer le caractère intra utérin de la grossesse. On parle alors de grossesse de localisation indéterminée (GLI). On définit une GLI comme une grossesse, confirmée par biologie ou par test urinaire, trop précoce pour percevoir à l'échographie des signes intra ou extra utérins de grossesse.(13)

Par définition, en cas de GLI, il existe un risque de méconnaître une grossesse extra-utérine (GEU). Cela peut constituer un frein à la réalisation d'une IVG.(14) Pour éliminer ce risque, les professionnels sont amenés à renouveler l'examen échographique à un terme plus

avancé de la grossesse. La pénibilité de la procédure est alourdie et le délai de l'IVG allongé. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) encourage la réalisation d'une échographie avant une IVG mais précise que l'absence d'accès à l'échographie ne doit pas être un frein à la programmation de l'IVG pour les femmes dont la date des dernières règles ou du dernier rapport à risque est connue, chez qui l'examen clinique est rassurant. Il précise également qu'en l'absence de facteurs de risque et de symptômes, la prise des médicaments pour l'IVG n'est pas contre-indiquée lorsque l'échographie n'est pas contributive. Le collège recommande alors une surveillance par dosage plasmatique de Gonadotrophine Chorionique Humaine (HCG) avant l'IVG, et après l'IVG afin de s'assurer d'une baisse d'au moins 50% à J5 et 80% à J7, témoignant du succès de la procédure.(15) La Haute Autorité de Santé quant à elle, ne formule pas de recommandation guidant la prise en charge des IVG sur GLI.

L'échographie a ses limites dans le diagnostic de GEU. Plusieurs études révèlent que l'échographie ne suffit pas à déceler la totalité des GEU.(16) De plus, le taux de GEU chez les femmes ayant pratiqué une IVG (0,02%) est moins important que l'incidence de GEU parmi l'ensemble des grossesses (2 à 3%).(17) Ce résultat soutient le fait que l'ensemble des précautions prises par les professionnels avant l'IVG, visant à éliminer un risque de GEU, est efficace. Ces précautions reposent notamment sur l'attention portée aux antécédents médicaux des patientes et à leurs facteurs de risque de GEU. Enfin, la découverte d'une GEU au cours d'une procédure d'IVG sur grossesse précoce confère une opportunité anticipée de diagnostic et de traitement de cette GEU. La prise en charge de demande d'IVG place ces femmes sous surveillance médicale permettant une prise en charge rapide d'éventuelles complications. Par ailleurs, le protocole médicamenteux associant mifépristone et misoprostol est inefficace sur les GEU, mais n'est pas pour autant délétère.(17)

Une récente étude conduite à l'échelle internationale, révèle que la plupart des praticiens interrogés sont favorables à la réalisation d'IVG sur GLI, et que 63% d'entre eux sont guidés par des protocoles locaux ou régionaux pour la pratique d'IVG sur grossesses très précoces.(13) En France, des réseaux de professionnels travaillent également sur la prise en charge spécifique de cette situation de grossesse non localisée, notamment le REVHO pour l'Île-de-France et le REIVOC, pour la région Occitanie. En effet, l'absence de protocole a été citée comme un frein à la pratique d'IVG sur GLI dans le mémoire du Dr E. PENAUD réalisé en

2018.(14) Elle a également conduit, l'année suivante, un travail de thèse avec le REIVOC, destiné à établir un protocole pour guider les professionnels de santé dans cette pratique. Pour élaborer ce consensus, elle a utilisé la méthode « Ronde de Delphi » (cf. Annexe 1). Un groupe d'experts, tous membres du REIVOC, a travaillé sur deux versions successives d'un protocole, soumis à validation par questionnaire à d'autres professionnels du REIVOC. Une version finale (cf. Annexe 2) a été diffusée aux praticiens du réseau en octobre 2019 puis présentée lors des formations à l'IVG médicamenteuse en ville proposées par le REIVOC. (18) Ce protocole vise à renforcer les recommandations du CNGOF et à les faire connaître aux professionnels de santé.

Dans le cadre de ce travail, nous avons émis l'hypothèse que l'existence d'un protocole guidant la pratique des IVG sur GLI favoriserait leur prise en charge immédiate. Les sages-femmes, pratiquant l'IVG en ambulatoire depuis peu, pourraient être plus réticentes à cette pratique non encadrée par des recommandations nationales. En outre, les professionnels pratiquant les IVG médicamenteuses depuis longtemps, pourraient avoir plus de difficultés à modifier leur pratique après avoir pris connaissance du protocole. L'année de formation pourrait donc avoir un impact sur l'appropriation du protocole par les professionnels. Enfin, la crainte de méconnaître une GEU et le doute sur l'efficacité du protocole médicamenteux sur des grossesses très précoces, restent probablement des freins importants à cette prise en charge spécifique.

Ce travail de thèse cherche à évaluer l'utilisation de ce protocole par les professionnels du REIVOC. L'objectif principal est de déterminer comment les professionnels du réseau se sont appropriés le protocole. Secondairement, nous avons recueilli les avis des praticiens sur le protocole et déterminé quels étaient les éventuels freins persistants à la réalisation d'IVG sur GLI.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Recherche bibliographique

Une revue narrative de la littérature sur la pratique des IVG sur GLI avait été réalisée au préalable, pour un mémoire de validation de Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale, rédigé au printemps 2021. Pubmed avait été interrogée avec l'équation de recherche suivante : ((abortion induced) OR (medical abortion)) AND (early pregnancy), avec un filtre appliqué pour une recherche de l'année 2000 à juin 2021.

Nous avons ensuite étayé la bibliographie en interrogeant différentes banques de données : Pubmed, CISMef, EMC, Google Scholar, Sudoc et Archipel. Les mots clés étaient les suivants : early abortion, medical abortion, first trimester abortion, very early pregnancy, ectopic pregnancy.

Les sites du REIVOC, du REVHO et de l'ANCIC ont également été attentivement consultés.

2. Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative descriptive rétrospective.

3. Objectif(s)

L'objectif principal était d'appréhender la place du protocole rédigé par Elodie Penaud au cours de sa thèse en mai 2019, dans la pratique des IVG sur GLI des professionnels de santé de REIVOC.

Un des objectifs secondaires était de recueillir les avis des professionnels sur le protocole, afin d'établir des perspectives d'amélioration. Le second était de déterminer les freins des praticiens à la réalisation des IVG sur GLI.

4. Population cible

L'ensemble des professionnels ayant signé la charte avec le REIVOC ont été interrogés dans cette étude, soit 152 gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes.

5. Questionnaire 1

Pour cette étude, nous avons élaboré un questionnaire de recherche, composé de quatre parties (cf. Annexe 3) Une première partie comprenait des questions d'ordre socio-démographique sur la population étudiée, et interrogeait sur l'année du diplôme, les

modalités de formation à l'IVG et l'ancienneté dans la pratique de l'IVG ambulatoire. La seconde partie regroupait des questions épidémiologiques sur les IVG réalisées par les praticiens en 2020 et leurs complications. La troisième partie précisait les étapes de la procédure de prise en charge des IVG. Enfin, la dernière partie interrogeait plus spécifiquement le protocole d'IVG sur GLI proposé par le REIVOC.

Le questionnaire a été créé à l'aide du logiciel Google Form. Dans un premier temps, le formulaire a été distribué à 3 professionnels de santé volontaires pour tester sa clarté et sa faisabilité. Enfin, il a été diffusé par la coordinatrice du réseau aux professionnels du REIVOC par courriel.

Le recueil des réponses a été effectué sur la période de 11 semaines, du 3 janvier 2022 au 21 mars 2022. Le questionnaire a été transmis une première fois le 3 janvier, une relance a été envoyée le 17 janvier, puis une seconde le 7 mars. Nous avons clôturé le recueil des réponses le 21 mars.

6. Questionnaire 2

Un second questionnaire simplifié (cf. Annexe 4) a été créé, afin de cibler les non-répondants au premier questionnaire. Il comprenait 3 questions courtes interrogeant sur les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas participé à la précédente enquête, sur leur connaissance du protocole d'IVG sur GLI, puis sur leur utilisation du protocole. Nous avons élaboré le formulaire avec le logiciel Google Form. Il a été diffusé par la coordinatrice du réseau aux professionnels du REIVOC par courriel le 7 mars 2022. Nous avons clôturé le recueil des réponses le 21 mars.

7. Analyse des résultats

Le traitement des résultats a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft 365 Excel. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyennes. Puis, les analyses comparatives ont été réalisées à l'aide du logiciel R en utilisant le test de Wilcoxon. Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

8. Ethique

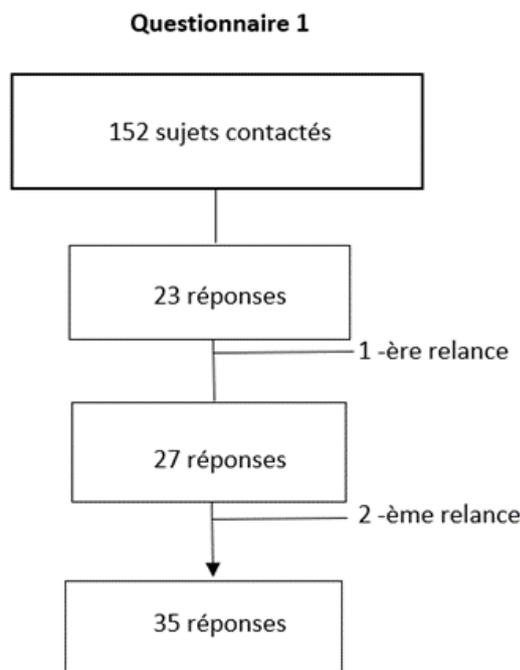
Il s'agit d'une étude portant sur la réutilisation de données, n'impliquant pas la personne humaine. Pour ce travail, nous nous sommes donc engagés à nous conformer à la méthodologie MR004. Le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse s'est porté garant envers la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

III. RESULTATS

1. Description de l'échantillon

Sur 152 personnes interrogées, 35 ont accepté de répondre à notre questionnaire. (cf. Figure 2) Aucune question n'exigeait de réponse obligatoire, le nombre de répondants à chaque question est précisé dans la présentation des résultats.

Figure 2 : Diagramme de flux questionnaire 1

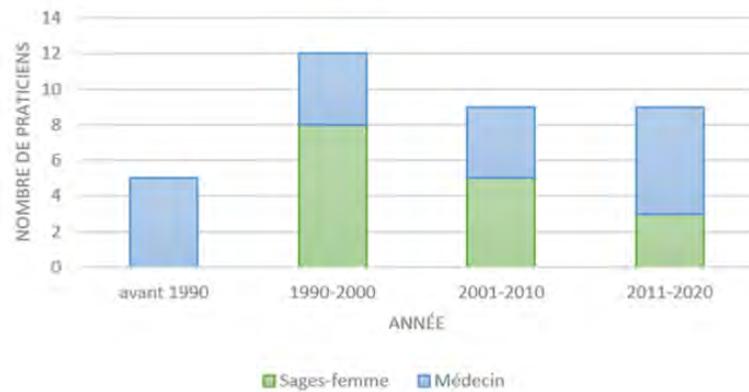


Notre échantillon se composait de 19 médecins, 16 sages femmes, aucun gynécologue.

19 exerçaient en milieu urbain, 9 en milieu semi-urbain et 7 en milieu rural.

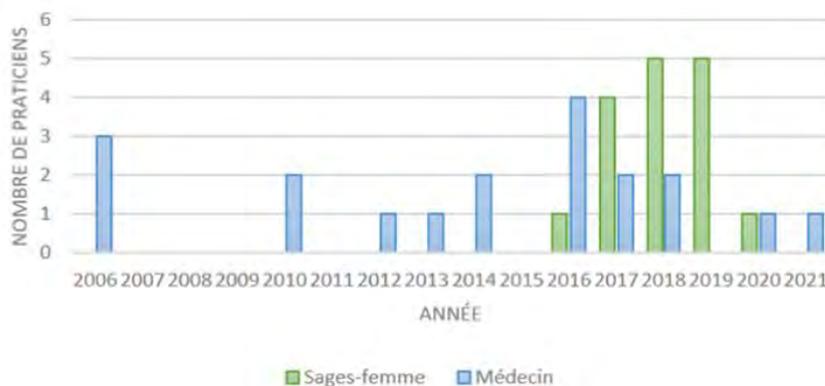
Les professionnels ont obtenu leur diplôme entre 1978 et 2018, selon la répartition présentée en figure 3.

Figure 3 : Année de diplôme



Les praticiens ont commencé à réaliser des IVG en ambulatoire entre 2006 et 2021 (cf. Figure 4). 9/35 médecins ont débuté les IVG avant 2016. Un médecin a débuté les IVG en 2021, il n'a donc pas répondu aux questions du formulaire intéressant 2020. L'expérience des sages-femmes dans la pratique de l'IVG était plus récente puisqu'elles ont toutes débuté les IVG après 2016.

Figure 4 : début de la pratique des IVG médicamenteuses



24/35 praticiens ont été formés à l'IVG par le REIVOC, 4/35 lors d'un DIU, 2/35 par l'établissement de conventionnement, 4/35 par MG Form, et 1/35 par Médic Formation.

La grande majorité des professionnels, 29/35, avaient eu connaissance du protocole de prise en charge des IVG sur GLI proposé par le REIVOC depuis octobre 2019. Parmi les 6 n'ayant pas été informés de l'existence de ce protocole, 3 étaient des médecins et 3 des sages-femmes.

9/29 ont pris connaissance du protocole lors de la journée d'étude REIVOC, 5/29 au cours d'une formation théorique, 12/29 par la newsletter du REIVOC. 2/29 ont contribué à l'élaboration du protocole et 1/29 l'a découvert au sein de sa MSP. 6 n'ont pas répondu à cette question.

2. Données épidémiologiques

a. IVG en 2020

Les professionnels de notre échantillon ont réalisé au total **1722 IVG en 2020**. (cf. Tableau 1) 4 praticiens n'ont pas répondu à cette question, et 2 ont estimé ce nombre.

Tableau 1 : Répartition des IVG en 2020

| | Sages-femmes | | | | | | | | | | | | | | | Médecins | | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|-----------------------|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|------|
| Nombres d'IVG en 2020 | 4 | 10 | 10 | 12 | 13 | 15 | 16 | 20 | 28 | 30 | 51 | 67 | 77 | 86 | 182 | 200 | 5 | 6 | 6 | 8 | 15 | 20 | 20 | 25 | 31 | 35 | 38 | 43 | 50 | 246 | 353 | 1722 |
| Total | 821 | | | | | | | | | | | | | | | 901 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Part des IVG en % | 47,7 | | | | | | | | | | | | | | | 52,3 | | | | | | | | | | | | | | | 100 | |

La répartition des IVG était assez inégale. 4/31 ont réalisé plus de 100 IVG en 2020 et 5/31 ont réalisé moins de 10 IVG en 2020. 22/31 ont réalisé entre 10 et 100 IVG en 2020. Pour le groupe majoritaire ayant réalisé entre 10 et 100 IVG en 2020, la moyenne était de 32,4 IVG/an/praticien.

52,3% des IVG ont été réalisées par des médecins, et 47,7 % par des sages-femmes.

b. IVG sur GLI en 2020

La grande majorité des professionnels (26/34 avec un non-répondant à cette question) ont eu à traiter des demandes d'IVG sur GLI en 2020.

3/34 praticiens ont systématiquement différé les demandes d'IVG sur GLI en 2020, il s'agissait de 3 sages-femmes, dont 2 ne connaissaient pas, avant notre enquête, l'existence du protocole REIVOC. 8/34 déclaraient avoir différé la plupart du temps ces demandes, 13/34 parfois, et 7/34 participants déclaraient n'avoir jamais différé une demande d'IVG sur GLI, dont autant de sages-femmes que de médecins. Un professionnel n'a pas répondu à cette question.

Les professionnels interrogés ont finalement réalisé **113 IVG sur GLI** en 2020, 2 d'entre eux n'ayant pas répondu à cette question. (cf. Tableau 2). **6,6% des IVG** pratiquées par notre échantillon en 2020 étaient des IVG sur GLI.

15 professionnels sur les 30 ayant répondu à cette question, déclaraient avoir estimé les nombres d'IVG sur GLI réalisés en 2020.

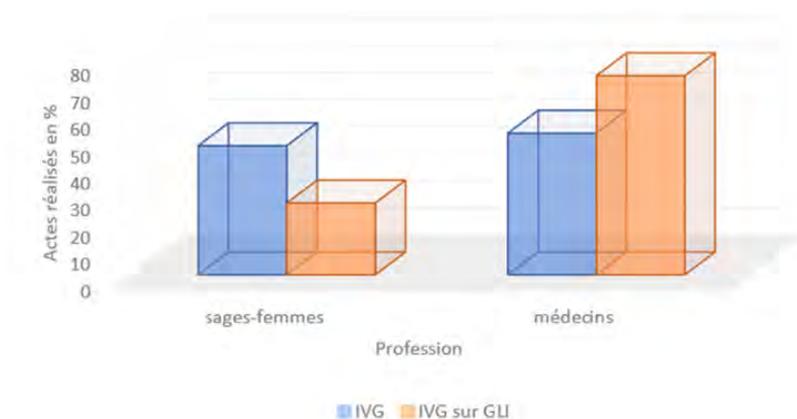
Tableau 2 : Répartition des IVG sur GLI

| | Sages-femmes | | | | | | | | | | | | | | | Médecins | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|-------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|----|-----|
| Nombres d'IVG sur GLI en 2020 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 7 | 7 | 25 | 31 | 113 |
| Total | 30 | | | | | | | | | | | | | | | 83 | | | | | | | | | | | | | | | 113 | | | |
| Part des IVG sur GLI en % | 26,5 | | | | | | | | | | | | | | | 73,5 | | | | | | | | | | | | | | | 100 | | | |

La répartition était de nouveau inégale. 30/33 ont réalisé moins de 10 IVG sur GLI en 2020 et seuls 3/33 professionnels en ont réalisé plus de 10 en 2020. Pour le groupe majoritaire ayant réalisé moins de 10 IVG sur GLI en 2020, la moyenne était de 1,4 IVG sur GLI/an/praticien.

Alors que 46,2% des IVG en 2020 ont été réalisés par des sages-femmes, seul 26,5% des IVG sur GLI ont été prises en charge par des sages-femmes (cf. Figure 5). Aucune différence significative n'a pu être identifiée entre le nombre d'IVG sur GLI des sages-femmes par rapport à celui des médecins ($p=0.388$).

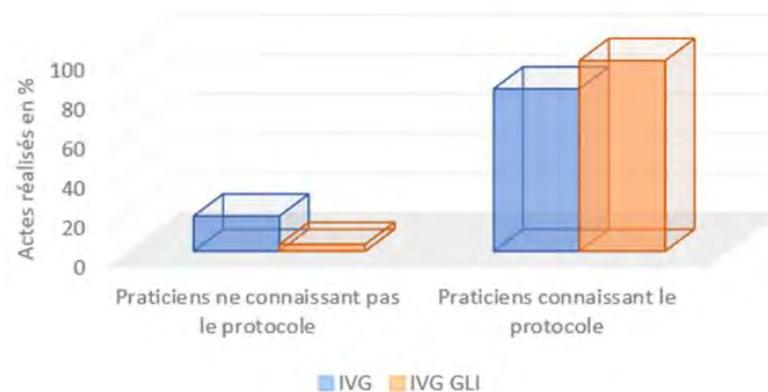
Figure 5 : Répartition des actes selon la profession



Les 4 professionnels ayant réalisé plus de 100 IVG en 2020, ont pratiqué 47/113 IVG sur GLI. Ils réalisaient en moyenne plus d'IVG sur GLI que le reste de l'échantillon, avec 11,8 IVG sur GLI/an/praticien.

Les professionnels qui ne connaissaient pas le protocole avant notre étude concentraient 306/1722 IVG en 2020 soit 17,8% des IVG en 2020, et seulement 4/113 IVG sur GLI en 2020, soit 3,5% des IVG sur GLI en 2020. (cf. Figure 6) Aucune différence significative n'a pu être identifiée entre le nombre d'IVG du groupe « praticiens connaissant le protocole » par rapport à celle du groupe « praticien ne connaissant pas le protocole » ($p=0.802$). Il n'existait pas non plus de différence significative pour les nombres d'IVG sur GLI entre ces 2 groupes ($p=0.146$).

Figure 6 : Répartition des actes selon la connaissance du protocole



83/113 IVG sur GLI ont été pratiquées par des médecins généralistes. Notre échantillon comprenait 19 médecins généralistes, 9/19 ont débuté les IVG avant 2016, et 10/19 après 2016. Les médecins ayant débuté les IVG avant 2016 ont réalisé 69/83 IVG sur GLI en 2020. Les médecins ayant débuté les IVG après 2016 ont réalisé 14/83 des IVG sur GLI.

c. Complications post-IVG sur GLI

3 professionnels ont observé des rétentions intra-utérines après IVG sur GLI, chez 4, 2 et 1 de leurs patientes respectivement. Ainsi, **7/113 IVG sur GLI ont été incomplètes**, soit 6,2% de rétentions intra-utérines.

4 professionnels ont également constaté des grossesses évolutives après IVG sur GLI, chez 3, 2, 1 et 1 de leurs patientes respectivement. Ainsi, **7/113 grossesses évolutives** après IVG sur GLI ont été observées, soit 6,2% d'échecs.

Les échecs et rétentions intra-utérines sont survenus dans le respect du protocole médicamenteux recommandé, soit 200 mg de mifépristone suivi, 24-48h ou 36-48h après, de 400 µg de misoprostol.

D'autre part, **3/113 GEU** ont été comptabilisées, soit 2,7% de GEU. 15/35 réalisaient systématiquement une cinétique des HCG avant une IVG sur GLI. Un des praticiens ayant constaté une GEU en post IVG sur GLI, ne pratiquait pas systématiquement de cinétique des HCG pré-IVG en cas de GLI.

Le taux d'IVG complètes était donc de 85,0%.

3. Prise en charge des IVG

Concernant l'échographie pré-IVG, y compris avec un taux d'HCG inférieur à 1500, les professionnels la prescrivaient : systématiquement pour 7/35 participants, la plupart du temps pour 13/35 participants, parfois pour 4/35 participants, jamais pour 11/35 participants.

Concernant la cinétique des HCG, si le taux d'HCG initial était inférieur à 1500, les professionnels la prescrivaient : systématiquement pour 15/35, la plupart du temps pour 7/35, parfois pour 6/35, jamais pour 7/35 praticiens.

Ci-dessous les circonstances lors desquelles les professionnels ne jugeaient pas nécessaire de réaliser une cinétique d'HCG :

- « Si les BHCG > 1000 » citée 2 fois
- « Si concordance avec le terme »
- « Situation exceptionnelle, seulement si pour certaines raisons la patiente est tenue par un délai ou une organisation ne permettant pas d'attendre 48 heures, et si cohérence du taux des béat HCG avec DDR, pas de FDR, patiente asymptomatique et bien informée de la surveillance et des signes d'appel. »

- « Je ne fais pas de cinétique mais je calcule à partir de quand les BHCG seront supérieurs à 1500 UI pour lui programmer son rdv avec écho (je suis échographiste) »

Le protocole médicamenteux appliqué par les professionnels était le suivant : Mifépristone 200 mg (31/35) ou 600 mg (4/35) suivi de misoprostol 400µg (30/35), 800µg (1/35) ou 400µg avant 7SA et 800µg entre 7SA et 9SA (4/35) ; à 24-36h (4/35), 24-48h (17/35) ou 36-48h (14/35) d'intervalle. Le misoprostol était administré par voie orale pour 8/34, par voie buccale pour 7/34, et par voie sublinguale pour 19/34. Aucun n'administrerait de misoprostol par voie vaginale. Un professionnel n'a pas répondu à cette question.

L'ensemble des professionnels, excepté 4 non-répondants à cette question, faisait réaliser un dosage des HCG post IVG pour une GLI.

Après une IVG sur GLI, les HCG étaient dosées à J5 (12/31), J7 (8/31), J15 (9/31) ou J21 (1/31). 1 répondant précisait qu'il dosait les HCG entre J5 et J7 après une IVG sur GLI, alors qu'il effectuait ce dosage à J15 après une IVG sur GIU. 4 professionnels n'ont pas répondu à cette question.

Les pourcentages de décroissance des HCG considérés comme suffisants pour conclure au succès de l'IVG étaient assez variables, y compris pour un même délai de dosage post-IVG. Ils étaient compris entre 50 et 80% (cf. Tableau 3)

Tableau 3 : Modalités de contrôle HCG

| | | Délai contrôle HCG | | | |
|-------------------|----|--------------------|----|-----|-----|
| | | J5 | J7 | J15 | J21 |
| % de décroissance | 50 | 8 | 1 | 2 | 1 |
| | 66 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| | 70 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| | 80 | 1 | 5 | 3 | 0 |

4. Retours sur le protocole d'IVG sur GLI

Plus de la moitié des professionnels, à savoir 18/35, jugeait le protocole « tout à fait clair » et 15/35 estimait qu'il est « plutôt clair ». 2 professionnels uniquement le considéraient « peu clair ».

Le protocole était assez largement utilisé par les professionnels interrogés, avec 14/35 qui déclaraient l'utiliser systématiquement, 5/35 l'utilisaient la plupart du temps, 6/35 l'utilisaient parfois, et 7/35 ne l'utilisaient jamais.

La question à choix multiple explorant les **freins cliniques** révélait : 20/34 méconnaître une GEU, 8/34 un échec de la procédure, 2/34 une rétention intra-utérine. 3/34 avançaient d'autres freins :

- « Frilosité de la part de l'établissement avec lequel je suis conventionnée »
- « Difficultés pour les patientes de faire une cinétique des BHCG »
- « Etant sage-femme et pas médecin, je joue la prudence. De plus je suis organisée pour que mes patientes aient accès à une écho en temps voulu. ».

7/34 ne percevaient aucun frein clinique. Un professionnel n'a pas répondu à cette question.

La question à choix multiple explorant les **freins organisationnels** révélait : 13/35 risque d'absence de suivi (perdus de vue), 7/35 inexpérience, 4/35 complexité de la procédure, 1/34 aspect chronophage. 1/35 avance un autre frein : la crainte des patientes à l'idée de faire une GEU, elles préféreraient parfois attendre pour refaire une échographie. 14/35 ne percevaient aucun frein organisationnel.

Les réponses précisant l'applicabilité du protocole à la pratique sont : 7/35 systématiquement, 18/35 la plupart du temps, 7/35 parfois, 2/35 jamais, 1/35 ne sait pas.

Le protocole permettait de répondre aux demandes d'IVG sur GLI rencontrées en pratique : 5/32 systématiquement, 18/32 la plupart du temps, 2/32 parfois, 4/32 jamais, 3/32 ne sait pas. 3 praticiens n'ont pas répondu à cette question.

17/34 praticiens estimaient que l'existence de ce protocole les incitait à réaliser des IVG sur GLI. 11/34 praticiens estimaient qu'il ne les incitait pas à réaliser des IVG sur GLI. 6/34 étaient sans avis.

5. Commentaires libres

- « Avec un bhcg entre 1000 et 1500 on doit obligatoirement trouver un sac gestationnel, sinon la suspicion de GEU est forte, on doit obligatoirement trouver un sac gestationnel a fortiori deux jours plus tard puisque les bhcg ont doublé théoriquement, donc il vaut mieux attendre 48 h pour faire une ivg normale. L'intérêt des PEC des GLI est de le faire pour des bhcg inf a 200 ou moins, et dans ce cas l'efficacité de la méthode est moindre. Dans ce cas je propose souvent de faire un nouveau protocole en cas d'échec et il fonctionne bcp mieux. »
- « Quand je prends en charge une demande IVG sur GLI, je m'assure d'abord et surtout de l'adhésion complète de la patiente au suivi de décroissance des BHCG. »
- « Il serait intéressant de rajouter dans le protocole la CAT si échec IVG avec grossesse évolutive sans saignements => si écho faite et GIU confirmée, peut-on refaire un protocole médicamenteux ou est-ce au service des urgences de décider ? »
- « Pas d'IVG sur GLI en 2020, 1 en 2021 mais patiente a eu peur de GEU donc au final croissance beta HCG douteuse donc 4 betaHCG faits à 48h avant qu'hôpital lui propose quand même protocole IVG méd »

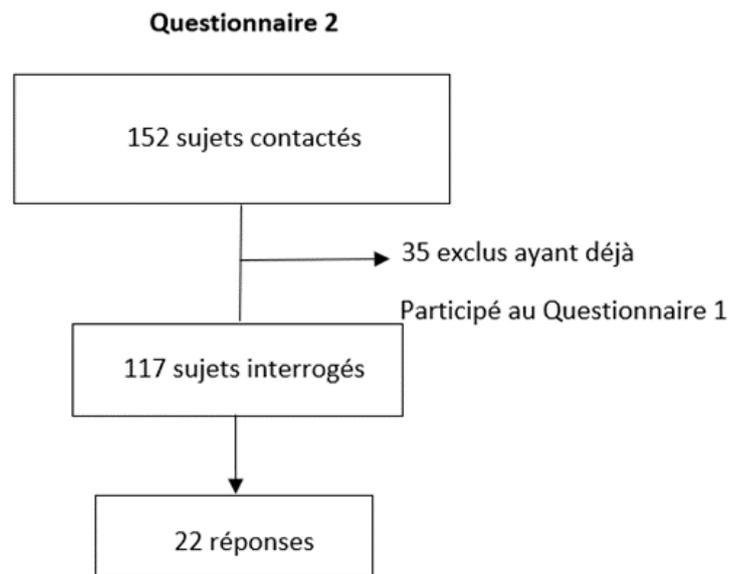
6. Questionnaire 2 : simplifié

Ce second questionnaire comprenait les 3 questions suivantes :

- Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas pu répondre au questionnaire "IVG sur grossesse de localisation indéterminée" ?
- Avez-vous eu connaissance du protocole de réalisation d'IVG médicamenteuse sur grossesse de localisation indéterminée proposé par le REIVOC depuis octobre 2019 ?
- Utilisez-vous ce protocole pour vous guider lors de demandes d'IVG ?

Nous avons obtenu 22 réponses à ce second questionnaire. (cf. Figure 9)

Figure 9 : Diagramme de Flux questionnaire 2



Le diagramme ci-dessous présente les raisons de l'abstention des professionnels à notre première étude :

Figure 10 : Raisons de l'abstention au questionnaire n°1



La raison principale avancée par 13/22 répondants était le manque de temps.

Les autres réponses étaient les suivantes :

- « pas reçu »
- « j'ai débuté les IVG sur GLI en 2021 »

- « ne sait pas »
- « je ne fais pas d'IVG sur GLI »
- « je n'ai pas lu le mail »
- « je ne sais plus si j'ai répondu »
- « je ne suis pas très à l'aise avec ce sujet, j'en réalise de manière exceptionnelle: les gynécologues de l'hôpital avec lequel je suis conventionnée ne sont pas trop d'accord avec cette procédure donc je me sens un peu isolée pour la PEC ce qui est inconfortable. »

16/22 avaient eu connaissance du protocole d'IVG sur GLI avant notre étude. Au total, 45/57 praticiens interrogés à l'aide des 2 questionnaires, connaissaient le protocole avant notre étude.

12/22 utilisaient le protocole dans leur prise en charge d'IVG sur GLI, 6/22 ne l'utilisaient pas. 3 professionnels ont choisi une réponse libre et précisaient qu'ils ne réalisaient pas d'IVG sur GLI car : « trop peur d'une GEU », « crainte des IVG sur GLI ». Un autre a répondu « je ne l'utilise pas encore mais je vais le lire », il ne connaissait pas le protocole avant notre étude.

IV. DISCUSSION

1. Limites et biais

La participation au questionnaire principal était de 23%, avec 35 répondants sur 152 personnes interrogées. Le manque de temps est la raison évoquée par la moitié des professionnels ayant répondu au second questionnaire, pour justifier leur absence de réponse au premier questionnaire jugé chronophage. La population n'est pas équilibrée entre les trois professions, puisqu'aucun questionnaire n'a été retourné par des gynécologues. Le REIVOC ne compte que 3 gynécologues libéraux. Le nombre de gynécologues membres du REIVOC dans les 19 structures hospitalières pratiquant les IVG en Occitanie n'a pas été comptabilisé.(11)

Les différents tests statistiques appliqués à nos résultats n'ont pas révélé de différence significative entre les sous-groupes comparés. Pour chaque test, nos effectifs étaient à peine supérieurs à 30, et ne conféraient probablement pas une puissance suffisante pour objectiver de différence statistiquement significative. Les variables étudiées étaient le nombre d'IVG et le nombre d'IVG sur GLI, or ces nombres variaient énormément entre les praticiens avec des distributions asymétriques. Nous avons donc comparé les médianes des différents groupes plutôt que les moyennes.

Pour cette étude, nous avons uniquement interrogé des professionnels membres du REIVOC, induisant un premier biais de sélection. Appartenant à un réseau facilitant la prise en charge des IVG médicamenteuses, ils sont déjà informés des différentes problématiques et prises en charges liées aux IVG, pratiquent potentiellement plus d'IVG que leurs confrères hors réseau, et ont pu être amené à participer à l'élaboration du protocole d'IVG sur GLI en 2019. La participation à l'étude reposait sur le volontariat, sélectionnant ainsi les professionnels préalablement sensibilisés au sujet de l'étude, et constituant un second biais de sélection.

Notre étude comporte deux biais de mémorisation. Le premier concerne la période étudiée. Les données épidémiologiques recueillies auprès des professionnels concernent l'année 2020, soit plus d'un an avant le début de l'enquête. Le second est lié au type d'évènement étudié, le recueil du nombre d'échecs d'IVG sur GLI et du nombre de GEU constituent des évènements plus marquants que les IVG s'étant bien déroulées. Ces deux points sont d'autant plus vrais que la moitié des participants admettent avoir estimé leurs réponses à la question du nombre d'IVG sur GLI en 2020 notamment.

Les deux périodes de confinement liées à l'épidémie de Covid-19 ont eu comme effet de réduire le nombre de conceptions, et ainsi le nombre d'IVG en 2020. On note que le taux de recours global à l'IVG en 2020 perd 4 points par rapport à 2019. Il existe une diminution marquée des IVG en établissements de santé, tandis que le recours à l'IVG en ville est facilité par l'évolution de la législation, qui autorise la réalisation des IVG médicamenteuses en ville jusqu'à 9 SA et permet l'usage de la télémédecine pour l'ensemble des consultations nécessaires à l'IVG. La part des IVG médicamenteuses en ville continue finalement de croître en 2020 au même rythme que les années précédentes.(5) (3)

2. Forces de l'étude

Nous avons évoqué le faible taux de participation dans les limites de notre étude. Cependant, la création d'un second questionnaire simplifié, rempli par 22 personnes supplémentaires, permet d'augmenter la puissance de notre étude et de préciser certains points.

Il s'agit d'une étude importante qui s'inscrit dans la continuité d'un premier travail de thèse. Elle constitue la première évaluation du récent protocole d'IVG sur GLI établi par le REIVOC, qui est l'unique protocole guidant cette prise en charge, proposé aux professionnels en Occitanie.

Les résultats seront présentés au sein du REIVOC, et constituent une occasion supplémentaire de diffuser le protocole auprès de ses professionnels. Les résultats pourraient, de plus, nous permettre d'appuyer le protocole d'IVG sur GLI auprès des établissements de conventionnement.

Le questionnaire principal présente l'avantage d'étudier l'ensemble des étapes de la prise en charge, et de s'assurer de la bonne compréhension de ces étapes. Cela peut nous aider à cibler les points à améliorer. Il permet aux professionnels d'exprimer librement leurs réflexions sur les demandes d'IVG sur GLI, ainsi que leurs freins.

Le REIVOC représente un groupe non négligeable de médecins pratiquant les IVG médicamenteuses, y compris les IVG sur GLI. Les 35 participants regroupent à eux seuls des effectifs de 1722 IVG. Cela représente, en pourcentage des IVG comptabilisées en Occitanie en 2020 : 8,4 % des IVG, 11% des IVG médicamenteuses et 25,2% des IVG en ambulatoire.(5) De

plus, à l'image du REIVOC, ces professionnels sont soucieux de faire évoluer les pratiques et de participer à l'élaboration de protocoles.

3. Réponses aux objectifs

a. Connaissance et utilisation du protocole

L'objectif principal était d'appréhender la place occupée par le protocole de prise en charge des IVG sur GLI dans la pratique des professionnels du REIVOC.

L'immense majorité des professionnels, soit 45/57, avaient déjà eu connaissance du protocole avant notre étude. Sur 35 professionnels ayant répondu au premier questionnaire, 25 déclaraient l'avoir déjà mis en pratique dont 19 l'utilisaient au moins régulièrement. En effet, ce protocole répond à une demande fréquente car 26/34 praticiens ont eu à traiter des demandes d'IVG sur GLI en 2020. 7 praticiens affirmaient ne jamais utiliser le protocole, mais parmi eux, 5 déclaraient auparavant ne pas connaître ce protocole.

Cette étude nous informe sur la façon dont les professionnels utilisent le protocole. Sur ce point, nous constatons qu'il n'est pas toujours mis en œuvre de façon optimale. Le protocole indique notamment comment réaliser le contrôle des HCG post IVG sur GLI, et précise que l'IVG peut être considérée comme un succès lorsque les HCG ont diminuées de 50 % à J5 ou de 80 % à J7. 13/30 participants uniquement, réalisent correctement cette étape.

Seuls trois praticiens ont répondu avoir systématiquement différé les demandes d'IVG en cas de GLI en 2020. Deux d'entre eux ne connaissaient pas le protocole du REIVOC et n'avaient alors probablement pas intégré cette prise en charge à leur pratique. Parmi les praticiens connaissant le protocole, un seul retardait systématiquement les IVG en cas de GLI, alors qu'ils étaient 8/31 en 2018.⁽¹⁴⁾ Cela confirme que la diffusion du protocole incite les professionnels à répondre aux demandes d'IVG sur GLI. En effet, dans notre étude 50% des participants reconnaissent avoir été incités à réaliser plus d'IVG sur GLI grâce à ce protocole. L'envoi de notre questionnaire aura permis de diffuser le protocole aux professionnels ignorant son existence.

b. Avis sur le protocole

Nous avons comme objectifs secondaires de recueillir les avis des praticiens sur ce protocole et de déterminer leurs freins à la réalisation d'IVG sur GLI.

Les retours concernant le protocole sont très encourageants. La plupart des participants considéraient que le protocole s'appliquait à leur pratique et leur permettait de répondre aux situations rencontrées dans leur exercice. Les professionnels ont attribué au protocole une note moyenne de sécurité de 7,4/10. Dans la méthode Delphi, la règle habituelle est de conclure à un consensus lorsqu'au moins 80% des cotations sont supérieures ou égales à 7.(19) En s'appuyant sur cette définition, la note de 7,4 attribuée par les participants valide notre questionnaire sur la question de sa sécurité. Cependant, les 2 professionnels de notre étude ayant pratiqué le plus d'IVG sur GLI, ont alloué les notes de 2/10 et 5/10. L'un d'entre eux a comptabilisé 2 GEU parmi les IVG sur GLI qu'il a fait en 2020. On peut donc supposer qu'il estime que le protocole ne suffit pas à écarter le risque de GEU. D'autres craintes concernant le protocole ont été avancées dans les réponses recueillies, nous allons les détailler.

c. Freins à la réalisation d'IVG sur GLI

Cinq professionnels estimaient que la procédure de prise en charge des IVG sur GLI était trop complexe ou trop chronophage. Afin de faciliter les IVG sur GLI, le protocole ne doit pas être alourdi par rapport à celui des IVG médicamenteuses sur grossesse localisée. En effet, les professionnels de santé sont déjà freinés dans leur pratique des IVG en ville par l'aspect chronophage de la procédure standard.(20) L'étape la plus contraignante du protocole d'IVG sur GLI est l'obtention d'une cinétique d'HCG pré IVG. Le protocole prévoit que 2 dosages d'HCG soient réalisés à 48h d'intervalle. Si le deuxième dosage a augmenté d'au moins 2/3 par rapport au premier, il s'agit d'une grossesse intra-utérine d'évolution favorable, et l'IVG peut être réalisée. Cette méthode n'est pas spécifique, quel que soit le seuil admis. Seuls 14/34 praticiens s'astreignent systématiquement à réaliser cette étape. L'intérêt de la cinétique est de minimiser le risque de GEU. La crainte de méconnaître une GEU est justement le principal frein clinique avancé par 20/34 professionnels. Or nous avons rappelé en introduction de ce travail qu'il n'existait pas de surrisque de GEU dans le cas d'IVG sur GLI.

Le principal frein organisationnel dans le cas d'IVG sur GLI, cité par 13/34 personnes, était le risque d'absence de suivi. Ce risque est indépendant du protocole, il existe lors de toute procédure d'IVG médicamenteuse. Il est néanmoins important car le taux d'inobservance de la consultation post IVG varie de 18 à 45%.(21) (22) La téléconsultation peut améliorer l'adhésion des patientes à la consultation de contrôle post-IVG. Il est désormais possible de réaliser l'ensemble des consultations nécessaires à une IVG médicamenteuse en distanciel.(3) Une étude démontre que le taux de pertues de vue après une IVG diminue dès lors que le choix entre une consultation de contrôle physique ou téléphonique est laissé aux patientes.(21) La réalisation d'examen complémentaire peut également constituer un obstacle supplémentaire au suivi des patientes. Cependant, l'interrogatoire seul, ou combiné à un examen clinique ne suffit pas à déterminer de manière fiable le succès de l'IVG. Dans le cas d'une IVG sur GLI, le CNGOF recommande une surveillance précoce de la décroissance d'HCG par dosage plasmatique. Cet examen effectué précocement peut augmenter l'adhésion des patientes et éviter les pertues de vue. En dehors de ce contexte, il précise qu'un autotest urinaire peut être utilisé pour juger du succès de l'IVG à partir de 2 semaines post IVG.(15)

La crainte des pertues de vues est avant tout celle du risque d'ignorer une complication, une GEU ou un échec. Afin d'éviter ces situations il convient d'insister sur les consignes de surveillance données aux patientes en consultation. Dans le cas d'IVG sur GLI, un consentement spécifique doit être signé par les patientes afin de les sensibiliser au risque de GEU (cf. Annexe 7).

4.Actes réalisés en 2020 et complications

1722 IVG ont été réalisées en 2020 dans notre échantillon. Parmi ces 1722 IVG, 113 étaient des IVG sur GLI, soit 6,6 %. Ce taux diminue légèrement en 2021, avec 5% des IVG comptabilisées par les membres du REIVOC réalisées sur grossesses très précoces.(23)

Les professionnels de notre échantillon ont relevé 7/113 rétentions intra-utérines et 7/113 grossesses évolutives après IVG sur GLI. Au total, le taux d'IVG sur GLI complètes était de 85%. Le protocole ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les IVG médicamenteuses en France (mifépristone 600 mg puis misoprostol 400µg per os à 36-48h) confère une efficacité comprise en 92 et 97% jusqu'à 7 SA.(24) Dans notre étude, les professionnels prescrivaient majoritairement 200 mg de mifépristone suivi de 400µg de

misoprostol par voie sublinguale 24 à 48h après. D'un point de vue pharmacocinétique, les doses de 200 et 600 mg de mifépristone donnent la même concentration plasmatique et sont théoriquement aussi efficaces. La dose de 200 mg de mifépristone est celle recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par le CNGOF. Plusieurs études portant sur la mifépristone montrent que la dose de 200mg est aussi efficace que la dose de 600mg, quelle que soit la voie d'administration du misoprostol.(24) Les différences de protocoles n'expliquent donc pas nos résultats. D'autre part, l'action anti-progestative de la mifépristone repose sur le blocage des récepteurs à la progestérone au niveau endométrial et placentaire. Son action est indirecte en altérant l'endomètre et en nuisant à la production d'hormones nécessaires à la poursuite de la grossesse (HCG, hormone lactogène placentaire et progestérone).(25) La mifépristone pourrait avoir une efficacité diminuée sur des grossesses très précoces du fait d'une plus faible concentration de récepteurs placentaires à la progestérone. Cependant aucune corrélation n'a été mise en évidence entre l'expression des récepteurs à la progestérone au niveau des villosités chorales et l'efficacité d'une IVG médicamenteuse.(26) Des études révèlent d'ailleurs une efficacité similaire des IVG médicamenteuses pour des âges gestationnels inférieurs à 7 SA (27) (28) (29) et 5 SA (30), comparée aux IVG pratiquées à plus de 7 SA :

Kapp et al. a mené une revue systématique de la littérature afin d'évaluer l'efficacité des IVG médicamenteuses. Ils ne retrouvaient pas de différence significative du taux d'efficacité entre le groupe d'âge gestationnel supérieur à 8 SA et le groupe d'âge gestationnel inférieur à 8 SA, dont 82% des grossesses étaient inférieures à 7 SA. Les dosages de mifépristone et de misoprostol étaient cependant variables au sein des études incluses, et les voies d'administration du misoprostol également.(27)

Une étude prospective réalisée en 1993 par Peyron et al., évaluait l'efficacité d'IVG médicamenteuses sur 895 grossesses de moins de 7 SA. Les patientes recevaient 600 mg de mifépristone suivi, 48h après, par 200 µg (groupe1) ou 400 µg (groupe 2) de misoprostol per os. Une dose supplémentaire de misoprostol pouvait être prescrite dans le groupe 1 si l'expulsion n'avait pas eu lieu dans les 4 h suivant la première prise. L'efficacité de ces procédures étaient de 98,7% pour le groupe 1 et 96,9% pour le groupe 2.(28)

Plus tard, Li et al. réalisait en Chine, une étude comparative entre 5 groupes de patientes qui reçoivent différentes doses de mifépristone (entre 50 et 150mg). Au total, 2500 femmes étaient incluses, d'âges gestationnels très précoces de moins de 5 SA. Les taux d'efficacité observés dans cette étude étaient de même élevés et variaient de 97,54% à 98,35%.(30)

D'autres travaux retrouvaient des taux d'efficacités d'IVG inversement proportionnels à l'âge gestationnel.(28) (31) (32) Une étude menée par l'OMS en 2000, regroupait 1589 femmes en demande d'IVG médicamenteuses. Le protocole prévoyait d'administrer 200 mg de mifépristone (groupe 1) ou 400 mg de mifépristone (groupe 2) suivi, 48h après, de misoprostol per os. Il n'existait pas de différence significative de taux d'efficacité entre ces deux groupes. Secondairement, les taux d'efficacité ont été comparés selon l'âge gestationnel. Ces taux étaient inversement proportionnels à l'âge gestationnel. Ainsi, une IVG avait 2,5 fois plus de risque d'échec à 6-7 SA par rapport à une grossesse de 4 SA. Ces résultats confirment une fois de plus l'efficacité des protocoles médicamenteux actuellement recommandés sur des grossesses précoces voire très précoces.(32)

Enfin, le succès des IVG peut être dépendant de l'expérience du professionnel, cependant dans notre étude les échecs ont été observés par les professionnels pratiquant plus d'IVG que la moyenne de notre échantillon en 2020.

Le taux d'échec observé dans notre étude peut donc être attribué au manque de puissance de l'étude par son faible effectif.

Le taux de GEU diagnostiqué lors d'IVG sur GLI dans notre échantillon était de 2,7%. La littérature précise que les grossesses extra-utérines représentent 2 à 3 % de l'ensemble des grossesses.(33) Il n'existe donc pas plus de risque de GEU en cas d'IVG sur GLI dans cette étude.

5.Analyse de la pratique selon les différents sous-groupes de professionnels

a. Selon la connaissance du protocole

On constate que les praticiens ne connaissant pas le protocole ont réalisé 17,8% des IVG en 2020, mais ils ne sont responsables que de 3,5% des IVG sur GLI. Ils ont donc proportionnellement pratiqué moins d'IVG sur GLI que les autres professionnels interrogés.

Ces résultats nous permettent de confirmer que le protocole encourage la prise en charge des IVG sur GLI.

b. Selon la profession

Les sages-femmes semblent également plus réticentes à prendre en charge les IVG sur GLI. Elles n'ont réalisé que 26,5% des IVG sur GLI alors qu'elles ont pratiqué 47,7% des IVG réalisées en 2020 dans notre échantillon. Le manque d'expérience peut en être une explication. Cette explication est rapportée 7 fois dans l'exploration des freins à la réalisation des IVG sur GLI. De plus, une répondante a différencié la légitimité des sages-femmes, pour cet acte, par rapport à celle des médecins. Elle précise qu'« étant sage-femme et non médecin, [elle] joue la prudence ». La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences dites limitées qui agit en collaboration avec le médecin en cas de situations pathologiques. Leur autonomie est alors dépendante de leurs compétences et de leur rapport avec les médecins. Depuis 2009, leurs compétences s'élargissent, d'abord à la gynécologie puis à l'IVG. Cela modifie leur identité professionnelle, leur légitimité et leur autonomie vis-à-vis des médecins.⁽³⁴⁾ La place de la profession dans la prise en charge des IVG évolue, et leur légitimité doit être affirmée.

De plus, afin de pouvoir réaliser des IVG en ambulatoire, les professionnels doivent suivre une formation spécifique, qui peut être dispensée par divers organismes. L'expérience ne fait pas partie des conditions d'accès à cette pratique. Le REIVOC propose ce type de formation et y inclue depuis 2019 la présentation du protocole d'IVG sur GLI. La formation des sages-femmes aux IVG est encore très récente. Notre étude révèle que la profession s'est rapidement saisie de son droit à pratiquer l'IVG médicamenteuse. Près de la moitié de notre échantillon est composé de sages-femmes qui ont toutes débuté les IVG médicamenteuses dans les 4 ans suivant son autorisation. La législation a d'ailleurs de nouveau évolué le 2 mars 2022 en autorisant la pratique de l'IVG chirurgicale aux sages-femmes.⁽³⁾ Il semble important d'intégrer systématiquement à la formation initiale la prise en charge des IVG sur GLI, afin de sensibiliser les professionnels dès le début de leur activité à cette pratique, et de les assurer de leur légitimité à réaliser ce type d'IVG. L'Agence Régionale de Santé a justement confié au REIVOC la formation des sages-femmes à l'IVG médicamenteuse en ville dans toute la région Occitanie.⁽³⁵⁾ Le REIVOC dispense également cette formation aux internes de médecine générale de la faculté de Toulouse depuis le printemps 2021. Le travail de thèse du Dr Brissard

mené dans 2 autres régions de France, montrait que les professionnels ayant suivi une formation en rapport avec les IVG sur GLI étaient plus susceptibles de pratiquer des IVG sur GLI.(36) La présentation du protocole d'IVG sur GLI lors de formations, permettrait, outre de le faire connaître aux professionnels, de l'expliquer correctement afin d'améliorer son utilisation.

c. Selon l'expérience

Nous avons émis l'hypothèse que les professionnels réalisant des IVG médicamenteuses depuis longtemps, pourraient avoir plus de difficultés à modifier leur pratique après avoir pris connaissance du protocole. Autrement dit que l'année de formation pourrait avoir un impact sur l'appropriation du protocole par les professionnels. Nous constatons finalement que les médecins généralistes formés avant 2016 ont pratiqué plus d'IVG sur GLI que les médecins généralistes formés après 2016. L'inexpérience était citée comme un frein à la réalisation d'IVG sur GLI. Ces résultats infirment notre hypothèse et démontrent que l'expérience favorise la pratique d'IVG sur GLI dans notre échantillon. De plus, Les professionnels ayant effectué plus de 100 IVG en 2020, ont effectué en moyenne plus d'IVG sur GLI que le reste de notre population.

6. Perspectives

a. Etude élargie avec un outil fiable

Peu d'études ont évalué les prises en charge d'IVG sur GLI, et le plus souvent avec de petits effectifs.(12) (37) (38) La mise en application de ce protocole dans le cadre d'une étude prospective élargie à tous les professionnels pratiquant les IVG médicamenteuses en Occitanie permettrait d'évaluer sa sécurité et son efficacité. De plus, plusieurs données ont été estimées par les professionnels dans notre étude. Cette nouvelle étude devra reposer sur un outil d'évaluation plus fiable dans le recueil des données épidémiologiques. Le REIVOC utilise une autre méthode de recueil pour les enquêtes annuelles qu'il réalise auprès de ses adhérents. Cependant, celui-ci n'est pas plus fiable et ne repose pas sur un logiciel dédié permettant des analyses statistiques suffisamment précises.

b. Retours des établissements de conventionnement

Tout professionnel souhaitant pratiquer des IVG médicamenteuses en ville doit au préalable signer une convention avec un établissement de santé. Cet établissement s'engage

notamment à prendre en charge les complications et échecs éventuels. Le protocole du REIVOC s'adresse aux professionnels de ville. L'accès à l'échographie et aux examens de laboratoire étant facilités en structure hospitalière. 2 participants à notre étude, ont avoué être freinés dans la réalisation d'IVG sur GLI par les établissements de santé avec lesquels ils sont conventionnés. Il serait nécessaire d'évaluer l'accueil global réservé à ce type de prise en charge initiale par les professionnels hospitaliers. Cela nous permettrait d'établir la conduite à tenir en cas de complications, en collaboration avec les professionnels hospitaliers. Nous répondrions ainsi à cette interrogation formulée en commentaire par un participant : « Il serait intéressant de rajouter dans le protocole la [conduite à tenir] si échec avec grossesse évolutive sans saignements [...] peut-on refaire un protocole médicamenteux ou est-ce au service des urgences de décider ? ». Sous l'impulsion du Réseau de Périnatalité Occitanie (RPO), une commission IVG régionale est en cours de création. Elle pourrait servir à initier un travail conjoint ville/hôpital sur la question des IVG sur GLI.

c. Allègement des examens complémentaires

Une IVG sur GLI peut correspondre à une IVG sur une grossesse pour laquelle l'échographie n'a pas permis de localiser la grossesse, ou à une IVG pour laquelle aucune échographie préalable n'a été réalisée. En effet, la pratique d'une échographie avant une IVG n'est pas obligatoire.(15) Cet examen risque de retarder l'IVG et peut être difficilement vécu par les femmes.(39) Le calcul de l'âge gestationnel basé sur la date des dernières règles est suffisant pour débiter une IVG. Des études se sont intéressées aux IVG médicamenteuses réalisées sans échographie et retrouvent des taux de complications comparables aux études dans lesquelles l'échographie est couramment utilisée.(16) Cela suggère que l'échographie représente un obstacle inutile à l'IVG. Elle n'est pas suffisante ni totalement fiable pour le diagnostic de GEU. Elle reste utile chez les femmes présentant des symptômes ou des facteurs de risque mais peut aussi s'avérer faussement rassurante dans certains cas.(40) Avec le protocole d'IVG sur GLI, nous pouvons imaginer une prise en charge des IVG sans recours courant à l'échographie. En Angleterre, il est recommandé de ne pas réaliser d'échographie de datation ni d'HCG pré IVG chez les femmes asymptomatiques ne présentant aucun antécédent de GEU. Les Américains proposent en outre de se dispenser de l'examen clinique. En France, dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, le Dr Faucher (gynécologue-obstétricien

fondateur du REVHO) suggère un protocole d'IVG médicamenteuse en téléconsultation en limitant le recours à l'échographie de datation. (cf. Figure 9) (41)

Figure 9 : Protocole IVG médicamenteuse par télémedecine selon le Dr FAUCHER

**Conditions pour faire une IVG médicamenteuse
par télémedecine sans échographie de datation**

- Date des dernières règles inférieure à 7 SA
- Patiente certaine de la DDR à plus ou moins une semaine
- Dosage des HCG inférieur à 70 000 UI
- Absence d'un des signes suivants :
 - Métrorragie ou spotting depuis une semaine
 - Douleur pelvienne unilatérale ou bilatérale depuis une semaine
 - Antécédent de GEU
 - ATCD de ligature de trompes ou de chirurgie tubaire
 - DIU en place

Par ailleurs :

- **Un dosage d'HCG plasmatique doit être pratiqué au bout de 7 jours** afin de confirmer une décroissance de 90 % du taux d'HCG
- **Une feuille d'information** doit être remise précisant les signes cliniques invitants la femme à consulter rapidement (voir un modèle en fin de ce document)

Comme expliqué précédemment, la cinétique des HCG pré IVG sur GLI a pour but de rassurer sur le caractère intra-utérin de la grossesse, sans être totalement fiable. Il ne s'agit pas d'une étape indispensable au protocole. Il n'est pas question de ne jamais chercher le diagnostic de GEU, mais plutôt de ne pas chercher à l'éliminer systématiquement chez une femme qui consulte pour IVG. Les critères d'exclusion (antécédent de GEU, antécédent de lésion tubaire, grossesse sur dispositif intra-utérin, surveillance clinique ou biologique impossible, grossesse à la suite d'une stimulation ovarienne) doivent être respectés, et on peut imaginer réserver la réalisation d'une cinétique d'HCG aux femmes ayant des facteurs de risque de GEU non excluant (tabac, antécédent d'infection génitale, contraception

progestative). Le protocole d'IVG médicamenteuse en cas de GLI proposé dans les recommandations canadiennes, par exemple, ne mentionne pas de cinétique d'HCG.(42)

d. Retours des patientes

Un travail de thèse mené au sein du REIVOC a évalué en 2019 les douleurs au cours des IVG médicamenteuses à domicile. Les patientes décrivaient un pic douloureux intense sous antalgiques, équivalent en moyenne à 1,5 fois les douleurs au cours des menstruations.(43) Il a été démontré que les IVG sur grossesses précoces étaient moins pourvoyeuses de douleurs et de saignements que celles réalisées à des termes plus avancés.(44) (13) La prise en charge d'IVG sur GLI permet de pratiquer des IVG précoces, et ainsi de diminuer leurs effets secondaires. Les recherches menées par le REIVOC ont pour finalité d'améliorer la prise en charge globale et le vécu des patientes. Il serait intéressant de réaliser une étude sur le ressenti des patientes dont la prise en charge repose sur le protocole d'IVG sur GLI proposé par le REIVOC.

V. CONCLUSION

Depuis une dizaine d'année, la part des IVG médicamenteuses réalisées en ville ne cesse d'augmenter. La grande majorité des praticiens que nous avons interrogés ont eu à traiter des demandes d'IVG sur GLI au cours de l'année 2020. Les IVG sur GLI ont représenté 6,6 % des IVG médicamenteuses qu'ils ont pratiquées cette année-là. Le protocole proposé par le REIVOC depuis octobre 2019, incite les professionnels à répondre aux demandes d'IVG sur GLI. Ce protocole a fait l'objet d'une première évaluation grâce à notre étude et est globalement approuvé et appliqué par les professionnels. Il est jugé clair, sécurisant et applicable à leur pratique courante. Il sera important de proposer des évaluations régulières de son utilisation par les professionnels.

La crainte de méconnaître une GEU freine encore de nombreux praticiens. Cette menace est contrôlée dès lors que les facteurs de risque de GEU et les symptômes de complications sont traqués. Le taux de GEU retrouvé dans notre travail concorde avec la littérature. Le risque de GEU est de l'ordre de 2 à 3 % de l'ensemble des grossesses. En outre, nous rappelons que l'entrée dans un parcours d'IVG précoce représente une opportunité anticipée de diagnostic et de traitement d'une GEU.

Le protocole du REIVOC s'appuie sur les recommandations du CNGOF. Elles précisent qu'en l'absence de facteurs de risque et de symptômes, la prise des médicaments pour l'IVG n'est pas contre-indiquée lorsque l'échographie n'est pas contributive. Il convient de le diffuser d'avantage, de mieux l'intégrer, et de façon plus systématique, dans les formations à l'IVG. Il est essentiel de rassurer les sages-femmes quant à leur légitimité dans cette pratique. Elles ont pour l'instant plus de retenue à réaliser des IVG sur GLI.

L'acceptabilité de la procédure d'IVG dépend de l'optimisation du nombre de consultations et d'exams complémentaires. Il peut se discuter de ne plus réaliser d'échographie pré IVG ni de cinétique d'HCG de façon aussi systématique. Le point de vue des établissements de conventionnement doit également être documenté. Il incombe en effet à ces structures de prendre en charge les éventuelles complications ou échecs d'IVG sur GLI.

Dans cette démarche d'amélioration globale de la prise en charge, il paraît également important de recueillir le ressenti des patientes au sujet des IVG sur GLI et d'évaluer les effets secondaires lors d'une IVG sur GLI.



Professeur Christophe VAYSSIERE
Hôpital Paule de Viguier
330, Avenue de Grande Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE Cedex
RPPS : 1000u828680

Toulouse le 13/05/2022
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D CARRIE
O. RAZZY

La Vice Doyenne de la Faculté
de Santé
Directrice du Département de
Médecine, Néonatalité et
Paramédical
Professeure Odile RAZY

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [Internet]. 1975 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000700230>
2. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 2001 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631>
3. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. 2022 [cité 15 janvier 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>
4. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmee-en>
5. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
6. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
7. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>
8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016. [cité 15 janvier 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
9. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
10. Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à

l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041798289/>

11. REIVOC [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://reivoc.fr/>
12. Bizjak I, Fiala C, Berggren L, Hognert H, Sääv I, Bring J, et al. Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort study. *BJOG*. déc 2017;124(13):1993-9.
13. Fiala C, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, Lubusky M, et al. Management of very early medical abortion-An international survey among providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. mars 2020;246:169-76.
14. Penaud E. Evaluation des pratiques des professionnels de santé lors de la réalisation d'interruption volontaire de grossesse sur les grossesses de localisation indéterminée, dans le cadre du réseau REIVOC [Mémoire de DES]. Toulouse Paul Sabatier; 2018.
15. A. Agostini, C. Vayssiere, A. Gaudineau, B. Letombe, S. Eyraud, H. Segain, Et Al. Cngof C. Recommandations Pour La Pratique Medicale - L'interruption volontaire de grossesse - Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/>
16. Kaneshiro B, Edelman A, Sneeringer RK, Ponce de Leon RG. Expanding medical abortion: can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*. mars 2011;83(3):194-201.
17. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Ectopic pregnancy and medical abortion. *Obstet Gynecol*. juill 2004;104(1):161-7.
18. Penaud E. Elaboration d'un protocole d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse sur une grossesse de localisation indéterminée au sein d'un réseau de ville: recherche de consensus au sein de REIVOC (Réseau IVG Occitanie) [Thèse d'exercice]. Toulouse Paul Sabatier; 2019.
19. Méthodes de consensus [Internet]. DUMG Toulouse. [cité 2 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/uploads/4ed5eea50c128f389776aed32aa278bb64bd6df8.pdf>
20. Guillemin, Laurraine. Freins à la pratique de l'IVG chez les médecins généralistes en France [Mémoire de DES]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021.
21. Chen MJ, Rounds KM, Creinin MD, Cansino C, Hou MY. Comparing office and telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*. août 2016;94(2):122-6.
22. K/Ourio A. Analyse de pratique de la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins du reseau REIV en région Midi-Pyrénées

[Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 29 nov 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1350/>

23. REIVOC. Activité IVG REIVOC 2021. 2022.
24. Faucher, Philippe H Danielle. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. 3ème édition. Vuibert; 2018.
25. Das C, Catt KJ. Antifertility actions of the progesterone antagonist RU 486 include direct inhibition of placental hormone secretion. *Lancet*. 12 sept 1987;2(8559):599-601.
26. Jiang WX, He FF, Shen Q, Tao XJ, Zhao CC, Shen ZJ, et al. Factors related to completeness of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Journal of the Chinese Medical Association*. févr 2017;80(2):96-102.
27. Kapp N, Baldwin MK, Rodriguez MI. Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: a systematic review. *Contraception*. févr 2018;97(2):90-9.
28. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med*. 27 mai 1993;328(21):1509-13.
29. Garbin O, Vayssiere C, Bettahar-Lebugle K, Nisand I. Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. nov 2006;129(1):36-40.
30. Li CL, Chen DJ, Song LP, Wang Y, Zhang ZF, Liu MX, et al. Effectiveness and Safety of Lower Doses of Mifepristone Combined With Misoprostol for the Termination of Ultra-Early Pregnancy: A Dose-Ranging Randomized Controlled Trial. *Reprod Sci*. juin 2015;22(6):706-11.
31. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med*. 30 avr 1998;338(18):1241-7.
32. World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation, Special Programme of Research, Development and Research Training, World Health Organisation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *BJOG*. avr 2000;107(4):524-30.
33. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet*. 13 août 2005;366(9485):583-91.
34. Fregonese C. La professionnalisation des sages-femmes : étude de la dynamique d'un système représentationnel [Thèse]. [Toulouse]: Université Toulouse Jean Jaurès; 2016.
35. Info REIVOC : formation à l'IVG médicamenteuse - sage-femme 31 [Internet]. Ordre des sages-femmes de Haute Garonne. 2021 [cité 30 mars 2022]. Disponible sur: <https://ordresagesfemmes31.fr/info-reivoc-annonce-a-formation-a-livg-2021/>

36. Brissard E. Les interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse sur des grossesses précoces de localisation indéterminée: une enquête sur les pratiques médicales en régions Centre-Val de Loire et Ile-de-France [Internet]. Tours; 2019 [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2019_Medecine_BrissardEmilie.pdf
37. Goldstone P, Michelson J, Williamson E. Effectiveness of early medical abortion using low-dose mifepristone and buccal misoprostol in women with no defined intrauterine gestational sac. *Contraception*. juin 2013;87(6):855-8.
38. Heller R, Cameron S. Termination of pregnancy at very early gestation without visible yolk sac on ultrasound. *J Fam Plann Reprod Health Care*. avr 2015;41(2):90-5.
39. Rigaudière J. Échographie préalable à l'interruption volontaire de grossesse : Une enquête qualitative sur les représentations et le vécu des femmes [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme]. 2017.
40. Duncan CI, Reynolds-Wright JJ, Cameron ST. Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. *BMJ Sex Reprod Health*. 29 déc 2020;
41. IVG médicamenteuse par téléconsultation [Internet]. Revho : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <http://revho.fr/ivg-medicamenteuse-teleconsultation-echographie/>
42. Koltunski A. La Grossesse de Localisation Indéterminée dans le cadre de l'Interruption Volontaire de Grossesse : une présentation clinique qui questionne [Thèse d'exercice]. [lille]: faculté de médecine Henri Warenburg; 2021.
43. Achache M. Peut-on améliorer la prise en charge de la douleur au cours d'une IVG médicamenteuse à domicile ? Enquête auprès des patientes et soignants du REIVOC [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 29 nov 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2568/>
44. Schaff EA, Fielding SL, Eisinger S, Stadalius L. Mifepristone and misoprostol for early abortion when no gestational sac is present. *Contraception*. mai 2001;63(5):251-4.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Méthode Delphi

1/ La formulation du problème

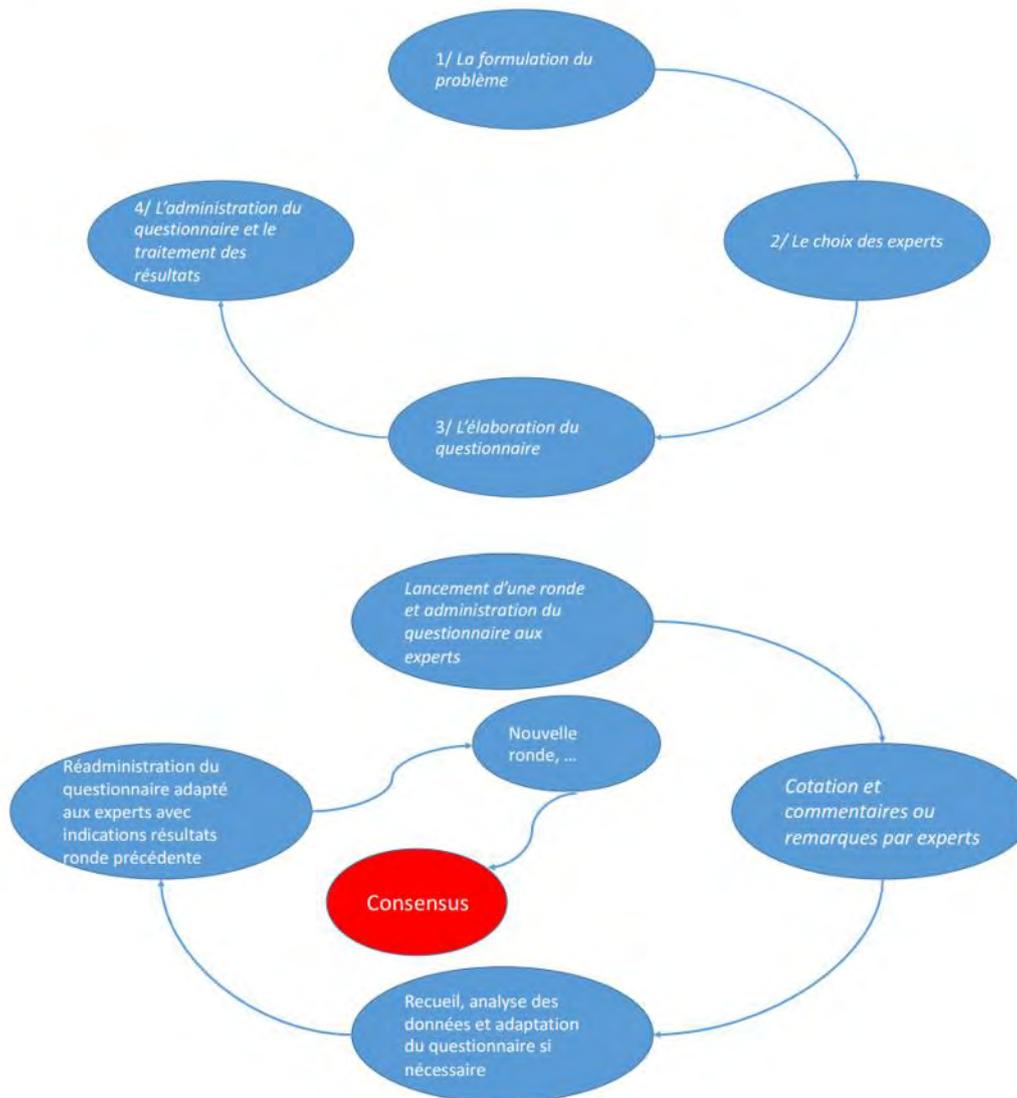
2/ Le choix des experts : ils sont choisis pour leur connaissance du problème et de façon à couvrir la variété des parties prenantes.

3/ L'élaboration du questionnaire : il est constitué de questions précises dont les réponses s'appuient sur une échelle de cotation allant classiquement de 1 à 9 : de l'existence « d'un désaccord complet » ou d'une « absence totale de preuve » ou d'une « contre-indication formelle » (coté 1) à l'existence « d'un accord complet » ou « d'une preuve formelle » ou « d'une indication formelle » (coté 9). En règle générale, le consensus est admis lorsque 80 % ou plus des experts attribuent une note supérieure ou égale à 7.

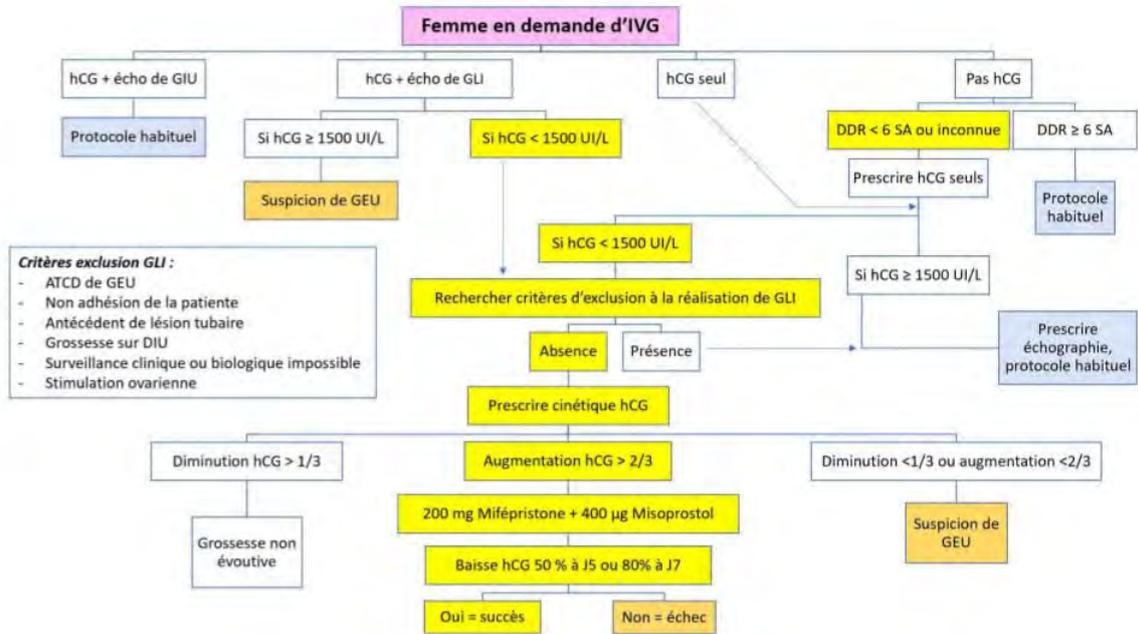
4/ Administration du questionnaire et traitement des résultats

Le même questionnaire servira de fil conducteur à tout l'exercice. Il sera enrichi, à chaque tour, des résultats et commentaires générés par le tour précédent. Au deuxième tour de questionnaire, les experts reçoivent les résultats du premier tour et se prononcent à nouveau sur le questionnaire, en ayant connaissance des réponses des autres membres du groupe. La ronde peut être réitérée autant de fois que nécessaire pour obtenir une convergence des réponses ou bien d'identifier les discordances.

RONDE DELPHI



Annexe 2 : Protocole IVG sur GLI du REIVOC



Annexe 3 : Questionnaire principal

Madame, Monsieur,

Je suis médecin généraliste, et effectue un travail de thèse évaluant le protocole REIVOC de prise en charge d'IVG sur grossesse de localisation indéterminée. Ce travail est dirigé par les Dr FRANZIN Emilie et SAINT-MARTIN Anne. Je vous soumetts ce questionnaire afin d'appréhender la place des IVG sur grossesse de localisation indéterminée dans votre exercice professionnel. L'objectif est de faire évoluer le protocole à partir de votre pratique, afin que vous puissiez vous l'approprier au mieux. Le questionnaire comprend des questions à réponses numériques. Des réponses précises seront plus informatives, cependant vous aurez à chaque fois la possibilité de passer ces questions.

Le questionnaire s'adresse aux professionnel.le.s de santé du REIVOC. Il est anonyme.

On définit la Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI) comme une grossesse confirmée par biologie ou par test urinaire, trop précoce pour percevoir à l'échographie des signes intra ou extra utérins de grossesse.

Merci de répondre à ce questionnaire. Cela vous prendra moins de 15 minutes.

1. Quelles sont vos initiales ?
2. Quelle est votre profession ?
 - Gynécologue
 - Médecin généraliste
 - Sage-femme
3. Dans quel milieu travaillez-vous ?
 - Urbain
 - Semi-rural
 - Rural
4. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?
5. Depuis quelle année réalisez-vous des IVG en ambulatoire ?
6. Comment vous êtes-vous formé(e) à l'IVG ?
 - Formation REIVOC
 - Formation lors d'un DIU
 - Formation avec l'organisme de conventionnement
 - Autre formation
7. Avez-vous eu connaissance du protocole de réalisation d'IVG médicamenteuse sur grossesse de localisation indéterminée proposé par le REIVOC depuis octobre 2019 ?
 - Oui
 - Non
8. Si oui, comment ?
 - Lors de la journée d'étude
 - Au cours d'une formation théorique
 - Par la newsletter du réseau
 - Autre
9. Combien avez-vous réalisé d'IVG au cours de l'année 2020 ?

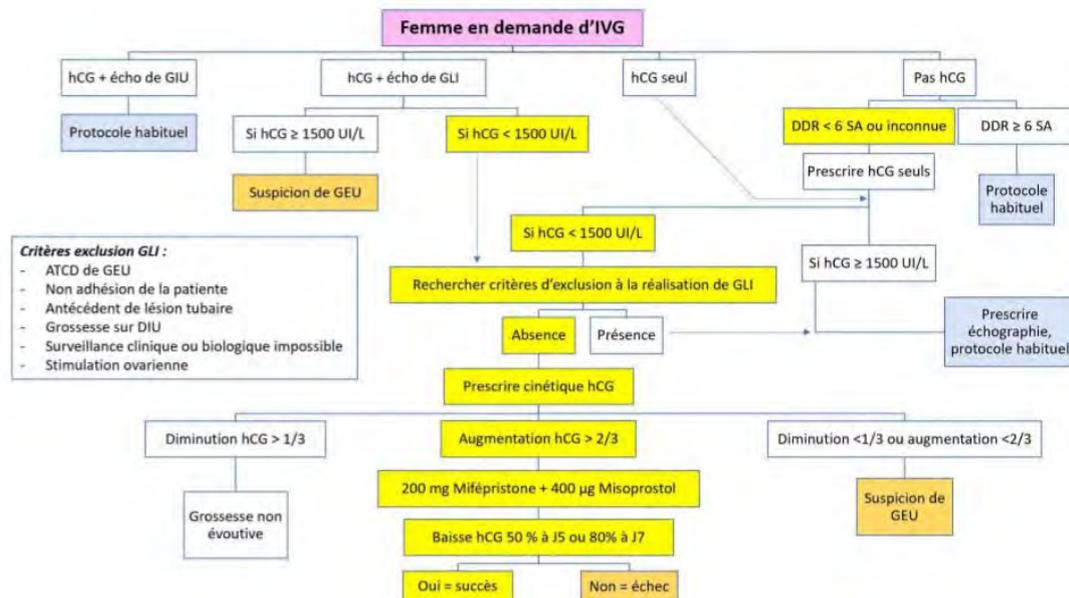
A retrouver avec la cotation (IC+FHV+FMV+IC) sur vos relevés SNIR de mars 2021

10. Parmi ces demandes sur l'année 2020, avez-vous reçu des femmes qui étaient en situation de grossesse de localisation indéterminée ?
Oui
Non
Ne sait pas
11. Si oui, combien ?
De 1 à 5
De 6 à 10
De 11 à 15
16 ou plus
12. Avez-vous déjà différé une IVG parce que c'était une GLI ?
Oui systématiquement
Oui la plupart du temps
Oui parfois
Non jamais
Ne sait pas
13. Combien d'IVG sur GLI avez-vous finalement réalisé sur l'année 2020 ?
14. Ce chiffre est-il estimé ou vérifié ?
Estimé
Vérifié
15. Avez-vous eu des patientes pour lesquelles l'IVG sur GLI a été incomplète, nécessitant une aspiration endo-utérine ?
Oui
Non
Ne sait pas
16. Si oui, combien ?
17. Avez-vous eu des patientes pour lesquelles l'IVG sur GLI a été un échec, avec une grossesse évolutive ?
Oui
Non
Ne sait pas
18. Si oui, combien ?
19. Avez-vous eu des IVG sur GLI qui se sont avérées être des grossesses extra-utérines ?
Oui
Non
Ne sait pas
20. Si oui, combien ?

Concernant votre prise en charge des IVG :

21. Lorsqu'une patiente se présente avec un premier dosage de BHCG, réalisez-vous une échographie avant l'IVG, y compris avec un taux de BHCG < 1500 ?
Oui systématiquement
Oui la plupart du temps
Oui parfois
Non jamais

- Ne sait pas
22. Si le taux de BHCG est inférieur à 1500, réalisez-vous une cinétique des BHCG avant l'IVG ?
 Oui systématiquement
 Oui la plupart du temps
 Oui parfois
 Non jamais
 Ne sait pas
23. Si non systématique, dans quelle(s) circonstance(s) jugez-vous que cela n'est pas nécessaire ?
24. Selon quel protocole réalisez-vous la plupart des IVG en ambulatoire (molécules, doses, délai entre les prises, voie d'administration) :
- Mifepristone
 - 200 mg
 - 600 mg
 - Autre
 - Misoprostol
 - 400 µg
 - 800 µg
 - Autre
 - Voie d'administration misoprostol
 - Orale
 - Vaginale
 - Buccale
 - Sublinguale
 - Délai entre l'administration de la mifepristone et du misoprostol
 - 24-36 h
 - 24-48h
 - 36-48 h
25. Faites-vous réaliser un dosage de beta HCG post IVG pour une GLI ?
 Oui systématique
 Oui la plupart du temps
 Oui parfois
 Non jamais
 Ne sait pas
26. Si oui, quel délai habituellement après la prise de mifépristone ?
 J5
 J7
 J15
 J21
 Autre
27. Quel pourcentage de décroissance des beta-HCG vous paraît suffisant pour conclure au succès de l'IVG ?
28. Le protocole d'IVG sur GLI vous paraît-il clair ?



- Oui tout à fait
 Oui plutôt
 Peu clair
 Pas du tout clair
 Ne sait pas
29. Utilisez-vous ce protocole pour vous guider lors de demandes d'IVG ?
 Oui systématiquement
 Oui la plupart du temps
 Oui parfois
 Non jamais
 Ne sait pas
30. Quels sont vos freins cliniques à la réalisation d'une IVG sur GLI ?
 Crainte de méconnaître une GEU
 Crainte d'une rétention intra-utérine
 Crainte d'un échec de la méthode (de grossesse évolutive)
 Autre, précisez :
- Aucun
31. Quels sont vos freins organisationnels à la réalisation d'une IVG sur GLI ?
 Inexpérience
 Le risque d'absence de suivi (patiente perdue de vue)
 La complexité de la procédure
 Procédure trop chronophage
 Autre, précisez :
- Aucun
32. Estimez-vous que le protocole soit applicable à votre pratique ?
 Oui systématiquement
 Oui la plupart du temps

- Oui parfois
Non
Ne sait pas
33. Ce protocole vous a-t-il permis de répondre aux situations de demande d'IVG sur GLI rencontrées dans votre pratique ?
Oui systématiquement
Oui la plupart du temps
Oui parfois
Non jamais
Ne sait pas
34. Ce protocole vous a-t-il incité à réaliser plus d'IVG sur GLI ?
Oui
Non
Ne sait pas
35. Sur une échelle de 0 à 10, à quel point le protocole vous sécurise-t-il dans votre pratique d'IVG sur GLI ?

Aucun apport de sécurité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tout à fait sécurisant

36. Avez-vous partagé ce protocole autour de vous (collègues, réunions, formations) ?
Oui
Non
Ne sait pas

30) Commentaire(s) libre(s)

Annexe 4 : Questionnaire secondaire

Madame, Monsieur,

Je suis médecin généraliste, et effectue un travail de thèse évaluant le protocole REIVOC de prise en charge d'IVG sur grossesse de localisation indéterminée. Ce travail est dirigé par les Dr FRANZIN Emilie et SAINT-MARTIN Anne. Je vous ai transmis un questionnaire afin d'appréhender la place des IVG sur grossesse de localisation indéterminée dans votre exercice professionnel. L'objectif est de faire évoluer le protocole à partir de votre pratique, afin que vous puissiez vous l'approprier au mieux.

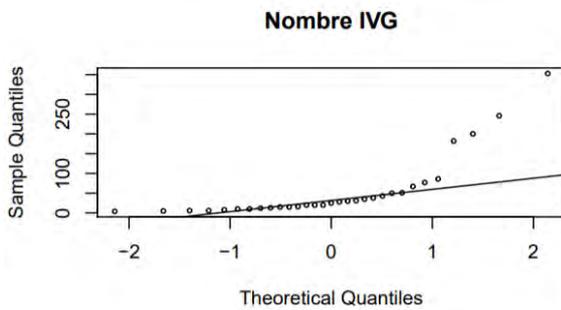
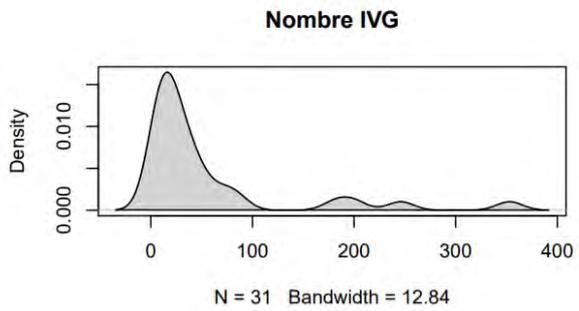
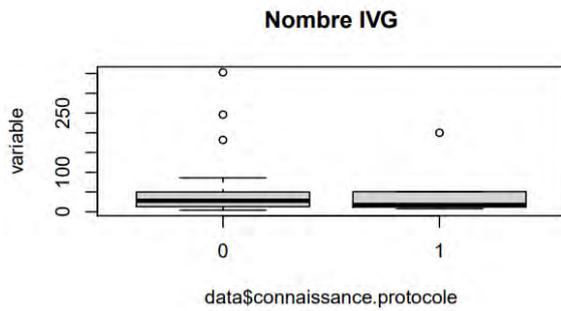
Vous n'avez pas répondu à ce questionnaire, aussi je vous propose ce nouveau formulaire, simplifié, composé de 3 questions, afin de mieux comprendre la place qu'occupe les IVG sur grossesse de localisation indéterminée dans votre pratique.

Merci de répondre à ce questionnaire. Cela vous prendra moins de 2 minutes.

1. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas pu répondre au questionnaire "IVG sur grossesse de localisation indéterminée" ?
Par manque de temps
Par difficultés d'accès aux données demandées
Par manque d'intérêt pour le sujet
Autre
2. Avez-vous eu connaissance du protocole de réalisation d'IVG médicamenteuse sur grossesse de localisation indéterminée proposé par le REIVOC depuis octobre 2019 ?
Oui
Non
3. Utilisez-vous ce protocole pour vous guider lors de demandes d'IVG ?
Oui
Non

Annexe 5 : Analyses statistiques

Nombre d'IVG selon connaissance du protocole

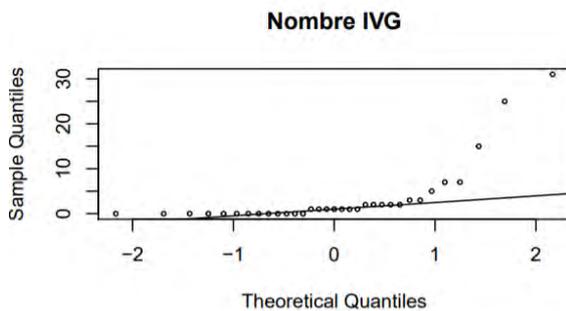
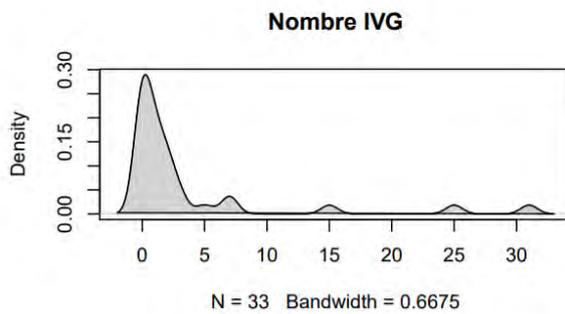
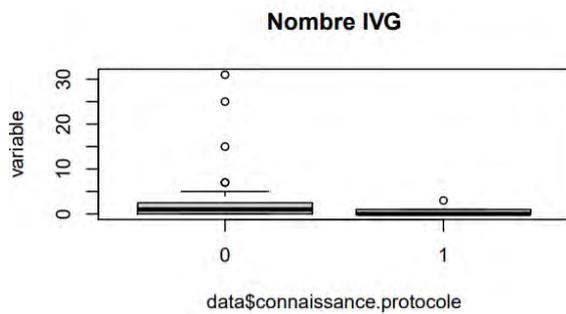


Missing data= 4 (11.4 %)
Shapiro-Wilk test p value = < 1e-04

Range connaissance.protocole=NON: 8 - 200
Range connaissance.protocole=OUI: 4 - NA
median [EIQ] connaissance.protocole=NON: 17.5 [12.8 -
median [EIQ] connaissance.protocole=OUI: 28 [13 - 50

wilcoxon p value= 0.802

Nombre d'IVG sur GLI en fonction du protocole

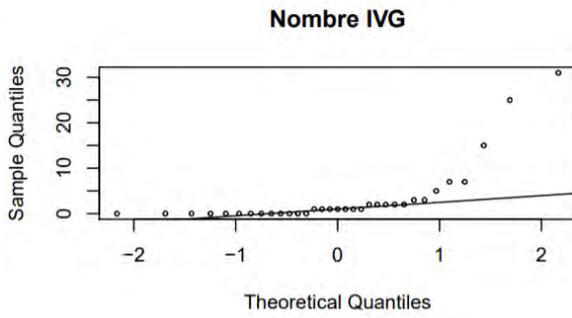
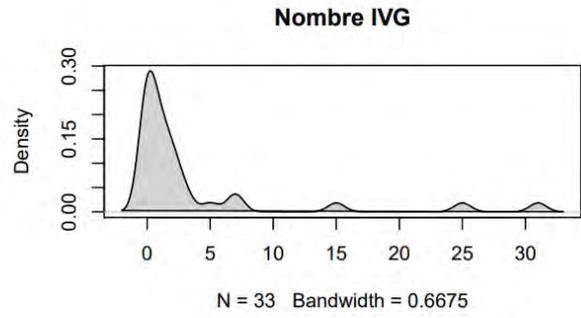
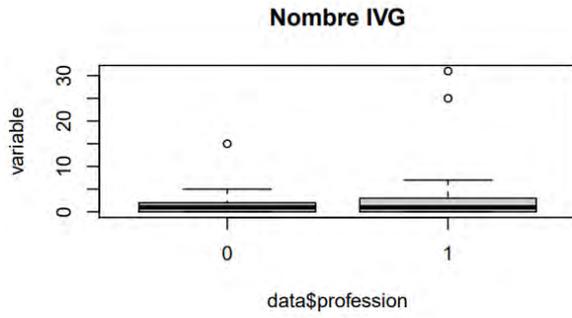


Missing data= 2 (5.7 %)
Shapiro-Wilk test p value = < 1e-04

Range connaissance.protocole=NON: 0 - 3
Range connaissance.protocole=OUI: NA - NA
median [EIQ] connaissance.protocole=NON: 0 [0 - 0.8]
median [EIQ] connaissance.protocole=OUI: 1 [0 - 2.5]

wilcoxon p value= 0.146

Nombre IVG sur GLI en fonction de la profession



Missing data= 2 (5.7 %)
Shapiro-Wilk test p value = < 1e-04

Range profession=NON: NA - NA
Range profession=OUI: NA - NA
median [EIQ] profession=NON: 1 [0 1 - 2.75 1]
median [EIQ] profession =OUI: 1 [0 - 2]

wilcoxon p value= 0.388

Annexe 6 : Commentaires libres

« Avec un bhcg entre 1000 et 1500 on doit obligatoirement trouver un sac gestationnel, sinon la suspicion de GEU est forte, on doit obligatoirement trouver un sac gestationnel a fortiori deux jours plus tard puisque les bhcg ont doublé théoriquement, donc il vaut mieux attendre 48 h pour faire une ivg normale. L'intérêt des PEC des GLI est de le faire pour des bhcg inf a 200 ou moins, et dans ce cas l'efficacité de la méthode est moindre. Dans ce cas je propose souvent de faire un nouveau protocole en cas d'échec et il fonctionne bcp mieux. »

« J'ignorais totalement l'existence de ce protocole ! Et en voyant l'arbre de décision la première fois, il est visuellement si complexe que je n'ai pas réussi à voir les critères d'exclusion ! Je suggère de le confier à un infographiste. »

« Post IVG souvent plus compliqué, plus difficile à évaluer, plusieurs dosages bHCG parfois nécessaires, parfois écho donc plus d'examens en post alors qu'il suffit d'attendre quelques jours et avoir une echo pour que les choses soient simples. Rares sont les situations "d'urgences" à faire une IVG sur GLI, donc je propose rarement. »

« Quand je prends en charge une demande IVG sur GLI, je m'assure d'abord et surtout de l'adhésion complète de la patiente au suivi de décroissance des BHCG. »

« Il serait intéressant de rajouter dans le protocole la CAT si échec IVG avec grossesse évolutive sans saignements => si écho faite et GIU confirmée, peut-on refaire un protocole médicamenteux ou est-ce au service des urgences de décider ? »

« Pas d'IVG sur GLI en 2020, 1 en 2021 mais patiente a eu peur de GEU donc au final croissance beta HCG douteuse donc 4 betaHCG faits à 48h avant qu'hôpital lui propose quand même protocole IVG méd bon courage pour la thèse. »

« La simple présence d'un sac intra-utérin corrélé aux BHCG permet de faire l'IVG entre 5 et 6 SA. Je ne ressens donc pas le besoin pour mes patientes de compliquer le protocole et de prendre des risques. »

« J'ai fait plus de 100 IVG en 2020 et 2021 et 3 échecs étaient des GLI donc ça m'a refroidie à appliquer le protocole. Je préfère différer d'une semaine ... »

« Je n'ai pas eue à utiliser ce protocole les grossesses étant toujours avancées mais je m'en servais si besoin. »

gAnnexe 7 : Formulaire de consentement IVG sur GLI



Formulaire de consentement IVG médicamenteuse précoce

Je soussignée :après avoir été
informé par le Docteurconfirme :

- vouloir interrompre volontairement ma grossesse par méthode médicamenteuse très précocement.
- comprendre que l'existence d'une grossesse extra utérine ne pouvait être exclue à ce stade de la grossesse.

Puis, après la prise du Misoprostol, j'ai compris que :

- je devais pratiquer rapidement une prise de sang pour un dosage quantitatif des Béta HCG. Ma prise de sang est prévue le
- en cas d'apparition, à plus de 48 heures de la prise du misoprostol, d'une douleur brutale et permanente au niveau du ventre ou de la survenue de malaises, vertiges, pertes de connaissance, je devrais me rendre immédiatement aux urgences d'un hôpital.

A.....

Le.....

Signature :

AUTEUR : Manon HERVOUET

TITRE : Evaluation de l'utilisation du protocole d'Interruption Volontaire de Grossesse sur grossesse de localisation indéterminée au sein du REIVOC

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr Emilie FRANZIN, Dr Anne SAINT-MARTIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : le 2 juin 2022 à Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 - France

Introduction : La part des IVG médicamenteuses en ville ne cessent d'augmenter, et de nombreux professionnels doivent répondre à des demandes d'IVG pour des grossesses à des termes très précoces, ne permettant pas toujours de localiser la grossesse. Le Dr Penaud a élaboré en 2019, avec le REIVOC, un protocole guidant la prise en charge des IVG sur Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI). Notre travail constitue une première évaluation de ce protocole. L'objectif est d'appréhender la place du protocole dans la pratique des professionnels du réseau. **Méthode :** Nous avons conduit une étude observationnelle, basée sur deux questionnaires envoyés par courriel aux professionnels de santé membres du REIVOC, soit 152 praticiens, interrogés entre le 3 janvier 2022 et le 21 mars 2022. **Résultats :** 35 formulaires pour le questionnaire 1 et 22 formulaires pour le questionnaire 2, ont été analysés. 1722 IVG dont 113 IVG sur GLI ont été réalisées en 2020 par les participants. Le protocole a été utilisé par 25/35 praticiens, en a incité 17/34 à réaliser des IVG sur GLI, et s'est vu attribuer la note de 7,4/10 en sécurité. Le frein clinique principal était la crainte de la GEU. Le frein organisationnel principal était le risque d'absence de suivi. **Conclusion :** Cette première évaluation révèle que, dans l'ensemble, les professionnels approuvent et appliquent le protocole. Il est jugé clair, sécurisant et applicable à leur pratique courante.

Evaluation of the use of protocol for medical abortion on pregnancy of unknown location within the REIVOC

Introduction : the proportion of medical abortion at home is in constant increasing, and many professionals had to answer requests for medical abortions on very early pregnancies, sometimes of unknown location. Dr Penaud established in 2019, with the REIVOC, a protocol to guide medical abortion on pregnancy of unknown location. Our study is the first evaluation of this protocol. We want to understand how professionals of the network use the protocol. **Method :** we conducted an observational study, based on two questionnaires sent by email to healthcare professionals members of REIVOC, i.e. 152 practitioners, interviewed between January 3, 2021 and March 21, 2021. **Results :** 35 forms for questionnaire 1 and 22 forms for questionnaire 2 were analyzed. 1722 abortions including 113 abortions on GLI were performed in 2020 by the participants. The protocol was used by 25/35 practitioners, encouraged 17/35 to perform abortions on GLI, and was noted 7,4/10 for safety. The main clinical obstacle was the fear of GEU. The main organizational obstacle was the fear of lost to follow-up. **Conclusion :** this first evaluation reveals that professionals approve and apply the protocol. They considered it as clear, reassuring and applicable in their current practice.

Mots-Clés : Interruption volontaire de grossesse ; Grossesse de localisation indéterminée ; Grossesse précoce
Key words : abortion ; pregnancy of unknown location ; early pregnancy

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France