HAL
open science

Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est

Hugo Leroy

To cite this version:

Hugo Leroy. Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932300

HAL Id: hal-01932300

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932300v1

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2017

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Hugo LEROY

Le jeudi 28 septembre 2017

MEDECINE GENERALE DE VILLE ET IVG MEDICAMENTEUSE EN REGION GRAND EST

Membres du jury :

Président : M. le Professeur BOIVIN

Juges : M. le Professeur JUDLIN

M. le Docteur BAUMANN

M. le Docteur ANTOINE

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; addictologie)*
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'urgence)*
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)*
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

*****

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Vous nous avez accompagnés durant toutes nos études médicales, nous vous en sommes profondément et sincèrement reconnaissants.

*****

*****

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger à notre jury de thèse.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

*****

*****

A NOS JUGES

Monsieur le docteur Cédric BAUMANN

Maître de Conférence en Santé Publique, Environnement et Société

Vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger à notre jury de thèse et nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

*****

*****

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Jean-Jacques ANTOINE

Docteur en Médecine Générale

Nous sommes très honorés de l'intérêt que vous avez porté à notre travail et nous vous remercions pour votre disponibilité.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

*****

*****

A Margaux

Merci d’être depuis de nombreuses années d’un soutien et d’une aide sans limite.

Merci d’être une femme parfaite et une maman extraordinaire.

Je t’aime ma douce.

*****

*****

A Oscar et Auguste

Mes petits anges, merci de ce que vous m’apportez au quotidien.

C’est comme si vous aviez toujours fait partie de notre vie.

Je vous aime tellement.

*****

*****

A mes parents

Tom étant déjà docteur, vous vous êtes peut-être demandés à un moment si votre « Nounet » allait lui aussi le devenir…et bien je crois que nous y sommes.

Merci de m'avoir si bien accompagné durant toutes ces années.

Merci à vous deux. Je vous aime.

*****

*****

A mon frère

Merci de m'avoir supporté pendant notre enfance et d'avoir partagé de nombreux bons moments autour du sport et des jeux.

Nous voilà tous les deux docteurs et papas, Louise et Juliette sont mes nièces « câlines » adorées.

*****

*****

A Colas et Jean-Yves

Merci de m'avoir motivé et stimulé. Les projets Pelone et thèse ont vu le jour au même moment mais les ambitions de Cindy design m'ont fait terminer avant.

Merci à vous deux.

*****

*****

A belle maman et beau papa,

Cela fait maintenant de nombreuses années que vous vous rendez toujours disponibles pour nous accompagner et nous aider à la perfection. Merci.

*****

*****

A ma famille et belle famille

C'est toujours un plaisir de se retrouver et de partager de bons moments ensemble, que cela continue ainsi !

*****

*****

A Guitton

On ne pouvait pas faire autrement que de suivre les mêmes études : babyfoot, Fifa, tennis, mais parfois stages et partiels… à toi de jouer maintenant !

*****

*****

A Antoine, Mat et Zo

Vous n'avez pas toujours compris pourquoi c'était si long à faire cette thèse ! Mais ce qui me rassure c'est que finalement je la soutiens avant le Zozo.

*****

*****

A Mathieu et Anne-France

Merci pour ces bonnes années de vie étudiante et de début de vie professionnelle. C'est toujours un plaisir d'échanger avec vous deux, que cela continue !

*****

*****

A mes amis

Marie et Marc, Anne-Cha et Guillaume, Yan et Mimi, Popo et Jojo, Diane, Arthur, Aurélien, Tim, Marine, Pierrot, Thomas (dit « mon Michel »), Julie et Emilien, Tonton, Gitan. Merci pour toutes ces amitiés si précieuses !

*****

*****

A toutes les équipes qui m'ont accueilli lors de mes stages.
Avec une pensée plus particulière pour Neufchâteau
et pour ma chef préférée, Aline.

*****

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Acronymes et abréviations 17
I. Introduction 18
II. Article 25
CONTEXTE 25
MATERIEL ET METHODE 32
RESULTATS 33
DISCUSSION 41
CONCLUSION 44
III. Conclusion 46
IV. Bibliographie 48
V. Annexes 50
1) Guide d'entretien 50
2) Résumé en anglais 53
3) Soumission article à la revue : Revue Santé Publique et Epidémiologie 55

Acronymes et abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

B HCG : Fraction Beta de l'Hormone Chorionique Gonadotrope

CH : Centre Hospitalier

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

DOM : Département Outre-Mer

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IM : Intra-Musculaire

IV : Intra-Veineuse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle Infantile

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

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

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

RSP : Réseau Santé Périnatal

SA : Semaine d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

I. Introduction

En 2016, l'amélioration de l'accès à l'IVG a été définie comme une des priorités de santé publique au niveau national.

L'ARS Grand Est a relayé cette priorité en sollicitant les réseaux de santé en périnatalité des 3 anciennes régions : l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Lorraine. Ces dernières ont, parmi leurs missions, la coordination de l'accès à l'IVG décrite dans l'instruction DGOS/PF3/R3/DGS/MC1 numéro 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Ces réseaux ont alors réalisé au premier trimestre 2016 un état des lieux complet de l'organisation des IVG sur leur territoire (Figures 1 et 2).

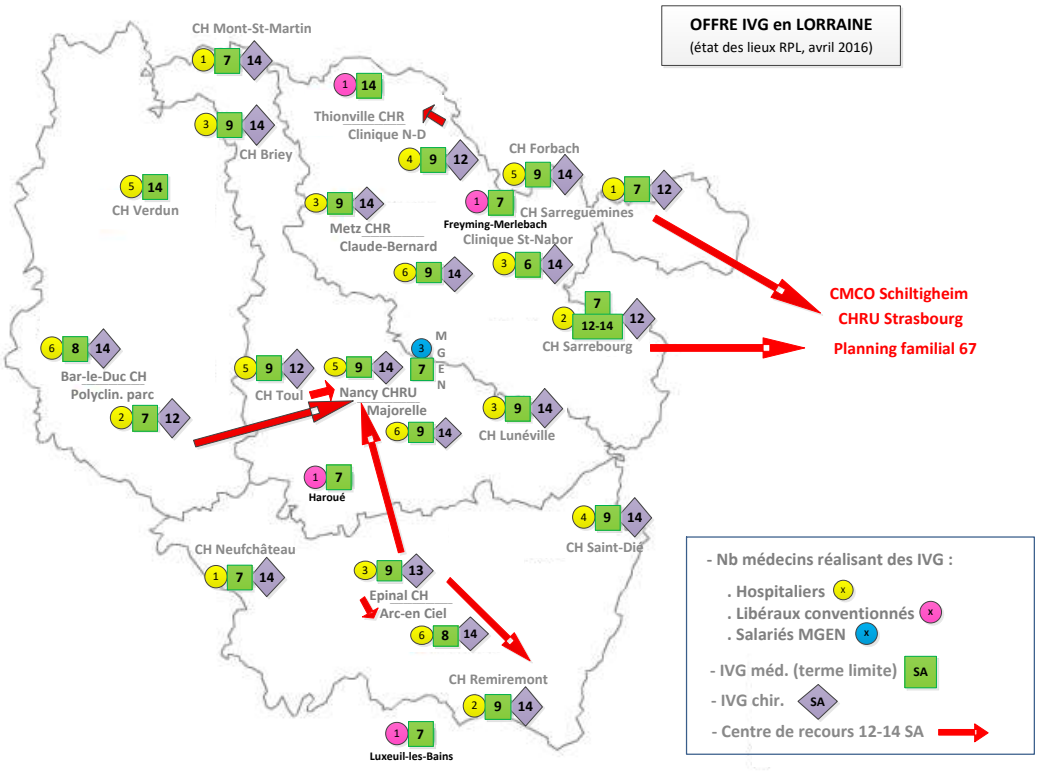

Figure 1 : Cartographie de l'offre pour l'accès à l'IVG en Lorraine (source RPL)

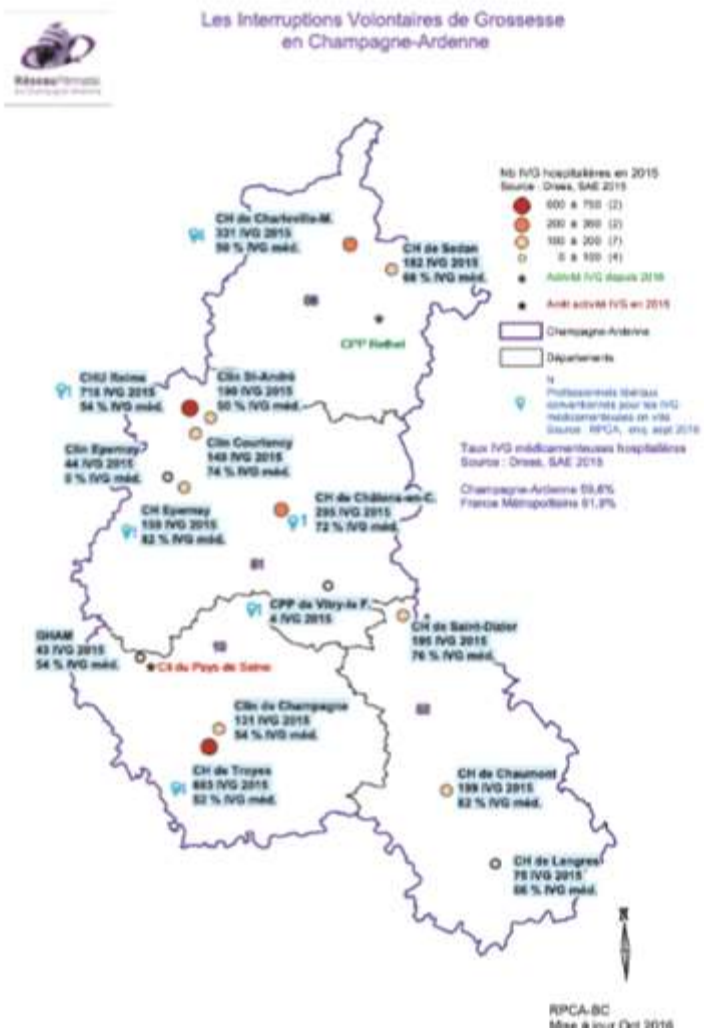

Figure 2 : Cartographie de l'offre pour l'accès à l'IVG en Champagne-Ardenne (source RSP de CA)

En Lorraine, le nombre d'IVG est stable avec une moyenne de 5 618 actes par an entre 2009 et 2015. (Figure 3)

Dès 2010, la méthode médicamenteuse est la plus utilisée sur le territoire lorrain et sa proportion ne va cesser de croître avec 51.6% d'IVG médicamenteuses en 2010 et 66.1% en 2015. Les IVG réalisées dans des structures hospitalières restent très largement majoritaires en Lorraine et ce, de manière stable depuis 2010. (Figure 4)

Les IVG réalisées en ville sont encore rares, mais en augmentation constante avec près de 20 fois plus d'actes en 2013 qu'en 2010. En 2013, elles sont presque une fois et demie supérieures à celles réalisées en centre de santé. (Figure 5)

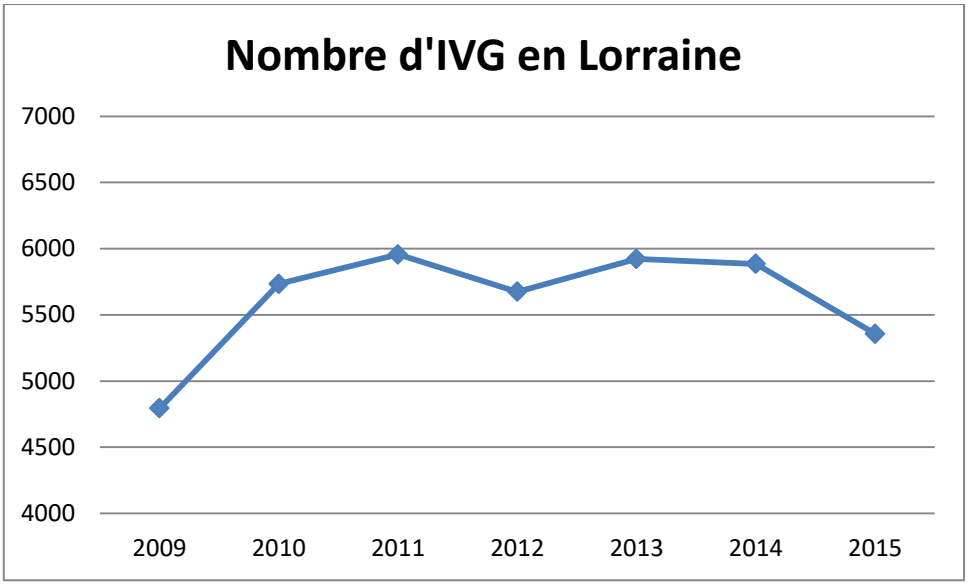

Figure 3 : Evolution du nombre d'IVG réalisées, depuis 2009, pour des femmes domiciliées en Lorraine (source DREES)

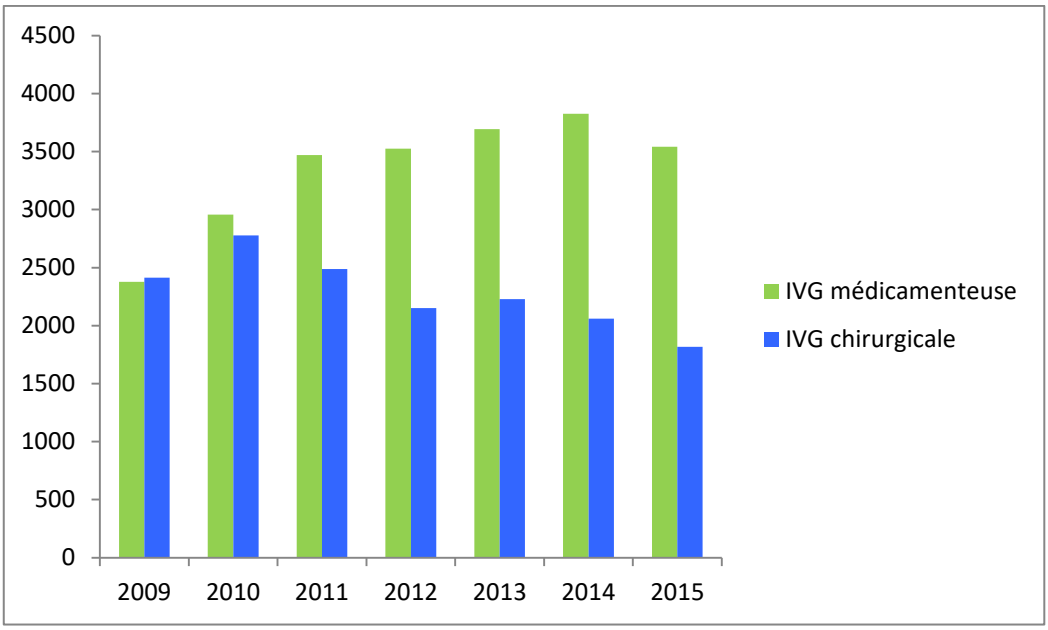

Figure 4 Evolution du nombre d'IVG en Lorraine depuis 2009 en fonction de la méthode de réalisation (source DREES)

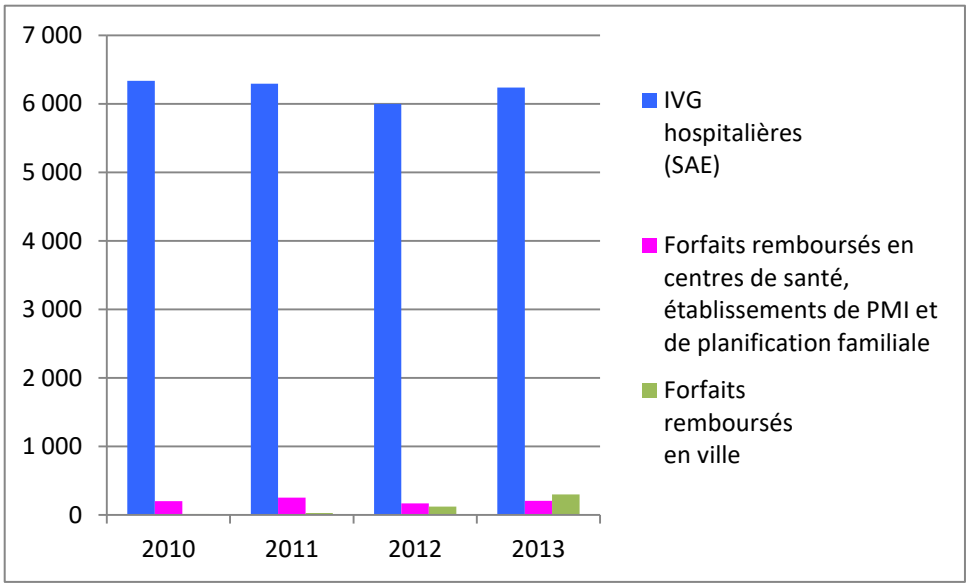

Figure 5 : Evolution du nombre d'IVG réalisées en Lorraine depuis 2009 en fonction du lieu de réalisation (source DREES)

Comparativement à la Lorraine, en Alsace, le nombre d'IVG est relativement stable depuis 2008 avec environ 5000 actes par an. On constate une très forte proportion (96,6% en 2013) d'IVG hospitalières mais après une légère hausse en 2013, leur nombre est en diminution : - 9,3% en 2015 par rapport à 2013 (Figure 6). Le taux d'IVG réalisées en ville reste faible : 3,4 % en 2013. Le rapport entre le nombre d'IVG et les femmes en âge de procréer est inférieur au rapport national : 11,7 IVG réalisées par 1 000 femmes en 2013 (DRESS)

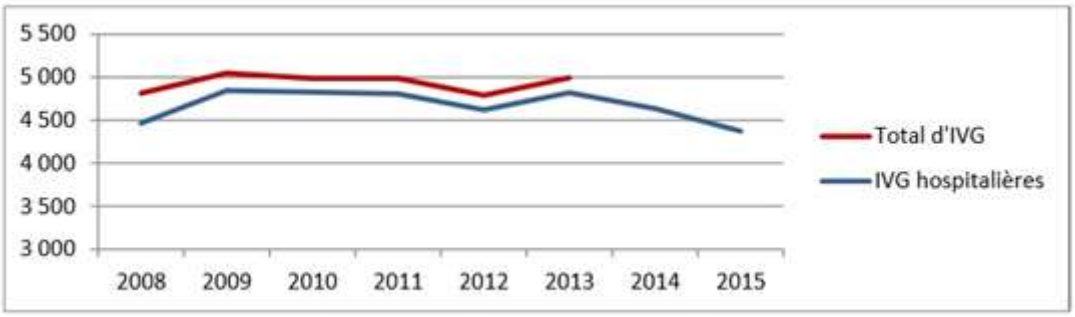

Figure 6 : Evolution du nombre total d'IVG en Alsace (source DREES)

En Champagne-Ardenne, comme en Alsace et en Lorraine, le nombre d'IVG est stable, légèrement inférieur à la moyenne nationale, avec 3576 actes en 2013. Le nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans était de 12.5 en 2013 contre 15,3 en France métropolitaine. La proportion d'IVG médicamenteuse est de 59.3% et le taux d'IVG réalisé en ville est de 5.2% en 2013 (186 IVG en libéral / 3576 IVG au total) (Figures 7 et 8).

Figure 7 : Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (Source DREES)

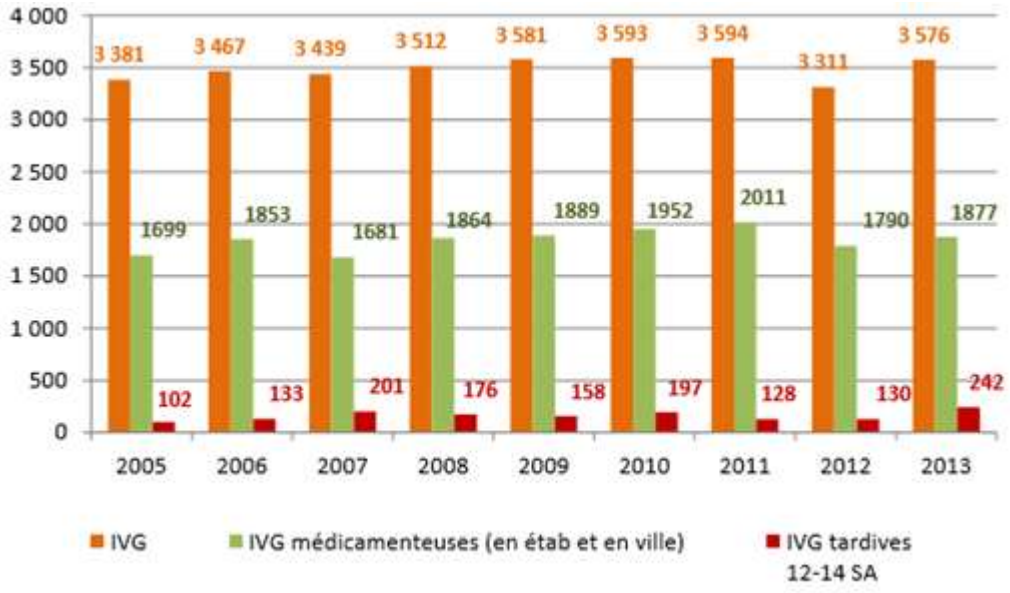

Figure 8 : Techniques de réalisation des IVG et IVG tardives en Champagne-Ardenne (Source DREES)

En région Grand Est en 2010, le taux de recours à l'IVG est d'environ 11 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre environ 14,5 en France métropolitaine (Figure 9).

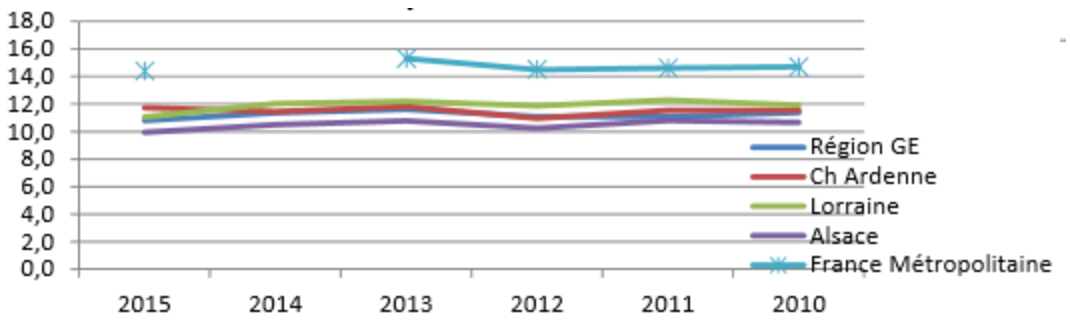

Figure 9 : Taux de recours pour 1000 femmes 15-49 ans en région Grand Est (source ARS GE)

L'IVG médicamenteuse réalisée par les professionnels de santé libéraux en ville progresse très lentement sur la région Grand Est, passant de 764 forfaits médicaments de ville (FMV) en 2013, à 788 en 2014 et 831 en 2015 (Figure 10).

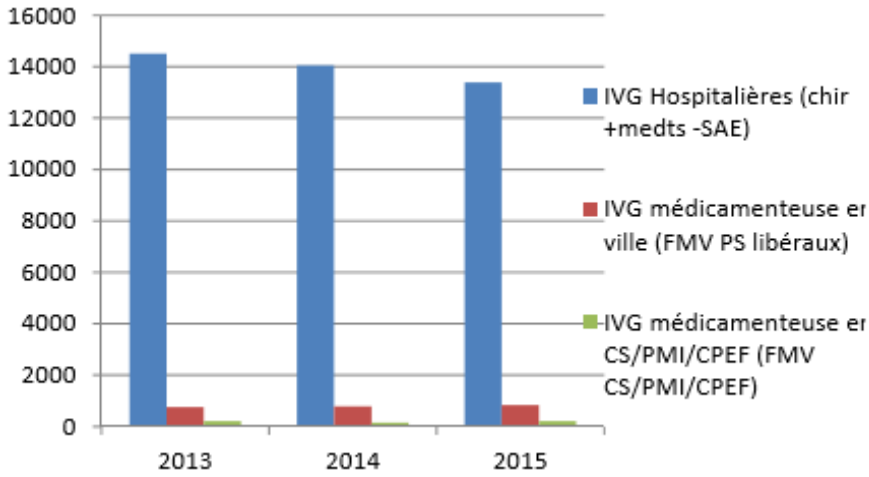

Figure 10 : Nombre et lieu de réalisation des IVG en 2015 en région Grand Est (Source : SAE et DCIR)

Ces états des lieux révèlent une organisation répondant globalement à la législation et aux recommandations de bonnes pratiques. Cependant, l'activité d'orthogénie en ville est faible sur les 3 territoires malgré l'autorisation pour les médecins de réaliser des IVG en ville depuis 2004.

Une enquête auprès des médecins réalisant des IVG en ville s'est donc avérée nécessaire afin de compléter les données recueillies et de mieux comprendre cette impression de défaut d'offre libérale.

Un ciblage sur les médecins généralistes a été choisi en raison de leur effectif supérieur à celui des gynécologues sur le territoire Grand Est et de leur meilleure répartition. De plus, la pratique de l'orthogénie fait partie de la formation initiale des gynécologues alors qu'elle n'est pas une activité classiquement attribuée aux médecins généralistes. Or, au vu des difficultés d'accès à l'IVG hospitalière sur certains territoires liés notamment aux défauts de recrutements médicaux, les médecins généralistes ont un rôle majeur à jouer et sont particulièrement ciblés par les politiques d'amélioration de l'accès à l'IVG qui promeuvent le développement de l'activité d'orthogénie en ville.

L'objectif du travail qui suit est donc de décrire l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville conventionnés dans le Grand Est afin de tenter d'améliorer et de développer cette offre de soin qui permettrait un meilleur accès à l'IVG dans cette région.

Les résultats de cette étude devraient également permettre d'optimiser sur la région Grand Est, la mise en place de la pratique d'orthogénie des SF libérales, autorisée en 2016.

II. Article

Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est

Hugo Leroy[1], Margaux Creutz Leroy[2], Jean-Marc Boivin[3]

[1] Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

[2] Réseau Périnatal Lorrain (RPL)

[3] Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine and CIC-P Inserm de Nancy

Mots-clés :

Médecine générale, IVG médicamenteuse

General medicine, medical abortion

CONTEXTE

En France, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un enjeu majeur pour les pouvoirs publics. En effet, cet acte médical, autorisé depuis 1975 par la loi Veil (1) et légalisé de manière définitive en 1980 est, depuis toujours, sujet aux polémiques et au militantisme. Quarante ans après sa légalisation, l'avortement reste une thématique régulièrement retrouvée au cœur des débats politiques.

C'est également une pratique pour laquelle les médecins peuvent imposer leur clause de conscience, leur permettant éventuellement de refuser la réalisation de tout acte d'IVG.

La loi promulguée le 4 juillet 2001 a amélioré l'accès au droit à l'IVG en l'inscrivant dans le Code de la santé publique (CSP) (2). Son arrêté d'application de juillet 2004, autorise les IVG médicamenteuses en médecine de ville et modifie également l'accès de prise en charge pour les mineurs. En effet, le consentement des parents ou du représentant légal pour une mineure souhaitant garder le secret n'est désormais plus obligatoire. Une patiente mineure doit toutefois se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. L'entretien psycho-social reste obligatoire pour toutes les femmes et un délai légal de réflexion de 7 jours est alors imposé.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 a permis de proposer de nouvelles mesures afin de faciliter davantage l'accès à l'IVG qui reste une des priorités nationales (3)(4)(5)(6). Ainsi, cette loi supprime le délai de réflexion minimal de 7 jours avant l'IVG. Dorénavant, seul un délai de 48h est maintenu entre la réalisation de l'entretien psychosocial et l'IVG, cet entretien ne demeurant obligatoire que pour les femmes mineures.
Le décret du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse (7,5) et en matière de vaccination, ainsi que l'arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes (8), ouvrent désormais la possibilité à toutes les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses avant 7 SA.

L'accès à l'IVG est également facilité par des mesures économiques. L'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale en vertu de la loi du 31 décembre 1982 (dite loi Roudy) (9). Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, ainsi que les contraceptifs remboursables (pilule de 1ère et 2ème générations, implant contraceptif hormonal et stérilet) pour les jeunes femmes de 15 à 18 ans. En 2015, un décret élargit le remboursement à 100% à tous les actes liés à l'IVG incluant l'échographie de datation et les actes de biologie (10,11).

Il existe deux méthodes pour réaliser une IVG : la méthode chirurgicale et la méthode médicamenteuse autorisée depuis 1989 (12).

La méthode médicamenteuse :

La méthode médicamenteuse (13,14) est recommandée pour des termes précoces inférieurs à 9 SA. Elle peut être réalisée chez un professionnel libéral jusqu'à 7SA.
Les professionnels libéraux pouvant pratiquer des IVG sont les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. Le but est de faciliter le parcours des femmes et de renforcer l'accessibilité à l'IVG sur l'ensemble du territoire grâce à une offre diversifiée.

L'IVG médicamenteuse pratiquée en ville entre dans un cadre bien précis. Le professionnel doit être conventionné avec un établissement de référence disposant d'un plateau technique adapté à la prise en charge des patientes en cas de complications. Le praticien doit également avoir effectué une formation théorique et pouvoir attester d'une pratique actuelle ou passée d'IVG médicamenteuses dans un établissement de santé.
De par sa convention avec un centre hospitalier, le médecin de ville pourra se procurer en officine les produits nécessaires à l'interruption de grossesse. Cette commande rédigée sur une ordonnance précisera le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées, indiquera la mention "usage professionnel" ainsi que le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu une convention ainsi que la date de cette convention.

Afin qu'une patiente puisse bénéficier d'une IVG médicamenteuse en milieu libéral, celle-ci doit pouvoir se rendre en moins d'une heure et, à n'importe quel moment, dans le centre hospitalier conventionné avec le praticien libéral choisi.

Le parcours d'une femme en demande d'IVG en milieu libéral comprend trois à quatre consultations (5,15).

Lors de la première consultation, une information claire et précise sur la procédure doit être délivrée à la patiente. Un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale est systématiquement proposé, il est obligatoire pour les mineurs. Ce type d'entretien est accessible dans tous les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

Le praticien procède à un interrogatoire puis réalise un examen clinique. Il programme rapidement une échographie de datation dans l'établissement conventionné, ou dans un cabinet libéral d'imagerie, ou encore auprès d'un gynécologue ou d'une sage-femme échographiste. Un dépistage des maladies sexuellement transmissibles et un frottis cervico-vaginal peuvent être proposés selon le contexte, mais ils ne sont pas inclus dans le forfait IVG pris en charge à 100% par la sécurité sociale.
La question de la contraception doit systématiquement être abordée lors de cette consultation. La détermination du groupe sanguin, du rhésus et une recherche d'agglutinines irrégulières sont prescrites et doivent être réalisées avant la deuxième consultation.
Un délai de 48 heures doit être respecté entre l'entretien psycho-social et la prise médicamenteuse.

La deuxième consultation constitue la phase effective de l'IVG avec, après signature d'un consentement écrit, la prise médicamenteuse de 600 mg de mifépristone par voie orale (15,16). Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français recommande depuis 2016 l'utilisation de 200 mg de mifépristone mais cette posologie est hors AMM.
La seconde phase de l'IVG est l'administration de 400 µg de misoprostol par voie orale 36 à 48 heures plus tard (18). Cet acte peut avoir lieu soit à domicile, le médicament est alors délivré le jour de la prise de mifépristone, soit lors d'une consultation dédiée. Ce choix est laissé à la libre appréciation du praticien, notamment en fonction du contexte psycho-social de la patiente.
Si la contraception choisie est hormonale, celle-ci doit être débutée le jour même de la prise de misoprostol.
Des antalgiques ainsi qu'une fiche d'informations sur les suites normales de l'IVG avec conseils et numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence sont remis à la patiente. Le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes propose un guide spécifique à l'IVG.
Chez les femmes rhésus négatif, une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D est prescrite (19). Cette injection doit avoir lieu au plus tard dans les 72 heures qui suivent la prise de mifépristone. Elle peut être réalisée secondairement par le professionnel réalisant l'IVG ou par une infirmière Diplômée d'Etat (IDE) libérale au domicile de la patiente.

En l'absence de saignement 4 jours après la prise de misoprostol, la patiente doit contacter le service d'orthogénie du Centre Hospitalier (CH) référent qui planifie rapidement une consultation médicale avec une échographie ainsi qu'une consultation d'anesthésie. Si nécessaire, une IVG chirurgicale ou une prise en charge instrumentale complémentaire sera programmée dans les 8 jours suivant l'appel.

La troisième ou quatrième consultation correspond à la visite de contrôle.

Elle est programmée entre le 14ème et le 21ème jour post-IVG. Cette visite consiste en un examen clinique associé à une échographie pelvienne ou un dosage de β-HCG plasmatique afin de vérifier la décroissance qui doit être d'au moins 80% à J15 par rapport au dosage initial (17). Cette consultation est également destinée à une réévaluation de la contraception. La pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant peut avoir lieu au cours de cette consultation en cas de preuve de la vacuité utérine. Un accompagnement psycho-social peut à nouveau être proposé.

L'IVG chirurgicale est la méthode de recours en cas de grossesse évolutive après une IVG médicamenteuse. Une prise en charge instrumentale sera proposée en cas de persistance de résidus post IVG. L'organisation de toutes les prises en charge secondaires est détaillée dans la convention qui lie le professionnel libéral à son établissement de référence.

<u>Données épidémiologiques :</u>

En 2015, le nombre d'IVG en France était d'environ 220 000. Ce chiffre est relativement stable depuis une dizaine d'années.

Il est estimé qu'environ 40% des femmes françaises ont eu recours à une IVG dans leur vie.

En 2015, seules 16,3 % des IVG (25 % dans les DOM) ont été réalisées en cabinet libéral (y compris les IVG remboursées par les régimes particuliers) et 1,5 % (0 dans les DOM) en centres de santé ou en centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), soit 36 283 IVG médicamenteuses en ville en Métropole et 3 403 dans les DOM.

Toujours en 2015, près de la moitié des IVG réalisées en établissements hospitaliers sont des IVG médicamenteuses, contre 10 % en 1992.
L'augmentation progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi qu'en centres de santé et en CPEF depuis 2009 s'est accompagnée jusqu'en 2013 d'une baisse du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissements hospitaliers, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé a augmenté avant de se stabiliser depuis 2005. Globalement, 57 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole (58 % dans les DOM) (20).

En région Grand Est en 2010, le taux de recours à l'IVG est d'environ 11 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre environ 14,5 en France métropolitaine (Source : DRESS).
La voie médicamenteuse est utilisée dans 69 % des cas en 2015, contre 57% en France métropolitaine. Ce fort taux d'IVG médicamenteuses cache de grandes disparités territoriales, soit 59% en Champagne-Ardenne, 66% en Lorraine et 81% en Alsace (Source : DRESS).
L'IVG médicamenteuse réalisée par les professionnels de santé libéraux en ville progresse très lentement sur la région Grand Est, passant de 764 forfaits médicaments de ville (FMV) en 2013, à 788 en 2014 et 831 en 2015 (Source : SAE et DCIR). Les départements avec le plus faible taux d'activité d'orthogénie en ville sont ceux de la Haute-Marne, de la Meuse et du Haut-Rhin. A l'inverse, il existe une augmentation progressive en Moselle.

La mission de coordination de l'accès à l'IVG est portée par les Réseaux de Santé Périnatale (RSP) depuis la parution de leur nouveau cahier des charges en juillet 2015 (21).
En collaboration avec l'ARS Grand Est, les 3 RSP (le Réseau Périnatal Lorrain, le réseau Naître en Alsace et le Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne) ont réalisé un état des lieux complet de l'offre concernant l'IVG sur leur territoire.

Si l'organisation de l'IVG en établissement de santé sur le territoire Grand Est répond globalement à la législation et aux recommandations de l'HAS (15), l'offre libérale reste faible. En Lorraine, seuls 2 médecins généralistes et 3 gynécologues libéraux proposent cette activité d'orthogénie. En Champagne-Ardenne, 9 médecins

généralistes et 2 gynécologues libéraux sont conventionnés pour cette activité. En Alsace, l'offre libérale est plus importante avec 45 gynécologues libéraux et 2 médecins généralistes pratiquant l'IVG.

L'amélioration de l'accès à l'IVG est une priorité nationale et régionale. La possibilité depuis 2004 pour les médecins généralistes et les gynécologues libéraux et depuis 2016 pour les SF libérales de pratiquer les IVG à des termes précoces est un axe majeur de la politique proposée. Et pourtant, les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement en 2015 ne représentent que 16.3% des actes en France et que 7.2% (soit 1036 actes) des actes en région Grand Est (5.8% par les professionnels libéraux soit 831 actes et 1.4% par les centres de santé, PMI ou CPEF soit 205 actes).
En 2013, pour la Lorraine 7.5% des actes sont réalisés en libéral, 3.4% pour l'Alsace et 5.2% pour la Champagne-Ardenne (chiffres DRESS).

Les gynécologues libéraux étant de plus en plus rares, notamment dans les territoires éloignés des CH, les médecins généralistes de ville semblent être à l'heure actuelle les professionnels les plus à même de participer à cette offre de soin ainsi que les sages-femmes récemment autorisées à pratiquer les IVG. La relation privilégiée que les omnipraticiens entretiennent avec leurs patientes constitue un atout en termes de confiance et de proximité. Cependant, cette relation peut également représenter un frein, la patiente pouvant craindre d'être jugée, car malgré les efforts des pouvoirs publics et les différentes campagnes menées, l'IVG reste encore un acte tabou (22).

L'objectif de ce travail était de décrire l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville conventionnés dans le Grand Est. Ce travail a été mené en collaboration avec le Réseau Périnatal Lorrain et est inscrit dans le plan d'accès à l'IVG Grand Est soumis via l'ARS Grand Est à la DGOS en décembre 2016.

MATERIEL ET METHODE

Le recueil de données a été fait à partir d'une enquête de pratique et par des entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des médecins généralistes ayant une activité d'orthogénie dans la région Grand Est.

Les états des lieux des pratiques de l'IVG réalisés par les 3 RSP de la région Grand Est ont permis d'identifier les médecins généralistes conventionnés avec des centres hospitaliers pour la réalisation d'IVG.

Chaque médecin a été contacté par téléphone entre octobre 2016 et décembre 2016 afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien individuel. Cet entretien pouvait avoir lieu, au choix du professionnel, soit à son cabinet, soit par téléphone ou encore dans un bureau médical du RPL.

Un guide d'entretien a été rédigé (annexe1). Il comportait un résumé du contexte dans lequel était réalisée cette enquête, son objectif et 6 thématiques :

- Le mode d'exercice général du professionnel
- Le mode d'entrée dans la pratique de l'IVG (antériorité, motivations, formations, cadre réglementaire)
- La pratique de l'IVG (nombre par an, déroulement de la prise en charge, relation avec le CH référent et les CPEF)
- Le profil des patientes et leur orientation
- Les points forts et les points faibles de cette prise en charge pour le professionnel et pour ses patientes
- Les perspectives de développement de cette activité

Les entretiens, d'une durée de 25 minutes, ont été enregistrés avec l'accord des participants. Une prise de notes a complété le recueil de données.
L'attitude de l'enquêteur, le même pour chaque entretien, a été fondée sur l'acceptation et la non-directivité.

L'analyse des réponses aux questions ouvertes qualitatives a consisté à identifier les thèmes majeurs en regroupant les réponses similaires et à extraire les commentaires pertinents (verbatim).

RESULTATS

Nous avons recensé 15 médecins généralistes conventionnés avec un établissement de santé pour la pratique d'IVG (Tableau I). Ils ont tous été contactés par téléphone par l'auteur.

Tableau I : Médecins généralistes conventionnés pour la pratique d'IVG en région Grand Est

Nombre de médecins (N=15)	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
Médecins généralistes conventionnés	2	9	4
Médecins proposant une activité d'orthogénie en ville (hors CPEF)	1	9	2
Médecins ayant une activité d'orthogénie en ville effective au 31/12/2016 (hors CPEF)	0	5	2
Médecins ayant une activité d'orthogénie exclusivement en CPEF ou CH	1	0	2

En Alsace, le médecin proposant une activité d'orthogénie mais n'ayant jamais été sollicité explique que l'accès à l'IVG et les délais dans les hôpitaux voisins sont satisfaisants. Vingt-six autres généralistes alsaciens pratiquant des IVG n'ont pas été interrogés car ils ont été clairement identifiés comme salariés de CPEF.
Pour la région Champagne-Ardenne, 7 des 9 médecins se sont formés en janvier 2016.

Au total, sur la région Grand Est, 12 médecins généralistes proposent réellement une activité d'orthogénie dans leur cabinet médical de ville et ont donc été inclus dans l'étude. Cependant, la partie de l'entretien explorant la pratique effective de l'IVG médicamenteuse n'a pu être réalisée qu'avec les 7 médecins ayant déjà pratiqué au moins une IVG au moment de l'entretien.

Les médecins généralistes exclus de l'étude, car pratiquant uniquement l'orthogénie en CPEF ou en centre hospitalier, évoquent tous comme raison une plus grande facilité à réaliser les IVG au sein d'une structure qu'en cabinet médical de ville.

Le profil des 12 médecins généralistes interrogés ainsi que leurs motivations professionnelles à proposer la réalisation d'IVG dans leur cabinet sont présentées dans le tableau II.

Tableau II : Médecins généralistes conventionnés pour la pratique d'IVG hors établissement et hors CPEF dans la région Grand Est

		Nombre de médecins (N=12)
Région d'exercice	Lorraine	2
	Champagne-Ardenne	9
	Alsace	1
Mode d'exercice	Salarié en centre de santé	1
	Cabinet libéral de groupe	6
	Seul en cabinet libéral	4
	Maison de santé	1
Formation théorique	DU Gynécologie	5
	Formation REVHO (Champagne-Ardenne 2016)	7
Formation pratique	CPEF ou CH	5
Motivations professionnelles à proposer la réalisation d'IVG	Amélioration de l'accès à l'IVG	11
	Réponse à une demande des patientes	3
	Intérêt et compétence pour la gynécologie médicale	3
	Militantisme et motivation féministe	2
	Lieu d'exercice	2
	Amélioration du délai de réponse	1
	Limitation des prises en charge hospitalière	1

Le nombre moyen d'IVG annuel déclaré par ces médecins varie de 6 à 140. L'activité la plus importante étant celle du médecin exerçant en centre de santé. Trois des professionnels formés en 2016 ont pu débuter leur activité rapidement avec un nombre de prises en charge allant de 2 à 20 sur le dernier semestre 2016.

L'activité d'orthogénie des 7 médecins ayant déjà pratiqué des IVG dans leur cabinet est détaillée dans le tableau III.

Tableau III : Médecins généralistes de ville ayant une pratique effective des IVG en région Grand Est

		Nombre de médecins (N=7)
Région d'exercice	Lorraine	2
	Champagne-Ardenne	5
	Alsace	0
Mode de recrutement des patientes en demande d'IVG	Orientation par un autre professionnel de santé	5
	Orientation par un établissement hospitalier	5
	Patientèle du cabinet	3
	Bouche-à-oreille	1
Profil de ces patientes	Femme en activité	5
	Femme jeune	3
	Femme étrangère en situation de précarité	1
	Mineure	3
Délai de prise en charge	< à 5 jours	7
	< à 2 jours	4
Consultation pré-IVG	Systématique	5
Signature d'un consentement	Systématique à la première consultation	7
Détermination du groupe sanguin	Prescription systématique à la première consultation	7
Echographie de datation	Prescription systématique	5
Lieu de réalisation de l'échographie de datation	Sage-Femme	3
	Gynécologue	2
	Cabinet de radiologie de ville	2
	Centre hospitalier	2
Information délivrée	Guide IVG ministériel + fiche personnalisée propre au professionnel	3
	Guide IVG ministériel seul	1
	Fiche personnalisée propre au professionnel seule	2
	Pas de remis (lecture du protocole affiché dans cabinet)	1
Entretien psycho-social en CPEF	Proposé de manière systématique	4

Nombre de consultations	Au moins 3 consultations (pré-IVG, délivrance des 2 médicaments, contrôle)	4
	4 consultations possibles avec 2 consultations pour la délivrance des médicaments (selon contexte ou choix de la patiente)	2
	Une seule consultation	1
Injection Immunoglobuline si Rhésus négatif	Par le médecin	4
	Par une infirmière libérale	3
Complications rencontrées	Hémorragie	3
	Rétention de résidus post-avortement	2
	Nausées	1
	Echec de l'IVG (grossesse évolutive)	1
	Douleur	1
	Endométrite	1
Visite de contrôle	Réalisée par le médecin lui-même	5
	Prescription d'une échographie à réaliser avant la consultation	4
	Prescription d'un dosage de l'HCG à réaliser avant la consultation	1
	Orientation vers un gynécologue pour échographie et consultation	2
Contraception	Evoquée à chaque consultation	6
	Evoquée uniquement lors de la visite de contrôle	1
Refus de pratiquer une IVG		3
Motif du refus	Terme supérieur à 7 SA	3
	Grossesse gémellaire	1
	Utérus cicatriciel	1
Contact avec l'établissement de référence	Privilégié (réunion annuelle)	1
	Uniquement envoi des fiches de liaison	6
Relation avec le CPEF du territoire	Aucune	7
Développement de l'activité d'orthogénie	Favorable	6

Les 2 médecins ne proposant pas systématiquement une consultation pré-IVG délivrent directement les médicaments abortifs à la première consultation si le diagnostic de grossesse et la datation de celle-ci ont déjà été réalisés en amont.
Les 2 médecins ne prescrivant pas de manière systématique une échographie de datation se contentent dans certains cas d'une datation par l'examen clinique et la date des dernières règles.

Globalement, les 7 médecins interrogés trouvent que leur participation à l'offre d'orthogénie apporte un réel bénéfice aux patientes en facilitant l'accès à l'avortement, en le rendant plus rapide et plus rassurant. Concernant leur pratique, ils sont satisfaits du service rendu et de la diversification de leur activité, mais ils évoquent tout de même certains freins comme des prises en charge chronophages et mal valorisées. (Tableau IV)

Tableau IV : Point de vue des médecins généralistes interrogés : points forts et points faibles de l'activité d'orthogénie en ville pour leur propre pratique et pour leurs patientes (nombre de citations) *« verbatim ».*

	Points forts	Points faibles
Versant professionnel	- Le service rendu aux patientes (4) *« on a l'impression d'être utile, de rendre service »* - La diminution du délai d'attente pour les patientes (4) - La diversification de leur activité (2) *« ayant une activité de contraception, il me parait logique de faire une prise en charge globale comprenant l'IVG »* - La reconnaissance (2) *« sensation d'être valorisé, d'avoir une reconnaissance pour cet acte particulier »* - L'accompagnement personnalisé de cet acte complexe (1) *« avoir une approche plus personnalisée qu'à la maternité »*	- L'activité chronophage (3) *« d'autant plus chronophage qu'on en fait moins car à chaque fois, il faut retrouver les formulaires, la procédure et on n'a pas forcement les médicaments en stock »* - Le défaut de valorisation notamment en termes de rémunération (2) *« rapport rémunération/temps passé faible »* - Le manque de respect du suivi par les patientes avec notamment peu de visites de contrôle (2) *« plusieurs fois les patientes ne m'ont pas donné de nouvelles après l'expulsion »* - L'accès à l'échographie complexe (1) *« j'ai l'impression de ne pas proposer une prise en charge complète en ne faisant pas moi-même les échographies. »* - Le risque de complications (1) - Le manque d'émotion des patientes vis-à-vis de l'acte (1) *« de moins en moins d'émotivité de la part des patientes »* - La difficulté d'accès aux médicaments (1)

Versant patiente	- un accès facilité (3) - une meilleure confidentialité (3) *« les patientes aiment le caractère discret de la procédure », « discrétion sans commune mesure »* - une prise en charge plus rassurante (2) *« avoir une approche plus personnalisée qu'à la maternité »* - un délai plus court (2) - une limitation des prises en charge hospitalières (2) *« moins lourd psychologiquement de s'adresser à un professionnel hors établissement », « les patientes ne se retrouvent pas dans un lieu mère/enfant et n'ont pas à faire la queue pour de l'orthogénie »* - tiers payant (2) - un stationnement facilité (1)	- le risque d'apparition de complications à domicile (1) *« Nous ne disposons pas de plateau technique en cas de complications, nous sommes limités dans la prise en charge »* - la solitude pouvant être ressentie lors de l'expulsion à domicile (1) *« elles se retrouvent à expulser seules chez elles »* - la nécessité de faire les échographies dans un autre cabinet (1) *« j'ai l'impression que le suivi que j'offre n'est pas complet »*

La majorité de ces professionnels pense que l'offre d'orthogénie en ville manque de visibilité à la fois pour les professionnels, mais aussi pour le public.

Cinq professionnels ont informé leur assurance professionnelle de leur pratique de l'IVG, mais cela n'entraine aucune majoration. L'orthogénie fait partie des missions des médecins généralistes libéraux.

DISCUSSION

L'activité d'orthogénie proposée en cabinet de ville par les médecins généralistes reste très faible en région Grand Est. Seuls 12 médecins participent à cette offre de soin sur les 7331 médecins généralistes libéraux installés sur ce territoire en 2015 (Source : Conseil National de l'Ordre des médecins).
Néanmoins, il existe une disparité en fonction des anciennes régions.
En Champagne-Ardenne, l'offre s'est nettement étoffée depuis la formation proposée en 2016 par le RSP et le REVHO avec une activité rapidement mise en place pour certains médecins, reflétant un réel besoin.
En Alsace, ce besoin semble moins important. Le médecin généraliste proposant cette activité n'est jamais sollicité et il relate des prises en charge très bien organisées et avec des délais très courts sur l'ensemble du territoire alsacien. En effet, l'Alsace est moins étendue que les 2 autres régions et sa densité médicale, hospitalière mais aussi en gynécologues libéraux réalisant des IVG en ville, est bien supérieure aux 2 autres régions. C'est en Alsace que l'on note le plus de médecins libéraux et de médecins de CPEF pratiquant des IVG et pourtant la proportion d'actes réalisés en ville y est paradoxalement la plus basse.
En Lorraine, le médecin réalisant des IVG en centre de santé est fortement sollicité. L'activité d'orthogénie est facilitée par ce mode d'exercice. En effet, l'offre est mieux connue à la fois par les professionnels de santé et les patientes avec une communication importante et une bonne visibilité des activités des centres de santé notamment par l'établissement hospitalier partenaire qui est un adresseur majeur. L'accès facilité à l'imagerie et à un avis spécialisé via la disponibilité dans le centre d'un appareil échographique et de plusieurs gynécologues obstétriciens participe également au développement des prises en charge pour IVG par les médecins généralistes salariés de ces centres. A l'inverse, l'autre médecin généraliste n'exerçant pas dans le centre de santé est très peu sollicité et déplore un manque important de visibilité de l'offre qu'il propose, tant par les professionnels que par les patientes.

La pratique d'IVG médicamenteuse en cabinet médical de ville semble pourtant être un bon axe pour l'amélioration de l'accès à l'IVG. En effet, les politiques de santé publique ont renforcé cette action en ouvrant en 2016 aux sages-femmes

l'autorisation de cet exercice déjà donnée aux médecins en 2004. Sur le terrain, les médecins généralistes interrogés dans notre étude confirment que leur principale motivation, ainsi que le point fort majeur de cette pratique, est de faciliter l'accès à l'IVG notamment en ayant un délai de prise en charge très court et en limitant les prises en charge hospitalières. La confidentialité, la personnalisation et le confort des prises en charge réalisées en ville participent également fortement à l'amélioration de l'accès à l'IVG. Comme l'ont évoqué plusieurs médecins, ne pas se rendre dans un établissement de naissance et ne pas être entourées de femmes enceintes et de nouveau-nés est un avantage important pour ces patientes en demande d'IVG.
Certains médecins de notre enquête disent également répondre à une vraie demande de leur patientèle. Le nombre important d'IVG réalisé par les 3 médecins de Champagne-Ardenne dans les suites immédiates de leur formation en 2016 l'illustre bien. Toutefois, chaque territoire connait des besoins spécifiques. En effet, le médecin libéral conventionné pour la réalisation des IVG en Alsace n'a quant à lui jamais été sollicité.

Les autres motivations évoquées par les médecins interrogés ont trait à des composantes personnelles comme un intérêt particulier pour la gynécologie ou encore des convictions féministes voire militantes. Ces éléments soulignent l'aspect particulier de cet acte et participent aux difficultés de recrutement des médecins engagés dans cette offre de soin.

Une étude (23) réalisée dans la région Rhône-Alpes en 2015 sur 260 patientes ayant pratiqué une IVG dans un des 8 centres recensés montre que 34% d'entre elles auraient préféré être prises en charge par leur médecin généraliste. Les freins mis en évidence sont similaires à ceux de notre étude, notamment le défaut de communication envers les professionnels, mais aussi le public. Les médecins interrogés dans notre étude évoquent essentiellement un recrutement des patientes via des professionnels de leur connaissance ou issues de leur propre patientèle. Les autres professionnels de santé et les établissements n'ont souvent pas connaissance des médecins proposant une activité d'orthogénie. L'état des lieux réalisé par les RSP avait effectivement révélé que la plateforme téléphonique du numéro vert mis en place par le gouvernement en 2016 ne comportait aucun médecin libéral dans sa base de données pour la région Grand Est.

L'accès à l'IVG ne peut être amélioré que si l'ensemble du réseau de professionnels au contact des femmes en demande d'IVG connait parfaitement la totalité des ressources possibles sur le territoire.

Un autre frein identifié est le caractère chronophage de ces prises en charge. La complexité médicale, avec les contraintes du schéma thérapeutique et la nécessité d'une bonne compréhension des risques, mais aussi la composante psychologique de la réalisation d'une IVG rendent inéluctablement les consultations plus longues qu'une consultation standard. La valorisation financière a été revue cette année et atteint au total, hors examen complémentaire, 187,92 euros incluant 2 consultations à 25 euros (consultation pré IVG et consultation de contrôle) et un forfait de 137,92 euros pour la délivrance de médicaments (incluant le prix TTC des médicaments) (24). Certains médecins estiment que cette rémunération est insuffisante.
Des difficultés à parler de l'avortement à son médecin traitant ont également été relevées en Rhône-Alpes ce qui n'a pas été le cas dans notre enquête. Au contraire, cette relation privilégiée apparaissait plutôt comme un élément facilitant.

D'autres travaux, menés sur le secteur du centre hospitalier de Soissons (25) en 2015, spécifient davantage les freins à l'implication des médecins généralistes libéraux dans l'activité d'orthogénie. Quarante-deux médecins ont participé à cette étude et les 3 principales réticences relevées sont d'ordres économique, idéologique et en lien avec l'image du médecin. Ces difficultés identifiées rejoignent bien celles évoquées dans notre étude et celle de Rhône-Alpes.

Aucun profil spécifique des patientes réalisant des IVG en ville n'a été mis en évidence dans notre enquête. Les publics particuliers, mineures et femmes en situation de précarité notamment, peuvent être pris en charge pour une IVG en ville mais ils ne semblent pas être majoritaires.

L'ensemble des professionnels de la région Grand Est semble être favorable au développement de son activité d'orthogénie ce qui répondrait à un vrai besoin, surtout sur les territoires de Champagne-Ardenne et de Lorraine où certains établissements présentent des difficultés avec un manque notable de médecins dans les services de gynécologie et des recrutements complexes. Le recrutement connait dans ce cas des

freins supplémentaires avec le refus d'une partie du corps médical de pratiquer une activité d'orthogénie. Ce défaut de réponse hospitalière aux demandes d'IVG est renforcé par un nombre très faible de gynécologues libéraux dans ces territoires.
Le développement de cette activité doit cependant garantir la qualité des soins et la sécurité des patientes. Notre étude révèle que certains médecins ne respectent pas l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques notamment en terme de nombre de consultations, de moyen de datation de la grossesse et de contrôle de l'issue de l'IVG. L'information donnée à la patiente n'est également pas toujours complète avec l'absence de remise systématique du guide IVG. Ces écarts aux recommandations sont explicables en partie par le manque de communication et de collaboration avec les établissements de référence, notamment pour l'accès à l'échographie.
La formation doit être complète avec la réalisation systématique d'un stage pratique, ce qui n'a pas été le cas pour certains médecins interrogés.
La formation proposée par le REVHO est reconnue et est moins contraignante que la réalisation d'un DU. La majorité des médecins ayant participé à notre étude a été formée par le REVHO.

CONCLUSION

Cette enquête révèle une pratique très faible des IVG par les médecins généralistes exerçant en ville dans la région Grand Est. Pourtant, les médecins impliqués relatent tous une satisfaction professionnelle à améliorer l'accès à l'IVG et à diversifier leur activité.

Notre étude a permis d'identifier les freins au développement de cette offre de soin, indispensable dans le contexte actuel des territoires pour maintenir une réponse suffisante au droit à l'IVG des femmes de la région Grand Est.
A partir de cet état des lieux, les RSP vont pouvoir cibler leurs actions afin d'encourager les médecins généralistes de ville à s'impliquer davantage dans l'activité d'orthogénie.
Les axes de travail se dégageant sont :

- l’amélioration de la communication autour de cette pratique à la fois envers les médecins et futurs médecins généralistes mais aussi les autres professionnels de santé et le public,
- la mise en place de formations en association avec le REVHO sur tout le territoire,
- la réduction des freins existants notamment en termes d’accès à l’imagerie et de prise en charge des complications
- le respect des recommandations de bonnes pratiques
- et un affichage plus efficace des médecins qui réalisent cette pratique

III. Conclusion

Les RSP ont proposé plusieurs axes de travail dans le plan d'accès à l'IVG Grand Est transmis à la DGOS via l'ARS Grand Est en décembre 2016. Sa mise en œuvre et son financement doivent avoir lieu à partir du deuxième trimestre 2017.

Le premier axe concerne l'amélioration de la communication autour de cette pratique à la fois envers les médecins et futurs médecins généralistes, car elle est très méconnue. Un travail en lien avec le conseil de l'ordre des médecins est à entreprendre.
Des formations doivent alors être proposées associées à des stages pratiques dans les établissements. Les RSP faciliteront les démarches des professionnels avec notamment le financement et l'organisation de ces formations et la proposition de modèles de convention à la fois de stage mais aussi d'exercice.

Toujours concernant la communication, les professionnels et le public doivent avoir une meilleure connaissance de l'offre en ville. Pour les professionnels, les conseils de l'ordre des médecins et des sages-femmes peuvent transmettre l'information en plus des diffusions d'informations déjà proposées par les RSP à leurs adhérents. Pour le public, 2 outils existent et doivent être mis à jour régulièrement avec notamment les informations concernant l'offre en ville : le numéro vert national d'appel sur la sexualité, la contraception et l'IVG et le site internet IVGlesadresses.org géré par le REVHO qui regroupe tous les professionnels, libéraux, hospitaliers et exerçant en centre de santé ou CPEF, pratiquant les IVG. La diffusion des coordonnées des médecins libéraux ne peut se faire qu'après leur accord écrit.

Un autre axe de travail sera celui de limiter les freins existants, notamment en termes d'accès à l'imagerie et de prise en charge des complications. En effet, les conventions passées avec les établissements doivent être un moyen de faciliter les échanges entre les professionnels. Les libéraux dégageant les structures hospitalières des prises en charge précoces, pourraient bénéficier pour leurs patientes d'un accès facilité et organisé à l'échographie et aux services d'urgence,

mais aussi aux entretiens psychosociaux quand l'établissement possède un CPEF dans ses murs.

Afin d'améliorer l'observance, par les patientes suivies en ville, du parcours de prise en charge recommandée incluant notamment la visite de contrôle qui est primordiale, les RSP peuvent à la fois proposer des recommandations de bonnes pratiques adaptées aux territoires, mais aussi des fiches d'information personnalisées qui compléteraient les éléments apportés par le guide national.
Cette production documentaire permettrait également de mieux garantir le respect des recommandations HAS car notre enquête a mis en évidence quelques écarts comme la pratique non systématique d'une échographie de datation avant l'IVG, la réalisation parfois de moins de 3 consultations et la non remise de documentation aux femmes, notamment concernant la conduite à tenir en cas de complication (guide national ou fiche personnalisée).
Ces recommandations locales seraient également un moyen de clarifier certains points non développés au niveau national relevés dans notre enquête comme la prise en charge en ville des IVG sur utérus cicatriciel ou sur grossesses multiples.
Ces travaux seront menés en collaboration avec les référents gynécologues des établissements de la grande région et les commissions IVG des RSP déjà mises en place.

Concernant les 2 autres freins majeurs révélés par notre étude, le caractère chronophage de l'activité d'orthogénie et le manque de valorisation, leur prise en compte est plus complexe.
En effet, le caractère chronophage des prises en charge pour IVG est indéniable tout comme l'importante charge de travail des généralistes. Cependant, le développement de leur activité en centre de santé et en maison de santé, avec la présence notamment de sages-femmes, pourrait être un bon moyen pour faciliter l'implication des généralistes dans l'activité d'orthogénie.

IV. Bibliographie

1. France. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. ©1975. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
2. France. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. ©2001. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
3. France. Article L2212-1 du Code de Santé Publique. ©2016. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
4. France. Article 82 : modification de l'Article L2212-5 du Code de Santé Publique. ©2016. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
5. France. Article 127 : modification des articles L2212-1, L2212-10, L2212-2, L2212-3, L2212-5, L2212-6, L2212-7, L2212-8, L2212-10, L2213-2, L2222-2 du Code de Santé Publique. ©2016. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
6. France. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social. ©1993. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
7. France. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. ©2016. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
8. France. Arrêté 8 aout 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. ©2016. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
9. France. Loi n° 83-1172 du 31décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. ©1982. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
10. France. Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité social©2015. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
11. France. Article : L160-14 du Code de la Sécurité Sociale. ©2015. [consulté le 10/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
12. Haute Autorité de Santé. Interruption médicamenteuse de grossesse. Les protocoles à respecter. ©2015. [consulté le 17/10/16]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bum_ivg_v2.pdf
13. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Livret d'information : IVG hors établissement de santé, à l'attention des médecins. Paris. ©2015.[consulté le 17/10/16]. Disponible sur : www.ivg.social-sante.gouv.fr
14. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. Contraception. janvier 2013;87(1):45-50
15. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. ©2010. [consulté le 17/10/16]. Disponible sur :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf

16. VIDAL. Mifegyne 200 mg cp . ©2016. [cité 10/10/2016]. Disponible sur : https://www.vidal.fr/Medicament/mifegyne-10979-modalites_de_conservation.htm
17. Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France. Recommandation pour la pratique clinique : interruption volontaire de grossesse ©2016. [consulté 8 février 2017]. Disponible sur : https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/
18. Haute Autorité de Santé. MisoOne 400 µg (misoprostol), prostaglandine ocytocique. ©2014. [consulté le 17/10/16]. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1701297/fr/misoone-400-g-misoprostol-prostaglandine-ocytocique
19. Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle. ©2005. [consulté 8 février 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM
20. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. DREES, Etudes et Résultats. Juin. 2016 ; 0968 : 1-6
21. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction DGOS/PF3/R3/DGS/MC1 numéro 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. Paris. ©2015.[consulté le 17/10/16]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr
22. DESILLE S. IVG médicamenteuse à l'hôpital ou à domicile : paroles de femmes [médecine]. RENNES; 2006
23. Delmont A. Evaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. Th : Med : Université de Grenoble ; 2015.
24. France. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. ©2016. [consulté le 17/10/16]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/
25. Escoubet C. Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons. Th : Med : Université Paris Diderot ; 2015.

V. Annexes

1) Guide d'entretien

Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est

Guide d'entretien

Contexte :

L'accès à l'IVG est une priorité nationale déclinée de manière régionale en Grand Est. L'ARS Grand Est a missionné en 2016 les Réseaux de Santé en Périnatalité des trois ex-régions, Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine, pour la réalisation d'un état des lieux complet sur la pratique de l'IVG en GE.

Afin d'explorer l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville, une enquête auprès de ces derniers est organisée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

L'objectif de ce travail est de décrire l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville conventionnés dans le Grand Est afin d'améliorer et de développer cette offre de soin. Ce travail est mené en collaboration avec le Réseau Périnatal Lorrain et est inscrit dans le plan d'accès à l'IVG Grand Est soumis via l'ARS Grand Est à la DGOS en décembre 2016.

Modalités d'entretien :

Le recueil des données s'effectue à l'aide d'entretiens semi-directifs de 25 minutes environ.
Cet entretien peut avoir lieu, au choix du professionnel, soit à son cabinet, soit par téléphone ou encore dans un bureau médical du RPL.
Les échanges peuvent être enregistrés avec l'accord des participants, une prise de notes complète le recueil de données.
L'enquêteur adopte une attitude fondée sur l'acceptation et la non-directivité.

Questions :

1) Quel est votre mode d'exercice ?

2) Depuis quand et avec quel établissement êtes-vous conventionné pour la pratique d'IVG?

3) Pourquoi avoir choisi de participer à cette offre de soin ? Quelles sont vos motivations ?

4) Quelles formations spécifiques avez-vous suivies? (formation théorique et formation pratique)

5) Combien d'IVG réalisez-vous par an ?

6) Quel est le profil des patientes ? Ces patientes sont-elles issues de la patientèle habituelle du cabinet ou extérieures ?

7) Comment se déroule la prise en charge :

- Combien de consultations ?
- Quels sont les délais pour obtenir un rendez-vous ?
- Qui réalise l'échographie de datation ?
- Y a-t-il une délivrance d'un guide IVG ?
- L'entretien psycho social est-il proposé systématiquement?
- Quelles sont les complications déjà rencontrées?
- Quelles sont les modalités pour les visites de contrôle ?
- Quelles sont les relations avec l'établissement de référence ? (fiche liaison ?)
- Quand la contraception est-elle abordée ?
- Dans les cas d'une patiente rhésus négatif, quel est le protocole ? L'injection de Rophylac est réalisé par qui et quand ?

8) Avez-vous déjà pratiqué une IVG sur mineure ? Si oui avez-vous rencontré des difficultés concernant le secret vis à vis des représentants légaux?

9) Avez-vous déjà refusé de pratiquer une IVG ? si oui pour quel motif ?

10) Quelles relations entretenez-vous avec le CPEF de votre territoire ?

12) Quels sont les points forts et points faibles de cette prise en charge :

- De votre point de vue ?
- Du point de vue de la patiente ?

13) Avez-vous la volonté de développer davantage cette pratique ?

14) Une assurance particulière a-t-elle été nécessaire pour exercer cette pratique?

Merci pour votre participation.

2) Résumé en anglais

Context : Access to VTOP (voluntary termination of pregnancy) is a national priority. Once legalized in 1975, several laws contributed to improve access to VTOP, such as the 2004 family planning law which enabled urban practitioners to carry out orthogenic work. This law was supplemented by the 2016 health care modernisation act.
On the whole, the organisation for VTOP access in the *Grand Est* region, complies with legislation and recommendations.
However, it is a minor procedure among private practitioners. Since there are very few gynaecologists in certain areas (whether private or hospital ones), general practitioners seem to be the first line actors.
This study aims at describing the orthogenic work of urban, government-regulated general practitioners, in the *Grand Est* region.

Material and method : The data collection was realized from semi-directive interviews with the set of the government-regulated general practitioners doing family planning work in the Grand Est region.

Results : Out of the fifteen doctors who were interviewed, twelve actually suggested family planning work to their patients, and out of those twelve, seven practised it in reality.
What comes out is that the main motivation of professionals is to improve access to VTOP. Besides, they also mention the importance of being able to answer a real demand from their patients as well as an interest in gynaecology.
Hence the professionals' practice both benefits from services provided to their patients and from a diversification of their work, even though they regret the lack of valuation of this time-consuming procedure.
This study also brings out that although these medical acts are individualised and allow a better confidentiality for the patient, the risk for complications and home birth remains a brake on the practice.
Finally, it emerges that the whole set of recommendations is not always implemented.

Discussion : Urban family planning, performed by general practitioners, seems to be a major line to focus on for better timeliness and quality of care. However, some

obstacles have been identified such as its specificity, its time-consuming side, its lack of status, as well as the difficulty to respect recommendations.

Conclusion : The development of this practice is necessary to maintain an appropriate response to VTOP but actions to remove certain obstacles have to be carried out.

3) Soumission article à la revue : Revue Santé Publique et Epidémiologie

Elsevier Editorial System(tm) for
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique

Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: Médecine Générale et ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est/City general medical practice and medicinal voluntary termination of pregnancy in Grand Est

Article Type: Article original / Original article

Section/Category: RESP

Keywords: Médecine générale; IVG médicamenteuse

Corresponding Author: Mr. LEROY HUGO,

Corresponding Author's Institution:

First Author: LEROY HUGO

Order of Authors: LEROY HUGO; Margaux Creutz Leroy, docteur en médecine; Jean-Marc Boivin, Professeur de Médecine Générale

Abstract: RESUME :

Contexte : L'accès à l'interruption volontaire de grossesse est une priorité nationale. Après sa légalisation en 1975, différentes lois ont concouru à améliorer cet accès avec notamment la loi de 2004 permettant une activité d'orthogénie par les médecins de ville, complétée en 2016 par la loi de modernisation du système de santé.

L'organisation de l'accès à l'avortement sur le Grand Est répond globalement à la législation et le respect des recommandations est acceptable. Cependant, l'activité libérale est minoritaire. Les gynécologues libéraux et hospitaliers étant rares sur certains territoires, les médecins généralistes semblent être des acteurs de premier recours.

L'objectif de ce travail était de décrire l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville conventionnés dans le Grand Est. Matériel et méthode : Le recueil de données a été réalisé à partir d'entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des médecins généralistes ayant une pratique d'orthogénie dans le Grand Est. Résultats : Quinze médecins conventionnés ont été recensés, 12 proposaient réellement une activité d'orthogénie et 7 avaient une pratique effective.

La motivation principale des professionnels est l'amélioration de l'accès

à l'avortement. La réponse à une demande des patientes et l'intérêt pour la gynécologie sont également évoqués.

L'ensemble des recommandations n'est pas toujours appliqué.

Les professionnels rapportent des bénéfices pour leur pratique avec un service rendu aux patientes et une diversification de leur activité. En revanche, ils déplorent un défaut de valorisation de cette activité chronophage.

Ces prises en charge sont personnalisées et permettent une meilleure confidentialité pour la patiente mais le risque de complications et l'expulsion à domicile restent limitant

Discussion : Si l'activité d'orthogénie en ville par les médecins généralistes semble un bon axe pour l'amélioration du délai et de la qualité des prises en charge, de nombreux freins ont été identifiés comme la particularité de cette pratique, son caractère chronophage, son manque de valorisation et de visibilité ainsi que la difficulté à respecter les recommandations.

Conclusion : Le développement de cette activité est nécessaire pour maintenir une réponse adaptée au droit à l'avortement, mais des actions pour lever certains freins sont à mettre en place.

Résumé en anglais :

Context : Access to VTOP (voluntary termination of pregnancy) is a national priority.

Once legalized in 1975, several laws contributed to improve access to VTOP, such as the 2004 family planning law which enabled urban practitioners to carry out orthogenic work. This law was supplemented by the 2016 health care modernisation act.

On the whole, the organisation for VTOP access in the Grand Est region, complies with legislation and recommendations.

However, it is a minor procedure among private practitioners. Since there are very few gynaecologists in certain areas (whether private or hospital ones), general practitioners seem to be the first line actors.

This study aims at describing the orthogenic work of urban, government-regulated general practitioners, in the Grand Est region.

Material and method : The data collection was realized from semi-directive interviews with the set of the government-regulated general practitioners doing family planning work in the Grand Est region.

Results : Out of the fifteen doctors who were interviewed, twelve actually suggested family planning work to their patients, and out of those twelve, seven practised it in reality.

What comes out is that the main motivation of professionals is to improve access to VTOP. Besides, they also mention the importance of being able to answer a real demand from their patients as well as an interest in gynaecology.

Hence the professionals' practice both benefits from services provided to their patients and from a diversification of their work, even though they regret the lack of valuation of this time-consuming procedure.

This study also brings out that although these medical acts are individualised and allow a better confidentiality for the patient, the risk for complications and home birth remains a brake on the practice. Finally, it emerges that the whole set of recommendations is not always implemented.

Discussion : Urban family planning, performed by general practitioners, seems to be a major line to focus on for better timeliness and quality of care. However, some obstacles have been identified such as its specificity, its time-consuming side, its lack of status, as well as the difficulty to respect recommendations.

Conclusion : The development of this practice is necessary to maintain an appropriate response to VTOP but actions to remove certain obstacles have to be carried out.

Suggested Reviewers: Cedric Baumann

c.baumann@chru-nancy.fr

Philippe Judlin

p.judlin@chru-nancy.fr

VU

NANCY, le **05 juillet 2017**
Le Président de Thèse

Professeur Jean-Marc BOIVIN

NANCY, le **11 juillet 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9926

NANCY, le **24 juillet 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME :

Contexte : L'accès à l'interruption volontaire de grossesse est une priorité nationale. Après sa légalisation en 1975, différentes lois ont concouru à améliorer cet accès avec notamment la loi de 2004 permettant une activité d'orthogénie par les médecins de ville, complétée en 2016 par la loi de modernisation du système de santé.

L'organisation de l'accès à l'avortement sur le Grand Est répond globalement à la législation et le respect des recommandations est acceptable. Cependant, l'activité libérale est minoritaire. Les gynécologues libéraux et hospitaliers étant rares sur certains territoires, les médecins généralistes semblent être des acteurs de premier recours.

L'objectif de ce travail était de décrire l'activité d'orthogénie des médecins généralistes de ville conventionnés dans le Grand Est.

Matériel et méthode : Le recueil de données a été réalisé à partir d'entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des médecins généralistes ayant une pratique d'orthogénie dans le Grand Est.

Résultats : Quinze médecins conventionnés ont été recensés, 12 proposaient réellement une activité d'orthogénie et 7 avaient une pratique effective.

La motivation principale des professionnels est l'amélioration de l'accès à l'avortement. La réponse à une demande des patientes et l'intérêt pour la gynécologie sont également évoqués.

L'ensemble des recommandations n'est pas toujours appliqué.

Les professionnels rapportent des bénéfices pour leur pratique avec un service rendu aux patientes et une diversification de leur activité. En revanche, ils déplorent un défaut de valorisation de cette activité chronophage.

Ces prises en charge sont personnalisées et permettent une meilleure confidentialité pour la patiente mais le risque de complications et l'expulsion à domicile restent limitant.

Discussion : Si l'activité d'orthogénie en ville par les médecins généralistes semble un bon axe pour l'amélioration du délai et de la qualité des prises en charge, de nombreux freins ont été identifiés comme la particularité de cette pratique, son caractère chronophage, son manque de valorisation et de visibilité ainsi que la difficulté à respecter les recommandations.

Conclusion : Le développement de cette activité est nécessaire pour maintenir une réponse adaptée au droit à l'avortement, mais des actions pour lever certains freins sont à mettre en place.

TITRE EN ANGLAIS : City general medical practice and medicinal voluntary termination of pregnancy in Grand Est

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLEFS : Médecine générale, IVG médicamenteuse

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex