

L'IVG médicamenteuse en cabinet de ville

Enquête qualitative de 2012, auprès des médecins généralistes du Calvados ayant participé à la formation de 2006 et auprès des médecins pratiquant l'IVG médicamenteuse en cabinet.

Dr LIPINSKI

1. Qui peut pratiquer une IVG médicamenteuse en ville?

- ◆ Loi du 4 juillet 2001 et Décrets de 2004*
- ◆ Passer une convention avec un établissement de santé :
 - ◆ Avoir une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique
 - ◆ Effectuer une formation dans un établissement de santé attestant la pratique d'IVG
 - ◆ La convention est adressée au Conseil de l'Ordre des Médecins et des Pharmaciens.

* Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004

2. Quelles patientes peuvent bénéficier d'une IVG médicamenteuse en cabinet?

- ♦ <7 SA
- ♦ Absence GEU
- ♦ Absence de troubles de la coagulation, d'anémie
- ♦ Absence de contre-indications socioculturelles et psychologiques*
- ♦ Distance en hôpital et domicile de patiente <1 heure*
- ♦ Possibilité d'assister à visite de contrôle*

*Recommandations de l'ANAES de mars 2001

3. Les médicaments utilisés

- ♦ La mifépristone (Mifégyne®) est un anti-progestérone
 - ♦ Affinité 5x plus grande que progestérone pour les récepteurs
 - ♦ Augmente contraction du myomètre
 - ♦ Dilate le col
 - ♦ Baisse des β -HCG et une lutéolyse secondaire
 - ♦ 3 comprimés de 200mg*

- ♦ Le misoprostol (Cytotec®, Gymiso®) est un analogue de prostaglandine :
 - ♦ Augmente les contractions utérines
 - ♦ Pris 36 à 48 h après
 - ♦ 3 voies d'administration : orale, sublinguale, vaginale
 - ♦ 2 comprimés par voie orale ou sublinguale

*Protocole de l'HAS auxquels doivent se tenir les praticiens depuis le congrès d'Edimbourg de nov 2012

4. Déroulement de l'IVG : les 5 consultations

- ◆ Consultation n°1 : 1^{ère} consultation préalable (non comprise dans le forfait):
 - ◆ demande d'IVG
 - ◆ information délivrée par le médecin : sur l'IVG (notamment explication des techniques), sur la possibilité d'avoir recours à un entretien psychosocial, cet entretien est obligatoire si la femme est mineure
 - ◆ remise du dossier-guide (exemple dans les annexes de la circulaire de novembre 2004)
 - ◆ **échographie** pour confirmer la localisation intra-utérine de la grossesse et la dater, prescription du **bilan biologique** : TP, TCA, plaquettes pour l'élimination de troubles de la coagulation, une hémoglobine pour éliminer l'anémie, le groupe sanguin (si la patiente n'a pas de carte de groupe) et les RAI.

Cette consultation peut être réalisée par un autre médecin lors de délai restreint, il délivre alors **une attestation de cette consultation datée.**

Le **délai légal de réflexion est d'une semaine.**

CONSULTATION N°2 : 2^{ème} consultation préalable (comprise dans le forfait) :

- ◆ confirmation de la demande d'IVG et consentement écrit de la patiente
- ◆ explications du médecin, relatives à la procédure d'IVG en ville
- ◆ remise par le médecin d'un document descriptif du protocole à respecter par la patiente
- ◆ fixation des dates de consultations comportant prise de la mifépristone et du misoprostol
- ◆ Possibilité de prescription d'antalgiques avant la prise de mifépristone.

CONSULTATION N°3 : 1^{ère} consultation de prise de médicament (comprise dans le forfait) :

- ♦ prise de la mifépristone (Mifégyne[®])
- ♦ remise par le médecin à la patiente de la fiche de liaison. La patiente sera munie de cette fiche, à chaque consultation
- ♦ facturation du forfait
- ♦ la déclaration anonymisée de l'IVG (BIG) est remplie et transmise à l'établissement de santé référent
- ♦ prescription d'une ampoule de Rophylac[®] 200 (sérum anti-D), pour les femmes rhésus négatif, pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, à réaliser dans les 72 heures.

CONSULTATION N°4 : 2^{ème} consultation de prise de médicament
(comprise dans le forfait) :

- ♦ prise du misoprostol (Gymiso® ou Cytotec®) 36 à 48 h après la prise de mifépristone (Mifégyne®)
- ♦ une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente ainsi que les coordonnées téléphoniques utiles en cas d'urgence
- ♦ la fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé
- ♦ prescription des antalgiques
- ♦ si la patiente opte pour un contraceptif sous forme de pilule ou patch il peut être commencé le soir de la consultation, ou mise en place d'un implant sous-cutané
- ♦ prescription des β -HCG de contrôle à 14 jours (inférieurs à 1000 UI/ml) ou à 21 jours inférieurs à 100 UI/ml

CONSULTATION N°5 : consultation de contrôle (comprise dans le forfait) : 14 à 21 j après la prise de mifépristone (Mifégyne®) :

- ♦ contrôle de l'efficacité de la procédure : écho ou β -HCG
- ♦ la fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé
- ♦ mise en place du stérilet ou de l'implant sous cutané, si ces méthodes sont souhaitées
- ♦ éventuelle rediscussion de la contraception si elle est nécessaire et si la patiente n'a pas encore effectué son choix.

5. Effets secondaires et complications

- ♦ La douleur : augmente avec l'âge gestationnel et les doses utilisées de prostaglandines (20% pour 5,6% IVG chirurgicale)
- ♦ Les saignements : surviennent 3 à 4 heures après l'effet du traitement médical, anormaux si très abondant plus de 2 à 4 heures (5,6% pour 2,1%)
- ♦ (Ré) intervention : 5,9% pour 2,1%*
- ♦ Troubles gastro-intestinaux
- ♦ Troubles de la thermorégulation : fébricule à 38°
- ♦ Malaise et céphalées

* NIINIMAKI M and al, Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. Obstet Gynecol. 2009 Oct ; 114(4)

6. Comparaison des statistiques françaises et bas-normandes

- ♦ 225 000 IVG en France en 2010
- ♦ Stabilité depuis 2000
- ♦ Taux de recours à l'IVG : 14,7 femmes sur mille par an
- ♦ 54% des IVG sont médicamenteuses
- ♦ 80% des IVG dans le public
- ♦ 12% des IVG se font en ville
- ♦ 77% des médecins conventionnés sont des gynécologues
- ♦ Taux de recours à l'IVG bas : 11,3
- ♦ Taux d'IVG médicamenteuses suivant le pourcentage national
- ♦ 95% des IVG dans le public
- ♦ Taux de recours à l'IVG en ville parmi les plus bas de France : 4%
- ♦ 25% des médecins conventionnés sont des gynécologues

7. Problématique

- ◆ Formation de 2006 :
 - Nombre de médecin du Calvados présents : 17
 - Signature de Convention : 5
- ◆ Pourquoi le nombre de médecins conventionnés est-il si faible?
- ◆ Les causes de non signature sont-elles vraiment en rapport avec les difficultés que l'on retrouve chez les médecins pratiquant l'IVG en ville?

8. Méthode et matériel de l'enquête de 2012

- ◆ Entretiens semi-dirigés
 - ◆ Questions sur l'acquisition du savoir
 - ◆ Questions sur savoir-faire
 - ◆ Questions sur savoir-être

- ◆ 15 généralistes, 2 gynécologues :
 - ◆ 8 conventionnés : 6 généralistes+2 gynécologues
 - ◆ 11 médecins généralistes non conventionnés

9. Résultats

A. Obstacles provenant du savoir

- ♦ **Formation universitaire insuffisante**
 - ♦ G1 : «Moi, j'étais à Paris, c'était des stages de 6 mois, j'ai pas fait de gynéco du tout, du tout. Et j'aurais pu m'installer, j'avais pas vu une femme enceinte, rien. Et les cours de gynéco, j'ai dû en avoir 3 ou 4. »
 - ♦ IGAS 2010 : « l'organisation des études médicales réserve une place limitée à la question de l'IVG, laquelle est essentiellement abordée sous l'angle de la pathologie et des complications ».
 - ♦ Maud GELLY : « perpétue la dramatisation par les étudiants de la contraception et surtout de l'avortement, ainsi que leur croyance en l'éradication potentielle de l'avortement par la contraception . Elles ne permettent pas de préparer les futurs médecins à un mode relationnel inhabituel qui les place en position d'exécutants face à une patiente qui pose l'indication d'un acte médical »

- ♦ M1 : « les effets secondaires alors, au niveau de la douleur, je sais pas moi, je dis 40 par an depuis 2006...Je dois être à plus de 200 IVG médicamenteuses, facilement, je pense, et j'en ai une, qu'une qui m'a rappelé en cours de journée pour me dire : « ah, j'ai vraiment trop mal, qu'est ce que je fais » ».

- ♦ Formation de 2006, bien réalisée, très pratique:
 - ♦ M3 : « J'ai trouvé que c'était, euh, c'était très bien organisé. C'était concret. (...). Et puis j'ai pu reprendre facilement leurs diapos, etc., pour vraiment me remettre dans le cadre. Ça a été vraiment très bien, je n'ai pas eu de problèmes avec ça. »
 - ♦ M5 : « Il y aurait une pique de rappel, un petit cours d'une heure, ça aurait été pas mal (...).Éventuellement, une fois tous les ans, ou tous les 2 ans. Mais qu'on se connaisse, ça permettrait de se connaître, de s'enrichir de l'expérience des autres ; parce qu'on a tous un ou deux pépins, des petits trucs, pas grave, mais... »

B. Obstacles provenant du savoir-faire

♦ **Lourdeur de la partie administrative :**

- ♦ M3 : « Avec l'expérience, on gagne en rapidité, et je pense qu'on arrive plus facilement à accélérer, c'est à dire, les ordonnances, tout est déjà pré fait sur les ordonnances pour les antalgiques. Après sur le dosage des béta-HCG à trois semaines, etc. Tout est déjà pré organisé, et euh, comme j'ai une certaine habitude, je perds moins de temps à réfléchir, à me dire : "Bon, est-ce que j'ai oublié un truc? Est-ce que j'ai fait ci, j'ai fait ça?". Systématiquement, ma secrétaire demande s'il y a un rhésus négatif, pour savoir déjà d'emblée s'il y aura un Rhophyllac à faire ou pas. Donc ça aussi c'est programmé et organisé, c'est beaucoup plus facile. »

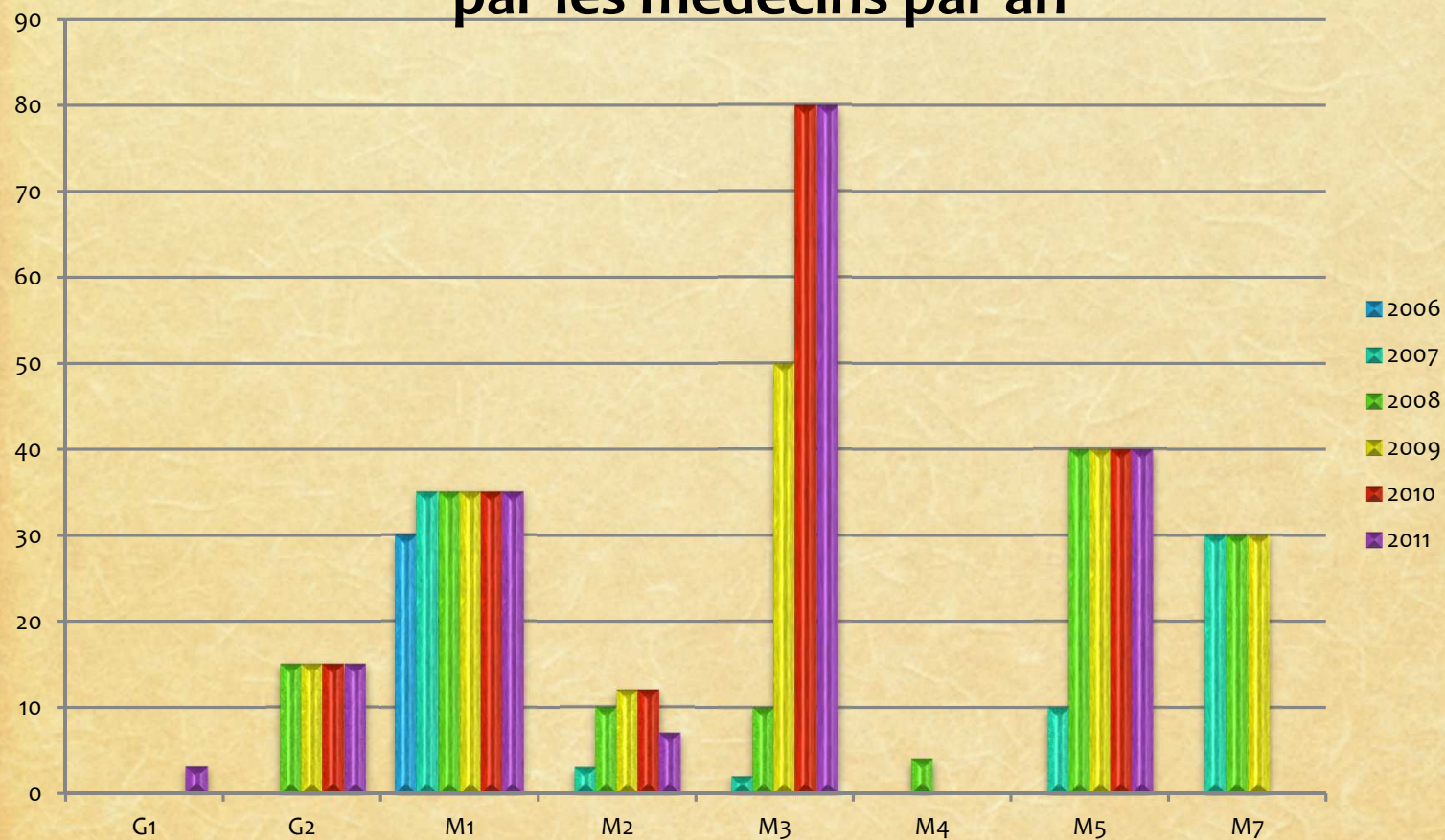
♦ **Nécessité de se rendre disponible :**

- ♦ M7 : « Très peu, très peu. Pas beaucoup d'appels. On explique bien et les femmes savent que l'on est disponible. Et ça, ça les rassure en sachant qu'elles peuvent nous appeler. C'est pas "ah la la, qu'est-ce que je vais faire? Les urgences? Le médecin? » Non. J'appelle le docteur. Voilà. »

♦ **Ambivalence du discours sur l'information des patientes concernant la pratique de l'IVG :**

- ♦ M11 : « mais j'avais peur que dans la région après du coup qu'il y ait des femmes qui viennent que pour ça »
- ♦ M7 : « M1 avait fait une information des médecins qui étaient autour de son cabinet, pour leur dire qu'il pratiquait des IVG. Personnellement je n'ai pas voulu le faire, parce que je ne voulais pas être repérée comme l'avorteuse du secteur, et que j'aurais préféré aussi inciter mes collègues du coin à faire aussi la formation »
- ♦ M7 : « pour que chaque médecin faisant des IVG ait quand même une pratique suffisamment importante pour bien le faire. Parce qu'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent. C'est toujours le problème. »

Nombre d'IVG médicamenteuses effectuées par les médecins par an



- ♦ **Satisfaction des patientes** : M2 : « C'est bien et puis ça permet de voir des femmes qui... sont toutes contentes. Enfin, elles me le disent pas obligatoirement, mais c'est vrai que les femmes qui vivent ça... Quand elles reviennent, et qu'on leur demande comment elles ont vécu, là..., l'enquête de satisfaction... Elles sont toutes très, très contentes. »
- ♦ **Fidélisation de la patientèle** : M3 : « souvent, elles continuent de venir après, parce que le contact s'est bien passé, parce que les petites jeunes qui n'avaient pas de gynéco, ça leur permet d'avoir un suivi, d'avoir compris l'importance de la contraception, du suivi, et de se dire que elles ont un endroit où elles peuvent discuter de beaucoup de choses : de la sexualité, de la contraception et elles ne se sont pas senties jugées. »

- ♦ **Clef de la pratique de l'IVG en ville, le travail en collaboration :**

M4 : « mais effectivement, il faut qu'on soit en relation... que ça se passe bien avec le radiologue, avec le pharmacien, il faut qu'on ait notre médecin hospitalier disponible pour prendre la patiente si ça va pas, etc. C'est malgré tout un réseau, mais la patiente n'a pas à subir tout le système hospitalier. »

- ♦ **Médecins/centre de référence** : M12 : « mais je n'ai pas poursuivi l'affaire au cabinet, parce que un : j'ai eu une certaine réticence des médecins du CH de XX pour signer une convention avec moi, et c'est pas simple. (...) Ouais alors, ils ne connaissaient pas la loi, ils n'ont pas plus relancé le truc, ils ne savaient pas comment faire. Ils n'ont pas appuyé ma demande avec un enthousiasme fou. (...) J'ai senti que ça ne les intéressait pas. Faut dire que les gynécos, celui qui était le chef de service, qui est parti en retraite n'était pas un partisan farouche de "ça". »
- ♦ **Médecins/radiologues, pharmacies** : M7 : « Je suis allée trouver la petite pharmacie d'à côté qui me semblait plus appropriée que la grosse pharmacie du Carrefour, et je suis allée leur expliquer mon activité. Non, pas de problème, c'était sur le chemin de la secrétaire pour venir au cabinet. Je pense même que si j'avais eu un souci, il serait venu me les déposer au cabinet, mais je ne voulais pas déranger. »

Autres relations : aide de l'Etat

- ♦ **Revalorisation des praticiens exerçant les IVG : G1 :** « Ben le forfait, pour nous en secteur II, ça n'a aucun intérêt, ce n'est pas pour le plan financier que je le fais, parce que ça n'a aucun intérêt. On se tape 4 consultations, plus l'écho et le tout pour 193 euros... »
- ♦ **Améliorer la visibilité des différents protocoles**
- ♦ **Craintes des risques médico-légaux**
- ♦ **Simplification des démarches administratives :**
M11 : « Non, j'ai signé, j'ai fait tous mes papiers, j'ai renvoyé à la DDASS là, ou je ne sais plus où c'était... et j'ai jamais eu de nouvelles, j'ai jamais eu l'agrément. »

C. Obstacles liés au savoir-être

- ♦ Médecins investis dans le parcours des soins
- ♦ Insuffisamment formés dans la demande d'IVG :
M4 : « Non, ça dépend de la personne qu'on a en face de soi, ça dépend comment, effectivement, nous on le perçoit à travers elle. Chaque consultation est complètement différente. Et puis, on a aussi nos convictions propres. On agit en temps que médecins, mais aussi en temps qu'humain. L'IVG c'est quand même quelque chose de pas facile. Même, si ça libère, effectivement. Il faut banaliser l'IVG c'est vrai. Mais ce n'est pas forcément très simple. »

- ♦ **Fausse**s représentations persistantes sur l'IVG :
 - ♦ **Honte d'avoir une IVG** : G2 : « Les IVG, il n'y en a pas beaucoup qui parlent. Parce qu'elles ont plus ou moins... Elles ont honte de faire ça, parce que, disons ce n'est pas bien de faire ça. Et on ne les voit jamais après. Mais je ne pense pas que les femmes parlent beaucoup de leurs IVG, qu'elles étaient contentes que ça se passe comme ça, non. »
 - ♦ **Etre pourvoyeur de prestation** : M1 : « ... une ou deux fois, j'ai eu vraiment l'impression d'être un peu exploité par les femmes, vraiment, j'étais vraiment que le pourvoyeur d'une prestation et sans aucun retour et vraiment après quand elles voyaient que ça se passait bien, ben, elles reprenaient pas contact. Mais enfin c'est quand même une minorité, la minorité, et puis c'est normal qu'il y ait une minorité comme ça. »
 - ♦ **Besoin de recadrer les femmes** : G1 : « Je leur dis : "Vous savez, c'est une roue de secours qu'on vous propose là, il y a pas de problème, on va le faire. Mais après, il faut que vous vous preniez en charge et que vous n'y reveniez pas." »
 - ♦ **Difficultés à aborder la sexualité** : G2 : « Ah non, non. De leur sexualité, non. »

10. Les pistes d'amélioration

- ◆ Amélioration de la formation initiale au niveau de l'entretien, de l'IVG, de la contraception
- ◆ Dans la future formation des médecins généralistes :
 - ◆ Travailler dans le cadre d'un réseau
 - ◆ Aide financière et humaine
 - ◆ Créer des réunions pour ces médecins uniquement
 - ◆ Ré axer la formation sur l'entretien
 - ◆ Collaborer avec centres de périphérie
 - ◆ Informer les médecins de la pratique réelle de l'IVG dans le Calvados

Merci de votre attention