

Année 2018/2019

N°

## Thèse

Pour le  
**DOCTORAT EN MEDECINE**  
Diplôme d'État  
par

**Emilie BRISSARD**

Née le 14/10/1989 à Orléans (45)

---

**Les interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse sur des grossesses précoces de localisation indéterminée : une enquête sur les pratiques médicales en régions Centre-Val de Loire et Ile-de-France**

---

Présentée et soutenue publiquement le 26/06/2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Vice-Doyen, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Epidémiologie, économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Centre d'orthogénie, PH, CHU – Tours

Directrice de thèse : Docteur Laurence WITTKE, Médecine générale – Saint-Jean-de-Braye

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Philippe ARBEILLE  
Pr Catherine BARTHELEMY  
Pr Christian BONNARD  
Pr Philippe BOUGNOUX  
Pr Alain CHANTEPIE  
Pr Pierre COSNAY  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr Alain GOUDEAU  
Pr Noël HUTEN  
Pr Olivier LE FLOCH  
Pr Yvon LEBRANCHU  
Pr Elisabeth LECA  
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Roland QUENTIN  
Pr Alain ROBIER  
Pr Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
POTIER Alain .....	Médecine Générale
ROBERT Jean .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

BAKHOS David .....	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille ..... Médecine légale  
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire  
SAUTENET Bénédicte ..... Néphrologie  
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences  
BOREL Stéphanie ..... Orthophonie  
DIBAO-DINA Clarisse ..... Médecine Générale  
MONJAUZE Cécile ..... Sciences du langage - orthophonie  
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire  
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

RUIZ Christophe ..... Médecine Générale  
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259  
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282  
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001  
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253  
LE PAPE Alain ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001  
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259  
PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001  
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire ..... Orthophoniste  
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier  
PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier  
MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

## Résumé

**Introduction :** Les dernières modifications législatives de 2016, relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), ont supprimé le délai de réflexion de 7 jours jusque-là obligatoire pour les patientes avant une IVG. Cela rend théoriquement possible de débiter des IVG plus précocement, parfois avant même la visualisation de structures intra-utérines à l'échographie trans-vaginale. L'objectif de l'étude était de s'intéresser aux pratiques des professionnels lors d'une demande d'IVG sur une Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI).

**Matériel et méthode :** Une étude observationnelle descriptive transversale a été menée, entre le 25 septembre 2018 et le 31 janvier 2019, auprès des praticiens réalisant des IVG médicamenteuses en régions Centre-Val de Loire et Ile-de-France, via un auto-questionnaire adressé par email.

**Résultats :** 89 questionnaires ont pu être analysés. L'échantillon était constitué de 13 sages-femmes, 25 gynécologues et 51 médecins généralistes. Le nombre d'années médian de pratique des IVG médicamenteuses était de 8 ans, et la moitié des professionnels réalisait au moins 50 IVG par an. 24 professionnels (26.9%) disposaient d'un protocole spécifique pour les IVG sur GLI, et 38 (42.7%) avaient déjà réalisé des IVG sur GLI. Leur pratique était légèrement différente, avec notamment un suivi reposant sur le dosage précoce des bêta-hCG. La réalisation de ces IVG était perçue comme un acte plus anxiogène (76.3% des praticiens) et plus complexe (78.9%) que les autres IVG médicamenteuses. Parmi les 51 professionnels n'ayant jamais réalisé d'IVG sur GLI, la raison la plus citée était la crainte d'une Grossesse Extra-Utérine (GEU) par 40 (78.4%) d'entre eux. Ils étaient 56.8% à considérer cet acte comme risqué, mais 92.2% se disaient néanmoins intéressés par les expériences des autres professionnels sur ce type d'IVG et 66.7% aimeraient y être formés.

**Conclusion :** Les IVG sur GLI étaient donc pratiquées par moins de la moitié des praticiens de notre échantillon, mais la majorité se disait intéressée par les retours d'expérience sur ce sujet. Des études complémentaires sur ces IVG et le développement de recommandations spécifiques pourraient contribuer à améliorer la prise en charge des patientes et à harmoniser les pratiques.

**Mots clés :** interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, grossesse très précoce, grossesse de localisation indéterminée, pratiques médicales

## Abstract

**Background :** In 2016 the mandatory waiting-period of 7 days, which was previously required before abortion, was removed from the French abortion legislation. Women may proceed through medical abortion at earlier gestation, sometimes when the transvaginal-US cannot confirm the pregnancy as intra-uterine yet. The aim of our study was to describe the current medical abortion practices in the case of a Pregnancy of Unknown Location (PUL).

**Methods :** An observational descriptive study was conducted from the 25 September 2018 to the 31 January 2019, among medical abortion providers in Centre-Val de Loire and Ile-de-France, using an emailed self-administered questionnaire.

**Results :** We collected 89 questionnaires. Our population included 13 mid-wives, 25 gynecologists and 51 general practioners. The median experience of medical abortion was of 8 years, and half the practioners performed more than 50 medical abortions a year. 24 practioners (26.9%) had a specific protocol for medical abortion on PUL, and 38 (42.7%) had already perform a medical abortion in a situation of PUL. They had slightly different practices, including a follow-up based on early hCG testing. Medical abortion on PUL was experienced as a more stressful (76.3%) and more complex (78.9%) situation than usual medical abortion. Among the 51 professionals who had never performed a medical abortion on a PUL, the main reason was the fear of an ectopic pregnancy (78.4%). 56.8% of these 51 professionals thought it was a hazardous practice, but 92.2% were interested about other health professionals experiences and 66.7% would be interested to have a formation on this particular situation.

**Conclusion :** Less than half of our population had already perform medical abortion in a situation of PUL, but most practioners were interested in this situation. Complementary studies on medical abortion in a situation of PUL and the development of specific guidelines could help improving patients care and standardize the practices.

**Mots clés :** medical abortion, very early gestation, pregnancy of unknown location, medical practices

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

## Remerciements

A Monsieur le Professeur Henri Marret, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Franck Perrotin, merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de juger mon travail. Soyez assuré de ma grande considération.

A Madame le Docteur Nathalie Trignol-Viguié, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour les conseils prodigués par l'intermédiaire du Dr Laurence Wittke. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Laurence Wittke, merci d'avoir accepté de « sauter le pas » et de te lancer dans cette grande aventure avec moi, je suis très honorée de t'avoir comme directrice de thèse ! Merci pour tes enseignements en tant que maître de stage, l'expérience au planning familial a été très riche sur le plan humain autant que médical. Merci pour ta disponibilité, ta réactivité (bien supérieure à la mienne...), tes conseils tout au long du travail de cette thèse, toujours dans la bonne humeur !

Aux Docteurs Blandine Hardillier, Marylène Guichard, Eric Drahi, Marie-Laure et Pierre Archambault : merci de m'avoir accueillie dans l'intimité de vos cabinets, d'avoir pris votre rôle de maître de stage à cœur et de m'avoir transmis votre vocation pour l'exercice la médecine générale.

A tous les médecins qui ont contribué à ma formation médicale de l'externat jusqu'aux derniers semestres de l'internat. Aux médecins qui me font confiance actuellement pour les remplacements.

A l'équipe du Planning Familial d'Orléans, merci de m'avoir accueillie d'abord comme stagiaire puis comme médecin. Merci de m'avoir fait découvrir le féminisme sous un autre angle et d'avoir élargi mon horizon. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

A mes amis,

A Maëlloute, Gigi et Mushu, merci pour votre amitié depuis toutes ces années, malgré la distance. Merci pour tous ces bons moments partagés à Olivet, Paris ou Katmandou... à quand la prochaine escapade ?

A Philippe, merci pour ton amitié... en béton !

A tous les autres Péguyards qu'Henry m'a permis de (re-)découvrir.

A Anne-Laure, merci d'être la meilleure voisine de toute la terre entière, rien que ça ! Merci d'avoir été toujours présente depuis cette première année de médecine où tu as été un binôme hors pair ! A Raphaël et à Arthur.

A Elodie, merci pour ton amitié depuis toutes ces années, et merci pour ta relecture attentive !

A Carole, ma comparse de randonnée à pied comme à vélo, et bientôt ma correspondante interniste privilégiée. A Bruno, à Perrine, Capucine, Maxime... que de chemin parcouru depuis l'externat ! A toutes les autres belles rencontres de ces six années.

A mes co-internes et plus particulièrement aux filles des urgences qui ont fait de ce semestre l'un des plus sympathiques.

A ma famille,

A mes parents, merci d'avoir toujours été là pour moi. Merci de m'avoir transmis vos valeurs et de m'avoir donné les moyens d'arriver jusqu'ici. A Pauline qui est une « grande » petite-sœur.

A mes petits et grands cousins, à mes oncles et tantes, que leurs genoux soient biscornus ou non.

A mémé Solange, pépé Raymond et mamy Colette qui regardent peut-être de là-haut. A tonton Hervé.

A ma belle famille,

A Marie-Christine, merci de m'avoir accueillie chaleureusement au sein de votre petite tribu ! Merci de prendre soin de nous à chacune de nos visites.

A Louis, Marie, Blanche, Hélène et Edouard, merci de m'avoir chanté la chanson de Petit-Pied, c'est un très grand honneur pour moi !

A mes deux amours,

A Antoine, mon petit rayon de soleil. Tu n'as que quelques mois et pourtant j'ai l'impression que tu as toujours été là. Tu es notre plus grande fierté et notre plus grand trésor, à ton papa et à moi.

A Henry, merci d'avoir toujours été présent à mes côtés dans ces longues études. Merci de m'avoir soutenue et encouragée à chaque étape même quand j'ai voulu baisser les bras. Je suis chanceuse d'avoir un mari comme toi. Merci pour ton amour et tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien, la vie est belle à tes côtés ! Je t'aime.

# SOMMAIRE

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>8</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>9</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>12</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>14</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>15</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>15</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>16</b>
1.1. HISTORIQUE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN FRANCE .....	16
1.1.1. <i>Aspects législatifs</i> .....	16
1.1.2. <i>Prise en charge financière des IVG</i> .....	17
1.2. EPIDEMIOLOGIE DES IVG EN FRANCE .....	17
2.1. <i>Epidémiologie en région Centre-Val-de-Loire</i> .....	18
2.2. <i>Epidémiologie en région Ile-de-France</i> .....	18
1.3. DEROULEMENT DE L'IVG .....	19
1.3.1. <i>L'IVG par méthode médicamenteuse</i> .....	19
1.4. PROBLEMATIQUE DES IVG DANS LE CAS DES GROSSESSES DE LOCALISATION INDETERMINEE.....	22
1.4.1. <i>Définitions des Grossesses de Localisation Indéterminée</i> .....	22
4.1.2. <i>Impact des GLI sur la pratique des IVG médicamenteuses</i> .....	22
<b>2. MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....	<b>24</b>
2.1. OBJECTIFS .....	24
2.2. TYPE D'ETUDE .....	24
2.3. POPULATION ETUDIEE .....	24
2.4. CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE .....	25
2.5. REALISATION DE L'ENQUETE.....	25
2.6. ANALYSE DES DONNEES .....	26
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	<b>27</b>
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	27
3.1.1. <i>Données démographiques</i> .....	27

3.1.2. Données générales concernant la pratique des IVG médicamenteuses.....	30
3.2. PRATIQUE HABITUELLE DES IVG MEDICAMENTEUSES .....	33
3.2.1. Examens réalisés avant l'IVG médicamenteuse .....	33
3.2.2. Suivi des IVG médicamenteuses .....	33
3.3. PRATIQUE DES IVG SUR GROSSESSE DE LOCALISATION INDETERMINEE (GLI).....	34
3.3.1. Données concernant les praticiens réalisant les IVG médicamenteuses sur GLI.....	36
3.3.2. Données concernant les praticiens ne réalisant pas d'IVG sur GLI.....	42
3.3.3. Réponses aux mises en situation .....	44
3.3.4. Facteurs associés à la pratique des IVG médicamenteuses sur GLI .....	47
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>50</b>
4.1. RESULTATS PRINCIPAUX .....	50
4.1.1. Caractéristiques de la population.....	50
4.1.2. Pratique habituelle des IVG.....	51
4.1.3. Pratique des IVG sur GLI.....	51
4.2. PROBLEMATIQUES POSEES PAR LA REALISATION DES IVG SUR GLI.....	54
4.2.1. Le risque de GEU .....	54
4.2.2. Le risque de grossesse évolutive ou d'échec de l'IVG .....	57
4.2.3. La problématique des patientes perdues de vue.....	59
4.2.4. Traiter par excès une Fausse Couche Spontanée ?.....	60
4.3. AVANTAGES POTENTIELS DES IVG SUR GLI.....	60
4.3.1. Améliorer le déroulé de l'IVG ?.....	60
4.3.2. Une détection plus précoce des GEU ?.....	62
4.3.3. Simplifier l'accès à l'IVG ?.....	62
4.4. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	63
4.4.1. Forces .....	63
4.4.2. Faiblesses .....	64
4.5. PERSPECTIVES .....	65
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>66</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>67</b>
<b>7. ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE THÈSE.....</b>	<b>73</b>

## Liste des abréviations

AG : Age Gestationnel

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

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familial

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DDR : Date des Dernières Règles

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

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GIU : Grossesse Intra-Utérine

GIUP : Grossesse Intra-Utérine Probable

GLI : Grossesse de Localisation Indéterminée

HAS : Haute Autorité de Santé

hCG : human Chorionic Gonadotropin (hormone chorionique gonadotrope humaine)

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

SA : Semaine d'Aménorrhée

## Table des figures

Figure 1 : Répartition des praticiens en fonction de leur profession.....	27
Figure 2 : Répartition des praticiens par tranche d'âge.....	28
Figure 3 : Répartition des praticiens en fonction du nombre d'années de pratique des IVG médicamenteuses .....	30
Figure 4 : Répartition des praticiens en fonction du nombre d'IVG réalisées par an .....	30
Figure 6 : Date de réalisation habituelle des examens de suivi, après une IVG médicamenteuse .....	34
Figure 7 : Nécessité d'un protocole spécifique pour les IVG sur GLI .....	35
Figure 8 : Raisons citées à l'absence de protocole pour les IVG sur GLI .....	35
Figure 9 : Informations données par les praticiens lors d'une IVG sur GLI .....	36
Figure 10 : Date de réalisation des examens pour le suivi des IVG médicamenteuses sur GLI.....	38
Figure 11 : Complications ayant déjà été rencontrées par les professionnels lors d'une IVG sur GLI ..	39
Figures 12 et 13 : Impression des praticiens sur la douleur, les saignements et le vécu rapportés par leurs patientes lors d'une IVG médicamenteuse sur GLI.....	40
Figure 14 : Sentiment des praticiens lors de la réalisation d'une IVG sur GLI (comparativement à une IVG médicamenteuse classique) .....	41
Figure 15 : Raisons citées par les praticiens pour ne pas pratiquer d'IVG sur GLI .....	42
Figure 16 : Perception des IVG sur GLI par les praticiens n'en ayant jamais réalisé .....	43
Figure 17 : Opinion des professionnels n'ayant jamais réalisé d'IVG sur GLI sur cette pratique .....	43
Figure 18 : Réponses au cas clinique n°1.....	45
Figure 19 : Réponses au cas clinique n°2.....	46

## Table des tableaux

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques démographiques de la population.....	29
Tableau 2 : Caractéristiques de la population concernant la pratique des IVG médicamenteuses .....	32
Tableau 3 : Pratique des IVG médicamenteuses sur GLI selon certains facteurs : résultats des tests statistiques sur les variables qualitatives (Chi-2).....	48
Tableau 4 : Résultats des tests statistiques sur les variables quantitatives .....	49

# 1. Introduction

## 1.1. Historique de l'Interruption Volontaire de Grossesse en France

### 1.1.1. Aspects législatifs

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est autorisée en France depuis la loi du 17 janvier 1975<sup>1</sup>, aussi appelée Loi Veil : « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption volontaire de grossesse ». Cette loi, initialement temporaire pour une période de 5 ans, a été définitivement adoptée en janvier 1980.

L'IVG était au départ possible jusqu'à un terme de 12 Semaines d'Aménorrhée (SA) et uniquement en milieu hospitalier.

La loi du 4 juillet 2001<sup>2</sup>, visant à améliorer l'accès à l'IVG, y a apporté de nombreuses modifications telles que :

- l'allongement du délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée
- la possibilité pour les mineures d'effectuer une IVG sans autorisation parentale, mais sous condition de se faire accompagner dans les démarches par la personne majeure de son choix
- la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses hors établissements de santé.

Le décret d'application de cette loi, permettant la réalisation effective des IVG médicamenteuses en cabinet libéral, est paru le 1<sup>er</sup> juillet 2004<sup>3</sup>. La réalisation des IVG dans ce contexte est possible jusqu'à 7 SA et uniquement par méthode médicamenteuse. En mai 2009 paraît un second décret<sup>4</sup> rendant également possible les IVG en Centres de Santé et Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

La notion de femme en « situation de détresse » présente dans le texte de loi initial a quant à elle été supprimée par la loi du 4 août 2014<sup>5</sup>, et remplacée par les termes de femme « qui ne veut pas poursuivre une grossesse ».

Enfin la loi du 26 janvier 2016<sup>6</sup> dite « de modernisation de notre système de santé » a apporté les dernières modifications à la législation sur l'IVG avec notamment :

- l'élargissement des compétences des sages-femmes avec la possibilité pour ces dernières de pratiquer les IVG médicamenteuses jusqu'à 7 SA

- la possibilité de réaliser des IVG instrumentales sous anesthésie locale en Centres de Santé
- et la suppression du délai légal de réflexion de 7 jours.

Il persiste cependant un délai de réflexion de 2 jours à l'issue de l'entretien psycho-social, lorsque celui-ci est réalisé. Cet entretien n'est plus obligatoire pour les patientes majeures depuis 2004<sup>3</sup>, mais doit être systématiquement proposé à toute femme en demande d'IVG. L'entretien psycho-social demeure en revanche obligatoire pour les patientes mineures, et est donc accompagné d'un délai de réflexion de 2 jours pour ces patientes.

### **1.1.2. Prise en charge financière des IVG**

L'acte d'IVG est remboursable par la Sécurité Sociale depuis janvier 1983, suite à la loi dite Roudy<sup>7</sup>. Ce remboursement était initialement partiel. Le décret du 25 mars 2013 a permis une prise en charge intégrale de l'acte d'IVG<sup>8</sup>. Ce décret visait également à améliorer l'accès à la contraception, et a ainsi autorisé les patientes mineures, âgées de plus de 15 ans, à bénéficier gratuitement des moyens de contraception remboursables par la Sécurité Sociale.

C'est finalement en 2016 que la prise en charge à 100% a été élargie à l'ensemble des actes afférents à l'IVG : ensemble des consultations comme examens para-cliniques (échographie, dosage des bêta-hCG...)<sup>9</sup>.

## **1.2. Epidémiologie des IVG en France**

Il y a eu en France, en 2017, 216 700 IVG. Le taux de recours en métropole était de 14.4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans<sup>10</sup>.

Ce nombre d'IVG, ainsi que le taux de recours, sont relativement stables depuis le début des années 2000. Le nombre d'IVG varie entre 210 000 et 230 000 IVG par an. On estime qu'une femme sur trois aura recours au moins une fois dans sa vie à une IVG. Le terme de « paradoxe français » est parfois employé pour désigner cette stabilité du nombre d'IVG, malgré une large diffusion de l'usage des moyens contraceptifs.

Le nombre de grossesses non programmées a diminué entre 1975 et 2000, mais la fréquence du recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue a augmenté en

parallèle<sup>11</sup>. Il existe par ailleurs une augmentation des IVG de rang 2 et plus, ce qui signifie que plus de femmes auront recours à plusieurs IVG au cours de leur vie<sup>12</sup>.

Les femmes qui ont le plus réalisé d'IVG en 2017 sont celles âgées de 20 à 24 ans, avec un taux de recours de 26.7 pour 1000 femmes en France métropolitaine<sup>10</sup>.

Les taux d'IVG varient donc selon l'âge, mais également d'une région à l'autre. Les taux diffèrent du simple au double par exemple entre les Pays de la Loire (10.2 IVG pour 1000 femmes) et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (21.8 IVG pour 1000 femmes).

Les IVG en 2017 ont été réalisées pour les deux tiers (67.5%) par méthode médicamenteuse. La proportion d'IVG médicamenteuses augmente régulièrement depuis le début des années 2000, avec en parallèle une diminution de la proportion d'IVG instrumentales. La proportion d'IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé augmente aussi régulièrement depuis leur autorisation en 2004. Elles représentaient 21.4% des IVG en 2017 en métropole.

## **2.1. Epidémiologie en région Centre-Val de Loire**

Il y a eu en région Centre-Val de Loire 5416 IVG en 2017, correspondant à un taux de recours de 12.4 IVG pour 1000 femmes.

83.2% de ces IVG ont été réalisées en établissement hospitalier, 14.5% en cabinet libéral et 2.3% en Centre de Santé ou CPEF.

## **2.2. Epidémiologie en région Ile-de-France**

Il y a eu en Ile-de-France 52 092 IVG en 2017, correspondant à un taux de recours de 17.4 IVG pour 1000 femmes, ce qui en fait le deuxième taux de recours le plus élevé de France métropolitaine.

67.9% de ces IVG ont été réalisées en établissement hospitalier, 27.8% en cabinet libéral et 4.3% en Centre de Santé ou CPEF.

L'Ile-de-France se distingue de la région Centre-Val de Loire par l'existence d'un Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO).

REVHO est le premier réseau de santé dans le domaine de l'IVG médicamenteuse. Il a été créé en novembre 2004 avec pour objectif de faciliter l'accès à l'IVG en médecine de ville sur tout le territoire francilien. Son financement est assuré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France. En plus de faciliter la coordination entre professionnels libéraux et hôpitaux référents, le réseau remplit différentes missions dont la formation des professionnels de santé<sup>13</sup>.

REVHO est à l'origine de la création du site « IVG les adresses » en mars 2014, qui répertorie les structures et les professionnels réalisant des IVG selon le type de technique employée<sup>14</sup>. Ce site propose également des informations destinées aux patientes souhaitant effectuer une IVG.

### **1.3. Déroulement de l'IVG**

Plusieurs consultations sont nécessaires pour la réalisation d'une IVG<sup>15</sup> :

- la première consultation est dédiée à l'information de la patiente : le professionnel de santé doit informer la femme en demande d'IVG des techniques possibles et de leurs bénéfices et risques respectifs. Il est préconisé de lui remettre le dossier guide sur l'IVG, édité par les ARS, ainsi que d'aborder dès cette consultation la question de la contraception ultérieure. Enfin il faut systématiquement proposer à la femme un entretien psycho-social.

- la deuxième consultation permet de recueillir le consentement écrit de la femme. Depuis 2016, il n'y a plus de délai minimal à respecter entre la première et la deuxième consultation, sauf dans le cas où un entretien psycho-social a eu lieu, imposant alors un délai de deux jours<sup>6</sup>. L'acte d'IVG peut être pratiqué à l'issue de cette deuxième consultation.

#### **1.3.1. L'IVG par méthode médicamenteuse**

Avec la Chine, la France est l'un des tout premiers pays à avoir autorisé les IVG par méthode médicamenteuse, en 1988, date à laquelle la Mifepristone a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

L'IVG par méthode médicamenteuse est autorisée en ambulatoire (cabinet libéral ou Centre de Santé ou CPEF) jusqu'à un terme de 7 SA. En établissement de santé, les molécules utilisées possèdent l'AMM pour des IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA.

Cette méthode repose sur l'association de deux molécules :

- un antiprogéstérone : la Mifepristone, suivie par la prise 36 à 48h plus tard
- d'une prostaglandine : soit le Misoprostol par voie orale, soit le Gemeprost par voie vaginale.

Les dernières recommandations de la HAS publiées en 2018<sup>16</sup> préconisent pour les IVG médicamenteuses avant 7 SA d'utiliser :

- soit un protocole associant 600 mg de Mifepristone suivi de 400 µg de Misoprostol par voie orale,
  - soit 200 mg de Mifepristone suivi d'1mg de Gemeprost par voie vaginale.
- Cette dernière molécule est réservée à un usage hospitalier et présente des contraintes de conservation qui en limitent l'utilisation.

A noter que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2016<sup>17</sup>, tout comme l'OMS en 2013<sup>18</sup>, préconisaient d'utiliser un protocole reposant sur seulement 200 mg de Mifepristone, même si cette posologie n'a pas l'AMM en France.

Lorsque le consentement écrit de la patiente a été recueilli, à l'issue de la deuxième consultation, l'IVG médicamenteuse peut être débutée avec la prise de la Mifepristone. Le Misoprostol sera pris lors de la consultation suivante dans un délai de 36 à 48h. Dans le cadre d'une IVG réalisée en ambulatoire, les comprimés de Misoprostol sont confiés à la patiente pour être pris à domicile (la 2<sup>ème</sup> consultation de prise de médicaments est donc « virtuelle »).

Il est recommandé d'effectuer une consultation de suivi 14 à 21 jours après l'IVG, cette consultation ayant plusieurs objectifs :

- s'assurer de l'efficacité de l'IVG
- dépister d'éventuelles complications
- s'assurer que la femme dispose d'une contraception en adéquation avec ses besoins
- lui proposer un accompagnement psychologique.

Les contre-indications de la méthode médicamenteuse correspondent aux contre-indications de chacune des molécules utilisées<sup>19</sup> :

#### 1. Contre-indications de la Mifepristone :

- Hypersensibilité à la Mifepristone ou à un des excipients

- Asthme sévère non contrôlé
- Insuffisance surrénalienne chronique
- Porphyrisme héréditaire.

L'utilisation de la Mifepristone est également déconseillée en cas de malnutrition, d'insuffisance hépatique et d'insuffisance rénale.

## 2. Contre-indications aux Prostaglandines :

- Antécédent d'allergie aux prostaglandines, hypersensibilité au Misoprostol ou Gemeprost ou à l'un des excipients

Le Vidal mentionne également comme contre-indications pour les deux molécules une grossesse non confirmée (biologiquement ou par échographie) et une suspicion de Grossesse Extra-Utérine (GEU).

Des précautions supplémentaires peuvent être nécessaires en cas de troubles de la coagulation ou d'anémie du fait des saignements induits par la méthode médicamenteuse. Les facteurs de risque cardio-vasculaires ne constituent pas des contre-indications mais sont à prendre en compte, de rares effets indésirables ischémiques ayant été rapportés avec le Misoprostol<sup>20</sup>. Enfin, la femme devra être avertie du caractère tératogène des molécules employées.

L'efficacité de la méthode médicamenteuse avoisine les 95% jusqu'à des termes de 7 SA<sup>15,21,22</sup>. Le taux de succès varie selon le terme mais aussi selon les protocoles utilisés, et est défini comme l'obtention d'un avortement complet n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale (quelle que soit la cause de cette intervention : grossesse évolutive, grossesse arrêtée non ou incomplètement expulsée, geste à visée hémostatique ou autre raison)<sup>15</sup>.

Les principaux effets indésirables de la méthode médicamenteuse comprennent des douleurs, des saignements, des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées), de la fièvre, des frissons, ou encore des symptômes plus généraux comme des céphalées et malaises. La majorité de ces effets indésirables sont liés à l'action de la prostaglandine.

## **1.4. Problématique des IVG dans le cas des Grossesses de Localisation Indéterminée**

### **1.4.1. Définitions des Grossesses de Localisation Indéterminée**

Une Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI) est définie par l'association d'un test de grossesse positif et d'une échographie trans-vaginale ne retrouvant pas de grossesse intra-utérine ni extra-utérine<sup>23,24</sup>. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic mais plutôt d'une classification échographique. Celle-ci peut en pratique correspondre à plusieurs situations : une grossesse intra-utérine évolutive (mais trop précoce pour être visualisée en échographie), une grossesse extra-utérine, ou une fausse-couche spontanée.

Le critère retenu pour affirmer le caractère intra-utérin de la grossesse est la présence d'un sac gestationnel avec une vésicule vitelline et/ou un embryon. D'après la société de radiologie Nord-Américaine, le sac gestationnel devient visible autour de 4 SA ½, la vésicule vitelline autour de 5 SA ½ et l'embryon autour de 6 SA<sup>25</sup>. Le CNGOF considère quant à lui que le sac gestationnel est toujours visible à 32 jours d'aménorrhée<sup>26</sup>. Il existe toutefois des grandes variations d'une grossesse à une autre, et l'échographie reste un examen opérateur-dépendant.

Les tests urinaires à haute sensibilité permettent une détection des bêta-hCG dès des taux de 10 UI/L, et peuvent ainsi confirmer une grossesse avant la date attendue des prochaines règles. Cela correspond en pratique à des termes très précoces où la grossesse n'est pas encore visualisable en échographie.

Concernant les taux de bêta-hCG, le CNGOF en 2003 retenait comme seuils discriminants celui de 1500 UI/L pour visualiser un sac gestationnel par voie vaginale, et 2500 UI/L par voie sus-pubienne<sup>26,28</sup>. Il s'agit de seuils d'alerte au-dessus desquels la non-visualisation d'un sac intra-utérin doit alerter sur un possible diagnostic de GEU. Par ailleurs un taux de bêta-hCG > 3510 UI/L, associé à une absence de sac gestationnel à l'échographie endo-vaginale, est considéré comme permettant d'exclure une grossesse intra-utérine évolutive.

### **4.1.2. Impact des GLI sur la pratique des IVG médicamenteuses**

Suite à la suppression du délai légal de réflexion de 7 jours, nous avons reçu au Planning Familial d'Orléans de plus en plus de femmes en demande d'IVG à des termes très précoces. Ces demandes d'IVG nous ont donc beaucoup questionnés au sein de l'équipe médicale, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord le fait de ne pas pouvoir localiser la grossesse à l'échographie transvaginale soulevait la question d'une possible grossesse extra-utérine. Nous avions en effet jusque-là l'habitude d'utiliser l'échographie en pré-IVG pour confirmer et dater la grossesse. Se posait donc la question de savoir si nous devions attendre de visualiser la grossesse intra-utérine pour débiter l'IVG. L'alternative de faire attendre les femmes, dans notre cas au minimum une semaine entière – les IVG n'étant réalisées qu'une fois par semaine au sein de notre CPEF –, ne nous paraissait cependant pas satisfaisante : multiplication des consultations et des examens pour la femme, création d'un délai supplémentaire pour réaliser l'IVG.

La question de la surveillance post-IVG de ces patientes nous a également beaucoup questionnés. Nous faisons habituellement un contrôle des bêta-hCG 14 jours après l'IVG médicamenteuse et la consultation de contrôle était programmée à J14 ou J21 selon les disponibilités. Ces échéances nous paraissaient trop lointaines dans le cas d'une IVG sur une Grossesse de Localisation Indéterminée.

En discutant avec des médecins exerçant dans d'autres structures, nous nous sommes rendus compte que cette situation nouvelle les mettait également en difficulté. Certains praticiens préféraient différer l'IVG de plusieurs jours, par exemple le temps d'avoir un sac gestationnel clairement identifiable à l'échographie. D'autres acceptaient de réaliser d'emblée l'IVG, mais demandaient aux femmes d'avoir un suivi beaucoup plus rapproché que le suivi habituel : réalisation par exemple de dosages des bêta-hCG toutes les 48-72 heures jusqu'à leur négativation complète.

Il n'existe pas à notre connaissance de recommandations détaillées concernant la prise en charge des IVG dans le cas d'une Grossesse de Localisation Indéterminée. Les dernières recommandations du CNGOF parues en septembre 2016 indiquent toutefois, qu'en l'absence de symptômes et de facteurs de risque de GEU, la GLI n'est pas une contre-indication à l'IVG médicamenteuse. Il est préconisé dans ce cas-là d'effectuer un contrôle des bêta-hCG à J5 ou J7.

Malgré la mention des GLI dans ces recommandations, nous avons une impression de très grande hétérogénéité dans les pratiques des différentes équipes médicales. Cela nous a conduits à nous interroger sur les pratiques des professionnels de santé lorsqu'ils étaient confrontés à une demande d'IVG sur une grossesse précoce de localisation indéterminée.

## **2. Matériels et Méthodes**

### **2.1. Objectifs**

L'objectif principal était de faire un état des lieux des pratiques médicales des professionnels de santé lorsqu'ils étaient confrontés à des demandes d'IVG médicamenteuses sur des grossesses précoces de localisation indéterminée.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les perceptions par les professionnels de ce type d'IVG médicamenteuses, ainsi que les freins à la pratique de ces IVG sur des grossesses très précoces. Enfin nous avons recherché si certains facteurs pouvaient influencer le fait de pratiquer ou non ce type d'IVG médicamenteuse.

### **2.2. Type d'étude**

Il a été réalisé une étude observationnelle descriptive transversale. Il s'agissait d'une enquête de pratique qui était adressée aux professionnels de santé par email, afin d'être complétée en ligne via un auto-questionnaire.

### **2.3. Population étudiée**

La population étudiée incluait les praticiens réalisant des IVG médicamenteuses et exerçant en région Centre-Val de Loire ou en région Ile-de-France. Il pouvait donc s'agir de médecins généralistes, de gynécologues ou de sages-femmes. Les internes et les médecins remplaçants non-thésés ont été exclus de l'étude.

En plus de la région Centre, il a été décidé d'étendre l'étude à la région Ile-de-France pour plusieurs raisons :

- proximité géographique par rapport à la région Centre-Val de Loire et notamment par rapport au Loiret
- existence d'un réseau (REVHO) facilitant la coordination entre praticiens libéraux et hospitaliers et contribuant à leur formation continue
- taux de recours à l'IVG plus élevé que dans la région Centre-Val de Loire, et proportion d'IVG réalisées en cabinet libéral plus importante que dans la région Centre-Val de Loire.

## **2.4. Conception du questionnaire**

Nous avons participé à une matinée d'échange sur les IVG sur Grossesse de Localisation Indéterminée organisée par l'ANCIC en juin 2017, ainsi qu'à un atelier sur cette thématique au cours des journées de l'ANCIC d'octobre 2017. Ces deux événements ont été l'occasion d'échanger en petit groupe avec différents professionnels de santé. Leurs attitudes et leurs questionnements concernant les IVG sur GLI ont été recueillis et ont ensuite servi à élaborer les différentes parties du questionnaire.

Le questionnaire a été composé de 4 parties :

1. Renseignements généraux sur le profil des professionnels interrogés
2. Renseignements sur leur pratique habituelle des IVG médicamenteuses
3. Renseignements spécifiques à la pratique des IVG médicamenteuses sur GLI, avec deux parties distinctes selon que les professionnels avaient déjà pratiqué ou non ce type d'IVG
4. Mises en situation avec 2 petits cas cliniques

Le questionnaire a été testé au préalable par un échantillon de 5 médecins afin de s'assurer de sa bonne compréhension et de vérifier le temps nécessaire pour le compléter.

## **2.5. Réalisation de l'enquête**

Les professionnels et structures pratiquant les IVG médicamenteuses ont été répertoriés via les données présentes sur les sites des ARS de la région Centre et d'Île-de-France, ainsi que sur le site internet <https://www.ivglesadresses.org/>.

Les différents professionnels ou structures ont donc été contactés par téléphone via leur secrétariat. Ceux qui acceptaient de participer à l'enquête recevaient ensuite un email expliquant plus en détail le sujet de la thèse avec un lien permettant d'accéder au formulaire en ligne.

Une relance par mail était systématiquement faite dans un délai de 2 à 3 semaines après l'envoi du questionnaire.

Pour la région Centre-Val de Loire, nous avons contacté l'ensemble des structures répertoriées. Pour la région Ile-de-France, REVHO a été contacté pour savoir s'il était possible de diffuser le questionnaire aux professionnels franciliens via leur

mailing-liste, mais la réponse a été négative en raison d'un trop grand nombre de sollicitations pour des questionnaires de mémoire ou de thèse. Les structures et professionnels effectuant des IVG ont finalement été randomisés en utilisant la fonction ALEA du logiciel Excel. Nous avons sélectionné les 130 premières structures ainsi obtenues, ce qui nous donnait un ratio de 3 pour 1 par rapport à la région Centre-Val de Loire.

L'étude s'est déroulée entre le 25 septembre 2018 et le 31 janvier 2019.

## **2.6. Analyse des données**

Les réponses au questionnaire ont été reportées au sein d'un tableur puis analysées à l'aide du logiciel Excel.

Les résultats de variables qualitatives ont été exprimés en pourcentage, éventuellement illustrés à l'aide de graphiques. Pour les données quantitatives, les résultats sont donnés avec la moyenne et l'écart type, ou avec la médiane et les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> quartiles.

Pour la recherche de facteurs associés à la pratique des IVG sur GLI, les données qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Chi-2 avec éventuelle correction de Yates. Les données quantitatives ont été comparées avec le test de Student ou avec le test de Mann-Whitney en fonction des caractéristiques des variables.

La valeur significative de p était arbitrairement fixée à 0.05.

Les tests statistiques ont été effectués avec le logiciel BiostaTGV disponible en ligne gratuitement sur le site <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>.

### 3. Résultats

Nous avons répertorié 42 structures (service hospitalier, CPEF ou cabinet libéral) réalisant des IVG médicamenteuses en région Centre-Val de Loire, et 348 en Ile-de-France dont 130 ont été retenues suite à la randomisation. Le CPEF où travaille notre directrice de thèse a été exclu, les médecins y pratiquant les IVG médicamenteuses ayant participé à la phase de test du questionnaire.

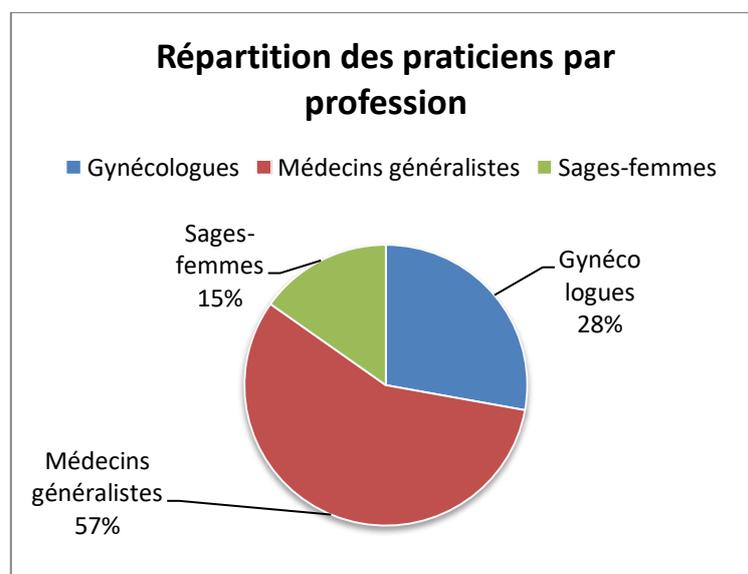
Nous avons pu recueillir 89 questionnaires entre le 25 septembre 2018 et le 31 janvier 2019.

#### 3.1. Caractéristiques de la population

##### 3.1.1. Données démographiques

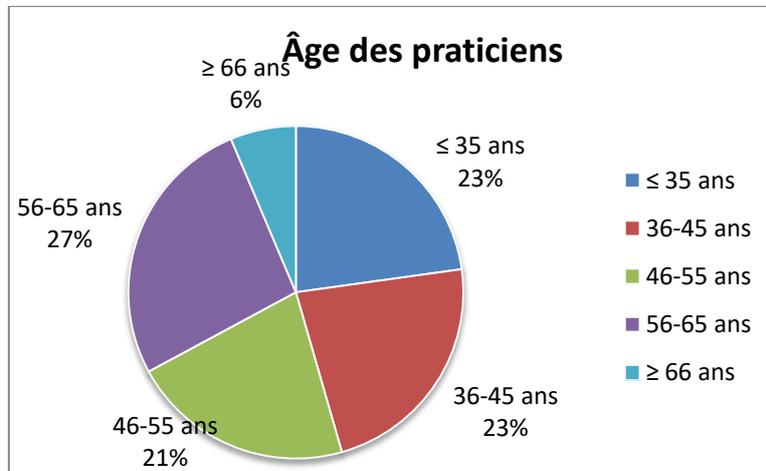
Les professionnels interrogés étaient pour plus de la moitié des médecins généralistes de formation :

*Figure 1 : Répartition des praticiens en fonction de leur profession*



L'âge des professionnels interrogés variait de 27 à 71 ans. La moyenne d'âge était de 48.4 ans avec un écart type de 12.6 ans. L'âge médian était de 49 ans, le 1<sup>er</sup> quartile de 37 ans et le 3<sup>ème</sup> quartile de 60 ans.

Figure 2 : Répartition des praticiens par tranche d'âge



Les professionnels étaient en majorité des femmes à 79.8%.

Ils exerçaient pour les deux tiers (67.4%) en région Ile-de-France.

58 des participants de l'enquête (65.2%) disaient être adhérents d'au moins un réseau ou une association impliqué.e dans l'accès à l'IVG en France (par exemple l'ANCIC, REVHO, ou encore le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)).

71 professionnels (79.8%) avaient déjà accueilli au moins une fois un étudiant en médecine et/ou maïeutique en stage.

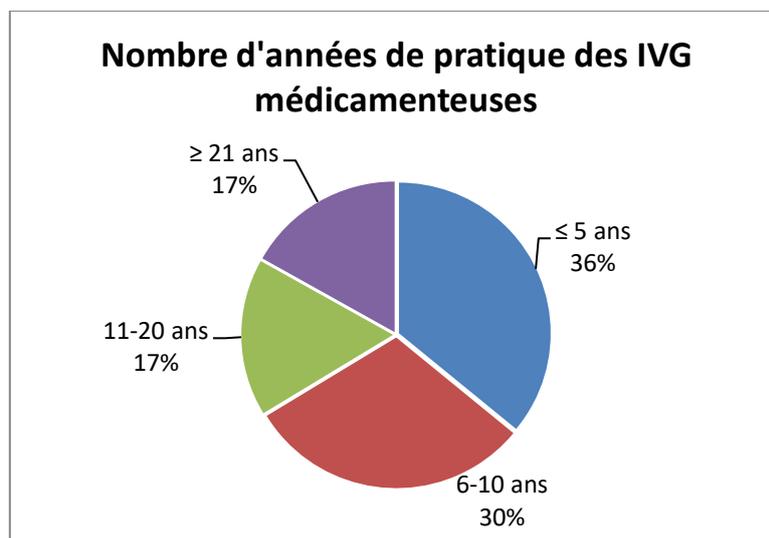
Tableau 1 : Résumé des caractéristiques démographiques de la population

Caractéristiques de la population		Effectif	Pourcentage
<b>Profession</b>	Gynécologues	25	28,1%
	Médecins généralistes	51	57,3%
	Sages-femmes	13	14,6%
<b>Âge</b>	≤ 35 ans	21	23,6%
	36-45 ans	18	20,2%
	46-55 ans	18	20,2%
	56-65 ans	24	27,0%
	≥ 66 ans	8	9,0%
<b>Sexe</b>	Féminin	71	79,8%
	Masculin	18	20,2%
<b>Région d'exercice</b>	Centre-Val de Loire	29	32,6%
	Île-de-France	60	67,4%
<b>Membre d'un réseau ou association impliqué.e dans l'accès à l'IVG</b>	Oui	58	65,2%
	Non	31	34,8%
<b>Maître de stage</b>	Oui	71	79,8%
	Non	18	20,2%

### 3.1.2. Données générales concernant la pratique des IVG médicamenteuses

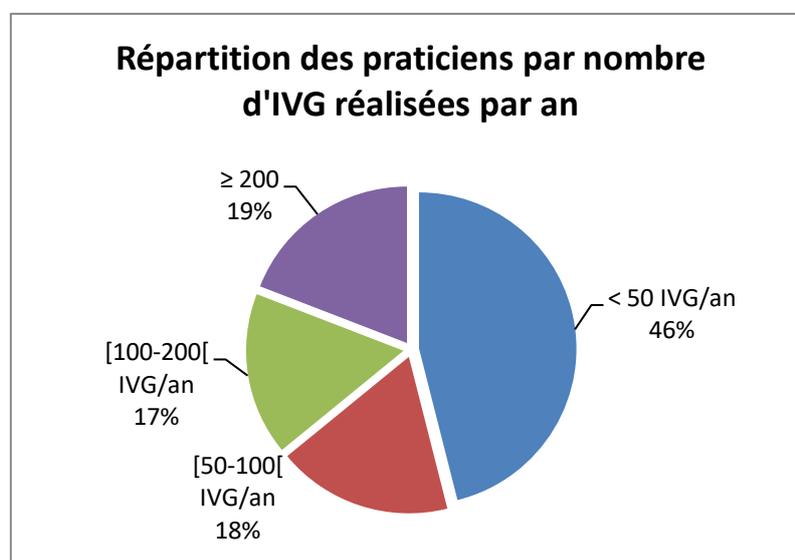
Les praticiens pratiquaient les IVG médicamenteuses depuis 6 mois pour les plus novices à 30 ans pour les plus expérimentés. La médiane était de 8 années de pratique [1<sup>er</sup> quartile 2 ans – 3<sup>ème</sup> quartile 13 ans].

Figure 3 : Répartition des praticiens en fonction du nombre d'années de pratique des IVG médicamenteuses



L'estimation du nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par an variait de 5 à 900, avec une médiane à 50 IVG par an [1<sup>er</sup> quartile 20 IVG/an ; 3<sup>ème</sup> quartile 100 IVG/an].

Figure 4 : Répartition des praticiens en fonction du nombre d'IVG réalisées par an



Concernant le lieu d'exercice pour les IVG médicamenteuses :

- 43 praticiens (48.3%) réalisaient les IVG médicamenteuses en milieu hospitalier, dont 21 de façon exclusive.
- 35 (39.3%) exerçaient en cabinet libéral, dont 26 de façon exclusive
- 30 (33.7%) exerçaient en CPEF, dont 11 de façon exclusive
- 11 (12.4%) exerçaient en Centre de Santé, dont 5 de façon exclusive
- 1 exerçait de façon exclusive en Centre Périnatal de Proximité

26 praticiens (29.2%) ont déclaré 2 modes d'exercice ou plus.

68 (76.4%) des professionnels déclaraient posséder un appareil d'échographie sur le lieu où ils réalisaient les IVG médicamenteuses. Parmi ces 68 professionnels, 52 (58.4%) réalisaient eux-mêmes les échographies pré-IVG dans la majorité des cas (« toujours » ou « la plupart du temps »). En revanche, 32 praticiens (36.0%) n'avaient aucune pratique des échographies pré-IVG.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population concernant la pratique des IVG médicamenteuses

Caractéristiques concernant la pratique des IVG médicamenteuses		Effectif	Pourcentage
Nombre d'années de pratique des IVG médicamenteuses	≤ 5 ans	32	36,0%
	6-10 ans	27	30,3%
	11-20 ans	15	16,9%
	> 20 ans	15	16,9%
Nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par an	< 50 IVG/an	41	46,1%
	[50-100[	16	18,0%
	[100-200[	15	16,9%
	≥ 200 IVG/an	17	19,1%
Mode d'exercice	Hospitalier	43	48,3%
	Cabinet libéral	35	39,3%
	CPEF	30	33,7%
	Centre de santé	11	12,4%
	Autre	1	1,1%
Appareil d'échographie à disposition sur le site de réalisation des IVG	Oui	68	76,4%
	Non	21	23,6%
Réalisation des échographies par le praticien effectuant l'IVG	Toujours	25	28,1%
	La plupart du temps	27	30,3%
	Rarement	5	5,6%
	Jamais	32	36,0%

## **3.2. Pratique habituelle des IVG médicamenteuses**

### **3.2.1. Examens réalisés avant l'IVG médicamenteuse**

L'échographie était l'examen le plus systématiquement pratiqué par les professionnels avant une IVG médicamenteuse : 82 professionnels (92.1%) la demandait systématiquement. 46 professionnels (51.7%) demandaient systématiquement un dosage des bêta-hCG et seulement 25 (28.1%) pratiquaient l'examen gynécologique de façon systématique.

3 praticiens ont indiqué ne rien faire de façon systématique mais s'adapter à la date des dernières règles : dosage des bêta-hCG et examen gynécologique en cas de grossesse de moins de 5 SA d'après la Date des Dernières Règles (DDR), échographie seule en cas de grossesse plus avancée.

Les autres examens cités par les professionnels incluaient la NFS, le dépistage des infections sexuellement transmissibles ou encore les tests de coagulation.

### **3.2.2. Suivi des IVG médicamenteuses**

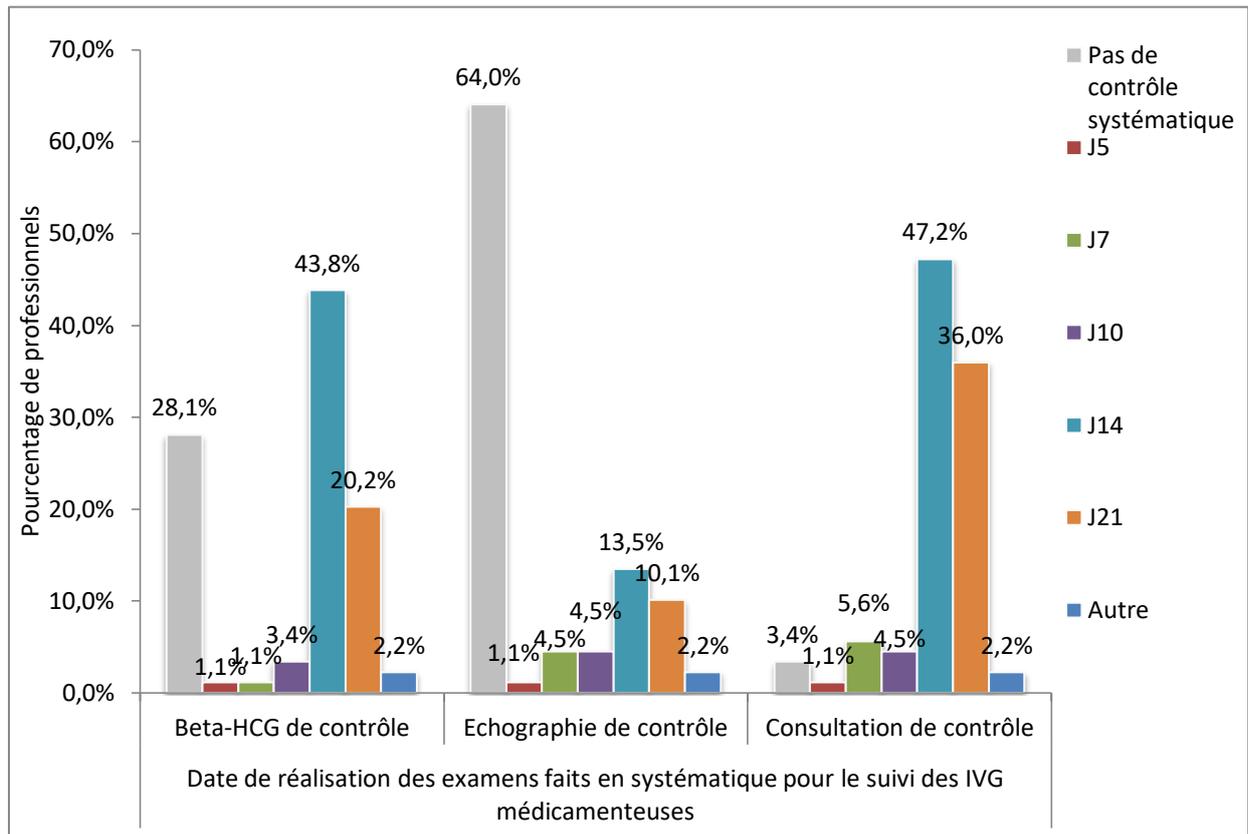
La surveillance des patientes après une IVG médicamenteuse reposait sur le seul dosage des bêta-hCG pour 52 praticiens (58.4%) sur la seule échographie pour 20 praticiens (22.5%) et sur l'association de ces deux examens pour 12 praticiens (13.5%). Les 5 praticiens restant n'ont pas indiqué d'examen de contrôle faits en systématique.

Pour les bêta-hCG, les praticiens attendaient un taux < 80% du taux initial entre J10 et J21 si réalisation préalable d'un dosage des bêta-hCG, ou un taux < 1000 UI/L entre J10 et J21 en l'absence de dosage préalable. 3 praticiens ont indiqué utiliser un test urinaire à basse sensibilité (check-top).

Une consultation de contrôle était systématiquement programmée par 86 des 89 professionnels interrogés (96.6%). Cette consultation avait lieu préférentiellement 14 jours ou 21 jours après la prise de la Mifepristone pour respectivement 42 (47.2%) et 32 (36.0%) des professionnels interrogés.

3 praticiens ont indiqué ne pas programmer systématiquement de consultation après l'IVG médicamenteuse. Parmi ces 3 praticiens, 2 déclaraient contacter leurs patientes par un autre moyen à J7 ou J14.

**Figure 6 : Date de réalisation habituelle des examens de suivi, après une IVG médicamenteuse**



### 3.3. Pratique des IVG sur Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI)

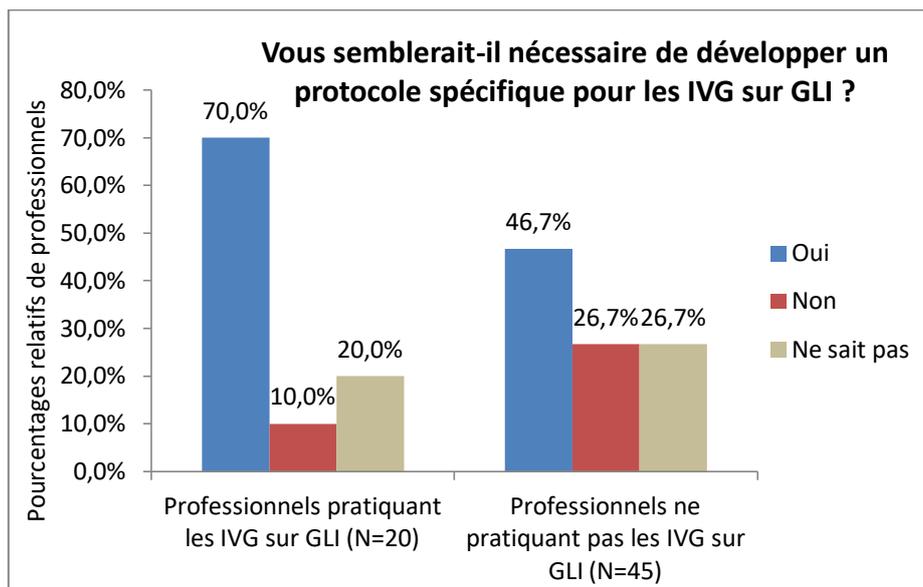
38 des professionnels (42.7%) ont déclaré avoir déjà pratiqué des IVG sur Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI).

63 professionnels (70.8%) avaient déjà abordé la thématique des IVG sur GLI au cours d'une réunion avec des confrères, et un peu moins de la moitié (38, soit 42.7%) avait déjà assisté à une formation en rapport avec ce sujet.

24 des 89 professionnels (27.0%) disposaient sur leur lieu d'exercice d'un protocole spécifique pour les IVG sur GLI. Parmi ces 24 professionnels, 18 ont déclaré avoir déjà pratiqué des IVG sur GLI.

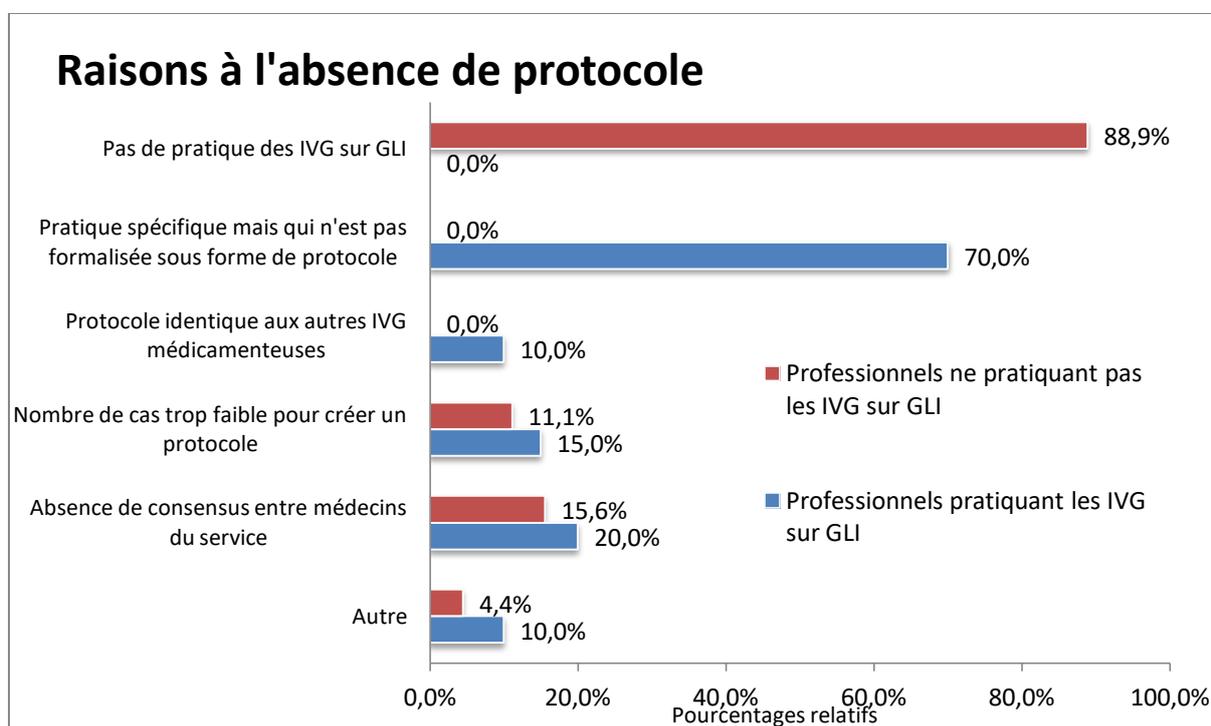
Parmi les 68 professionnels n'ayant pas de protocole spécifique, 35 (51.5%) jugeaient pertinente l'idée d'en développer un, tandis que 15 (22.1%) n'exprimaient pas d'opinion sur le sujet.

**Figure 7 : Nécessité d'un protocole spécifique pour les IVG sur GLI**



Les raisons les plus citées pour l'absence de protocole spécifique variaient selon la pratique ou non des IVG sur GLI. Les praticiens ne pratiquant pas d'IVG sur GLI mentionnaient en premier lieu l'absence de pratique (40 praticiens sur 45 soit 88.9%), tandis que ceux qui réalisaient des IVG sur GLI indiquaient en majorité avoir une pratique spécifique, bien qu'elle ne soit pas formalisée sous forme d'un protocole écrit (14 praticiens sur 20).

**Figure 8 : Raisons citées à l'absence de protocole pour les IVG sur GLI**



### 3.3.1. Données concernant les praticiens réalisant les IVG médicamenteuses sur GLI

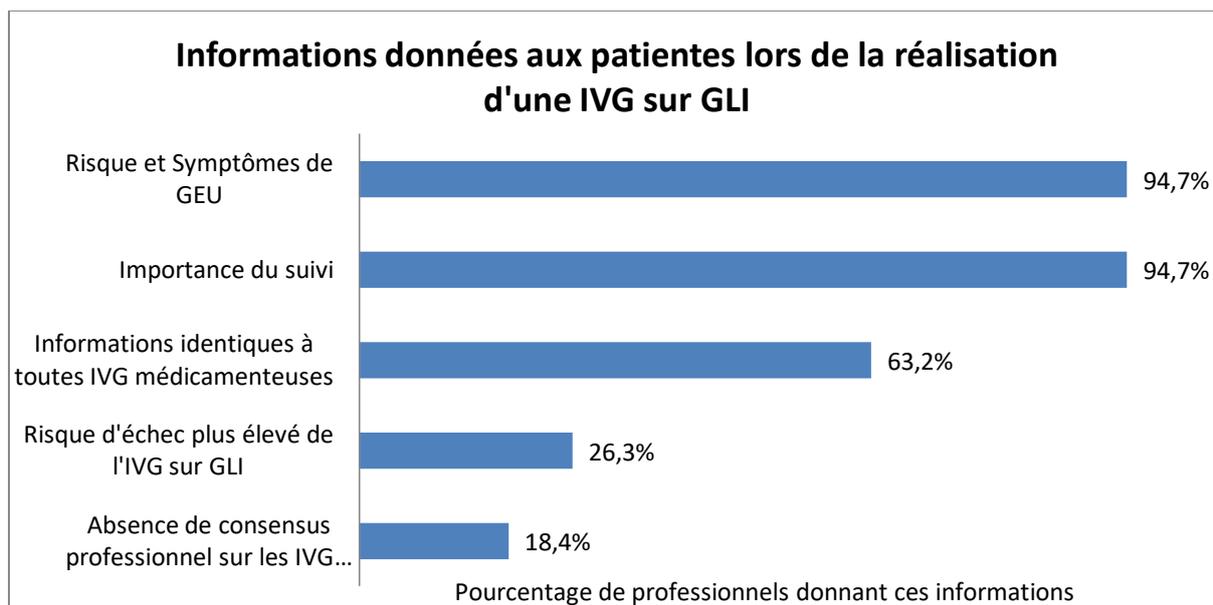
38 praticiens soit 42.7% ont déclaré avoir déjà réalisé des IVG sur GLI.

#### Prise en charge en amont

Lors d'une IVG médicamenteuse précoce, la quasi-totalité des praticiens (36/38 soit 94.7%) a déclaré informer leur patientes à la fois sur le risque de GEU et les symptômes de GEU, ainsi qu'insister sur l'importance du suivi à la suite de l'IVG.

10 professionnels (26.4%) indiquaient à leur patiente un risque plus élevé d'échec de l'IVG médicamenteuse en raison du terme précoce. Enfin 1 professionnel a déclaré donner des informations similaires à celles données habituellement, indépendamment du terme de la grossesse.

*Figure 9 : Informations données par les praticiens lors d'une IVG sur GLI*



9 praticiens (23.7%) disposaient d'une feuille de recueil de consentement spécifique pour les IVG sur GLI.

## Suivi des IVG médicamenteuses sur GLI

Le suivi des IVG médicamenteuses sur GLI reposait pour la totalité des praticiens sur le dosage systématique des bêta-hCG. Ce dosage était réalisé plus précocement que lors des autres IVG médicamenteuses pour 29 (76.3%) praticiens. Il avait lieu en majorité à J5 ou J7 de la prise de Mifepristone.

36 des praticiens se fiaient au pourcentage de décroissance des bêta-hCG, et attendaient un taux < 50% à J5 ou < 80% à J7. 5 praticiens (13.2%) ont indiqué réaliser un suivi des bêta-hCG jusqu'à leur négativation complète.

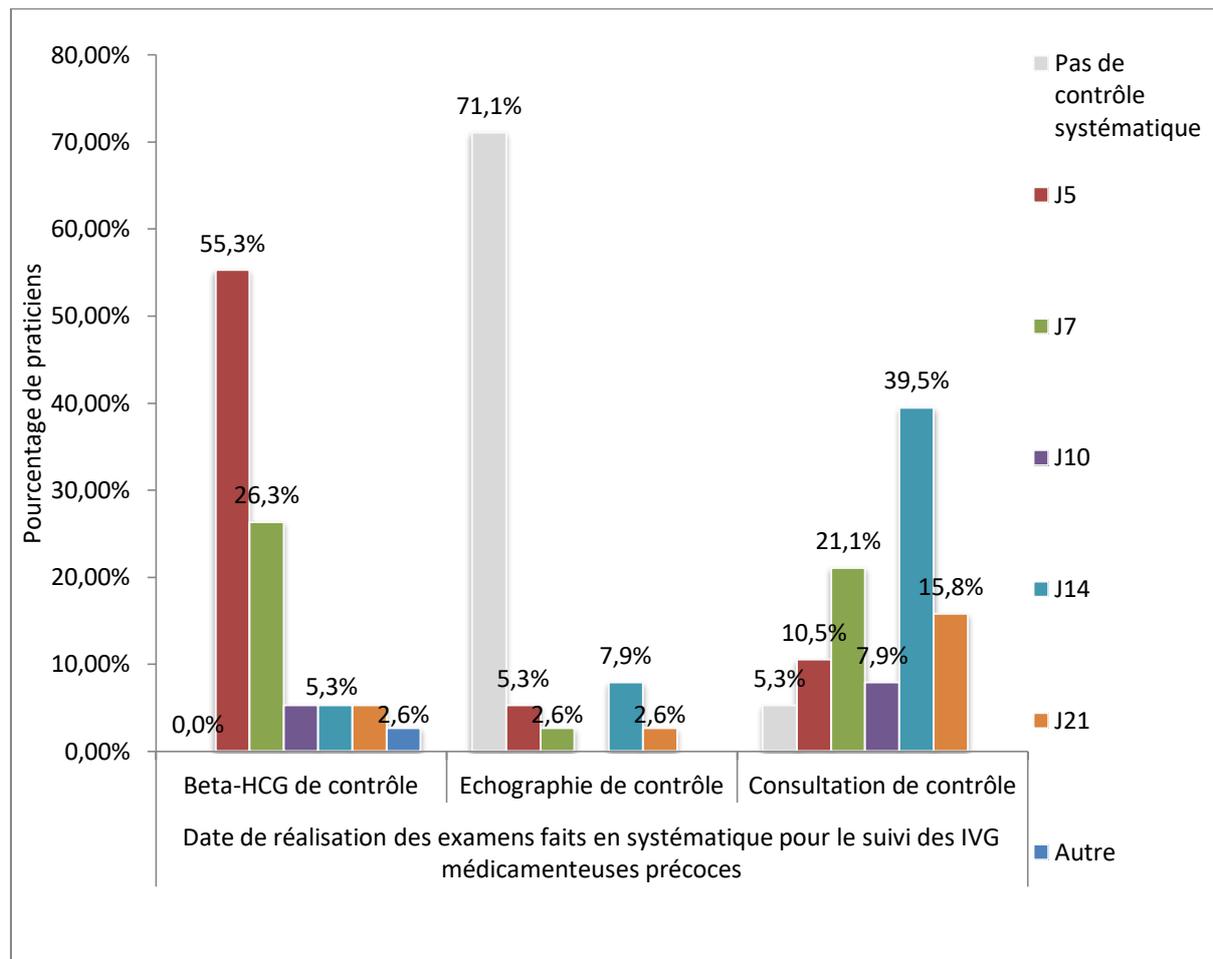
19 praticiens soit la moitié se fiaient également à des critères cliniques : disparition des signes sympathiques de grossesse et déroulé de l'IVG décrit par la patiente.

Par ailleurs 6 praticiens (15.8%) ont déclaré utiliser systématiquement l'échographie, en plus du dosage des bêta-hCG, pour confirmer la bonne efficacité de l'IVG.

La consultation de contrôle était programmée majoritairement à J14 par 15 professionnels (39.5%). 17 professionnels (44.7%) la réalisaient plus précocement que ce lors des autres IVG médicamenteuses.

2 professionnels ont indiqué ne pas programmer systématiquement de consultation de contrôle au décours de l'IVG, mais déclaraient en revanche contacter les patientes par un autre moyen.

Figure 10 : Date de réalisation des examens pour le suivi des IVG médicamenteuses sur GLI



### Complications des IVG médicamenteuses sur GLI

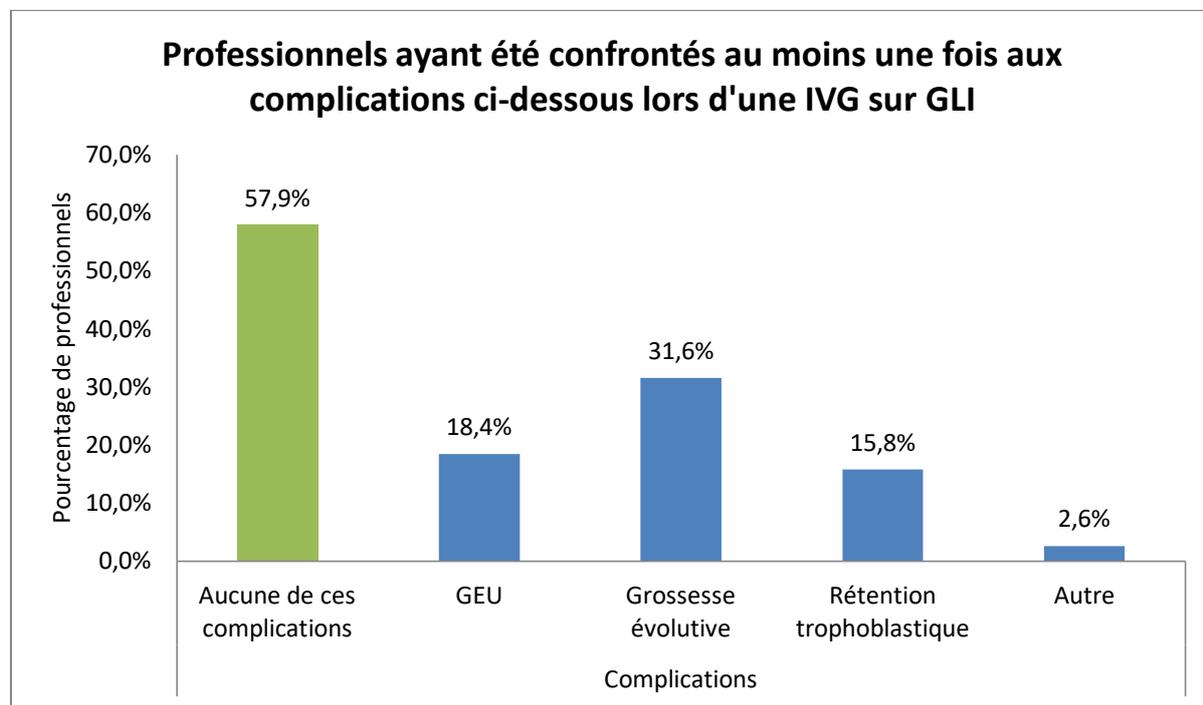
16 praticiens (42.1%) avaient déjà rencontré au moins 1 complication lors de la réalisation d'une IVG précoce.

La complication la plus citée était la grossesse évolutive, 12 professionnels y ayant été confrontés au moins une fois. La deuxième complication la plus citée était la GEU (7 praticiens).

1 professionnel a cité comme complication la multiplication des examens pour la patiente en cas de mauvaise décroissance du taux de bêta-hCG (prises de sang et examens gynécologiques répétés).

Aucun professionnel n'a mentionné d'épisode d'hémorragie ou d'infection génitale haute au décours d'une IVG sur GLI.

Figure 11 : Complications ayant déjà été rencontrées par les professionnels lors d'une IVG sur GLI



11 professionnels (29.0%) avaient eu au moins une expérience de patiente perdue de vue lors de la réalisation d'une IVG sur GLI.

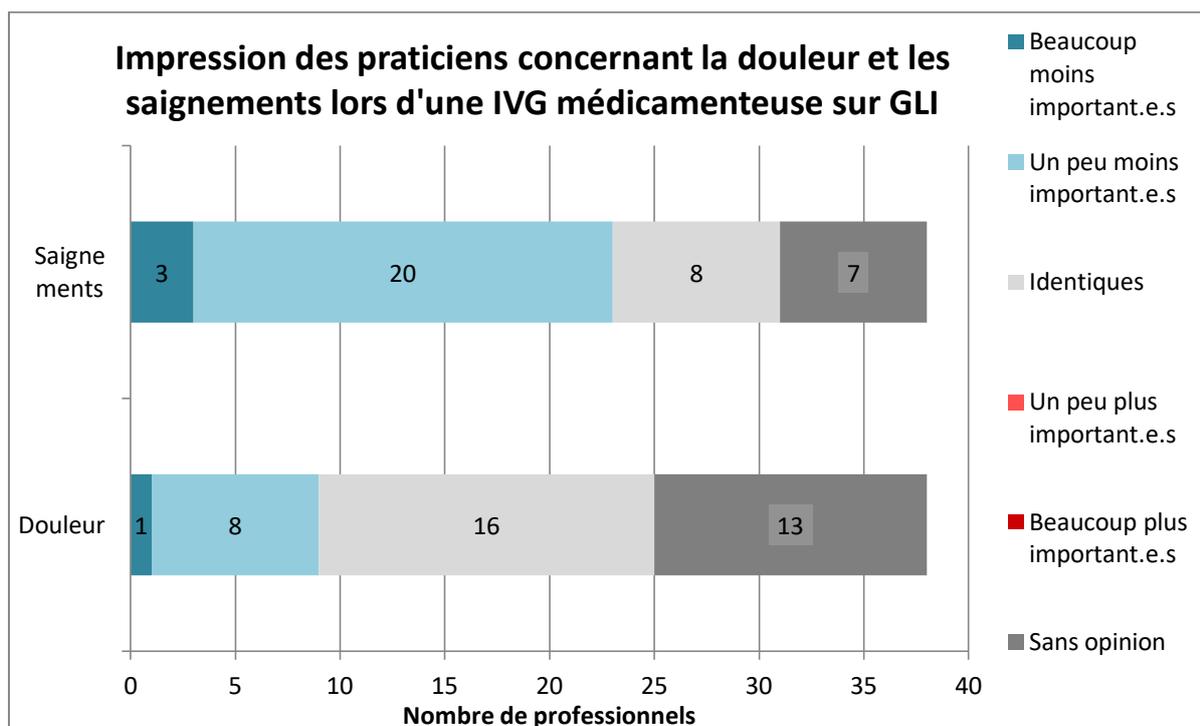
### Perception par les praticiens du déroulé de l'IVG sur GLI pour leurs patientes

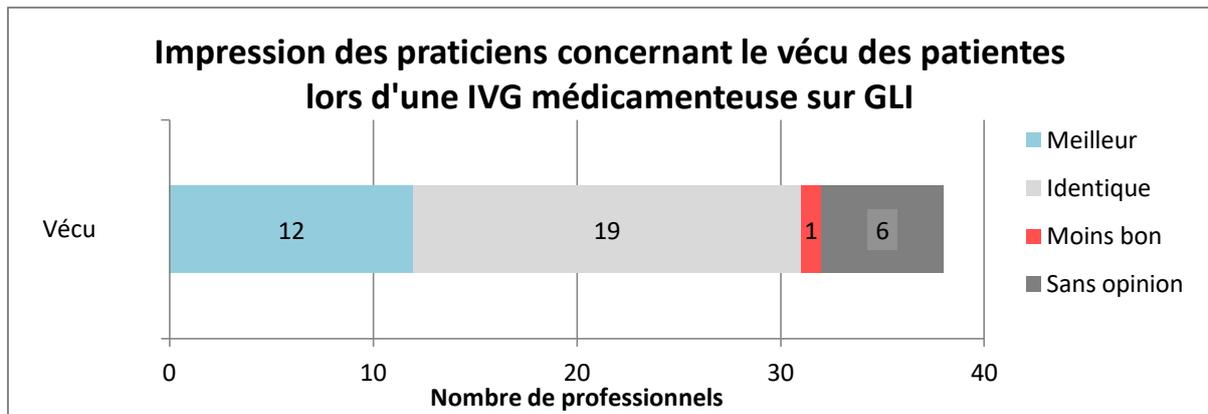
Concernant le déroulé de l'IVG médicamenteuse précoce, 13 professionnels (34.2%) n'ont pas exprimé d'opinion concernant la douleur rapportée par les patientes. Parmi les 25 autres professionnels, 16 (42.1%) n'avaient pas noté de différence par rapport aux autres IVG médicamenteuses. Pour finir, moins du quart des professionnels (9 soit 23.7%) estimaient la douleur un peu moins importante dans les IVG sur GLI.

Concernant les saignements, 7 professionnels (18.4%) n'ont pas exprimé d'opinion. Parmi les 31 autres professionnels, 23 (60.5%) évaluaient les saignements comme moins abondants que dans les autres IVG médicamenteuses, tandis que 8 (21.1%) n'avaient pas noté de différence.

Enfin, concernant le vécu des patientes, la moitié des professionnels (19) l'appréciait comme identique aux autres IVG médicamenteuse, 12 professionnels (31.6%) le jugeaient meilleur, tandis que 1 professionnel (2.6%) le jugeait moins bon. Les 6 professionnels restant (15.8%) n'ont pas exprimé de retour sur le sujet.

Figures 12 et 13 : Impression des praticiens sur la douleur, les saignements et le vécu rapportés par leurs patientes lors d'une IVG médicamenteuse sur GLI



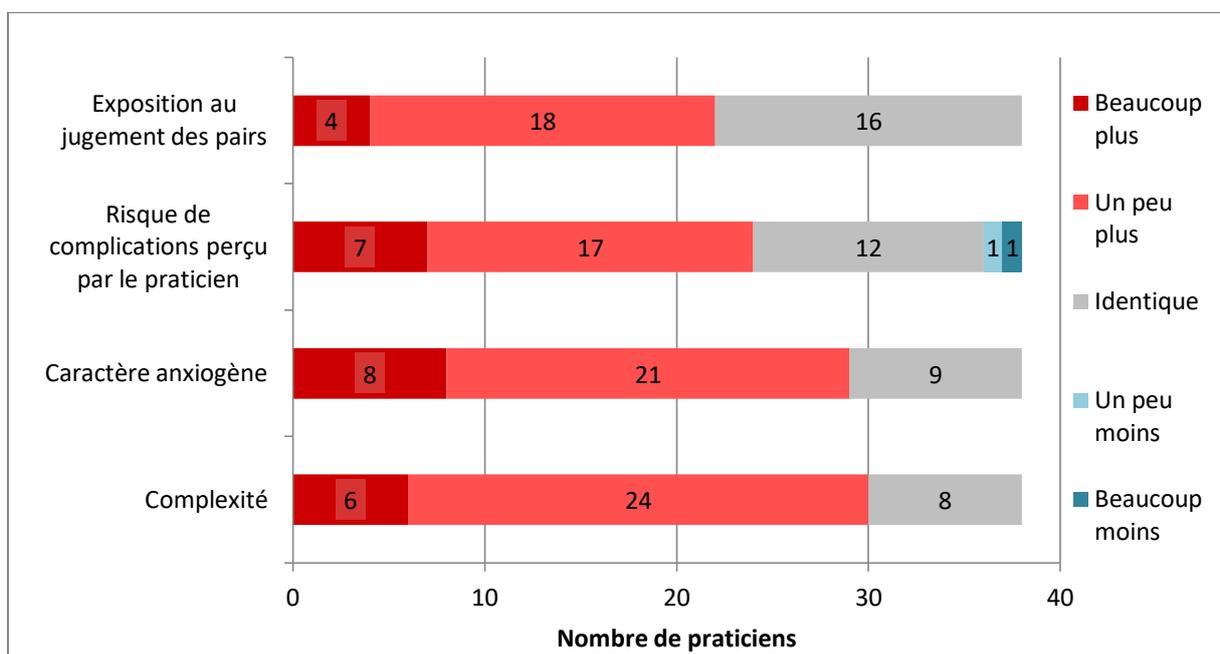


#### Perception des IVG sur GLI par les praticiens

Pour la majorité des praticiens, réaliser une IVG médicamenteuse sur GLI n'était pas un acte facile. Ils étaient en effet 30 (78.9%) à trouver cet acte plus complexe, et 29 (76.3%) à le trouver plus anxiogène, comparativement à la réalisation des IVG médicamenteuses habituelles.

24 praticiens (63.2%) disaient percevoir le risque de complications comme plus important. Enfin, 22 praticiens (57.9%) se sentaient plus exposés au jugement potentiel de leurs confrères.

Figure 14: Sentiment des praticiens lors de la réalisation d'une IVG sur GLI (comparativement à une IVG médicamenteuse classique)



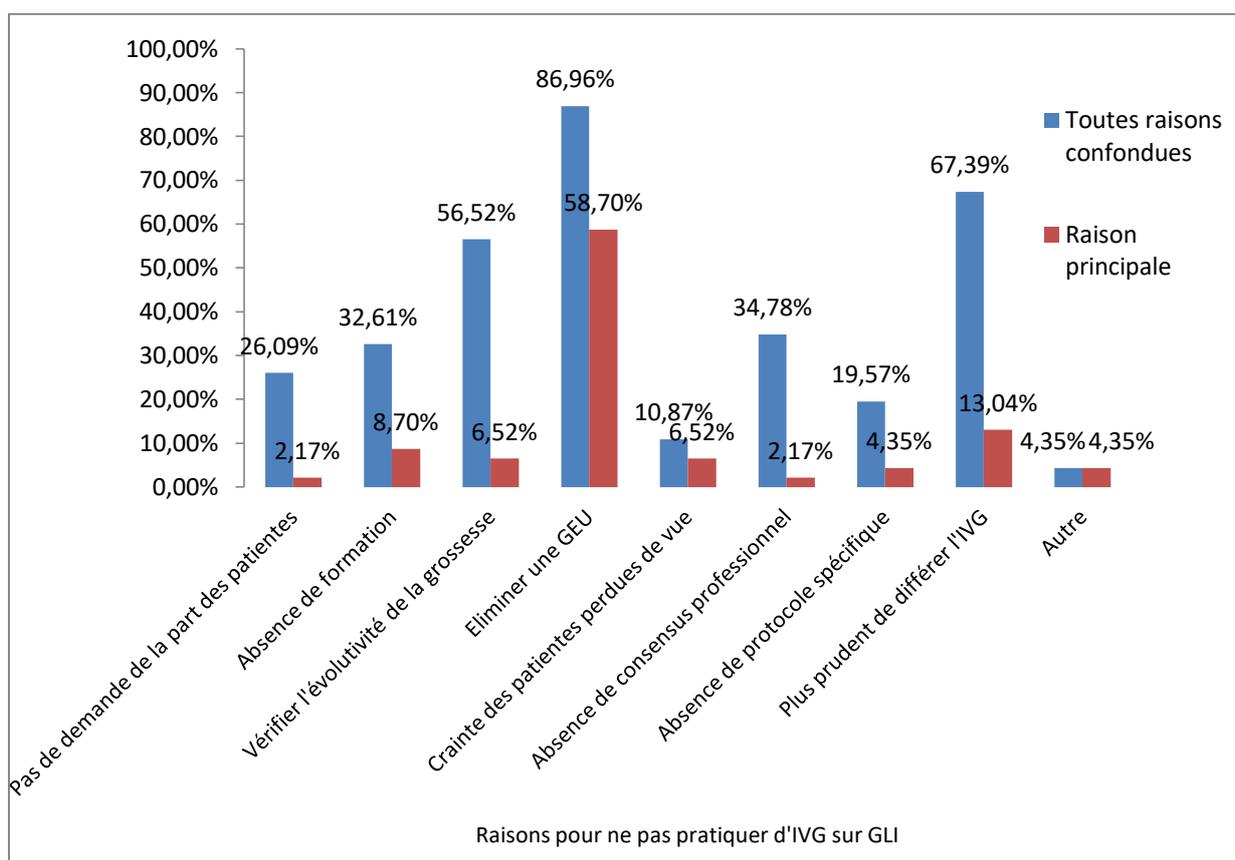
### 3.3.2. Données concernant les praticiens ne réalisant pas d'IVG sur GLI

51 praticiens ont déclaré n'avoir jamais réalisé d'IVG sur GLI (57.3%).

Les praticiens ont cité en moyenne 3 motifs pour ne pas réaliser d'IVG sur GLI. Le motif le plus cité était la crainte d'une GEU : 40 praticiens (78.4%) se disent préoccupés par la possibilité de passer à côté d'une GEU, dont 29 pour qui ce motif était le frein principal aux IVG sur GLI.

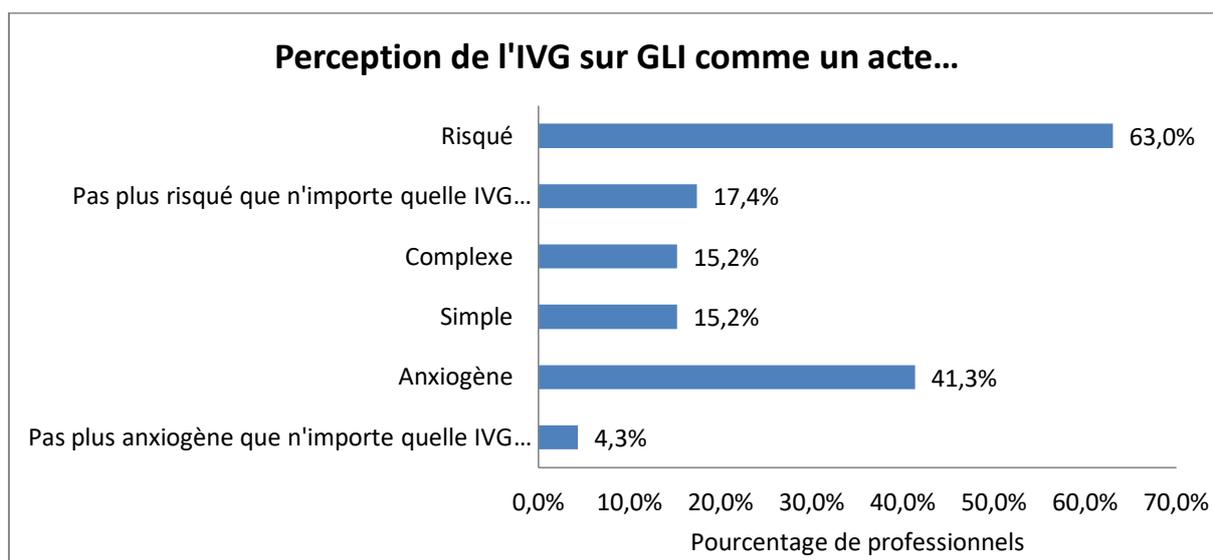
31 professionnels (60.8%) jugeaient plus prudent de différer l'IVG de quelques jours, tandis que 26 (51.0%) préféraient s'assurer d'abord de l'évolutivité de la grossesse.

*Figure 15 : Raisons citées par les praticiens pour ne pas pratiquer d'IVG sur GLI*



L'acte d'IVG sur GLI était perçu comme risqué par 29 des praticiens (56.9%), et anxiogène par 19 d'entre eux (37.2%). 2 praticiens ont indiqué ne pas avoir assez d'informations sur le sujet pour se prononcer. 1 praticien percevait l'acte d'IVG sur GLI comme lourd, aussi bien du point de vue de la patiente que de celui du médecin, et enfin 1 praticien le qualifiait d'inutile.

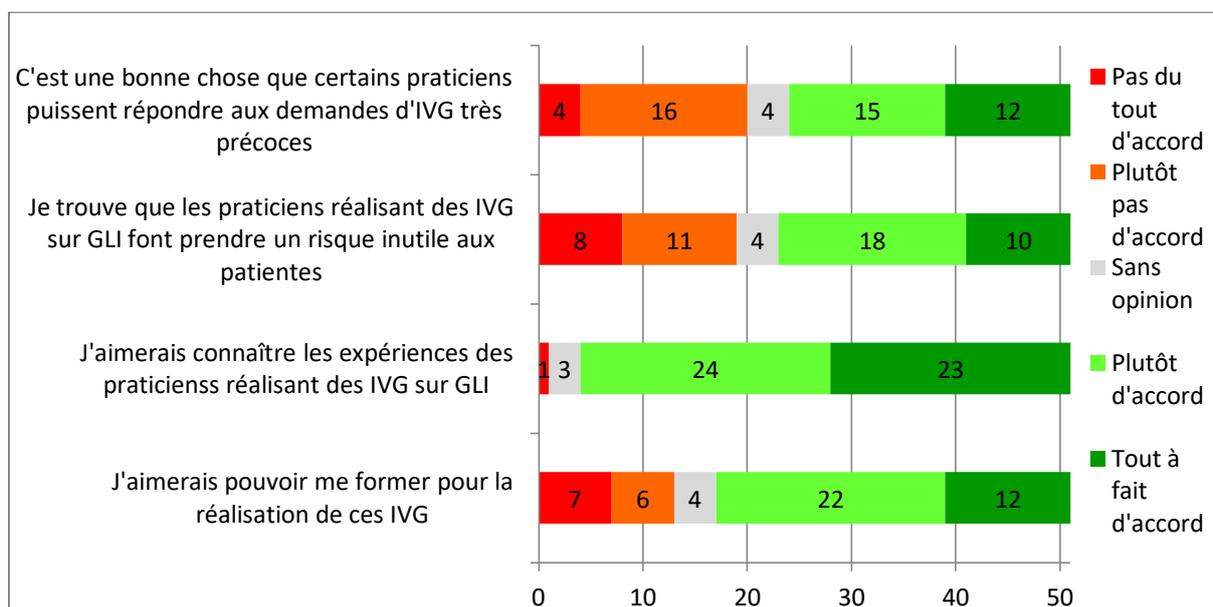
Figure 16 : Perception des IVG sur GLI par les praticiens n'en ayant jamais réalisé



Les opinions étaient partagées quant au bénéfice de répondre rapidement aux demandes d'IVG très précoces : 27 professionnels (52.9%) trouvaient cela plutôt positif contre 20 (39.2%) qui trouvaient cela plutôt négatif. 28 professionnels (54.9%) étaient d'accord pour dire que réaliser une IVG sur GLI comportait un risque inutile.

Malgré cela, la quasi-totalité des praticiens (47, soit 92.2%) se disait intéressée par les retours de leurs confrères pratiquant les IVG sur GLI, et les deux-tiers (34, soit 66.7%) aimeraient se former à la réalisation de ces IVG.

Figure 17 : Opinion des professionnels n'ayant jamais réalisé d'IVG sur GLI sur cette pratique



### 3.3.3. Réponses aux mises en situation

Dans la dernière partie de notre questionnaire, nous demandions aux praticiens quelle serait leur conduite tenue dans deux situations différentes. Ces situations concernaient à chaque fois une patiente sans aucun antécédent, avec une carte de groupe sanguin valide et rhésus positif, en demande d'IVG.

#### Premier cas clinique

Le premier cas clinique concernait une demande d'IVG de la part d'une patiente ayant des bêta-hCG à 240 UI/L à un terme de 4 SA+2 jours.

Dans le groupe des praticiens n'ayant jamais réalisé d'IVG sur GLI, 2 (3.9%) ont répondu qu'ils débuteraient l'IVG le jour même. Parmi ces 2 praticiens : le premier a indiqué dans les réponses précédentes qu'il n'avait jamais été confronté à la situation d'une demande d'IVG sur GLI, tandis que le deuxième a indiqué n'en avoir jamais pratiqué faute d'accord avec ses confrères, mais a précisé en commentaire qu'il y serait favorable.

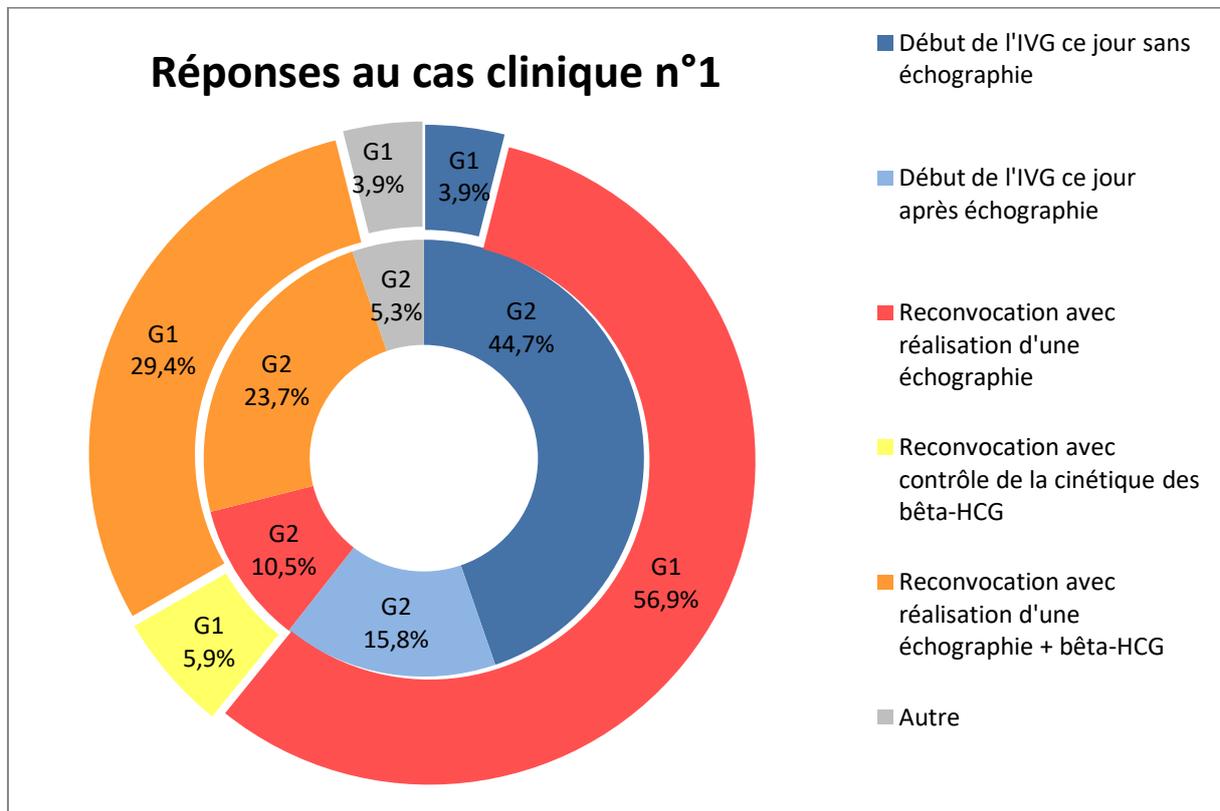
Parmi les praticiens ayant déjà pratiqué des IVG sur GLI, 23 (60.5%) ont répondu qu'ils accepteraient de débuter l'IVG le jour même, tandis que 13 (34.2%) préféreraient reconvoquer la patiente à une date ultérieure. 2 praticiens ont indiqué que leur prise en charge dépendaient de trop d'éléments (notamment facteurs de risque de GEU, compréhension de la patiente) pour pouvoir répondre correctement à notre question.

Par ailleurs, 18 des 89 praticiens (20.2%) ont indiqué qu'ils réaliseraient une échographie le jour même, principalement pour rechercher des signes de GEU (10 dans le premier groupe, soit 19.6% et 8 dans le deuxième groupe, soit 21.1%).

Enfin parmi les praticiens ayant répondu qu'il était possible de débuter l'IVG le jour même, plusieurs ont indiqué en commentaires qu'ils laisseraient le choix à la patiente entre plusieurs options (IVG le jour même ou différée dans quelques jours après réalisation d'examen complémentaires).

### Figure 18 : Réponses au cas clinique n°1

(Les résultats sont exprimés en pourcentage relatif, le groupe 1 correspond aux praticiens n'ayant jamais réalisé d'IVG sur GLI (N=51) et le groupe 2 à ceux en ayant déjà réalisé (N=38)).



### Deuxième cas clinique

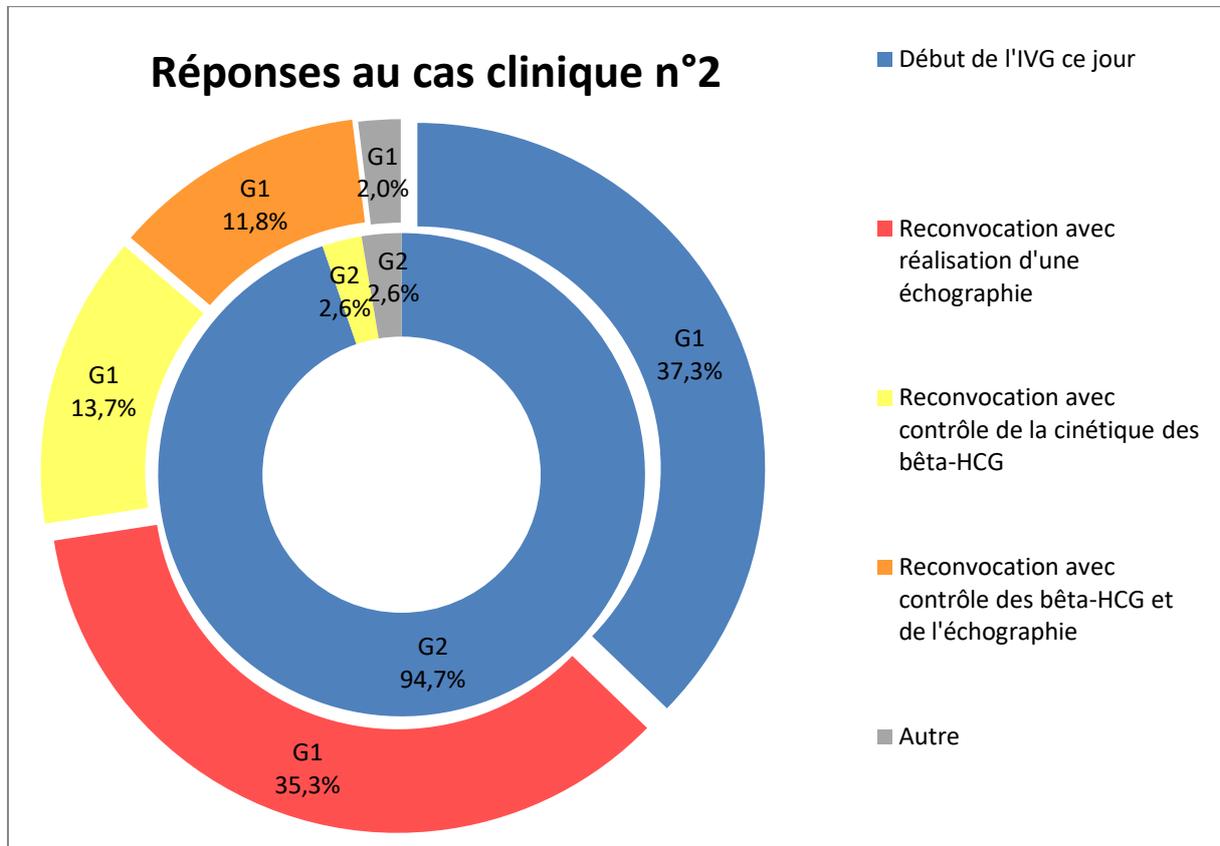
Le cas clinique n°2 concernait une demande d'IVG chez une patiente avec un taux de bêta-hCG à 1050 UI/L pour un terme de 5 SA, et une échographie retrouvant un sac intra-utérin de 5 mm de diamètre sans vésicule vitelline.

Dans cette situation, la quasi-totalité des praticiens ayant déjà réalisé des IVG sur GLI (36 soit 94.7%) a répondu qu'il était possible de débiter l'IVG le jour même. 1 praticien a indiqué reconvoquer la patiente ultérieurement, tandis que 1 a indiqué comme pour le premier cas clinique qu'il lui manquait trop d'éléments pour se prononcer.

Parmi les praticiens ayant dit n'avoir jamais pratiqué d'IVG sur GLI, 19 (37.3%) ont indiqué qu'il pouvait proposer à la patiente de débiter l'IVG le jour même, tandis que 31 (60.7%) ont indiqué reconvoquer la patiente à une date ultérieure.

Figure 19 : Réponses au cas clinique n°2

(Les données sont exprimées en pourcentages relatifs, le groupe 1 correspond aux praticiens n'ayant jamais réalisés d'IVG sur GLI (N=51) et le groupe 2 à ceux en ayant déjà réalisées (N=38))



### 3.3.4. Facteurs associés à la pratique des IVG médicamenteuses sur GLI

Nous avons cherché si certaines caractéristiques différaient entre les praticiens ayant déclaré avoir déjà pratiqué des IVG médicamenteuses sur GLI et les autres.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les praticiens réalisant des IVG médicamenteuses précoces et ceux ne les pratiquant pas pour les éléments suivants :

- la profession
- le sexe
- l'âge
- le fait d'être maître de stage ou non
- le nombre d'années de pratique des IVG médicamenteuses
- le fait de pouvoir réaliser soi-même les échographies pour les IVG

En revanche, les facteurs suivants variaient de façon statistiquement significative ( $p < 0.05$ ) entre le groupe de praticiens ayant déjà pratiqué des IVG sur GLI et le groupe de praticiens n'en ayant jamais pratiquées :

- **le mode d'exercice** : les praticiens pratiquant les IVG médicamenteuse de façon exclusive en cabinet libéral ou CPEF/Centre de santé étaient moins susceptibles de pratiquer les IVG sur GLI, alors que ceux qui avaient déclaré au moins 2 modes d'exercices étaient plus nombreux à les pratiquer.

- **le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par an** : les praticiens qui pratiquaient les IVG sur GLI réalisaient plus d'IVG par an.

- **la région d'exercice** : les praticiens exerçant en région Ile-de-France étaient plus nombreux à pratiquer les IVG sur GLI.

- **l'adhésion à un réseau ou une association** impliqué.e dans l'accès à l'IVG en France : les praticiens qui ont déclaré être membre d'un réseau ou d'une association pratiquaient plus fréquemment les IVG médicamenteuses sur GLI.

- **l'existence d'un protocole spécifique** : les praticiens disposant d'un protocole pour la réalisation des IVG sur GLI étaient plus nombreux à les pratiquer.

- **la formation** : les praticiens qui ont déclaré avoir déjà assisté à une formation en rapport avec les IVG sur GLI étaient plus susceptibles d'en pratiquer.

Les résultats des tests statistiques sont résumés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 3 : Pratique des IVG médicamenteuses sur GLI selon certains facteurs : résultats des tests statistiques sur les variables qualitatives (Chi-2)

Facteurs étudiés	Pratique des IVG médicamenteuses précoces				Valeur de p	
	Oui (N=38)		Non (N=51)			
	N	%	N	%		
<b>Profession</b>	Gynécologues	9	36,0%	16	64,0%	p = 0,140
	Médecins généralistes	26	51,0%	25	49,0%	
	Sages-femmes	3	23,1%	10	76,9%	
<b><u>Mode d'exercice</u></b>	Hospitalier	9	42,9%	12	57,1%	<b>p &lt; 0,001</b>
	Libéral	5	19,2%	21	80,8%	
	CPEF ou CdS	5	29,4%	12	70,6%	
	Mixte	19	76,0%	6	24,0%	
<b>Sexe</b>	Féminin	31	43,7%	40	56,3%	p = 0,921
	Masculin	7	38,9%	11	61,1%	
<b><u>Région d'exercice</u></b>	Centre-Val de Loire	7	24,1%	22	75,9%	<b>p = 0,014</b>
	Ile-de-France	31	51,7%	29	48,3%	
<b><u>Adhésion à un réseau ou une association</u></b>	Oui	33	56,9%	25	43,1%	<b>p &lt; 0,001</b>
	Non	5	16,1%	26	83,9%	
<b>Maître de stage</b>	Oui	34	47,9%	37	52,1%	p = 0,089
	Non	4	22,2%	14	77,8%	
<b>Réalisation de l'échographie par le praticien</b>	Oui (toujours ou la plupart du temps)	23	44,2%	29	55,8%	p = 0,729
	Non	15	40,5%	22	59,5%	
<b><u>Protocole spécifique pour les IVG sur GLI</u></b>	Oui	20	76,9%	6	23,1%	<b>p &lt; 0,001</b>
	Non	18	28,6%	45	71,4%	
<b><u>Formation sur les IVG sur GLI</u></b>	Oui	28	73,7%	10	26,3%	<b>p &lt; 0,001</b>
	Non	10	19,6%	41	80,4%	

Tableau 4 : Résultats des tests statistiques sur les variables quantitatives

Facteurs étudiés	Pratique des IVG médicamenteuses sur GLI		Valeur de p
	Oui (N = 38)	Non (N = 51)	
<b>Âge</b> : moyenne (médiane, 1er-3ème quartiles)	48,2 ans (47 ;36-60)	48,6 ans (51 ; 39-59)	p = 0,880
<b>Nombre d'années de pratique des IVG médicamenteuses</b> : moyenne (médiane ; 1er-3ème quartiles)	11,7 ans (8,5 ; 4-17)	9,6 ans (7 ; 2-13)	p = 0,294
<b><u>Nombre d'IVG médicamenteuses par an</u></b> : moyenne (médiane, 1er-3ème quartiles)	157,2 IVG/an (100 ; 35-200)	64,6 IVG/an (30 ; 12-70)	<b>p &lt; 0,001</b>

## 4. Discussion

### 4.1. Résultats principaux

#### 4.1.1. Caractéristiques de la population

##### Caractéristiques démographiques

Les médecins généralistes constituaient plus de la moitié de la population ayant répondu à notre questionnaire (57.3%) et y étaient deux fois plus représentés que les gynécologues (28.1%). On peut noter également une proportion non négligeable de sages-femmes (14.6%) dans notre enquête, alors que l'accès à la réalisation des IVG médicamenteuses leur a été ouvert seulement depuis l'été 2016. A titre de comparaison, la proportion de médecins généralistes en 2017 au sein de REVHO était de 56.7%, ce qui est très proche de nos chiffres. En revanche, le réseau ne comptait que 3.0% de sages-femmes adhérentes<sup>29</sup>.

Les médecins ayant répondu à notre questionnaire étaient âgés en moyenne de 48.4 ans. Cette moyenne d'âge est inférieure à celle des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en 2018 qui est de 57.1 ans<sup>30</sup>. Dans l'étude de P. Chalmeton auprès des praticiens de REVHO en 2011, il était retrouvé deux tiers de praticiens âgés de plus de 50 ans<sup>31</sup>.

Dans notre étude, le sexe ratio était de 4 femmes pour 1 homme, alors qu'au niveau national le sexe ratio des femmes inscrites au tableau de l'Ordre est légèrement inférieur à 1 (0.9 femmes pour 1 homme soit 47.5% de femmes)<sup>30</sup>. Dans l'étude de la DREES de 2007, le pourcentage de femmes était de 45.5%<sup>32</sup>. En revanche, dans l'étude de P. Chalmeton<sup>31</sup>, on observait une proportion de femmes de 73.0%, médecins généralistes et gynécologues confondus. Ce dernier taux se rapproche d'avantage des chiffres observés dans notre étude.

La population ayant répondu à notre enquête était donc un peu plus féminine, et surtout plus jeune que ce que l'on pouvait attendre aux vues des données précédemment citées.

Enfin, la population de notre étude était constituée par 79.8% de praticiens qui avait déjà été maître de stage. Ce taux nous semble important, bien que nous n'ayons pas trouvé de données pour comparer ce chiffre parmi les praticiens réalisant des IVG.

### Caractéristiques concernant la pratique des IVG médicamenteuses

Le nombre d'années médian de pratique des IVG médicamenteuses était de 8 ans, et un peu plus du tiers des praticiens (36.0%) réalisait des IVG depuis 5 ans ou moins. Il s'agit donc majoritairement de professionnels ayant une expérience relativement récente des IVG.

Le nombre d'IVG médian par an était de 50. A titre de comparaison, dans l'enquête de la DREES de 2007, le nombre moyen d'IVG par mois était de 13.8 pour les professionnels exerçant en établissement de santé, contre 2.1 pour ceux ayant un exercice libéral exclusif<sup>33</sup>.

#### **4.1.2. Pratique habituelle des IVG**

Pour les professionnels ayant répondu à notre étude, l'échographie restait l'examen le plus pratiqué avant une IVG médicamenteuse, par 92.0% des praticiens. Les dernières recommandations du CNGOF disent que sa réalisation doit être encouragée mais n'est pas indispensable avant l'IVG<sup>17</sup>.

Par ailleurs 20.0% des praticiens utilisaient encore l'échographie seule pour juger de la réussite de l'IVG médicamenteuse, tandis que 12.0% l'utilisaient couplée au dosage des bêta-hCG. L'HAS indique que l'échographie comme le dosage des bêta-hCG peuvent être utilisés pour apprécier la réussite de l'IVG<sup>16</sup>, tandis que le CNGOF<sup>17</sup> et REVHO recommandent d'utiliser préférentiellement le dosage hormonal<sup>29</sup>.

#### **4.1.3. Pratique des IVG sur GLI**

Un peu moins de la moitié des praticiens de notre échantillon a répondu avoir déjà réalisé des IVG sur GLI (38 praticiens soit 42.7%).

### Réponses aux cas cliniques

Les réponses données aux 2 petits cas cliniques témoignent cependant d'une hétérogénéité des pratiques, y compris parmi les praticiens ayant déclaré avoir déjà réalisé des IVG sur GLI.

En effet dans le premier cas clinique, correspondant à une grossesse de 4 SA et 2 jours, le tiers de ces praticiens (13/38, soit 34.2%) préférait effectuer d'autres contrôles avant de débiter l'IVG. En revanche, la quasi-totalité de ces praticiens (36/38, soit 94.7%) acceptait de réaliser d'emblée l'IVG dans l'hypothèse d'une grossesse de 5 SA avec une structure évocatrice d'un sac intra-utérin à l'échographie.

La première situation correspondait à une situation de grossesse très précoce. Considérant le terme et le taux de bêta-hCG, on peut supposer que l'échographie ne serait pas contributive et aboutirait donc à une GLI. La deuxième situation pouvait être interprétée comme une Grossesse Intra-Utérine Probable, car la présence d'un sac seul ne suffit pas à affirmer le caractère intra-utérin de la grossesse. Cette deuxième situation semblait donc moins problématique pour les professionnels dans leur prise en charge.

Il n'y a à notre connaissance pas de consensus pour savoir à quel moment peut être débutée une IVG sur GLI, ni pour savoir s'il est préférable d'effectuer des contrôles supplémentaires avant de réaliser l'IVG.

#### Pratique des IVG sur GLI : différences avec la pratique habituelle des IVG médicamenteuses

La totalité des praticiens a indiqué réaliser systématiquement un dosage des bêta-hCG à la fois avant la procédure d'IVG sur GLI, ainsi que pour le suivi. En dehors du contexte de GLI, seuls 51.7% des praticiens interrogés réalisaient systématiquement ce dosage en pré-IVG, et 71.9% en post-IVG.

Le dosage des bêta-hCG post-IVG était réalisé plus tôt que lors des autres IVG médicamenteuses pour 76.3% des praticiens. Il avait lieu préférentiellement à J5 pour 55.3% des praticiens ou à J7 pour 26.3%.

Ces délais plus courts correspondent aux recommandations du CNGOF, à savoir qu'une décroissance de 50% à J5 ou 80% à J7 permet de confirmer l'efficacité de l'IVG médicamenteuse sur une GLI<sup>17</sup>.

La consultation de contrôle était quant à elle réalisée plus précocement pour 44.7% des professionnels. 31.6% des praticiens la réalisaient à J5 ou J7 et 39.5% à J14. Il n'existe pas de recommandation pour savoir si cette consultation doit être réalisée plus tôt que la visite habituelle, qui est préconisée entre J14 et J21.

Les mêmes praticiens déclaraient ne pas prévoir de consultation systématiquement mais contacter la patiente par un autre moyen, qu'il s'agisse d'une IVG dans un contexte de GLI ou non.

Dans notre étude, la pratique des IVG médicamenteuses sur des grossesses de localisation indéterminée était associée à plus d'anxiété qu'une IVG sur une grossesse bien identifiée comme intra-utérine. Cet acte était également qualifié de complexe et les praticiens indiquaient redouter d'avantage les complications et le possible jugement de leurs confrères.

En parallèle, les professionnels ne réalisant pas les IVG sur GLI qualifiaient cet acte avant tout comme risqué (60.2% des praticiens) et dans une moindre mesure comme anxiogène (41.3%).

En dehors du contexte de GLI, P. Chalmeton retrouvait déjà 33% de médecins ayant une appréhension significative lors de la réalisation de leurs premières IVG, et 24% qui avaient un sentiment de dévalorisation du milieu médical<sup>31</sup>.

Malgré ces perceptions de l'acte d'IVG sur GLI, les praticiens n'en ayant jamais réalisés étaient très majoritairement intéressés pour connaître les retours de leur confrères sur le sujet, et les deux tiers déclaraient qu'ils aimeraient se former pour réaliser ces IVG.

### Facteurs influençant la pratique des IVG sur GLI

Dans notre échantillon, plusieurs paramètres variaient de façon significative entre les professionnels qui ont déclaré avoir déjà réalisé des IVG sur GLI et ceux qui disaient n'en avoir jamais réalisées.

Les professionnels réalisant des IVG sur GLI déclaraient un nombre d'IVG médicamenteuses par an plus important. On peut supposer que ces professionnels étaient plus susceptibles d'être confrontés à des demandes d'IVG sur GLI ou avaient une plus grande expérience des IVG. Les praticiens qui avaient déclaré au moins deux modes d'exercice étaient aussi plus nombreux à pratiquer les IVG sur GLI, comparativement à ceux qui n'en déclaraient qu'un, et notamment par rapport à ceux exerçant de façon exclusive en cabinet libéral.

Les praticiens réalisant les IVG sur GLI étaient par ailleurs plus nombreux à disposer d'un protocole spécifique ainsi qu'à avoir déjà assisté à une formation en rapport avec cette thématique. On peut émettre l'hypothèse que le fait de disposer d'un protocole spécifique soit un élément rassurant pour les professionnels, ou que cela témoigne d'une réflexion autour des GLI dans le contexte de l'IVG. Ainsi la création d'un protocole était jugée nécessaire par 70.0% des professionnels pratiquant déjà les IVG sur GLI, contre seulement 46.7% de ceux n'en pratiquant pas. De même, le fait d'avoir déjà assisté à une formation en rapport avec le sujet peut témoigner d'un intérêt pour cette thématique ou du fait qu'elle soulève des questionnements. On constate néanmoins que le fait d'avoir un protocole spécifique, tout comme le fait d'avoir déjà assisté à une formation, ne sont pas des facteurs suffisants pour que les praticiens réalisent des IVG sur GLI.

Enfin les praticiens qui étaient adhérents à un réseau ou une association en rapport avec les IVG, ainsi que ceux exerçant en région parisienne, étaient plus susceptibles de pratiquer les IVG sur GLI. Il existe probablement des interactions entre ces deux facteurs, du simple fait de l'existence d'un réseau d'orthogénie en région Ile-de-France alors qu'il n'y en a pas en région Centre-Val de Loire. Les GLI sont par exemple abordées dans le module de formation aux IVG médicamenteuses délivré par REVHO.

## **4.2. Problématiques posées par la réalisation des IVG sur GLI**

### **4.2.1. Le risque de GEU**

Parmi les praticiens ne réalisant pas d'IVG sur GLI, la crainte de passer à côté d'une GEU était la raison la plus fréquemment citée : 78.3% des praticiens la mentionnent, et 56.5% l'indiquent même comme frein principal. On voit donc que cette idée d'une possible grossesse extra-utérine est très présente dans les esprits et influe sur les pratiques.

En parallèle dans notre étude, 7 praticiens (soit 18.4% de ceux réalisant les IVG sur GLI) disaient avoir été déjà confronté au moins une fois à une GEU lors de la réalisation d'une IVG sur GLI. Parmi ces 7 praticiens, 6 déclaraient réaliser plus de 100 IVG médicamenteuses par an, et se situaient donc dans la fourchette haute de notre échantillon.

Dans la population générale, le taux de GEU est de 1 à 2% des grossesses évolutives<sup>28,34,35</sup>. Il s'agit donc d'une situation plutôt rare mais aux conséquences potentiellement très graves. Nous avons recherché les données disponibles sur la fréquence des GEU dans les procédures d'IVG.

Une étude a recensé les effets indésirables graves sur 233.805 IVG médicamenteuses réalisées en 2009 et 2010 aux USA. Le taux de grossesses extra-utérines, diagnostiquées après le début de la procédure d'IVG, était de 7 pour 100.000 IVG. Il y a eu dans cette étude un décès du à un défaut de diagnostic de GEU<sup>36</sup>. Ces données indiquent que les différents protocoles permettent habituellement de diagnostiquer les GEU avant de débiter la procédure d'IVG médicamenteuse. Les informations sur les GEU dans le cas des IVG réalisées sur des grossesses très précoces sont en revanche peu nombreuses.

Dans une étude rétrospective, Bizjak et al. se sont intéressés à une cohorte de 1152 IVG médicamenteuses réalisées sur des grossesses sans confirmation de leur caractère intra-utérin (cavité utérine vide ou présence d'une structure évoquant un sac gestationnel mais sans vésicule vitelline ou embryon). Il y a été retrouvé 10 GEU pour 1152 IVG (soit une incidence de 0.87%)<sup>37</sup>. Parmi ces 10 GEU, 5 avaient un pseudo-sac gestationnel à l'échographie initiale. Le suivi précoce a permis de diagnostiquer 4 GEU asymptomatiques, mais il y a eu en revanche 2 cas de GEU rompues. Ces deux dernières correspondaient à chaque fois à des grossesses avec un taux initial de bêta-hCG > 15.000 UI/L le jour de la prise de Mifepristone. Ces taux, associés à une absence de visualisation de grossesse intra-utérine, auraient du alerter les cliniciens et conduire d'emblée à d'autres investigations.

Dans l'étude rétrospective de Goldstone et al. portant sur des IVG médicamenteuses chez des patientes n'ayant pas de sac gestationnel à l'échographie, il était retrouvé 1 GEU pour 68 femmes<sup>38</sup>. Son taux initial de bêta-hCG était de 11.185 UI/L.

Enfin dans l'étude de Schaff et al. portant sur 30 femmes n'ayant pas de sac gestationnel, il y a eu 2 cas de GEU<sup>39</sup>. La première a pu être diagnostiquée avant le début de la procédure d'IVG en raison d'un taux de bêta-hCG à 16.922. La deuxième a été diagnostiquée 1 semaine après la prise de Mifeprostone, au regard d'une ascension des bêta-hCG. Cette deuxième patiente avait par ailleurs un antécédent de grossesse hétérotopique.

Plusieurs des cas de grossesses extra-utérines ainsi rapportés dans ces études auraient pu être diagnostiqués avant la procédure d'IVG, si le taux de bêta-hCG avait été connu d'emblée.

La problématique des GEU en cas de GLI se pose également hors du contexte de l'IVG. Lorsque les femmes réalisent des échographies obstétricales précoces, quel qu'en soit le motif (patiente symptomatique ou non), cela peut aboutir à une classification de GLI. Dans l'étude de Condous en 2005, sur 5544 femmes consultant dans une unité destinée aux grossesses précoces (« Early Pregnancy Unit »), le nombre de GLI était de 569 soit un peu moins de 10%<sup>41</sup>. Sur ces 569 GLI, 46 (8.1%) se sont révélées être des GEU. Cette population est cependant très différente de celle en contexte d'IVG, car les trois quarts des femmes incluses dans l'étude étaient symptomatiques.

De nombreuses études se sont intéressées à ces situations afin de proposer une prise en charge optimale pour les patientes. Les enjeux sont cependant légèrement différents : il s'agit de ne pas méconnaître une GEU, mais également de ne pas intervenir par excès sur une grossesse intra-utérine viable. Les différentes équipes cherchent donc à trouver des outils pour différencier les patientes à haut risque de GEU, de celles à bas risque. Les premières vont nécessiter une surveillance accrue voire un traitement d'emblée, tandis que les secondes peuvent bénéficier d'une prise en charge expectative et d'une surveillance à domicile. Les différents modèles utilisés intègrent des données comme les facteurs de risque de GEU, ainsi que des dosages hormonaux des bêta-hCG ou encore de la progestérone<sup>42,43</sup>.

Dans le contexte de l'IVG avec des patientes asymptomatiques, la prise en compte des facteurs de risque de GEU permet de cibler les patientes nécessitant des contrôles supplémentaires avant de débiter la procédure d'IVG.

Ces facteurs de risque ont été largement étudiés et comprennent notamment : un antécédent de GEU, un antécédent de chirurgie tubaire ou pelvienne, un antécédent d'infection génitale haute, l'endométriose, une grossesse survenant avec un Dispositif Intra-Utérin (DIU), une grossesse obtenue après stimulation ovarienne, un âge > 35 ans, ou encore le tabagisme avec un effet dose-dépendant<sup>28,34</sup>. Coste et al. ont proposé une échelle des facteurs de risque de grossesse extra-utérine permettant d'apprécier le poids de chacun d'entre-eux<sup>40</sup>.

Le CNGOF précise bien que la GLI n'est pas une contre-indication à l'IVG médicamenteuse, uniquement en l'absence de facteurs de risques et de symptômes de GEU<sup>17</sup>.

#### 4.2.2. Le risque de grossesse évolutive ou d'échec de l'IVG

La grossesse évolutive après une IVG sur GLI est la complication la plus fréquente rapportée par notre échantillon, 12 praticiens sur 38 (31.6%) disant y avoir été confronté au moins une fois.

On sait que la méthode médicamenteuse est habituellement très efficace avant 7 SA, mais dans la littérature les données sur l'efficacité de l'IVG médicamenteuse dans le cas des GLI sont peu nombreuses. Dans l'étude prospective de Schaff portant sur 30 femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse avant qu'un sac gestationnel ne soit visible à l'échographie, il y a eu 2 cas de grossesse évolutives ayant nécessité une aspiration, soit un pourcentage de 7.14%<sup>39</sup>. Ce pourcentage de grossesses évolutives est plus élevé que les chiffres habituellement observés dans les IVG médicamenteuses.

L'étude rétrospective de Goldstone portant sur 68 femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse, alors qu'il n'y avait à l'échographie pas de sac gestationnel bien défini, retrouve également un taux élevé de grossesse évolutives (7.5%)<sup>38</sup>. Les auteurs notaient que toutes les femmes ayant eu un échec de l'IVG médicamenteuse avaient un taux initial de bêta-hCG < 870 UI/L.

A l'inverse dans l'étude rétrospective de Bizjak portant sur des effectifs beaucoup plus importants, à savoir une cohorte de 1152 femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse très précoce, sans affirmation du caractère intra-utérin de la grossesse, il n'y avait pas de différence significative en termes d'efficacité par rapport au groupe contrôle ni en termes de nombre de grossesses évolutives<sup>37</sup>. A noter que contrairement aux deux études précédentes les taux de bêta-hCG initiaux ne sont pas indiqués. Dans cette étude, les grossesses sans affirmation du caractère intra-utérin étaient divisées en 2 sous-catégories : présence d'une structure échographique intra-utérine évoquant un sac gestationnel ou cavité utérine vide. Le taux d'efficacité en l'absence de structure échographique intra-utérine visible était de seulement 93.4% contre 98.9% en cas de présence d'une structure évoquant un sac gestationnel. Toutefois cette différence n'était pas statistiquement significative. Les effectifs étaient de seulement 143 femmes pour l'absence complète de structure intra-utérine, ce qui limite la puissance de cette analyse en sous-groupes.

Enfin Heller et al. ont étudié des IVG médicamenteuses dans le cadre de grossesses précoces (< 6 SA) sans vésicule vitelline ni embryon visible, mais avec la présence d'un sac gestationnel répondant à certains critères échographiques (taille de 3-20mm, situation excentrée et présence d'une couronne trophoblastique). Il y a eu

dans cette étude deux échecs, tous deux dans le groupe des patientes avec une vésicule vitelline<sup>44</sup>.

Bien que les premières études portant sur des IVG sur GLI aient retrouvé des taux d'échec et notamment des taux de grossesses évolutives plus élevés, leurs résultats sont à nuancer car il s'agissait de petits effectifs. L'étude de Bizjak comme celle de Heller ne retrouvent pas cette augmentation du taux d'échec. Par ailleurs les populations étudiées dans ces différentes études sont très hétérogènes : les auteurs incluent parfois seulement des grossesses avec une vacuité utérine à l'échographie, parfois toute grossesse n'étant pas définie avec certitude comme intra-utérine (présence d'un sac sans vésicule vitelline par exemple pour l'étude de Heller). Dans cette dernière situation, Banhart propose de parler de Grossesse Intra-Utérine Probable (GIUP) pour gagner en précision<sup>23</sup>.

En plus des études s'étant intéressées spécifiquement aux GLI, on dispose d'informations portant sur l'efficacité de l'IVG par méthode médicamenteuse à des termes précoces ou très précoces, indépendamment de la classification échographique des grossesses.

Une récente revue de la littérature a comparé les données disponibles sur l'efficacité des IVG médicamenteuses réalisées avant 6 SA comparativement à celles réalisées plus tardivement<sup>45</sup> : sur les 6 études randomisées et les 9 études prospectives analysées, aucune ne retrouvait de différence significative pour l'efficacité en fonction du terme de la grossesse. Il n'y a toutefois pas de données disponibles sur les grossesses de moins de 5 SA dans chacune des études analysées.

Dans l'étude de Gatter portant sur l'efficacité et la sécurité de 13373 IVG médicamenteuses réalisées avant 9 SA, 4.1% des patientes avait un âge gestationnel de moins de 4 SA et 8.1% un âge gestationnel de 4 à 5 SA. Les taux de succès (IVG n'ayant pas nécessité d'aspiration) dans ces 2 sous-groupes étaient respectivement de 97.3% et 98.8%, et il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport au groupe contrôle (6-7 SA)<sup>46</sup>.

Par ailleurs une équipe chinoise a réalisé plusieurs travaux sur des IVG médicamenteuses dans le cas de grossesses précoces ou très précoces. Ils ont ainsi étudié l'efficacité de différentes doses de Mifepristone pour réaliser une IVG chez des patientes ayant une grossesse de moins de 5 SA. Les taux de succès étaient supérieurs à 97.5% dans tous les sous-groupes<sup>47</sup>. Un autre de leurs articles a étudié la possibilité d'utiliser la Mifepristone à faible dose (50µg) associée au Misoprostol,

chez des femmes n'utilisant pas de moyen contraceptif et ne souhaitant pas de grossesse<sup>48</sup>. La Mifepristone était dans ce cas là administrée un jour avant la date attendue des règles. Le taux de bêta-hCG était mesuré juste avant la prise de Mifepristone et permettait de savoir rétrospectivement si les femmes étaient effectivement enceintes ou non. Le taux de succès de cette méthode médicamenteuse était de 98.6%, pour des femmes présentant un taux moyen de bêta-hCG de 107.4 mUI/mL. A noter qu'il n'était pas réalisé d'échographie avant le début de la procédure d'IVG.

Les études s'étant intéressé aux IVG médicamenteuse à des termes précoces ou très précoces retrouvaient donc globalement une bonne efficacité de cette méthode.

De plus, en cas d'échec de la méthode médicamenteuse, le fait de se situer à un terme très précoce laisse plus d'opportunités pour une nouvelle prise en charge. Certains praticiens ont ainsi indiqué dans notre enquête (en commentaire libre) avoir déjà recouru à un deuxième cycle de Mifepristone-Misoprostol suite à un échec d'IVG sur GLI, plutôt qu'à une aspiration.

#### **4.2.3. La problématique des patientes perdues de vue**

Dans notre étude 29.0% des praticiens disaient déjà avoir eu au moins une fois une patiente perdue de vue suite à la réalisation d'une IVG sur GLI. En revanche cette possibilité n'était un frein à la pratique des IVG sur GLI que pour 9.8% des praticiens n'en ayant jamais pratiquées.

Les patientes qui ne reviennent pas à leur consultation de suivi, et pour lesquelles l'issue de l'IVG n'est jamais connue, représentaient 32% des IVG enregistrées par REVHO en 2017<sup>29</sup>. Dans les études françaises, le taux de perdue de vue se situe entre 20 et 30% : il était de 19.3% dans l'étude de Gaudu<sup>22</sup>, 23.7% dans celle de Provansal<sup>49</sup> ou encore 29.7% dans celle de Auvara<sup>50</sup>.

Avec la possibilité d'une GEU qui ne peut pas formellement être écartée lors d'une grossesse très précoce, le suivi des patientes est d'autant plus important. La quasi-totalité des professionnels réalisant des IVG sur GLI dans notre enquête (94.7%) a d'ailleurs indiqué insister d'avantage sur l'importance du suivi post-IVG, auprès des patientes dans le cadre d'une GLI. La possibilité d'observance de la patiente aux examens de suivi, ainsi que sa compréhension, nous semblent des éléments primordiaux à évaluer dans le cas d'une IVG sur GLI.

#### **4.2.4. Traiter par excès une Fausse Couche Spontanée ?**

Un peu plus de la moitié des praticiens n'ayant jamais réalisé d'IVG sur GLI (56.5%) ont indiqué qu'ils préféreraient vérifier l'évolutivité de la grossesse avant de débiter l'IVG.

D'un point de vue médical, le fait d'utiliser la Mifepristone sur une grossesse arrêtée ne présente a priori pas d'intérêt. Le Misoprostol est une des alternatives possibles à l'aspiration en cas de grossesse arrêtée, où il est utilisé préférentiellement par voie vaginale. Dans le cas d'une fausse-couche incomplète, il n'est en revanche pas recommandé car ne fait pas mieux que l'expectative<sup>27</sup>.

Sur le plan médical se pose la question d'utiliser des médicaments, qui ne sont peut-être pas nécessaires mais possèdent des effets indésirables, tandis que sur le plan plus psychologique se pose la question de la signification pour la femme. On peut supposer que faire une fausse-couche plutôt qu'une IVG ait un impact différent pour la femme, de même que le pour le praticien. La balance bénéfices-risques entre débiter précocement l'IVG (peut-être par excès) ou prévoir d'autres examens de contrôles en pré-IVG pourra être un point important à discuter avec la patiente.

### **4.3. Avantages potentiels des IVG sur GLI**

#### **4.3.1. Améliorer le déroulé de l'IVG ?**

Dans notre étude nous demandions aux praticiens réalisant des IVG précoces s'ils avaient perçu, chez leurs patientes, des différences concernant le déroulé de l'IVG médicamenteuse (par rapport à une IVG médicamenteuse réalisée plus tardivement) : douleurs rapportées par les patientes, importances des saignements, vécu à l'issue de la procédure d'IVG médicamenteuse. Ces données sont complexes à évaluer car très subjectives, et il serait bien sûr beaucoup plus pertinent d'interroger directement les patientes.

La majorité des praticiens n'a, soit pas exprimé d'opinion, soit indiqué ne pas avoir noté de différences concernant les items « douleur » et « vécu » lors de l'IVG médicamenteuse sur GLI (respectivement 34.2% et 15.8% de praticiens sans opinion, ainsi que 64.0% et 59.4% qui indiquent une douleur et un vécu perçus comme « identique » aux autres IVG médicamenteuses). Il n'y a finalement que pour

l'item « saignements » que les professionnels ont indiqué à 60.5% une impression de saignements moins importants lors de la réalisation d'IVG précoces.

#### Impact du terme précoce sur les douleurs

Dans la littérature, plusieurs études ont retrouvé que la réalisation d'une IVG médicamenteuse à un terme plus précoce était associée à des douleurs moins importantes, ou à une consommation moindre d'antalgiques<sup>51,52,53</sup>. Les données comparant spécifiquement la douleur des IVG réalisées à des termes < 5 SA ou 6 SA sont cependant peu nombreuses, la distinction étant souvent faite entre des grossesses de moins de 7 SA et des grossesses plus avancées. L'étude de Saurel-Cubizolles retrouvait pour sa part une douleur à la fois plus importante à un terme avancé (âge gestationnel > 8 SA) mais aussi à un terme précoce (âge gestationnel < 5 SA), réalisant une courbe en U<sup>54</sup>. En dehors de l'âge gestationnel, d'autres facteurs ont été fréquemment corrélés à une douleur plus importante : le fait d'être primigeste ou nullipare, ainsi que des antécédents de menstruations douloureuses.

#### Impact du terme précoce sur les saignements

Concernant les saignements au cours d'une IVG médicamenteuse, l'étude de Rodger (incluant 3 patientes à moins de 35 jours d'aménorrhée et 28 patientes entre 36 et 42), retrouvait une augmentation des saignements avec l'âge gestationnel<sup>55</sup>. De même dans l'étude de Chen, la durée des saignements était positivement corrélée à l'âge gestationnel<sup>56</sup>. L'âge gestationnel y était classé en 3 catégories : < 7SA, 7-8 SA ou 8-9 SA et il n'y a donc pas de données comparant les saignements à des termes < 6 ou 5 SA. A l'inverse, une étude de l'OMS ne retrouvait pas de différence significative pour la durée des saignements entre les patientes ayant une IVG médicamenteuse sur une grossesse de moins de 7 SA, par rapport aux grossesses plus avancées (durée moyenne de 12 jours avant 7 SA contre 13 jours après)<sup>57</sup>.

#### Impact du terme précoce sur le vécu des femmes

Nous n'avons pas trouvé d'article sur le vécu des patientes en fonction de l'âge gestationnel auquel été réalisée l'IVG. L'équipe de Branger s'est intéressée à la satisfaction des femmes en Pays de la Loire après une IVG<sup>58</sup>. Elle n'a pas retrouvé de différence entre les femmes satisfaites et les femmes non-satisfaites en termes

d'âge gestationnel au moment de la prise en charge. Les facteurs associés à une plus grande satisfaction étaient l'accessibilité du centre d'IVG, la qualité des explications reçues et de l'accompagnement par le personnel soignant, ainsi qu'une douleur ressentie moins importante.

#### **4.3.2. Une détection plus précoce des GEU ?**

L'autre avantage de débiter précocement l'IVG est que l'on peut espérer faire un diagnostic plus précoce de GEU, avant que celle-ci ne devienne symptomatique, à un terme où la grossesse n'est normalement pas médicalisée.

Cet argument est avancé par la plupart des auteurs qui ont publié sur les IVG sur GLI. Le contrôle précoce des bêta-hCG doit en effet permettre d'alerter le clinicien en cas de décroissance insuffisante. Ainsi dans l'étude de Bizjak 4 des GEU étaient asymptomatiques, et ont été diagnostiquées lors du suivi<sup>37</sup>. Dans l'étude de Cameron sur des grossesses de localisation indéterminée, avec des taux de bêta-hCG en décroissance spontanée, l'évolution des bêta-hCG était très différente en cas de Fausse-Couche Spontanée (FCS) ou de GEU<sup>59</sup>. La décroissance médiane à 4 jours était de 79% en cas de FCS contre seulement 19% en cas de GEU. Par ailleurs une décroissance > 85% à 4 jours permettait d'exclure 100% des GEU. La décroissance des bêta-hCG en cas d'IVG médicamenteuse est voisine de celle observée dans cette étude pour les FCS. Pocius<sup>60</sup> retrouvait ainsi une décroissance moyenne de 86.1% à 5 jours de la Mifepristone.

#### **4.3.3. Simplifier l'accès à l'IVG ?**

Un autre point intéressant dans le fait de réaliser des IVG très précoces pourrait être le fait de ne pas avoir de recours systématique à l'échographie.

Cet examen, bien que n'étant plus considérée comme indispensable, restait celui le plus réalisé par les praticiens de notre échantillon (92.1%). Toutefois à des termes très précoces, l'échographie a de grandes chances d'être non contributive et d'aboutir à une classification de GLI. Bottomley<sup>61</sup> et al. se sont intéressés au moment le plus opportun pour confirmer précocement la viabilité d'une grossesse. Ils concluaient qu'il n'y avait pas d'intérêt à réaliser des échographies avant 49 jours d'aménorrhée chez les patientes sans facteur de risque de GEU et

asymptomatiques. En effet, l'échographie précoce avait alors plus de chance d'être non concluante, et cela engendrait d'autres examens sans pour autant améliorer les diagnostics de GEU.

Schonberg a quant à lui réalisé une revue de la littérature pour rechercher la faisabilité d'évaluer l'Âge Gestationnel (AG) sur la Date des Dernières Règles (DDR) plutôt que sur l'échographie avant une IVG<sup>62</sup>. Dans les 5 études incluses dans sa revue, le pourcentage de patiente qui sous-estimaient leur âge gestationnel, et s'avéraient inéligibles à l'IVG médicamenteuse après l'échographie, variait de 2.5 à 11.8%. L'estimation de l'AG basée sur la DDR avait tendance à être moins exacte lorsque l'AG était plus avancé. L'association de la DDR à un examen clinique permettait une meilleure évaluation de l'âge gestationnel, comme c'était par exemple le cas dans l'étude de Bracken<sup>63</sup>.

Enfin Raymond et al. ont étudié la possibilité de simplifier l'accès à l'IVG médicamenteuse en se passant de l'échographie pré-IVG<sup>64</sup>. Leur analyse portant sur 365 femmes (après exclusion des perdues de vue) retrouvait 3 cas d'effets indésirables graves : 2 patientes ayant eu des saignements abondants nécessitant une aspiration, et 1 patiente ayant eu une grossesse évolutive diagnostiquée 3 semaines après la prise de Mifepristone. 90% des patientes se disaient satisfaites d'avoir eu le choix d'éviter la procédure d'échographie.

Eviter la procédure d'échographie en pré-IVG pourrait permettre un accès plus rapide à l'IVG médicamenteuse dans le cas de la médecine de ville, notamment pour les praticiens qui exercent en cabinet libéral ou dans des CPEF ou Centre de Santé de petite taille et ne disposent pas d'appareil d'échographie sur place (23.6% des praticiens n'avaient pas d'accès à un appareil d'échographie dans notre étude).

## **4.4. Forces et faiblesses de l'étude**

### **4.4.1. Forces**

A notre connaissance, notre étude est la première à s'être intéressée aux pratiques des professionnels sur les IVG médicamenteuses dans un contexte de GLI. Il s'agit d'une thématique assez récente pour les professionnels effectuant des IVG en France, le délai de réflexion 7 jours imposé par la loi jusqu'en 2016 augmentant *de facto* l'âge gestationnel au moment de la réalisation de l'IVG. La question de ces IVG suscite de nombreux questionnements au sein des équipes médicales.

Notre étude présente l'avantage d'avoir pu aborder différents aspects de la pratique des IVG médicamenteuses sur GLI. Nous avons tout d'abord interrogé les professionnels sur des aspects purement médicaux de la prise en charge des IVG sur GLI (examens réalisés en pré-IVG, modalités du suivi...). Nous avons pu en parallèle rechercher les facteurs qui pouvaient être associés à cette pratique. Enfin, nous avons pu également questionner les professionnels sur une dimension plus psychologique en nous intéressant sur leur ressenti, en tant que praticiens, lors de la réalisation de ces IVG.

#### **4.4.2. Faiblesses**

Notre étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, il y a pu avoir des biais de sélection : il n'a pas été possible de contacter l'intégralité des professionnels exerçant dans les deux régions que nous avons ciblées. Les structures ont principalement été répertoriées grâce au site internet « IVG les adresses ». Or, les professionnels libéraux doivent donner leur accord pour y figurer. Nous n'avons donc pas pu prendre en compte tous les professionnels exerçant une activité d'IVG. Par ailleurs, il y a pu avoir un biais de non-réponse. Nous avons choisi d'envoyer le questionnaire par mail pour faciliter les retours et éviter les questionnaires incomplètement remplis, mais cela a pu limiter la visibilité de notre étude. Enfin, les praticiens qui ont répondu au questionnaire pouvaient par exemple être déjà sensibilisés à la question des GLI ou intéressés par le sujet.

Certaines formulations dans nos questions concernant le ressenti des praticiens ont pu biaiser leur réponse, comme par exemple l'emploi du terme « anxiogène ». Celui-ci a été choisi car il ressortait des échanges que nous avons eus avec les différents professionnels de santé, mais a pu influencer les praticiens. Nous avons autant que possible proposé des réponses à connotation positives et négatives (ex : simple versus complexe) afin de limiter le biais. De la même manière pour la perception des praticiens ne réalisant pas d'IVG sur GLI, nous avons glissé une formulation plutôt défavorable à ces IVG au milieu d'autres formulations positives.

Enfin le choix a été fait de ne proposer que des questions à réponses fermées pour faciliter l'analyse, mais cela restreignait les réponses possibles pour les professionnels. Nous avons cependant laissé une catégorie « Autre » pour la majeure partie des questions, où les praticiens pouvaient s'exprimer librement.

## 4.5. Perspectives

La part des IVG médicamenteuses tardives a tendance à diminuer au profit de celles réalisées à des termes précoces, voire très précoces<sup>29</sup>. La crainte d'une GEU semble rester le principal facteur limitant les professionnels dans la réalisation des IVG très précoces. Ainsi pour une prise en charge optimale des patientes, le screening pré-IVG pour ne pas méconnaître une patiente à risque de GEU s'avère primordial.

Le développement de protocoles spécifiques codifiant la prise en charge en cas de demande d'IVG sur GLI, et plus généralement de demande d'IVG à un terme très précoce pourraient permettre d'harmoniser les prises en charge des patientes. Dans notre étude, le fait de disposer d'un protocole spécifique était associé à un taux de pratique plus fort d'IVG sur GLI. Les médecins qui n'en avaient pas, mais pratiquaient malgré tout des IVG sur GLI, jugeaient majoritairement sa création comme nécessaire.

Les Canadiens proposent dans leurs recommandations de 2016 la prise en charge des IVG médicamenteuses sur des GLI<sup>65</sup>. La conduite à tenir est la même qu'il n'y ait aucune structure intra-utérine de visualisée à l'échographie (GLI « stricto-sensus ») ou qu'il y ait la présence d'une structure échographique évoquant un sac gestationnel, mais sans vésicule vitelline ni embryon visible (GIUP). L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée si la patiente ne présente pas de symptômes évocateurs de GEU, n'a pas de facteurs de risque de GEU (les facteurs à prendre en compte ne sont ici pas précisés) et présente un taux de bêta-hCG < 2000 UI/L. Si l'un de ses critères n'est pas rempli, il est recommandé de mener d'autres investigations pour éliminer définitivement une GEU avant de débiter la procédure d'IVG.

Dans un récent travail de thèse, Penaud a cherché à développer un protocole pour la prise en charge des IVG sur GLI au sein du réseau REIVOC<sup>66</sup>. Le seuil de 1500 UI/L de bêta-hCG était retenu pour indiquer ou non la réalisation d'une échographie avant la procédure d'IVG. Les auteurs préconisaient en parallèle de réaliser une cinétique des bêta-hCG à 48h avant de débiter l'IVG, afin d'orienter le praticien sur une grossesse intra-utérine évolutive, une GEU ou une FCS. Toutefois la cinétique seule des bêta-hCG nous semble insuffisante pour exclure un diagnostic de GEU, tant les profils d'évolution des bêta-hCG sont variés dans les GEU.

Outre le développement de protocoles spécifiques pour les IVG sur GLI, d'autres possibilités pourraient être étudiées pour la prise en charge des demandes d'IVG à un terme très précoce. Il pourrait par exemple s'agir de la réalisation d'IVG

instrumentales, cette méthode s'étant montrée également efficace à des termes précoces<sup>67</sup>.

Enfin il pourrait être intéressant d'étudier l'impact de la prise en charge d'une IVG sur GLI du point de vue de la patiente.

## 5. Conclusion

Nous avons retrouvé que les IVG sur GLI étaient pratiquées par un peu moins de la moitié des professionnels de notre échantillon. Leur pratique était légèrement différente des autres IVG médicamenteuses avec notamment un suivi de la cinétique des beta-hCG et une consultation de contrôle réalisés plus précocement. Il existait des éléments divergents dans les pratiques, plusieurs professionnels préférant par exemple effectuer des contrôles préalables à l'IVG sur GLI (cinétique des bêta HCG ou échographie). La pratique des IVG sur GLI était jugée plus complexe et était associée à une plus forte anxiété pour les praticiens que la réalisation habituelle des IVG médicamenteuses.

Pour les professionnels ne réalisant pas d'IVG sur GLI, la crainte de la GEU restait le principal frein à cette pratique. Un autre élément considéré comme important était de s'assurer de l'évolutivité de la grossesse avant de débiter l'IVG. Ces professionnels percevaient l'acte d'IVG sur GLI comme risqué, mais la quasi-totalité se disait néanmoins intéressée par les expériences de leurs confrères sur ce sujet, et les deux tiers par une formation sur les IVG sur GLI.

Le développement de protocoles spécifiques pour la prise en charge des IVG sur GLI pourrait contribuer à harmoniser les pratiques et à améliorer la prise en charge des patientes, avec pour objectifs une simplification du parcours d'IVG tout en garantissant une procédure sécurisée aux patientes.

## 6. Bibliographie

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse
2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
3. Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique
4. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse
5. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes
6. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
7. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 Relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure
8. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures
9. Arrêté NOR:AFSS1603395A du 26 février 2016, relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse
10. Vilain A., 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. DREES. Etudes et résultats 1081. 2018.
11. Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand N., Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?. Population et sociétés n°407, bulletin mensuel d'information de l'INED. Décembre 2004.
12. Mazuy M., Toulemon L., Baril E., Un recours moindre à IVG, mais plus souvent répété. Population et sociétés n°518, bulletin mensuel d'information de l'INED. Janvier 2015.

13. <https://revho.fr>
14. [https:// www.ivglesadresses.org](https://www.ivglesadresses.org)
15. Haute Autorité de Santé, Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, Argumentaire. Décembre 2010.
16. Haute Autorité de Santé, IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. Juin 2018
17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, Recommandations pour la pratique clinique : Interruption volontaire de grossesse. Septembre 2016.
18. Organisation Mondiale de la Santé, Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition. 16 mars 2013
19. Vidal.fr - La base de données en ligne des prescripteurs libéraux – Médicaments Mifegyne® 200 mg cp et Gymiso® 200 µg cp
20. Prescrire rédaction, Misoprostol : des accidents cardio-vasculaires graves, même après une seule prise. Rev Prescrire 2015, tome 35 n°376, 108-110.
21. Kahn J., Becker B., Mac Isaa L. et al., The efficacy of medical abortion : a meta-analysis, Contraception 61. 2000 ; 29-40
22. 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 87. 2013 ; 45-50
23. Barnhart K., van Mello NM., Bourne T., et al., Pregnancy of unknown location : a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. Fertil Steril 2011. 1; 95 (3): 857–66.
24. Condous G., Timmerman D., Goldstein S., Pregnancies of unknown location : consensus statement, Ultrasound in Obstetrics and Gynecology vol. 28 issue 2, aout 2006 ; 121-122
25. Rodgers S.K., Chang C., DeBardleben J.T., et al., Normal and abnormal US findings in early first-trimester pregnancy : review of the society of radiologists in ultrasound 2012 consensus panel recommendations. Radiographics. November 2015. Vol 35 – N°7, 2135-2148.

26. Lavoué V., Huchon C., Deffieux X. et al., Recommandations françaises pour les critères diagnostiques d'arrêt de grossesse au premier trimestre et stratégie de prise en charge des patientes présentant une menace de fausse couche ou une grossesse arrêtée. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2014. Vol. 43 ; 776-793
27. Ferté-Delbende C., Robin G., Letombe B., Fausses couches spontanées du premier trimestre (inférieur à 12 semaines de gestation). Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients. CNGOF. Décembre 2010.
28. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge de la grossesse extra-utérine. 2003.
29. REVHO, Rapport d'activité 2017. ARS Ile-de-France. 2018, disponible sur [revho.fr](http://revho.fr).
30. Bouet P., Atlas de la Démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Conseil national de l'Ordre. 2018.
31. Chalmeton P., Pratiques et vécu de l'IVG médicamenteuse en ville, enquête auprès des médecins du réseau REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie). Note de synthèse. REVHO. 2012.
32. Collet M., Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. *Revue française des affaires sociales*. 2011/1 ; pages 86 à 115
33. Vilain A., Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES. Etudes et résultats 712. 2009.
34. Tay J.I., Moore J., Walker J.J., Ectopic pregnancy. *British Medical Journal (BMJ)*, vol.320. Avril 2000.
35. Hoover K.W., Tao G., Kent C.K., Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, vol.115, n°3. Mars 2010.
36. Cleland K., Creinin M.D., Nucatola D., Nshom M., Trussel J., Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion. *Obstet Gynecol* 121. 2013 ; 166-171.
37. Bijzac I., Fiala C., Berggren L., Hognert H., Sääv I., Bring J., Gemzell-Danielsson K., Efficacy and safety of very early medical termination of

pregnancy: a cohort study. BJOG. 2017. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14904>.

38. Goldstone P., Michelson J., Williamson E., Effectiveness of early medical abortion using low-dose mifepristone and buccal misoprostol in women with no defined intrauterine gestational sac. *Contraception* 87. 2013 ; 855-858.
39. Schaff E.A., Fielding S.L., Eisinger S., Staladius L., Mifepristone and misoprostol for early abortion when no gestational sac is present. *Contraception* 63. 2001 ; 251-254.
40. Coste J., Boyer J., Job-Spira N., Construction of composite scales for risk assessment in epidemiology: an application to ectopic pregnancy. *Am J Epidemiology* 1197 ; 145 : 278-289
41. Condous G., Kirk E., Lu C. et al., Diagnostic accuracy of varying discriminatory zones for the prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005 ; 26 : 770-775
42. Van Calster B., Bobdiwala S., Guha S., et al., Managing pregnancy of unknown location based on initial serum progesterone and serial serum hCG levels: development and validation of a two-step triage protocol. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016. 48 ; 642-649.
43. Barnhart K., Sammel M., Takacs P. et al., Validation of a clinical risk scoring system, based solely on clinical presentation, for the management of pregnancy of unknown location. *Fertility and Sterility* Vol.99, N°1. January 2013 ; 193-198
44. Heller R., Cameron S., Termination of pregnancy at very early gestation without visible yolk sac on ultrasound. *J Fam Plann Reprod Health Care* 41. 2015 ; 90-95
45. Kapp N., Baldwin M.K., Rodriguez M.I., Efficacy of medical abortion prior to 6 weeks: a systematic review. *Contraception* 97. 2018. 90-99.
46. Gatter M., Cleland K., Nucatola D.L., Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*. 2015.

47. Li CL., Chen DJ., Song LP., et al., Effectiveness and safety of lower doses of mifepristone combined with misoprostol for the termination of ultra-early pregnancy : a dose-ranging randomized controlled trial. *Reproductive sciences*, vol.22(6), 706-711. 2015.
48. Li CL., Chen DJ., Deng YF., et al., Feasibility and effectiveness of unintended pregnancy prevention with low-dose mifepristone combined with misoprostol before expected menstruation. *Human reproduction* 30(22). 2015 ; 2794-2801.
49. Provansal M., Mimari R., Gregoire B. et al., Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynécologie obstétrique et Fertilité* 37. 2009 ; 850-856
50. Auvara C., Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole de Nice Côte d'Azur, enquête de 3 mois auprès de 160 patientes. Thèse de médecine générale, faculté de médecine de Nice. Octobre 2011
51. Westhoff C., Dasmahapatra R., Winikoff B. et al., Predictors of analgesia use during supervised medical abortion, *Contraception* 61. 2000 ; 225-229
52. Suhonen S., Tikka M., Kivinen S., Kauppila T., Pain during medical abortion : predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception* 83. 2011 ; 357-361.
53. Hamoda H., Ashock P.W., Flett G.M.M. et al., Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation, *BJOG* vol. 111. Septembre 2004 ; 996-1000
54. Saurel-Cubizolles M-J., Opatowski M., David P., Bardy F., Dunbavand A., Pain during medical abortion : a multicenter study in France. *European Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology* 94. 2015 ; 212-217.
55. Rodger M.W., Baird D.T., Blood loss following induction of early abortion using mifepristone (RU486) and a prostaglandin analogue (gemeprost). *Contraception* 4. Vol.40. Octobre 1989.
56. Chen A., Mottl-Santiago J., Vragovic O. et al., Bleeding after medication-induced termination of pregnancy with two dosing schedules of Mifepristone and Misoprostol. *Contraception* 73. 2006 ; 415-419.
57. Von Hertzen H., Honkanen H., Piaggio G. et al., WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I : Efficacy. *BJOG*. 2003. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.02430.x>

58. Branger B., David P., Bonnet B., et al., Enquête de satisfaction de 319 femmes ayant eu recours aux centres d'IVG dans les Pays de la Loire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 45, 955-962. 2016.
59. Cameron K.E., Senapati S., Sammel M.D., Following declining human chorionic gonadotropin values in pregnancies of unknown location : when is it safe to stop. *Fertility and Sterility* 105(4). 2016 ; 953-957
60. Pocius K., Maurer R., Fortin J., early serum hCG trends after medical abortion, *Contraception* 91. 2015 ; 503-506
61. Bottomley C., Van Belle V., Mukri F., The optimal timing of an ultrasound scan to assess the location and viability of an early pregnancy, *Human Reproduction* vol. 24, issue 8. Aout 2009 ; 1811-1817
62. Schonberg D., Wang LF., Bennett A.H., Gold M., Jackson E., The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion : a systematic review. *Contraception* 90. 2014 ; 480-487.
63. Bracken H., Clark W., Lichtenberg ES et al., Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol, *BJOG* 2011 ; 118 : 17-23
64. Raymond E., Tan Y-L., Comendant R., Simplified medical abortion screening : a demonstration project. *Contraception* 97. 2018 ; 292-296
65. Costescu D., Guilbert E., Bernardin J. et al., Medical Abortion, clinical practice guideline. *JOGC* n°332. Avril 2006.
66. Penaud E., Elaboration d'un protocole d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse sur une grossesse de localisation indéterminée au sein d'un réseau de ville : recherche de consensus au sein de REIVOC. Thèse de médecine générale, faculté de médecine de Toulouse III. Mai 2019
67. Dean G., Colarossi L., Porsch L., Manual compared with electric vacuum aspiration for abortion at less than 6 weeks of gestation : a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. Mai 2015. Vol. 125, n°5, 1121 ; 1129

## 7. Annexe : Questionnaire de thèse

**Thèse :** Enquête sur les pratiques médicales concernant les IVG médicamenteuse sur des grossesses précoces de localisation indéterminée.

Bonjour,

Etant actuellement en fin de cursus de médecin générale en région Centre, je réalise une thèse sur les pratiques des professionnels concernant les IVG médicamenteuses sur des grossesses très précoces ou Grossesse de Localisation Indéterminée.

La Grossesse de Localisation Indéterminée, que nous abrègerons par la suite GLI, est définie comme une grossesse trop précoce pour être localisée avec certitude à l'échographie : absence de structure visible en échographie trans-vaginale, ou éventuellement présence d'un sac intra-utérin de petite taille sans vésicule vitelline ni d'embryon visible..

Le but de ce questionnaire est de s'intéresser aux pratiques des professionnels de santé, ainsi qu'aux difficultés éventuelles qu'ils peuvent rencontrer, lorsqu'ils sont confrontés à une demande d'IVG dans ce contexte.

Il faut compter un peu plus de 5 minutes pour remplir le questionnaire. **Toutes les pages ne sont pas à compléter.** Les réponses sont bien sûr traitées de façon anonyme.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous voudrez bien consacrer à ce questionnaire.

Emilie BRISSARD  
Interne à l'université François Rabelais de Tours

I. Renseignements généraux

1. Vous êtes :  Un homme  Une femme

2. Votre âge : \_\_\_\_\_ ans

3. Votre profession :  Gynécologue  Médecin généraliste  Sage-femme

4. Votre région d'exercice :

5. Vous pratiquez les IVG médicamenteuses (plusieurs réponses possibles) :  en CPEF  
 en Centre de Santé  dans un cabinet libéral  en milieu hospitalier   
Autre

6. Etes-vous adhérent d'une association ou réseau impliqué.e dans l'accès à l'IVG en France (ex : l'ANCIC, Mouvement Français pour le Planning Familial, RHEVO ...) ?  Oui  Non

7. Avez-vous déjà accueilli en stage des étudiants en médecine ou maïeutique ?  Oui  Non

8. Depuis combien de temps pratiquez-vous les IVG médicamenteuses ?

9. Combien d'IVG médicamenteuses réalisez-vous par an ?

11. Parmi ces examens, lesquels réalisez-vous toujours avant le début d'une IVG médicamenteuse ?

- Bêta-hCG systématiques
- Echographie systématique
- Examen gynécologique systématique
- Aucun des examens mentionnés ci-dessus
- Autre (précisez) :

12. Disposez-vous sur le lieu de réalisation des IVG d'un appareil d'échographie ?  Oui  Non

**12.a. Si Oui, réalisez-vous vous-même les échographies de datation ?**

- Oui toujours
- Oui la plupart du temps
- Oui mais rarement
- Non, les échographies sont systématiquement réalisées par une tierce personne

**13.a. Quels examens réalisez-vous systématiquement pour le suivi des IVG médicamenteuses ?**

- Dosage des bêta-hCG de contrôle systématique :  Oui  Non

Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre

- Echographie de contrôle systématique :  Oui  Non

Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre

- Consultation de contrôle systématique :  Oui  Non

Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre

Si non contactez-vous systématiquement les patientes par un autre moyen (ex : téléphone ou mail) :

Oui  Non

Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre

13.b. Si vous utilisez les b-hCG pour le suivi, quel taux ou décroissance attendez-vous, et à quelle date ?

II. Votre pratique concernant les IVG sur Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI)

**1. Avez-vous sur votre lieu d'exercice un protocole spécifique pour la réalisation des IVG sur GLI ?**

- Oui  Non

**Si non, quels en sont la ou les raisons ?**

- Protocole identique aux autres IVG médicamenteuses  
 Nombre de cas trop faible pour créer un protocole spécifique  
 J'ai une pratique spécifique mais qui n'est pas formalisée sous forme de protocole écrit  
 Absence de consensus entre les médecins du service  
 Je ne réalise pas d'IVG sur GLI  
 Autre (précisez) :

**Vous semblerait-il nécessaire d'en développer un ?**  Oui  Non  Ne sait pas

**2. Avez-vous déjà :**

- abordé la thématique des IVG sur GLI en réunion avec des confrères ?  Oui  Non  
- assisté à une formation sur ce sujet ?  Oui  Non

**3. Avez-vous déjà réalisé des IVG sur GLI ?**  Oui  Non

**Si Non passez directement à la section IV**

III. A. Vous avez déjà pratiqué des IVG sur GLI (si vous n'avez jamais pratiqué d'IVG sur GLI passez directement à section IV)

**1. Lors de la réalisation d'une IVG sur GLI, quelles informations donnez-vous aux patientes (plusieurs réponses possibles) ?**

- Informations identiques à celles données lors de n'importe quelle IVG médicamenteuse
- Absence de consensus professionnel autour des IVG sur GLI
- Risque de méconnaître une GEU, symptômes devant alerter sur une possible GEU
- Risque d'échec de la méthode médicamenteuse plus élevé à un terme précoce
- Nécessité d'une surveillance accrue / Importance du suivi
- Autre (précisez) :

**2. Avez-vous une fiche de recueil de consentement spécifique pour les IVG sur GLI ?**

- Oui
- Non

**3. Au cours de votre pratique, avez-vous déjà été confronté aux complications suivantes lors d'une IVG sur GLI (plusieurs réponses possibles) ?**

- Grossesse évolutive
- Rétention trophoblastique
- GEU
- Hémorragie
- Infection génitale haute
- Patiente perdue de vue
- Autre (précisez) :

**4. Quels examens réalisez-vous de façon systématique pour le suivi des IVG sur GLI ?**

- Dosage des bêta-hCG systématique :  Oui  Non  
Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre

- Echographie de contrôle systématique :  Oui  Non  
Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre

- Consultation de contrôle systématique :  Oui  Non  
Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre  
Si non contactez-vous systématiquement les patientes par un autre moyen (ex : téléphone ou mail) :  
 Oui  Non  
Si oui à quelle date :  J5  J7  J10  J14  J21  autre

**5. Quels critères reprenez-vous pour juger de la réussite de l'IVG sur GLI (plusieurs réponses possibles) ?**

- Pourcentage de décroissance des beta-hCG par rapport au taux initial
- Suivi des beta-hCG jusqu'à négativation complète
- Vacuité utérine à l'échographie
- Déroulé de l'IVG médicamenteuse tel que rapporté par la patiente (saignements, douleurs...)
- Disparition des signes cliniques de grossesse
- Autre (précisez) :

**6. Si vous utilisez les bêta-hCG pour le suivi des IVG sur GLI, quel taux ou décroissance attendez-vous et à quel date ?**

III. B. Vos perceptions des IVG sur GLI (Si vous n'avez jamais pratiqué d'IVG sur GLI passez directement à la section IV)

**1. Par rapport à une IVG médicamenteuse « classique », quels sont les retours que vous avez pu avoir de vos patientes lors d'une IVG sur GLI, ou ce que vous en avez perçu ?**

a. Concernant la douleur :

La douleur lors d'une IVG sur GLI me semble ..... que lors d'une IVG médicamenteuse classique.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beaucoup plus importante  | <input type="checkbox"/> Un peu plus importante  | <input type="checkbox"/> Equivalente        |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup moins importante | <input type="checkbox"/> Un peu moins importante | <input type="checkbox"/> <b>Ne sait pas</b> |

b. Concernant les saignements :

Les saignements lors d'une IVG sur GLI me semblent ..... que lors d'une IVG médicamenteuse classique.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beaucoup plus abondants  | <input type="checkbox"/> Un peu plus abondants  | <input type="checkbox"/> Equivalents        |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup moins abondants | <input type="checkbox"/> Un peu moins abondants | <input type="checkbox"/> <b>Ne sait pas</b> |

c. Concernant le vécu global des patientes :

J'ai le sentiment que les patientes ont un ..... que lors d'une IVG médicamenteuse classique.

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meilleur vécu | <input type="checkbox"/> Vécu identique | <input type="checkbox"/> Moins bon vécu | <input type="checkbox"/> <b>Ne sait pas</b> |
|--|---|---|---|

**2. En tant que professionnel de santé, comment caractériseriez-vous la réalisation d'une IVG sur GLI, comparativement à une IVG médicamenteuse « classique » ?**

a. En terme de simplicité ou de complexité :

Réaliser une IVG sur GLI me paraît ..... qu'une IVG médicamenteuse classique.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beaucoup plus simple   | <input type="checkbox"/> Un peu plus simple   | <input type="checkbox"/> Ni plus simple ni plus complexe |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup plus complexe | <input type="checkbox"/> Un peu plus complexe |  |

b. En terme d'anxiété pour le praticien :

Réaliser une IVG sur GLI est pour moi ..... qu'une IVG médicamenteuse classique.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beaucoup moins anxiogène | <input type="checkbox"/> Un peu moins anxiogène | <input type="checkbox"/> Ni plus ni moins anxiogène |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup moins anxiogène | <input type="checkbox"/> Un peu moins anxiogène |   |

c. En terme de risque de complications tel que je le perçois (cette perception pouvant être en adéquation ou non avec la réalité) :

Lors d'une IVG sur GLI, le risque de complications me semble..... que lors d'une IVG médicamenteuse classique.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beaucoup moins important | <input type="checkbox"/> Un peu moins important | <input type="checkbox"/> Ni plus ni moins important |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup plus important  | <input type="checkbox"/> Un peu plus important  |   |

d. En terme de jugement potentiels par les pairs :

Lorsque je réalise une IVG sur GLI je m'inquiète du jugement possible de mes confrères ..... que lors d'une IVG classique.

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Beaucoup plus  | <input type="checkbox"/> Un peu plus  | <input type="checkbox"/> Ni plus ni moins |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup moins | <input type="checkbox"/> Un peu moins |   |

**Passez à la section V**

**IV. Vous n'avez jamais pratiqué d'IVG sur GLI (Si vous avez déjà pratiqué des IVG sur GLI passez directement à la section V)**

**1. Si vous n'avez jamais réalisé d'IVG sur GLI, quelles en sont la ou les raisons ? (plusieurs réponses possibles)**

- Je n'ai jamais été confronté à une demande d'IVG sur GLI
- Je n'ai jamais eu de formation sur les IVG sur GLI, ou une formation que je considère insuffisante
- Je préfère m'assurer que la grossesse est bien évolutive avant de démarrer l'IVG
- Je ne veux pas passer à côté d'une GEU
- Je crains que la patiente ne revienne pas pour sa consultation de contrôle
- Je ne me sens pas à l'aise en l'absence de consensus professionnel
- Je ne me sens pas à l'aise en l'absence de protocole spécifique dans mon service
- Je pense qu'il vaut mieux différer l'IVG de quelques jours
- Autre (précisez) :

**2. Parmi toutes les raisons potentielles mentionnées ci-dessus, pouvez-vous indiquer celle qui vous semble la plus importante ?**

**3. Indiquez si vous êtes en accord ou non avec chacune des affirmations suivantes concernant la pratique des IVG sur GLI :**

**a. Je trouve bien que certains professionnels puissent répondre aux demandes d'IVG très précoces.**

- Tout à fait d'accord     Plutôt d'accord     Plutôt pas d'accord     Pas du tout d'accord     Sans opinion

**b. Je trouve que les praticiens qui réalisent des IVG sur GLI font prendre un risque inutile aux patientes.**

- Tout à fait d'accord     Plutôt d'accord     Plutôt pas d'accord     Pas du tout d'accord     Sans opinion

**c. J'aimerais connaître les retours d'expérience des praticiens pratiquant les IVG sur GLI.**

- Tout à fait d'accord     Plutôt d'accord     Plutôt pas d'accord     Pas du tout d'accord     Sans opinion

**d. J'aimerais pouvoir me former pour réaliser ces IVG.**

- Tout à fait d'accord     Plutôt d'accord     Plutôt pas d'accord     Pas du tout d'accord     Sans opinion

**4. Réaliser une IVG sur GLI me paraît être un acte (plusieurs réponses possibles)**

- Simple
- Risqué
- Anxiogène
- Autre (précisez) :
- Complexe
- Pas plus risqué que n'importe quelle IVG
- Pas plus anxiogène que n'importe quelle IVG

## VI. Mises en situation

1. Vous recevez en consultation Mme A, 25 ans, adressée par son médecin traitant suite à une demande d'IVG. Elle n'a pas d'antécédent. Ses cycles sont réguliers et ses dernières règles remontent à 4 semaines et 2 jours. Sa carte de groupe (O+) est valide, et elle a réalisé le matin même une prise de sang qui indique des beta-hCG à 240 UI/L.

### **Que lui proposez-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

- Réalisation d'une échographie le jour même
- Début de l'IVG le jour même
- Re-convocation de la patiente à une date ultérieure avec un contrôle de la cinétique des beta-hCG
- Re-convocation de la patiente à une date ultérieure avec réalisation d'une échographie
- Autre (précisez) :

2. Vous recevez en consultation Mme B, 25 ans, adressée par son médecin traitant suite à une demande d'IVG. Elle n'a pas d'antécédent. Ses cycles sont réguliers et ses dernières règles remontent à 5 semaines. Sa carte de groupe (O+) est valide. Elle a réalisé le matin même une prise de sang qui indique des beta-hCG à 1050 UI/L, ainsi qu'une échographie montrant un sac intra-utérin de 5 mm sans vésicule vitelline visible, et un endomètre épaissi.

### **Que lui proposez-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

- Début de l'IVG le jour même
- Re-convocation de la patiente à une date ultérieure avec un contrôle de la cinétique des beta-hCG
- Re-convocation de la patiente à une date ultérieure avec réalisation d'une nouvelle échographie
- Autre (précisez) :

**Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !**

**Souhaitez-vous ajouter un commentaire sur les IVG sur GLI ou sur ce questionnaire ?**

Vu, le Directeur de Thèse



Handwritten signature of the Director of Thesis, appearing to read "Jean-Michel..."

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le

## Brissard Emilie

82 pages – 4 tableaux – 19 figures – 1 annexe

**Résumé. Introduction :** Les dernières modifications législatives de 2016, relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), ont supprimé le délai de réflexion de 7 jours jusque-là obligatoire pour les patientes avant une IVG. Cela rend théoriquement possible de débiter des IVG plus précocement, parfois avant même la visualisation de structures intra-utérines à l'échographie trans-vaginale. L'objectif de l'étude était de s'intéresser aux pratiques des professionnels lors d'une demande d'IVG sur une Grossesse de Localisation Indéterminée (GLI). **Matériel et méthode :** Une étude observationnelle descriptive transversale a été menée, entre le 25 septembre 2018 et le 31 janvier 2019, auprès des praticiens réalisant des IVG médicamenteuses en régions Centre-Val-de-Loire et Ile-de-France, via un auto-questionnaire adressé par email. **Résultats :** 89 questionnaires ont pu être analysés. L'échantillon était constitué de 13 sages-femmes, 25 gynécologues et 51 médecins généralistes. Le nombre d'années médian de pratique des IVG médicamenteuses était de 8 ans, et la moitié des professionnels réalisait au moins 50 IVG par an. 24 professionnels (26.9%) disposaient d'un protocole spécifique pour les IVG sur GLI, et 38 (42.7%) avaient déjà réalisé des IVG sur GLI. Leur pratique était légèrement différente, avec notamment un suivi reposant sur le dosage précoce des bêta-hCG. La réalisation de ces IVG était perçue comme un acte plus anxiogène (76.3% des praticiens) et plus complexe (78.9%) que les autres IVG médicamenteuses. Parmi les 51 professionnels n'ayant jamais réalisé d'IVG sur GLI, la raison la plus citée était la crainte d'une Grossesse Extra-Utérine (GEU) par 40 (78.4%) d'entre eux. Ils étaient 56.8% à considérer cet acte comme risqué, mais 92.2% se disaient néanmoins intéressés par les expériences des autres professionnels sur ce type d'IVG et 66.7% aimeraient y être formés. **Conclusion :** Les IVG sur GLI étaient donc pratiquées par moins de la moitié des praticiens de notre échantillon, mais la majorité se disait intéressée par les retours d'expérience sur ce sujet. Des études complémentaires sur ces IVG et le développement de recommandations spécifiques pourraient contribuer à améliorer la prise en charge des patientes et à harmoniser les pratiques.

**Mots clés :** interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, grossesse très précoce, grossesse de localisation indéterminée, pratiques médicales

### Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET  
Directrice de thèse : Docteur Laurence WITTKE  
 Membres du Jury : Professeur Franck PERROTIN  
 Professeur Emmanuel RUSCH  
 Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER

Date de soutenance : 26 juin 2019