



L'IVG médicamenteuse : un modèle de virage ambulatoire réussi

En France, les IVG médicamenteuses sont autorisées en établissements de santé depuis 1989, puis en ville par la loi de juillet 2001, avec une mise en application en 2004 pour les médecins libéraux. Le décret du 6 mai 2009 élargit cette modalité aux centres de planification et d'éducation familiale. Enfin, en 2016, la loi de modernisation de notre système de santé l'ouvre aux centres de santé, et le décret du 2 juin 2016 permet aux sages-femmes libérales de les réaliser. Les délais maximums initiaux pour les réalisations des IVG médicamenteuses en ville sont de sept semaines d'aménorrhée (SA). Du fait de la crise sanitaire, le délai de recours est allongé à neuf SA et les téléconsultations ont été autorisées pour ces actes (arrêté du 14 avril 2020). Ces deux dernières dispositions sont définitivement applicables suite au décret du 19 février 2022, qui les pérennise.

Si le nombre d'IVG réalisées chaque année reste relativement stable (aux alentours de 222 000 en 2020), la part des IVG médicamenteuses est en croissance constante (72 % en 2020 contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000), dont 67 800 ont été réalisées en ville (contre 62 000 en 2019). Alors que le taux de recours à l'IVG médicamenteuse en métropole diminue un peu en 2020 relativement à 2019 (14,9 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2020 contre 15,6 en 2019), il reste stable en outre-mer (28,4 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2020). D'importantes disparités territoriales sont néanmoins à souligner en métropole avec des taux de recours qui peuvent varier du simple au triple en fonction des régions et de l'accès à l'IVG [20]. Cette bascule des IVG de l'hôpital vers la ville va plus loin que la seule évolution ambulatoire de ces actes. Cette transition a été possible par la structuration d'un parcours de soins précis et par la mise en place d'une collaboration ville hôpital

fonctionnelle. Les problématiques d'inégalités socio-territoriales ne sont malheureusement pas effacées par cette bascule, mais des solutions semblent apparaître pour participer à leur réduction.

La réalisation des IVG en ville est cadrée : indépendamment de la nécessaire formation des soignants, une convention entre le praticien et un établissement de santé autorisé est obligatoire. Celle-ci prévoit la prise en charge de la patiente si des complications devaient survenir : l'établissement s'engage à organiser l'accueil de la femme à tout moment et à assurer sa prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure de la continuité des soins délivrés aux patientes. La sécurité de l'IVG en ville passe également par l'interrogatoire fait par le praticien lors de la première consultation. L'identification de contre-indications à l'IVG en ville, notamment l'isolement géographique ou social ainsi que le fait d'être seule à domicile lors de la prise des comprimés les heures qui suivent, devant amener à privilégier sa réalisation (même médicamenteuse) à l'hôpital. Enfin, la réalisation en ville sécurisée des IVG médicamenteuses a été possible car celle-ci a été réfléchie en termes de parcours de soins : d'une part plusieurs consultations et examens de suivis sont programmés dès la demande d'IVG formulée et leur rythme est clairement défini avec la patiente ; d'autre part ce parcours bénéficie aujourd'hui d'une prise en charge complète par l'Assurance maladie dans le cadre d'un forfait même si d'importantes inégalités sociales persistent pour son recours [20].

L'évaluation de l'efficacité de la méthode (taux de succès, taux de grossesse évolutive, et vécu des femmes) et des échecs (grossesse évolutive, grossesse arrêtée mais non expulsée et hémorragie) ont également confirmé le caractère sécurisé de cet acte en

ville et ont permis l'allongement de son délai de réalisation de sept à neuf SA. En effet, l'ensemble des études nationales et internationales conduites ont montré des taux de succès de plus de 95 %, avec un taux de grossesse évolutive inférieur à 1 %. Seulement 2 à 4 % des femmes pourraient justifier d'une aspiration du fait d'une expulsion incomplète et seulement 0,5 à 1 % le nécessiteraient du fait d'une hémorragie (la fréquence des complications de l'IVG à domicile est comparable à celle de l'IVG réalisés en milieu hospitalier). En France, quatre études ont montré l'efficacité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation, soit dans le cadre d'un réseau ville-hôpital [31-18] soit en médecine de ville [17]. Si le nombre d'IVG instrumentales ne cesse de diminuer au profit des IVG médicamenteuses, avec une augmentation continue des IVG en ville, la sécurité des patientes n'est pas mise en défaut par cette modalité.

Relativement aux disparités d'accès à l'IVG, les téléconsultations pourraient répondre en partie au besoin, et les modalités de prise en charge par téléconsultation figurent dans les dernières recommandations de la HAS [38]. Il ne faudra cependant pas négliger l'importance du présentiel pour ce type de demandes, celui-ci permettant des échanges plus riches abordant aussi des questions plus complexes telles que le caractère consenti du rapport ayant conduit à la grossesse, sachant qu'il est établi qu'au moins un quart des demandes d'IVG sont liées à des violences.

Si l'IVG médicamenteuse est un modèle de virage ambulatoire réussi du point de vue de la sécurité des patientes, c'est parce qu'il a été réfléchi globalement autour et avec la patiente et son environnement médico-psychosocial, mais également en termes de parcours de soins structuré, avec une collaboration ville-hôpital efficace. ➡

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

Claire Morgand
MD, PhD, médecin généraliste Ipso, responsable du département Données et études en santé, ARS Île-de-France