



HAL
open science

Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes

Marion Nouvellon

► To cite this version:

Marion Nouvellon. Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01962181

HAL Id: dumas-01962181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962181>

Submitted on 20 Dec 2018

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

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

**Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse
réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude
quantitative de 71 témoignages de femmes**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 1er Juin 2018

Par Madame Marion NOUVELLON

Née le 30 décembre 1990 à Rouen (76)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Monsieur le Professeur D'ERCOLE Claude

Assesseur

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Assesseur

Monsieur le Docteur BARGIER Jacques

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Boubli: Vous me faites le grand honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma plus haute considération.

Monsieur le Professeur D'Ercole: Veuillez accepter tous mes remerciements pour votre présence dans ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Carcopino: Je vous remercie de l'honneur que vous m'accordez en participant à ce jury de thèse. Soyez assuré de mon entière reconnaissance.

Monsieur le Docteur Bargier: Je vous remercie d'avoir tout de suite accepté puis encouragé ce projet, ainsi que la confiance que vous m'avez témoigné. Acceptez l'expression de toute ma gratitude.

Au Dr Maëva Jego, pour ton aide spontanée, efficace et surtout toujours enthousiaste ! Je t'en remercie profondément.

Au Dr Viillard, pour sa confiance.

A ma famille:

A mes parents: à ma mère pour son courage que, j'espère, tu m'as transmis; et à mon père dont la bonté n'a pas d'équale. Merci de votre soutien indéfectible depuis toujours.

A mes sœurs Claire et Hélène, mes piliers, mes femmes fortes: je vous dois tant, merci de votre écoute et de vos présences toutes ces années. Sacrée brochette.

A mon grand père Michel qui aurait voulu être là, j'espère que tu es fier. A ma grand mère Marie Jeanne pour l'amour que tu me portes. A feu mes grands parents Gisèle et Henri, dont la vie ne les a pas mené jusqu'au bout de mon chemin universitaire; que je remercie pour ces étés d'enfances merveilleux.

A Mickaël qui est arrivé en retard dans notre famille pour ne plus en repartir et en faire partie entièrement. Merci de tes mots d'encouragements.

A mes cousins: Hugues, Sami, Leïla, Etienne et les autres. A cette famille aux personnalités si atypiques et différentes les unes des autres.

A Patricia, marraine riieuse et si vivante; je suis heureuse que tu puisses être là.

A ma famille libanaise, pour cette étrange expérience de vie et d'amour depuis 27 ans. Ma Mona et Rima, si vous aviez pu être là, je le sais, vous auriez été mes plus grandes groupies !

A Dominique et Marie Christine, pour leur accueil royal dans la région dès notre arrivée.

A ma belle famille qui m'a accueilli les bras ouverts. Spéciale dédicace à Eléonore qui a tout relu!

Et surtout, à mon Thierno, mon co-aventurier, merci pour tout. Cette thèse est aussi la tienne. J'ai hâte de voir ce que la vie va nous réserver.

A mes amis

Sophie, ma vieille acolyte de toujours ou presque. Tu me connais si bien, j'ai du mal à trouver les mots. Merci de tes encouragements toutes ces longues années. Espérant vivre encore de longues soirées vendéennes chez toi avec toute une smala.

Maëva, mon rayon de soleil, ton énergie et ton rire m'ont tellement apporté!

Robin, vieille branche, vieux frère, j'ai noté ton soutien immuable depuis si longtemps. Hâte de te voir devenir un grand chirurgien.

A mon Julien, dit "le Chat", que j'aime tant.

A mes poulettes normandes : Clara, ton charme et tous nos secrets, Delphine et ta force tranquille, Léa et les autres.

Aux copains d'Avignon, Claire et Antoine et leur nouvelle venue.

Aux marseillais: Julie et Rémi et notre trio infernal des urgences pédiatriques de la Timone, Mag' : ce rire!, Nat et Jean Gab bien loin mais qui auraient bien aimés voir ce jour aussi, Sophie D. et Axelle Red, Aurélien et le premier jour de notre vie d'interne, Steph avec qui je le sais, on peut faire la révolution! Camille, Justine, Pauline, Céline, Flore (et Bruno!) to the floor pour ta relecture avisée de grand professeur de médecine militaire, Soumaya et son mari pour leur aide nocturne en statistiques, et tous les autres, toutes ces belles rencontres qui tant m'ont enrichies.

Au « Dr Vanessa », qui a relu attentivement cette thèse en m'apportant des pistes intéressantes. Merci de ton implication qui m'a touchée car ton avis m'importe beaucoup.

Aux médecins que j'ai rencontrés dans mon parcours et qui m'ont tant apporté.

Aux premières concernées

A toutes les femmes qui ont participé à mon projet, et à celles qui n'ont pas pu, pour l'enthousiasme et la franchise qu'elles m'ont accordées, pour leurs témoignages parfois si émouvants. J'espère avoir retranscrit au mieux leur expérience et avoir été digne de leur confiance. Ma reconnaissance leur est éternelle.

« Ce que nous croyons découvrir, nous l'avons toujours su. On n'oublie rien. Nous n'avons jamais chassé de notre mémoire ces quelques syllabes, l'éclair de lassitude, le mot chuchoté. Nous avons gardé au plus profond de nous ce geste regretté. C'est cette part aveugle qui a décidé de notre destinée. Qu'un grain se glisse dans la blessure si mal refermée et tout bascule : amours, rêves, certitudes. »

Philippe Grimbert, Un garçon singulier, 2011

« Je voudrais tout d'abord vous faire partager une conviction de femme _ je m'excuse de le faire devant cette Assemblée presque exclusivement composée d'hommes : aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame.. »

Simone Veil, novembre 1974

« Certes, les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes sont parfois moins grave qu'elles ne les perçoivent. Certaines peuvent être dédramatisées et surmontées ; mais d'autres demeurent qui font que certaines femmes se sentent acculées à une situation sans autre issue que le suicide, la ruine de leur équilibre familial ou le malheur de leurs enfants. C'est là, hélas !, la plus fréquente des réalités, bien davantage que l'avortement dit « de convenance »

Simone Veil, novembre 1974

«La nature des lois humaines est d'être soumise à tous les accidents qui arrivent et de varier à mesure que les volontés des hommes changent. Au contraire, la nature des lois de la religion est de ne varier jamais. Les lois humaines statuent sur le bien, la religion sur le meilleur »

Montesquieu

Sommaire

INTRODUCTION	3
OBJECTIFS	6
METHODE	7
1 La population	7
1.1 Population cible	7
1.2 Critères d'inclusion	7
1.3 Critères de non inclusion	7
2 Recueil de données	8
2.1 Le questionnaire	8
2.2 Les entretiens téléphoniques	8
2.3 Ethique et confidentialité	9
RESULTATS.....	10
1 Diagramme de flux.....	10
2 Population étudiée.....	11
3 Objectif principal.....	13
3.1 Connaissance initiale du parcours à effectuer avant le premier contact avec le corps médical	13
3.2 Le premier professionnel de santé rencontré.....	15
3.3 La réalité du circuit de soins en ville.....	17
4 Objectif secondaire	19
4.1 Vivre l'interruption volontaire de grossesse à domicile.....	19
4.2 L'information donnée par le professionnel de santé réalisant l'IVG et son impact sur les patientes.....	20
4.3 Unanimité du choix d'orientation vers la ville ?.....	21
4.4 Sentiment de sécurité et vécu psychologique	22
DISCUSSION	23

1	Les résultats principaux à la lueur des données de la littérature.....	23
1.1	Un parcours de combattante	23
1.2	Aborder le ressenti	27
2	Critiques de l'étude.....	34
2.1	Le choix de la méthode et les forces de l'étude.....	34
2.2	Limites de l'étude	35
3	Notions réflexives	38
3.1	Les commentaires libres.....	38
3.2	L'écoute de la patiente	39
3.3	Propositions pour optimiser le droit à l'IVG médicamenteuse en ville.....	41
	CONCLUSION	43
	ANNEXES.....	44
	BIBLIOGRAPHIE.....	55
	ABREVIATIONS.....	58
	SERMENT D'HIPPOCRATE	59

INTRODUCTION

Le droit à la vie, à disposer de son corps, le rapport à la maternité, au couple, au désir d'enfant, sont autant de questions éthiques et philosophiques soulevées par le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Deux femmes sur cinq seront concernées par une IVG au cours de leur vie (1). Simone Veil affirmait, lors de son discours de 1973, *«Ce qu'il faut, c'est que cette responsabilité, la femme ne l'exerce pas dans la solitude ou dans l'angoisse»*. La légalisation de l'avortement et l'élargissement des conditions d'accès n'ont pas conduit à sa banalisation ni entraîné d'augmentation significative du nombre d'IVG. L'avortement en France continue à jouer essentiellement un rôle palliatif lors de l'échec de la contraception (2). L'accès à la maternité heureuse, permis lorsque la grossesse est pleinement désirée, est paradoxalement amélioré par le droit de recours à l'avortement (2).

En 2015, 218 100 interruptions volontaires de grossesse ont eu lieu en France (3). Leur nombre est relativement stable depuis 2006, avec un taux de recours de 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Métropole et de 26,5 dans les départements d'outre-mer la même année. (3). On remarque que 57% des IVG ont été réalisés par voie médicamenteuse et parmi eux, 18 % en cabinet, allégeant la charge de travail de l'hôpital (3). Ce dernier nombre est en constante augmentation depuis 2001 (Annexe 1).

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi Veil du 17 janvier 1975, définitivement légalisée en janvier 1980 et remboursée par la Sécurité sociale en 1983. La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi Aubry-Guigou de 2001 allonge le délai maximal de recours à douze semaines de grossesse et permet sa réalisation en ville jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA) par voie médicamenteuse. Cet acte doit être effectué par un gynécologue ou un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et conventionné avec un établissement de santé (Annexe 2). Depuis 2009, les centres de santé et les centres de planification familiale réalisent également des IVG médicamenteuses. L'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie à partir de 2013. En 2014, la condition d'« état de détresse » est supprimée au motif que seule la

femme peut apprécier les motifs de sa demande. La loi de janvier 2016 supprime le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation.

L'IVG médicamenteuse réalisée avec 200 mg de mifépristone associée au misoprostol (36 à 48 h plus tard) est efficace à tout âge gestationnel, sans alternative actuellement aussi efficace et sûre (1). La voie d'administration recommandée diffère selon le terme(1). La mifépristone est un antagoniste compétitif de la progestérone. Elle augmente la synthèse des prostaglandines, provoque les contractions utérines puis l'ouverture du col utérin. La séparation du chorion et du trophoblaste aboutit à l'interruption de la grossesse. Le misoprostol est un analogue des prostaglandines qui ramollissent et ouvrent le col de l'utérus. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) rappelle les médicaments disposant d'une AMM dans l'IVG : GYMISO® 200 µg et MISOONE® 400 µg (4).

Le cadre juridique de l'IVG est régi par le Code de Santé Publique (Annexe 3). L'IVG requiert une à deux consultations avant la prise des médicaments, deux consultations veillant à leur bonne prise, et une consultation post IVG. Ces consultations doivent être assurées au maximum par le même soignant. La première consultation, outre l'objectif d'information et d'échange, cherche à dater la grossesse. Si besoin, la prévention de l'allo-immunisation fœtale est effectuée par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D en intramusculaire. Le dossier guide IVG est remis à la patiente (Annexe 3) (5). La femme doit confirmer sa demande par écrit en précisant la méthode choisie. Les dates des consultations sont fixées à l'avance. La Mifépristone est ingérée en présence du soignant qui s'est procuré le médicament via une ordonnance à usage professionnel. Le misoprostol est souvent pris à domicile (6). Les numéros de téléphone à appeler en cas de besoin et la fiche de liaison avec le centre hospitalier de référence sont remis à la patiente (Annexe 4). Si elle est ayant droit, elle doit être prévenue que, hors d'un établissement de santé, son anonymat n'est pas garanti. Une consultation de suivi à 14 ou 21 jours, non obligatoire pour les majeures, est hautement recommandée (6). Il convient d'aborder rapidement le sujet de la contraception ou de comprendre les raisons de l'échec contraceptif. Une fiche de fin de suivi est à envoyer au centre de référence (Annexe 5). Le médecin ayant pratiqué l'acte doit le déclarer au ministère de la Santé (Annexe 6). La femme mineure doit être accompagnée par une personne majeure de son choix. La consultation psychosociale lui sera obligatoire. S'il

est souhaité, son anonymat peut être conservé en utilisant un NIR spécifique pour la facturation et une feuille de soins papier (Annexe 7). Quelques situations rendent incertain le respect du protocole et donc la sécurité de la patiente (difficulté de compréhension, grande précarité, troubles psychiatriques...) (7). L'allergie à la Mifépristone, l'asthme sévère non équilibré, l'insuffisance rénale, hépatique ou surrénale chronique, une corticothérapie au long cours ainsi que des anomalies de l'hémostase et de la coagulation sont autant de contre-indications à cette méthode. Le recours au milieu hospitalier sera préconisé pour ces patientes (8).

Les effets indésirables sont les douleurs pelviennes et les troubles intestinaux (1). Les deux principales complications sont l'hémorragie sévère et l'infection. Leur fréquence à domicile est comparable à celle des IVG réalisées à l'hôpital. L'acceptabilité est extrêmement satisfaisante (9). Le taux d'échec est estimé à cinq pourcent (9). La mortalité liée à l'IVG quel que soit la méthode, estimée à trois sur un million(10), dans une étude britannique.

En 2011, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie une étude comparant les IVG médicamenteuses réalisées à domicile contre celles réalisées en milieu hospitalier (11). Ses conclusions sont formelles : il n'existe aucune différence d'efficacité entre ces deux modalités. En 2016, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNOGF) prend position : *«Compte tenu de son innocuité et vu le taux de satisfaction des femmes la prise de mifépristone à domicile doit être facilitée»* (1).

Nous connaissons le point de vu des professionnels de santé. En revanche, l'analyse de l'expérience des femmes de l'IVG en ambulatoire chez un médecin généraliste reste une zone d'ombre. En 2012, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France(ARS) constate que le recueil de la parole des femmes est insuffisant (12). Cela entraverait l'étude de la qualité de la prise en charge, son versant organisationnel ainsi que l'analyse du vécu qu'en ont les femmes. Le processus de deuil vécu par les femmes lors d'un IVG pour certaines reste occulté ce qui entrave sa compréhension par le soignant (13). Plusieurs travaux réalisés de manière qualitative (14) (15) (16) ont ouvert la voie, en pointant les principaux facteurs influençant le parcours et le vécu des femmes.

OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail était de confirmer les obstacles retrouvés sur le parcours de soins des femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville chez des médecins généralistes conventionnés.

L'objectif secondaire était d'évaluer leur ressenti a posteriori de cet épisode de vie.

METHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale descriptive multicentrique.

1 La population

1.1 Population cible

Les femmes ont été recrutées auprès de deux médecins généralistes conventionnés pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse en ville. Le premier médecin, le directeur de thèse, exerçait dans une petite aire urbaine dans les Alpilles et était un médecin apparenté au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG). Le deuxième était installé au centre de Marseille. Parmi les médecins généralistes conventionnés pour la pratique de l'IVG en ville à Marseille et Avignon contactés, onze ont été contactés, seul un a répondu favorablement et a accepté de participer à l'étude, en plus du directeur de thèse.

1.2 Critères d'inclusion

Les femmes majeures au moment du recueil de données ayant effectué une IVG médicamenteuse dans l'année 2017 avec l'un des deux médecins ayant accepté de participer à cette étude.

1.3 Critères de non inclusion

- Les personnes injoignables
- Les femmes n'ayant pas répondu après trois appels avec message vocal laissé
- Les personnes dont le numéro n'était plus attribué au moment de l'appel
- Les autres raisons: téléphone d'un parent, rendez vous fixés non honorés et autres
- Les refus verbalisés

2 Recueil de données

2.1 Le questionnaire

Les données qualifiant la population en fonction de leur âge, de leur statut familial et professionnel ont été recueillies comme des variables qualitatives. Elles ont ensuite été distribuées dans des classes tirées d'études de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) relayés dans un rapport de la Commission IVG du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de 2016 (3) (17). Un questionnaire standardisé comportant 19 questions a été créé (Annexe 8). Les questions sont issues de grandes thématiques ressorties après la lecture d'études qualitatives antérieures, et en particulier le travail de thèse du Dr Ben Aissa (16). Les variables étudiées sont donc qualitatives. Les réponses des femmes ont été consignées sur un tableau excel (Annexe 9) puis ont été utilisées pour des statistiques descriptives.

2.2 Les entretiens téléphoniques

Toutes les femmes éligibles ont été contactées par téléphone durant l'année 2017.

Lors de leur consultation avec le généraliste, elles avaient été informées de la possibilité d'être contactées afin de répondre à un questionnaire. Leur accord avait été recueilli par le praticien de façon orale, après une information claire concernant les enjeux de l'étude, le respect total du secret médical et leur droit de réserve. Un délai d'au moins un mois entre l'IVG et l'appel était respecté. Lors du premier contact téléphonique, la raison de l'appel était expliquée et l'anonymat souligné. Si un message vocal était laissé, aucun terme ambigu n'était prononcé afin de garantir le secret médical. Si la femme contactée refusait de participer, elle n'était jamais recontactée. Les entretiens duraient entre 3 et 20 minutes. La personne devait répondre aux questions fermées mais les commentaires étaient libres et recueillis.

2.3 Ethique et confidentialité

La sécurité de la confidentialité et de l'intégrité des données médicales ont été assurées durant toute la durée du recueil de données. La déclaration a été faite à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) par l'intermédiaire du conseiller informatique et libertés d'Aix Marseille Université.

Le secret médical était défini comme partagé, justifié par le décret 2016 699 qui précise la notion d'équipe de soins : « *toute autre personne morale associant des professionnels de santé libéraux, lorsqu'elles ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes* ».

Le Conseil National de l'Ordre explique que le partage de l'information médicale autorisé par le secret médical partagé s'est imposé afin d'améliorer la qualité des soins dans l'intérêt des patients (18).

RESULTATS

1 Diagramme de flux

On été considérées comme éligibles les 117 femmes ayant pratiqué une IVG médicamenteuse après consultation des deux médecins généralistes ville. Il s'agit donc d'un échantillonnage exhaustif. Parmi elles, 71 femmes ont été incluses. Le taux de participation était de 60,68%.

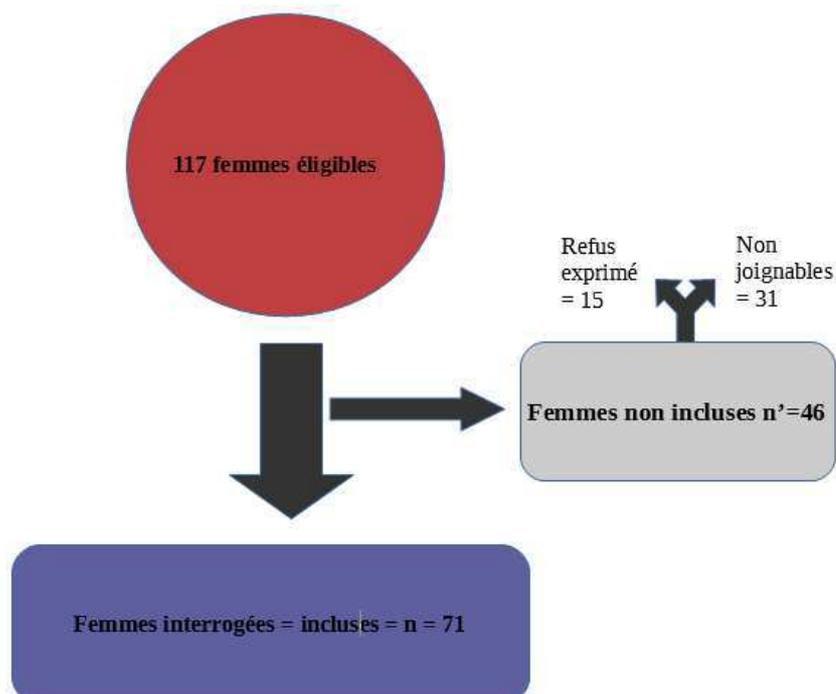
46 femmes n'ont pas été incluses :

Quinze d'entre elles ont verbalisé leur refus (32,60 %) :

- sans donner de raison : 10 femmes (22 %)
- avec une raison exprimée : 5 femmes (11 %)

Trente et une autres ont été considérées comme « non joignables »

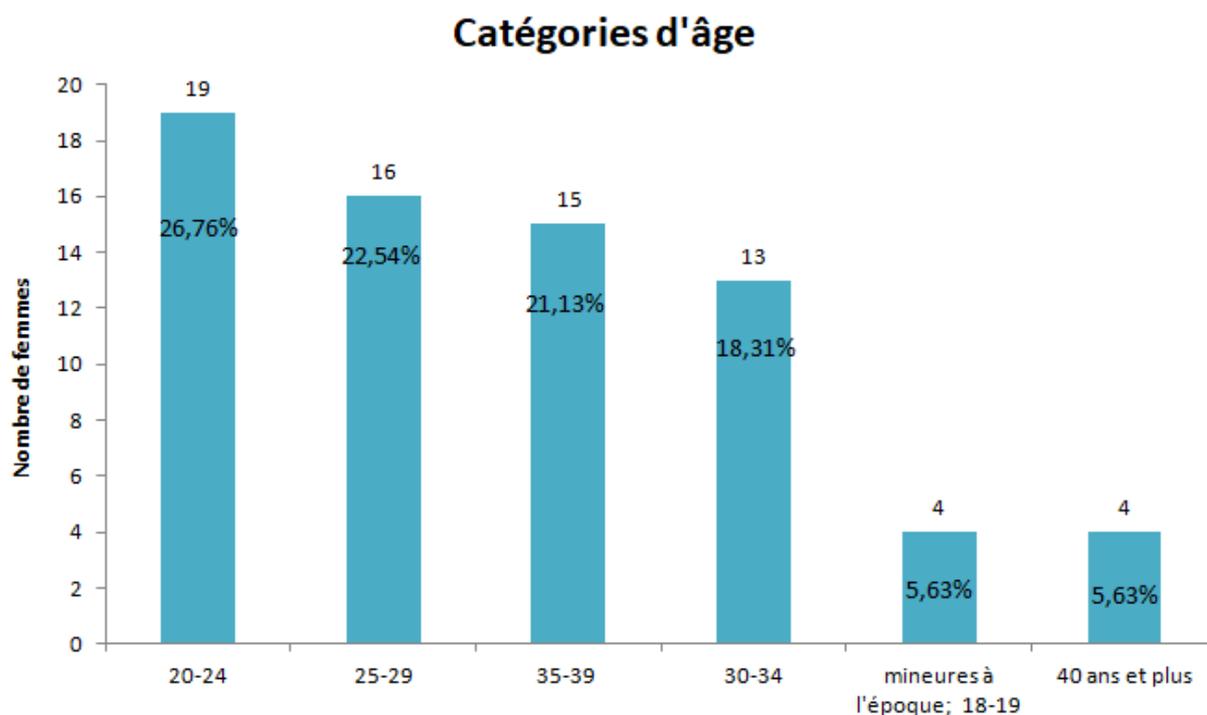
- un numéro non attribué ou plus en service lors de l'appel : 12 femmes (26 %)
- sans réponse après 3 appels dont un message vocal laissé : 12 femmes (26 %)
- autres : les rendez-vous téléphoniques non honorés, autres membres de la famille répondant toujours au téléphone, mineures lors du recueil: 7 femmes (15%).



2 Population étudiée

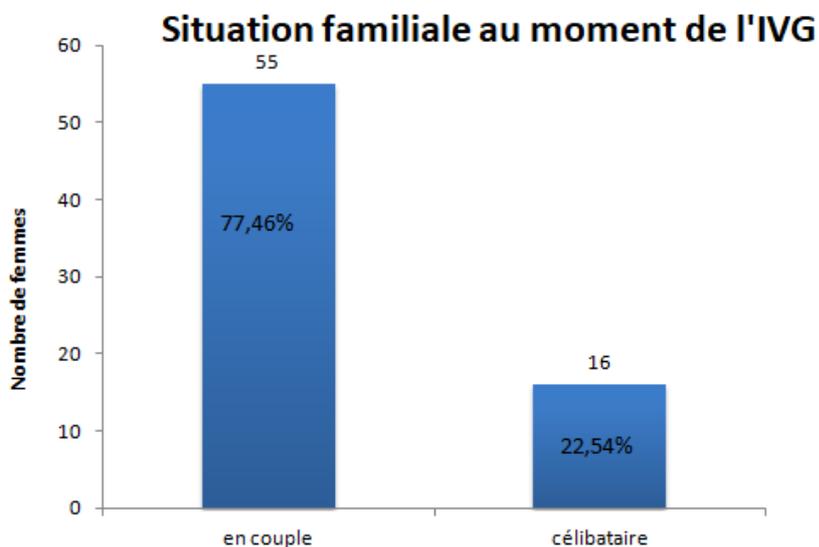
Catégories d'âge

26,76 % des femmes interrogées avaient entre 35 et 39 ans, 22,54 % avaient entre 20 et 24 ans, 21,13 % avaient entre 30 et 34 ans. Les 25-29 ans représentaient 18,31 % de l'échantillon. En dernière position, à proportion égale, se trouvaient les femmes mineures au moment de l'IVG (majeure lors de l'appel) ainsi que les 18-19 ans, et les femmes ayant au moins 40 ans.

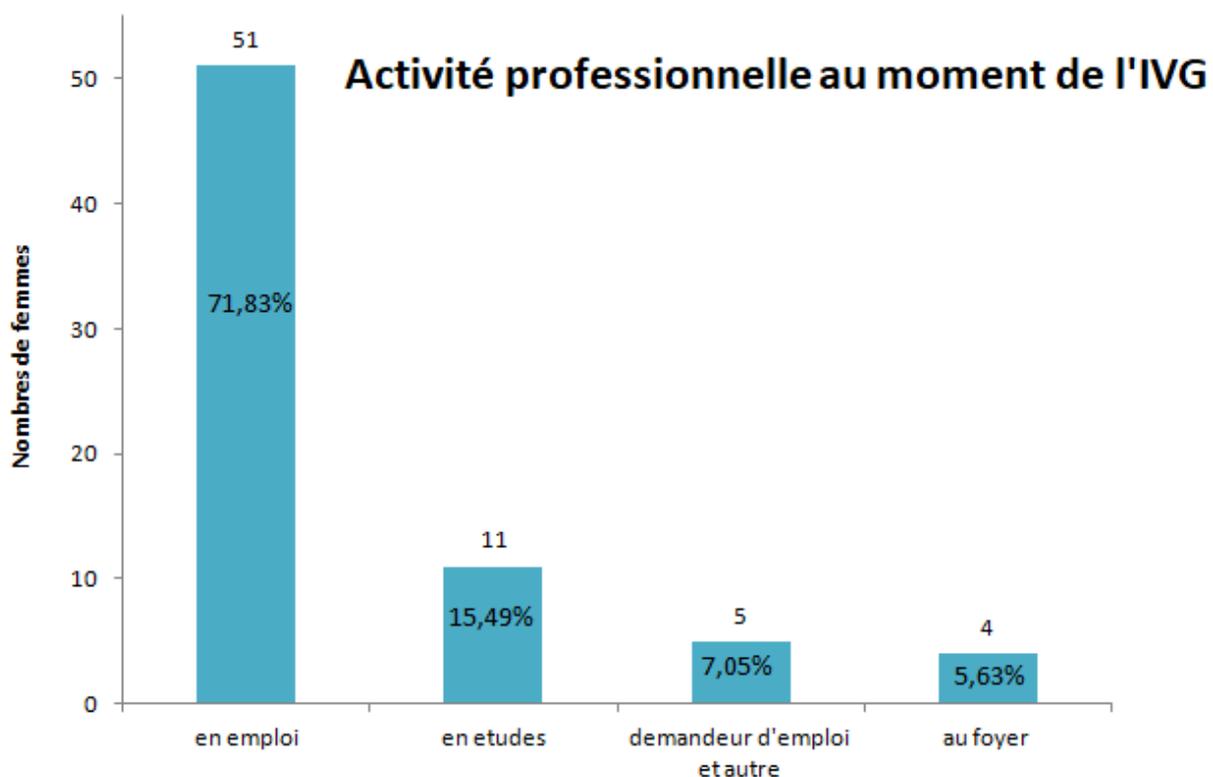


Situation familiale et activité professionnelle lors de l'IVG

77,46 % des femmes interrogées se déclaraient en couple contre 22,54 % de personnes célibataires.



71,83 % des participantes avaient un emploi; 15,49 % étaient en études; 5,63 % se définissaient comme « femme au foyer ». On retrouvait ensuite les femmes en recherche d'emploi et celles correspondant à la catégorie « autre » : intérimaires, formations continues et autres statuts professionnels non fixes.



3 Objectif principal

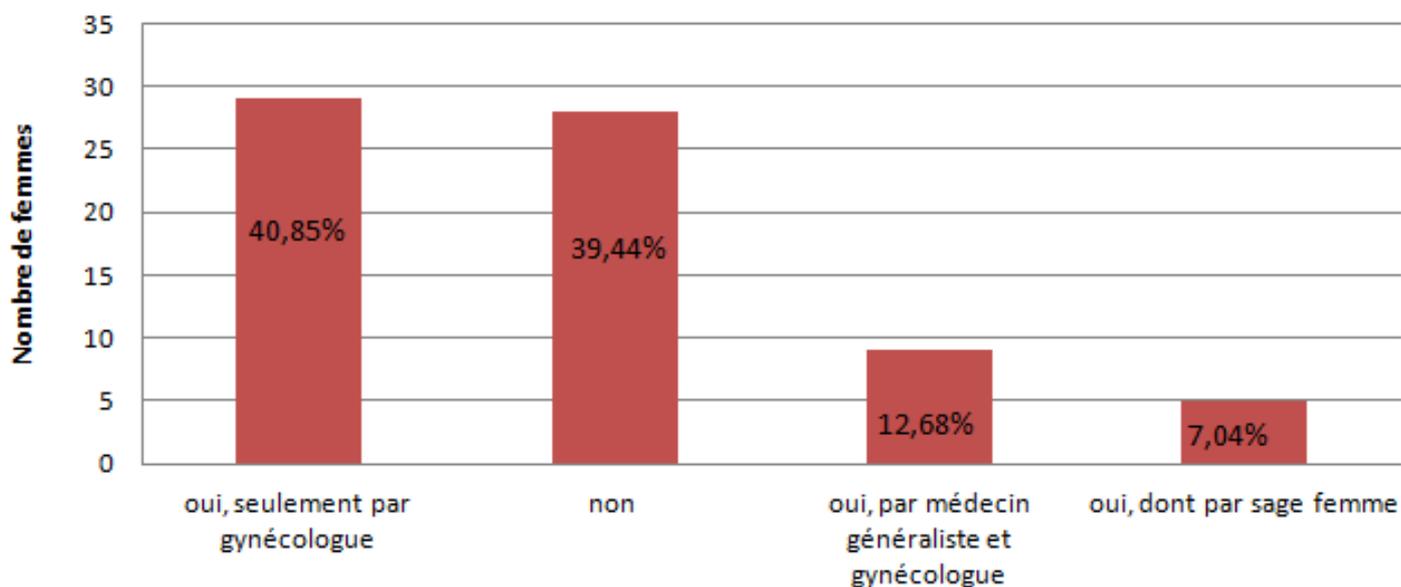
3.1 Connaissances initiales du parcours à effectuer avant le premier contact avec le corps médical

Avant la découverte de la grossesse, le gynécologue constituait le seul praticien exerçant cet acte pour 40,85 % des femmes.

39,44 % n'avait pas la notion de l'accessibilité de l'IVG hors de l'hôpital.

Pour 12,68 % d'entre elles, le médecin généraliste pouvait également le pratiquer. Le recours à la sage-femme dans le cadre d'une IVG était connu pour 7,04 %.

Connaissance initiale des professionnels pouvant pratiquer l'IVG en ville

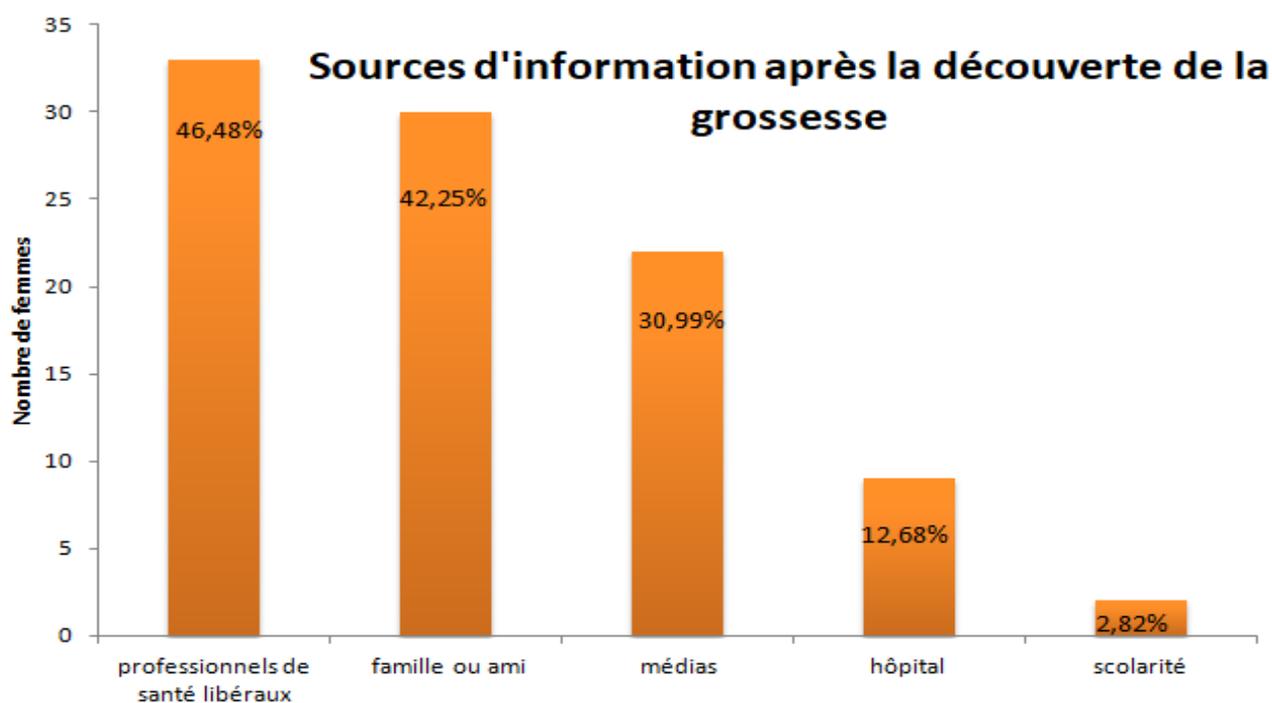


La majorité des femmes (46,48 %) s'était initialement tournée vers le corps médical libéral (médecin généraliste, infirmière, sage femme, gynécologue et leur secrétariat) pour recueillir des informations.

Le cercle proche (famille ou ami) a été la source d'information pour 42,25 %.

Le numéro vert, les sites internet tels que www.ivg.gouv.fr ou www.revho.fr (Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) ont aiguillé 30,99 % des femmes.

Ensuite le relais proposé par l'hôpital puis la médecine scolaire ont été retrouvés.

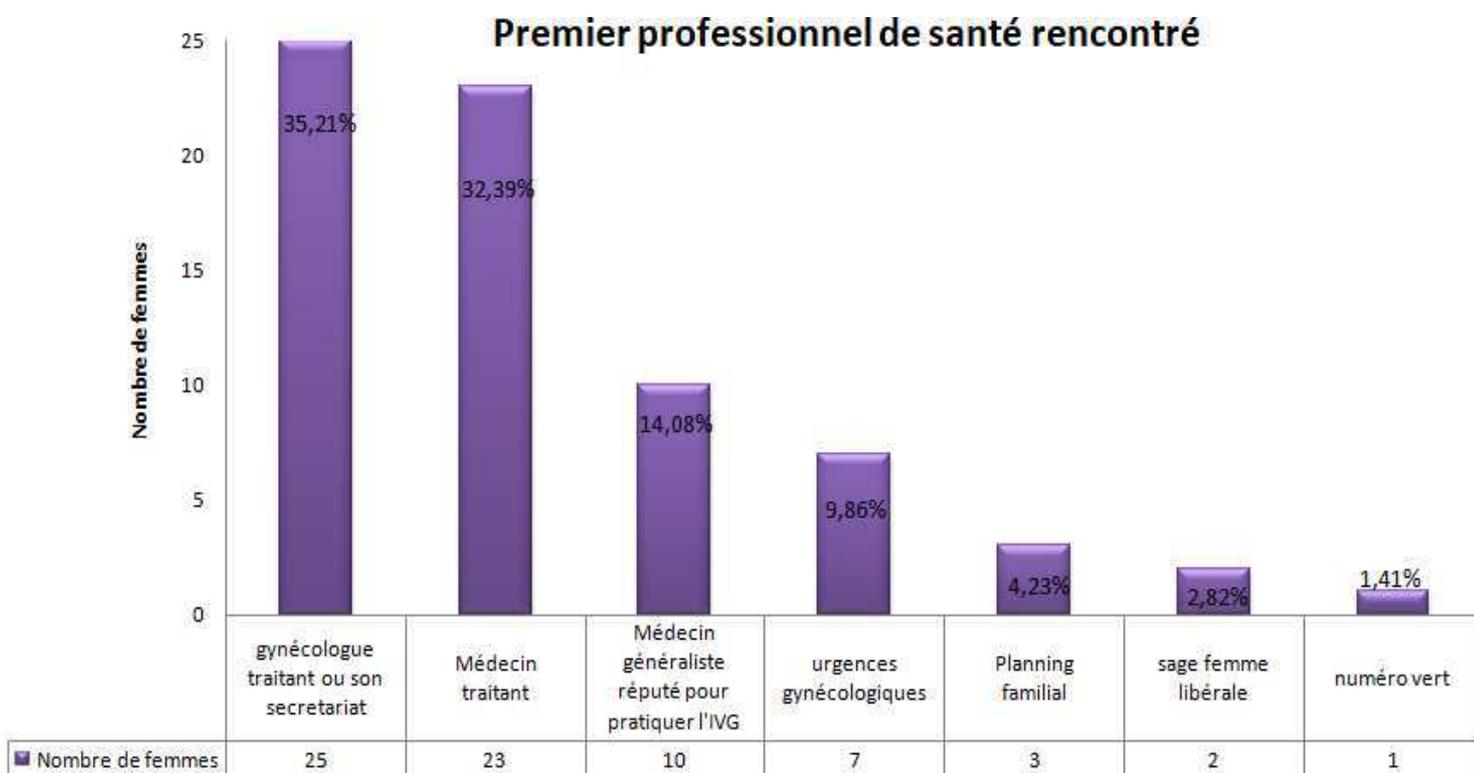


3.2 Le premier professionnel de santé rencontré

La majorité s'est adressée en premier à son gynécologue de ville (35,21 %).

Pour 32,39 % c'était le médecin traitant qui a été sollicité avant quiconque et pour 14,08 %, c'est un médecin généraliste connu pour pratiquer l'IVG médicamenteuse.

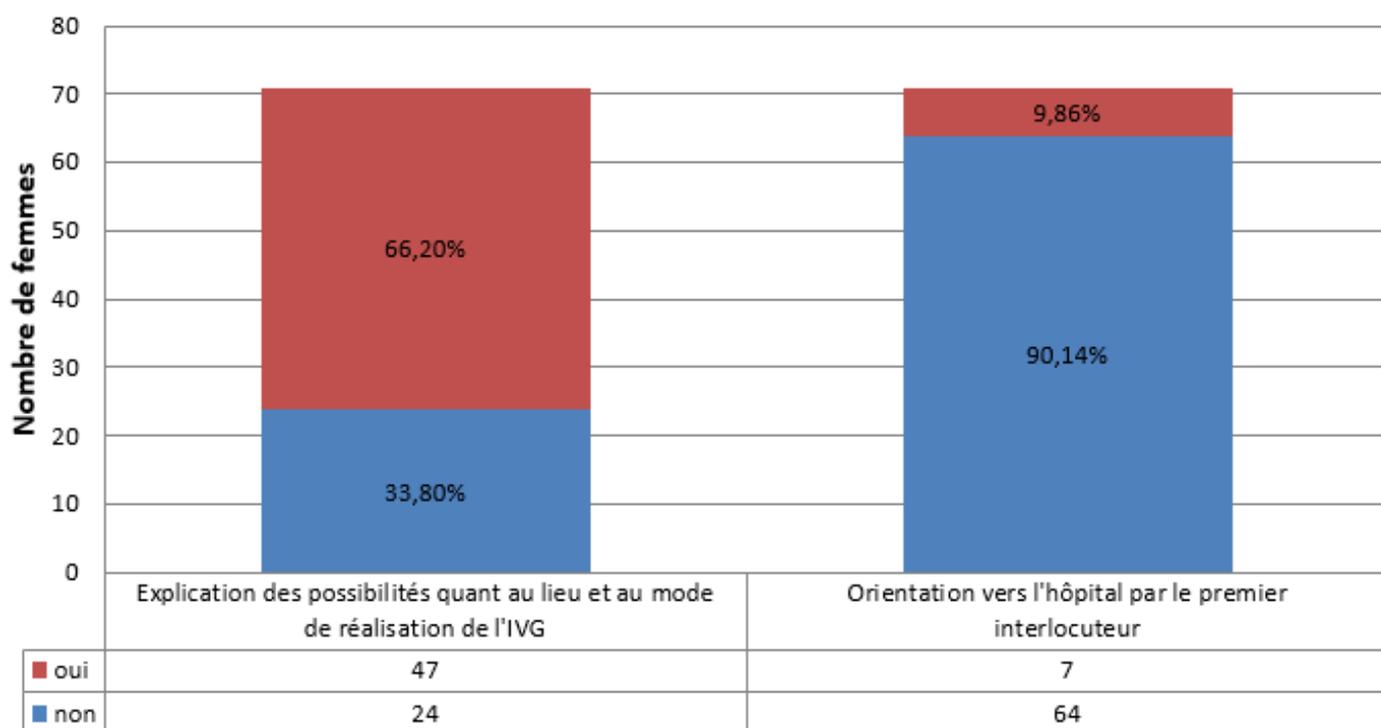
On retrouvait ensuite les urgences gynécologiques, le recours au planning familial, à une sage femme libérale et enfin l'appel du numéro vert.



33,80 % estimaient ne pas avoir reçu toutes les informations lors du premier entretien médical. 66,20 % avaient intégré les différentes possibilités de soins.

L'orientation directe vers l'hôpital après la première consultation est survenue pour 9,86 % des femmes. 90,14 % sont restées dans le circuit de ville durant tout leur parcours de soins.

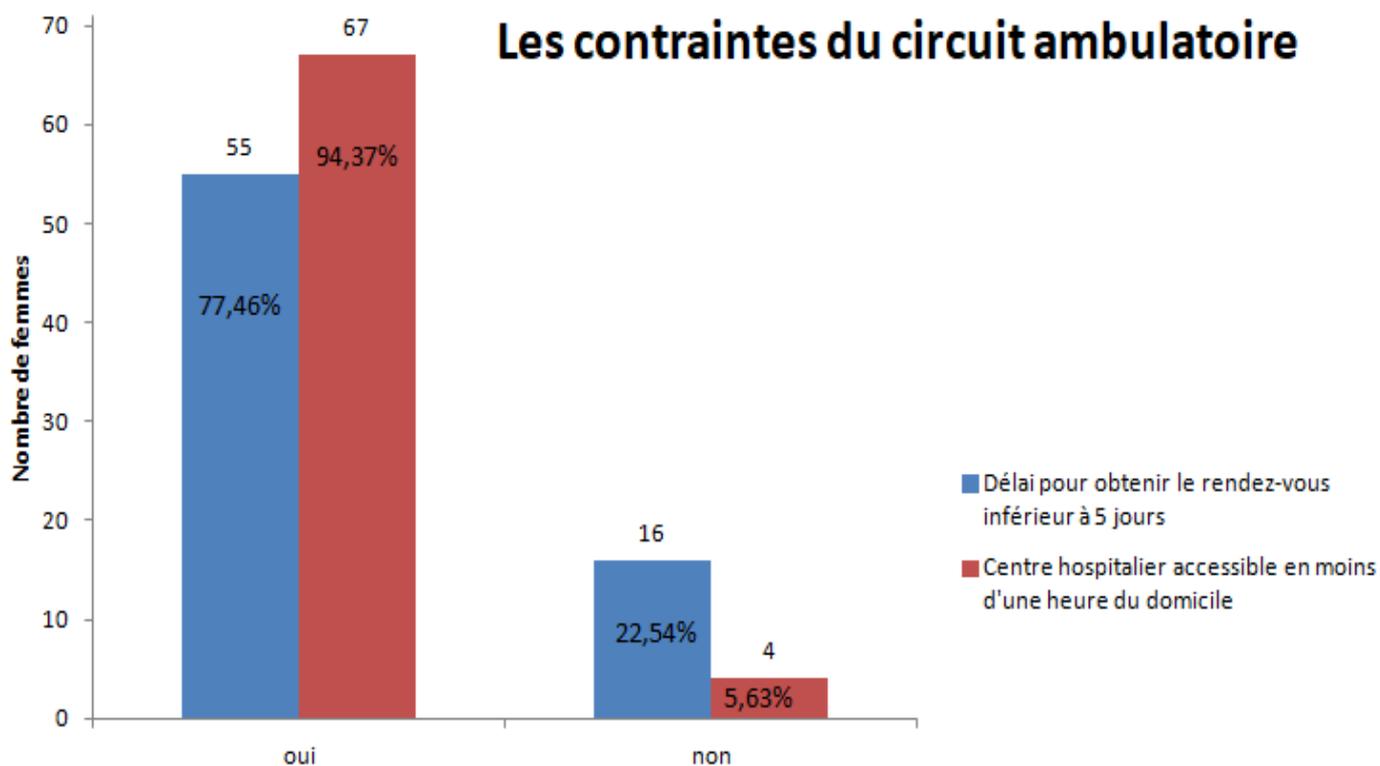
Deux rôles primordiaux



3.3 La réalité du circuit de soins en ville

Le délai de cinq jours entre le premier contact médical et le rendez-vous avec un médecin habilité était tenu pour 77,46 % des patientes.

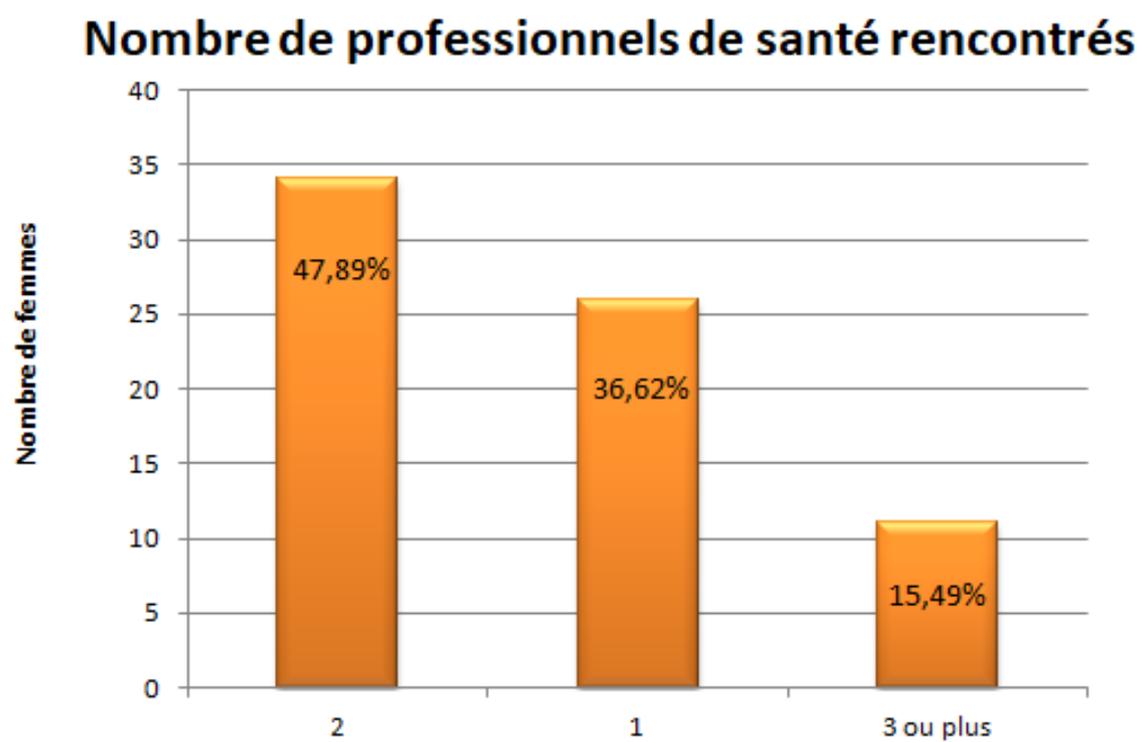
94,37 % d'entre elles vivaient à moins d'une heure d'un centre hospitalier dit « de référence ».



La majorité déclarait avoir rencontré deux médecins différents (47,89 %).

Le parcours direct, où un seul médecin est consulté, a concerné 36,62 %.

15,49 % ont répondu avoir consulté 3 médecins ou plus.

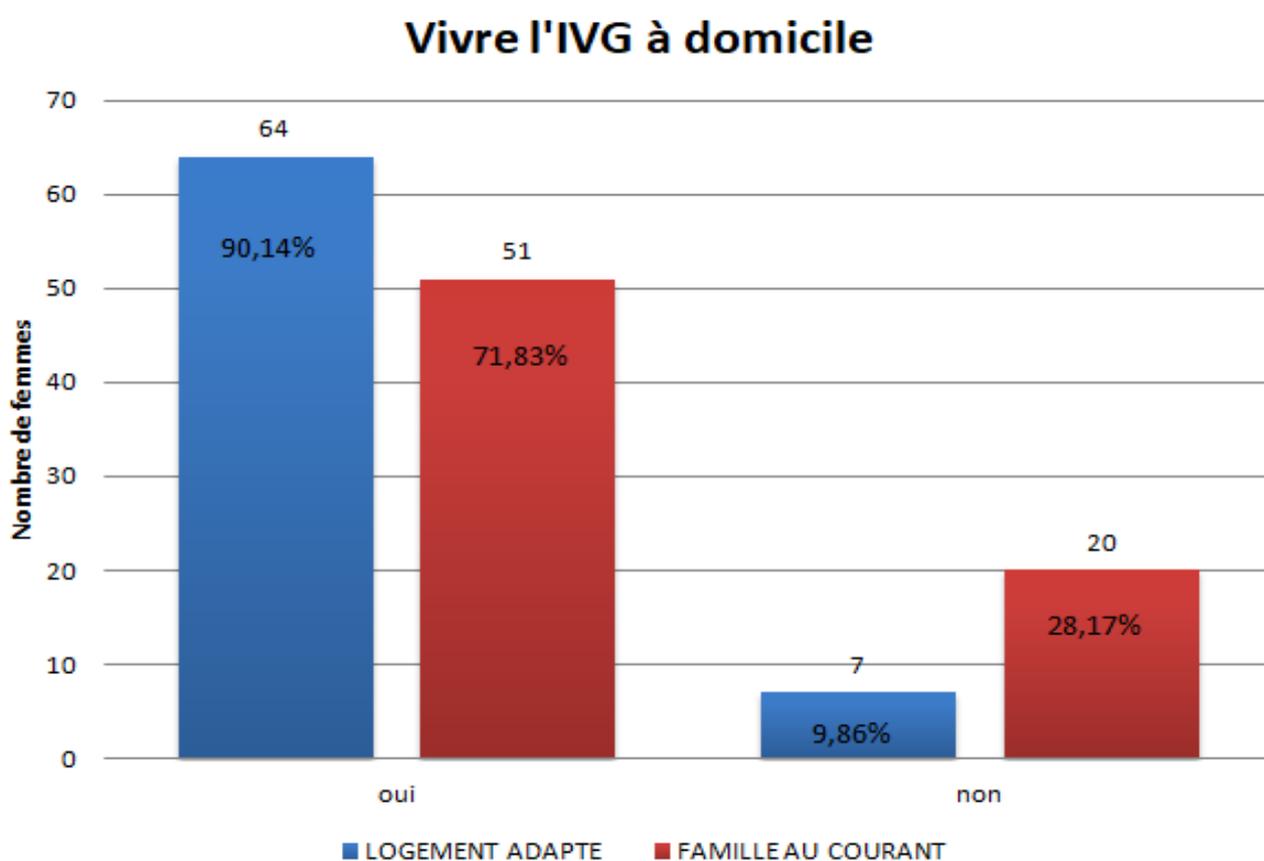


4 Objectif secondaire

4.1 Vivre l'interruption volontaire de grossesse à domicile

90,14 % des femmes considéraient leur habitat comme adapté pour une telle démarche contre 9,86 %.

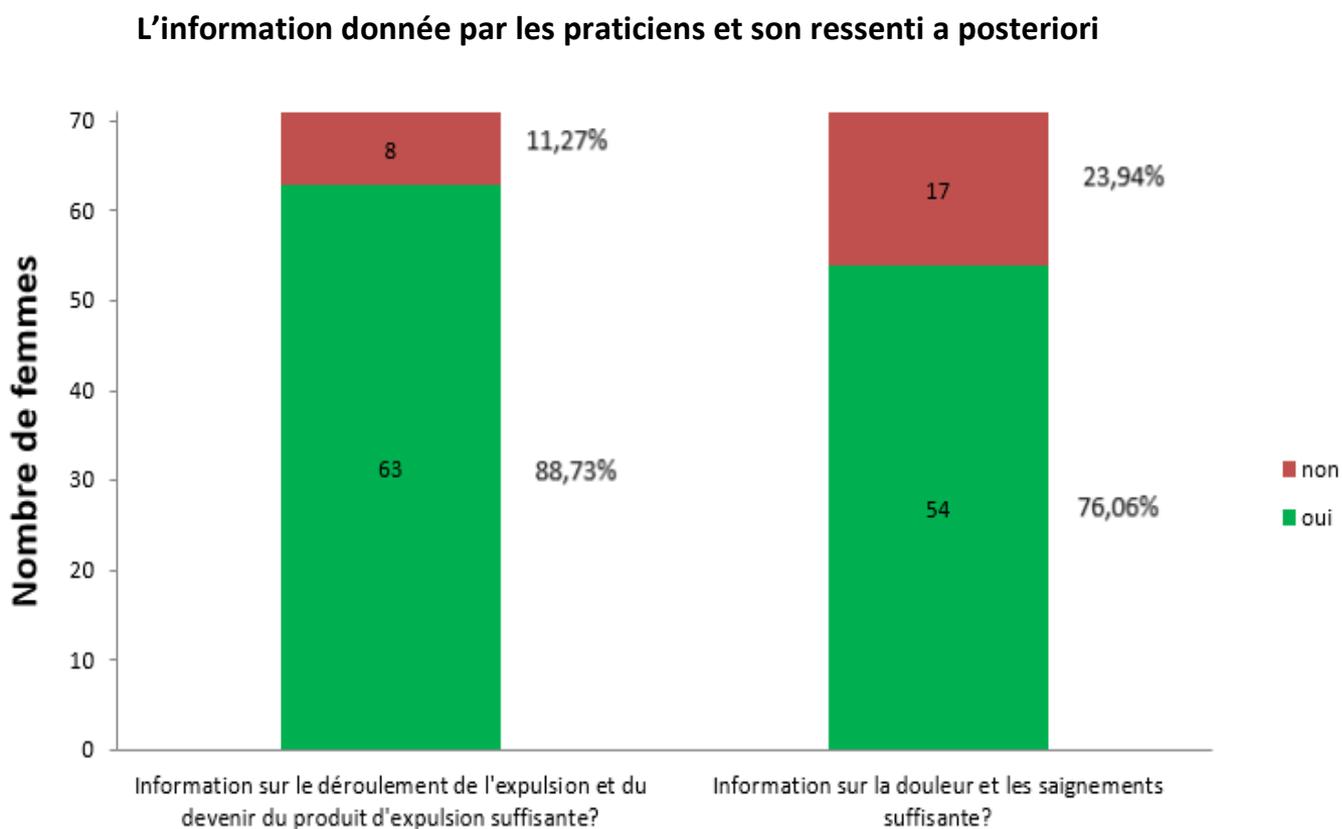
Pour la majorité des femmes (71,83 %) un soutien par un membre de la famille proche a été apporté.



4.2 L'information donnée par le professionnel de santé réalisant l'IVG et son impact sur les patientes

88,73 % des femmes estimaient avoir reçu des informations suffisantes concernant l'expulsion et le devenir du "produit d'expulsion".

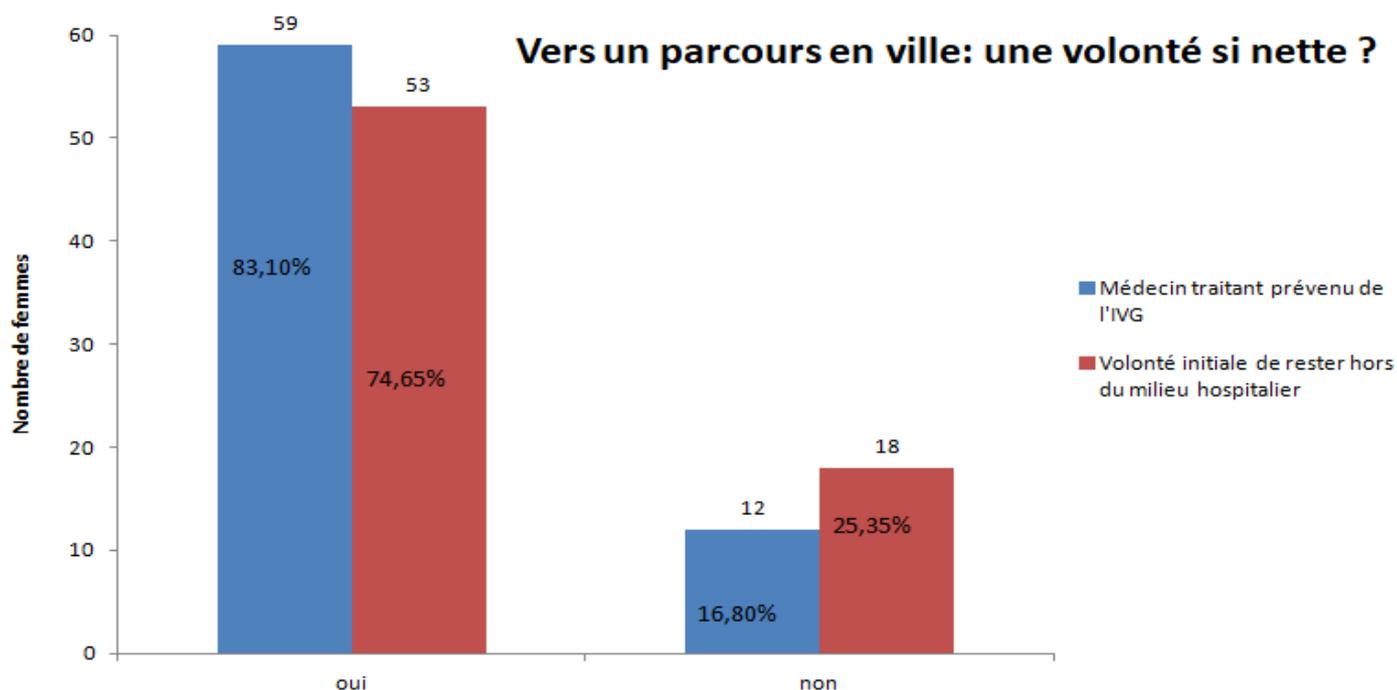
Quant à la douleur et aux saignements, 76,06 % s'estimaient bien informées.



4.3 Unanimité du choix d'orientation vers la ville ?

74,65 % des femmes ont déclaré avoir préféré dès le départ être hors du milieu hospitalier.

83,10 % ont tenu leur médecin traitant au courant de leur démarche.

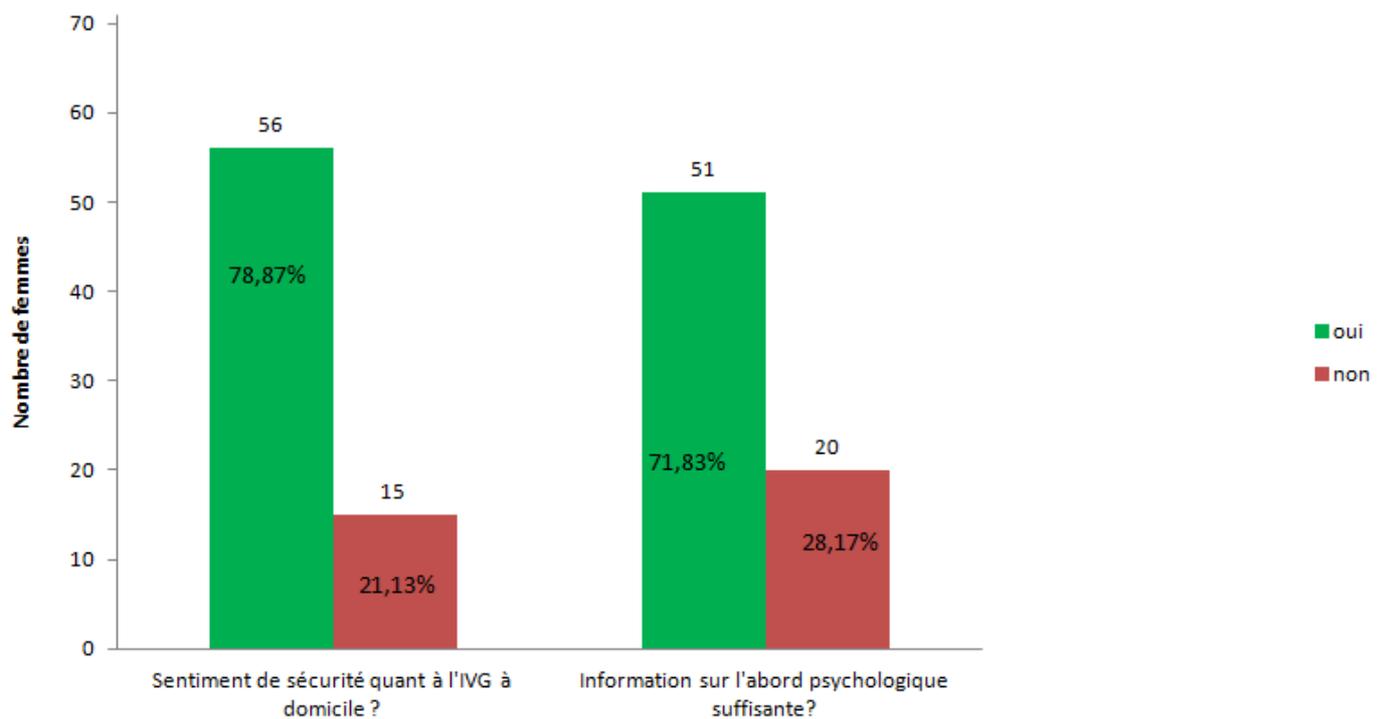


4.4 Sentiment de sécurité et vécu psychologique

78,87 % ont affirmé s'être senties en sécurité durant tout le processus ainsi que les jours suivants et donc n'ont pas consulté aux urgences gynécologiques.

71,83 % considéraient avoir reçu l'aide nécessaire quant au vécu psychologique lors de la consultation avec le médecin (ou ne pas en avoir eu besoin).

A posteriori : aspect psychologique et sentiment de sécurité



DISCUSSION

1 Les résultats principaux à la lueur des données de la littérature

1.1 Un parcours de combattante

L'information en amont est insuffisante :

Dans mon étude, la plupart des femmes interrogées ne connaissait pas l'ensemble des possibilités pour réaliser l'IVG désirée lors de la découverte de leur grossesse. Dans les commentaires libres, celles-ci regrettaient la difficulté d'accès aux informations dites « officielles » concernant la marche à suivre. Le « bouche à oreille » et l'aide des connaissances proches restent une source d'information primordiale selon nos résultats.

Internet est une source d'information importante, notamment le site www.ivg.gouv.fr. Mais les médias sont utilisés dans une proportion moins importante que prévue. Cela démontre un très faible relai informatif de cette méthode par les autorités sanitaires vers la population. « *L'accès à l'IVG suppose un certain niveau d'information* » (2). La délivrance d'informations erronées par certains professionnels médicaux n'est pas non plus un phénomène rare, par malveillance ou, plus souvent, par méconnaissance du système de soins (2).

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rapporte ce fait : « *Contrairement à la Grande-Bretagne qui, confrontée à un problème de grossesses précoces important, a choisi de donner une large publicité aux modalités de recours à l'IVG, les autorités françaises en charge de la santé publique ne communiquent pas sur l'IVG et les campagnes publiques se concentrent sur la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles.* »(19). L'institut National des Etudes Démographiques (INED) relève d'ailleurs une singularité concernant le public étudiant : aucun grand programme national d'information (sur la contraception, l'IVG...) ne l'a ciblé spécifiquement alors que les IVG concernent près de 4 % des étudiantes par an (20).

En 2013, le Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes fait ce constat : « *La visibilité de l'offre du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse est largement insuffisante* » (21). Le rapport d'Israël Nisand il y a près de vingt ans posait déjà les mêmes questions (2). Comment expliquer cette réticence prégnante des pouvoirs publics aux campagnes d'information sur l'IVG ? Le thème de l'avortement est-il encore tabou ? Est ce par peur de créer une confusion entre contraception et méthode abortive ?

L'importance du premier interlocuteur est avérée.

Les premiers professionnels de santé contactés juste après la découverte de la grossesse restent ceux du secteur libéral dans notre travail. Une enquête régionale de satisfaction de 2016 avait démontré que les premiers contacts pour la demande d'IVG étaient essentiellement effectués par les médecins généralistes (22). Cela démontre que, l'un autant que l'autre, doivent être à même de dispenser les informations nécessaires sur les modalités de l'IVG demandée.

Une étude de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) montre qu'il existe des répercussions sur l'accès à l'IVG en fonction du premier professionnel contacté (23). Le gynécologue est souvent associé à une filière d'accès direct, c'est à dire sans intermédiaire entre le premier interlocuteur contacté et le centre pratiquant l'IVG (14) (23). Le médecin traitant lui, est plus accessible, mais engage un délai de prise en charge légèrement plus long car plus souvent hors des filières de soins privées (23).

Le médecin généraliste est devenu le principal coordonnateur de soins depuis le choix du médecin référent en 2005. Son rôle d'interlocuteur privilégié de la femme en découle. Il lui est donc indispensable de savoir informer les patientes sur le parcours à effectuer.

Dans mon étude, le médecin généraliste est consulté presque autant que le gynécologue en premier recours. Par rapport à l'étude de l'INSERM de 2003 (23), où le gynécologue était consulté en premier dans plus d'un tiers des cas, nos chiffres traduisent une augmentation de son recours. Les femmes de notre étude sont majoritairement en emploi, ce qui peut traduire un niveau de vie correct. Les populations ayant un niveau d'éducation élevé

privilégieraient le recours aux soins ambulatoires, ce qui serait l'expression d'une plus grande autonomie de ces femmes par rapport au système sanitaire (23).

C'est bien souvent le premier professionnel rencontré qui doit dispenser à sa patiente les explications sur l'ensemble des possibilités du recours à l'IVG. L'article R.4127-36 du code de la santé publique insiste sur la notion de consentement éclairé: « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ». Il est également rappelé que « *Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement.* »(Annexe 2). Un travail de thèse (14) a démontré que si les médecins connaissaient l'existence des deux méthodes, seule la moitié d'entre eux les exposait à leurs patientes. Parmi ces derniers, seul un quart leur laissait le choix de l'orientation. Le CNGOF recommande de « *permettre un accès équivalent à chaque méthode en présentant de façon éclairée les avantages et inconvénients de chacune d'elle*» (1).

Ce rôle d'information que revêt le premier interlocuteur est d'autant plus important que la femme dispose de moins de ressources personnelles lui permettant de se réorienter facilement (réseau amical, professionnel, barrière de la langue, méconnaissance de sa physiologie...). En effet, les parcours de soins sont d'autant plus souvent indirects que les femmes ont un faible niveau d'éducation. Cette carence éducative empêche de pallier à l'insuffisance de prise en charge du médecin qu'elles avaient contacté en premier recours (23).

La réalité du circuit ambulatoire et ses contraintes

L'accès à l'IVG et sa prise en charge dans de bonnes conditions figurent parmi les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 (19).

Le nombre de médecins rencontrés au cours de ce parcours souvent compliqué est un indicateur significatif. L'échographie est actuellement placée au second plan (1). L'absence d'accès à l'échographie de routine ne doit plus être un frein à la programmation de l'IVG demandée. Le questionnaire excluait donc le médecin ayant pratiqué l'échographie. Le parcours direct, ou à défaut la consultation de deux médecins différents, est garant de la

fluidité nécessaire pour accéder à l'IVG médicamenteuse ambulatoire dans les temps. Cela sous-entend que les femmes interrogées étaient relativement bien informées. La majorité des personnes interrogées dans mon étude rentrait dans ces cas.

La diminution du nombre de centres (fermetures des établissements privés pour cause de rentabilité) et le regroupement de l'activité dans les plus gros centres mettent à mal la gestion des délais. En effet, l'étude du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes de 2013 (21) rapportait la fermeture de 130 établissements d'orthogénie depuis 2003. L'effet de saturation de l'offre de soins entraîne bien souvent le dépassement du terme légal. Sachant que la durée moyenne de grossesse pour une IVG médicamenteuse est de 6,5 semaines d'aménorrhée (SA) (20), les délais d'attente de parfois deux semaines sont difficiles à concilier avec le respect du terme maximal légal. L'IGAS constate de véritables « *goulot d'étranglement dans certaines zones de fortes demandes* », et notamment dans les grandes métropoles, que le lent développement de l'IVG médicamenteuse en ville ne suffit, pas pour le moment, à contenir(19).

Le délai entre le premier contact avec un professionnel de santé et le rendez-vous avec le professionnel habilité pour la pratique de l'avortement est idéalement estimé inférieur à cinq jours (14) (24). En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) affirme que plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse, plus le taux d'efficacité est élevé et plus les risques de complications sont faibles (24). Cela permet également un choix plus large de techniques utilisables et influe sur le vécu des femmes (21) (24). Dans ce travail, ce délai était respecté dans la majorité des cas. Un parcours fluide et rapide est garant de la possibilité de recours à cette méthode (24). Il est hautement probable que les femmes ayant dépassé le délai maximal des 7 SA n'aient pas pu y avoir accès en ville et donc n'ont pas pu être interrogées. L'INED explique que : « *les femmes dans des situations précaires ou plus inexpérimentées face aux démarches administratives et médicales auraient plus de difficultés d'accès aux services d'IVG, ce qui se traduirait par des délais plus longs* », et donc potentiellement un dépassement du terme légal (20). Ce sont des femmes qui, par définition, n'ont pas pu être incluses dans notre étude.

La proximité du logement d'avec le centre hospitalier de référence est un facteur organisationnel qui participe au succès de la démarche. Il doit se trouver à moins d'une heure du domicile de la patiente afin de diminuer le risque d'expulsion sur le trajet du retour (24). Cela renforce le caractère urbain de l'offre de soins. Effectivement, si l'offre est disponible dans les grandes agglomérations, les patientes peuvent avoir à parcourir de grandes distances si elles ne vivent pas en ville. Cela sous entend avoir un moyen de locomotion personnel, et donc un certain niveau de vie. La remise du misoprostol à la patiente pour une absorption à domicile réduit le risque d'expulsion sur le trajet du retour.

En Suède, pays où 71 % des avortements se font par voie médicamenteuse, une étude revient sur la nécessité de cette proximité avec un hôpital (25). Le fait de limiter la durée d'un éventuel trajet en urgence vers l'hôpital serait d'importance mineure dans la prévention des évènements indésirables aux regards de leurs résultats. Aucune association entre le résultat de l'avortement et la distance entre le domicile et l'hôpital n'a été mise en évidence dans leur étude. Ce résultat est justifié par le fait que les complications, quand elles surviennent, ont lieu plusieurs jours après la prise du médicament. Cette étude est à prendre avec réserve, car ce n'est pas tant le résultat de l'IVG qui est remis en cause, mais la gestion des complications quand elles arrivent à domicile ou sur le trajet du retour (24). Elles seront d'autant moins faciles à prendre en charge si la patiente est éloignée d'un centre hospitalier, même s'il existe peu de complications dites « graves » (hémorragies, infections ...).

1.2 Aborder le ressenti

[Vivre l'IVG à la maison](#)

Nathalie Bajos de l'INSERM explique que « *la moindre reconnaissance sociale de l'IVG à domicile* » est donc vécue comme « *plus légère, plus souple, et se rapprochant plus du phénomène naturel de fausse couche* »(23).

Un élément de nature organisationnelle soulevé par les études précédentes était l'adaptation du logement personnel à la réalisation de l'IVG. L'intimité, la possibilité de se reposer, l'accès à la salle de bain et aux toilettes sont autant de paramètres qui participent à un meilleur vécu de l'épisode. Presque la totalité des femmes interrogées ont décrit leur

logement comme leur ayant convenu, ce qui sous entend également un niveau de vie relativement élevé des femmes choisissant ce mode de réalisation de l'IVG.

L'implication de la famille proche (compagnon, ami ou famille) est un des avantages offert par la pratique ambulatoire. Son importance est soulignée dans un article paru au Bulletin de l'OMS en 2011 (26). Cette présence au moment de l'administration du Misoprostol favorise l'acceptabilité de la méthode selon une autre étude suédoise (27), en diminuant le niveau de stress ressenti par la patiente. Toujours selon cette étude, le soutien par un tiers hors d'un hôpital est également le témoin d'un certain support social. Le rôle du conjoint dans le vécu de l'épisode abortif est mis en valeur dans un travail de thèse (28). L'absence d'un accompagnement serait même un facteur d'insatisfaction (22). Certaines des femmes qui ont été interrogées dans cette étude ont même regretté la faible place laissée à la souffrance de leur compagnon qui s'est senti ignoré dans le processus.

« Certaines recherchent l'ambiance rassurante et médicalisée de l'hôpital, d'autres préfèrent la discrétion et l'intimité de leur domicile », remarque Laurence Roussel, membre du Bureau National du Planning Familial. L'hôpital semble, pour certaines femmes, officialiser la grossesse. Le domicile permet de cantonner l'évènement à la sphère privée, dans le plus grand secret. Les travaux de thèse des docteurs Rousset et Thollot (28) le confirment. Rester à domicile, à première vue, semble plus facile à vivre. A la maison, la responsabilité est partagée entre la patiente et son médecin, contrairement au schéma habituel de transfert de responsabilité. Si la question « préférez vous être hors du milieu hospitalier ? » semble être un lieu commun, ce qui l'est moins est la proportion de femmes ayant répondu négativement. En effet, l'hôpital reste pour un quart des femmes une possibilité totalement envisageable. Cela peut s'expliquer par le besoin d'être entourée par une équipe soignante dans l'accompagnement de cet avortement (9). Cette donnée est également retrouvée dans le travail du Dr Ben Aissa (16). Laisser à la patiente le choix des modalités constitue la première étape de l'acceptation et de l'appropriation de son droit à l'IVG.

L'importance majeure de l'information délivrée par le soignant

L'information sur l'expulsion semble correcte dans notre travail. L'utilisation du mot « produit d'expulsion » est un choix sciemment fait par les professionnels de santé. Si celui-ci peut paraître brutal, son utilisation cherche à responsabiliser la femme dans la surveillance de son avortement. L'expulsion effective à domicile est l'un des critères d'efficacité que seule la femme peut confirmer (14). Elle survient moins de six heures après la prise du misoprostol dans 70 % des cas et dans la journée chez 91 % des femmes (29). De plus, il convient de prévenir la patiente de ce qu'elle risque de voir et sentir. Contrairement à l'aspiration chirurgicale, la femme va ressentir le processus d'avortement physiquement et en être le premier, voire l'unique témoin. S'assurer de la compréhension préalable du déroulement de l'expulsion et du devenir du produit d'expulsion est indispensable. Les femmes de notre étude se sont estimées globalement bien préparées à ce moment.

La douleur et les saignements sont des effets attendus, qui peuvent devenir des complications si leur durée et intensité dépassent le cadre établi.

Les métrorragies, témoin de l'effet du traitement médical, surviennent dans les 3 à 4 heures suivant la prise de prostaglandine, mais ne sont pas une preuve d'expulsion complète (24). Elles peuvent durer jusqu'à quinze jours (29). Les consignes données pour consulter en urgence sont celles-ci : plus de deux serviettes hygiéniques imprégnées en une heure, et ce durant plus de deux heures ou reprise d'un saignement abondant même à distance de la prise des médicaments (6). Le risque hémorragique se situe au delà de trois heures après la prise du Misoprostol. Il n'existerait donc pas de différence en termes de risque hémorragique entre la méthode à domicile et en hospitalisation. La nécessité de transfuser une patiente suite à une IVG médicamenteuse a été estimée à 1 pour 1000 femmes (1).

Les douleurs, rapportées par 90 % des femmes, durent entre une demi-journée et trois jours (11) et sont plus fortes au troisième jour (29). L'antalgie est efficace avec de l'Ibuprofène (1). Une fièvre supérieure à 38 °C persistante ou apparaissant plus de 6 à 8 heures après la prise du misoprostol est aussi une des consignes devant amener à consulter (6).

Dans une enquête semi qualitative publiée dans une revue de médecine générale, 81 % ont jugé les saignements acceptables, mais 22 % estimaient les douleurs intolérables malgré les

antalgiques prescrits (30). Les saignements restent globalement inquiétants pour les patientes: selon une étude de la Fondation de l'Avenir(29), 27 % ont été inquiètes par l'abondance des saignements. Nos chiffres sont cohérents avec ces données : les femmes ont majoritairement déclarées avoir été bien informées à ce propos mais près d'un quart des femmes ont néanmoins émis des réserves.

Une étude multicentrique américaine (9) démontre le paradoxe suivant : un événement indésirable (fortes douleurs, saignements...) au décours d'une IVG médicamenteuse semble provoquer légèrement plus d'insatisfaction chez les femmes qu'un événement indésirable suite à une IVG chirurgical. Les auteurs expliquent cela par la méconnaissance de cette technique dont les effets secondaires attendus seraient largement sous estimés. Les femmes se représentent peu ou mal le geste, qui reste alors abstrait jusqu'à sa réalisation.

Une étude du Centre de Référence pour l'Etudes et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC) de 2003 a fait ce constat : *« plus les revenus du ménage sont élevés et plus les individus ont le sentiment de manquer d'information sur la qualité des soins en médecine de ville. On retrouve ici une tendance plus générale : les consommateurs les plus diplômés (et souvent les plus aisés) sont les plus en demande d'informations supplémentaires. »*

Dans mon étude, le niveau socio-économique est globalement élevé. La vision apportée par le CREDOC peut expliquer, en partie, le ressenti des femmes qui déclarent avoir été mal informées ou mal préparées (31).

Le médecin généraliste, interlocuteur privilégié de la femme ?

Une étude américaine (32) s'est intéressée à l'aspect psychologique de cette expérience. Elle conclue que l'expérience d'un IVG peut être vécue par certaines femmes comme un processus de perte même si le choix est volontaire. Aborder le vécu psychologique est primordial pour le médecin généraliste. Il est de son ressort de dépister les fragilités préexistantes à l'IVG, qui vont faire que celle-ci va s'inscrire dans la vie de la femme différemment. Sa décision d'avoir recours à l'avortement est liée à un vécu et à un contexte singulier. Chacune attribue à cet épisode de vie une signification qui lui est propre.

La thèse du Dr Suteau (15) a mis en évidence certaines raisons pouvant expliquer l'exclusion du médecin traitant du parcours : le sexe masculin du médecin traitant, trop de proximité familiale, mise à distance de l'IVG lors des prochaines consultations... Le concept encore prégnant de « médecin de famille » serait pour certaines femmes un frein à la consultation gynécologique dans le cadre d'une demande d'IVG. L'hôpital permettrait dans ce cas une confidentialité paradoxale, mais cette fois par rapport au médecin de famille. Cela traduit un phénomène connu des médecins généralistes : tant que le médecin n'aborde pas un sujet de gynécologie lors d'une quelconque consultation, les patientes n'osent pas forcément le faire, et ce même si elles rencontrent un problème. S'agit-il d'un manque de confiance ou d'un tabou ? Considère-t-on encore les généralistes comme non qualifiés ?

Néanmoins, sa non-implication semble être un phénomène minoritaire, comme dans mon étude. La relation particulière qu'il entretient avec ses patientes ainsi que la féminisation du corps de métier favorisent l'ouverture du dialogue en matière de génitalité. Un travail de thèse va également dans ce sens (33).

Au 1^{er} janvier 2015, la DRESS recensait 2817 gynécologues médicaux et 2753 gynécologues obstétriciens exerçant en exercice libéral exclusif ou mixte, contre 69010 médecins généralistes dans le même cas (Annexe 10). Dans ce contexte de diminution du nombre de gynécologues de ville, la médecine générale se doit de pouvoir répondre aux attentes et aux besoins des patientes en matière de gynécologie de premier recours.

La souffrance psychologique et le sentiment de sécurité

Le sentiment de sécurité a posteriori de l'épisode et durant les jours qui ont suivi est une donnée qui mérite d'être recueillie, bien qu'il s'agisse d'un paramètre subjectif.

Si la sécurité de cette méthode est prouvée dans la littérature scientifique par de nombreuses études internationales (34) (35), quelle est l'impression des premières concernées ?

Dans mon étude, les femmes ont majoritairement déclaré s'être senties en sécurité et avoir été correctement informées du vécu psychologique, de sa possible difficulté et des potentielles conséquences sur le psychisme. Les femmes qui ont répondu avoir ressenti un sentiment global de sécurité tout le long du processus n'ont pas consulté aux urgences gynécologiques. Cela peut traduire un sentiment de tranquillité mentale globale par rapport à l'épisode. Il faut préciser que le manque de soutien psychologique doit être également ressenti suite à une IVG chirurgicale. Cette carence n'est très probablement pas imputable au caractère ambulatoire mais bien à la réalité de l'acte en lui-même. Effectivement, l'étude de Moreau C., Bajos N., Bouyer J. et du groupe Cocon (23) a mis en évidence une proportion non négligeable de femmes (46,9 %) qui estimaient avoir été insuffisamment soutenues par le médecin qui avait pratiqué l'IVG (médicamenteuses et chirurgicales).

Malgré tout, concernant l'IVG médicamenteuse, il existe vraisemblablement un décalage entre l'apparente facilité de sa réalisation et le choc psychologique produit par l'expulsion ou l'abondance des saignements.

L'étude de S. Dupont de 2003 (36) se penche sur l'aspect psychologique de l'IVG. Les femmes en demande d'IVG vivent, malgré elles, la mise en place des mécanismes spontanés de la maternité. Elles mobilisent en parallèle des mécanismes de défense qui viennent s'opposer aux dispositifs psychologiques maternels qui commencent à s'installer. Cette défense consiste à occulter cet « éprouvé affectif », ainsi que les représentations relatives à la grossesse. L'expression de cette défense, véritable barrière psychique, se fait à des degrés variables, allant du simple évitement des pensées liées à la maternité au déni pathologique de la grossesse. Cela semble expliquer l'attitude défensive de certaines patientes lors de la consultation de demande d'IVG. C'est là toute la difficulté de la prise en charge

psychologique de l'IVG, la souffrance ne s'exprimant pas toujours extérieurement mais restant souvent latente.

Selon les données actuelles, aucune relation n'est clairement établie entre l'augmentation des troubles psychiatriques et le recours à l'IVG (1). Selon l'étude américaine citée précédemment (32), les pathologies psychiatriques seraient huit fois plus fréquentes chez les femmes en post partum que chez les femmes ayant effectué un avortement.

Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, après une revue de la littérature, arrive à cette conclusion : dans le cas d'une grossesse imprévue, qu'une femme opte pour une IVG ou maintienne sa grossesse, les conséquences sur sa santé mentale seront les mêmes (10). Quant aux femmes qui ont un antécédent de maladie psychiatrique, il existerait la même probabilité de récurrence du trouble psychiatrique après une IVG comme après une naissance imprévue.

2 Critiques de l'étude

2.1 Le choix de la méthode et les forces de l'étude

S'il existe une loi leur permettant d'avoir accès à la voie médicamenteuse, il semble primordial de donner la parole aux patientes afin qu'elles expriment leur ressenti.

Compte tenu du faible taux de participation lors d'enquêtes qualitatives déjà réalisées, procéder à ce questionnaire par téléphone a semblé plus efficient. Dans une thèse qualitative, l'auteure décrit les écueils rencontrés dans l'organisation d'entretien en face à face. Plusieurs femmes initialement volontaires, pensant que l'entretien était téléphonique, ont par la suite refusé l'entretien physique (15) ce qui a mené à recruter un nombre de patientes nettement inférieur à celui initialement prévu. La distribution d'auto questionnaires est également moins efficace en termes de taux de réponse. Ainsi, la forme quantitative a permis de recueillir le témoignage d'un nombre non négligeable de femmes, chose qu'aucun travail individuel de thèse en version qualitative n'aurait rendu possible.

Le questionnaire court est peu chronophage pour les femmes ayant accepté de participer.

Un des médecins exerçait en centre-ville d'une grande aire urbaine et l'autre dans une petite aire urbaine, selon la terminologie du nouveau zonage des aires urbaine de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques de 2010. Cela a permis le recrutement de femmes issues de milieux socio économiques variés, confrontées à des problématiques organisationnelles différentes.

Les groupes d'âge, le mode de vie et l'activité professionnelle sont issus du rapport de 2016 de la DRESS (3). Les modes de vie et les catégories professionnelles ont pu être comparés aux données de la DRESS concernant les femmes ayant recours à l'IVG.

Selon la loi Jardet votée en 2012, l'avis du comité d'éthique n'est pas stricto sensu obligatoire dans le cadre d'études non expérimentales (à risque minime). La déclaration à la CNIL, en revanche, est obligatoire.

Ne pas avoir envoyé de document écrit résumant l'enquête, au domicile des femmes, est volontaire. De même que de ne pas avoir envoyé un consentement à signer puis à renvoyer afin de garantir le secret médicale et le respect d'un choix où la famille n'a pas toujours sa place.

2.2 Limites de l'étude

Non représentativité de l'échantillon ou témoin inattendu d'une réalité sociale : le test du Chi 2

Les catégories «activité professionnelle» et «situation familiale» étant basées sur celles de l'étude de la DRESS de 2015 (3), un test du Chi 2 a pu être réalisé. La statistique du Chi-2 évalue dans quelle mesure les effectifs fournis dans des données étudiées sont proches d'une distribution théorique. Les données de la DRESS étaient celles impliquant l'ensemble des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse, en ville et à l'hôpital, en Métropole durant l'année 2011 (Annexe 11). A ce jour il n'existe pas de données suffisantes permettant de comparer l'échantillon de cette étude aux données concernant les seules femmes ayant effectué une IVG médicamenteuse hors de l'hôpital.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Pour la variable « situation familiale », le test retrouvait $p=1,4 \times 10^{-4}$, témoignant d'une différence significative entre la population ayant effectué une IVG médicamenteuse en France en 2011 et l'échantillon de cette étude. Pour la variable «activité professionnelle», le test du Chi 2 notait également une différence entre les deux populations avec un $p=0,00495$. Les deux résultats étaient significatifs. Cela semble démontrer que la population étudiée n'est pas comparable à l'ensemble des femmes qui ont eu recours à une IVG médicale (en ville ou à l'hôpital).

Cela est à modérer. En effet, dans notre étude, la majorité des femmes interrogées travaillaient et étaient en couple. Cette stabilité sociale n'est pas aussi évidente dans la population étudiée par la DRESS (3). Selon l'INED, les femmes ayant recours à l'IVG sont le plus souvent seules et sans situation professionnelle stable (20). L'étude de l'INED relève ce chiffre : « *plus de la moitié ne sont pas en couple* », pour arriver à cette conclusion : « *les femmes ayant recours à l'IVG sont plus souvent seules et sans situation professionnelle stable* »(20).

La constitution du biais de mesure se discute, tant le recours à l'IVG médicamenteuse en ville est effectué majoritairement par des femmes au niveau socio-économique élevé. Selon le REVHO, il est même fortement déconseillé de le proposer aux populations en situation de précarité (8). La difficulté du parcours hors de l'hôpital dans des délais courts ainsi qu'un niveau de compréhension minimal requis explique cette sélection volontaire(7). Les femmes ayant une activité professionnelle sont aussi celles qui sont le plus indépendantes. Elles sont le plus à même de consulter rapidement. Le système de santé ambulatoire et ses rouages complexes leurs sont moins obscurs. Le mode de vie en couple de plus de trois quart des femmes interrogées renforce l'idée que ces femmes jouissent également d'une certaine stabilité affective et d'un appui dans la vie quotidienne et ses épreuves.

Le CREDOC a fait ce constat (31): l'information concernant le système de santé est ressentie différemment selon le niveau socioéconomique. Les cadres et professions intellectuelles supérieures étaient plus nombreux à s'estimer suffisamment informés. A l'opposé, les ouvriers et les inactifs estimaient plus souvent manquer d'informations. L'étude du CREDOC avait également constaté que, contrairement aux milieux les plus favorisés, les catégories dites « ouvriers » et « inactifs » recherchaient surtout des informations sur la qualité des soins dans les hôpitaux plus qu'en médecine de ville. Le recours à l'ambulatoire leur est de fait moins évident (31) et donc moins facilement utilisé.

L'ensemble de ces réflexions amène ce constat : l'IVG médicamenteuse en ville ne serait majoritairement accessible qu'à une minorité favorisée de la population générale.

Les biais

Normalement contrôlé par l'échantillonnage exhaustif, le caractère multicentrique et l'utilisation d'un questionnaire standardisé, le biais de sélection reste présent par le recrutement dans deux patientèles relativement favorisées et urbaines. Il existe peu de praticiens pratiquant l'IVG dans les zones rurales et les médecins pratiquant l'IVG dans des milieux défavorisés n'ont pas donné suite à ma demande.

Le biais de désirabilité sociale est la projection d'une image positive a posteriori sur un évènement difficile pour se présenter sous un jour favorable auprès de l'investigateur. En

effet, en se présentant comme travaillant avec le Dr X, les patientes ont pu vouloir enjoliver leur vécu plus ou moins consciemment.

Le biais de classement est possible du fait du recueil quantitatif de variables subjectives (douleur, information, sentiment...). De plus, le recueil des témoignages a posteriori entraîne obligatoirement un biais de mémorisation.

Enfin, les femmes ayant refusé de participer à l'étude constituent un biais d'information. Une IVG qui s'est mal déroulée ou un vécu personnel particulièrement pénible ont pu entraîner un refus de leur part. Ces témoignages plutôt négatifs n'ont donc pas été analysés, et l'étude peut se révéler méliorative par rapport à la réalité d'une IVG médicamenteuse en ville.

Autres éléments à débattre

Il aurait été intéressant de pouvoir inclure d'autres patientes moins urbaines dans l'étude, éventuellement dans des zones plus reculées.

Certaines questions pour compléter le profil des patientes auraient pu être ajoutées: nationalité, lieu de naissance, nombre d'enfants à charge, sexe du médecin traitant, antécédents d'IVG.

Aucune des femmes interrogées ne parlaient pas français : doit-on voir là également un biais de sélection ?

Un travail réalisé à plusieurs étudiants aurait pu recueillir davantage de témoignages mais le questionnaire aurait été moins standardisé (involontairement) puisque mené par des personnes différentes.

L'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas nécessaire après discussion avec plusieurs médecins, étant donné l'absence de soins prodigués dans cette étude.

3 Notions réflexives

3.1 Les commentaires libres

Un questionnaire aux réponses fermées n'est pas toujours possible concernant ce sujet. Souvent, la patiente semblait apprécier cette brèche laissée ouverte vers son vécu. Fréquemment la discussion s'engageait en conséquence. Au fur et à mesure des entretiens, cette ouverture s'est avérée intéressante, bien que dénuée de réelle valeur statistique. Voici les commentaires qui m'ont paru les plus pertinents, du moins les plus marquants. Ils sont retranscrits selon les mots exacts que les femmes ont employés.

Un retour plutôt positif

« Pas de jugement », « respect », « médecin à l'écoute, vraiment », « loin des femmes qui cherchent à avoir un bébé », « mon médecin était toujours joignable », « ça semblait plus doux », « besoin d'être avec quelqu'un »

Un épisode pénible

« Mal informée par mon médecin, il ne savait pas quoi faire », « parcours du combattant », « sous le manteau », « perte de temps dans le parcours », « parcours non fluide », « mal accueillie aux urgences : refus perfusion, laissée assise en face de la pouponnière, on m'a dit que je m'écoutais, c'était pire que la décision d'avorter », « Le médecin qui a fait l'échographie m'a obligé à regarder le fœtus, a mis le son des bruits du cœur, m'a donné le nombre de battements par minute », « Quand j'ai appelé les urgences, on m'a répondu que je faisais du cinéma », « un parcours humiliant ».

Refus de participer

Seules 11 % des femmes non incluses ont exprimé leur raison de non participation :

« Sujet trop pénible », « pas envie d'en parler avec un inconnu », « je n'ai pas fait le deuil ».

3.2 L'écoute de la patiente

La disparition de l'obligatoire entretien préalable à l'IVG a malheureusement entraîné une diminution du dialogue autour de cette démarche, tant avant qu'après l'avortement (20).

Appréhender la dynamique de défense psychologique

Dans la prise en charge des demandes d'IVG, le praticien doit laisser émerger le ressenti des patientes, alors même que la décision d'interrompre la grossesse est arrêtée (36) « *Ces consultations se doivent d'être des temps d'informations, d'échange et d'écoute de la femme* » (1). Cette écoute du médecin a une place majeure depuis que la consultation avec un psychologue n'est plus obligatoire pour la femme majeure. En dehors de ce moment dédié, la procédure entière pourrait se dérouler sans que jamais cette notion ne soit abordée. Cet abord doit être adapté à la femme, en fonction de son âge, de son niveau de compréhension et de ses conditions socio-économiques, comme l'explique un rapport anglais (10). C'est lors de la consultation de demande d'IVG que le moment semble privilégié pour aborder cette question (36). Le jour même de l'IVG, les femmes sont souvent moins abordables. Après l'IVG, on peut observer une période spontanée de « fermeture psychique » (36) où la patiente n'est plus accessible au dialogue.

Prévenir le deuil pathologique

L'impression de perte peut être ressentie même si la décision d'avorter volontairement est réfléchie (32). Il est primordial de détecter une grande souffrance psychologique si celle-ci se manifeste durant une consultation. Cette ouverture apporte une dimension supplémentaire de confiance à la relation médecin-patient. Une simple question ouverte peut suffire à enclencher la discussion (36). La formation de ce que Danielle Bastien appelle le « *noyau d'impossibilité du deuil* » est évitée par l'évocation précoce de leur vécu (37). Cela correspondrait, selon cette docteure en sciences psychologiques, à une forme d'enclave psychique relative à la première IVG. Les expériences de maternité futures peuvent être attirées dans ce « trou noir pathogène » dans une répétition pathologique (37).

Une étude québécoise interroge sur notre abord soignant: « *La négation sociale d'une réaction de deuil liée à l'expérience de l'avortement risque de s'immiscer dans l'attitude*

des intervenantes et des intervenants, puisque ces personnes véhiculent les valeurs de la société dont elles sont membres. » L'exploration des sentiments de perte serait alors négligée, alors que l'écoute et le soutien sont nécessaires à toute personne en deuil (13). Reconnaître et comprendre la perte, c'est prévenir l'apparition d'une forme compliquée de deuil en permettant à la femme d'accéder à la première phase de sa résolution. Cette forme pathologique du deuil est associée à des manifestations psycho somatiques invalidantes que le médecin traitant peut avoir à gérer, elles mêmes compliquées de conséquences socioprofessionnelles ou médicales : absentéisme professionnel, anxiété chronique, dépression... Sa prévention est l'attribut du médecin généraliste, en première ligne des soins primaires et pivot du suivi des maladies chroniques.

Si la décision d'avorter est le résultat d'un parcours émotionnel difficile, le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists remarque que l'apparition de ces séquelles psychologiques ne concerne qu'une minorité des patientes (10). Il recommande dans son rapport d'en informer néanmoins toutes les patientes avant même la réalisation de l'IVG et de les orienter en conséquence si le besoin se faire ressentir.

3.3 Propositions pour optimiser le droit à l'IVG médicamenteuse en ville

Éléments de réflexion donnés par les femmes elles mêmes

- Défaut important d'information sur les possibilités ambulatoires compliquant l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville.
- Persistance d'un sentiment de honte et de rejet social avec une impression d'humiliation dans la démarche de soins.
- Respecter la souffrance du compagnon et du couple : pas d'écho donné à la souffrance de l'homme dans une procédure vécue comme une exclusivité féminine. Savoir que l'IVG au sein d'un couple enclenche une dynamique nouvelle (36) positive ou négative, à savoir appréhender.
- Insister sur l'information sur la douleur avant l'apparition de celle-ci : trop de femmes attendent d'avoir de fortes douleurs avant de prendre les antalgiques.
- Mettre en place un suivi obligatoire ou un système de rappel systématique. La consultation post IVG n'est pas obligatoire mais obligatoirement proposée (1). Plusieurs femmes pensant initialement ne pas avoir ressenti l'envie d'évoquer la part psychologique de cet épisode, ont confié en avoir ressenti le besoin à distance.

Les grandes thématiques ressortant de l'étude à améliorer

- Fluidifier un parcours complexe en formant les médecins de premier recours, les médecins généralistes, afin de diminuer le nombre d'interlocuteurs. Informer le corps médical ambulatoire sur les modalités de réalisation de l'IVG est indispensable tant leur rôle est central dans le parcours d'une de leur patiente.
- Le vécu du moment de l'expulsion, potentiellement très pénible, doit être prévenu par une information toute particulière en utilisant des mots choisis. La femme doit savoir à quoi s'attendre pour qu'elle puisse confirmer l'un des paramètres majeurs du succès de la démarche.
- Donner des repères simples aux femmes pour évaluer l'ampleur des saignements, l'intensité de la douleur et les symptômes qui doivent les amener à consulter en urgence. Donner des documents écrits avec les consignes à suivre.

- Considérer l'entourage affectif et social, ainsi que les facteurs organisationnels : prise en charge globale de la patiente dans son contexte de vie.
- Prévenir la douleur, en répétant les informations et en insistant sur les modalités de l'antalgie : l'anticipation de la douleur est primordiale pour diminuer les recours hospitaliers évitables (24).
- Concernant le manque d'information ressenti: « *reformuler autant de fois qu'il le faut l'ensemble des éléments si la femme en ressent le besoin* » (1). Éventuellement organiser un temps et un lieu de consultation dédiés (1).
- Combattre le sentiment de honte et le rejet sociétal en rassurant la patiente et en réaffirmant ses droits.
- Laisser une porte ouverte en consultation pour l'expression des souffrances psychologiques ou proposer de consulter un psychologue. Lui donner la liberté de pouvoir évoquer librement son histoire et ses questionnements.
- Être le médecin de sa patiente et non le relais de ses propres convictions.
- Quant aux pouvoirs publiques : Mettre en place de plus grandes campagnes d'information sur l'IVG pour le grand public pour renforcer les connaissances en amont du système de santé et des possibilités laissées aux femmes.

CONCLUSION

L'avortement est l'expression d'un conflit entre le désir des femmes et les réalités sociales, économiques et familiales. Il appartient aux autorités sanitaires de faire de l'accès à l'IVG une priorité. Les moyens permettant d'exercer ce droit sont progressivement réduits dans une conjoncture d'économie de la santé et de démographie médicale défavorable.

L'objectif de mon travail était d'interroger des patientes sur leur parcours de santé et leur vécu de l'IVG. Les 71 témoignages recueillis ont permis de confirmer les problématiques soulevées dans des études antérieures. Les principales difficultés relevées lors d'une IVG en ville sont le mauvais relais informatif en amont et la complexité du parcours de soins. L'information donnée par le premier professionnel de santé rencontré ainsi que la prévention de la douleur et des saignements sont les deux paramètres principaux à renforcer par le praticien, car ils sont les principales sources d'angoisse à domicile.

Le rôle majeur du médecin généraliste comme premier relais de l'information, de l'orientation et du soutien des patientes, est à mettre en avant. S'il n'est pas conventionné, il doit être en mesure d'aiguiller ses patientes dans ce parcours difficile. Ce rôle lui incombe d'autant plus qu'il prendra en charge les conséquences à long terme d'un parcours difficile. Il est nécessaire d'aborder la souffrance psychique ou du moins les raisons qui ont mené à l'IVG.

Il convient de rester attentif à la défense de ce droit, fréquemment remis en question. Mais le CNGOF nous rappelle que la lutte actuelle est plus pragmatique (Annexe 12). C'est par l'organisation d'un maillage efficace des soins en ville que l'on permet à toutes les femmes de disposer librement de leur corps. Encourager la filière médicamenteuse pratiquée par les médecins généralistes, pourrait être une des pistes afin d'optimiser l'offre de soins. Bien que les médecins généralistes conventionnés soient peu nombreux et de répartition inhomogène sur le territoire, ils offrent une possibilité d'accès supplémentaire à l'IVG non négligeable.

Il serait intéressant d'effectuer une étude similaire de façon prospective en comparant les réponses des femmes ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse en ville à celles ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse à l'hôpital afin de déterminer s'il existe un lien de causalité entre un obstacle retrouvé sur le parcours et la méthode d'IVG utilisée (38).

ANNEXES

ANNEXE 1

Graphique 4 Évolution du mode de réalisation des IVG, depuis 2001

		2001	2006	2011	2016
Ensemble établissements	IVG chirurgicales	69%	53%	45%	36%
	IVG médicamenteuses	31%	41%	41%	46%
IVG médicamenteuses en ville		0%	7%	13%	17%
IVG médicamenteuses en centres de santé ou CPEF		0%	0%	1%	1%

CPEF : centre de planification familiale ou d'éducation familiale.

Champ • France entière, non compris Mayotte jusqu'en 2013.

Sources • DREES (SAE, PMSI) ; CNAMTS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés dans l'année à partir de 2006) calculs DREES.

ANNEXE 2

Article R2212-11 du Code de la santé publique

« Le médecin effectuant des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 justifie d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, soit par une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné. »

ANNEXE 3

Article L2212-2 du Code de la Santé Publique

« La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. »

« Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. »

ANNEXE 4

IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE
FICHE DE LIAISON
(un exemplaire est remis à la patiente)
(un exemplaire faxer au centre référent lors de la prise de Mifegyne®)

DATE : _____ MEDECIN : _____
(Cachet)

NOM de la patiente : _____ PRENOM : _____

Tél : _____

AGE : _____ ans Date de naissance : _____ GROUPE : _____ RHESUS : _____

DATE des dernières règles : _____

DATE de l'échographie : _____

DATE **échographique** du début de grossesse : _____

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

Grossesse : _____ FCS : _____

IVG instrumentale : _____ IVG médicamenteuse : _____

GEU : _____

Infection : _____ Autres : _____

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

Traitements en cours : _____ Allergies : _____

Cardio-vasculaire : _____ Autres : _____

EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE :

DATE DE PRISE DE LA MYFEGYNE :

Au terme de : _____ SA _____

DATE PREVUE DE PRISE DU CYTOTEC :

Incompatibilité Rhésus / Date de l'injection d'immunoglobuline anti D : _____

Date prévue pour la visite de contrôle : _____

POINTS PARTICULIERS :

Fiche faxée ce jour au centre de référence :

ANNEXE 5

IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE
FICHE DE FIN DE PROCEDURE
(à faire parvenir au centre référent)
(accompagné de la déclaration anonymisée de l'IVG)

MEDECIN (Cachet) : _____

NOM de la patiente : _____ PRENOM : _____

Tél : _____

DATE de la visite de contrôle :

1) REUSSITE DE LA METHODE

Oui **Non**

Cinétique taux β HCG : Taux initial : Taux J15-J21 : _____

Ou si Echographie : Date : Résultat : _____

2) NECESSITE d'un traitement médical complémentaire :

Date : _____

Cause : _____

Type de traitement : _____

3) NECESSITE d'un avis spécialisé chirurgical au centre de référence :

Date : _____

Cause : _____

4) Prescription d'une contraception :

ANNEXE 6



N° 12312*03
Ce modèle Cerfa a cours également en bleu

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Cachet de l'établissement

**BULLETIN STATISTIQUE
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE**

*Article L. 2212-10 du Code de la santé publique
Article 5 de la convention type prévue à
l'article R. 2212-9 du même code.*

Ce bulletin ne doit faire aucune mention de l'identité de la femme

À remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical, sauf réintervention chirurgicale à la suite d'un échec d'IVG médicamenteuse.

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL

<p>Département [][][] DEP</p> <p><small>Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976</small></p>	<p>Lieu de l'acte médical LI</p> <p>Hôpital ou clinique [] 1</p> <p>Cabinet de gynécologie [] 2</p> <p>Cabinet de généraliste ou autre [] 3</p> <p>Centre de planification ou d'éducation familiale ... [] 4</p> <p>Centre de santé [] 5</p>	<p>Statut de l'établissement ST</p> <p><small>avec lequel le praticien a conventionné ou au sein duquel a été pratiqué l'acte. Ne concerne que les items 1, 2 et 3 du lieu de l'acte médical</small></p> <p>Public [] 1</p> <p>Privé à but non lucratif [] 2</p> <p>Privé à but lucratif [] 3</p>
---	--	---

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

Date de naissance [][][][][][] DATNAI

mois année

Département ou lieu de naissance [][][] LNAIS

(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976, OCM (ex-TOM) = 098
Étranger: Europe = EUR; Maghreb = AFN
Autres pays d'Afrique = AFR; Asie = ASI; Autres pays = AUT)

Département ou lieu de domicile [][][] DOM

Activité professionnelle ACT

Cocher une case

Occupe un emploi [] 1

Actuellement au chômage [] 2

Femme au foyer [] 3

Étudiante ou élève [] 4

Autre [] 5

Vie en couple [] 1 [] 2 VEC

Oui Non

C. DONNÉES MÉDICALES

Date de l'acte médical [][][][][][] DA

jour mois année

Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale
Sinon date de prise de la MIFEPRISTONE

Durée d'aménorrhée [][][] DSAS [][][] DSAJ

semaines jours

S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?

C'est-à-dire avec l'attestation légale de deux médecins (art. L. 2213-1)

Oui [] 1 IMG

Non [] 2

Technique employée

Cocher une ou plusieurs cases

Chirurgicale avec anesthésie locale [] TCL

Chirurgicale avec anesthésie générale [] TCG

Médicamenteuse [] TM

Nombre de naissances antérieures [][][] GA

Nombre d'IVG antérieures [][][] IVGA

Si première IVG coder 00

Année de l'IVG précédente [][][][] AVIG

Cachet et signature du médecin

ANNEXE 7

Article L2212-7 du Code de la Santé Publique

« Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. »

ANNEXE 8

Questionnaire

- 1) Quel âge avez-vous ?
 - a) mineures à l'époque -18 à 19 ans
 - b) 20-24
 - c) 25-29
 - d) 30-34
 - e) 35-39
 - f) plus de 40
- 2) Quelle est votre situation familiale ?
 - a) En couple
 - b) Célibataire
- 3) Quelle est votre activité professionnelle ?
 - a) En emploi
 - b) Demandeur d'emploi
 - c) Au foyer
 - d) Etudiante
 - e) Autre (interim, apprentissage, en cours de reconversion...)
- 4) Avant votre grossesse, saviez vous qu'il était possible d'avoir recours à l'IVG en ville ;
Si oui, via quel professionnel ? :
 - a) Oui, peut être fait par médecin généraliste ou un gynécologue
 - b) Oui par sage femme, médecin généraliste et gynécologue
 - c) Oui mais seulement par gynécologue
 - d) Non
- 5) Juste après la découverte de la grossesse, quelle était votre source d'information sur la marche à suivre : (plusieurs réponses possibles)
 - a) Famille ou ami
 - b) Médias

- c) Scolarité
- d) Sage-femme libérale ou médecin libéral
- e) Hôpital
- 6) Quel a été votre 1^{er} interlocuteur du milieu médical :
- a) gynécologue de ville ou son secrétariat
- b) Médecin Généraliste connu pour faire IVG
- c) Médecin traitant habituel
- d) Planning familial
- e) urgences gynécologiques ou hôpital
- f) sage femme libérale
- g) numéro vert IVG
- 7) Avez-vous été orientée directement vers une structure hospitalière après le 1^{er} professionnel que vous avez rencontré ? :
- a) oui
- b) Non
- 8) Le 1^{er} médecin que vous avez consulté vous a-t-il expliqué l'ensemble des possibilités que vous aviez quant au lieu et au mode de réalisation de l'IVG ?
- a) Oui
- b) Non
- 9) Le délai entre 1^{er} contact médical et le rendez-vous avec un médecin conventionné était-il inférieur à 5 jours:
- a) oui
- b) non
- 10) Combien de professionnels de santé avez vous rencontré avant la prise du médicament (hors échographiste) ?
- a) 1 (parcours direct)
- b) 2
- c) 3 ou plus
- 11) Le centre de référence hospitalier était-il accessible en moins d'une heure du domicile ?
- a) Oui
- b) Non
- 12) Considériez-vous votre domicile comme adapté (toilettes, intimité...)?
- a) Oui
- b) Non
- 13) Avez-vous tenu votre entourage familial proche au courant?
- a) Oui
- b) Non
- 14) Pensez vous avoir été suffisamment informée du déroulement de l'expulsion et au devenir du « produit d'expulsion » ?
- a) Oui
- b) Non
- 15) Pensez-vous avoir été suffisamment informée sur la douleur et les saignements ?
- a) Oui
- b) Non
- 16) Avez-vous prévenu ou consulté votre médecin traitant ?
- a) Oui
- b) Non
- 17) Vouliez-vous être hors du milieu hospitalier ?
- a) Oui
- b) Non
- 18) Vous êtes vous sentie en sécurité durant le processus et les jours suivants ? (si consultation aux urgences : « non »)
- a) Oui
- b) Non
- 19) Pensez-vous avoir été suffisamment informée quant au vécu psychologique/souffrance psychologique ? (pas de besoin ressenti : oui)
- a) Oui
- b) Non

ANNEXE 9

Tableau excel récapitulatif des réponses au questionnaire		
	Nombre	Pourcentage
AGE AU MOMENT DE L'IVG		
mineures à l'époque; 18-19	4	5,63%
20-24	16	22,54%
25-29	13	18,31%
30-34	15	21,13%
35-39	19	26,76%
40 ans et plus	4	5,63%
SITUATION FAMILIALE AU MOMENT DE L'IVG		
en couple	55	77,46%
célibataire	16	22,54%
ACTIVITE PROFESSIONNELLE AU MOMENT DE L'IVG		
en emploi	51	71,83%
demandeur d'emploi	3	4,23%
au foyer	4	5,63%
en études	11	15,49%
autre	2	2,82%
CONNAISSANCE POSSIBILITES RECURS A IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE		
oui, par MG et gynécologue	9	12,68%

oui, seulement par gynécologue	29	40,85%
oui, dont par sage femme	5	7,04%
non	28	39,44%
SOURCES D'INFORMATION SUR MARCHE A SUIVRE JUSTE APRES LA DECOUVERTE DE LA GROSSESSE		
famille ou ami	30	42,25%
médias	22	30,99%
scolarité	2	2,82%
professionnels de santé libéraux	33	46,48%
hôpital	9	12,68%
DELAIS RENDEZ VOUS INFERIEUR A 5 JOURS ENTRE PREMIER CONTACT MEDICAL ET PROFESSIONNEL CONVENTIONNE		
oui	55	77,46%
non	16	22,54%
PREMIER INTERLOCUTEUR		
gynécologue ou son secrétariat	25	35,21%
Médecin généraliste connu pour faire IVG	10	14,08%
Médecin traitant	23	32,39%
Planning familial	3	4,23%
urgences gynécologiques	7	9,86%
sage femme libérale	2	2,82%
numéro vert	1	1,41%
NOMBRE DE PROFESSIONNELS RENCONTRES		
1	26	36,62%

2	34	47,89%
3 ou plus	11	15,49%
ORIENTATION DIRECTE VERS HOPITAL PAR LE PREMIER PROFESSIONNEL DE SANTE		
oui	7	9,86%
non	64	90,14%
EXPLICATION ENSEMBLE DES POSSIBILITES		
oui	47	66,20%
non	24	33,80%
CENTRE DE REFERENCE DISTANT DE MOINS D'UNE HEURE		
oui	67	94,37%
non	4	5,63%
LOGEMENT ADAPTE		
oui	64	90,14%
non	7	9,86%
INFORMATION EXPULSION ET PRODUIT D'EXPULSION		
oui	63	88,73%
non	8	11,27%
INFORMATION DOULEUR SAIGNEMENT		
oui	54	76,06%
non	17	23,94%

FAMILLE AU COURANT		
oui	51	71,83%
non	20	28,17%
MEDECIN TRAITANT PREVENU		
oui	59	83,10%
non	12	16,90%
SENTIMENT DE SECURITE/PAS DE RECOURS AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES		
oui	56	78,87%
non	15	21,13%
VOLONTE D'AUTONOMIE PAR RAPPORT A L'HOPITAL		
oui	53	74,65%
non	18	25,35%
INFORMATION SUR LE VECU PSYCHOLOGIQUE SUFFISANTE (OU PAS DE BESOIN RESSENTI)		
oui	51	71,83%
non	20	28,17%
TOTAL DES FEMMES INTEROGEES	71	100,00%

ANNEXE 10

Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1er janvier 2015

	Total France entière***			Libéraux exclusifs		Mixtes**		Salariés hospitaliers		Autres salariés	
	Effectif	% Fem	Densité*	Effectif	% Fem	Effectif	% Fem	Effectif	% Fem	Effectif	% Fem
Anatomie et cytologie pathologiques	1 578	62,4	2,4	611	55,0	135	48,9	780	70,5	52	63,5
Anesthésie-réanimation	11 149	35,8	16,9	3 953	25,1	485	23,9	6 500	43,2	211	37,4
Cardiologie et maladies vasculaires	6 887	23,9	10,4	3 235	19,2	1 639	16,8	1 866	37,7	147	29,3
Dermatologie et vénéréologie	4 065	68,5	6,2	2 868	69,5	743	60,6	515	74,2	139	71,9
Endocrinologie et métabolisme	1 829	73,9	2,8	551	70,2	294	68,7	914	77,7	70	74,3
Gastro-entérologie et hépatologie	3 630	31,3	5,5	1 433	23,2	739	19,1	1 366	45,2	92	51,1
Génétique médicale	239	70,3	0,4	6	83,3	3	66,7	214	69,6	16	75,0
Gériatrie	1 647	57,9	2,5	49	42,9	44	43,2	1 253	58,7	301	59,1
Gynécologie médicale	3 311	72,0	11,8	2 188	73,1	631	67,8	321	87,0	173	82,1
Hématologie	552	56,2	0,8	21	38,1	24	29,2	480	57,7	27	66,7
Médecine interne	2 419	37,9	3,7	263	22,1	146	20,5	1 898	41,4	112	38,3
Médecine nucléaire	693	39,4	1,0	223	24,2	159	38,6	295	49,8	16	56,3
Médecine physique et réadaptation	2 043	47,6	3,1	346	23,4	140	25,0	1 312	54,6	245	57,6
Néphrologie	1 613	41,7	2,4	318	29,2	170	27,1	958	47,3	167	48,5
Neurologie	2 389	47,6	3,6	501	38,9	365	29,9	1 462	54,5	61	59,0
Oncologie option médicale	896	48,5	1,4	160	38,8	50	26,0	664	52,6	22	50,0
Pédiatrie	7 881	66,8	63,9	2 262	62,1	861	58,4	3 954	68,7	784	80,4
Pneumologie	2 952	39,3	4,5	795	28,7	461	27,1	1 580	47,8	116	47,4
Radio-diagnostic et imagerie médicale	8 558	34,0	13,0	5 082	27,2	1 285	30,2	2 044	52,3	167	44,3
Radio-thérapie	849	40,6	1,3	327	32,1	113	31,9	388	50,3	21	42,9
Réanimation médicale	330	23,0	0,5	23	4,3	7	0,0	296	25,3	4	0,0
Recherche médicale	13	38,5	0,0	62	62,9	14	50,0	7	42,9	6	33,3
Rhumatologie	2 588	43,6	3,9	1 297	36,7	522	42,1	656	56,1	123	59,3
Chirurgie générale	3 611	16,8	5,5	1 041	6,5	509	6,1	1 973	24,6	88	23,9
Chirurgie infantile	300	41,7	0,5	44	43,2	70	24,3	178	47,8	8	50,0
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1 170	18,7	1,8	773	15,3	231	15,2	124	41,9	42	33,3
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3 157	4,9	4,8	1 661	3,5	686	4,1	783	8,6	27	7,4
Chirurgie plastique reconstructrice et	869	23,1	1,3	566	20,3	194	21,6	105	39,0	4	75,0
Chirurgie thoracique et cardio-	436	9,9	0,7	125	9,6	109	1,8	195	13,8	7	28,6
Chirurgie urologique	1 171	4,8	1,8	607	4,8	283	2,1	264	6,8	17	17,6
Chirurgie vasculaire	523	10,5	0,8	251	8,4	126	4,8	142	19,7	4	0,0
Chirurgie viscérale et digestive	977	14,0	1,5	360	10,0	182	3,8	424	20,8	11	54,5
Gynécologie-obstétrique	4 577	45,6	16,3	1 700	38,5	1 053	32,9	1 749	59,6	75	58,7
Neuro-chirurgie	527	13,5	0,8	120	5,0	79	6,3	321	18,4	7	14,3
Ophthalmologie	5 907	44,2	8,9	3 949	41,3	1 187	44,0	565	59,3	206	60,7
O.R.L. et chirurgie cervico faciale	3 054	23,2	4,6	1 477	16,5	857	17,7	624	43,8	96	41,7
Biologie médicale	2 934	51,2	4,4	1 144	36,3	44	47,7	1 192	59,1	554	65,3
Psychiatrie	15 048	49,3	22,8	4 928	40,0	1 670	41,3	7 365	56,4	1 085	55,1
Médecine du travail	5 805	70,2	8,5	62	62,9	14	50,0	561	71,8	4 988	70,2
Santé publique et médecine sociale	1 698	59,6	2,6	24	62,5	7	42,9	794	54,8	873	64,0
Médecine Générale	102 485	43,5	155,2	62 211	36,4	6 799	37,6	17 945	50,9	15 530	68,3
Total	222 150	43,5	336,5	107 415	35,7	23 110	33,5	65 027	50,8	26 674	65,4
Dont remplaçants	12 370	50,8	18,7	10 592	50,3	1 427	57,0	14	50,0	337	33,8

* Nombre de médecins pour 100 000 habitants, sauf pour la pédiatrie (enfants de moins de 15 ans), la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique (femmes de 15 ans ou plus).

** Les médecins mixtes exercent une activité libérale mais peuvent être en partie des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire.

*** France métropolitaine et départements d'outremer (y c. Mayotte).

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements DREES

ANNEXE 11

Caractéristiques	1990	1997	2002	2005	2008	2011
Situation conjugale						
Vit seule	44,1	51,1	54,6	–	–	51,7
Vit en couple	55,9	48,9	45,4	–	–	48,3
Lieu de naissance						
France	82,6	–	–	83,7	84,2	83,7
Étranger	17,4	–	–	16,3	15,8	16,3
Activité professionnelle						
En emploi	51,2	45,3	49,5	47,7	51,9	51,6
Au chômage	10,5	12,9	10,2	11,4	9,2	10,8
Au foyer	19,0	16,6	15,3	14,5	13,3	12,1
Étudiante, élève	14,6	19,8	18,6	19,9	18,8	19,0
Autre	4,7	5,4	6,5	6,5	6,7	6,5

ANNEXE 12



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

Paris, le 20 janvier 2014

COMMUNIQUE DE PRESSE

IVG : il faut améliorer l'accès aux soins

A l'occasion du débat parlementaire sur le projet de loi "Egalité Hommes-Femmes" et de l'article qu'il comporte sur l'IVG, le CNGOF rappelle que le combat principal pour l'IVG aujourd'hui dans notre pays n'est pas dans la sémantique. Si les mots ont de l'importance ("droit à" plutôt que "détresse") ils doivent s'accompagner de mesures concrètes concernant l'accès aux soins.

Ce dernier dépend très directement des moyens qui sont donnés aux centres d'orthogénie et notamment des postes médicaux dont beaucoup de centres sont dépourvus.

Sortir les centres d'IVG de leur isolement, les intégrer au fonctionnement des services hospitaliers de Gynécologie-Obstétrique, en leur donnant les moyens pour les faire fonctionner, aider le secteur libéral à proposer une offre organisée, valoriser l'IVG médicamenteuse, voilà les actions qu'il serait important de mettre en œuvre.

Le CNGOF se tiendra à l'écart du débat proposé aux parlementaires, en insistant sur le fait que l'essentiel est dans les moyens qui sont donnés aux centres d'orthogénie pour exercer leur mission de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (page consultée le 30 juin 2017) Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse. Disponible sur <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>
- (2) Nisand I. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, février 1999.
- (3) Villain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 DRESS, Etudes et résultats (0968) juin 2015
- (4) Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Cytotec-misoprostol-arret-de-commercialisation-a-compter-du-1er-mars-2018-Communiqué>
- (5) [guide_ivg_2017-2.pdf](https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2017-2.pdf) [Interne(2)]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2017-2.pdf
- (6) Masson F, Ripart S. IVG en médecine ambulatoire. La revue du praticien. nov 2013;27(909):2.
- (7) La Revue Prescrire. IVG médicamenteuse en ville: des modalités et des contraintes légales à bien expliquer aux femmes. Avr 2017 ; 37(402) :276-82
- (8) Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie REVHO « Accueil Professionnels », « Contre indication à l'IVG médicamenteuse » site www.REVHO.fr consulté le 4 avril 2017
- (9) Winikoff B. Acceptability of Medical Abortion in Early Pregnancy. Fam Plann Perspect. 1995;27(4):142-85.
- (10) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: "The care of women requesting induced abortion. Evidence based clinical guideline n°7" 2011: 145 pages
- (11) Thoai D Ngo MHP. WHO | Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. WHO. 10 févr 2011;360-70.
- (12) Galaup K, Pinto I. Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse. ARS; 2012.
- (13) Gagné S. Le deuil: Une dimension méconnue de l'expérience des femmes ayant opté pour un avortement lors d'une grossesse imprévue. Université Laval, Québec; 1998.
- (14) Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Paris Descartes; 2015
- (15) Suteau G. L'IVG en ville: étude de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé en Haute-Garonne en 2010 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2011.
- (16) Brocaïl PE, Chefeg Ben Aissa R. L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi :Quels sont les freins chez les médecins généralistes ? Existe-il une demande de la part des patientes ? [Tours]: Université François-Rabelais; 2013.
- (17) IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Ministère des Affaires Sociales et de la santé; 2016 juill.
- (18) Marcelli A. LE SECRET PARTAGE. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 1998 p. 5.

- (19) IGAS, RAPPORT N°RM2009-112P. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. 2009
- (20) Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. 133 Boulevard Davout, 75980 Paris: Institut national d'études démographiques; 2014 p. 365-98. (Population-F). Report No.: 69.
- (21) Bousquet D, Laurant F. Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 2 Accès à l'IVG dans les territoires. Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes; 2013 nov p. 101. Report No.: n°2013-11 04-SAN-009.
- (22) Branger B, David P, Bonnet B, Coutin A-S, Collin R. 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. oct 2016;45(8):955-62.
- (23) Moreau C, Bajos N, Bouyer J et le groupe COCON ; Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France. Rev Med Ass Maladie 2005 ; 36(1) : 77-87.
- (24) Nouyrigat E, Dosquet P. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. HAS; 2010 déc.
- (25) Løkeland M, Iversen OE, Engeland A, Økland I, Bjørge L. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. Acta Obstet Gynecol Scand. 1 juill 2014;93(7):647-53.
- (26) Ngo T, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: A systematic review. Vol. 89. 2011. 360 p
- (27) Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. Contraception. 1 avr 2012;85(4):394-7.
- (28) Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires. Toulouse III Paul Sabatier; 2015.
- (29) Centre Clotilde Vautier de la clinique mutualiste Jules Verne de Nantes. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : 1 femme sur 4 ressent des douleurs très intenses au 3ème jour de l'IVG [Internet]. La Fondation de l'Avenir; 2016. Disponible sur: <https://www.fondationdelavenir.org/prendre-en-charge-douleur-ivg-medicamenteuse/>
- (30) Hidoussi H, Vallée J. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes. exercer, la revue francophone de médecine générale. janv 2014;(111):20-8.
- (31) LOISEL J-P, GAGNIER C, LEHUEDE F, FAUCONNIER N. Connaissances des français en matière de système de sante. Paris: Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie; 2003 p. 46.
- (32) Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. Clin Obstet Gynecol. Sept 1997;40(3):673-686
- (33) Delmont A. Évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015
- (34) Kahn JG, Becker BJ, Maclisaa L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. Contraception. 1 janv 2000;61(1):29-40.
- (35) Li C-L, Song L-P, Tang S-Y, Zhou LJGY-K, He H, Mo X-T, et al. Efficacy, Safety, and Acceptability of Low-Dose Mifepristone and Self-Administered Misoprostol for Ultra-Early Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. Reprod Sci. 1 mai 2017;24(5):731-7.

- (36) Dupont S., La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004 Apr;33(2):125-130.
- (37) Bastien D. « J'ai tué mon enfant... » Pour penser la clinique de l'IVG, "I killed my child" – Considering the Clinical Practice of Voluntary Pregnancy Termination. *Cahiers de psychologie clinique*. 6 oct 2011;(37):149-63
- (38) Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynecol Obstet Fertil*. déc 2009;37(11-12):850-6.

ABREVIATIONS

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CEPF : Centres de Planification ou d'Education Familiale

CPP : Comité de Protection des Personnes

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NIR : Numéro d'inscription au Répertoire (des personnes physiques)

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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