



HAL
open science

Impact de la “ Loi n°2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l’accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche ” sur la prise en charge psychologique des fausses couches par les médecins généralistes de PACA

Ombeline Marie Lamour de Caslou

► **To cite this version:**

Ombeline Marie Lamour de Caslou. Impact de la “ Loi n°2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l’accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche ” sur la prise en charge psychologique des fausses couches par les médecins généralistes de PACA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04583656

HAL Id: dumas-04583656

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04583656>

Submitted on 22 May 2024

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Impact de la « Loi n°2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche » sur la prise en charge psychologique des fausses couches par les médecins généralistes de PACA

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Mai 2024

Par Madame Ombeline-Marie LAMOUR DE CASLOU épouse CUMET

Née le 21 novembre 1995 à Papeete (POLYNESIE FRANCAISE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Président

Monsieur le Docteur THERY Didier

Assesseur

Madame le Docteur VIALARD-RICHELME Amélie

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Impact de la « Loi n°2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche » sur la prise en charge psychologique des fausses couches par les médecins généralistes de PACA

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Mai 2024

Par Madame Ombeline-Marie LAMOUR DE CASLOU épouse CUMET

Née le 21 novembre 1995 à Papeete (POLYNESIE FRANCAISE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Président

Monsieur le Docteur THERY Didier

Assesseur

Madame le Docteur VIALARD-RICHELME Amélie

Directeur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

AGOSTINI Serge	CHARPIN Denis	GEROLAMI-SANTANDREA André
ALBANESE Jacques	CHARREL Michel	GIUDICELLI Sébastien
ALDIGHIERI René	CHAUVEL Patrick	GOUDARD Alain
ALESSANDRINI Pierre	CHOUX Maurice	GOUIN François
ALLIEZ Bernard	CIANFARANI François	GRILLO Jean-Marie
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel	GRIMAUD Jean-Charles
AQUARON Robert	CLEMENT Robert	GRISOLI François
ARGEME Maxime	COMBALBERT André	GROB Jean-Jacques
ASSADOURIAN Robert	CONTE-DEVOLX Bernard	GROULIER Pierre
AUFFRAY Jean-Pierre	CORRIOL Jacques	GUY S Jean-Michel
AUTILLO-TOUATI Amapola	COULANGE Christian	HADIDA/SAYAG Jacqueline
AZORIN Jean-Michel	CURVALE Georges	HARLE Jean-Robert
BAILLE Daniel	DALMAS Henri	HASSOUN Jacques
BAILLE Yves	DE MICO Philippe	HEIM Marc
BARDOT Jacques	DEJOU Jacques	HOUEL Jean
BARDOT André	DELPERO Jean-Robert	HUGUET Jean-François
BERARD Pierre	DESSEIN Alain	JAQUET Philippe
BERGOIN Maurice	DELARQUE Alain	JAMMES Yves
BERLAND Yvon	DENIS Danièle	JOUBE Paulette
BERNARD Dominique	DEVIN Robert	JUHAN Claude
BERNARD Jean-Louis	DEVRED Philippe	JUIN Pierre
BERNARD Pierre-Marie	DJIANE Pierre	KAPHAN Gérard
BERTRAND Edmond	DONNET Vincent	KASBARIAN Michel
BISSET Jean-Pierre	DUCASSOU Jacques	KLEISBAUER Jean-Pierre
BLANC Bernard	DUFOUR Michel	LACHARD Jean
BLANC Jean-Louis	DUMON Henri	LAFFARGUE Pierre
BOLLINI Gérard	DURAND Jean-Marc	LAUGIER René
BONGRAND Pierre	ENJALBERT Alain	LE TREUT Yves
BONNEAU Henri	ERARD Jacques	LEGRE Régis
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Samuel
BONNOIT Jean	FAVRE Roger	LOUCHET Edmond
BORY Michel	FIECHI Marius	LOUIS René
BOTTA Alain	FARNARIER Georges	LUCIANI Jean-Marie
BOTTA-FRIDLUND Danielle	FIGARELLA Jacques	MAGALON Guy
BOUBLI Léon	FIGARELLA-BRANGER Dominique	MAGNAN Jacques
BOURGADE Augustin	FONTES Michel	MALLAN- MANCINI Josette
BOUVENOT Gilles	FOUREL Jean	MALMEJAC Claude
BOUYALA Jean-Marie	FRANCES Yves	MARANINCHI Dominique
BREMOND Georges	FRANCOIS Georges	MARIANI Paul
BRICOT René	FUENTES Pierre	MARTIN Claude
BRUNET Christian	GABRIEL Bernard	MARTINI Louis
BUREAU Henri	GALINIER Louis	MATTEI Jean François
CAMBOULIVES Jean	GALLAIS Hervé	MERCIER Claude
CARTOUZOU Guy	GAMERRE Marc	MICHEL Jean
CAU Pierre	GARCIN Michel	MICHOTÉY Georges
CHABOT Jean-Michel	GARNIER Jean-Marc	MIRANDA François
CHAMLIAN Albert	GAUTHIER André	MONFORT Gérard
	GERARD Raymond	MONGES André

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

2021

Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2022
Pr BRUNET Christian	31/08/2022
Pr COZZONE Patrick	31/08/2022
Pr FAVRE Roger	31/08/2022
Pr FONTES Michel	31/08/2022
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2022
Pr OLIVER Charles	31/08/2022

2020

Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr FAVRE Roger	31/08/2021
Pr FONTES Michel	31/08/2021
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

Pr	BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr	CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr	FRANCES Yves	31/08/2022
Pr	CAU Pierre	31/08/2020
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2020
Pr	DELMONT Jean	31/08/2020
Pr	FAVRE Roger	31/08/2020
Pr	FONTES Michel	31/08/2020
Pr	MAGALON Guy	31/08/2020
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2020
Pr	OLIVER Charles	31/08/2020
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2018

Pr	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr	DELMONT Jean	31/08/2019
Pr	FAVRE Roger	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2019
Pr	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

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

2016

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

2015

Pr	COULANGE Christian	31/08/2018
Pr	COURAND François	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2016
Pr	MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr	OLIVER Charles	31/08/2016
Pr	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr	FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr	GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr	MAGALON Guy	31/08/2017
Pr	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

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

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

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

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

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

1978

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

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

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

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

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

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

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

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	<i>DESSI Patrick (Surnombre)</i>	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUVE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

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

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard	GIRAUD Thomas	RESSEGUIER Noémie
AHERFI Sarah	GIRAUDEAU Anne	ROBERT Philippe
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Thomas
ANTEZACK Angéline	GOURIET Frédérique	ROCHE-POGGI Philippe
APPAY Romain	GRIMALDI Stéphane	ROCHIGNEUX Philippe
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
BALLESTER Benoit	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SABATIER Renaud
BARON Sophie	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GUIBVARC'H Maud	SAULTIER Paul
BELLONI Didier	GUIVARCH Jokthan	SAVEANU Alexandru
BENYAMINE Audrey	HABERT Paul	SILVESTRI Frédéric
BIRNBAUM David	HAK Jean-François	STELLMANN Jan-Patrick
BLANCHET Isabelle	HAUTIER Aurélie	STEPHAN Grégory
BOBOT Mickael	HEIM Xavier	SUCHON Pierre
BOHAR Jacques	IBRAHIM KOSTA Manal	<i>TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023</i>
BONINI Francesca	JACQUOT Bruno	TOSELLO Alain
BOUCRAUT Joseph	JALOUX Charlotte	TROUDE Lucas
BOULAMERY Audrey	JARROT Pierre-André	TROUSSE Delphine
BOULLU/CIOCCA Sandrine	KASPI-PEZZOLI Elise	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
BOUSSEN Salah Michel	L'OLLIVIER Coralie	VELY Frédéric
BUFFAT Christophe	LABORDE Gilles	VENTON Geoffroy
CAMILLERI Serge	LABIT-BOUVIER Corinne	ZATTARA/CANNONI Hélène
CAMOIN Ariane	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	
CAMPANA Fabrice	LAGARDE Stanislas	
CARRON Romain	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
CASAZZA Estelle	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
CASSAGNE Carole	LAMBERT Isabelle	
CATHERINE Jean-Hugues	LAURENT Michel	
CHAUDET Hervé	LENOIR Marien	
CHOPINET Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
CHRETIEN Anne-Sophie	MAAROUF Adil	
COZE Carole	MACAGNO Nicolas	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	MALISSEN Nausicaa	
DALES Jean-Philippe	<i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i>	
DARIEL Anne	MEGE Diane	
DEHARO Pierre	MENSE Chloé	
DELLIAUX Stéphane	MENU Estelle	
DELTEIL Clémence	MORAND-HUGUET Aurélie	
DESPLAT/JEGO Sophie	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NETTER Antoine	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOIRRIET-ESCLASSAN Emmanuelle	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	PIZZO Francesca	
GARCIAZ Sylvain	POMMEL Ludovic	
GASTALDI Marguerite	PRECKEL Bernard-Eric	
GAUDRY Marine	PROST Solène	
GELSI/BOYER Véronique	RE Jean-Philippe	

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ **CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation**

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

◆ **CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières**

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ **CDD LRU temps plein Anglais**

GILSINN Amanda

◆ **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ **CDI LRU Ecole de Maïeutique**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers Enseignants mono-appartenants Enseignants médecine générale Enseignants associés

◆ 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)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (disponibilité)
BARON Sophie (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)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIostatISTIQUES,
INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES
DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (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)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-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)
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)
DEHARO Pierre (MCU PH)

◆ **CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (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 (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

◆ EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ 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)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

◆ **MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

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

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (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)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE 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)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

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

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

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

◆ **MAÏËTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Blandine Courbière, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous témoigne toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Didier Thery, vous avez témoigné de l'intérêt pour mon travail, vous avez accepté de faire partie de ce jury et donner votre avis sur notre thèse. Je vous adresse des remerciements sincères.

A Madame le Docteur Amélie Vialard, un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour vos encouragements, vos nouvelles idées qui m'ont permis de rebondir face aux imprévus, de me réorienter tout au long du chemin qui m'amène ici.

Aux médecins qui ont pris sur leur temps précieux pour répondre à mon questionnaire.

A Madame Sandrine Josso, pour votre proposition de loi que vous avez accompagnée jusqu'à sa promulgation. Je vous remercie, au nom des soignants et des couples qui traversent l'épreuve de la fausse couche.

Mon Guillaume, merci pour ton amour quotidien et ton humour inlassable, merci pour ton puissant soutien pour cette thèse, merci d'avoir manifesté autant d'intérêt et d'investissement pour mon travail. Tu m'as stimulée, écoutée, admirée, encouragée, éclairée, conseillée et fait rire. Tu es une perle précieuse.

Merci à Dieu pour notre bébé, cette petite grenouille, qui a été ma plus fidèle compagne ces 9 derniers mois. A toute heure du jour ou de la nuit, tu as manifesté, par ta présence et ta bougeotte, un soutien inconditionnel et une approbation dans tout ce que j'écrivais ; en tous cas c'est comme ça que je l'ai interprété.

Merci Papa et Maman, qui avez réussi à me transmettre votre trésor d'éducation et d'amour, trésor grâce auquel j'ai pu me construire, façonner mon caractère, et poser les choix de vie qui m'ont amenée jusqu'ici. Avec vos 8 enfants, vous nous avez constitué un nid de bonheur et de rires. Merci !

Quant à mon choix de métier, Maman, je crois que vous n'y êtes pas pour rien. Ou peut-être Bon-Papa et Bonne-Maman, et tous vos ascendants et descendants, mes tante, cousins et cousines : tous ces gènes familiaux que vous nous avez transmis, ont fait que j'avais assez tôt la sereine conviction que je devais être médecin plus tard. Mention spéciale à mes 5 sœurs et mon beau-frère qui ont également été touchés par la contagion des études médicales.

Merci aux maîtres de stage qui m'ont inspirée, à ceux qui m'ont donné envie de continuer, qui m'ont montré les beaux visages du médecin que je voudrai être : Dr Lafrogne, Nicolas, Laurent et Marine à Hyères, Mathilde, Hélène et Fabienne à la PMI, Dr Zeller, Audrey et Chrystèle à Sainte Musse.

Merci aux cointernes que j'ai pu croiser à Hyères ou Sainte Musse pour les discussions, les encouragements, les bons temps passés ensemble. Merci à Perrine, la maman-interne parfaite, qui m'a montré qu'il est possible de soutenir brillamment sa thèse avec un petit bébé de 3 semaines dans les bras. Merci au trio fidèle, Clémence, Agathe et Blanche. Merci à mes plus solides copines d'externat, Agathe (deux fois citée), Marie et Lucie, pour votre amitié fidèle. Merci Lise, Louis, Julien, mes colocs de Hyères, on s'est bien serré les coudes pendant ce stage aux urgences ! Merci Anne-Cécile de m'avoir tracé la voie depuis le lycée jusqu'à la fin de l'internat, de m'avoir conseillée et documentée dans l'éthique de ma pratique. Merci

Abbé – Docteur Thibaud, pour le groupe d'éthique des soignants qui m'aide à planter les repères, à poser des choix réfléchis et cohérents.

Merci, la bande de copains toulonnais, pour les rigolades, balades, baignades, sorties en mer, karaokés, férias, corridas, bons repas..., bref pour le bon temps passé ensemble. Merci au duo Jeanne et Sixtine pour les après-midis de « télé-thèse » dans votre appartement d'artistes ensoleillé. Merci, les copains parisiens et de partout ailleurs, merci Sixtine pour ton coaching sans faille, tu as été particulièrement présente et stimulante dans mon travail de thèse.

Merci à Matthieu le statisticien et Antoine de m'avoir accompagnée, conseillée, relue pour mes statistiques. Merci à Tictic, Ségo et Didi pour votre soutien psychologique dans ce domaine précis, c'est déjà ça.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	3
A. LA FAUSSE COUCHE ET SA PRISE EN CHARGE	4
1. Définitions et épidémiologie	4
2. Clinique et traitement	4
3. Parcours de prise en charge d'une fausse couche	6
B. SOURCE D'UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE	7
1. Une évolution des mentalités au cours des siècles	7
2. Les troubles psychologiques retrouvés chez les femmes	8
3. Le retentissement psychologique chez le conjoint et au sein du couple	9
4. Le manque d'information : des moyens pour y remédier ?.....	9
C. LA FAUSSE COUCHE DANS LA LEGISLATION	10
D. HYPOTHESE ET PROBLEMATIQUE	12
II. MATERIEL ET METHODES	14
A. TYPE D'ETUDE	14
B. POPULATION DE L'ETUDE	14
1. Critères d'inclusion	15
2. Critères d'exclusion	15
C. QUESTIONNAIRE ET RECUEIL DE DONNEES	15
1. Constitution de l'échantillon et recueil des données	15
2. Le questionnaire.....	16
D. ANALYSE DES DONNEES	17
E. ASPECT ETHIQUE ET CONSENTEMENT	18
III. RESULTATS.....	19
A. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	19
1. Taux de participation (Figure 2).....	19
2. Caractéristiques socio-démographiques.....	20
B. ETAT DES LIEUX SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FAUSSE COUCHE PAR LES MEDECINS	23
1. Leur pratique.....	24
a) Fréquence de la prise en charge d'une fausse couche.....	24
b) Avoir déjà répondu à une demande de soins psychiques post-FC	26
c) Avoir les outils suffisants pour soigner des patients dans un contexte de troubles psychiques post-FC.....	28
2. Leur opinion de la fausse couche	30
a) Sources de formation ciblée sur la fausse couche et ses troubles psychiques	30
b) La fausse couche, avec son suivi psychologique, est-elle une problématique de médecine générale ?	31
c) Evaluation des connaissances.....	33
d) Connaissance de la nouvelle loi.....	34
C. LA LOI N° 2023-567 DU 7 JUILLET 2023	36
1. La suppression du délai de carence pour les arrêts maladie	36
a) Intérêt :	36
b) Utilité :	38
2. L'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy ».....	40
a) Intérêt	40
b) Utilité	43
c) Nouveauté.....	46
3. Mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC	48
a) Intérêt	48

b) Utilité	50
c) Nouveauté	52
4. <i>Protection contre le licenciement des patientes pendant 10 semaines après leur fausse couche tardive</i>	56
a) Intérêt	56
b) Utilité	58
IV. DISCUSSION	61
A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	61
1. <i>Les forces</i>	61
2. <i>Les limites</i>	61
B. UN IMPACT CERTAIN DE LA LOI DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES FAUSSES COUCHES.....	62
1. <i>La suppression du délai de carence pour les arrêts maladie</i>	62
2. <i>L'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et de leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »</i>	63
3. <i>Mise en place par l'ARS d'un parcours de soin dédié à la FC</i>	64
4. <i>Protection contre le licenciement des patientes pendant 10 semaines après leur fausse couche tardive</i>	65
C. REPONSE AUX OBJECTIFS SECONDAIRES.....	65
1. <i>Des médecins sollicités pour prendre en charge les fausses couches, mais démunis pour répondre à la demande de soins psychiques</i>	65
2. <i>Des médecins conscients des séquelles psychiques d'une fausse couche et du rôle qu'ils ont dans ce domaine</i>	66
D. PERSPECTIVES, SIGNIFICATIVITE, NOUVELLES QUESTIONS.....	67
V. CONCLUSION.....	69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
ANNEXES.....	74
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	89
LISTE DES ABREVIATIONS.....	92

I. INTRODUCTION

Dans son ouvrage posthume *Principes de médecine expérimentale*, Claude Bernard laisse deux anciens définir la médecine : « Suivant Hérophile, la médecine est la science des choses qui sont bonnes à la santé, ou qui lui nuisent ou qui sont indifférentes. C'est l'art de conserver la santé présente, dit Galien, et de rétablir celle qui est altérée (...). » (1). Encore de nos jours tantôt définie comme un art, tantôt comme une science (2), on remarque que l'exercice de la médecine a toujours été, et est de plus en plus encadré par la loi.

En France, les lois relatives à la santé permettent de protéger soignants et soignés, promouvoir la prévention et les soins, réfléchir dans le domaine de la santé publique, encadrer le coût financier des soins, proposer une offre de soins la plus égalitaire possible sur le territoire et au sein des différentes classes socio-économiques...

Depuis une dizaine d'années, le monde médical s'intéresse au parcours des femmes après une fausse couche (FC), et plus particulièrement à leur santé mentale au décours de cet événement. Les langues des femmes se délient. De nombreux sages-femmes, psychologues, psychiatres, gynécologues et médecins généralistes en ont fait un sujet d'études. Ces travaux ont fait émerger un besoin d'accompagnement psychologique pour ces femmes, en plus de la prise en charge somatique nécessaire. Nous avons pu nous-même observer ce besoin exprimé par les patientes au cours de nos expériences professionnelles aux urgences et en cabinet de médecine générale.

Les médecins généralistes, acteurs privilégiés en soins de premier recours, sont parfois confrontés à ces situations, la plupart du temps sans y avoir été préparés dans leurs cursus universitaires. Cette inadéquation entre le besoin des femmes à être soignées et écoutées, et la difficulté pour les médecins généralistes à y répondre, est une problématique à laquelle des solutions doivent être apportées.

Or, à son tour, la sphère législative a été interpellée sur le sujet et l'on date une première « proposition de loi pour une meilleure prise en charge de la fausse couche » au 22 février 2022. Puis, le 17 janvier 2023, a été déposée une nouvelle proposition de loi, aboutissant à une loi promulguée le 7 juillet 2023, « visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche », sujet de notre étude.

Dans ce contexte, il nous est apparu utile d'observer en quoi cette nouvelle loi va aider les médecins généralistes dans leur exercice et améliorer leur prise en charge psychologique des femmes après une fausse couche. Nous étudierons également l'implication des médecins généralistes de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) dans la prise en charge des fausses couches et leur approche sur l'impact psychologique que peut avoir cet événement sur les patientes et leur conjoint.

A. La fausse couche et sa prise en charge

1. Définitions et épidémiologie

La fausse couche est un « arrêt spontané de la grossesse avant la 22^{ème} semaine d'aménorrhée (...), date de viabilité du fœtus » (3). Au sens courant du terme, le terme de fausse couche est utilisé pour parler de la fausse couche spontanée précoce (FCSP), c'est-à-dire une perte de grossesse avant 14 semaines d'aménorrhée (SA). Entre 14 et 22 SA, on parle de fausse couche tardive (FCT). Après 22 SA, on parle de mort fœtale in utero ou d'accouchement prématuré. Les fausses couches à répétition sont définies comme au moins 3 FCSP consécutives au sein d'un couple.

La FCSP concerne entre 10% (4) (5) et 20% (6) des grossesses selon les sources, tandis que les FC à répétition ne concernent que 1 à 1,5% des femmes. Autrement dit, on estime que 20 à 25% des femmes feront une FCSP dans leur vie (7). La fréquence de la FCSP fait d'elle un événement normal au cours de la vie reproductive d'une femme, normal au sens de non-pathologique (4).

La première cause de la FCSP est une anomalie chromosomique dès la formation des gamètes ou dès la fécondation. Les facteurs de risque de la FC à répétition sont la surconsommation de tabac ou de café, des troubles hormonaux maternels, un déficit en vitamine B9, des anomalies utérines, le syndrome des antiphospholipides (SAPL), l'obésité, l'âge. Mais on ne retrouve pas forcément d'explication à certaines FC.

2. Clinique et traitement

La FCSP se manifeste cliniquement par des saignements pendant 7 à 14 jours et/ou une douleur abdominale.

Une échographie abdominale est nécessaire pour vérifier l'expulsion de tous les tissus embryonnaires et éliminer le diagnostic différentiel de grossesse extra-utérine (GEU). Un dosage des β hCG peut être proposé : une baisse est en faveur d'une grossesse arrêtée, mais non spécifique d'une FC. Il permettra également d'éliminer la GEU.

Une consultation médicale est alors recommandée, et en urgence si les saignements sont très abondants. L'évacuation des tissus embryonnaires peut se faire naturellement, manifestée sous forme d'expulsion de caillots ou de tissus brûnatres, de façon complète ou partielle.

Les traitements proposés sont médicamenteux et/ou chirurgical. L'expectative est possible dans certains cas.

- Le traitement médicamenteux est le misoprostol. Donnée par voie vaginale à la patiente, il provoque en quelques heures des contractions de l'utérus et fait expulser les tissus. Si échec partiel ou total du médicament, on programme le traitement chirurgical.
- Le traitement chirurgical est l'aspiration endo-utérine. Il est administré sous anesthésie locale, par voie vaginale. Il est le traitement de choix en cas de FC hémorragique, d'anémie mal tolérée, de traitement anticoagulant, de précarité, d'isolement, de mauvaise observance, de mauvaise compréhension du français.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a établi des recommandations pour la pratique clinique en 2014 (8), reprises et résumées par un groupe de travail de la Pitié Salpêtrière en 2015 (annexe 2) pour orienter le praticien dans le choix du traitement.

- Si la grossesse est arrêtée mais non expulsée, l'aspiration (plus coûteuse) ou le misoprostol (moins efficace, saignements prolongés, plus douloureux) sont possibles.
- Si l'expulsion complète ne se fait pas spontanément en moins d'1 à 2 semaines, l'aspiration ou l'expectative (contrôle échographique à 1 mois ou après les prochaines règles) peuvent être proposés.

Une nouvelle échographie abdominale est ensuite demandée afin de confirmer la vacuité utérine. Du Rhophylac® sera administré à la patiente selon son Rhésus-D et éventuellement celui du fœtus. La page web « Fausse couche » de la Sécurité Sociale adressée

aux assurés (3) précise qu'un soutien psychologique peut être légitime au décours de l'épisode.

3. Parcours de prise en charge d'une fausse couche

Selon des études qualitatives interrogeant médecins généralistes (9) et patientes (10), le recours au médecin généraliste lors de symptômes de FC est peu fréquent. La majorité des patientes se rendent aux urgences gynécologiques car elles consultent en dehors des heures ouvrables, pour des raisons de disponibilité et de rapidité de prise en charge. Le gynécologue n'est que rarement consulté car les délais de rendez-vous sont trop longs. Les sages-femmes sont une alternative appréciée par les patientes.

Si les patientes consultent leur médecin généraliste, c'est essentiellement pour le lien de confiance qu'elles ont tissé avec lui ou pour sa disponibilité (11). Généralement, les patientes ont un retour plus positif de leur fausse couche quand elle a été prise en charge en libéral, plutôt qu'aux urgences (9). Le médecin généraliste étant au cœur du réseau de soins primaires, il reste facilement accessible, proche géographiquement. Il est amené à recevoir les patientes pour la première consultation de grossesse, à déclarer 23% des grossesses (12), puis réorienter ou suivre 8 à 12% des grossesses (13). Il est cependant sollicité pour 44,5% des pathologies intercurrentes (14).

Dans sa thèse d'exercice de médecine générale (9), Caroline Rakotoarimanana relève les freins à la prise en charge de la fausse couche en libéral par les médecins généralistes.

- Le frein principal est l'accès trop rare à une échographie en urgence en libéral. L'échographie est indispensable pour éliminer la GEU d'une part, et pour orienter la patiente vers un traitement ou une expectative selon le stade d'expulsion de la grossesse. Or, les médecins sont confrontés à un refus trop fréquent de l'échographie en urgence par les cabinets de radiologie, qui prétextent que les échographies en urgence se font aux urgences.
- Un autre frein invoqué est celui du manque de formation et de connaissances pour une prise en charge correcte de la fausse couche.
- Le manque de temps est fréquemment rappelé. La fausse couche est une situation liée à un problème aigu non programmé, elle nécessite donc un rendez-vous en dehors des

créneaux programmés, et une reprogrammation d'un appel ou d'un rendez-vous souvent dans la journée

Cependant certains répondent à la demande de leur patiente car ils disposent eux-mêmes d'un appareil échographique, ou ont un bon réseau de confrères échographistes qui acceptent leurs patientes dans la journée, éventuellement de confrères gynéco-obstétriciens ou de sages-femmes vers qui ils peuvent orienter la patiente si la situation dépasse leurs compétences.

B. Source d'une souffrance psychique

Une multitude d'études qualitatives, de revues de la littérature, de retours d'expérience, mettent en évidence une souffrance psychique des femmes devant un épisode de fausse couche, qu'il ait été compliqué médicalement ou non ; souffrance dont les médecins sont peu conscients (15), souffrance qui n'est pas leur priorité lors de la prise en charge médicale. Deux perceptions de la fausse couche qui ne se rejoignent que trop rarement.

1. Une évolution des mentalités au cours des siècles

Interrogé par le CNGOF dans un des podcast « L'écho des gynécos » (4), l'historien spécialiste de l'histoire des naissances, Jacques Gellis, retrace l'évolution des perceptions de la fausse couche à travers les siècles. Il note un changement des mentalités au cours du XVIIIème siècle : on commence à observer un contrôle des naissances en France, la conception de la vie et de la mort commence à changer. Auparavant, le commencement de la vie et la mort étaient mystérieuses, et toutes deux inéluctables. Ainsi, le décès d'une mère qui accouche était une fatalité, un événement qui ponctue la vie des familles. On acceptait sans pouvoir y faire grand-chose. La fausse couche non plus, n'était pas maîtrisable. C'était un déshonneur, une humiliation pour la mère, car vue comme une incapacité à perpétuer la lignée familiale.

Plusieurs explications ont été trouvées au cours des âges : « les vents et les odeurs nauséabondes, la danse, les bains, lever les bras en baillant ou en tirant de l'eau, les déplacements en voiture ou à cheval, les vêtements trop serrés, les refroidissements ou coups de chaleur, de nombreux aliments jugés néfastes pour la santé du fœtus et bien sûr les relations sexuelles qui risquaient de provoquer la chute de l'embryon » (16). Hippocrate

supposait que des humeurs excessives de la femme pouvaient provoquer une fausse couche (17) (11).

Autrefois, l'enfant était un rejeton issu de l'arbre familial, une descendance de plus. Aujourd'hui, l'enfant est un projet du couple, préparé et prévu. Avec la perte de l'enfant, c'est tout un projet construit et programmé qui s'écroule. Le couple s'investit d'autant plus dans chaque grossesse, que les avancées technologiques des dernières dizaines d'années, comme l'échographie, permettent au couple de mieux concrétiser la venue de l'enfant et le projet de vie construit autour (18).

Une professeure américaine de psychopathologie, Stacey Callahan, a été consultée dans ce podcast. Elle évoque les sentiments de culpabilité et de honte éprouvés par la femme après une fausse couche, accompagnés d'une remise en question d'elle-même.

2. Les troubles psychologiques retrouvés chez les femmes

Une étude britannique (19) menée sur 67 femmes qui avaient vécu une fausse couche a révélé que la moitié présentait des troubles psychiatriques à type de dépression quatre semaines après l'événement. Ces troubles s'amenuisaient avec le temps. Dans une étude américaine comparant le niveau de morbidité psychologique, basé sur le score des questionnaires GHQ-12 (*General Health Questionary* en annexe 5) et BDI (*Beck Depression Inventory*), entre un groupe de femmes ayant fait une fausse couche et un groupe de femmes témoins, aucune différence statistiquement significative n'est observée un an après la FC : immédiatement après la FC, 55% des femmes présentent un trouble psychologique, elles ne sont plus que 11% à 1 an (20).

Une revue de la littérature américaine (6) détaille les symptômes psychiques les plus communs chez les femmes : la douleur de deuil (au sens de « grief », deuil, peine), la dépression, l'anxiété, voire un état de stress post-traumatique (ESPT) (21) (22).

Plusieurs facteurs de risque de les développer sont retrouvés dans cette revue : la primiparité, les antécédents de maladie psychiatrique, le manque de soutien social ou un soutien maladroit de l'entourage (23), le manque d'information et d'explication sur l'événement, une fausse couche antérieure (24). Dans une moindre mesure, on retrouve un âge maternel élevé, une monoparentalité, un âge gestationnel avancé.

Des facteurs protecteurs sont une bonne connaissance des tenants et aboutissants d'une FC, et un soutien du conjoint (25). Ceux-ci réduisent la culpabilité, l'anxiété, le risque de développer un ESPT et une dépression.

3. Le retentissement psychologique chez le conjoint et au sein du couple

Quant au conjoint, il se tait sur sa douleur. Il ne pense pas être en droit de se plaindre, mais plutôt de soutenir la femme qui, elle, vit les choses dans son corps (4). Il souffre moins intensément et moins longtemps de la perte de son enfant, que sa partenaire, mais certains se disent accablés par la souffrance de leur femme, qu'ils trouvent plus légitime que la leur. Démunis, ils évitent le sujet alors que la femme a justement besoin d'en parler. La différence des réactions peut être une source de conflit dans le couple, ce qui entretient la dépression de la femme. De leur côté, les conjoints n'ont que rarement l'opportunité de communiquer avec un professionnel de santé et de parler de leur souffrance (26).

4. Le manque d'information : des moyens pour y remédier ?

Lorsque la grossesse était désirée, se pose la question de l'ouverture à un nouveau projet de grossesse. Là encore, 35% des femmes regrettent un manque d'information. Elles se questionnent sur leur fertilité, et sur le moment et l'opportunité d'une future grossesse. Les explications sont extrêmement importantes pour leur deuil. Dans une étude de mars 2022, certaines femmes ont comparé le suivi dont elles ont bénéficié pour une interruption volontaire de grossesse (IVG) avec celui pour une FC, et ont regretté la consultation chez le psychologue systématiquement proposée pour une IVG (9) : pour leur fausse couche, les femmes décrivaient avoir été prises en charge aux urgences d'un point de vue somatique pur, avec élimination rapide d'un diagnostic différentiel et d'une situation grave et urgente, et parlaient donc d'un besoin d'une consultation de suivi pour reparler de l'épisode avec leur médecin. Celles qui ont bénéficié d'entretiens de suivi après leur fausse couche en ont été satisfaites et les conclusions de la revue de littérature américaine concluait qu'une consultation devait idéalement être proposée entre 2 à 3 semaines après l'événement (6).

Si 80% des praticiens se sentent peu à l'aise pour répondre à cette demande des femmes, le questionnaire GHQ-30 paraît adapté pour guider l'entretien et dépister des troubles psychiques. Certains médecins reprogramment souvent un appel ou un rendez-vous

avec leur patiente après une FC, si besoin en invoquant le besoin d'un bilan somatique à distance de la FC (9). Dans sa mise à jour en gynécologie médicale de 2010 (27), le CNGOF a décrit à la fin du chapitre « Fausses couches spontanées du premier trimestre (inférieur à 12 semaines de gestation). Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients » un paragraphe sur le soutien psychologique. Il met en garde les praticiens contre la banalisation de l'épisode, rappelle les symptômes psychiques présentés par les femmes et leur partenaire et donne quelques directives de prise en charge psychologique :

- Être « disponible pour les patientes », les écouter et les laisser parler
- Leur « faire prendre conscience de la perte »
- Les « dégager de leur culpabilité »
- Les informer sur la fausse couche, les rassurer, répondre à leur demande d'explications

L'*International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), basée sur des conclusions d'un examen de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2013, renforce en 2018 une recommandation sur l'intérêt d'un ou plusieurs entretiens à distance d'une fausse couche (21) afin de dépister des troubles psychologiques et les prendre en compte. Une revue de la littérature menée par une équipe de chercheurs principalement britanniques, publiée dans *The Lancet* en 2021 (22), renforce la notion du manque d'information donnée aux femmes, de la persistance de fausses croyances aggravant le risque de troubles psychologiques, et de la nécessité d'une prise en compte de ces troubles trop fréquents.

La prise en charge d'une fausse couche est bien complexe. Sans parler du point de vue somatique, il faut tenir compte de la santé psychique de la mère et du conjoint, mais aussi de celle du couple, fragilisé par la situation aiguë, et favoriser la réassurance afin que le couple puisse éventuellement se projeter dans une nouvelle grossesse dans les meilleures conditions possibles après une fausse couche (18). Les femmes ont donc besoin d'un soutien rapidement, sous forme d'un entretien de suivi plus ou moins formel, dans les 2 à 4 semaines qui suivent la fausse couche, pas forcément avec un psychologue, mais plutôt sous la forme d'un soutien familial, amical ou d'un entretien avec le soignant qui a pris en charge sa fausse couche (11).

C. La fausse couche dans la législation

Une série de 3 articles, publiés dans *The Lancet* (28) autour de la prise en charge de la fausse couche en avril 2021, a voulu corriger les fausses croyances sur les fausses couches,

pointer du doigt des prises en charge médicales inadaptées et insuffisantes pour mettre fin à l'ère de la banalisation et alerter l'opinion publique, les praticiens, les chercheurs en médecine, et les institutions politiques. Un autre travail de taille a été réalisé sur le sujet en 2020 : une étude de cohorte multicentrique sur 3 hôpitaux londoniens menée sur 737 femmes ayant vécu une FCSP (incluant quelques cas de grossesse extra-utérine) et 171 femmes témoins, a confirmé la forte prévalence de troubles psychologiques chez les femmes ayant subi une FCSP ou une GEU jusqu'à 9 mois après l'épisode (29).

C'est sur cette dernière étude que la députée Sandrine Josso base son discours à l'Assemblée nationale le 17 janvier 2023, pour lui présenter la proposition de loi visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche (30). Le texte de proposition de loi proposait initialement 2 articles : le 1^{er} donnant droit aux sages-femmes d'orienter une patiente dans le dispositif « Mon soutien psy » dans les suites d'une FC, le 2^{ème} proposant de compenser les dépenses étatiques liées à cet accompagnement psychologique supplémentaire par l'augmentation du prix du tabac.

La proposition de loi a évolué lors de son passage à l'Assemblée nationale et au Sénat, et a nécessité la création d'une commission mixte paritaire avant sa promulgation. Ainsi,

- L'article 1^{er} a été développé :
 - L'Assemblée nationale a proposé de créer un parcours par les agences régionales de santé (ARS) pour les fausses couches mettant à disposition des patientes et de leur conjoint une équipe pluridisciplinaire capable de prendre en charge de façon holistique la fausse couche, de former les professionnels de santé et d'informer de façon systématique des couples.
 - La commission mixte paritaire a affiné un ajout de l'Assemblée nationale : le délai de carence des indemnités journalières a été supprimé pour les femmes ayant subi une fausse couche avant 22 SA.
 - Le Sénat a ajouté qu'une salariée ayant subi une FCT sera protégée du licenciement pendant les 10 semaines suivant l'événement.
- Deux articles suggérés par l'Assemblée nationale ont été finalement rejetés par le Sénat et la commission mixte paritaire : celui proposant un examen médical systématiquement proposé 4 semaines après la FC, et celui suggérant une extension

de la prise en charge à 100% des frais médicaux pendant la grossesse au premier trimestre.

- Le 2ème article a été supprimé dès la première lecture par l'Assemblée nationale.

Finalement, la loi comporte 5 articles (annexe 3). Elle a été promulguée le 7 juillet 2023, elle est parue au Journal Officiel le 8 juillet. Le titre a été rectifié le 16 juillet 2023 (annexe 4).

D. Hypothèse et problématique

Comme évoqué précédemment, les femmes et leur conjoint réagissent chacun différemment à une fausse couche. La majorité des femmes développe des troubles psychologiques, voire psychiatriques au décours de l'épisode. La connaissance de ces réactions plus ou moins importantes, par le médecin généraliste, aiderait les femmes à mieux vivre ces moments. Elles ont besoin d'être accompagnées, à leur rythme, dans leur histoire, dans le respect de l'évolution de leurs réactions et sentiments. La connaissance, par les professionnels de santé, de la divergence des réactions entre homme et femme permet de mieux appréhender et soulever les difficultés qui surviendront dans le couple et la famille, en donnant des explications médicales pour éviter la culpabilité, en laissant un espace de parole à la femme et au conjoint, en encourageant si besoin le couple dans un nouveau projet de grossesse.

Forts de ces conclusions, plusieurs travaux de recherche médicale ont proposé des solutions et des pistes d'amélioration, et ces dernières années, nous avons observé une nouvelle volonté politique dans ce domaine. Deux propositions de loi ont vu le jour à un an d'intervalle, la deuxième ayant donné lieu à des articles de loi proposant des solutions concrètes.

Il nous a semblé intéressant d'étudier cette nouvelle loi, à la lumière des travaux scientifiques sur la prise en charge psychologique des fausses couches :

- A la fois pour évaluer l'impact des décisions prises dans cette loi sur la pratique concrète des médecins généralistes : c'est notre objectif principal. Peuvent-ils améliorer la prise en charge des fausses couches grâce à cette loi ? Va-t-elle leur donner des outils utiles et intéressants ?

- Mais aussi pour faire un état des lieux de la fréquence des consultations sur les fausses couches en médecine générale, et de la connaissance de médecins généralistes sur les conséquences psychologiques d'une fausse couche au sein du couple : ce sont nos objectifs secondaires. Comment sont impliqués les médecins généralistes, aujourd'hui en PACA, dans la prise en charge psychologique des femmes et du couple après une fausse couche ? Cernent-ils les difficultés ?

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

C'est une étude observationnelle quantitative descriptive transversale qui a été réalisée sur la base d'un questionnaire auprès de médecins généralistes de la région PACA.

Ce travail vient compléter les nombreuses études qualitatives et revues de la littérature menées sur la prise en charge psychologique des fausses couches, souvent basées sur des questionnaires adressés aux patientes, et adapter le sujet en rapport avec l'actualité législative en France.

B. Population de l'étude

La population concernée par notre étude est celle des médecins généralistes installés ou remplaçants, thésés ou non, de tous âges, exerçant dans la région de PACA.

Au 1^{er} janvier 2023, la Carte Interactive de la Démographie Médicale (31), outil mis à jour tous les ans par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), montrait que 12812 médecins généralistes étaient inscrits au tableau de l'ordre, quel que soit leur mode d'exercice ou leur type d'activité, en PACA, répartis de la façon suivante dans les 6 départements (cf. Figure 1). Nous avons donc tiré de façon aléatoire un échantillon de médecins généralistes afin qu'il soit le plus représentatif possible de notre population cible.

Etant donné le type d'étude choisi, nous n'avons pas eu de nombre minimal de sujets à inclure dans notre échantillon.

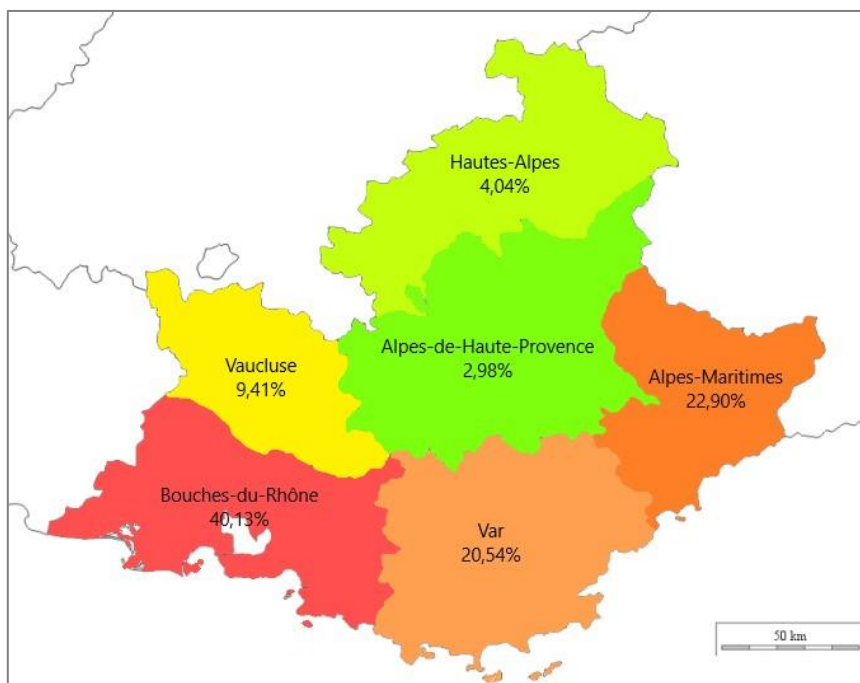


Figure 1 - La démographie des médecins généralistes en PACA au 1er janvier 2023

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste (thésé ou possédant une licence de remplacement),
- Exercer dans un des six départements de la région PACA (Alpes de Haute-Provence, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Bouches du Rhône, Var et Vaucluse).

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Les internes de médecine générale sans licence de remplacement,
- Les médecins exerçant hors PACA,
- Les médecins n'ayant aucun moyen de communication électronique ou téléphonique pour recevoir le lien internet du questionnaire
- Les médecins partis à la retraite

C. Questionnaire et recueil de données

1. Constitution de l'échantillon et recueil des données

D'une part, 400 médecins généralistes ont été tirés au sort parmi les 12 812 recensés en PACA sur le site du CNOM. Ils ont été appelés dans un premier temps, grâce au numéro de

téléphone inscrit sur la liste de public.opendatasoft.com (32) ou en allant chercher leur numéro de téléphone sur internet. Dans un deuxième temps, avec leur accord, le lien vers le questionnaire accompagné d'un message de présentation et d'information leur a été envoyé sur leur numéro de téléphone portable ou sur leur adresse électronique.

D'autre part, pour élargir l'échantillon et obtenir un maximum de réponses, un message a été posté sur 3 groupes Facebook, contenant le lien du questionnaire, pour élargir notre échantillon au maximum et y inclure les internes effectuant des remplacements : « Internes MG Marseille », « Le Divan des médecins » et « Remplacements/ Collaborations/ Cessions médecins PACA » (seuls les médecins peuvent accéder à ces groupes Facebook privés).

Chacun des médecins contactés a été relancé une fois, par mail ou par un nouveau message posté sur les groupes Facebook.

Le recueil des réponses au questionnaire s'est déroulé du 26 juin 2023 au 11 novembre 2023.

2. Le questionnaire

Le questionnaire (annexe 1) a été élaboré en mai 2023 via le site Google Form, à partir du texte de la proposition de loi qui faisait la navette entre Assemblée nationale et Sénat (ce n'était donc pas le texte de loi définitif).

Il est composé de 15 questionnaires à choix multiple (QCM) en 3 parties, introduites par un message explicatif. Il n'était pas possible de passer à la partie suivante ni de valider l'envoi des réponses si une réponse manquait, ceci afin de limiter les données manquantes :

- La partie 1 comprenait 3 questions permettant de cerner le profil du participant : sexe, âge, mode et lieu d'exercice
- La partie 2 comprenait 8 questions faisant l'état des lieux sur la pratique et les connaissances des participants en ce qui concerne la fausse couche et plus précisément les troubles psychologiques associés

- La partie 3 comprenait 4 questions, dont une (QCM 14) qui a été très légèrement modifiée le 8 juillet 2023, après promulgation du texte de loi définitif, et une (QCM 15) qui a été ajoutée à cette même date, après que 31 participants avaient déjà envoyé leur réponse. Nous avons estimé que le changement dans le QCM 14 n'avait pas d'impact sur les réponses des participants.

Les questions ont été rédigées selon les règles de Likert : l'échelle de Likert veut qu'un nombre impair d'items soit proposé au participant, dont une neutre de type « Je ne sais pas » ou « Indifférent » ou « Sans opinion », ce qui évite au participant de devoir répondre de façon binaire. Des réponses nuancées ont donc été proposées lorsque c'était pertinent.

Avant de le diffuser, nous avons testé le questionnaire auprès de 3 connaissances, toutes des médecins généralistes. Cela nous a permis de reformuler certaines questions, afin de rendre le questionnaire plus clair et de faciliter les réponses des participants.

D. Analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été recueillies sur Google Form, puis les données ont été exportées sur le logiciel Excel pour les analyses descriptives, les figures et les tableaux, et sur le logiciel R++ pour les analyses statistiques.

L'âge, étant la seule variable quantitative, ne suivant pas une loi normale, a été décrit en médiane et écart-types. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et nombre d'effectif.

Les réponses au questionnaire pour lesquelles une analyse descriptive croisée était pertinente, ont fait l'objet d'une analyse bivariée grâce au logiciel R++. Pour les analyses bivariées, la variable de l'âge a été classée en catégorie d'âge. Ainsi, seules des variables qualitatives binaires, nominales et ordinales ont été comparées. Les tests de Chi2 ou de Fisher (lorsque le premier n'était pas applicable) ont été utilisés pour comparer 2 variables qualitatives, le test de Wilcoxon ou de Kruskal-Wallis a été proposé en plus lorsqu'il fallait comparer une variable qualitative avec une variable qualitative ordinaire.

Les tests statistiques sont bilatéraux. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

E. Aspect éthique et consentement

Notre étude ne recueillant pas de données sur des patients, nous n'avons pas eu besoin de soumettre le protocole de l'étude à un Comité de Protection des Personnes ni à un comité d'éthique.

Chaque médecin a répondu au volontariat, après lecture du message d'information qui accompagnait le lien du questionnaire.

Chaque réponse au questionnaire a été anonymisée en associant un numéro à chaque participant avant l'analyse des données.

III. RESULTATS

A. Description de l'échantillon

1. Taux de participation (Figure 2)

400 médecins généralistes ont été tirés au sort et contactés par téléphone. Un questionnaire n'a pu être envoyé qu'à 172 (43%) d'entre eux, par mail pour l'immense majorité, ou par SMS. En effet, 30,5% des médecins répertoriés n'ont pas répondu au numéro inscrit, 17% ont refusé de participer à l'étude, 5,5% ont déclaré ne pas se sentir concernés par l'étude (aucune pratique de la gynécologie obstétrique, pratique éloignée de la médecine générale...), d'autres avaient déménagé de la région PACA, avaient pris leur retraite, ou n'avaient ni adresse email, ni numéro de téléphone portable professionnel sur lequel le questionnaire pouvait leur être envoyé.

Le questionnaire a également été diffusé sur Facebook pour un ciblage plus large de la population et plus complet, en incluant les internes effectuant des remplacements en PACA.

Le taux de réponse a été optimisé par 1 relance. Grâce à ces 2 moyens de communication du questionnaire, 73 réponses, complètes et toutes exploitables, ont été recueillies en tout.

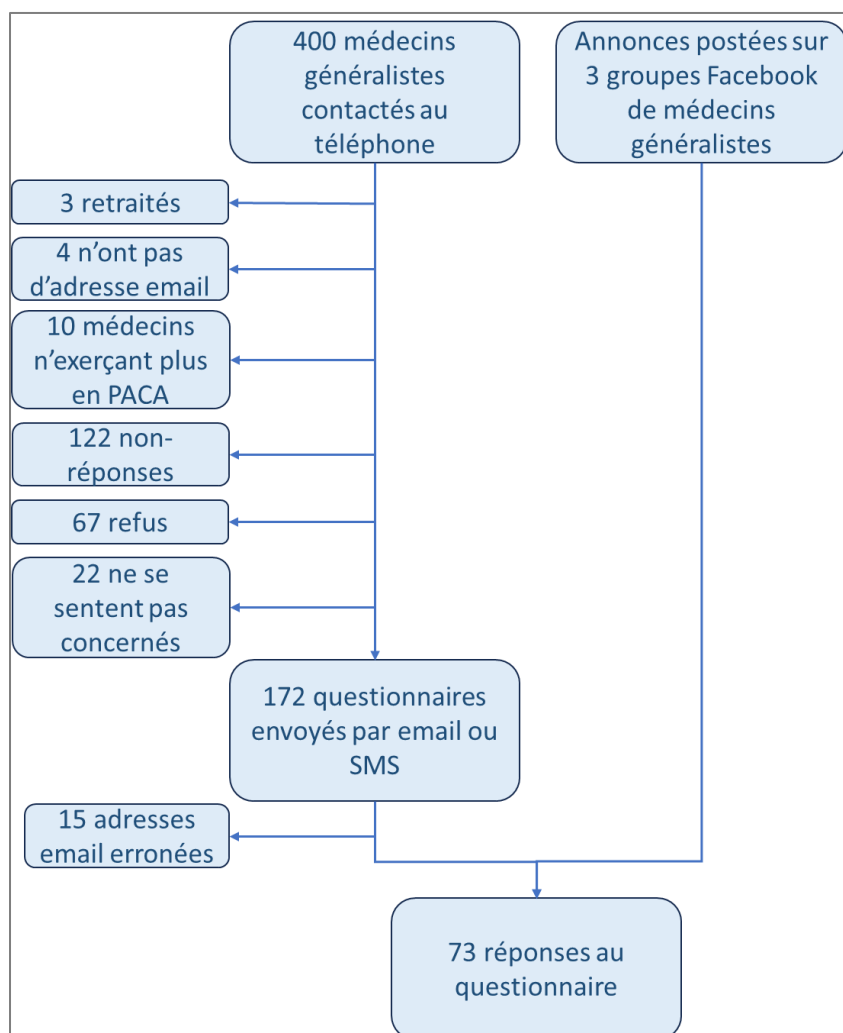


Figure 2 - Flow chart

2. Caractéristiques socio-démographiques

		Effectif absolu (N = 73)	Pourcentage (%)
Sexe	Homme	20	27,4
	Femme	53	72,6
Âge médian (médiane [Q1 ; Q3])		32 [29 ; 42]	
Classes d'âge	00-34	44	60,3
	35-44	14	19,2
	45-54	6	8,2
	55-100	9	12,3
Mode et lieu d'exercice	Installé	39	53,4
	en milieu urbain	26	35,6
	en milieu rural	13	17,8
	Remplaçant	34	46,6

Tableau 1 - Analyse descriptive des données socio-démographiques des participants

Notre échantillon de médecins est composé majoritairement de femmes (72,6%).

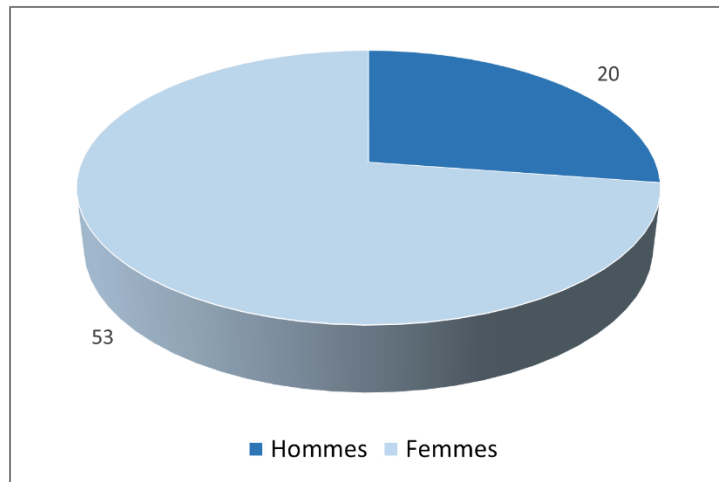


Figure 3 - Sexe des participants

La classe d'âge la plus représentée est celle des moins de 35 ans. Les participants se répartissent dans 4 classes d'âge de façon suivante :

- 34 ans et moins : 60,3%
- 35-44 ans : 19,2%
- 45-54 ans : 8,2%
- 55 ans et plus : 12,3%

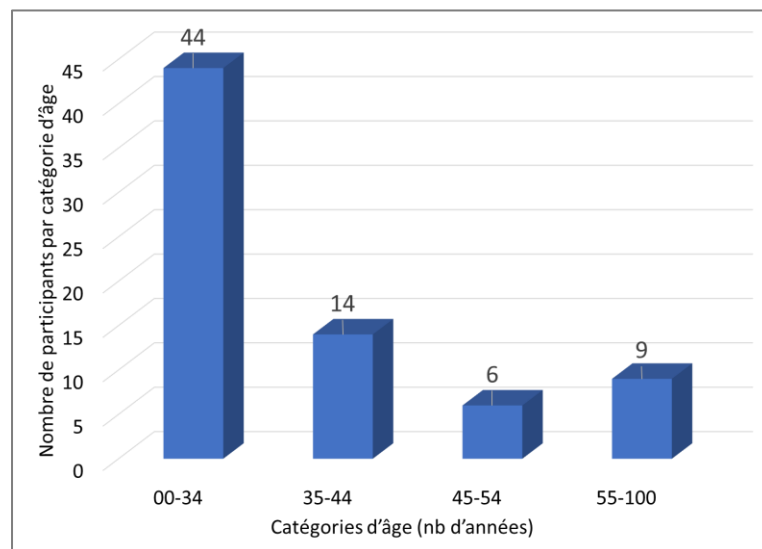


Figure 4 - Participants répartis selon leur classe d'âge

La variable de l'âge ne suit pas une distribution normale. L'âge médian est de 32 ans (Q1-Q3 : [29 ; 42]).

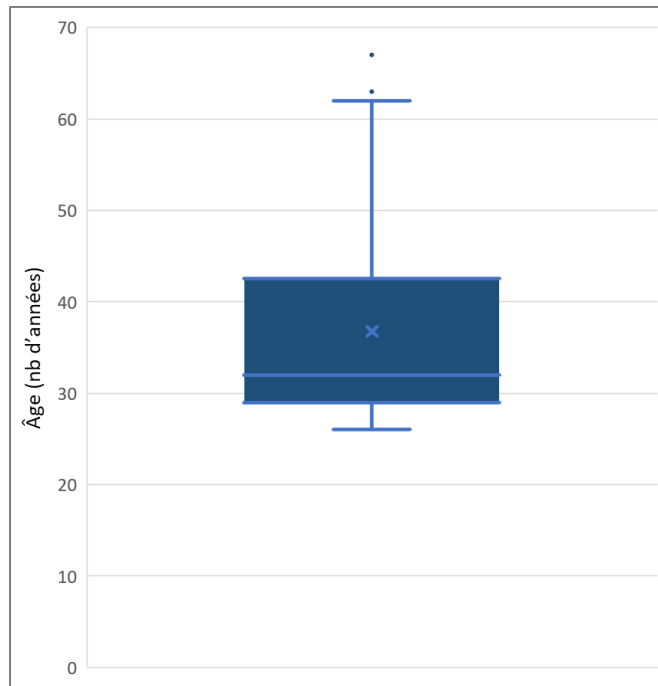


Figure 5 - Analyse descriptive de l'âge des participants"

Les médecins ayant répondu au questionnaire sont installés pour 53,4% d'entre eux. Parmi ces médecins, 66,7% sont installés en milieu urbain, 33,3% en milieu rural.

Les autres médecins déclarent effectuer des remplacements.

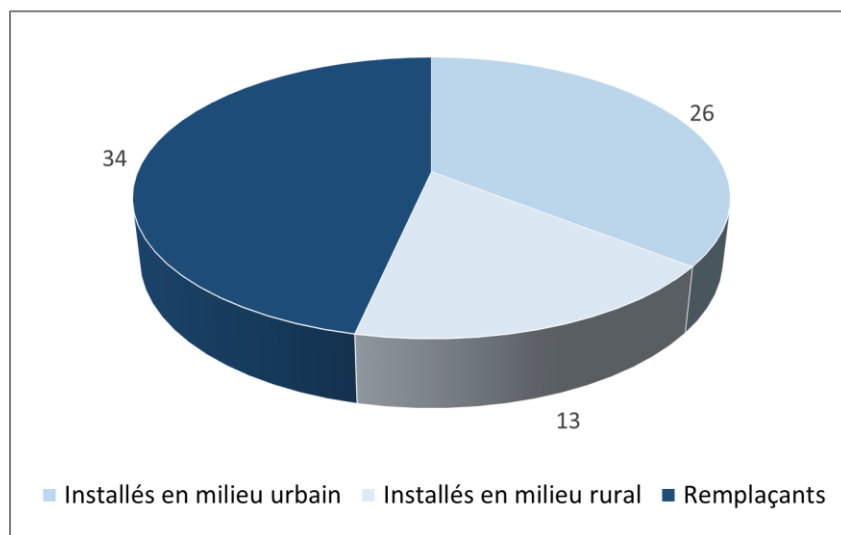


Figure 6 - Répartition des participants selon leur mode et leur lieu d'exercice

B. Etat des lieux sur la prise en charge de la fausse couche par les médecins

	Sexe			p-value
	Homme	Femme	Total	
	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100%)	
Fréquence de PEC d'une FC				
Oui, très souvent	1 (5,0%)	2 (3,8%)	3 (4,1%)	0,792104 (Fisher exact) ou 0,288048 (Wilcoxon)
Oui, souvent	6 (30,0%)	11 (20,8%)	17 (23,3%)	
Parfois	8 (40,0%)	22 (41,5%)	30 (41,1%)	
Rarement	5 (25,0%)	14 (26,4%)	19 (26%)	
Jamais	0 (0,0%)	4 (7,5%)	4 (5,5%)	
Avoir répondu à une demande de soins psychiques post-FC				0,361315 (Chi2)
Oui	9 (45,0%)	16 (30,2%)	25 (34,2%)	
Non	11 (55,0%)	37 (69,8%)	48 (65,8%)	
Estimer avoir les outils suffisants pour PEC une FC				0,425287 (Fisher exact) ou 0,518721 (Wilcoxon)
Parfaitement	2 (10,0%)	1 (1,9%)	3 (4,1%)	
Plutôt d'accord	3 (15,0%)	12 (22,6%)	15 (20,5%)	
Sans opinion	4 (20,0%)	6 (11,3%)	10 (13,7%)	
Pas trop d'accord	10 (50,0%)	31 (58,5%)	41 (56%)	
Pas du tout	1 (5,0%)	3 (5,7%)	4 (5,5%)	
La FC est une problématique de médecine générale				0,662847 (Fisher exact)
Oui	18 (90,0%)	49 (92,5%)	67 (91,8%)	
Non	2 (10,0%)	4 (7,5%)	6 (8,2%)	
Connaissance de la nouvelle loi				0,121939 (Fisher exact)
Oui, je connais	3 (15,0%)	2 (3,8%)	5 (6,8%)	
Oui, j'en ai entendu parler	2 (10,0%)	13 (24,5%)	15 (20,5%)	
Non, je n'en ai pas entendu parler	15 (75,0%)	38 (71,7%)	53 (72,6%)	

Tableau 2 - Analyse bivariée de la pratique et des connaissances de médecins généralistes selon le sexe

	Âge					p-value
	00-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-100 ans	Total	
	44 (60,3%)	14 (19,2%)	6 (8,2%)	9 (12,3%)	73 (100,0%)	
Fréquence de PEC d'une FC						0,90055
Oui, très souvent	1 (2,3%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)	(Fisher exact) ou
Oui, souvent	10 (22,7%)	4 (28,6%)	1 (16,7%)	2 (22,2%)	17 (23,3%)	0,27509
Parfois	17 (38,6%)	6 (42,9%)	3 (50,0%)	4 (44,4%)	30 (41,1%)	(Kruskal-Wallis)
Rarement	12 (27,3)	2 (14,3%)	2 (33,3%)	3 (33,3%)	19 (26%)	
Jamais	4 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (5,5%)	
Avoir répondu à une demande de soins psychiques post-FC						0,00049975
Oui	6 (13,6%)	12 (85,7%)	3 (50,0%)	4 (44,4%)	25 (34,2%)	(Fisher exact)
Non	38 (86,4%)	2 (14,3%)	3 (50,0%)	5 (55,6%)	48 (65,8%)	
Estimer avoir les outils suffisants pour PEC une FC						0,241379
Parfaitement	1 (2,3%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)	(Fisher exact) ou
Plutôt d'accord	5 (11,4%)	4 (28,6%)	2 (33,3%)	4 (44,4%)	15 (20,5%)	0,0735099
Sans opinion	6 (13,6%)	2 (14,3%)	1 (16,7%)	1 (11,1%)	10 (13,7%)	(Kruskal-Wallis)
Pas trop d'accord	29 (65,9%)	6 (42,9%)	3 (50,0%)	3 (33,3%)	41 (56%)	
Pas du tout	3 (6,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	4 (5,5%)	
La FC est une problématique de médecine générale						0,0609695
Oui	41 (93,2%)	14 (100,0%)	6 (100,0%)	6 (66,7%)	67 (91,8%)	(Fisher exact)
Non	3 (6,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,33%)	6 (8,2%)	
Connaissance de la nouvelle loi						0,717641
Oui, je connais	4 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	5 (6,8%)	(Fisher exact)
Oui, j'en ai entendu parler	8 (18,2%)	5 (35,7%)	1 (16,7%)	1 (11,1%)	15 (20,5%)	
Non, je n'en ai pas entendu parler	32 (72,7%)	9 (64,3%)	5 (83,3%)	7 (77,8%)	53 (72,6%)	

Tableau 3 - Analyse bivariée de la pratique et des connaissances de médecins généralistes selon l'âge

1. Leur pratique

a) Fréquence de la prise en charge d'une fausse couche

Concernant la place de la fausse couche dans leur pratique, les médecins interrogés décrivent la fréquence de ce motif de consultation pour chacun d'eux :

- 4,1% d'entre eux déclarent y être très souvent confrontés
- 23,3% d'entre eux, souvent
- 41,1%, parfois
- 26% en voient rarement
- 5,5% des médecins disent ne jamais avoir pris en charge de fausse couche en consultation.

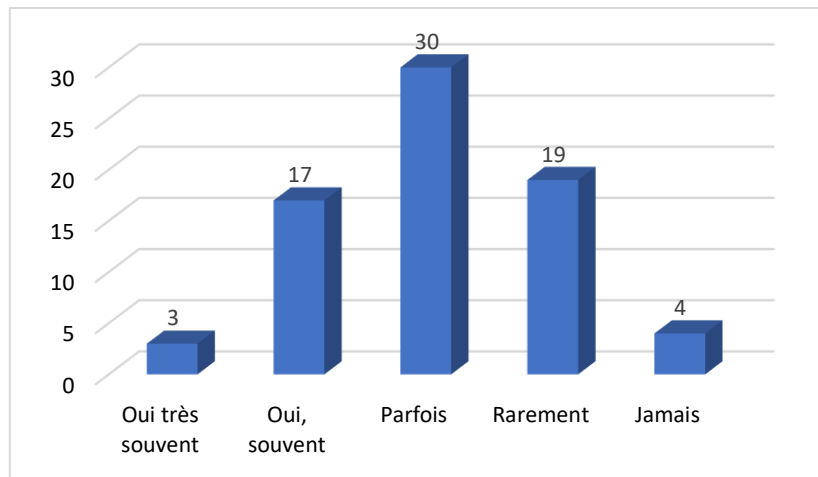


Figure 7 - Fréquence de PEC des FC dans la pratique des participants

(1) En fonction du sexe du participant :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe, selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 2).

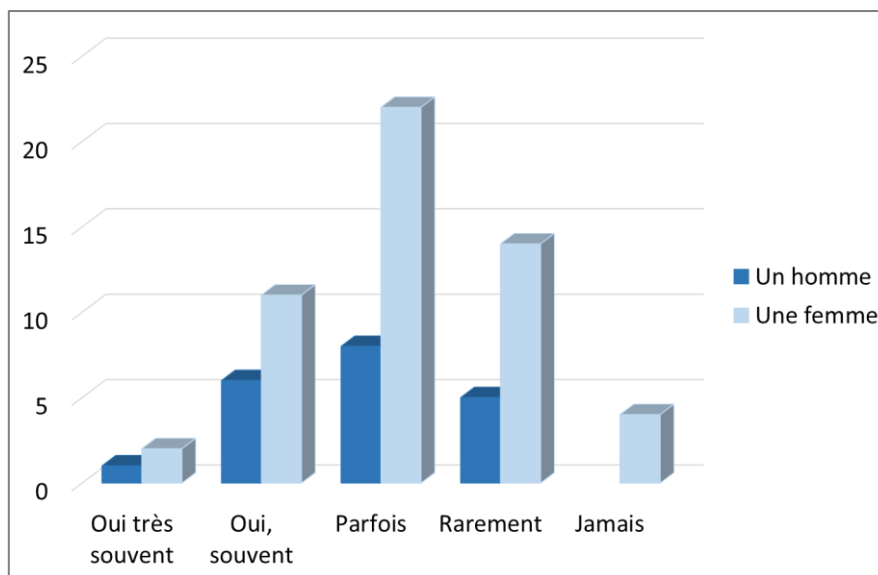


Figure 8 - Fréquence de PEC d'une FC selon le sexe

(2) En fonction de l'âge du participant

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction de l'âge selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 3).

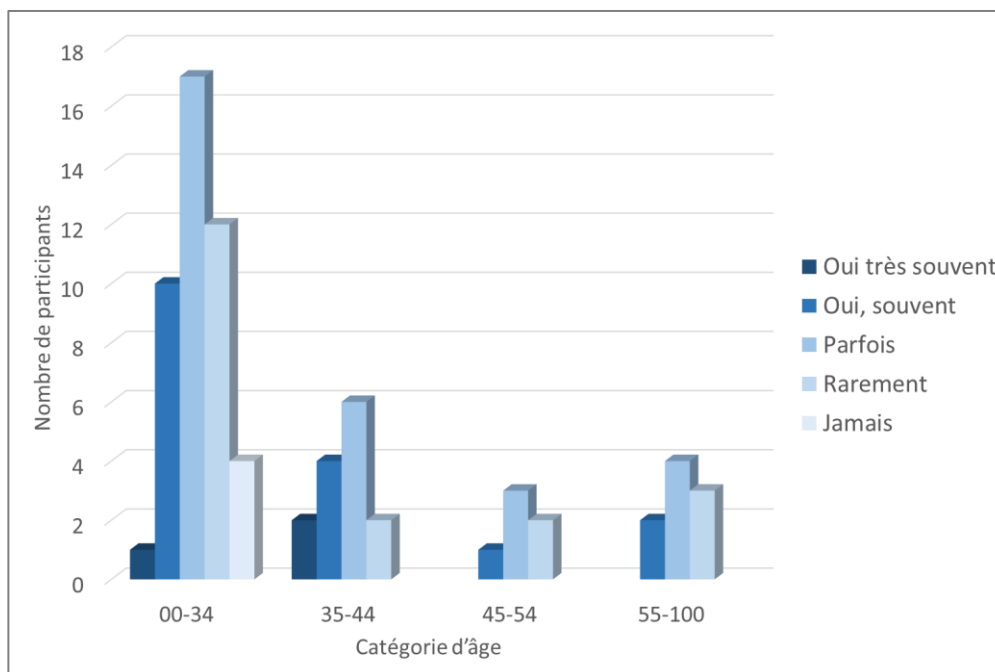


Figure 9 - Fréquence de PEC d'une FC selon l'âge

b) Avoir déjà répondu à une demande de soins psychiques post-FC

Les médecins généralistes participants ont répondu plutôt défavorablement à la question. Seuls 34,2% d'entre eux déclarent avoir déjà été confrontés à cette demande en consultation.

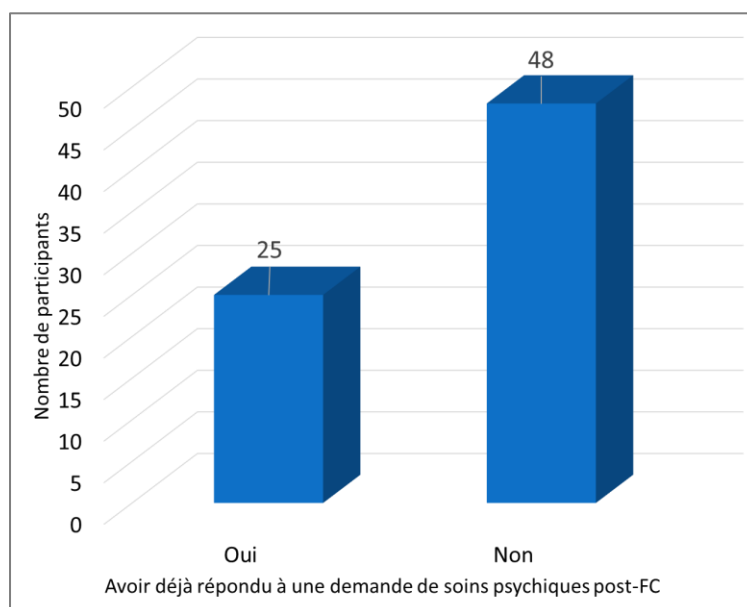


Figure 10 - Proportion de médecins généralistes ayant déjà répondu à une demande de soins psychiques post-FC

(1) En fonction du sexe du participant :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe, selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 2).

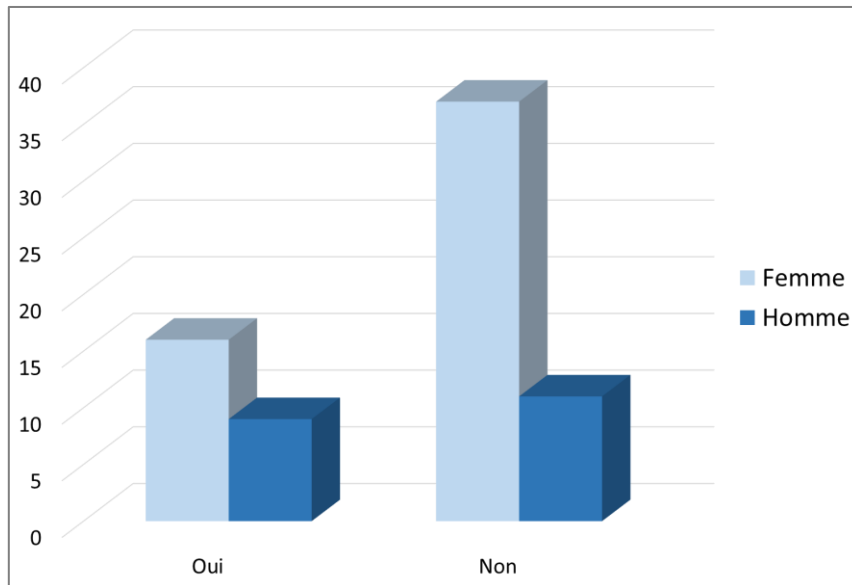


Figure 11 - Taux de médecins généralistes consultés pour des troubles psychiques post-FC selon le sexe

(2) En fonction de l'âge du participant

Il y a une différence statistiquement significative ($p=0,00049975$) en fonction de l'âge selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 3). Les médecins faisant partie de la tranche d'âge la plus jeune n'a été que peu confrontée à des demandes de soins psychiques (13,6%), par rapport aux 3 tranches d'âge supérieures (85,7%, 50% et 44,4%).

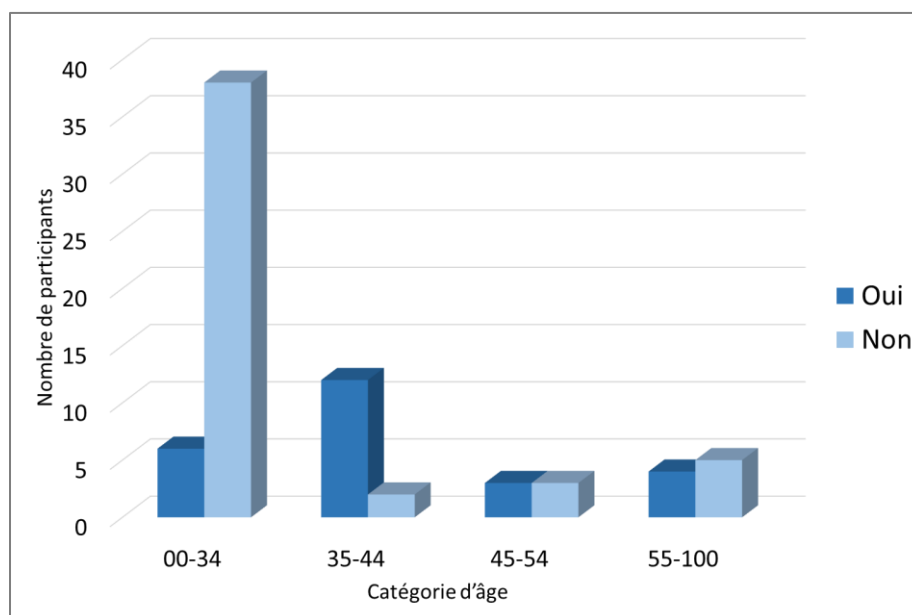


Figure 12 - Taux de médecins généralistes consultés pour des troubles psychiques post-FC selon l'âge

c) *Avoir les outils suffisants pour soigner des patients dans un contexte de troubles psychiques post-FC*

Au sein de l'échantillon, concernant l'auto-évaluation de leur compétence, on observe que :

- 56% des médecins généralistes ne sont plutôt pas d'accord avec le fait d'avoir les outils suffisants pour prendre en charge des patients dans un contexte de troubles psychiques au décours d'une fausse couche
- 20,5% sont plutôt d'accord
- 4,1% estiment être parfaitement compétents sur ce sujet
- 5,5% estiment n'avoir aucun outil pour répondre à cette demande de soins
- 13,7% ne se prononcent pas.

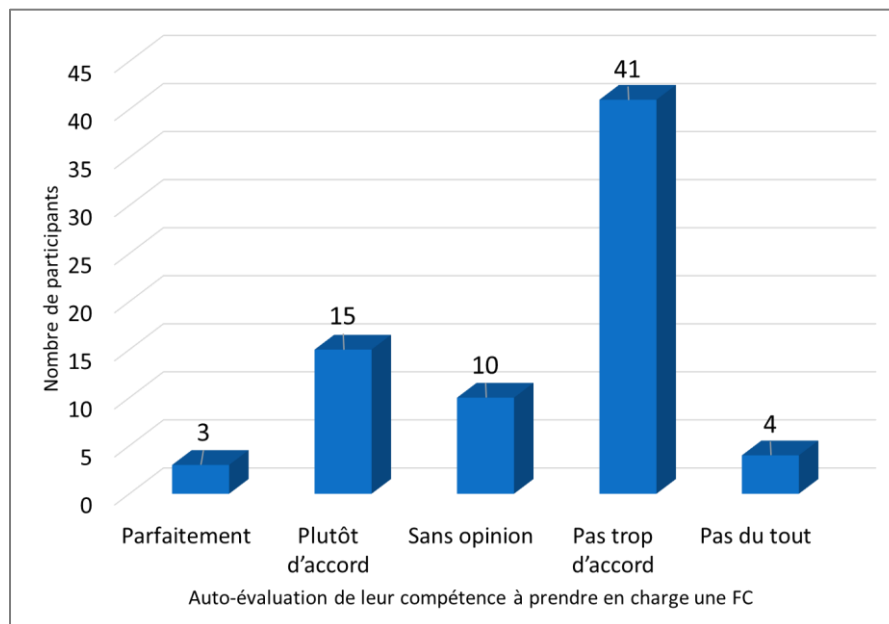


Figure 13 - Auto-évaluation par les médecins généralistes de leur compétence à répondre à une demande de soins pour des troubles psychiques post-FC

(1) En fonction du sexe du participant :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe, selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 2).

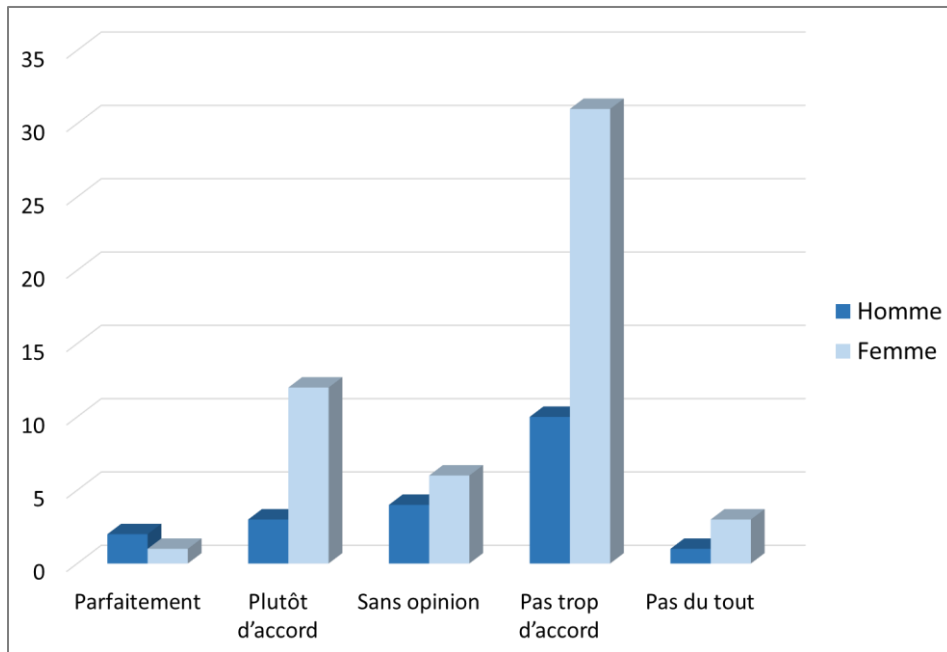


Figure 14 - Auto-évaluation par les médecins généralistes de leur compétence à répondre à une demande de soins pour des troubles psychiques post-FC selon le sexe

(2) En fonction de l'âge du participant

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction de l'âge selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 3).

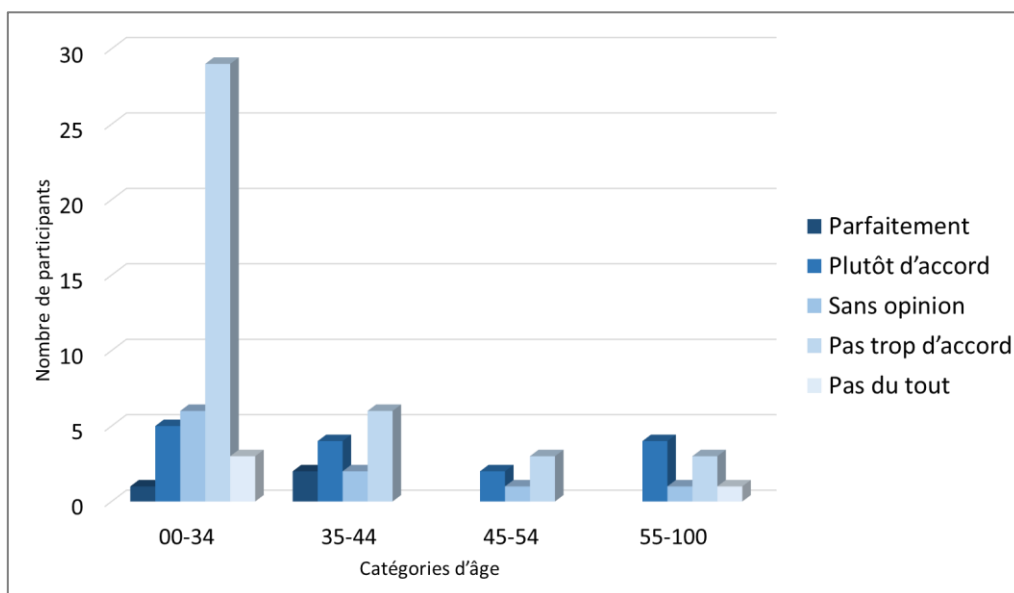


Figure 15 - Auto-évaluation par les médecins généralistes de leur compétence à répondre à une demande de soins pour des troubles psychiques post-FC selon l'âge

2. Leur opinion de la fausse couche

a) Sources de formation ciblée sur la fausse couche et ses troubles psychiques

Cette question a permis de découvrir que 34,2 % des médecins interrogés n'ont jamais reçu de formation ciblée pour prendre en charge les fausses couches de façon holistique, en tenant compte des désordres psychiques que celle-ci peut engendrer.

Les sources d'information signalées par les médecins sont :

- Pour 39,7%, l'apprentissage personnel, l'expérience de personnes de leur entourage
- Pour 31,5% les cours universitaires pendant l'externat et pour 20,5% les cours dispensés pendant l'internat
- Pour 26%, leur formation venait entre autres des stages effectués
- Enfin, 4,1% parlait de la littérature scientifique, 2,7% des congrès et 2,7% des articles de presse.

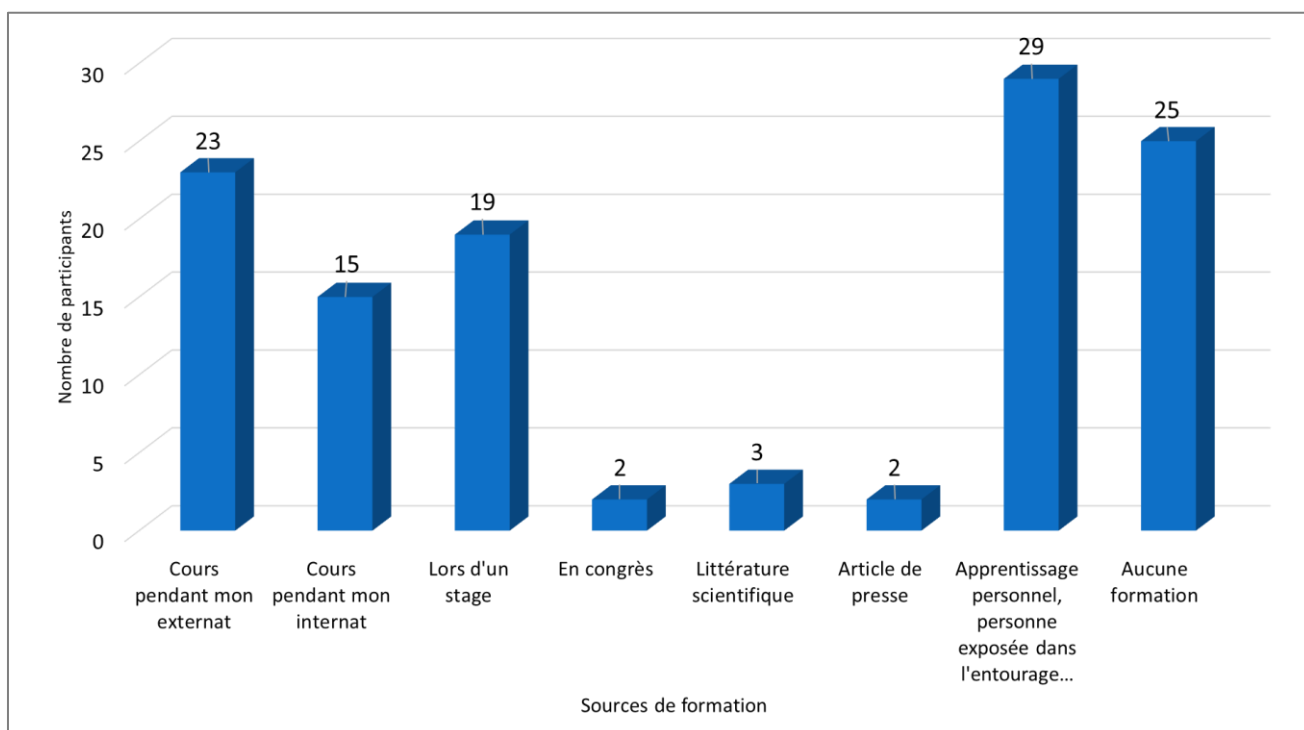


Figure 16 - Sources de formation reçues par les médecins généralistes sur les fausses couches et leurs séquelles psychiques

b) *La fausse couche, avec son suivi psychologique, est-elle une problématique de médecine générale ?*

91,8% des médecins généralistes interrogés estiment que la prise en charge complète d'une fausse couche est du ressort de la médecine générale, à savoir la prise en charge somatique et psychologique.

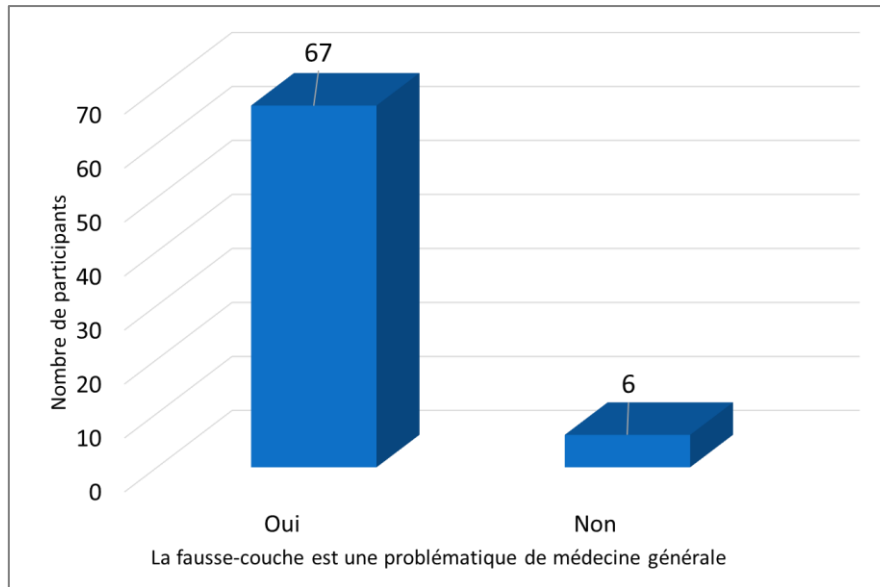


Figure 17 - *La fausse couche avec son suivi psychologique est-elle une problématique de médecine générale ?*

(1) En fonction du sexe du participant :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe, selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 2).

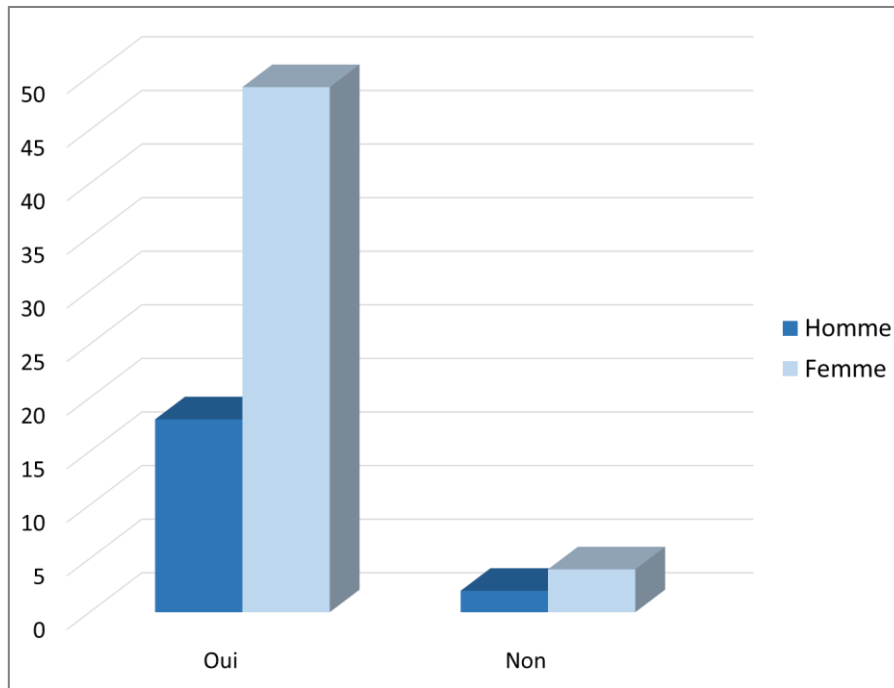


Figure 18 - Considération de la fausse couche et son suivi comme une problématique de médecine générale selon le sexe

(2) En fonction de l'âge du participant

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction de l'âge selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 3).

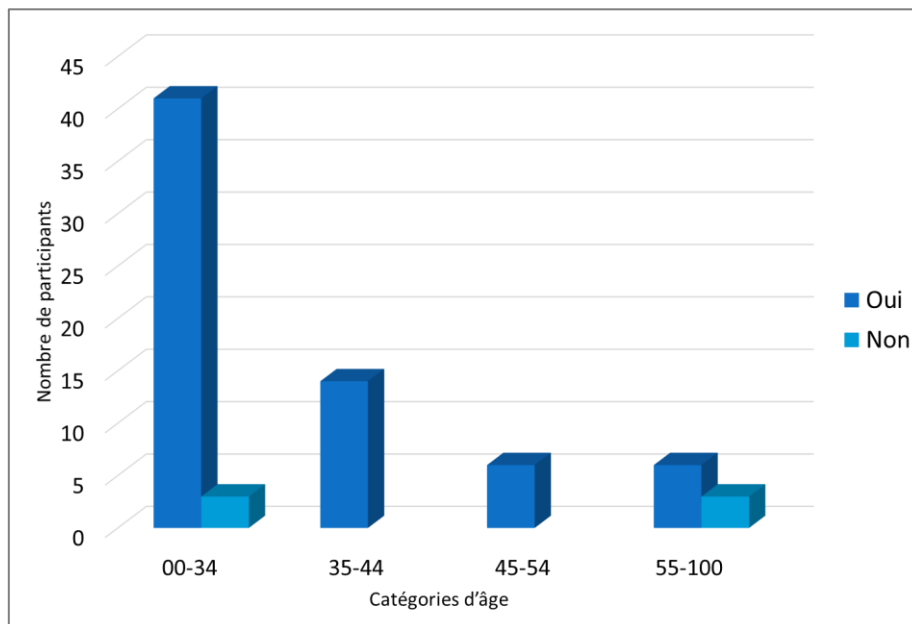


Figure 19 - Considération de la fausse couche et son suivi comme une problématique de médecine générale selon l'âge

c) *Evaluation des connaissances*

(1) Estimation de la proportion de femmes touchées par la fausse couche

57,5% des médecins généralistes ont justement estimé la proportion de femmes touchées par au moins une fausse couche au cours de leur vie, à savoir entre 15 et 25%. 6,8% ont surestimé cette proportion de femmes. 15,1% l'ont sous-estimée.

20,5% des médecins ne savaient pas.

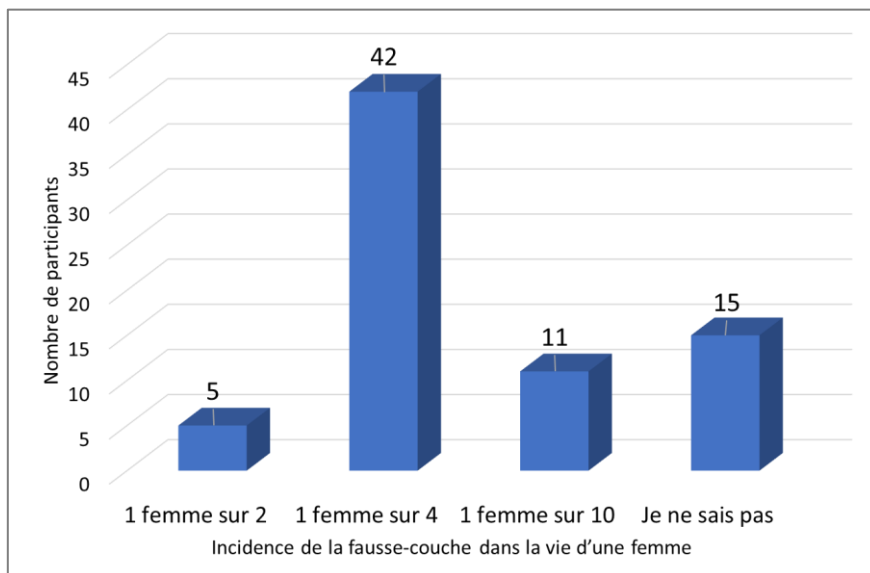


Figure 20 – Estimation de la proportion de femmes faisant une fausse couche dans leur vie par les médecins généralistes

(2) Connaissance des troubles psychiques pouvant résulter d'une fausse couche

Les médecins généralistes sont dans l'ensemble conscients des séquelles psychiques que l'on peut observer chez les patientes et leur conjoint ayant vécu une fausse couche. La moins connue d'entre elle est la possibilité de développer une affection psychiatrique au décours de l'événement : 57,5% des médecins en sont conscients.

98,6% savent qu'une dépression peut être observée chez ces patients, 94,5% savent que la fausse couche génère de l'anxiété, 82,2% un état de stress post-traumatique, 97,3% de la culpabilité. 95,9% des médecins savent que cela peut générer un conflit au sein du couple.

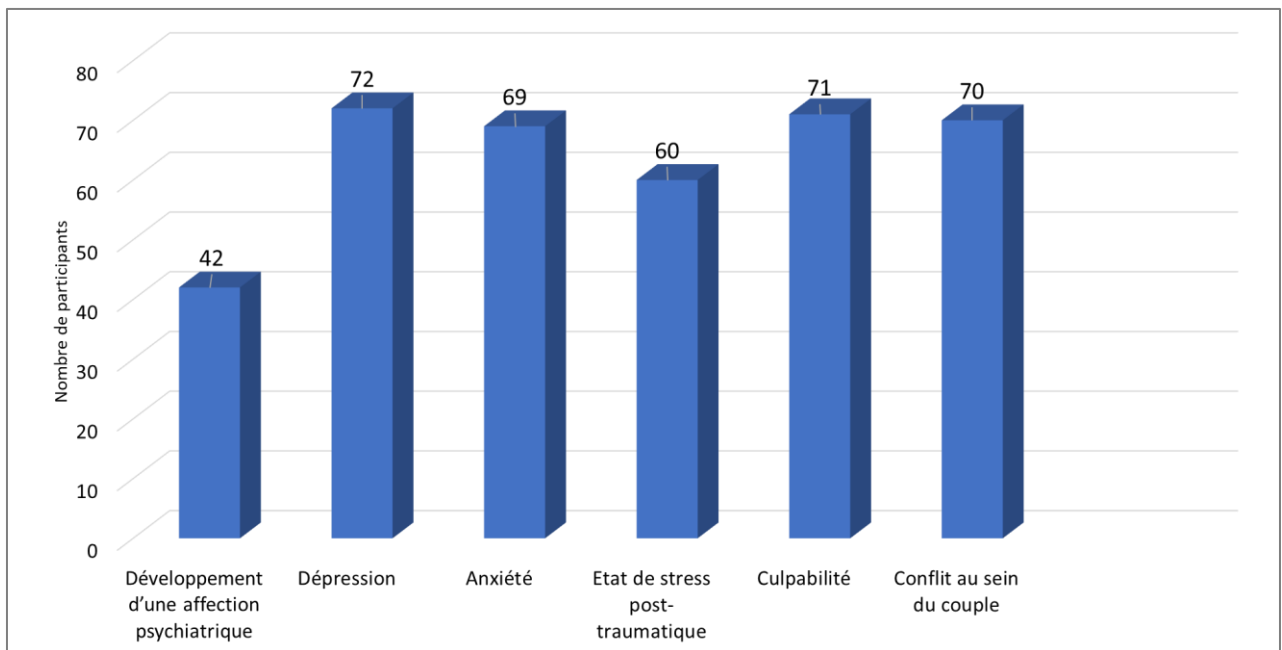


Figure 21 - Connaissances des médecins généralistes sur les troubles psychiques pouvant résulter d'une fausse couche

d) Connaissance de la nouvelle loi

Au moment de la récolte des réponses, qui a commencé 5 mois et demi après la proposition de la loi au Parlement, quelques jours avant sa promulgation, et qui a pris fin 4 mois après sa promulgation, seuls 6,8% des médecins questionnés connaissaient la loi. 20,5% en avaient entendu parler. 72,6% n'en avaient pas entendu parler.

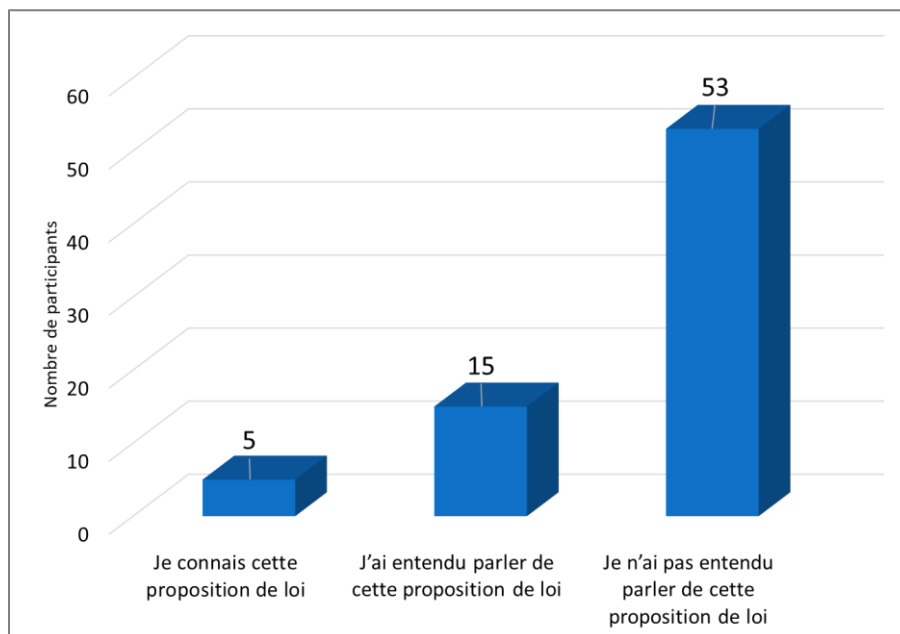


Figure 22 - Etat des lieux de la connaissance de la loi par les médecins généralistes

(1) En fonction du sexe du participant :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe, selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 2).

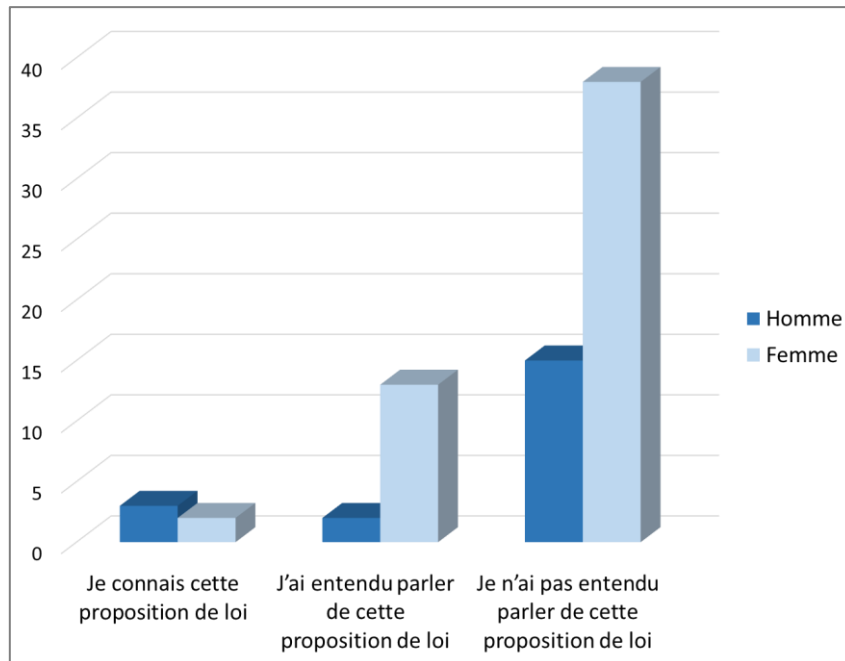


Figure 23 - Etat des lieux de la connaissance de la loi par les médecins généralistes selon leur sexe

(2) En fonction de l'âge du participant

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction de l'âge selon l'analyse bivariée (cf. Tableau 3).

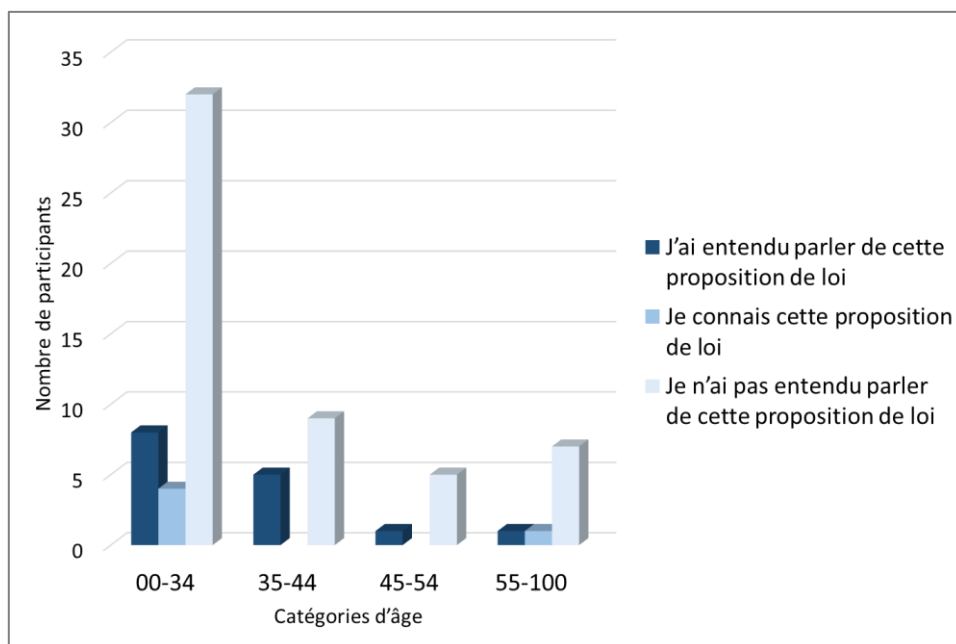


Figure 24 - Etat des lieux de la connaissance de la loi par les médecins généralistes selon leur âge

C. La loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023

Pour chaque article de loi adopté, leur avis a été demandé aux médecins généralistes. Ils devaient d'abord se prononcer sur « l'intérêt » de l'article, c'est-à-dire s'il présente un avantage intéressant pour la patiente ou le couple, son service rendu pour la patiente. Ensuite sur « l'utilité », c'est-à-dire sa mise en application, sa faisabilité, s'il représente un outil praticable pour la prise en charge de la patiente ou du couple. Enfin sur la « nouveauté », c'est-à-dire le caractère innovant (s'il est applicable à l'article) dans le parcours de soin d'une fausse couche.

1. La suppression du délai de carence pour les arrêts maladie

a) Intérêt :

		Intérêt			p-value (test)
		Oui (57)	Non (2)	Ne sait pas (14)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	36 (63,2)	0 (0,0)	8 (57,1)	0,309845 (Fisher exact)
	35-44	9 (15,8)	2 (100,0)	3 (21,4)	
	45-54	5 (8,8)	0 (0,0)	1 (7,1)	
	55-100	7 (12,3)	0 (0,0)	2 (14,3)	
Sexe	Homme	12 (21,1)	1 (50,0)	7 (50,0)	0,0414793 (Fisher exact)
	Femme	45 (78,9)	1 (50,0)	7 (50,0)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	2 (3,5)	0 (0,0)	1 (7,1)	0,190405 (Fisher exact) ou 0,139519 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	14 (24,6)	2 (100,0)	1 (7,1)	
	Parfois	24 (42,1)	0 (0,0)	6 (42,9)	
	Rarement	13 (22,8)	0 (0,0)	6 (42,9)	
	Jamais	4 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	18 (31,6)	2 (100,0)	5 (35,7)	0,157421 (Fisher exact)
	Non	39 (68,4)	0 (0,0)	9 (64,3)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	17 (29,8)	1 (50,0)	5 (35,7)	0,683158 (Fisher exact)
	Cours pendant mon internat	10 (17,5)	1 (50,0)	4 (28,6)	0,291354 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	14 (24,6)	1 (50,0)	6 (42,9)	0,202899 (Fisher exact)
	En congrès	2 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	2 (3,5)	0 (0,0)	1 (7,1)	0,541729 (Fisher exact)
	Article de presse	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (7,1)	0,387306 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	25 (43,9)	1 (50,0)	4 (28,6)	0,601199 (Fisher exact)
	Jamais	20 (35,1)	1 (50,0)	4 (28,6)	0,891053 (Fisher exact)

Tableau 4 - Analyse bivariée de l'intérêt pour la suppression du délai de carence

Concernant l'article adoptant la suppression du délai de carence applicable aux arrêts maladie consécutifs à une fausse couche, 78,1% des médecins l'ont jugé intéressant, 2,7% ont jugé que c'était une mauvaise initiative pour leurs patientes.

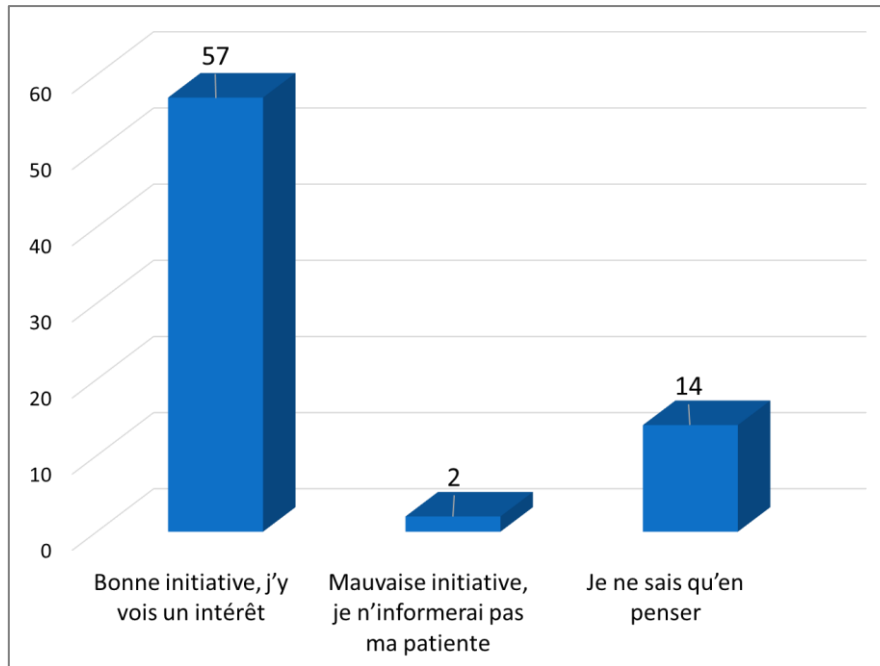


Figure 25 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur la suppression du délai de carence

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre le sexe des médecins et leur intérêt sur l'article ($p=0,0414793$). Les femmes ont manifesté plus d'intérêt pour la suppression du délai de carence (78,9%) que les hommes (21,1%).

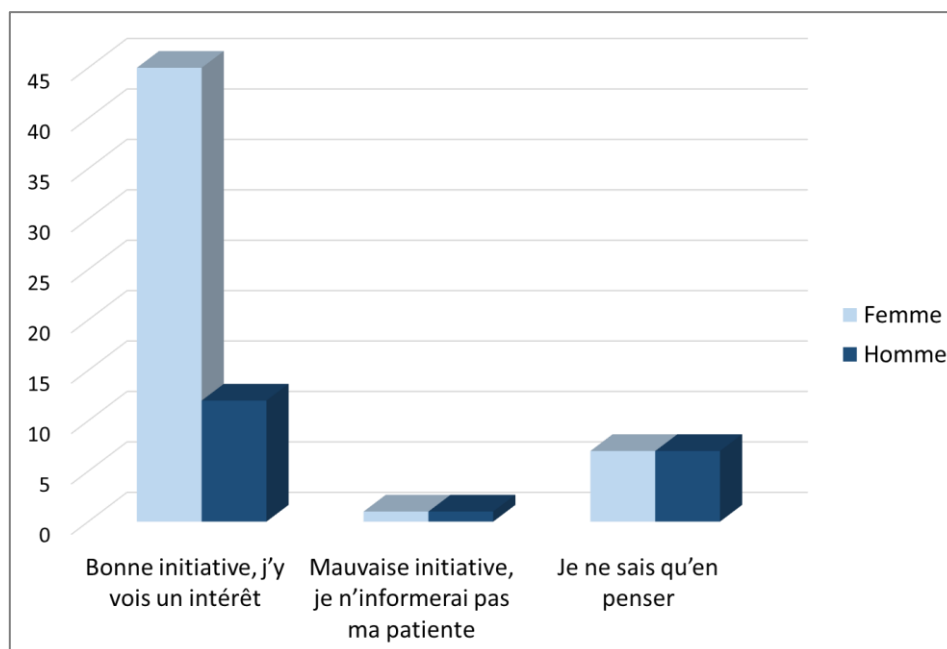


Figure 26 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur la suppression du délai de carence selon le sexe

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs différentes sources de formation sur la fausse couche.

b) Utilité :

		Utilité			p-value
		Oui (37)	Non (0)	Ne sait pas (36)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	24 (64,9)	0 (0,0)	20 (55,6)	0,744628 (Fisher exact)
	35-44	7 (18,9)	0 (0,0)	7 (19,4)	
	45-54	3 (8,1)	0 (0,0)	3 (8,3)	
	55-100	3 (8,1)	0 (0,0)	6 (16,7)	
Sexe	Homme	9 (24,3)	0 (0,0)	11 (30,6)	0,738111 (Chi2)
	Femme	28 (75,7)	0 (0,0)	25 (69,4)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,3)	0,448276 (Fisher exact) ou 0,154292 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	8 (21,6)	0 (0,0)	9 (25,0)	
	Parfois	15 (40,5)	0 (0,0)	15 (41,7)	
	Rarement	12 (32,4)	0 (0,0)	7 (19,4)	
	Jamais	2 (5,4)	0 (0,0)	2 (5,6)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	11 (29,7)	0 (0,0)	14 (38,9)	0,563393 (Chi2)
	Non	26 (70,3)	0 (0,0)	22 (61,1)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	14 (37,8)	0 (0,0)	9 (25,0)	0,353147 (Chi2)
	Cours pendant mon internat	4 (10,8)	0 (0,0)	11 (30,6)	0,0722241 (Chi2)
	Lors d'un stage	10 (27,0)	0 (0,0)	11 (30,6)	0,940704 (Chi2)
	En congrès	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,6)	0,239726 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	1 (2,7)	0 (0,0)	2 (5,6)	0,614509 (Fisher exact)
	Article de presse	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (2,8)	1 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	17 (45,9)	0 (0,0)	13 (36,1)	0,537927 (Chi2)
	Jamais	10 (27,0)	0 (0,0)	15 (41,7)	0,284105 (Chi2)

Tableau 5 - Analyse bivariée de l'utilité de la suppression du délai de carence

Concernant l'article adoptant la suppression du délai de carence applicable aux arrêts maladie consécutifs à une fausse couche, 50,7% des médecins généralistes y voient une utilité et l'intégreront dans leur exercice. Aucun médecin ne l'a jugé inutile. Une petite moitié ne s'est pas prononcée.

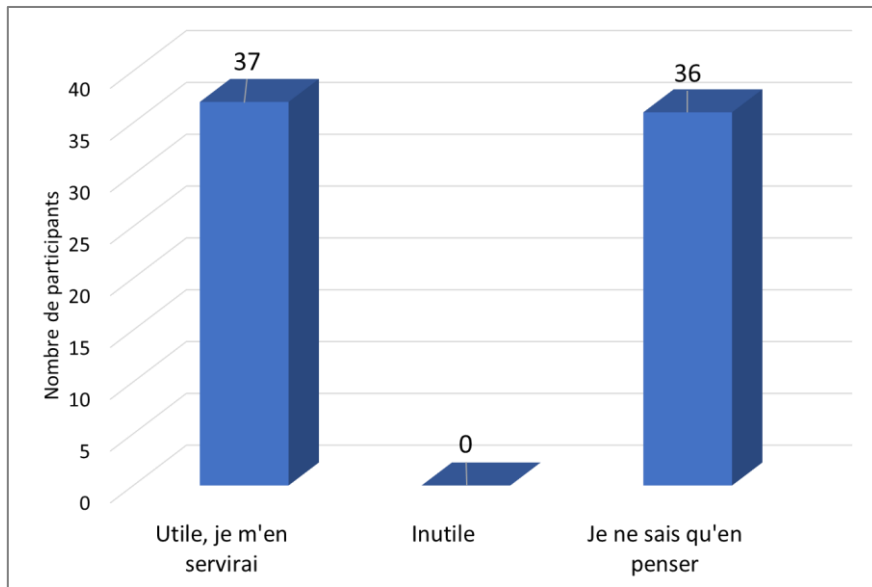


Figure 27 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à la suppression du délai de carence

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge et du sexe des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs différentes sources de formation sur la fausse couche.

2. L'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »

a) Intérêt

		Intérêt			p-value (test)
		Oui (66)	Non (1)	Ne sait pas (6)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	43 (65,2)	0 (0,0)	1 (16,7)	0,0289855 (Fisher exact)
	35-44	10 (15,2)	1 (100,0)	3 (50,0)	
	45-54	5 (7,6)	0 (0,0)	1 (16,7)	
	55-100	8 (12,1)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Sexe	Homme	17 (25,8)	1 (100,0)	2 (33,3)	0,222389 (Fisher exact)
	Femme	49 (74,2)	0 (0,0)	4 (66,7)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	2 (3,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0,698651 (Fisher exact) ou 0,933701 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	16 (24,2)	0 (0,0)	1 (16,7)	
	Parfois	27 (40,9)	1 (100,0)	2 (33,3)	
	Rarement	17 (25,8)	0 (0,0)	2 (33,3)	
	Jamais	4 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	23 (34,8)	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (Fisher exact)
	Non	43 (65,2)	1 (100,0)	4 (66,7)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	23 (34,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,24088 (Fisher exact)
	Cours pendant mon internat	13 (19,7)	0 (0,0)	2 (33,3)	0,673163 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	19 (28,8)	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (Fisher exact)
	En congrès	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (16,7)	0,191404 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	3 (4,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (Fisher exact)
	Article de presse	1 (1,5)	1 (100,0)	0 (0,0)	0,027986 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	30 (45,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,0514743 (Fisher exact)
	Jamais	21 (31,8)	0 (0,0)	4 (66,7)	0,178411 (Fisher exact)

Tableau 6 - Analyse bivariée de l'intérêt pour l'élargissement du dispositif « Mon soutien psy » aux patients ayant vécu une FC

Concernant l'article adoptant le droit, pour les sages-femmes et les médecins, d'orienter les patientes et leur conjoint, vers le dispositif « Mon soutien psy » en cas de souffrance psychologique en lien avec une fausse couche, 90,4% des médecins y voient un intérêt pour leurs patients, et les informeront de cette opportunité. 1,4% des médecins jugent cette décision inintéressante.

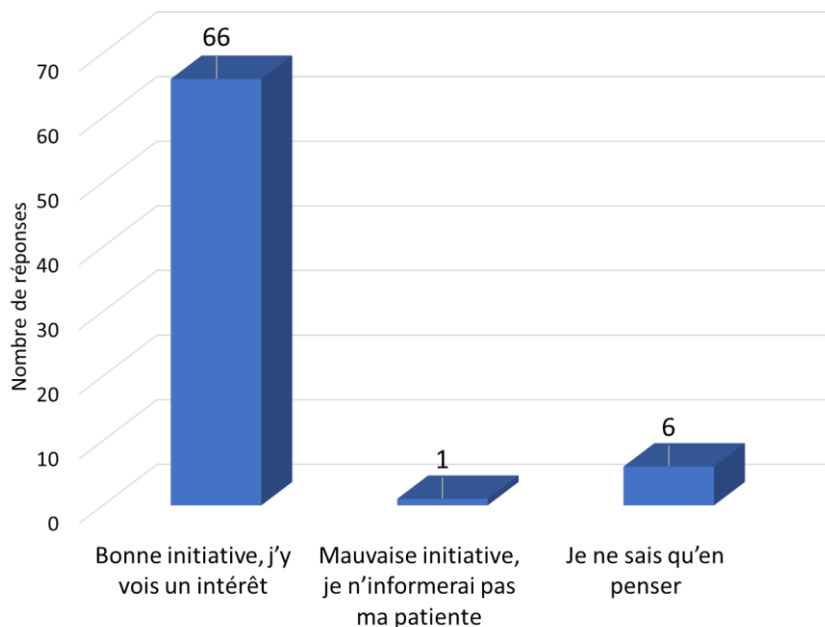


Figure 28 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre l'âge des médecins et leur intérêt sur l'article ($p=0,0289855$). La tranche d'âge la plus jeune déclare porter de l'intérêt en grande majorité (43 médecins sur 44, soit 97,8% des 00-34ans), alors que les médecins des autres tranches d'âge ont un avis moins prononcé. Le seul médecin déclarant l'article inintéressant fait partie de la classe d'âge 35-44ans.

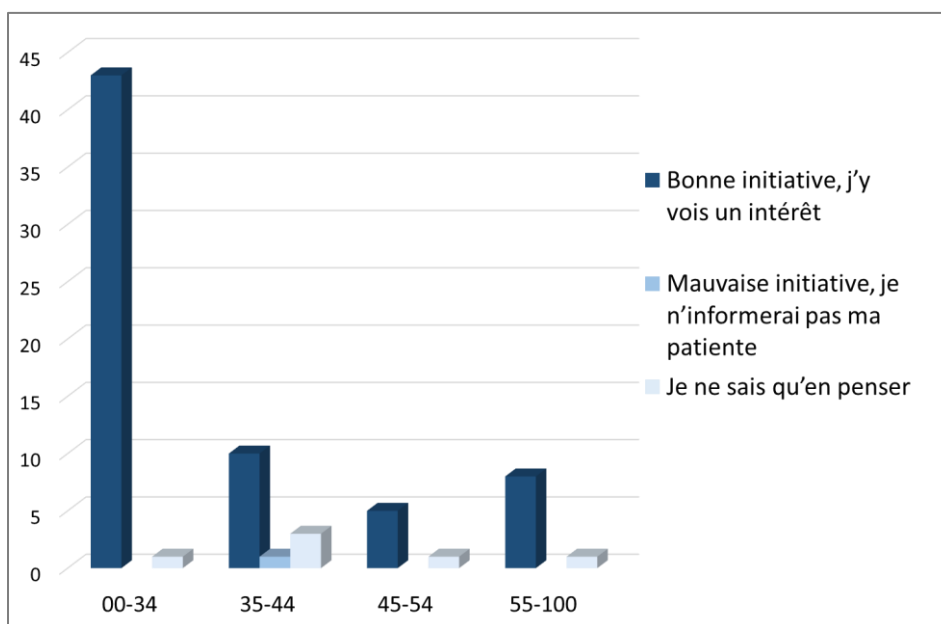


Figure 29 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon l'âge

On observe également une association significative dans l'analyse bivariée entre les médecins ayant trouvé une source de formation sur la FC dans les articles de presse et leur intérêt sur l'article ($p=0,027986$). La population manifestant de l'intérêt pour l'article élargissant le dispositif « Mon soutien psy » est surreprésentée (98,5%) parmi les médecins n'ayant pas trouvé de formation sur la FC dans la presse.

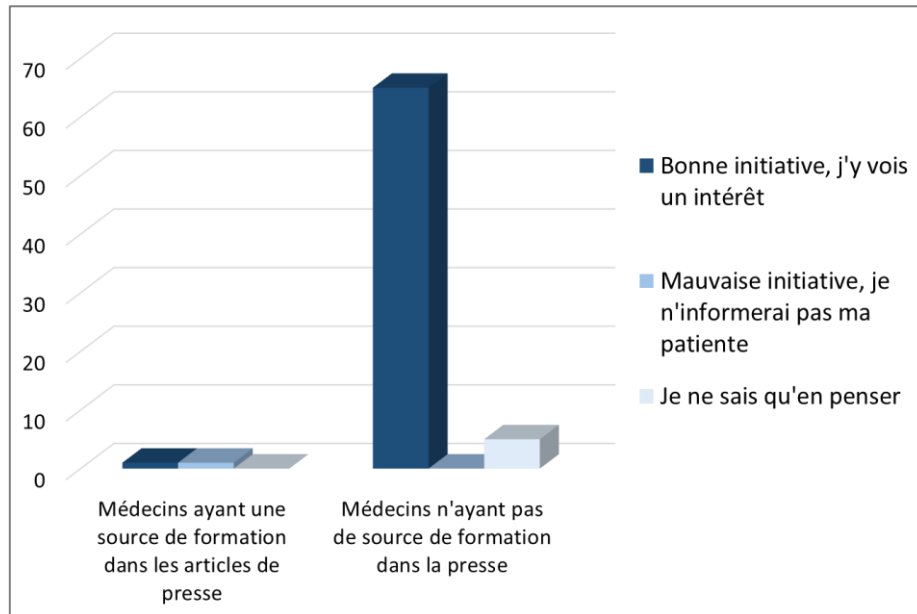


Figure 30 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon la source de formation "Article de presse"

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction du sexe des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs autres sources de formation sur la fausse couche.

b) Utilité

		Utilité			p-value
		Oui (38)	Non (0)	Ne sait pas (35)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	27 (71,1)	0 (0,0)	17 (48,6)	0,234283 (Fisher exact)
	35-44	5 (13,2)	0 (0,0)	9 (25,7)	
	45-54	3 (7,9)	0 (0,0)	3 (8,6)	
	55-100	3 (7,9)	0 (0,0)	6 (17,1)	
Sexe	Homme	13 (34,2)	0 (0,0)	7 (20,0)	0,27248 (Chi2)
	Femme	25 (65,8)	0 (0,0)	28 (80,0)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	1 (2,6)	0 (0,0)	2 (5,7)	0,991003 (Fisher exact) ou 0,861422 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	9 (23,7)	0 (0,0)	8 (22,3)	
	Parfois	16 (42,1)	0 (0,0)	14 (40,0)	
	Rarement	10 (26,3)	0 (0,0)	9 (25,7)	
	Jamais	2 (5,3)	0 (0,0)	2 (5,7)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	12 (31,6)	0 (0,0)	13 (37,1)	0,799792 (Chi2)
	Non	26 (68,4)	0 (0,0)	22 (62,9)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	14 (36,8)	0 (0,0)	9 (25,7)	0,44112 (Chi2)
	Cours pendant mon internat	8 (21,1)	0 (0,0)	7 (20,0)	1 (Chi2)
	Lors d'un stage	13 (34,2)	0 (0,0)	8 (22,9)	0,416927 (Chi2)
	En congrès	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,7)	0,226408 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	2 (5,3)	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (Fisher exact)
	Article de presse	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,7)	0,226408 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	20 (52,6)	0 (0,0)	10 (28,6)	0,0644228 (Chi2)
	Jamais	8 (21,1)	0 (0,0)	17 (48,6)	0,0258514 (Chi2)

Tableau 7 - Analyse bivariée de l'utilité de l'élargissement du dispositif « Mon soutien psy » aux patients ayant vécu une FC

Concernant l'article adoptant le droit, pour les sages-femmes et les médecins, d'orienter les patientes et leur conjoint, vers le dispositif « Mon soutien psy » en cas de souffrance psychologique en lien avec une fausse couche, 52% des médecins généralistes y voient une utilité et l'intégreront dans leur exercice. Aucun médecin ne l'a jugé inutile. Une petite moitié ne s'est pas prononcée.

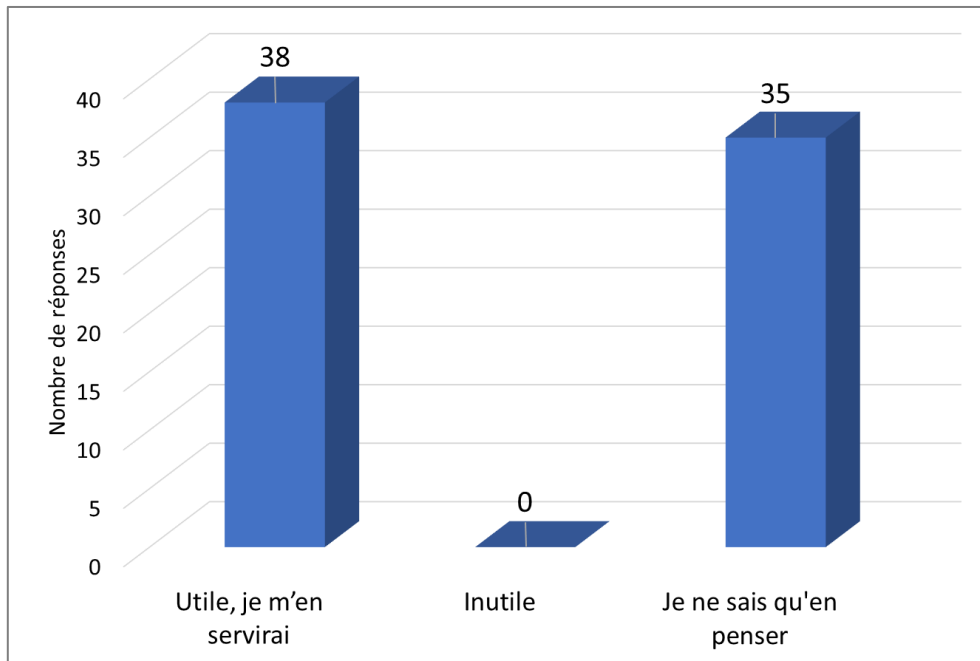


Figure 31 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre les médecins ayant trouvé aucune source de formation sur la FC et son suivi psychologique, et l'utilité qu'ils trouvent à cet article ($p=0,0258514$). Les médecins ayant eu une formation sur la FC et son suivi psychologique et ceux n'en ayant jamais eu ont répondu différemment à la question de l'utilité de l'élargissement de dispositif « Mon soutien psy » : ceux ayant eu une formation se sont plus largement prononcé en faveur de l'utilité de l'élargissement du dispositif (68,2%), par rapport à ceux n'ayant pas été formés (27,6%).

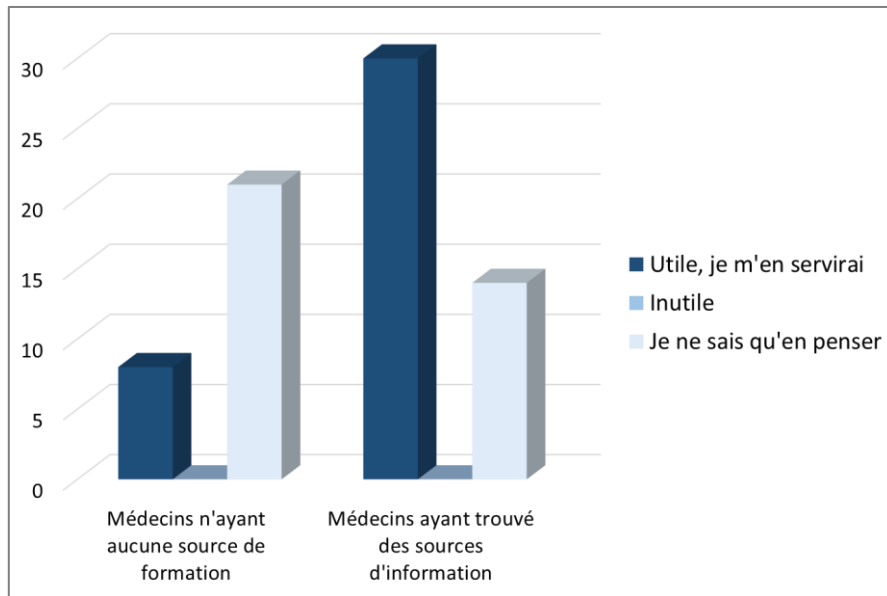


Figure 32 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon la source de formation « Jamais »

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge et du sexe des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs autres sources de formation sur la fausse couche.

c) Nouveauté

		Nouveauté			p-value
		Oui (13)	Non (28)	Ne sait pas (32)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	10 (76,9)	14 (50,0)	20 (62,5)	0,668666 (Fisher exact)
	35-44	2 (15,4)	7 (25,0)	5 (15,6)	
	45-54	1 (7,7)	3 (10,7)	2 (6,3)	
	55-100	0 (0,0)	4 (14,3)	5 (15,6)	
Sexe	Homme	3 (23,1)	8 (28,6)	9 (28,1)	1 (Fisher exact)
	Femme	10 (76,9)	20 (71,4)	23 (71,9)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	0 (0,0)	2 (7,1)	1 (3,1)	0,382309 (Fisher exact) ou 0,461326 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	3 (23,1)	8 (28,6)	6 (18,8)	
	Parfois	8 (61,5)	9 (32,1)	13 (40,6)	
	Rarement	1 (7,7)	9 (32,1)	9 (28,1)	
	Jamais	1 (7,7)	0 (0,0)	3 (9,3)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	3 (23,1)	14 (50,0)	8 (25,0)	0,097951 (Fisher exact)
	Non	10 (76,9)	14 (50,0)	24 (75,0)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	4 (30,8)	9 (32,1)	10 (31,3)	1 (Fisher exact)
	Cours pendant mon internat	3 (23,1)	5 (17,9)	7 (21,9)	0,858571 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	5 (38,5)	10 (35,7)	6 (18,8)	0,229385 (Fisher exact)
	En congrès	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (3,1)	1 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	0 (0,0)	2 (7,1)	1 (3,1)	0,771614 (Fisher exact)
	Article de presse	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	0,653173 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	9 (69,2)	12 (42,9)	9 (28,1)	0,0385631 (Chi2)
	Jamais	2 (15,4)	8 (28,6)	15 (46,9)	0,108946 (Fisher exact)

Tableau 8 - Analyse bivariée de la nouveauté de l'élargissement du dispositif « Mon soutien psy » aux patients ayant vécu une FC

Concernant l'article adoptant le droit, pour les sages-femmes et les médecins, d'orienter les patientes et leur conjoint, vers le dispositif « Mon soutien psy » en cas de souffrance psychologique en lien avec une fausse couche, 17,8% des médecins le considèrent comme innovant pour leur pratique, alors que 38,4% le faisaient déjà d'une certaine façon avant avec leurs patients. Moins de la moitié des médecins ne s'est pas prononcée.

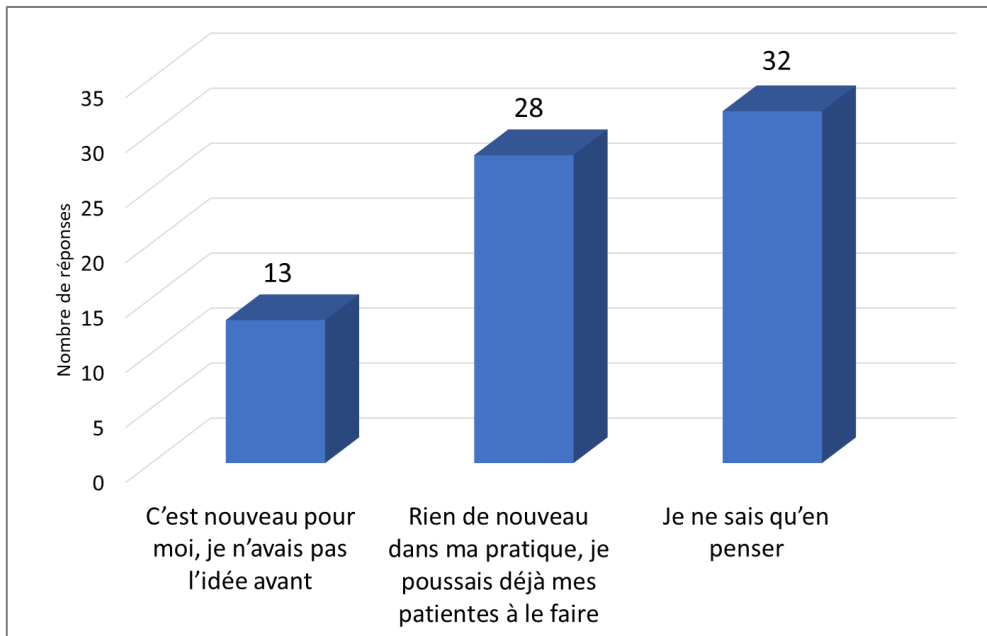


Figure 33 - Evaluation par les médecins généralistes du caractère nouveau de l'article permettant l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre les médecins ayant trouvé en leur expérience personnelle une source de formation sur la FC et son suivi psychologique, et le caractère nouveau qu'ils trouvent à cet article ($p=0,0385631$). Les médecins n'ayant pas estimé que leur expérience personnelle soit une source d'information, ont majoritairement répondu que cet article n'apportait aucune nouveauté dans leur pratique.

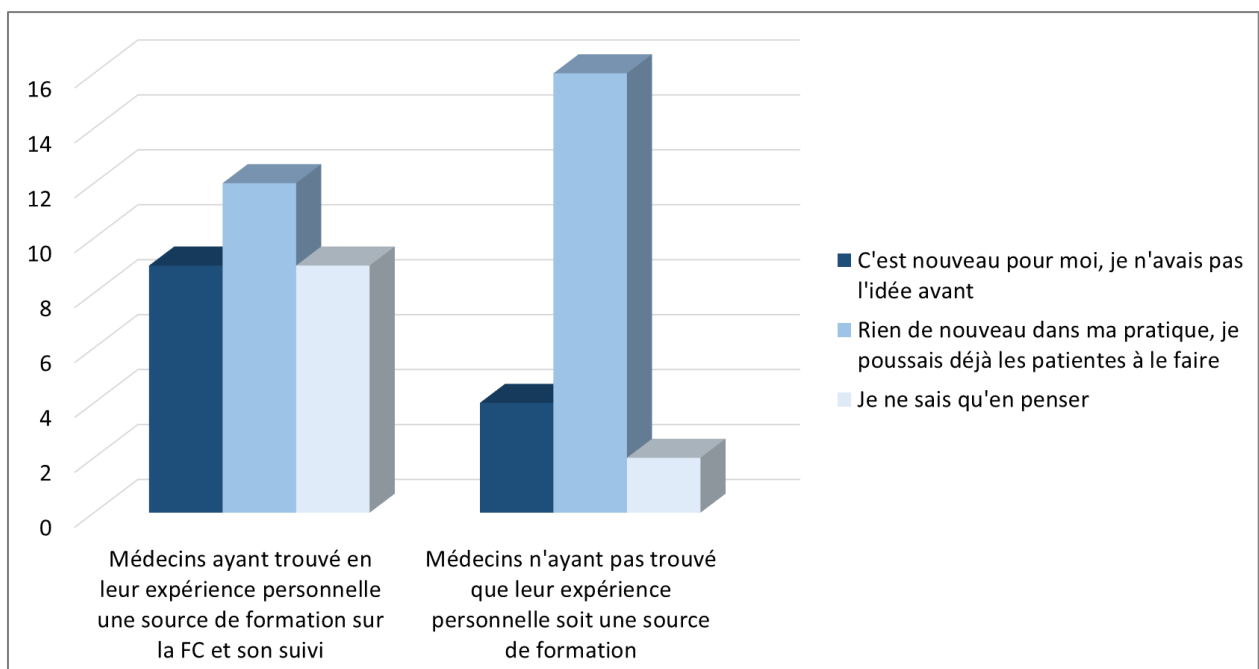


Figure 34 – Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon la source de formation « Expérience personnelle »

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge et du sexe des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs autres sources de formation sur la fausse couche.

3. Mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

a) Intérêt

		Intérêt			p-value (test)
		Oui (50)	Non (0)	Ne sait pas (23)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	32 (64,0)	0 (0,0)	12 (52,2)	0,727636 (Fisher exact)
	35-44	9 (18,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	
	45-54	4 (8,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	
	55-100	5 (10,0)	0 (0,0)	4 (17,4)	
Sexe	Homme	12 (24,0)	0 (0,0)	8 (34,8)	0,498328 (Chi2)
	Femme	38 (76,0)	0 (0,0)	15 (65,2)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	0,50025 (Fisher exact) ou 0,552195 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	12 (24,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	
	Parfois	21 (42,0)	0 (0,0)	9 (39,1)	
	Rarement	12 (24,0)	0 (0,0)	7 (30,4)	
	Jamais	4 (8,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	15 (30,0)	0 (0,0)	10 (43,5)	0,388761 (Chi2)
	Non	35 (70,0)	0 (0,0)	13 (56,5)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	14 (28,0)	0 (0,0)	9 (39,1)	0,496628 (Chi2)
	Cours pendant mon internat	9 (18,0)	0 (0,0)	6 (26,1)	0,534876 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	13 (26,0)	0 (0,0)	8 (34,8)	0,622883 (Chi2)
	En congrès	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	0,0962709 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	0,231864 (Fisher exact)
	Article de presse	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (4,4)	0,533866 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	21 (42,0)	0 (0,0)	9 (39,1)	1 (Chi2)
	Jamais	20 (40,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	0,206989 (Chi2)

Tableau 9 - Analyse bivariée de l'intérêt pour la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

Concernant l'article responsabilisant les ARS pour créer un parcours de soin dédié aux fausses couches (parcours intégrant un réseau plus organisé entre les différents professionnels de santé, permettant d'informer et d'améliorer la prévention des patientes et de leur conjoint, d'organiser leur accès à une prise en charge psychologique), 68,5% des médecins l'estiment intéressant pour leurs patients, et les informeront de cette prise en charge possible, aucun ne l'a jugée inintéressante. 31,5% des médecins ne se sont pas prononcés.

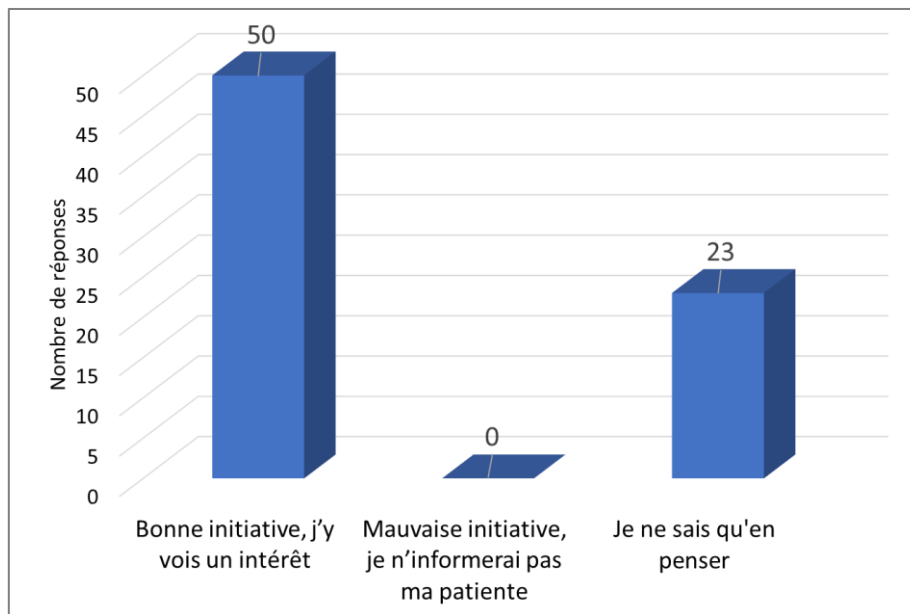


Figure 35 - Intérêt porté par les médecins généralistes pour la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge et du sexe des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs différentes sources de formation sur la fausse couche.

b) Utilité

		Utilité			p-value
		Oui (33)	Non (2)	Ne sait pas (38)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	24 (72,7)	0 (0,0)	20 (52,6)	0,0789605 (Fisher exact)
	35-44	5 (15,2)	1 (50,0)	8 (21,1)	
	45-54	3 (9,1)	0 (0,0)	3 (7,9)	
	55-100	1 (3,0)	1 (50,0)	7 (18,4)	
Sexe	Homme	9 (27,3)	1 (50,0)	10 (26,3)	0,701149 (Fisher exact)
	Femme	24 (72,7)	1 (50,0)	28 (73,7)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	1 (3,0)	0 (0,0)	2 (5,3)	0,998501 (Fisher exact) ou 0,603848 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	7 (21,2)	0 (0,0)	10 (26,3)	
	Parfois	14 (42,4)	1 (50,0)	15 (39,5)	
	Rarement	9 (27,3)	1 (50,0)	9 (23,7)	
	Jamais	2 (6,1)	0 (0,0)	2 (5,3)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	9 (27,3)	0 (0,0)	16 (42,1)	0,308846 (Fisher exact)
	Non	24 (72,7)	2 (100,0)	22 (57,9)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	11 (33,3)	0 (0,0)	12 (31,6)	1 (Fisher exact)
	Cours pendant mon internat	6 (18,2)	0 (0,0)	9 (23,7)	0,846577 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	11 (33,3)	0 (0,0)	10 (26,3)	0,706147 (Fisher exact)
	En congrès	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,3)	0,503248 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	1 (3,0)	0 (0,0)	2 (5,3)	1 (Fisher exact)
	Article de presse	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (2,6)	0,0584708 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	18 (54,6)	0 (0,0)	12 (31,6)	0,0649675 (Fisher exact)
	Jamais	7 (21,2)	1 (50,0)	17 (44,7)	0,0644678 (Fisher exact)

Tableau 10 - Analyse bivariée de l'utilité de la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

Concernant l'article responsabilisant les ARS pour créer un parcours de soin dédié aux fausses couches, 45,2% des médecins généralistes y voient une utilité et l'intégreront dans leur exercice. 2,7% des médecins l'ont jugé inutile. 52% ne s'est pas prononcée.

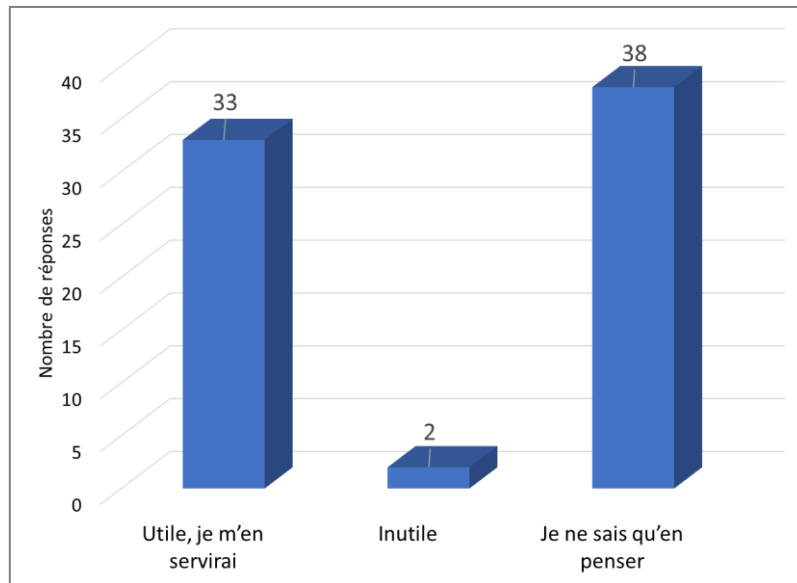


Figure 36 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge et du sexe des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs différentes sources de formation sur la fausse couche.

c) Nouveauté

		Nouveauté			p-value
		Oui (21) nb (%)	Non (14) nb (%)	Ne sait pas (38) nb (%)	
Âge	00-34	14 (66,7)	7 (50,0)	23 (60,5)	0,111444 (Fisher exact)
	35-44	1 (4,8)	6 (42,9)	7 (18,4)	
	45-54	3 (14,3)	1 (7,1)	2 (5,3)	
	55-100	3 (14,3)	0 (0,0)	6 (15,8)	
Sexe	Homme	8 (38,1)	3 (21,4)	9 (23,7)	0,466767 (Fisher exact)
	Femme	13 (61,9)	11 (78,6)	29 (76,3)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	1 (4,8)	2 (14,3)	0 (0,0)	0,0269865 (Fisher exact) ou 0,00645984 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	3 (14,3)	6 (42,9)	8 (21,1)	
	Parfois	6 (28,6)	5 (35,7)	19 (50,0)	
	Rarement	10 (47,6)	1 (7,1)	8 (21,1)	
	Jamais	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (7,9)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	5 (23,8)	9 (64,3)	11 (29,0)	0,033983 (Fisher exact)
	Non	16 (76,2)	5 (35,7)	27 (71,0)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	9 (42,9)	4 (28,6)	10 (26,3)	0,444278 (Fisher exact)
	Cours pendant mon internat	3 (14,3)	4 (28,6)	8 (21,1)	0,635182 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	7 (33,3)	7 (50,0)	7 (18,4)	0,0664668 (Fisher exact)
	En congrès	0 (0,0)	2 (14,3)	0 (0,0)	0,0384808 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	1 (4,8)	1 (7,1)	1 (2,6)	0,761619 (Fisher exact)
	Article de presse	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,3)	0,693153 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	9 (42,9)	9 (64,3)	12 (31,6)	0,102344 (Chi2)
	Jamais	6 (28,6)	2 (14,3)	17 (44,7)	0,087956 (Fisher exact)

Tableau 11 - Analyse bivariée de la nouveauté de la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

Concernant l'article responsabilisant les ARS pour créer un parcours de soin dédié aux fausses couches (parcours intégrant plusieurs dispositions parmi lesquelles l'information et la prévention des patientes, un réseau plus organisé entre les différents professionnels de santé, l'accès facilité à une prise en charge psychologique), 28,8% des médecins le considèrent comme innovant pour leur pratique, alors que 19,2% l'organisaient déjà d'une certaine façon avec leurs patients. Plus de la moitié des médecins ne s'est pas prononcée.

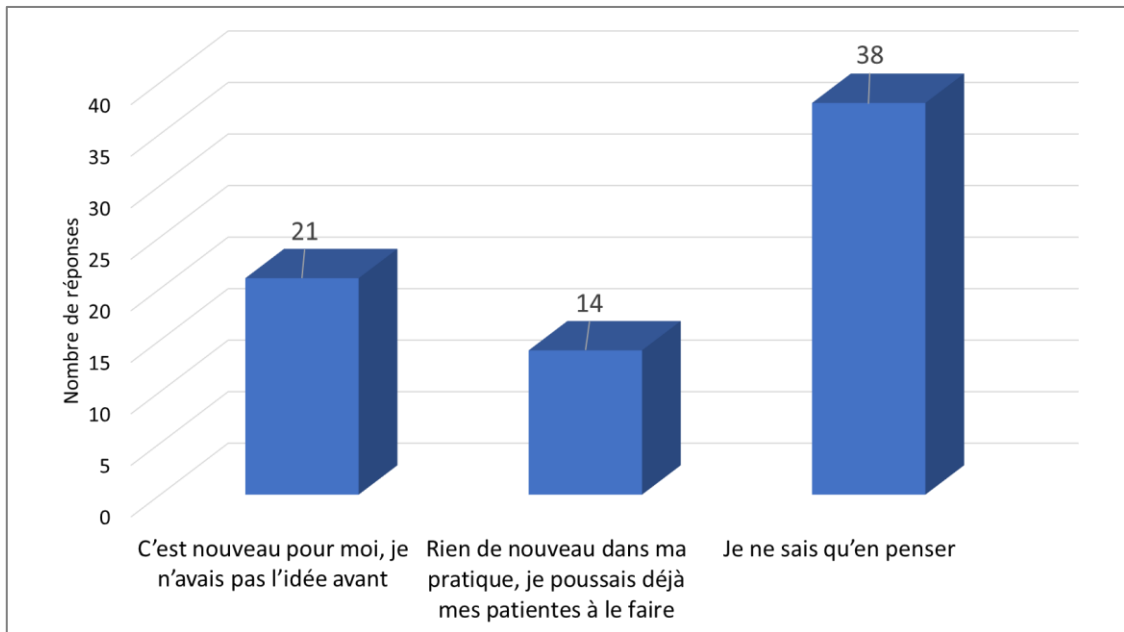


Figure 37 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre les médecins ayant trouvé un aspect innovant dans cet article en fonction de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches ($p=0,00645984$). Les médecins voyant régulièrement (« Oui, très souvent », « Oui, souvent ») des FC en consultation répondent majoritairement que cet article n'apportera rien de nouveau dans leur pratique car ils organisaient déjà ce genre de parcours de soins pour leurs patients. Les médecins ne voyant que peu ou pas de FC en consultation (« Rarement », « Jamais ») ont tendance à trouver une valeur ajoutée nouvelle à ce parcours, pour leur pratique.

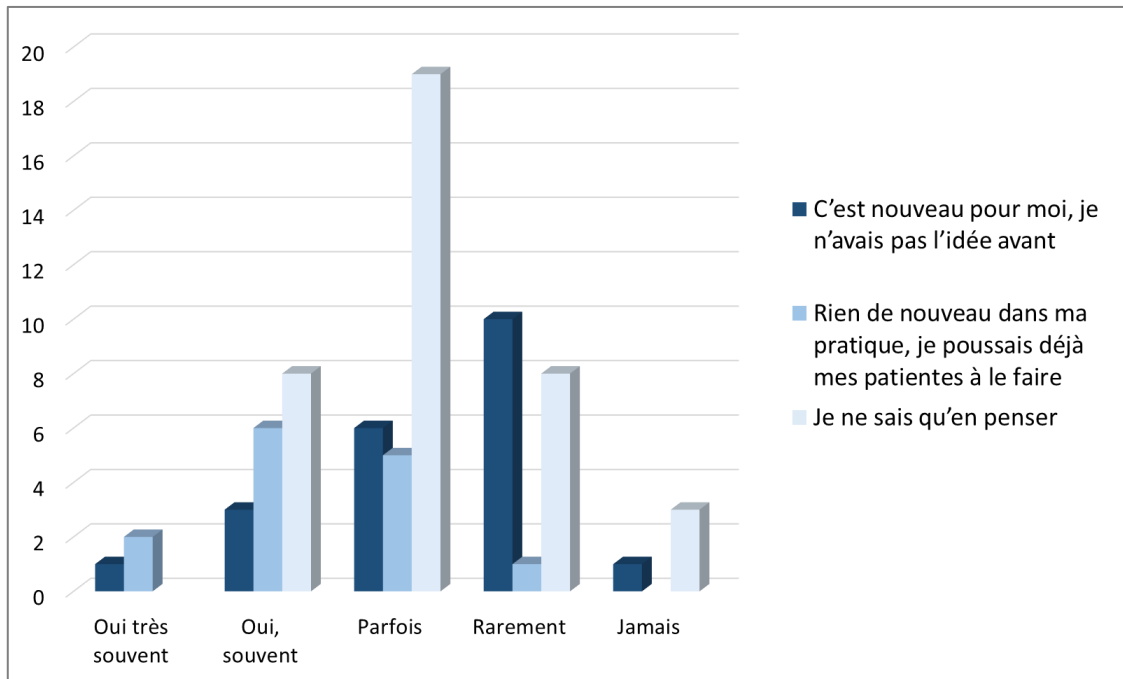


Figure 38 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC selon leur fréquence de prise en charge d'une FC

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre les médecins ayant trouvé un aspect innovant dans cet article en fonction de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC ($p=0,033983$). Les médecins ayant déjà mené des consultations pour troubles psychiques post-FC n'ont pas attendu cet article de loi pour créer une sorte de parcours de soin pour leurs patients, à l'inverse des médecins n'ayant jamais mené ce genre de consultation.

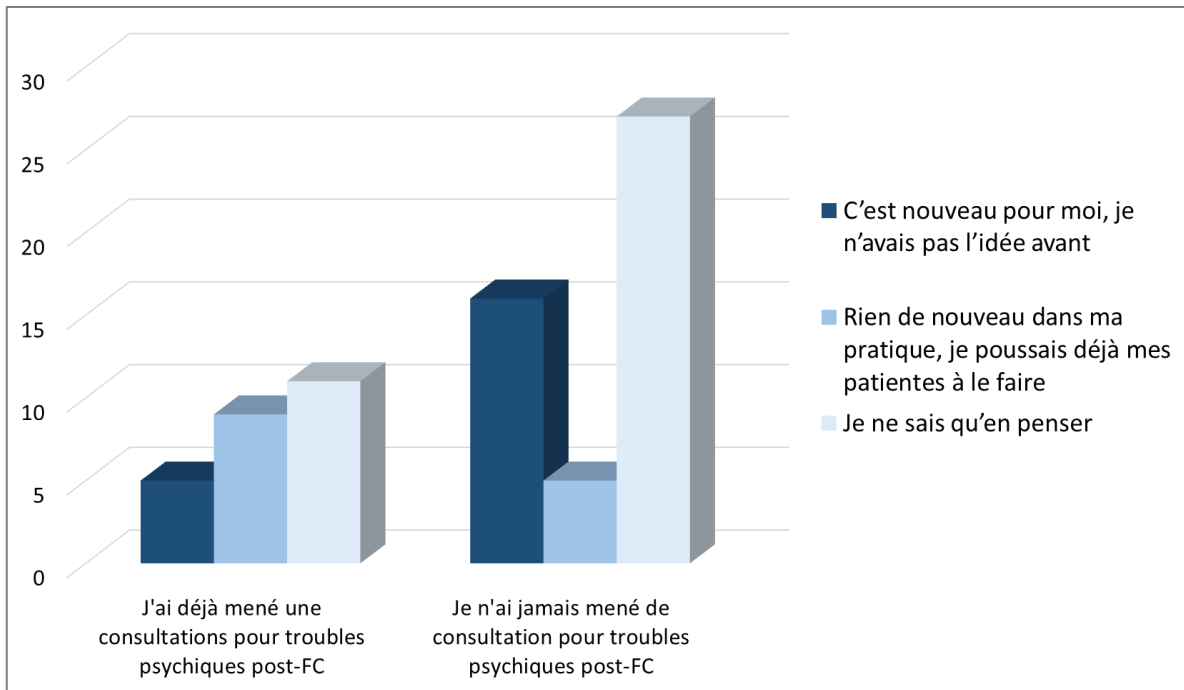


Figure 39 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC selon leur expérience de consultation pour troubles psychiques post-FC

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre les médecins ayant trouvé un aspect innovant dans cet article en fonction de leur considération des congrès comme source de formation ($p=0,0384808$). 100% des médecins estimant que les congrès sont une source de formation (2 individus) disent que cet article n'apporte rien de nouveau dans leur pratique.

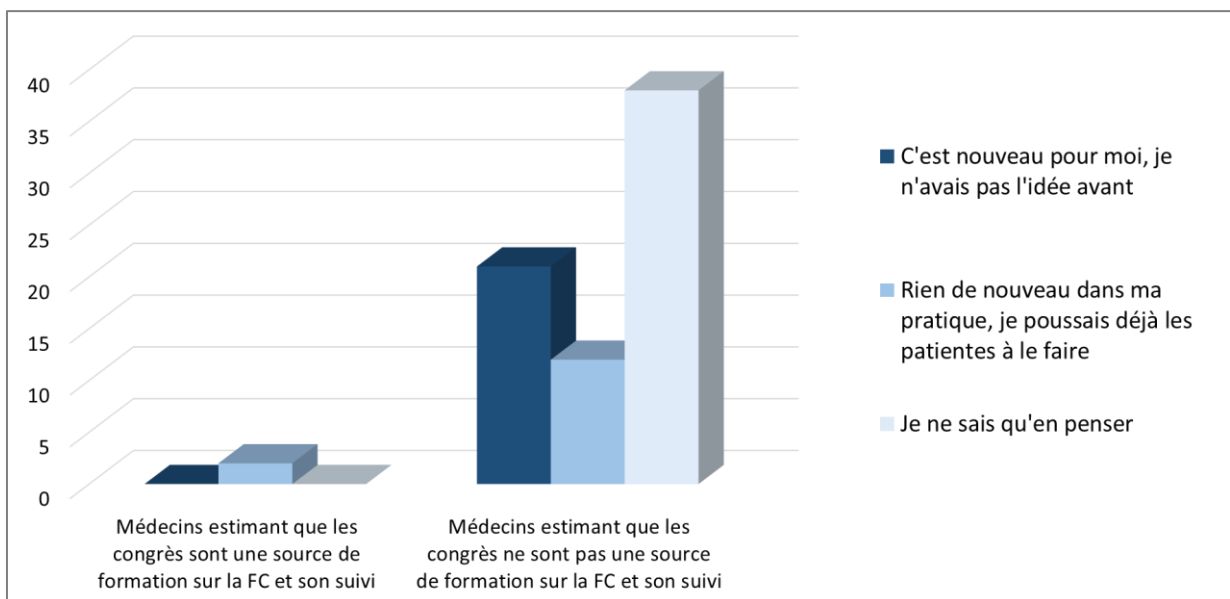


Figure 40 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC selon la source de formation « Congrès »

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge et du sexe des médecins, ni de leurs autres sources de formation sur la fausse couche.

4. Protection contre le licenciement des patientes pendant 10 semaines après leur fausse couche tardive

Pour cette dernière question, l'effectif total des médecins généralistes y ayant répondu est de 42. En effet, cet article de loi est apparu pendant la construction de la loi. Il n'a donc pas été mentionné dans la version originale du questionnaire, et a été rajouté après que 31 médecins ont répondu.

a) Intérêt

		Intérêt			p-value (test)
		Oui (31)	Non (1)	Ne sait pas (10)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	16 (51,6)	0 (0,0)	8 (80,0)	0,402799 (Fisher exact)
	35-44	6 (19,4)	0 (0,0)	1 (10,0)	
	45-54	4 (12,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	55-100	5 (16,1)	1 (100,0)	1 (10,0)	
Sexe	Homme	6 (19,4)	1 (100,0)	4 (40,0)	0,0864568 (Fisher exact)
	Femme	25 (80,6)	0 (0,0)	6 (60,0)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	2 (6,5)	0 (0,0)	1 (10,0)	0,836082 (Fisher exact) ou 0,908305 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	4 (12,9)	0 (0,0)	2 (20,0)	
	Parfois	14 (45,2)	1 (100,0)	3 (30,0)	
	Rarement	8 (25,8)	0 (0,0)	4 (40,0)	
	Jamais	3 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	12 (38,7)	0 (0,0)	2 (20,0)	0,642679 (Fisher exact)
	Non	19 (61,3)	1 (100,0)	8 (80,0)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	10 (32,3)	0 (0,0)	4 (40,0)	0,825087 (Fisher exact)
	Cours pendant mon internat	8 (25,8)	0 (0,0)	2 (20,0)	1 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	8 (25,8)	0 (0,0)	5 (50,0)	0,316342 (Fisher exact)
	En congrès	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	1 (3,2)	0 (0,0)	1 (10,0)	0,471764 (Fisher exact)
	Article de presse	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0,273863 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	11 (35,5)	0 (0,0)	4 (40,0)	1 (Fisher exact)
	Jamais	13 (41,9)	1 (100,0)	2 (20,0)	0,143428 (Fisher exact)

Tableau 12 - Analyse bivariée de l'intérêt pour la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT

Concernant l'article protégeant du licenciement les patientes jusqu'à 10 semaines après une fausse couche tardive, 73,8% des médecins l'estiment intéressant pour leurs

patientes, et les en informeront, 1 médecin (2,4%) l'a jugée inintéressante. 23,8% des médecins ne se sont pas prononcés.

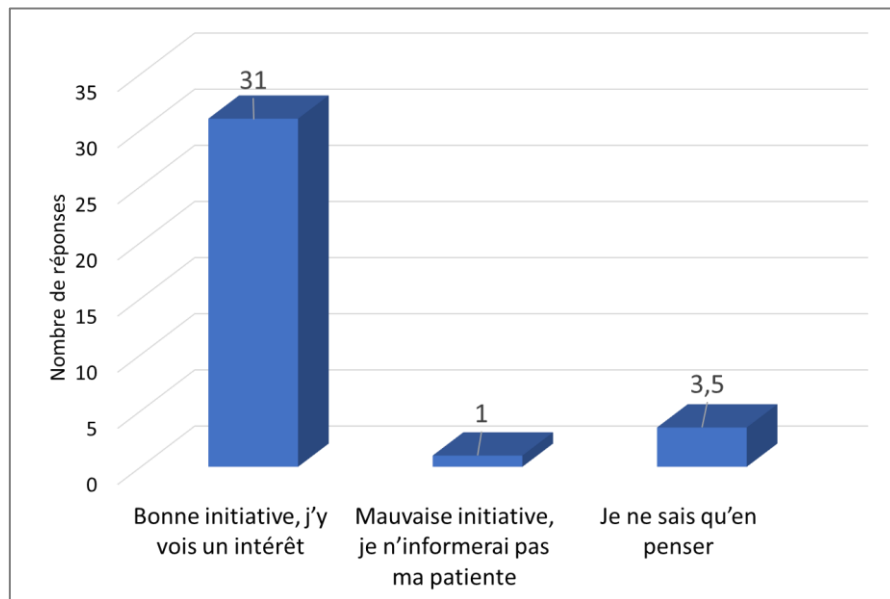


Figure 41 – Intérêt porté par les médecins généralistes pour la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge et du sexe des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs différentes sources de formation sur la fausse couche.

b) Utilité

		Utilité			p-value
		Oui (16)	Non (2)	Ne sait pas (24)	
		nb (%)	nb (%)	nb (%)	
Âge	00-34	9 (56,3)	1 (50,0)	14 (58,3)	0,915041 (Fisher exact)
	35-44	2 (12,5)	1 (50,0)	4 (16,7)	
	45-54	2 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,3)	
	55-100	3 (18,7)	0 (0,0)	4 (16,7)	
Sexe	Homme	2 (12,5)	2 (100,0)	7 (29,2)	0,037981 (Fisher exact)
	Femme	14 (87,5)	0 (0,0)	17 (70,8)	
A quelle fréquence faites-vous des consultations pour une FC ?	Oui, très souvent	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,5)	0,678661 (Fisher exact) ou 0,279338 (Kruskal-Wallis)
	Oui souvent	2 (12,5)	1 (50,0)	3 (12,5)	
	Parfois	7 (43,7)	1 (50,0)	10 (41,7)	
	Rarement	5 (31,3)	0 (0,0)	7 (29,2)	
	Jamais	2 (12,5)	0 (0,0)	1 (4,2)	
Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychiques post-FC ?	Oui	5 (31,3)	0 (0,0)	9 (37,5)	0,782109 (Fisher exact)
	Non	11 (68,7)	2 (100,0)	15 (62,5)	
Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche ?	Cours pendant mon externat	5 (31,3)	0 (0,0)	9 (37,5)	0,782109 (Fisher exact)
	Cours pendant mon internat	2 (12,5)	0 (0,0)	8 (33,3)	0,316342 (Fisher exact)
	Lors d'un stage	5 (31,3)	1 (50,0)	7 (29,2)	0,87956 (Fisher exact)
	En congrès	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (Fisher exact)
	Littérature scientifique	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,3)	0,547226 (Fisher exact)
	Article de presse	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0,0549725 (Fisher exact)
	Apprentissage personnel	8 (50,0)	1 (50,0)	6 (25,0)	0,261369 (Fisher exact)
	Jamais	5 (31,3)	0 (0,0)	11 (45,8)	0,501749 (Fisher exact)

Tableau 13 - Analyse bivariée de l'utilité de la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT

Concernant l'article protégeant du licenciement les patientes jusqu'à 10 semaines après une fausse couche tardive, 38,1% des médecins l'estiment utile pour leur pratique, 4,8% l'estiment inutile. Plus de la moitié des médecins ne se sont pas prononcés.

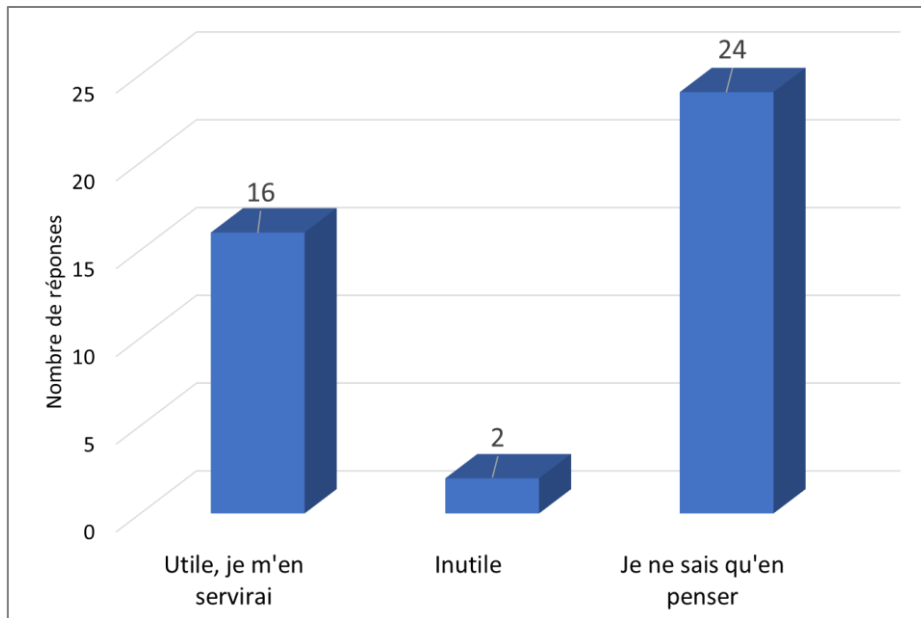


Figure 42 – Utilité trouvée par les médecins généralistes à la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT

Il existait une association significative dans l'analyse bivariée entre l'utilité trouvée par les médecins à la protection contre le licenciement des patientes au décours d'une FCT, et le sexe ($p= 0,037981$). 100% des réponses négatives obtenues viennent de la population masculine ; aucune femme n'a jugé inutile la protection contre le licenciement des patientes ayant subi une FCT. Parmi les médecins ayant jugé utile pour leur pratique cet article, on retrouve 45,2% des femmes contre 18,2% des hommes.

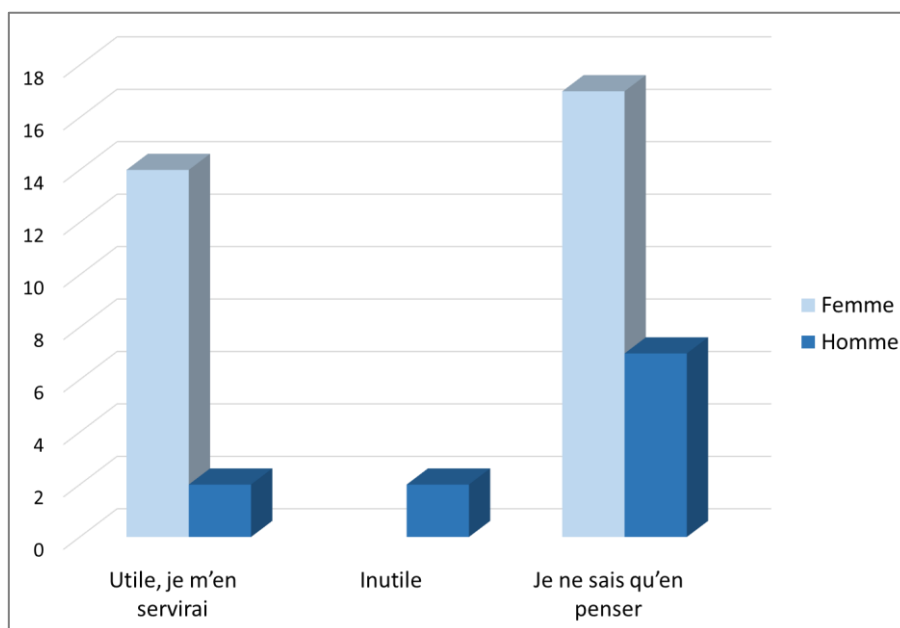


Figure 43 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT selon le sexe

Aucune différence significative n'a été montrée dans les analyses bivariées en fonction de l'âge des médecins, de la fréquence de leurs consultations pour des fausses couches, de leur expérience dans les consultations pour troubles psychiques post-FC, de leurs différentes sources de formation sur la fausse couche.

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

1. Les forces

Il s'agit d'une **étude innovante** évaluant la mise en pratique d'une loi fraîchement promulguée au sein de l'exercice de la médecine générale en PACA. Cette loi est la première à répondre aux nombreuses demandes, de la part des femmes et des soignants, de soins mieux organisés pour la prise en charge de la fausse couche. Il nous semblait intéressant d'observer comment les acteurs de soin de premier recours, que sont les médecins généralistes, perçoivent ces choix législatifs, comptent s'emparer des nouvelles propositions de soins et intégrer les nouvelles mesures prises par la loi à leur pratique habituelle.

Le biais de sélection a été limité en constituant l'échantillon par tirage au sort, ce qui a permis de sélectionner un **échantillon représentatif de la population cible**.

La méthodologie de l'**étude quantitative** permet une reproductibilité de l'étude et une comparaison avec d'autres études qui pourraient être menées à l'échelle nationale par exemple.

Pour les questions où cela était pertinent, le choix d'un item « Je ne sais pas » a permis aux participants de ne pas se sentir obligé de se prononcer sur certaines problématiques. L'utilisation de l'**échelle de Likert** a permis un choix plus nuancé.

2. Les limites

Parmi les 400 médecins tirés au sort et ceux contactés par Facebook, seuls 73 d'entre eux ont répondu au questionnaire. Ce taux de participation faible est similaire aux autres travaux où les médecins sont contactés par mail, et la population des médecins participants devient différente de la population cible. Ce taux de réponse bas induit un **biais de non-réponse**. Ainsi, la population des médecins participants est essentiellement composée de femmes, relativement jeunes (plus des $\frac{3}{4}$ des médecins ont moins de 45 ans), et la proportion de remplaçants est de 46,6%. Nous pouvons supposer que les remplaçants avaient plus de temps que les médecins installés pour répondre, que les femmes se sentaient plus concernées par le sujet, et que les médecins les plus jeunes sont plus à l'aise avec les moyens de

communication virtuels utilisés pour la diffusion du questionnaire, et ont plus été sensibilisés à la souffrance psychologique des couples au décours d'une fausse couche. Ce biais de sélection limite la généralisation de nos résultats à une plus grande échelle.

En raison de notre effectif faible, les tests statistiques sont de **faible puissance**, l'indépendance des variables est moins fiable.

Enfin, notre **questionnaire aurait pu être complété** par des renseignements plus précis concernant par exemple une éventuelle pratique ou patientèle manifestement orientée vers la gynécologie, ou le terme auquel les médecins voient les fausses couches survenir. Ceci aurait permis de mettre en évidence des facteurs entrant en jeu dans la prise en charge psychologique des fausses couches.

B. [Un impact certain de la loi dans la prise en charge psychologique des fausses couches](#)

Les médecins généralistes de PACA interrogés dans cette étude ont majoritairement manifesté de l'intérêt pour cette nouvelle loi et pensent intégrer ces nouvelles mesures à leur pratique.

Concernant la prise de position des médecins par rapport à cette loi, nous observons une proportion non négligeable de réponses « Je ne sais pas ». Ceci peut refléter un manque d'intérêt pour la question, une mauvaise compréhension du dispositif en question à cause d'une imprécision dans la description de l'article de loi dans l'intitulé de la question.

Pour chaque article, en mettant de côté les médecins qui ne se sont pas prononcés, une large majorité manifeste son intérêt pour chacun des articles adoptés, et rares sont les médecins qui n'y voient aucune utilité pour leur pratique. Quant à l'aspect novateur de l'article, les avis sont partagés.

1. [La suppression du délai de carence pour les arrêts maladie](#)

Cette mesure législative avait été déjà proposée par Madame Paula Forteza en février 2022 (33), elle a été ajoutée à la proposition de loi de 2023 dès le début par l'Assemblée Nationale et adoptée sans désaccord.

Les médecins généralistes y trouvent tous une utilité à leur pratique. En effet, le délai de carence pouvait être un frein pour que les patientes acceptent leur arrêt de travail.

En immense majorité, ils y reconnaissent un intérêt pour leurs patientes. Mais 2 médecins sur 73 ne le voient pas comme un avantage intéressant. Pour mieux comprendre leur position, des analyses bivariées ont été menées : une association significative a été trouvée entre le sexe et l'intérêt, elle met en valeur un intérêt plus marqué parmi les médecins femmes.

2. L'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et de leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »

L'élargissement des critères d'accès du dispositif aux troubles psychologiques survenant au décours d'une fausse couche avait déjà été évoqué dans la proposition de loi de février 2022, puis Madame Sandrine Josso l'a clairement inséré dans sa proposition de loi de janvier 2023. Les médecins et les sages-femmes peuvent désormais adresser leurs patients pour ce motif. Et il est intéressant de noter que les conjoints sont aussi concernés par l'adressage. Cet article répond aux considérations plus récentes et discrètes de la souffrance du conjoint, s'exprimant différemment de celle de la femme. Nous espérons que cette prise en charge du conjoint pourra limiter les difficultés conjugales pouvant s'exprimer au décours d'une fausse couche.

Les médecins portent massivement de l'intérêt pour cet article, et l'association significative avec l'âge permet de constater que les médecins les plus jeunes (moins de 35 ans) portent davantage d'intérêt à ce dispositif que les plus âgés. Ceci est probablement en lien avec une plus grande connaissance du dispositif par les jeunes.

Concernant leur pratique, tous reconnaissent que l'orientation vers le dispositif sera utile dans leur pratique, en particulier les médecins ayant trouvé des sources de formation sur la fausse couche et son suivi psychologique.

Quant au côté innovant de cet article, seuls 17,8% des médecins le voient, contre 38,4% des médecins qui disent avoir déjà orienté ces patientes vers le dispositif. En effet, en examinant les symptômes requis pour orienter une patiente, on note « Trouble anxieux d'intensité légère à modérée » et « Trouble dépressif d'intensité légère à modérée », ce qui correspond aux troubles psychologiques les plus fréquemment observés chez les couples

ayant vécu une fausse couche. Les médecins devaient donc déjà, en invoquant ces motifs, orienter la majorité de leurs patients qui le souhaitaient vers le dispositif. On note qu'une association statistiquement significative existe entre les médecins s'étant formés à partir de leur expérience personnelle ou de leur entourage et l'aspect novateur qu'ils trouvent à cet article.

3. Mise en place par l'ARS d'un parcours de soin dédié à la FC

Cette mesure avait déjà été proposée en février 2022, puis ajoutée à la proposition de loi de janvier 2023 dès le début par l'Assemblée nationale. Elle répond de manière pertinente à ce que pointent du doigt les soignants dans les travaux des dernières années : le manque de coordination entre les intervenants est le frein principal à une prise en charge correcte des patientes en ville (9).

Ce parcours doit être mis en place par chaque ARS sur son territoire à partir du 1^{er} septembre 2024, il doit être organisé pour soigner la femme, mais aussi le conjoint si nécessaire. Il doit coordonner les soignants et les psychologues pour favoriser une approche pluridisciplinaire de la fausse couche. Les objectifs de ce parcours de soins détaillés dans la loi (article 1) sont : développer la formation des soignants sur les conséquences psychiques de la fausse couche, mieux orienter les couples et améliorer l'offre de soins psychologique et somatique, développer un moyen d'informer systématiquement femmes et conjoints sur l'éventualité d'une fausse couche.

Dans une thèse qualitative interrogeant les médecins généralistes sur leur rôle et les améliorations à envisager dans la prise en charge d'une fausse couche précoce (9), des médecins souhaitaient la mise en place d'un réseau de soins, aussi médiatisé et connu que celui mis en place pour les IVG, coordonnant les différents intervenants, notamment incluant l'accès à une échographie en urgence. Ce parcours de soin des ARS devrait donc répondre à ces demandes, et faciliter considérablement la prise en charge de la fausse couche.

Du point de vue des médecins interrogés, ce parcours de soins est considéré par tous comme intéressant.

Seuls 2 médecins trouvent ce parcours inutile pour leur exercice.

Quant au côté novateur de la création de ce parcours, 28,8% des médecins sont d'accord, tandis que 19,2% n'y trouvent rien de nouveau pour leur pratique. Les analyses bivariées nous guident dans l'interprétation de ces résultats : les médecins traitant régulièrement des patientes en cabinet pour une fausse couche, et ceux ayant déjà mené une consultation traitant de troubles psychologiques au décours d'une fausse couche, ne trouvent pas de nouveauté à ce parcours. Ces médecins plus expérimentés dans le domaine ont certainement déjà organisé une sorte de réseau de soins similaire pour prendre en charge ces situations.

4. Protection contre le licenciement des patientes pendant 10 semaines après leur fausse couche tardive

Cet article a fait l'objet d'un ajout à la proposition de loi, par le Sénat. Il concerne les femmes salariées, et, à moins d'une faute grave ou d'un motif impérieux indépendant de la FCT, l'employeur ne peut rompre le contrat de la patiente.

Cette mesure représente pour les patientes une protection qui n'est pas superflue dans un contexte angoissant de FCT. Elle pallie le seuil légal brutal dans le milieu du travail entre une interruption de grossesse à partir de la 22^e SA et une interruption de grossesse à 22 SA moins un jour.

La grande majorité des médecins a manifesté son intérêt pour cet article.

Quant à l'utilité pour leur pratique, 38,1% des médecins pensent que cela peut servir, tandis que 2 médecins (des hommes uniquement) ont jugé cette mesure inutile. En effet, cet article s'éloigne de la pratique courante du médecin généraliste, qui voit surtout les patientes pour des fausses couches précoces.

C. Réponse aux objectifs secondaires

1. Des médecins sollicités pour prendre en charge les fausses couches, mais démunis pour répondre à la demande de soins psychiques

Les médecins généralistes, acteurs de santé de premier recours, ne sont pas forcément les plus impliqués pour des soins gynécologiques et obstétricaux. En effet, même si la population des gynécologues-obstétriciens couvre insuffisamment le territoire, surtout en PACA (34), les sages-femmes assurent le suivi gynécologique et obstétrique physiologique de nombreuses patientes. Les médecins généralistes sont cependant encore sollicités pour des

fausses couches en cabinet (motif urgent, nécessitant une compétence médicale, un lien de confiance, et une proximité et une disponibilité (11) que les patientes trouvent auprès de leur médecin traitant) : 23,3% d'entre eux disent en voir souvent, et 4,1% d'entre eux très souvent.

Il est intéressant d'observer que seulement 34,2% des médecins interrogés ont déjà été confrontés à une demande de soins psychiques liés à une fausse couche. Ce sont les médecins les plus jeunes qui ont majoritairement répondu « Non ». Nous pouvons suspecter un manque de confiance en soi pour aborder ce genre de sujet, ou un manque d'expérience. En parallèle, les médecins, peu importe leur âge, estiment majoritairement ne pas avoir les outils suffisants pour aborder ce genre de consultation. Ce résultat rejoint celui d'une étude quantitative menée au Royaume-Uni auprès d'acteurs de santé (35) : 21% seulement se sentaient très confiants de fournir soutien psychologique et conseils, alors que 81% des médecins généralistes sont persuadés que la fausse couche entraîne des séquelles psychologiques non négligeables. La revue de la littérature de Mathilde Uranga-Harismendy de 2020 (36) résume le manque de formation systématique des médecins sur le soutien émotionnel, formation qui s'acquiert par des entraînements réguliers, des mises en situation ou par l'expérience (37). Une thèse de médecine générale basée sur une étude qualitative interrogeant les médecins généralistes d'Occitanie (9) recueille aussi ce genre de frein à la prise en charge en libéral des fausses couches. Le *National Institute for Health and Care Excellence* a spécifié, dans ses recommandations sur les grossesses ectopiques et les fausses couches, actualisées en 2023 (38), une directive dans ce sens : les soignants en charge de l'accueil des patientes doivent être formés dans l'annonce des mauvaises nouvelles.

Face à ce paradigme, il est donc important de les aider à mieux accueillir leurs patientes et à leur offrir des soins optimaux dans un cadre sécuritaire et rassurant.

2. Des médecins conscients des séquelles psychiques d'une fausse couche et du rôle qu'ils ont dans ce domaine

Les médecins sont conscients des différents troubles psychiques pouvant résulter d'une fausse couche (35) (39), le développement d'une affection psychiatrique (40) étant la moins connue, et ils estiment justement la proportion de femmes faisant une fausse couche dans leur vie.

Pour préciser les compétences et connaissances des médecins généralistes sur les troubles psychiques secondaires à une FC, nous avons exploré les sources de formation dont les médecins ont pu disposer pendant leurs études ou leur vie professionnelle : l'expérience personnelle ou de leur entourage est la source d'apprentissage la plus importante mais elle demande du temps et de l'âge, et la formation universitaire et les stages représentent une part non négligeable de la formation des médecins de Provence. Un tiers des médecins déplore un manque de formation sur ce sujet, alors que 91,8% le considèrent comme une problématique relevant de la médecine générale.

Le parcours de soins devant être mis en place par les ARS a notamment pour objectif de « développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques des interruptions spontanées de grossesse », il tentera donc de répondre à ce besoin.

D. Perspectives, significativité, nouvelles questions

La loi du 7 juillet 2023 apporte donc des solutions concrètes aux demandes des soignants et des patients, exprimées depuis des dizaines d'années au travers des études : une meilleure considération de la souffrance psychologique des femmes et de leur conjoint et une solution pour la prendre en charge, une protection de l'emploi pour les femmes ayant vécu une FCT, un parcours de soin coordonné, en ville, avec accès aux examens nécessaires et à un soutien psychologique, en passant par des professionnels de santé formés à ce genre d'annonces sensibles, incluant une information des femmes et de leur partenaire sur la fausse couche.

Un des freins non négligeables à la prise en charge en cabinet des fausses couches est le manque de temps invoqué par les médecins généralistes. L'accueil d'un patient en urgence pose souvent problème, et cette urgence-là exige un temps d'écoute et d'information conséquent, et éventuellement de revoir la patiente dans la journée avec des résultats d'examens. Un IPA (infirmier en pratique avancée) au sein du cabinet, formé grâce à un protocole à l'accueil et l'organisation des soins d'une femme présentant des symptômes de fausse couche, pourrait faire gagner du temps au médecin, qui ne gèrerait plus que l'examen médical et la prescription d'examens complémentaires.

Des études menées dans différents pays (6) (18) (41) (42) ont proposé une consultation présentielle ou téléphonique post-FC assez précoce mais dans des délais variables (1 à 6 semaines après l'événement) par le médecin traitant ou une association (9) (SOS Bébé, Agapa), proposition à laquelle les médecins et les patientes étaient dans l'ensemble favorables. Cette consultation de suivi n'a pas été reprise dans la loi. Elle pourrait représenter une option de prise en charge, comprise dans le parcours de soin. Une consultation à 4 semaines de l'événement avait été proposée par Madame Paula Forteza dans sa proposition de loi de 2022, dans un objectif d'explorations étiologiques. Mais elle n'a pas été reprise en 2023. Des examens complémentaires à la recherche d'une cause ne sont pas recommandés avant la 3^e fausse couche précoce. De plus, la consultation de suivi serait plus utile pour un débriefing, pour laisser un espace de parole et de questions à la patiente, que pour un motif somatique. Les débats au Parlement avaient soulevé la question du financement coûteux de l'ouverture du dispositif « Mon soutien psy » aux patientes et à leur conjoint : une étude pourrait comparer l'efficacité de cette mesure avec une simple consultation de la femme ou du couple chez le médecin traitant ou la sage-femme 2 à 4 semaines après la fausse couche.

Des études (9) (43) (44) suggéraient la création d'un prospectus, d'un livret d'information, de vulgarisation, à disposition des jeunes dans le cadre de l'éducation sexuelle et affective, et des femmes venant consulter pour une fausse couche. Cet outil permettrait, à distance de l'événement, de synthétiser et de retrouver les informations qui n'ont pas été intégrées sur le vif. Anne Juhel dans sa thèse (10) et Ombeline Peyridieux dans son mémoire (44) ont proposé un prospectus (annexes 6 et 7) ciblé sur la violence psychologique de cet événement, et synthétisant des notions médicales sur la fausse couche. Madame Forteza avait suggéré la création par Santé Publique France et les ARS d'un livret d'information et la mise en place d'un numéro vert. Ces précisions n'ont pas été mentionnées dans la loi de 2023, qui laisse libre cours aux ARS de mettre en place les dispositifs d'information tout-public qu'elles souhaitent.

V. CONCLUSION

« Le temps où l'on se contentait de dire aux femmes « essayez encore » doit être dépassé », espérait la députée Paula Forteza en présentant sa proposition de loi à l'Assemblée nationale le 22 février 2022. Cette injonction a été reprise par la députée Sandrine Josso, et entendue par le Parlement en début d'année 2023.

Elle fait écho auprès des médecins généralistes qui ont manifesté leur adhésion au texte de loi dans notre étude : les différentes décisions législatives annoncées dans le cadre de la loi du 7 juillet 2023 auront un impact sur leur pratique. Sensibilisés à la souffrance psychologique des couples au décours d'une fausse couche, ils pourront trouver des outils pour se former, développer leurs compétences, et mieux organiser la prise en charge des couples qui viennent consulter pour ce motif.

Toutes ces décisions n'ont pas encore trouvé d'application pratique, puisque les ARS doivent construire leur parcours de soin d'ici le 1^{er} septembre 2024. Nous avons trouvé intéressant de proposer un parcours type sur le modèle de ce que peuvent construire les ARS (annexe 8), en imaginant un réseau pluridisciplinaire, en ville, au service des couples qui traversent l'épreuve de la fausse couche. Une fois ces parcours de soin créés, il sera intéressant d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place par la loi, en mesurant la satisfaction des soignants et des patients, puis de comparer les résultats à ceux de notre étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Claude Bernard. Principes de médecine expérimentale. 1878. 132 p.
2. médecine - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/medecine>
3. Fausse couche [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/var/assure/sante/urgence/pathologies/fausse-couche>
4. Dr Marie Bornes, Jacques Gellis, Stacey Callahan. La fausse-couche, un mal banal [Internet]. L'écho des gynécos. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://cngof.fr/accueil/ressources-documentaires/lecho-des-gynecos/>
5. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 déc 2014;43(10):764-75.
6. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. Primary Care Update for OB/GYNs. 1 mars 2000;7(2):64-9.
7. Ghosh J, Papadopoulou A, Devall AJ, Jeffery HC, Beeson LE, Do V, et al. Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 1 juin 2021;6:CD012602.
8. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - Les pertes de grossesse [Internet]. 2014 [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: https://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/recommandation-du-college-national-sur-la-prise-en-charge-des-pertes-foetales-fausses-couches-et-mfiu/
9. Rakotoarimanana C. Fausses couches spontanées précoces : rôle du médecin généraliste et améliorations possibles en Occitanie. 24 mars 2022;74.
10. Anne Juhel. Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? Etude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais. Rennes; 2018.
11. Juliette Normand. Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes [Internet]. Créteil; 2019 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/12103479850004611
12. DREES, Béatrice Blondel, Morgane Kermarrec. La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats. 6 oct 2011;(775).
13. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
14. Collectif FM, LE GOAZOU M-F. Suivez-vous les grossesses? Rev Prat Médecine Générale 2000 - 2006. 2006;(n°740/741):873-8.
15. VIDAL [Internet]. [cité 12 juill 2023]. Répercussions psychologiques des fausses couches : un mal silencieux. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/24209-repercussions-psychologiques-des-fausses-couches-un-mal-silencieux.html>

16. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. Avortement spontané et culpabilité : une étude qualitative. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 sept 2011;40(5):430-6.
17. Nicolas Tardieu. *Grossesse et sexualité à travers l'histoire*. 2004.
18. Charlotte de Farcy de Pontfarcy. *Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes: la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal? étude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012*. [Brest]: Ecole de sages-femmes de Brest; 2013.
19. Friedman T, Gath D. The Psychiatric Consequences of Spontaneous Abortion. *The British Journal of Psychiatry*. déc 1989;155(6):810-3.
20. Lok IH, Yip ASK, Lee DTS, Sahota D, Chung TKH. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil Steril*. avr 2010;93(6):1966-75.
21. Figo [Internet]. [cité 12 juill 2023]. Impact psychologique d'une fausse couche. Disponible sur: <https://www.figo.org/fr/news/quel-est-limpact-psychologique-dune-fausse-couche>
22. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*. 1 mai 2021;397(10285):1658-67.
23. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. *Devenir*. 7 sept 2009;Vol. 21(3):143-57.
24. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. avr 2007;21(2):229-47.
25. Masson E. EM-Consulte. [cité 14 juill 2021]. Le rôle du conjoint dans les stratégies de coping mises en place chez les femmes lors d'une fausse couche. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/792448>
26. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 mars 1996;40(3):245-53.
27. CNGOF. C. Ferté-Delbende, G. Robin, B. Letombe. Fausses couches spontanées du premier trimestre (inférieur à 12 semaines de gestation). Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 10 déc 2010;34(5):513.
28. Lancet T. Miscarriage: worldwide reform of care is needed. *The Lancet*. 1 mai 2021;397(10285):1597.
29. Farren J, Jalnbrand M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. avr 2020;222(4):367.e1-367.e22.
30. Sandrine Josso. Proposition de loi visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse-couche [Internet]. 747 janv 17, 2023. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0747_proposition-loi
31. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur:

https://demographie.medecin.fr/#bbox=696314,6483355,484523,298757&c=indicator&i=demo_gen_tot.gen&s=2023&selcodgeo=93&view=map11

32. Annuaire Santé : Liste, localisation et tarifs des professionnels de santé [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/medecins/table/?flg=fr&refine.nom_reg=PROVENCE-ALPES-COTE%20D%27AZUR&refine.libelle_acte_clinique=Consultation%20g%C3%A9n%C3%A9raliste&refine.libelle_profession=M%C3%A9decin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste&refine.column_14=Secteur%201%20ou%20conventionn%C3%A9&fbclid=IwAR3-oQdJ_8l9T8PAwhdpbLmCgJzFOldmewZoZvNtGaAk9Giw7tLEMwjmgW0
33. nationale A. Assemblée nationale. [cité 16 janv 2024]. Proposition de loi n°5100 - 15e législature. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b5100_proposition-loi
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 17 janv 2024]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
35. Prettyman RJ, Cordle C. Psychological aspects of miscarriage: attitudes of the primary health care team. *Br J Gen Pract.* mars 1992;42(356):97-9.
36. URANGA-HARISMENDY Mathilde. Suivi de l'Avortement Spontané Précoce : état des lieux de la pratique des médecins généralistes [REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE]. Angers; 2020.
37. Jensen K, Temple-Smith M, Bilardi J. Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 19 oct 2018;59.
38. Recommendations | Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2019 [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/chapter/Recommendations#management-of-miscarriage>
39. Nikcevic A, Kuczmierczyk A, Nicolaidis K. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of psychosomatic research.* 1 oct 2007;63:283-90.
40. Carter D, Misri S, Tomfohr L. Psychologic Aspects of Early Pregnancy Loss. *Clinical obstetrics and gynecology.* 1 avr 2007;50:154-65.
41. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse couche. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2011;40(5):437.
42. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: a preliminary study. *Br J Med Psychol.* mars 1996;69 (Pt 1):47-58.
43. Lebrun M. Vécu psychologique d'une fausse-couche précoce en fonction de la prise en charge [Internet]. Université de Limoges; 2019 [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-106340>

44. Peyridieux O. Le vécu des femmes lors de la prise en charge d'une fausse couche précoce [Internet]. Université Rennes 1; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03972038>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

ANNEXE 2 : Extrait du protocole de la Pitié-Salpêtrière « Perte grossesse »

ANNEXE 3 : Texte de la loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023

ANNEXE 4 : Rectificatif au Journal officiel du 8 juillet 2023, texte n°3 paru 16 juillet 2023

ANNEXE 5 : Questionnaire GHQ-12

ANNEXE 6 : Fiche explicative d'Anne Juhel « La fausse couche, un événement douloureux »

ANNEXE 7 : Brochure d'information sur les fausses couches précoces d'Ombeline Peyridieux

ANNEXE 8 : Proposition d'un parcours de soin

ANNEXE 1 : Questionnaire

Bonjour,

Merci de répondre à ce questionnaire pour ma thèse « Impact de la proposition de loi “visant à favoriser l’accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse” sur la prise en charge psychologique des fausses couches par les médecins généralistes de PACA ».

C’est un questionnaire anonyme, à destination des médecins généralistes installés, remplaçants ou des internes de médecine générale avec licence de remplacement, exerçant en région PACA, composé de 15 questions à choix multiples, rempli en moins de 5 minutes.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de ma thèse, n’hésitez pas à m’envoyer un mail à l’adresse these.ombelinelamourdecaslou@gmail.com.

Merci mille fois pour votre contribution !

I - Présentation

1) Vous êtes...

A- Un homme

B- Une femme

2) Quel âge avez-vous ?

3) Etes-vous...

A- Médecin installé

B- Médecin remplaçant

C- Médecin de ville

D- Médecin de campagne

II – Etat des lieux

4) Considérez-vous que les fausses couches et leur suivi psychologique soient une problématique de médecine générale ?

A- Oui

B- Non

5) Avez-vous reçu une formation ciblée sur la fausse couche spontanée précoce ?

A- Cours pendant mon externat

B- Cours pendant mon internat

C- En stage

- D- En congrès
 - E- Littérature scientifique
 - F- Article de presse
 - G- Apprentissage personnel, personne exposée dans l'entourage...
 - H- Jamais
- 6) Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge d'une fausse couche spontanée précoce ?
- A- Oui très souvent
 - B- Oui, souvent
 - C- Parfois
 - D- Rarement
 - E- Jamais
- 7) Avez-vous déjà réalisé des consultations pour des troubles psychologiques post-FCSP ?
- A- Oui
 - B- Non
- 8) Connaissez-vous l'incidence de la FCSP ?
- A- 1 femme sur 10
 - B- 1 femme sur 4
 - C- 1 femme sur 2
 - D- Je ne sais pas
- 9) À votre avis, quels troubles psychologiques et mentaux séquellaires d'une fausse couche, peuvent se manifester chez la femme et son conjoint ?
- A- Développement d'une affection psychiatrique
 - B- Dépression
 - C- Anxiété
 - D- ESPT
 - E- Culpabilité
 - F- Conflit au sein du couple
- 10) Estimez-vous avoir les outils suffisants pour prendre en charge vos patients dans ce contexte ?
- A- Parfaitement
 - B- Plutôt d'accord
 - C- Sans opinion
 - D- Pas trop d'accord
 - E- Pas du tout

11) Quel est l'état de vos connaissances sur la proposition de loi de 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse ?

- A- Je connais cette proposition de loi
- B- J'ai entendu parler de cette proposition de loi
- C- Je n'ai pas entendu parler de cette proposition de loi

III – La proposition de loi

Quatre axes principaux sont abordés dans cette loi.

Pour chaque axe, je vous demanderai votre avis : j'aimerais savoir ce que vous en pensez (Intérêt), si vous pensez l'intégrer dans votre pratique (Utilité), si cet axe apporte de la nouveauté dans votre pratique (Nouveauté).

12) La suppression du délai de carence pour les arrêts maladie consécutifs à une interruption spontanée de grossesse, sans que l'employeur soit nécessairement au courant ni de la grossesse, ni de la fausse couche.

- A- [Intérêt] - Bonne initiative, j'y vois un intérêt
- B- [Intérêt] - Mauvaise initiative, je n'informerai pas ma patiente
- C- [Utilité] - Utile, je m'en servirai
- D- [Utilité] – Inutile
- E- Je ne sais qu'en penser

13) La prise en charge des frais de psychothérapie dans le cadre du dispositif Mon Psy pour les patientes, orientées par leur sage-femme ou leur médecin généraliste

- A- [Intérêt] - Bonne initiative, j'y vois un intérêt
- B- [Intérêt] - Mauvaise initiative, je n'informerai pas ma patiente
- C- [Utilité] - Utile, je m'en servirai
- D- [Utilité] - Inutile
- E- [Nouveauté] - C'est nouveau pour moi, je n'avais pas l'idée avant
- F- [Nouveauté] - Rien de nouveau dans ma pratique, je pouvais déjà mes patientes à le faire
- G- Je ne sais qu'en penser

14) Mise en place par chaque ARS d'un parcours fausse couche pluridisciplinaire à partir du 01/09/2024 où médecin et sage-femme doivent prévenir du risque et des moyens pour prévenir la fausse couche, et le cas échéant informer

- des différents traitements,
- du droit à l'accompagnement psychologique pris en charge par l'Assurance Maladie,
- du secret médical y compris auprès des mineures,

(et proposer un examen médical à 4 semaines de l'événement – *élément supprimé du questionnaire le 8 juillet 2023*)

- A- [Intérêt] - Bonne initiative, j'y vois un intérêt
- B- [Intérêt] - Mauvaise initiative, je n'informerai pas ma patiente
- C- [Utilité] - Utile, je m'en servirai

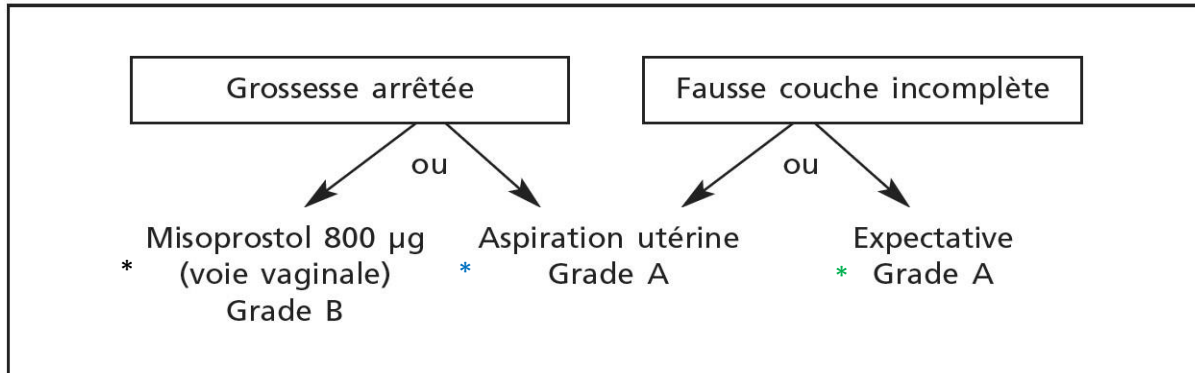
- D- [Utilité] - Inutile
- E- Je ne sais qu'en penser

15) *(Ajouté au questionnaire le 8 juillet 2023)* Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'une salariée pendant les 10 semaines suivant une fausse couche tardive (interruption spontanée de grossesse médicalement constatée ayant eu lieu entre la 14e et la 21e semaine d'aménorrhée incluses).

- A- [Intérêt] - Bonne initiative, j'y vois un intérêt
- B- [Intérêt] - Mauvaise initiative, je n'informerai pas ma patiente
- C- [Utilité] - Utile, je m'en servirai
- D- [Utilité] – Inutile
- E- Je ne sais qu'en penser

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES PRECOCES

OBTENTION DE LA VACUITE UTERINE



Grossesse arrêtée : l'expectative n'est pas recommandée car elle augmente :

le risque de chirurgie non programmée

le risque de transfusion

* **MISOPROSTOL 800µg = 4cps en dose unique intra vaginale**

Puis : contrôle échographique une semaine plus tard : si échec : Aspiration utérine.

OU

* **ASPIRATION** : à proposer d'emblée si : anémie mal tolérée, traitement anticoagulant, certaines maladies chroniques (avec anémie chronique ou mauvaise tolérance de la douleur), précarité avec isolement, mauvaise compliance ou compréhension du français.

Fausse couche incomplète : le Misoprostol n'est pas recommandé car il n'est pas plus efficace que l'expectative et ne réduit pas le risque de complications hémorragique ou infectieuses.

* **EXPECTATIVE** = contrôle échographique après les prochaines règles ou à un mois

OU

* **ASPIRATION** : idem.

NB : Le protocole pour les fausses-couches incomplètes s'applique à l'identique pour les rétentions post-IVG médicamenteuses.

LOIS

LOI n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche (1)

NOR : SPRX2306488L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

I. – Après le chapitre II du titre II du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre II *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE II BIS

« INTERRUPTION SPONTANÉE DE GROSSESSE

« Art. L. 2122-6. – Chaque agence régionale de santé met en place un parcours qui associe des professionnels médicaux et des psychologues hospitaliers et libéraux, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes et, le cas échéant, leur partenaire confrontés à une interruption spontanée de grossesse.

« Ce parcours a pour objectifs de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques des interruptions spontanées de grossesse, d'améliorer l'orientation des femmes et, le cas échéant, de leur partenaire qui y sont confrontés, de faciliter leur accès à un suivi psychologique et d'améliorer le suivi médical des femmes qui ont subi une interruption spontanée de grossesse. Il vise à systématiser l'information des femmes et, le cas échéant, de leur partenaire sur le phénomène d'interruption spontanée de grossesse, sur les possibilités de traitement ou d'intervention et sur les dispositifs de suivi médical et d'accompagnement psychologique disponibles. »

II. – Le I s'applique à compter du 1^{er} septembre 2024, après recensement, par les agences régionales de santé, des modalités de prise en charge spécifiques mises en place par les établissements et les professionnels de santé de leur ressort pour accompagner les femmes et, le cas échéant, leur partenaire confrontés à une interruption spontanée de grossesse.

Article 2

I. – Après l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 323-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 323-1-2. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 323-1, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée, l'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est accordée sans délai. »

II. – Le II de l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 est complété par un 7^o ainsi rédigé :

« 7^o Au congé de maladie faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée. »

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Au 9^o de l'article L. 169-2, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

2^o Au 10^o de l'article L. 16-10-1, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

3^o A l'article L. 622-1, après la référence : « L. 323-1-1 », est insérée la référence : « , L. 323-1-2 ».

IV. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1^o Le cinquième alinéa de l'article L. 732-4 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

« Par dérogation au cinquième alinéa du présent article, l'indemnité journalière versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou de reprendre le travail est accordée sans délai en cas :

« a) De décès de son enfant âgé de moins de vingt-cinq ans ou de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans dont l'assuré a la charge effective et permanente, dans un délai de treize semaines à compter de cette date ;

« b) De constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée. » ;

2° Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 781-21, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée, l'indemnité journalière est accordée sans délai. »

V. – Les I à IV du présent article sont applicables aux arrêts de travail prescrits à compter d'une date prévue par décret, et au plus tard du 1^{er} janvier 2024.

Article 3

Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1225-4-2, il est inséré un article L. 1225-4-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 1225-4-3. – Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'une salariée pendant les dix semaines suivant une interruption spontanée de grossesse médicalement constatée ayant eu lieu entre la quatorzième et la vingt et unième semaine d'aménorrhée incluses.

« Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à l'interruption spontanée de grossesse. » ;

2° A l'article L. 1225-6, après la référence : « L. 1225-4 », est insérée la référence : « , L. 1225-4-3 ».

Article 4

Le I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après la seconde occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « En cas d'interruption spontanée de grossesse, le partenaire de la patiente peut également faire l'objet d'un adressage par la sage-femme. » ;

2° Au dernier alinéa, après le mot : « médecins », il est inséré le mot : « , sages-femmes ».

Article 5

Au premier alinéa du II de l'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, après le mot : « article », sont insérés les mots : « , qui évalue également l'accessibilité du dispositif pour les couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse, ».

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 7 juillet 2023.

EMMANUEL MACRON

Par le Président de la République :

La Première ministre,
ÉLISABETH BORNE

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*
BRUNO LE MAIRE

*Le ministre du travail,
du plein emploi et de l'insertion,*
OLIVIER DUSSOPT

*Le ministre de l'agriculture
et de la souveraineté alimentaire,*
MARC FESNEAU

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
FRANÇOIS BRAUN

*Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées,*
JEAN-CHRISTOPHE COMBE

*Le ministre de la transformation
et de la fonction publiques,*
STANISLAS GUERINI

*La ministre déléguée auprès de la Première ministre,
chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes,
de la diversité et de l'égalité des chances,*
ISABELLE ROME

Travaux préparatoires : loi n° 2023-567.

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 747 ;

Rapport de Mme Sandrine Josso, au nom de la commission des affaires sociales, n° 912 ;

Discussion et adoption, après engagement de la procédure accélérée, le 8 mars 2023 (TA n° 88).

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 417 (2022-2023) ;

Rapport de M. Martin Lévrier, au nom de la commission des affaires sociales, n° 519 (2022-2023) ;

Texte de la commission n° 520 (2022-2023) ;

Discussion et adoption le 4 mai 2023 (TA n° 99, 2022-2023).

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1186 ;

Rapport de Mme Sandrine Josso, au nom de la commission mixte paritaire, n° 1307 ;

Discussion et adoption le 15 juin 2023 (TA n° 135).

Sénat :

Rapport de M. Martin Lévrier, au nom de la commission mixte paritaire, n° 672 (2022-2023) ;

Texte de la commission n° 673 (2022-2023) ;

Discussion et adoption le 29 juin 2023 (TA n° 147, 2022-2023).

ANNEXE 4 : Rectificatif au Journal officiel du 8 juillet 2023, texte n° 3 paru 16 juillet 2023

16 juillet 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 1 sur 87

LOIS

LOI n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche (*rectificatif*)

NOR : *SPRX2306488Z*

Rectificatif au *Journal officiel* du 8 juillet 2023, texte n° 3 :

Au lieu de :

« loi visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche » ;

lire :

« loi visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche ».

GHQ 12 - EVALUATION DU CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE

Les questions suivantes concernent votre état de santé actuel ou récent. Certaines peuvent vous surprendre dans leurs formulations, mais elles font partie d'un **questionnaire international étalonné et validé**, le General Health Questionary GHQ12 dans sa version française).

Il est important de répondre A TOUTES LES QUESTIONS en cochant la réponse qui vous semble le mieux correspondre à ce que vous ressentez actuellement, *GLOBALEMENT ET DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS, TANT DANS LA VIE PRIVEE QU'AU TRAVAIL*. (Ce questionnaire ne porte donc pas sur le stress au travail, mais sur votre état général).

Ces derniers temps.....

1. **Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**
 1. Mieux que d'habitude.
 2. Comme d'habitude.
 3. Moins que d'habitude.
 4. Beaucoup moins que d'habitude.

2. **Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**
 1. Pas du tout.
 2. Pas plus que d'habitude.
 3. Plutôt plus que d'habitude.
 4. Beaucoup plus que d'habitude.

3. **Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**
 1. Plutôt plus que d'habitude.
 2. Comme d'habitude.
 3. Moins utile que d'habitude.
 4. Beaucoup moins utile.

4. **Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**
 1. Plutôt plus que d'habitude.
 2. Comme d'habitude.
 3. Plutôt moins que d'habitude.
 4. Beaucoup moins capable.

5. **Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**
 1. Pas du tout.
 2. Pas plus que d'habitude.
 3. Un peu plus que d'habitude.
 4. Beaucoup plus que d'habitude.

6. **Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**
 1. Pas du tout.
 2. Pas plus que d'habitude.
 3. Un peu plus que d'habitude.
 4. Beaucoup plus que d'habitude.

7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?

1. Plutôt plus que d'habitude.
2. Comme d'habitude.
3. Plutôt moins que d'habitude.
4. Beaucoup moins que d'habitude.

8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?

1. Plutôt plus que d'habitude.
2. Comme d'habitude.
3. Moins capable que d'habitude.
4. Beaucoup moins capable.

9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?

1. Pas du tout.
2. Pas plus que d'habitude.
3. Un peu plus que d'habitude.
4. Beaucoup plus que d'habitude.

10. Avez-vous perdu confiance en vous ?

1. Pas du tout.
2. Pas plus que d'habitude.
3. Un peu plus que d'habitude.
4. Beaucoup plus que d'habitude.

11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?

1. Pas du tout.
2. Pas plus que d'habitude.
3. Un peu plus que d'habitude.
4. Beaucoup plus que d'habitude.

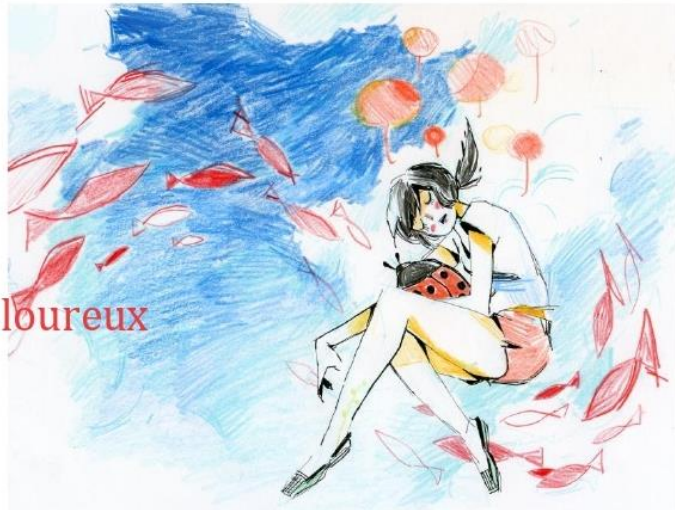
12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?

1. Plutôt plus que d'habitude.
2. A peu près comme d'habitude.
3. Plutôt moins que d'habitude.
4. Beaucoup moins que d'habitude.

Références :

- Lesage FX, Martens-Resende S, Descamps F, Berjot S -Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open J Prev Med* 2011; 1(2): 44-8.
- Langevin V, François ML, Boini S, Riou A. Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. *General Health Questionary. T, TC 134, Doc Med Travail*, 2011 ; 125 : 23-35.

La fausse couche, un événement douloureux



Qu'est-ce qu'une fausse couche ?

Une fausse couche est l'arrêt spontané d'une grossesse. On parle de fausse couche précoce quand celle-ci survient dans les 14 premières semaines de grossesse. C'est un événement qui touche 10 à 20% des grossesses débutantes.

Pourquoi une fausse couche ?

80% des fausses couches sont dues à des anomalies de chromosomes (un ou des chromosome(s) en plus ou en moins) ne pouvant mener à un fœtus viable. Les autres raisons des fausses couches peuvent être dues à des anomalies de l'utérus de la maman (utérus avec une forme anormale) ou à des anomalies vasculaires (c'est-à-dire des vaisseaux sanguins qui ne fonctionnent pas correctement entre la maman et l'embryon). Il est rarement nécessaire de faire une autopsie ou une étude plus approfondie des causes. Il s'agit en aucun cas de la faute de la femme.

Qui est concerné par la fausse couche ?

Toutes les femmes, quel que soit leur âge, leur origine ethnique et leur antécédents gynécologiques, peuvent faire une fausse couche.

Quels sont les symptômes d'une fausse couche ?

Une fausse couche se manifeste par de violentes ***douleurs abdominales***, parfois très intenses, qui correspondent aux contractures utérines. L'utérus se contracte pour expulser l'embryon.

Des ***saignements*** accompagnent la fausse couche. Ils peuvent être très abondants et impressionnants par leur quantité. Ce sont des saignements généralement rouges vifs, plus ou moins épais.

Il est également possible d'expulser spontanément l'embryon. Celui-ci ressemble à une poche souple et visqueuse, de couleur rouge.

Comment réagir ?

Si les douleurs et les saignements ne sont pas importants, vous pouvez vous adresser à votre médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme. Ceux-ci pourront vous rassurer et vous indiquer la conduite à tenir. Ils pourront également vous expliquer ce qu'est une fausse couche, pourquoi vous en faites une et vers qui vous adresser pour la suite de la prise en charge.

Si les douleurs et les saignements sont trop importants, vous devez vous présenter directement aux **urgences** de l'hôpital le plus proche de chez vous, pour qu'un bilan sanguin et qu'une échographie soit faits.

Quels sont les traitements ?

Certaines fausses couches se passent spontanément, seul un contrôle échographique suffit.

Dans d'autres cas, l'utérus n'arrive pas à expulser tout seul l'embryon. Dans ce cas, la patiente peut être amenée à prendre un médicament qui facilitera l'expulsion.

Quand le médicament ne suffit pas, la femme doit bénéficier d'un curetage. Le curetage peut également se faire d'emblée si les saignements sont trop abondants. Il se fait à l'hôpital. C'est une petite intervention qui se pratique sous anesthésie locale ou générale et qui permet d'aller directement chercher l'embryon dans l'utérus par voie naturelle. Cette intervention est rapide et la patiente peut rentrer chez elle le soir même.

Et après ?

La fausse couche est un événement douloureux aussi bien pour la future maman que pour le futur papa. Il est important de vous reposer et d'en parler pour évacuer vos angoisses, vos peurs et avoir les réponses à vos questions.

Pour cela vous pouvez vous adresser à votre **médecin généraliste**, gynécologue ou sage-femme. Son rôle est de vous écouter, de vous rassurer et de vous expliquer ce que vous êtes en train de vivre. Ils peuvent également vous orienter vers un psychologue.

Votre médecin généraliste peut être pour vous un véritable soutien et vous permettra d'envisager plus sereinement la prochaine grossesse.

LES FAUSSES COUCHES PRECOSES



Les fausses couches précoces correspondent à l'arrêt et à l'expulsion de la grossesse avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée.

Elles sont très fréquentes. Elles représentent 1 femme sur 4 et 15 à 20 % des grossesses

Elles sont souvent dues à des anomalies chromosomiques qui empêchent le développement de la grossesse et provoquent son arrêt.

Diagnostic

Les signes pouvant faire penser à une fausse couche précoce sont les **saignements** et les **douleurs pelviennes** (douleurs dans le bas ventre).

Devant l'un de ces symptômes il est nécessaire de consulter aux **urgences gynécologiques**.

Le diagnostic de fausse couche précoce est ensuite confirmé par **échographie** ou par dosage des hormones de grossesse.

Dans certains cas, la fausse couche ne provoque aucun symptôme et elle est diagnostiquée lors d'une échographie, en l'absence de battements de cœur de l'embryon ou en constatant que la croissance embryonnaire s'est arrêtée.

La prise en charge

Après une fausse couche précoce, l'embryon, les membranes et le placenta sont souvent **expulsés spontanément** par le vagin en une à deux semaines (parfois jusqu'à quatre semaines) à domicile. L'expulsion du matériel **endo-utérin** s'accompagne de **saignement** souvent plus important que des règles avec parfois des caillots de sang et de **douleurs** pelviennes. Ce phénomène naturel est surveillé par des échographies répétées.

Parfois l'expulsion naturelle ne se fait pas ou alors est incomplète. Dans ces cas-là une prise en charge médicale est nécessaire.

Il existe 2 types de prise en charge médicale : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale

La méthode médicamenteuse :

Elle consiste à prendre des comprimés de **misoprostol** (par voie orale). Les médicaments entraînent des contractions utérines et l'ouverture du col de l'utérus. Ce qui provoque ensuite à l'**expulsion du matériel endo-utérin**. La prise de misoprostol est souvent associée à des **douleurs** et des **saignements**. Les douleurs pouvant être intenses des médicaments contre la douleur sont prescrits. Cette méthode ne nécessite pas d'hospitalisation, la prise des médicaments et l'expulsion se fait à **domicile**. En générale l'expulsion se fait dans les 72h qui suivent la prise de médicaments.

La méthode chirurgicale :

Elle correspond à l'**aspiration** au bloc opératoire du matériel **endo-utérin** sous **anesthésie générale**. Cette méthode requiert une **hospitalisation** d'une journée.

Les complications

Les complications physiques des fausses couches précoces et de leur prise en charge sont **rares** :

-L'**hémorragie** : saignements d'abondance anormale (serviettes hygiéniques changées toutes les 15 min pendant plus de deux heures).

-L'**infection vaginale** : fièvre et écoulements vaginaux purulents et nauséabonds.

Ces symptômes doivent amener à consulter aux **urgences gynécologiques**.

Les fausses couches précoces et leur prise en charge n'ont **aucun impact négatif sur les grossesses futures**.

Une fausse couche est souvent un événement difficile à vivre pour les femmes. **Il est important d'en parler et de se faire aider.**

Contacts utiles 🏠 📞

- Urgences gynécologiques
- Psychologues
- Associations

ANNEXE 8 : Proposition d'un parcours de soin

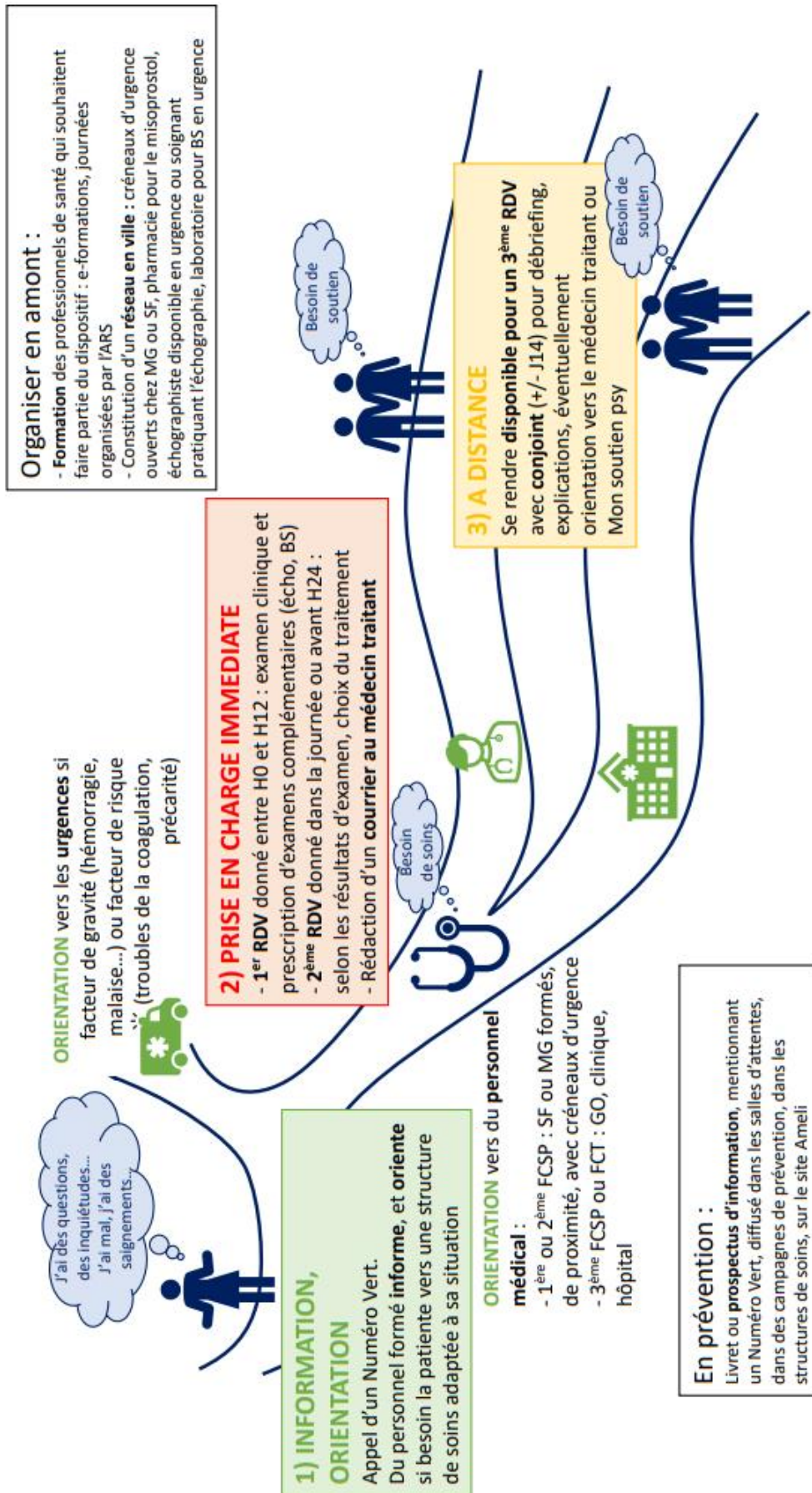


TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 - La démographie des médecins généralistes en PACA au 1er janvier 2023	15
Figure 2 - Flow chart.....	20
Figure 3 - Sexe des participants.....	21
Figure 4 - Participants répartis selon leur classe d'âge	21
Figure 5 - Analyse descriptive de l'"âge des participants"	22
Figure 6 - Répartition des participants selon leur mode et leur lieu d'exercice	22
Figure 7 - Fréquence de PEC des FC dans la pratique des participants.....	25
Figure 8 - Fréquence de PEC d'une FC selon le sexe.....	25
Figure 9 - Fréquence de PEC d'une FC selon l'âge	26
Figure 10 - Proportion de médecins généralistes ayant déjà répondu à une demande de soins psychiques post-FC.....	26
Figure 11 - Taux de médecins généralistes consultés pour des troubles psychiques post-FC selon le sexe	27
Figure 12 - Taux de médecins généralistes consultés pour des troubles psychiques post-FC selon l'âge	27
Figure 13 - Auto-évaluation par les médecins généralistes de leur compétence à répondre à une demande de soins pour des troubles psychiques post-FC.....	28
Figure 14 - Auto-évaluation par les médecins généralistes de leur compétence à répondre à une demande de soins pour des troubles psychiques post-FC selon le sexe	29
Figure 15 - Auto-évaluation par les médecins généralistes de leur compétence à répondre à une demande de soins pour des troubles psychiques post-FC selon l'âge.....	29
Figure 16 - Sources de formation reçues par les médecins généralistes sur les fausses couches et leurs séquelles psychiques.....	30
Figure 17 - La fausse couche avec son suivi psychologique est-elle une problématique de médecine générale ?.....	31
Figure 18 - Considération de la fausse couche et son suivi comme une problématique de médecine générale selon le sexe	32
Figure 19 - Considération de la fausse couche et son suivi comme une problématique de médecine générale selon l'âge.....	32
Figure 20 – Estimation de la proportion de femmes faisant une fausse couche dans leur vie par les médecins généralistes.....	33
Figure 21 - Connaissances des médecins généralistes sur les troubles psychiques pouvant résulter d'une fausse couche.....	34
Figure 22 - Etat des lieux de la connaissance de la loi par les médecins généralistes	34
Figure 23 - Etat des lieux de la connaissance de la loi par les médecins généralistes selon leur sexe ..	35
Figure 24 - Etat des lieux de la connaissance de la loi par les médecins généralistes selon leur âge ...	35
Figure 25 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur la suppression du délai de carence.....	37
Figure 26 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur la suppression du délai de carence selon le sexe	37
Figure 27 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à la suppression du délai de carence	39
Figure 28 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »	41
Figure 29 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon l'âge.....	41

Figure 30 - Intérêt porté par les médecins généralistes sur l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon la source de formation "Article de presse"	42
Figure 31 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »	44
Figure 32 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon la source de formation « Jamais »	45
Figure 33 - Evaluation par les médecins généralistes du caractère nouveau de l'article permettant l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy »	47
Figure 34 – Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant l'orientation par sages-femmes et médecins des patientes et leur conjoint vers le dispositif « Mon soutien psy » selon la source de formation « Expérience personnelle »	47
Figure 35 - Intérêt porté par les médecins généralistes pour la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC	49
Figure 36 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC	51
Figure 37 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC	53
Figure 38 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC selon leur fréquence de prise en charge d'une FC	54
Figure 39 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC selon leur expérience de consultation pour troubles psychiques post-FC	55
Figure 40 - Apport nouveau estimé par les médecins généralistes concernant la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC selon la source de formation « Congrès »	55
Figure 41 – Intérêt porté par les médecins généralistes pour la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT	57
Figure 42 – Utilité trouvée par les médecins généralistes à la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT	59
Figure 43 - Utilité trouvée par les médecins généralistes à la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT selon le sexe	59
Tableau 1 - Analyse descriptive des données socio-démographiques des participants	20
Tableau 2 - Analyse bivariée de la pratique et des connaissances de médecins généralistes selon le sexe	23
Tableau 3 - Analyse bivariée de la pratique et des connaissances de médecins généralistes selon l'âge	24
Tableau 4 - Analyse bivariée de l'intérêt pour la suppression du délai de carence	36
Tableau 5 - Analyse bivariée de l'utilité de la suppression du délai de carence	38
Tableau 6 - Analyse bivariée de l'intérêt pour l'élargissement du dispositif « Mon soutien psy » aux patients ayant vécu une FC	40
Tableau 7 - Analyse bivariée de l'utilité de l'élargissement du dispositif « Mon soutien psy » aux patients ayant vécu une FC	43
Tableau 8 - Analyse bivariée de la nouveauté de l'élargissement du dispositif « Mon soutien psy » aux patients ayant vécu une FC	46

Tableau 9 - Analyse bivariée de l'intérêt pour la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC.....	48
Tableau 10 - Analyse bivariée de l'utilité de la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC.....	50
Tableau 11 - Analyse bivariée de la nouveauté de la mise en place par les ARS d'un parcours de soin dédié à la FC.....	52
Tableau 12 - Analyse bivariée de l'intérêt pour la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT.....	56
Tableau 13 - Analyse bivariée de l'utilité de la protection contre le licenciement des patientes pendant les 10 semaines suivant leur FCT.....	58

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : agence régionale de santé

BDI : Beck Depression Inventory

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

ESPT : état de stress post-traumatique

FC : fausse couche

FCSP : fausse couche spontanée précoce

FCT : fausse couche tardive

FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics

GEU : grossesse extra-utérine

GHQ : General Health Questionary (en 12 ou 30 questions)

IPA : infirmier en pratique avancée

IVG : interruption volontaire de grossesse

PACA : Provence-Alpes Côte d'Azur

PEC : prise en charge

QCM : questionnaire à choix multiple

SA : semaines 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.

RESUME

TITRE : Impact de la « Loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche » sur la prise en charge psychologique des fausses couches par les médecins généralistes de PACA.

Introduction : La fausse couche est un processus naturel de perte fœtale très fréquente, engendrant une souffrance psychologique chez la moitié des femmes et chez leur conjoint. Ces troubles psychiques sont souvent peu considérés et mal pris en charge. La sphère législative s'est emparée du sujet en janvier 2023, et une loi a été promulguée le 7 juillet 2023, visant à améliorer la prise en charge psychologique des couples après une fausse couche. Notre objectif principal est d'étudier l'impact de cette loi sur la pratique des médecins généralistes de PACA.

Méthodes : Une étude observationnelle quantitative descriptive transversale a été menée à l'aide d'un questionnaire anonyme auprès des médecins généralistes de PACA, de juin à novembre 2023.

Résultats : 91,8% des médecins estiment que la fausse couche est une problématique de médecine générale. 32,4% des médecins ont été confrontés à une demande de soins psychiques post-FC, touchant très peu la tranche d'âge la plus jeune ($p=0,00049975$), mais la majorité estime ne pas avoir les outils suffisants pour répondre à cette demande. Un quart seulement des médecins avait entendu parler de cette loi. Parmi les médecins qui se sont prononcés, la quasi-totalité qualifie les 4 articles de loi d'intéressants pour leur patientèle, et d'utiles pour leur pratique. L'aspect nouveau de l'élargissement de l'accès au dispositif « Mon soutien psy » et d'un parcours de soin coordonné pluridisciplinaire pour leur pratique est partagé (respectivement 17,8% et 28,8% y voient une nouveauté, contre 38,4% et 19,2%), certains médecins disant avoir déjà intégré ces mesures dans leur démarche de soins habituelle pour les fausses couches.

Discussion : La loi apporte des outils intéressants, utiles, et parfois nouveaux pour la prise en charge de fausses couches par le médecin généraliste. Ils répondent à des besoins formulés par patients et soignants depuis quelques années. Les parcours de soins devant être mis en place par les ARS le 1^{er} septembre 2024 répondront aux besoins de formation des professionnels de santé, d'information des patientes, de soins coordonnés et adaptés pour les situations de FC, de soutien psychologique accessible pour les couples. La suppression du délai de carence pour les arrêts maladie, l'accès au dispositif « Mon soutien psy », et la protection contre le licenciement des femmes ayant vécu une FCT, sont autant de mesures visant à soutenir les couples confrontés à la fausse couche.

Mots-clés : médecin généraliste, fausse couche, interruption spontanée de grossesse, loi, psychologie, troubles psychiques