

# Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

www.ancic.asso.fr



## L'ECHO DE L'ANCIC

Bulletin trimestriel d'information

N°6-avril 2012

### EDITORIAL

Le thème de l'IVG refait surface à l'occasion de cette campagne présidentielle suite à la publication du rapport Nisand et à la journée des femmes du 8 mars.

A la Cigale le 7 mars, quatre candidats à la présidentielle (François Hollande, Eva Joly, Jean-Luc Mélenchon et Philippe Poutou) ont répondu à l'invitation des « féministes en mouvement ». Ils se sont tous engagés pour la mise en place d'un ministère des droits des femmes.

Le lendemain, le Front National proposait le déremboursement des « IVG de confort » alors que François Hollande souhaite un centre IVG dans chaque établissement hospitalier et la prise en charge à 100% des IVG. Eva Joly propose de supprimer la clause de conscience, dénonçant les médecins qui refusent de pratiquer l'IVG en raison de raisons financières et non morales. Jean-Luc Mélenchon veut inscrire le droit à l'avortement dans la constitution. Pour la porte-parole de l'UMP, Nathalie Kosciusko-Morizet, « l'urgence réside dans l'information des jeunes filles pour qu'elles n'aient pas à recourir à l'IVG ».

Dans ce contexte politique, l'équipe de l'écho veut réagir à la violence et au retour de l'ordre moral :

- suite à l'attentat du siège de l'ANCIC en début d'année 2012, nous donnons la parole à Marie-Laure Brival, ancienne présidente de l'association
- en réaction aux propos démagogiques d'Israël Nisand, nous donnons la parole à Philippe Lefebvre
- et pour conclure notre dossier, un article paru sur le site Internet de Libération interpellant certains politiques suite à leurs déclarations

Le comité de rédaction

#### EDITO

p.1

#### DOSSIER : « *Le retour de la morale* »

- le siège de l'ANCIC cible d'un acte criminel p. 2
- polémique dans la presse p. 3 à 5
- Vive les IVG confortables ! p. 6

#### POINT DE VUE : p. 7 à 10 « *Peut-on simplifier les IVG médicamenteuses en France ?* »

#### ACTUALITES p.11-12

#### DATES À RETENIR p. 12

#### Comité de rédaction :

Emmanuelle Lhomme (Secrétaire de rédaction)

Florence Baruch

Marie-Laure Bazile

Martine Chosson

Véronique Leralle

Claire de Truchis

#### Présidence de l'ANCIC :

Sophie Eyraud

Martine Hatchuel

Jean-Claude Magnier

Mail : [contact@ancic.asso.fr](mailto:contact@ancic.asso.fr)

### LE SIEGE DE L'ANCIC CIBLE D'UN ACTE CRIMINEL

**Pour la première fois de son histoire, le siège social de l'ANCIC fut la cible d'une tentative d'incendie dans la nuit du samedi 21 au dimanche 22 janvier 2012. Après l'incrédulité et la sidération, c'est avec force et indignation que nous dénonçons cet acte abject dont les conséquences auraient pu être dramatiques.** Le siège de l'association, faute d'un local dédié, a toujours été hébergé chez un des membres du CA, en l'occurrence chez moi depuis plus de cinq années. Cette agression inadmissible visait non seulement l'association elle-même mais aussi des personnes physiques dans leur vie privée. L'enquête est maintenant terminée, une plainte contre X est déposée et nous pouvons rendre public les faits.

Les faits : le dimanche 22 janvier, vers 8h du matin, je me suis réveillée avec des maux de tête inhabituels pour découvrir mon séjour envahi par une épaisse fumée noire. Constat surnaturel puisqu'il n'y avait visiblement aucun feu dans l'appartement. Très vite j'ai pu identifier d'où venait cette fumée puisque ma porte palière avait été rongée par un feu qui à cette heure n'était plus actif. Un trou béant d'une vingtaine de centimètres en bas de cette porte blindée anti-feu montrait l'intensité du feu qui l'avait occasionné. Le plancher, dans l'appartement, était déjà brûlé sur une trentaine de centimètres (environ quatre lattes de plancher). J'ai d'abord pensé à un incendie dans l'immeuble mais ce n'était pas le cas. **Le feu avait été mis intentionnellement devant ma porte avec un dispositif de mise à feu qui a été retrouvé par la police judiciaire dépêchée sur les lieux très rapidement. Le système d'alarme incendie de l'immeuble avait été désactivé. Pour la police il n'y avait aucun doute, l'acte était intentionnel** et visait directement cet appartement et pas un autre. Fait d'autant plus surprenant que l'entrée de l'immeuble, comme la plupart des immeubles à Paris, est hautement sécurisé. Il fallait donc avoir les codes d'accès et avoir repéré l'appartement auparavant. Il n'y a eu aucun acte de vandalisme dans l'immeuble et aucun autre appartement touché. L'enquête de voisinage n'a rien révélé de suspect dans la nuit. Devant la gravité des faits, la police criminelle est resté sur les lieux jusqu'au début de l'après midi afin de faire tous les prélèvements et relevés d'empreintes nécessaires pour tenter d'identifier le ou les auteurs. Seul un sac plastique a été retrouvé dans les escaliers. Lors de ma déposition dans les bureaux de la Police Judiciaire, alors qu'ils insistaient pour essayer de me trouver des ennemis personnels, il ne m'est pas venu à l'esprit que cet acte pouvait avoir un lien avec notre association.

Les faits ont été pris très au sérieux, «un ou des individus très dangereux qui n'ont pas hésité à mettre en danger la vie de plusieurs personnes ».Ce sont les enquêteurs eux-mêmes qui, le lendemain, ont demandé à m'auditionner à nouveau. Ils avaient en effet poursuivi leurs investigations et trouvé sur Internet des renseignements concernant le siège de l'ANCIC et mes engagements personnels pour la défense des droits des femmes. Il s'agissait pour eux d'une piste très sérieuse. En effet le dimanche 22/01/12 se déroulait à la république (même quartier du 11<sup>ème</sup> arrondissement que moi) le grand rassemblement annuel pour le droit à la vie. Près de dix mille personnes venues de la France entière participaient à cette manifestation. Les différents relevés n'ont malheureusement rien donné et l'enquête est maintenant close. Mais **c'est la seule piste sérieuse qui a été retenue : un lien direct avec le mouvement anti avortement que ce soit l'œuvre d'un individu isolé ou d'un groupe.**

Les conséquences auraient bien sûr pu être beaucoup plus dramatiques si cet immeuble récent n'était pas entièrement en matériaux ignifuges ce qui a arrêté la propagation du feu. Je m'en suis sortie avec une légère intoxication à l'oxyde de carbone et, après le choc psychologique indéniable, c'est l'indignation et la détermination à ne jamais baisser les bras qui m'animent dorénavant.

Ces événements doivent nous faire réfléchir sur la forme que peut prendre les actions du mouvement anti avortement en France. Le climat général en France, en Europe et aux USA qui voit partout régresser les droits fondamentaux des femmes au profit du lobbying pour le droit à la vie, l'offensive à laquelle nous assistons sur les conséquences psychologiques de l'avortement sont, à mon sens, extrêmement symptomatiques. Une offensive sans précédent est à l'œuvre et ce de façon coordonnée. Nous devons en avoir conscience et y faire face en réaffirmant notre détermination à poursuivre notre lutte pour que jamais les droits fondamentaux des femmes ne soient bafoués ici ou ailleurs. **Nous ne devons laisser aucune prise à ces intimidations. L'heure n'est pas à la division, plus que jamais la vigilance et le rassemblement de toutes nos forces s'imposent.**

**Marie-laure Brival**

## DOSSIER : LE RETOUR DE LA MORALE

### POLEMIQUE DANS LA PRESSE :

La remise le 15 février dernier du rapport d'Israël Nisand sur l'IVG des mineures en France demandé par le secrétariat d'état à la jeunesse, a suscité des réactions de sociologues : « *Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement chez les jeunes ?* » par Nathalie Bajos et col. (1).

En réponse, Israël Nisand a remis en cause les travaux de Nathalie Bajos sur l'IVG et la contraception dans la presse : « *Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement chez les jeunes ? Oui !* » (2), soulevant l'indignation des femmes et des professionnels : « *IVG : le retour des entrepreneurs de morale* » par Nathalie Bajos et col. (3), « *Nous avons avorté, nous allons bien, merci !* » par Les filles des 343 (4), « *Nul n'a le monopole de la parole des femmes !* » par un groupe de médecins (5).

**Références :** Tous ces articles sont parus dans le quotidien Libération.

Pour lire le texte intégral, il suffit en se mettant sur le titre de l'article d'appuyer sur Ctrl+clic pour suivre le lien.

(1) [Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement chez les jeunes ?](#)

Tribune | 1/03/2012 | Par Nathalie Bajos Sociologue-démographe (Inserm), Michèle Ferrand Sociologue (CNRS), Laurence Meyer Médecin épidémiologiste, (université Paris-Sud), Caroline Moreau Médecin épidémiologiste, (Inserm), Josiane Warszawski médecin épidémiologiste (université Paris-Sud)

(2) [Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement des jeunes ? Oui !](#)

Tribune | 9/03/2012 | Par Israël Nisand, Brigitte Letombe Gynécologues et Sophie Marinopoulos psychanalyste. Auteurs de «Si on parlait de sexe à nos ados ?» (éd. Odile Jacob)

(3) [IVG : le retour des entrepreneurs de morale](#)

Tribune | 20/03/2012 | Par Nathalie Bajos Inserm, Michèle Ferrand CNRS, Laurence Meyer Université Paris-Sud, Caroline Moreau Inserm et Josiane Warszawski Université Paris-Sud

(4) [Nous avons avorté, nous allons bien, merci !](#)

Tribune | 20/03/2012 | Par Les filles des 343 Collectif créé en avril 2011 à l'occasion du 40e anniversaire de la parution du Manifeste des 343. Formé par des militantes féministes d'âges et d'origines divers, copines de blogs, appartenant pour certaines à des organisations ou associations féministes et/ou de la gauche de la gauche.

(5) [Nul n'a le monopole de la parole des femmes !](#)

Tribune | 20/03/2012 | Par un groupe de médecins, gynécologues et obstétriciens

Nous reproduisons ici le dernier de ces articles, signé par de nombreux membres de l'ANCIC suivi d'un texte de Philippe Lefebvre réagissant aux propos de Israël Nisand.

## NUL N'A LE MONOPOLE DE LA PAROLE DES FEMMES

**Par un groupe de médecins, gynécologues et obstétriciens**

Suite à la tribune de M. Nisand, et de Mmes Letombe et Marinopoulos ([Libération du 9 mars 2012](#)) et de par notre large et ancienne pratique clinique de l'avortement, nous ne pouvons rester silencieux. Tout le monde s'accorde pour améliorer l'accès à une contraception efficace en visant l'excellence, en évitant ce qui peut l'être. Pour autant, ne tombons pas dans le piège de la psychanalyse moralisatrice en faisant de l'avortement un acte obligatoirement traumatisant et nécessitant un accompagnement forcément de longue durée dont on ne se remettrait jamais, argument largement utilisé par les antichoix !

Nul ne peut se prévaloir du monopole du psychisme des femmes, peut-être est-ce le problème ! L'avortement est une fenêtre ouverte sur l'inconscient comme tant d'actes et d'événements de la vie, ni plus ni moins. Nous avons toutes et tous rencontré des grossesses, des accouchements, des fausses couches voire certains examens gynécologiques bien plus traumatisants que l'avortement. L'avortement est dans notre pratique quotidienne et notre approche du suivi gynécologique des femmes, un acte comme un autre. A ce titre, nous devons le faire dans les meilleures conditions pour qu'il s'inscrive naturellement dans l'histoire de la femme. Sur ce champ-là, il y a encore beaucoup à dire et à faire car c'est ce regard condescendant, culpabilisant de la société relayé par trop de médecins, dont certains médiatiques, qui produit tant de ravages. «Droit de regard» et de jugement sur les choix fait par les femmes d'interrompre leur grossesse quand ce regard ne leur impose pas la «bonne» méthode. Stigmatiser les femmes, stigmatiser l'avortement, c'est ni plus ni moins ajouter un traumatisme social à une société en crise précarisant, tous les jours un peu plus, les femmes !

Trop c'est trop ! Améliorer la prise en charge des femmes qui viennent dans l'attente d'une solution à leur demande pressante, c'est être capable de les recevoir rapidement, de les écouter, d'entendre leurs questionnements, leurs désirs, leurs craintes. Améliorer la prise en charge des femmes en demande d'avortement, c'est ôter la honte, la culpabilité ressentie, c'est œuvrer collectivement pour qu'enfin les femmes ne portent plus, tel Sisyphe, inlassablement, ce fardeau de la «faute» à expier. Fardeau qu'effectivement les hommes ne portent pas ! L'avortement ne nous appartient pas mais aux femmes que nous rencontrons et nous continuerons résolument à œuvrer pour que cet acte soit, comme c'est souvent le cas, un acte structurant de leur vie.

**Signataires :** Mireille Becchio Médecin, Marie-Laure Brival gynécologue obstétricienne, cheffe de service, Joëlle Brunerie et Laurence Danjou gynécologues, Philippe David Danielle Gaudry gynécologues obstétriciens, Laurence Esterle et Sophie Eyraud médecins, Philippe Faucheret Sophie Gaudu gynécologues obstétriciens, Martine Hatchuel gynécologue obstétricienne, cheffe de service, Christine Leballonnier gynécologue obstétricienne, Philippe Lefebvre gynécologue, chef de pôle femme-mère-enfant, Jean-Claude Magnier et Pierre Moonens gynécologues, Raymonde Moullier médecin, Catherine Perrigaud et Catherine Soulat gynécologues, Françoise Tourmen gynécologue, Claire de Truchis médecin.

## **POUR L'ECHO DE L'ANCIC, PHILIPPE LEFEBVRE REAGIT AUX PROPOS D'ISRAEL NISAND**

**Philippe Lefebvre est gynécologue, chef de pôle femme-mère-enfant à l'Hôpital de Roubaix.**

Nous avons tous une « large et ancienne pratique clinique », ce qui ne nous empêche pas d'apprécier un autre regard, celui des sociologues et des chercheurs, qui par leur travail permettent de nous faire comprendre les aléas et les limites de la contraception, responsables de la survenue de grossesses accidentelles.

Réduire ce vrai travail de terrain à une position idéologique ne reposant que sur des chiffres et des cases à cocher, parler de négationnisme au vu des résultats de leurs études, c'est proprement scandaleux.

La remise en cause des statistiques n'est pas une démarche scientifique, elle s'apparente dans cette réponse, à une malsaine démarche populiste laissant penser que l'interruption volontaire de grossesse est un fléau responsable des pires maux, jusqu'au suicide de nos adolescents, que l'on pourrait éviter les IVG en prenant la contraception (= culpabilisation des personnes), que l'on pourrait éviter l'IVG comme nos voisins (?) (= faute des responsables politiques).

La littérature scientifique internationale contredit totalement le caractère dramatique des conséquences psychologiques de l'IVG chez les jeunes filles.

Les jeunes utilisent de plus en plus la contraception, et il faut bien entendu les encourager et promouvoir toutes les démarches d'information et d'éducation dans ce domaine.

**Accepter que l'IVG soit un moyen de régulation des naissances, ne veut pas dire banaliser l'IVG, mais simplement montrer qu'on a compris que les jeunes femmes, les couples, et la pratique contraceptive ne sont pas infaillibles.**

Ne faisons pas les fiers à bras en pensant résoudre, grâce à notre engagement, nos discours et nos ordonnances, le problème des grossesses non prévues. **L'interruption volontaire de grossesse ne nous appartient pas, ce droit est la propriété des femmes**, et son étude n'appartient pas exclusivement aux cliniciens, mais aussi à tous les chercheurs en sciences sociales et santé publique.

## VIVE LES IVG CONFORTABLES !

*Valérie Haudiquet et Maya Surduts militent à la coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (Cadac) ; Dominique Boubilley, Béatrice Fougeyrollas, Maud Gelly et Emmanuelle Lhomme sont médecins au centre d'IVG de l'hôpital de Colombes.*

A notre grande surprise, l'avortement est devenu un thème de campagne. Malgré son ambition de dépoussiérer les thèses politiques de l'extrême droite, le Front national renoue avec la tradition réactionnaire et hostile aux femmes dont il est issu: ses dirigeants osent parler d'«*IVG de confort*», terme méprisant renvoyant à l'idée de femmes irresponsables et désinvoltes.

Déjà, en 1975, les opposants à la légalisation de l'avortement agitaient ce fantasme pour empêcher la reconnaissance de leur droit à disposer de leur corps. Pire: le Front national envisage de dérembourser ces IVG, remettant en cause un droit fondamental. **Il y a toutes sortes de raisons pour décider de faire interrompre sa grossesse, et il n'appartient à personne d'autre qu'à la femme concernée de juger de leur légitimité.**

**Nous, praticiennes de l'IVG et militantes pour les droits des femmes, n'avons jamais vu d'«IVG de confort». En revanche, nous constatons que les conditions dans lesquelles les femmes sont reçues en vue d'un avortement, ainsi que les conditions de travail des professionnels de l'IVG, sont de plus en plus inconfortables.** Les centres d'IVG ferment les uns après les autres du fait des réorganisations hospitalières décidées par les agences régionales de santé. Il en résulte pour chaque structure une augmentation de la charge de travail, qui dégrade la qualité de l'accueil des femmes.

Les hôpitaux, quand ils ne refusent pas tout simplement d'embaucher de nouveaux praticiens pour réaliser les IVG, les recrutent et les payent dans des conditions indignes et dérogatoires au droit du travail. Aujourd'hui, le droit à l'avortement a deux adversaires: la politique de démantèlement de l'hôpital public, et les opposants historiques au droit des femmes, qui ne désarment pas. Ainsi le siège social de l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (Ancic) vient de faire l'objet d'un attentat à l'explosif, non revendiqué.

Dans ce contexte, les propositions de François Hollande nous semblent aller dans le bon sens, à condition qu'elles ne restent pas lettre morte. Nous nous souvenons amèrement d'un autre 8 mars, lors duquel Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, avait promis la revalorisation du tarif de l'IVG... que nous attendons toujours. Aujourd'hui, François Hollande promet un centre d'IVG dans chaque hôpital, ce qui n'est rien d'autre que l'application de la loi de 1979 sur l'IVG. Il promet aussi le remboursement de l'IVG à 100%, ce que revendiquent depuis toujours les associations féministes car c'est une garantie de l'accès de toutes à l'avortement.

Il est grand temps que, pour le système de santé, l'IVG soit un acte médical comme un autre. **L'IVG doit donc être intégrée à la nomenclature des actes médicaux, et son tarif doit évoluer comme celui des autres actes médicaux, afin de mettre fin au désengagement des établissements vis-à-vis de cette activité actuellement non rentable. Cette réforme tarifaire ne doit pas alourdir la charge financière pour les femmes. Elle doit s'accompagner d'un remboursement à 100% par l'assurance maladie,** comme c'est le cas pour tous les actes médico-chirurgicaux dont le tarif le justifie.

Pour garantir l'accès à l'avortement et à la contraception, les pouvoirs publics doivent satisfaire les revendications incluses dans le manifeste «Les structures que nous voulons pour l'IVG», porté par la Cadac, le Mouvement français pour le Planning familial et l'Ancic. **Nous voulons des structures intra ou extra-hospitalières avec des locaux spécifiques, un budget dédié, des personnels dédiés et volontaires. Il faut se donner les moyens de recruter et de former des professionnels.** La résurgence d'un vieux fond idéologique hostile au droit à l'avortement souligne que la pratique des IVG doit rester sous la responsabilité de personnels volontaires. Le recrutement et l'évaluation des candidatures doivent donc faire partie des prérogatives de l'équipe du centre d'IVG, plus apte que la direction de l'hôpital ou le chef de pôle à juger de l'adéquation de la formation des candidats.

**La pratique des IVG doit rester ouverte aux médecins généralistes.** Alors que ce sont des généralistes qui ont ouvert les premiers centres aux lendemains de la légalisation de l'avortement en 1975, la tendance actuelle est à les écarter pour récupérer au profit des services de gynécologie-obstétrique les moyens jusqu'alors attribués aux structures IVG. **Les personnels des centres d'IVG doivent avoir un CDI et leur salaire doit évoluer comme celui de leurs collègues hospitaliers.** Cela semble aller de soi, mais ce n'est pourtant actuellement pas le cas. Les établissements de santé doivent pouvoir offrir aux personnels les moyens de leur formation. Leur statut doit inclure des fonctions d'enseignement et de recherche.

Ceci permettra de répondre à la demande en augmentant le nombre de structures et de les pérenniser pour enfin réaliser les IVG de façon confortable pour les femmes.

<http://www.liberation.fr/recherche/?q=ivg>

## POINT DE VUE

### PEUT-ON SIMPLIFIER LA REALISATION DES IVG MEDICAMENTEUSES EN FRANCE ?

Docteur Philippe Faucher, Gynécologue Obstétricien (Paris)

Aujourd'hui près d'une IVG sur deux est réalisée en France grâce à la méthode médicamenteuse. L'accès à cette méthode n'a cessé de croître depuis 20 ans et la possibilité donnée depuis 2004 aux médecins de ville, gynécologues et généralistes, de pratiquer cet acte dans l'intimité de leur cabinet contribue certainement à cette augmentation. Une IVG médicamenteuse sur 5 est en effet réalisée dans un cabinet de ville avec cependant une très forte disparité selon les régions françaises. La réalisation d'une IVG médicamenteuse reste très encadrée par des contraintes législatives, médicales ou humaines. La mise à la disposition des femmes par Internet du « Kit IVG médicamenteuse » a suscité une polémique salutaire. La réaction des autorités de santé évoquant un risque de mort des femmes qui utiliseraient ce kit est sans fondement. En réalité ce qui fait peur c'est plutôt la facilité avec laquelle des femmes pourraient recourir à l'avortement en contournant grâce à Internet et à ses marchands les obligations légales et médicales de l'avortement médicamenteux. Plutôt que de pousser des cris d'orfraie, **il conviendrait sans doute de vivre avec son temps et de s'interroger sur le bien fondé scientifique et humain du parcours que nous faisons subir aux femmes pour accéder à leur demande d'IVG**. En deux mots peut-on simplifier la réalisation des IVG médicamenteuses tout en gardant un niveau de sécurité de la prise en charge optimal ?

#### 1) Pourquoi simplifier ?

- **Pour gagner du temps** : Gagner du temps en matière d'IVG médicamenteuse est important. La loi française n'autorise en effet cette méthode que jusqu'à 7 semaines depuis la date des dernières règles si l'IVG est pratiquée dans un cabinet de ville et jusqu'à 9 semaines à l'hôpital. Une femme devra donc aller vite dans ses démarches, d'autant plus qu'elle souhaite consulter en ville ou rester chez elle pour avorter sans être hospitalisée. Gagner du temps c'est donc favoriser l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville et dans une moindre mesure à l'hôpital.
- **Pour améliorer le vécu de l'IVG** : Plus l'avortement sera réalisé précocement dans la grossesse, moins les saignements seront abondants mais surtout moins les douleurs seront importantes. Or l'intensité des douleurs est le facteur principal, retrouvé dans les études et dans la pratique, qui limite l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse. **En gagnant du temps grâce à la simplification de la procédure, une patiente pourra avorter plus tôt et donc en souffrant moins**. La multiplication des démarches pour accéder à l'IVG peut aussi compliquer le vécu de l'avortement pour certaines femmes, soit en raison de leur activité professionnelle, soit en raison d'un souci de confidentialité,
- **Pour améliorer le suivi des patientes** : Le contrôle de la réussite de l'IVG médicamenteuse est apprécié lors d'une visite chez le médecin 15 jours à 3 semaines après la prise des comprimés. Généralement il est demandé aux femmes de pratiquer à nouveau une échographie ou un dosage sanguin des hormones de la grossesse avant de se rendre à cette visite. Or on estime à environ 20% le nombre de patientes en Ile de France ne se présentant pas à cette visite et pour lesquelles nous n'avons pas d'informations précises sur le vécu et l'efficacité de la méthode médicamenteuse. Un allègement du suivi (entretien téléphonique, télé-médecine, contrôle par test urinaire à domicile ...) permettrait de diminuer le nombre de femmes perdues de vues.
- **Pour lutter contre les dérives (marché noir, Internet...)** : Devant des difficultés matérielles ou organisationnelles, certaines femmes peuvent être tentées de se procurer les médicaments nécessaires à une IVG médicamenteuse par des moyens non officiels. On savait déjà qu'il est possible de se procurer « dans la rue » du misoprostol (Cytotec®) qui est un des deux médicaments utilisés dans l'avortement médicamenteux. Maintenant nous savons aussi qu'il est possible d'acheter sur Internet les deux composés nécessaires (« Kit IVG médicamenteuse »). Il n'est pas déraisonnable de penser que plus les femmes auront accès facilement à l'IVG médicamenteuse, moins elles seront tentées de recourir à ces filières parallèles dont la sécurité est moins bonne en raison du manque d'encadrement.
- **Pour économiser de l'argent** : La procédure de l'IVG médicamenteuse implique aujourd'hui un certain nombre de consultations et d'exams complémentaires dont la justification peut être remise en cause et dont la suppression peut permettre de faire économiser de l'argent à la patiente et à la société (qui rembourse l'IVG et les exams complémentaires exigés pour permettre sa réalisation).

## **2) Comment simplifier ?**

Voici plusieurs propositions qui permettraient de simplifier considérablement la réalisation des IVG médicamenteuses en France

### **- Revenir sur le dogme de l'échographie systématique avant une IVG médicamenteuse.**

Plusieurs études montrent qu'il existe une bonne corrélation entre la datation de la grossesse par le clinicien (date des dernières règles +/- examen clinique) et celle déterminée par l'échographie. Une étude récente [1], menée aux Etats-Unis chez 4257 femmes, confirme que l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de différencier les femmes qui sont éligibles pour une IVG médicamenteuse et celles qui nécessitent une échographie ou d'autres examens. Près de 99 % des femmes étudiées ont été correctement déclarées éligibles pour l'IVG par l'interrogatoire et l'examen clinique seuls. L'étude montre aussi que les femmes qui demandent une IVG croient souvent leur grossesse plus avancée qu'elle ne l'est, avec une marge d'erreur qui permet de recourir sans risque à l'avortement médicamenteux.

L'échographie ne paraît pas non plus indispensable face au risque de grossesse extra-utérine (GEU), qui n'est pas diagnostiquée dans 30% des cas (surtout si le taux de  $\beta$ -hCG < 1500 mIU/ml). Le dépistage de la GEU pourrait tout aussi bien être effectué grâce à la prise en compte des facteurs de risque, des symptômes et de l'examen clinique. Le **test urinaire Inexscreen** [2], qui permet de doser les fractions de la  $\beta$ -hCG normale et modifiée, est aussi d'un intérêt prometteur : sa valeur prédictive négative pour une GEU est de 99,3%.

### **- Obtenir la suppression du délai de 7 jours de réflexion obligatoire selon la loi entre le moment de la demande de l'IVG et sa réalisation**

Le délai de réflexion ne répond pas à une justification scientifique, mais à une obligation légale. Il est de 7 jours en France et en Italie, 5 jours aux Pays-Bas, 3 jours en Espagne. Il n'existe pas en Grande-Bretagne ni dans la majorité des pays d'Europe de l'Est [3].

### **- Diversifier l'offre de soins en autorisant les sages femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses**

La consultation par d'autres personnels de santé habilités pourrait être envisagée. En France, un amendement à la loi HPST - refusé par le Conseil constitutionnel - prévoyait d'autoriser les sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses.

Une étude menée au Népal sous le parrainage de l'OMS montre que les taux de succès de l'IVG médicamenteuse sont identiques, qu'elle soit menée par des médecins, des sages-femmes, des infirmières ou par d'autres personnels de santé qualifiés [4].

### **- Assouplir de protocole d'administration des produits en réduisant au maximum le délai entre la prise de la mifepristone et la prise du misoprostol (normalement de 48h)**

La méta-analyse de 5 études randomisées portant sur 5.139 patientes suggère qu'il serait possible de raccourcir l'intervalle entre les deux prises et de le descendre jusqu'à 8 heures, sans perte d'efficacité (ce qui n'est pas en accord avec l'AMM) [5]. En dessous de 6 heures, l'efficacité semble diminuer. Toutefois, plusieurs études ont montré l'intérêt de l'administration conjointe des deux médicaments.

### **- Allonger le délai de réalisation des IVG médicamenteuses en ville de 7 à 9 semaines d'aménorrhée**

Aux Etats-Unis, en Suède, en Hollande, l'IVG médicamenteuse se pratique sans hospitalisation jusqu'à 63 jours d'aménorrhée. Au Royaume Uni, la loi impose d'administrer les médicaments dans un établissement de soins (clinique ou hôpital), mais en pratique les femmes viennent les chercher le médicament et repartent chez elles pour les prendre. Il leur est néanmoins possible d'être hospitalisées.

Les études cliniques ne mettent pas en évidence une différence statistiquement significative entre le risque d'hémorragie abondante avant ou après 7 semaines d'aménorrhée (SA), l'événement étant rarissime (<1%). Il est également peu probable qu'une hémorragie massive survienne préférentiellement pendant les quelques heures d'hospitalisation plutôt qu'après le retour au domicile.

Une étude menée en Suède (Karolinska University Hospital, Stockholm) a comparé IVG à domicile avant 7 SA versus IVG à domicile entre 7 et 9 SA (hors législation en France) [6]. Les taux d'efficacité et de complications sont comparables dans les deux cas. Le vécu des patients, leur expérience et leurs appréciations sont identiques, que l'avortement à domicile ait eu lieu avant ou après 7 semaines. L'avortement à domicile jusqu'à 9 SA pourrait ainsi représenter une simplification importante.

### **- Modifier la réalisation de la visite de contrôle**

#### **L'échographie**

L'échographie, souvent demandée, implique un surcoût et n'est pas un bon moyen de contrôle de l'IVG médicamenteuse. En cas d'images de rétention trophoblastique, elle ne permet pas de porter de façon pertinente l'indication d'une aspiration (dont les critères sont exclusivement cliniques), même si la probabilité de devoir pratiquer une aspiration est plus grande en cas de rétention importante ou en cas de grossesse arrêtée non expulsée. La valeur prédictive positive de l'épaisseur de l'endomètre pour la réalisation ultérieure d'une aspiration n'est pas satisfaisante [7-9].



### **Le dosage plasmatique de $\beta$ -hCG**

En cas de succès de l'IVG, les concentrations de  $\beta$ -hCG chutent de 70% par rapport à sa valeur initiale à J3 et de 99 % à J14. La sensibilité du dosage plasmatique de  $\beta$ -hCG pour détecter une grossesse évolutive est de 100% et sa valeur prédictive négative est de 100%. Une concentration plasmatique de  $\beta$ -hCG inférieure à 1% du taux initial à J14 signerait un avortement complet, témoignant de la vacuité utérine et du succès de la méthode. Certaines équipes utilisent un seul taux de  $\beta$ -hCG, prélevé la veille de la visite de contrôle. Il peut sembler inutile d'attendre 14 à 21 jours. Peut-être un seul dosage à 7 jours pourrait-il suffire, à condition d'en relever le seuil : soit < 1.000 UI/l à J 14 et < 2.000 UI/l à J7.

### **L'évaluation par la patiente et un test urinaire**

Des études montrent que les patientes se trompent rarement lorsqu'elles estiment ne plus avoir de grossesse évolutive. Une étude de Rossi menée chez 931 femmes américaines montre que l'avis de la femme et l'avis du clinicien (sans examen clinique) ont une excellente valeur prédictive positive, de l'ordre de 99 %. En revanche les patientes se trompent souvent lorsqu'elles pensent que l'avortement a échoué. Un test  $\beta$ -hCG urinaire peut être utile si la femme et le clinicien craignent un échec de la méthode. La littérature rapporte les résultats de deux types de tests : les tests à haute sensibilité (seuil à 25 UI/ml) et les tests à faible sensibilité (seuil à 1.000 ou à 2.000 UI/ml).

Une étude réalisée à Pittsburgh (Etats-Unis) chez 139 patientes montre qu'un suivi téléphonique de la patiente par le clinicien, avec un test urinaire  $\beta$ -hCG haute sensibilité (25-50 UI) à J30, permet de prédire l'expulsion avec une valeur prédictive positive de 97,5 % et représente une alternative à l'échographie [10].

Une autre étude a été menée aux Etats-Unis chez 3.103 femmes avec rapport journalier, visite au clinicien à J7 -J14 et utilisation d'un test urinaire à faible sensibilité (2.000 UI/ml) à J7-J14. Elle montre que les observations des patientes, l'examen clinique et la réalisation d'un test urinaire permettent d'identifier les femmes qui nécessitent des soins supplémentaires avec une sensibilité et une valeur prédictive de 100 %, sans qu'une échographie soit requise [11].

### **3) Les obstacles**

Les obstacles à la simplification de la réalisation des IVG médicamenteuses en France sont de trois ordres : législatifs, médicaux et humains.

#### **- Obstacles législatifs**

La loi sur l'IVG a été modifiée en 2001 permettant, en autres, la réalisation des IVG médicamenteuses en ville mais il a fallu attendre 2004 pour que sortent enfin les décrets d'application. La possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses dans les centres de santé et dans les centres de planification familiale a été acceptée en 2009.

**L'étape ultérieure serait de permettre aux sages femmes de pratiquer aussi des IVG médicamenteuses.** Dans la pratique beaucoup d'IVG médicamenteuses sont déjà faites par des sages femmes mais uniquement par délégation sous la responsabilité d'un médecin. En 2011, députés et sénateurs avaient accepté l'extension aux sage femmes de la pratique de l'IVG médicamenteuse (Loi Fourcade articles 17bis et 17 ter) mais le Conseil Constitutionnel dans un arrêt incompréhensible du 4 août 2011 a refusé ces dispositions. S'agissant du délai de réflexion de 7 jours, la loi de 2001 n'a pas modifié la loi Veil et a maintenu cette disposition qui n'existe pas dans d'autres pays européens ou est raccourcie à quelques jours. Enfin, la limitation des IVG en ville à 7 semaines d'aménorrhée est inscrite dans les textes législatifs ainsi que la nécessité d'une visite de contrôle 14 à 21 jours après la prise médicamenteuse. Ainsi on constate que quatre des huit propositions précédemment émises pour simplifier la réalisation des IVG médicamenteuse impliqueraient des modifications législatives de la loi française sur l'IVG. Il faut donc la volonté politique de modifier cette loi ...

#### **- Obstacles médicaux**

Pour simplifier la réalisation des IVG médicamenteuses, il faut aussi réussir à changer les pratiques médicales en supprimant le recours systématique à l'échographie en pré en en post IVG, en remplaçant la visite de contrôle par un contrôle téléphonique, en développant l'utilisation des tests urinaires. Pour changer les pratiques médicales il faut des études publiées dans des journaux scientifiques, des communications dans des congrès, des recommandations par des instances professionnelles (HAS, Collèges médicaux). Malgré cela nous savons que certains médecins resteront arc boutés sur leurs principes et leurs habitudes...

#### **- Obstacles humains**

Il s'agit du chapitre le plus difficile à traiter car il ne s'agit pas ici d'évoquer les mouvements anti-avortements, encore très vivaces dans notre pays, mais plutôt les « résistances naturelles » qui existent dans le personnel de santé, et parfois chez les femmes elles même, face à la simplification de l'accès et de la réalisation d'un avortement.

Le premier aspect provient du fait que **les femmes se sentent toutes plus ou moins coupables ou sont plus ou moins culpabilisées lorsqu'elles avortent.** La notion de faute était même sous entendue dans la loi Veil qui ne dépenalisait pas l'avortement (l'inscription de la loi dans le code de la Santé Publique date de 2001) mais précisait les conditions sous lesquelles il était possible de pratiquer cet acte sans subir de poursuites judiciaires. Cette perception de la notion de faute (voir de péché pour les croyants) est perceptible dans le discours médical commun sur

certaines femmes elles même. Il n'est pas rare d'entendre dans la bouche de médecins qui ne sont pas des opposants acharnés à l'IVG des paroles très culpabilisantes pour les femmes. Tout se passe comme s'il fallait que les femmes « payent » quelque part le prix de l'acte fautif qu'elles commettent. **Cette maltraitance imposée** est de nature psychologique et peut aller jusqu'à des mesures ignobles comme cette obligation faites aux femmes texanes de faire une échographie pour voir et entendre le cœur de l'embryon 24 h avant d'avorter... Certaines femmes peuvent aussi s'imposer des mesures et des démarches douloureuses dans le but d'« expier » leur faute... On peut donc comprendre que la démarche de vouloir faciliter ou simplifier l'IVG médicamenteuse puisse choquer certains qui ne comprendraient pas qu'il soit plus facile de faire une IVG que de prendre une contraception ! N'oublions pas que les médecins sont élevés pour soigner et que pratiquer une IVG n'est pas considéré comme un acte de soin mais plutôt comme un service voire une mesure préventive dans le meilleur des cas. L'IVG restera toujours un acte « à part », un tabou dans la pratique médicale.

Le deuxième aspect est lié à **la dramatisation qui existe autour de l'avortement**. Certains professionnels sont convaincus qu'avorter est un moment si particulier dans la vie d'une femme qu'il nécessite un accompagnement psychologique. La loi de 2001 d'ailleurs n'a pas supprimé complètement le besoin d'un entretien avec un personnel non médical mais celui-ci est passé de « obligatoire » à « systématiquement proposé ». En pratique très peu de femmes demandent un entretien quand on leur propose mais des voix se lèvent pour dire que « les femmes vont trop vite », qu'elles ne prennent pas assez de temps pour réfléchir et prendre leur décision », que les femmes qui avortent à la maison par médicaments sont « abandonnées »... Pas facile de prôner une simplification de la réalisation des IVG médicamenteuses face à de telles critiques ! Plutôt que de se contenter de discours idéologiques, les scientifiques ont cherché à évaluer quelles étaient les conséquences psychologiques véritables d'un avortement. La littérature médicale autour de ce sujet est abondante et variée et il est très difficile d'en tirer une conclusion univoque. **Pour résumer on peut dire qu'il n'existe pas de « syndrome post traumatique »**, que l'état psychologique avant l'IVG est prédictif de l'état psychologique après l'IVG et que les femmes qui avortent ont beaucoup moins souvent besoin d'un psychiatre dans l'année par rapport aux femmes qui accouchent !

### Conclusion futuriste

Qui aurait pu imaginer en 1940 que soixante ans plus tard les femmes pourraient avorter à la maison en avalant quelques comprimés sans craintes de représailles ? Alors portons nous en 2050 : Les femmes qui ne souhaitent pas d'enfant utilisent majoritairement **la régulation menstruelle** : tous les mois à la même date elles avalent une pilule et dans les heures qui suivent les règles surviennent. Parfois ces saignements correspondent à une hémorragie de privation naturelle, parfois à une fausse couche ultra précoce. De toute façon le diagnostic d'une éventuelle grossesse n'est jamais fait. Ainsi on ne peut parler d'avortement et toutes les religions acceptent cette méthode.

### Références :

1. Bracken H, Clark W, Lichtenberg ES, Schweikert SM, Tanenhaus J, Barajas A, et al. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. BJOG 2011; 118: 17-23.
2. Mazouz S, Lee JK, Fernandez H. Evaluation of a urinary test as a diagnostic tool of a nonprogressive pregnancy. Fertil Steril 2011 ;95(2): 783-6.
3. Hassoun D. L'interruption volontaire de grossesse en Europe. Rev Fr Aff Soc 2011 ;1(1).
4. Warriner IK, Wang D, My Huong NT, Thapa K, Tamang A, Shah I, et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safety and effectively as doctors ? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. Lancet 2011; 377(9772): 1155-61.
5. Wedisinghe L, Elsandabese D. Flexible mifepristone and misoprostol administration interval for first-trimester medical termination. Contraception 2010; 81(4): 269-74.
6. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. Hum Reprod, 2010; 25(5): 1153-7.
7. Rorbye C, Norgaard M, Nilas L. Prediction of late failure after medical abortion from serial  $\beta$ -HCG measurements and ultrasonography. Hum Reprod 2004; 19(1): 85-9.
8. Cowett AA, Cohen LS, Lichtenberg ES, Stika CS. Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 103(5): 871-5.
9. Acharya G, Haugen M, Bräthen A, Nilsen I, Maltau JM. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(4): 390-4.
10. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J, Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. Contraception 2010; 81(2): 143-9.
11. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. Obstet Gynecol 2010; 115(2 Pt 1): 264-72.
12. Grossman D, Grindlay K, Buchacker T, Lane K, Blanchard K. Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. Obstet Gynecol 2011; 118(2): 296-303.

### COMPTE RENDU DE LA CONFERENCE ORGANISEE PAR LA REVUE PRESCRIRE A L'OCCASION DE LA PILULE D'OR 2012 - 27 janvier 2012, Espace Saint-Martin, Paris

Ce compte rendu est librement inspiré des textes remis par les orateurs.

Laurence Esterle et Martine Chosson ont assisté à cet évènement au titre de l'Ancic.

La première partie de la matinée a été consacrée à trois présentations suivies d'un débat avec la salle.

Le premier orateur, le **Pr. Marc-André Gagnon**, Université de Carleton, Canada et Université Harvard, États-Unis, a montré comment le modèle d'affaires dominant du secteur pharmaceutique est basé sur la promotion de médicaments qui ne représentent pas d'avances thérapeutiques. Ainsi, **en 2010, la très grande majorité des nouveaux médicaments reste insignifiant en terme d'innovation thérapeutique.**

**Pourtant les profits de l'industrie pharmaceutique continuent de progresser grâce à la promotion massive des nouvelles substances.** Dans ce modèle, Le Pr. Gagnon a montré, chiffres et documents à l'appui, que les firmes consacrent une grande partie de leurs ressources à influencer les pratiques médicales : multiplication de la publication d'études favorables à un médicament dans le cadre d'un plan mûrement élaboré, rétention des résultats gênants et négatifs au nom du droit commercial et de la propriété intellectuelle, intimidation, voire 'neutralisation' des chercheurs indépendants produisant des résultats défavorables et des lanceurs d'alerte...

En contre partie, le Pr. Gagnon plaide pour une recherche clinique, sans but lucratif et véritablement indépendante des firmes afin de permettre une évaluation rigoureuse de la valeur clinique et thérapeutique des nouvelles molécules. Avançant des pistes pour augmenter le financement de la recherche publique, il s'agit, pour le Pr. Gagnon, d'éviter ce qu'il appelle « la corruption institutionnelle de la recherche scientifique ».

L'intervention de **Mme Martine Ruggli**, Société suisse des pharmaciens *pharmasuisse*, a été lue par Pierre Chirac de la revue Prescrire. Cette intervention consiste en **une critique méthodologique notamment des évaluations de « non-infériorité » promues par les firmes.** Celles –ci consistent à comparer une nouvelle molécule à un médicament existant pour la même indication thérapeutique. Mais aucune garantie n'est donnée quant au choix du traitement de référence (qui peut ne pas être le plus efficace, ou avoir le plus d'effets indésirables), les critères d'évaluation sont souvent déconnectés de la réalité clinique. Enfin, le nombre de personnes incluses et la durée de l'essai peuvent être insuffisants. Ainsi des nouvelles molécules ont été mises sur la marché et responsables de centaines de milliers de victimes d'effets indésirables pour un bénéfice thérapeutique inexistant.

Elle montre qu'en revanche les essais thérapeutiques menés par des organismes indépendants ont donné des résultats intéressants, soit en démontrant la meilleure efficacité de médicaments parfois très anciens (exemples de l'HTA et de l'hypercholestérolémie où les substances 'historiques' s'avèrent plus efficaces que des molécules développées ultérieurement), soit en démontrant le risque important d'effets indésirables d'une stratégie thérapeutique nouvelle (cas du traitement substitutif de la ménopause). Plusieurs pays ont ainsi pris des mesures pour encourager, voire financer, ces essais indépendants, ainsi en Italie, aux États-Unis, très récemment en France sous l'égide de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Le dernier exposé a été donné par **German Velasquez**, Centre Sud, Genève. **Se plaçant à l'échelle mondiale**, ce dernier a souligné l'intérêt qu'il y aurait à s'appuyer sur une convention mondiale élaborée sous l'égide de l'OMS pour assurer un financement durable de la R&D de médicaments utiles et à prix abordable (notamment dans les pays en développement). Néanmoins, un tel projet demande à l'OMS de s'en donner les moyens et de se soustraire à l'influence des lobbys industriels (et il est rappelé que la convention sur le tabac a été ainsi très difficile à élaborer et faire voter par les états membres).

La deuxième partie de la conférence était consacrée au **Palmarès de la revue Prescrire pour l'année 2011.** Le compte rendu en est bref puisque le palmarès des médicaments ne comporte pas cette année de Pilule d'Or (pour la 4<sup>e</sup> année consécutive), et qu'aucun médicament ou nouvelle indication d'un médicament existant n'est inscrit au tableau d'honneur ou cité au Palmarès. Cette **année qualifiée de 'très décevante'** reflète probablement les insuffisances de progrès thérapeutiques mais aussi celle des procédures d'autorisation de mises sur le marché.

A noter dans le domaine de l'Ancic que parmi les cartons jaunes du conditionnement figure le Lovavulo ®Gé (Codepharm) pour son étiquetage insuffisant.

**En conclusion, pour l'Ancic, aussi bien les exposés que le palmarès doivent continuer à nous interpeller sur les liens des professionnels de santé avec les industriels et nous encourager à poursuivre notre engagement vers une totale indépendance à l'égard des firmes.**

## ACTUALITES

**Notre Santé ca me regarde : Rassemblement du collectif « Notre santé en danger ».** Pour un SERVICE PUBLIC de santé-solidaire de proximité-accessible partout à toutes et tous !

**Samedi 14 avril 2012 14H30 Place Gambetta Paris 20<sup>e</sup>**

### Pétitions :

- *Mobilisation pour l'obtention d'un statut décent pour les nouveaux médecins pratiquant les IVG – Défendons l'accès à l'avortement pour toutes!*

Pétition proposée par la Plateforme IVG, collectif Isérois pour la défense de l'avortement, des contraceptions s et des sexualités. [www.ivg-contraception-sexualites38.fr](http://www.ivg-contraception-sexualites38.fr)

- *Charte de la Plateforme pour le droit à l'avortement* [www.abortionright.eu](http://www.abortionright.eu)

- *Manifeste « Pour une politique de santé en faveur des jeunes »* [www.sfsante-ado.org](http://www.sfsante-ado.org)

### Chanson de Catherine Ringer en soutien à la maternité des Lilas :

[www.la-maternite-des-lilas-vivra.com](http://www.la-maternite-des-lilas-vivra.com)

## DATES À RETENIR

**Les Rencontres Prescrire 2012 : « Travailler ensemble pour mieux soigner : Pourquoi ? Quand ? Comment ? »** Les vendredi 25 et samedi 26 mai 2012, à Angers, en Pays de la Loire (France).  
[www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)

**Colloque et AG de l'ANCCEF 2012 : «L'homoparentalité en questions" le 8 juin 2012, [www.anccef.fr](http://www.anccef.fr)**

### Journée de formation 2012 pour les adhérents de l'ANCIC :

« L'ANCIC doit-elle se positionner sur les sujets de société ? »

« Plaisir (et déplaisir) dans la pratique des IVG et de la planification. »

Le 29 septembre 2012. [www.ancic.asso.fr](http://www.ancic.asso.fr)

## DATES À RETENIR

**Election Présidentielle :**  
**22 avril et 6 mai 2012**

**Elections législatives :**  
**10 et 17 juin 2012**

## AVIS AUX LECTEURS

Nous avons besoin de vos témoignages.

N'hésitez pas à nous écrire par mail :

**[contact@ancic.asso.fr](mailto:contact@ancic.asso.fr)**