



Exploration des prises en charges des médecins généralistes des grossesses non planifiées

Christine Maloumbi Nzoungou

► **To cite this version:**

Christine Maloumbi Nzoungou. Exploration des prises en charges des médecins généralistes des grossesses non planifiées. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02316782

HAL Id: dumas-02316782

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02316782>

Submitted on 15 Oct 2019

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.



UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 22 Mai 2019

par

Mme Christine LANOIX épouse MALOUMBI NZOUNGOU

Née le 09/04/1987 à Mulhouse (68)

TITRE DE LA THÈSE :

« Exploration des prises en charges des médecins généralistes des grossesses non planifiées »

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Professeur DREYFUS Michel

Monsieur le Professeur BENOIST Guillaume

Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie

Madame le Docteur ASSELIN Isabelle

Monsieur le Docteur RAGINEL Thibaut (*Directeur de thèse*)

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
-----------	------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
------------	----------------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2020	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

M. VEYSSIERE Alexis

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19) Médecine générale

Mme DE JAEGER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021) Médecine générale

M. LE BAS François (fin 31/08/19) Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19) Médecine générale

REMERCIEMENTS

Au président du jury :

Monsieur le Professeur *LE COUTOUR Xavier*, vous avez accepté sans me connaître de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Je vous suis très reconnaissante de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce sujet et d'avoir répondu présent si agréablement. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur *DREYFUS Michel*, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury et de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet de thèse.

Monsieur le Professeur *BENOIST Guillaume*, soyez assuré de ma gratitude pour avoir accepté de siéger à ce jury de thèse et d'évaluer ce travail.

Madame le Docteur *DE JAEGHER Sophie*, vous me faites l'honneur d'examiner ce travail. Veuillez recevoir l'assurance de ma respectueuse considération.

Madame le Docteur *ASSELIN Isabelle*, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mon directeur de thèse :

Le Docteur *Thibaut RAGINEL*, je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir permis de réaliser ce projet. Merci de m'avoir aidé et conseillé à chaque étapes.

Aux participants :

A tous les médecins qui ont participé à ce travail de thèse, je vous remercie pour la qualité de nos échanges et pour le temps que vous m'avez consacré.

Au Docteur *Jean-Philippe LANOIX* mon frère aîné, qui a été un exemple pour moi dans cette voie et une source d'inspiration. Merci pour ton soutien tout au long de ses années, pour tes nombreux conseils et pour ton aide précieuse jusqu'à cette finale.

A Jennifer, merci d'avoir participé à ce travail et merci pour tes précieux conseils.

A la Maison de santé de Marcey les Grèves, merci à toute l'équipe vous êtes supers, merci pour votre aide, votre confiance et votre patience.

A ma famille et à mes amis :

A mon bien aimé et cher mari, merci mon amour pour ton soutien, tes encouragements, ton aide et tes conseils. Merci pour ta présence à mes côtés et pour nos longues heures de discussions sur le sujet (et sur la tomographie SAR et les avions...). Je t'aime.

A mes parents, ma mère et mon père qui ont cru en moi, merci pour vos sacrifices et vos encouragements tout au long de ses années d'études. Merci pour votre amour sans faille.

A ma sœur, mon frère et mes belles-soeurs, merci pour votre aide, vos encouragements, votre écoute et votre amour.

A mes amis, merci pour votre présence, votre soutien et vos encouragements, vous êtes précieux.

A celui qui donne la capacité en tout et sans qui rien n'aurait été possible.

ABREVIATIONS

CES : Certificat d'Étude Supérieur

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

GNP : Grossesses Non Planifiées

HCG : Human Chorionic Gonadotropin

IME : Institut Médico-Éducatif

INED : Institut National d'Études Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

INDEX Tableaux et figures

TABLEAU ET FIGURE :

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes.....	7
Figure 1 : Arbre décisionnel des grossesses non planifiées.....	11

ANNEXES

Annexe 1 : Discours de recrutement	27
Annexe 2 : Guide d'entretien	27
Annexe 3 : Tableau de codage	28
Annexe 4 : Flyer d'information pour les femmes en situation de grossesse non planifiée....	32

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODE.....	3
A) Population d'étude.....	3
B) Guide d'entretien.....	4
C) Recueil et retranscriptions.....	4
D) Analyse des données.....	4
RESULTATS.....	6
A) Profil des médecins interrogés.....	6
B) Analyse thématique des résultats	8
1) Description des prises en charge des grossesses non planifiées.....	8
2) Impact du médecin généraliste sur le devenir des grossesses non planifiées	12
3) Perception des médecins généralistes sur les prises en charge des grossesses non planifiées	13
DISCUSSION.....	18
A) Synthèse des résultats	18
B) Forces et limites de l'étude.....	19
C) Comparaison avec la littérature.....	20
D) Perspectives	21
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24
ANNEXES.....	27
Annexe 1 : Discours de recrutement	27
Annexe 2 : Guide d'entretien	27
Annexe 3 : Tableau de codage	28
Annexe 4 : Flyer d'information pour les femmes en situation de grossesse non planifiée.....	32

INTRODUCTION

La France est caractérisée par une triple spécificité en termes de fécondité [1] : le maintien d'un taux de natalité relativement élevé en Europe (1,9 enfants par femme contre 1,4 pour l'ensemble de l'Europe), la diffusion massive de la contraception et la stabilité du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (entre 200 000 et 210 000 par an) depuis les années 1980 [2].

Le processus de médicalisation de la contraception depuis les années 1970, a permis aux françaises d'occuper une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la contraception orale et le dispositif intra-utérin [3]. Les femmes concernées par une grossesse non souhaitée déclaraient dans leur majorité utiliser un moyen pour éviter une grossesse puisque seules 3 % d'entre elles n'utilisaient aucune méthode contraceptive [2,3]. Concernant les femmes utilisant une contraception, 86 % d'entre elles avaient recours à une méthode médicale contraceptive réversible (contraception orale, dispositif intra-utérin, implant) ou à la stérilisation tubaire [3]. Ainsi, le pourcentage de grossesses non planifiées est passé de 55 % au début des années 1970 à environ 35 % en 1985 et est resté stable depuis [1,2]. Selon l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), on estimait en 2010 à un tiers la proportion des grossesses non prévues en France [4] alors que la diffusion de la contraception a permis de diminuer significativement le taux de grossesse non planifiée mais pas le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) [5]. Ce phénomène viendrait du fait que les femmes en situation de grossesse non planifiée (GNP) avaient plus recours à l'IVG que dans les années passées. Alors qu'en 1975 quatre grossesses non prévues sur dix étaient interrompues, cette proportion est passée à six sur dix en 2000 [2,3]. Les derniers chiffres de l'INED (Institut national d'études démographiques) sur le pourcentage de grossesses volontairement interrompues ont montré que cette tendance se poursuit [6]. La diffusion des méthodes efficaces de contraception a modifié la « norme procréative », c'est-à-dire les conditions socialement valorisées de la parentalité [1,7]. Un enfant ne devrait alors venir au monde que désiré, et la contraception offrirait la possibilité de choisir non seulement le nombre mais aussi le moment de la maternité [3].

Nous savons que dans la décision de poursuivre ou non une grossesse non prévue, un grand nombre de facteurs rentre en compte et notamment : la stabilité du couple, les finances, le statut professionnel, l'âge parental et celui de la fratrie [5]. A notre connaissance il n'existait pas d'étude qualitative ayant exploré le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et dans l'accompagnement des femmes en situation de GNP, ni de l'impact du médecin généraliste sur le devenir des grossesses non planifiées. Le seul article retrouvé était celui de *David A. MOOS en*

avril 2015 commentant un cas clinique sur ce que pourrait être la prise en charge des grossesses non planifiées en médecine générale [8].

Nous avons donc souhaité explorer les pratiques et la place des médecins généralistes dans la prise en charge et le devenir des grossesses non planifiées.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

L'objectif principal était d'explorer les prises en charge des grossesses non planifiées par les médecins généralistes. L'objectif secondaire était d'explorer l'impact du médecin généraliste par rapport aux grossesses non planifiées.

A) Population d'étude

Les médecins généralistes ont été recrutés de manière raisonnée et diversifiée (échantillon raisonné en variabilité maximale) jusqu'à saturation des données dans les régions de Normandie, Bretagne et des Pays de la Loire en fonction de leur proximité avec le département d'Ille-et-Vilaine défini comme épicode de la recherche considérée et en fonction des critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, travaillant dans les régions de Normandie, de Bretagne ou des Pays de la Loire, et exerçant dans son cabinet actuel depuis au moins un an.

Les médecins remplaçants et les médecins ayant moins d'un an d'activité libérale étaient exclus.

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par téléphone.

Nous avons premièrement localisé différents cabinets de médecins généralistes puis les médecins généralistes sélectionnés étaient d'abord contactés par téléphone afin de savoir s'ils acceptaient de participer à un entretien pour un travail de thèse sur le thème des grossesses non planifiées en médecine générale. En fonction de leur réponse soit un rendez-vous était convenu d'emblée soit un courriel explicatif leur était envoyé.

Pour éviter tout biais d'information, le même discours (*Annexe 1*) était donné que ce soit par téléphone ou par courriel. Les entretiens étaient individuels et secondairement anonymisés lors de la retranscription. Les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin généraliste sur rendez-vous. Une seule enquêtrice a réalisé les entretiens.

B) Guide d'entretien

Le recueil des données a été réalisé au moyen d'entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement rédigé en fonction du sujet d'étude (*Annexe 2*).

Le guide d'entretien comportait huit questions. Les quatre premières questions étaient en lien avec la prise en charge des grossesses non planifiées et l'abord de la question de l'IVG et des alternatives à l'IVG. Il y avait ensuite deux questions relatives à l'influence potentielle du médecin sur le type de prise en charge et sur le devenir des grossesses non planifiées. Enfin, deux dernières questions permettaient de relever les formations complémentaires qu'ils auraient pu avoir notamment dans le domaine de la gynécologie et des IVG, leur âge et leur durée d'exercice ambulatoire.

Chaque entretien se terminait par une question ouverte sur le sujet en demandant au médecin s'il voulait ajouter un ou des éléments par rapport à ce thème.

Après les trois premiers entretiens, la question 5 du guide d'entretien a dû être modifiée.

La première version de la question était celle-ci : « *En tant que médecin traitant, pensez-vous avoir une place dans la gestion des grossesses non planifiées des patientes que vous suivez ?* »

Cette formulation initiale ne permettait pas aux médecins de répondre véritablement à la question sur leur influence en tant que médecin traitant sur le devenir des grossesses non planifiées des patientes qu'ils suivaient.

La question a donc été reformulé comme suit : « *En tant que médecin traitant, pensez-vous avoir une influence sur le devenir des grossesses non planifiées des patientes que vous suivez ?* »

C) Recueil et retranscriptions

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ce moyen a permis lors de la retranscription de restituer fidèlement les réponses et les réactions des médecins.

Les retranscriptions du verbatim ont été faites de manières anonymes au fur et à mesure des entretiens. Les logiciels utilisés étaient O transcribe® et Open office Writer®.

D) Analyse des données

Une fois les retranscriptions terminées, le codage des données a été triangulé par deux chercheurs indépendants.

L'analyse des données a été faite selon les trois premières opérations de la théorisation ancrée de Paillé [9]:

- La codification

C'est la reformulation de la réalité vécue ou exprimée par l'interviewé. Il s'agissait de dégager l'essentiel dans le discours recueilli lors des entretiens, en restant au plus près des propos qu'ils ont tenus.

- La catégorisation

Cette étape « consiste à coder à nouveau le corpus avec un outil plus riche : la catégorie. Les codes ou étiquettes posés sur les verbatim résumés ont été regroupés, fusionnés en « nommant de manière plus riche et plus englobante les événements qui se dégageaient des données »[9]. Cette deuxième action avec codage a permis d'en ressortir une architecture en catégories et sous-catégories.

- La mise en relation

Le travail consistait à mettre en relation les événements observés et à établir des liens entre les différentes catégories définies lors de l'étape précédente. Pour une meilleure analyse, les concepts ont été retranscrits sous forme de tableau Excel® (*Annexe 3*).

RESULTATS

Seize entretiens ont été réalisés entre octobre et décembre 2018 pour arriver à saturation des données.

A) Profil des médecins interrogés

Le tableau 1 regroupe l'ensemble des caractéristiques des médecins généralistes interviewés.

Sur les seize médecins participant à l'étude, cinq étaient des hommes et onze des femmes. Cinq médecins étaient âgés de moins de 35 ans, cinq autres en avaient entre 36 et 55 ans et les six autres étaient âgés de plus de 55 ans.

Trois des médecins exerçaient dans les Pays de la Loire, deux en Normandie et onze en Bretagne. Sept médecins exerçaient en milieu urbain, six en milieu rural et trois en milieu semi-rural.

Concernant le mode d'exercice, sept des médecins travaillaient dans une structure pluriprofessionnelle, huit en cabinet de groupe et un en cabinet isolé.

En plus de leur activité ambulatoire libérale, deux médecins travaillaient également dans un centre d'orthogénie, deux autres dans un CPEF (Centres de planification et d'éducation familial). Six des médecins interrogés exerçaient depuis moins de cinq ans, deux exerçaient depuis cinq à 15 ans, quatre depuis 16 à 30 ans et quatre depuis plus de 30 ans.

Dix médecins sur seize avaient suivi une formation en gynécologie. Parmi les six médecins ayant déclaré n'avoir aucune formation complémentaire, trois d'entre eux ont déclaré, vouloir ou avoir voulu, faire le DIU de gynécologie.

Sur les dix médecins ayant un complément de formation six d'entre eux avaient un DIU (diplôme inter-universitaire) de gynécologie, une avait un CES (certificat d'études spécialisées) de gynécologie et trois suivaient des formations de Développement Professionnel Continu (DPC) sur la thématique de la gynécologie.

Deux des médecins ayant un DIU en gynécologie pratiquaient des IVG ambulatoires.

Un des médecins ayant un DIU en gynécologie avait également un DU (diplôme universitaire) en psychologie.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes

Entretien	Sexe	Age (ans)	Durée d'exercice	Lieux d'exercice	Mode d'exercice	Formations complémentaires	Région d'exercice
E1	H	36-55 ans	16-30 ans	Urbain	Structure pluriprofessionnelle	DIU de gynécologie	Pays de la Loire
E2	H	< 35 ans	< 5 ans	Urbain	Cabinet isolé	Aucune	Bretagne
E3	F	< 35 ans	< 5 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Aucune	Bretagne
E4	F	> 55 ans	> 30 ans	Rural	Cabinet de groupe	DIU de gynécologie et de psychologie	Bretagne
E5	H	> 55 ans	> 30 ans	Rural	Cabinet de groupe	Aucune	Bretagne
E6	F	36-55 ans	5-15 ans	Rural	Cabinet de groupe et centre d'orthogénie	DIU de gynécologie et certification aux IVG	Bretagne
E7	F	< 35 ans	< 5 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe et CPEF	DIU de gynécologie	Bretagne
E8	F	36-55 ans	16-30 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	FMC en gynécologie	Bretagne
E9	F	< 35 ans	< 5 ans	Rural	Structure pluriprofessionnelle	Aucune	Pays de la Loire
E10	F	> 55 ans	16-30 ans	Rural	Cabinet de groupe	FMC en gynécologie	Bretagne
E11	F	> 55 ans	> 30 ans	Rural	Structure pluriprofessionnelle	CES en gynécologie	Bretagne
E12	F	< 35 ans	< 5 ans	Urbain	Structure pluriprofessionnelle	Aucune	Bretagne
E13	F	> 55 ans	> 30 ans	Urbain	Structure pluriprofessionnelle et CPEF	DIU de gynécologie	Normandie
E14	H	36-55 ans	< 5 ans	Urbain	Structure pluriprofessionnelle	Aucune	Normandie
E15	H	> 55 ans	16-30 ans	Semi-rural	Structure pluriprofessionnelle	FMC en gynécologie	Pays de la Loire
E16	F	36-55 ans	5-15 ans	Urbain	Cabinet de groupe et centre d'orthogénie	DIU de gynécologie et certification aux IVG	Bretagne

B) Analyse thématique des résultats

1) Description des prises en charge des grossesses non planifiées

a) Confirmation de la grossesse :

Les médecins interrogés ont déclaré que très souvent, les femmes venaient en consultation « *pour une suspicion de grossesse car elles en ont les signes fonctionnelles* » (retard de règles, mastodynie, nausées, vomissements, asthénie...). Pour la plupart « *elles ont déjà fait un test de grossesse qui s'avère positif* ». La première action du médecin généraliste était de confirmer la grossesse, par le dosage quantitatif de l'hCG (*human Chorionic Gonadotropin* ou *hormone chorionique gonadotrope humaine*) puis par la réalisation d'une échographie de datation.

b) Évaluation du désir de grossesse et du contexte psycho-social :

Lors de la consultation, tous les médecins évaluaient de façon systématique le désir de grossesse de la patiente par une question. Par exemple : « *est-ce que c'est une bonne ou une mauvaise nouvelle ?* » ou « *est-ce que vous avez déjà réfléchi sur la poursuite ou non de la grossesse ?* ». Une fois que la patiente avait répondu à cette question, le médecin généraliste agissait en conséquence.

Certains médecins ont également déclaré évaluer le désir de grossesse ultérieur de la patiente (et du couple) soulignant le fait que « *si la grossesse arrive quelques mois plus tôt est-ce que c'est si grave que ça ?* » et de « *bien réfléchir* » à cette éventualité.

La moitié des médecins interrogés a affirmé qu'elle évaluait également au cours de la consultation le contexte « *psychologique* » et « *psychosocial* » dans lequel la grossesse allait s'intégrer, en évaluant « *leur état d'esprit* », « *les problèmes financiers, les inquiétudes personnelles ou psychologiques* », leurs croyances, leur « *religion* », « *la pression de l'entourage* » et l'avis du conjoint.

c) Revoir en consultation après un temps de réflexion :

Pour la majeure partie des médecins, il était primordial que la patiente prenne le temps de réfléchir sur sa décision, d'en reparler avec son conjoint ou son entourage pour pouvoir prendre la bonne décision. « *Elles ont toujours le moyen de réfléchir, c'est jamais dans l'urgence, donc d'en parler avec le conjoint éventuellement et on est amené à se revoir.* ».

Un des médecin a d'ailleurs affirmé, que dans les cas de demande d'IVG, elle parle toujours du délai de réflexion de 7 jours. « *Si elles souhaitent une IVG je leur explique qu'il y a le délai de 7*

jours [...] Je leur dis quand même qu'il y a un délai de réflexion qu'il faut en parler autour d'elle. Qu'il faut que se soit une décision réfléchi ».

A l'issue de la période de réflexion préconisée par les médecins, ils revoyaient la femme en consultation dans les meilleurs délais pour la suite de sa prise en charge. *« Je leur propose de les revoir rapidement. »*

d) Prise en charge en fonction de la décision de la patiente :

- Décision de poursuivre la grossesse :

Généralement, lorsque la patiente décidait de poursuivre sa grossesse, les médecins la prenaient en charge comme une grossesse dite *« classique »*. *« Si c'est une bonne surprise, bin on le prend comme une grossesse normale »*.

Les différents médecins ayant abordé le vécu des femmes suite à la poursuite de sa grossesse, pensaient, pour la majorité, que cela se déroulait bien. *« Souvent les patientes qui gardent leur grossesse ça se passe bien », « les femmes sont très contentes »*.

Un des médecins a d'ailleurs raconté qu'une de ses patientes avait fait une fausse couche après avoir décidé de poursuivre la grossesse, ce qui l'avait au final : *« soulagée »*.

Cependant il peut y avoir par la suite d'autres complications inattendues. Un médecin a témoigné, par exemple, qu'il avait eu à accompagner une patiente dans une situation de grossesse non planifiée qui avait décidé de poursuivre la grossesse mais pour laquelle, il s'est avéré quelques années plus tard que l'enfant avait un retard psychomoteur. Le médecin raconte : *« Ils ont gardé l'enfant et malheureusement retard psychomoteur pour le bout de chou. Bon qui est bien accepté, bien intégré mais y a toujours quand je vois la maman : " Bin pas désiré quoi ! C'est sur ! Et puis là, il est là et y'a son lot de retard psychomoteur non étiqueté." Donc bon voilà c'est compliqué... »*.

Une autre situation difficile a également été rapportée par un autre médecin, au sujet d'une patiente en Institut Médico-Educatif (IME) *« Et là ça a été super difficile rien n'a été organisé autour. Du coup l'enfant a été placé...Alors que j'en suis sûr que si ça avait été bien programmé avant ça aurait pu marcher »*.

- Décision de pratiquer une IVG :

La moitié des médecins interrogés a souligné que lorsque les femmes arrivaient en consultation avec l'idée de faire une IVG, elles allaient jusqu'au bout de leur démarche et cela indépendamment du médecin. *« Elles ont déjà pris leur décision finalement et elles n'ont pas beaucoup besoin de nous » ; « Celles qui m'avaient dit d'emblée « je veux pas »... elles restent sur leur position »*. Dans

ce cas-là, les médecins redirigeaient les patientes vers les structures adaptées (centres d'orthogénies, CPEF, médecins pratiquant les IVG ambulatoires).

Quelques médecins dans l'étude ont abordé la question du suivi post-IVG et du suivi psychologique. « *Je leur propose de revenir après pour qu'on en rediscute* » « *on peut les orienter vers une psychologue si elles le souhaitent* ». Un des médecins a expliqué qu'il ne faisait pas de suivi post-IVG, car il pensait que les patientes ne voulaient « *peut être pas le réaborder si rapidement [...] Elles ont pris leur décision, donc forcément, c'est pris, c'est pris on ne va pas revenir en arrière...* ».

Un autre médecin a également raconté qu'elle avait revu en consultation une de ses patientes qui avait réalisé une IVG, mais pour un autre motif médical et qu'elle n'avait pas osé réaborder le sujet de l'IVG. « *Je l'ai revu après elle ne m'en a pas du tout reparlé et je ne lui en ai pas reparlé non plus. Je pense qu'elle n'avait pas envie d'en parler...* ».

- Indécision sur les suites à donner à la grossesse :

Dans les cas d'indécisions, une partie des médecins interrogés a déclaré que le plus important pour la patiente était le temps de réflexion, considérant que « *la décision en elle-même de garder ou de ne pas garder un enfant, va avoir un impact sur le futur. Que ce soit un impact financier ou un impact dans l'organisation mais aussi un impact sur la santé psychologique* ». C'est pourquoi certains médecins déclaraient : « *leur décision sera la bonne à partir du moment où ils y auront réfléchi, en conscience et en toute simplicité* ».

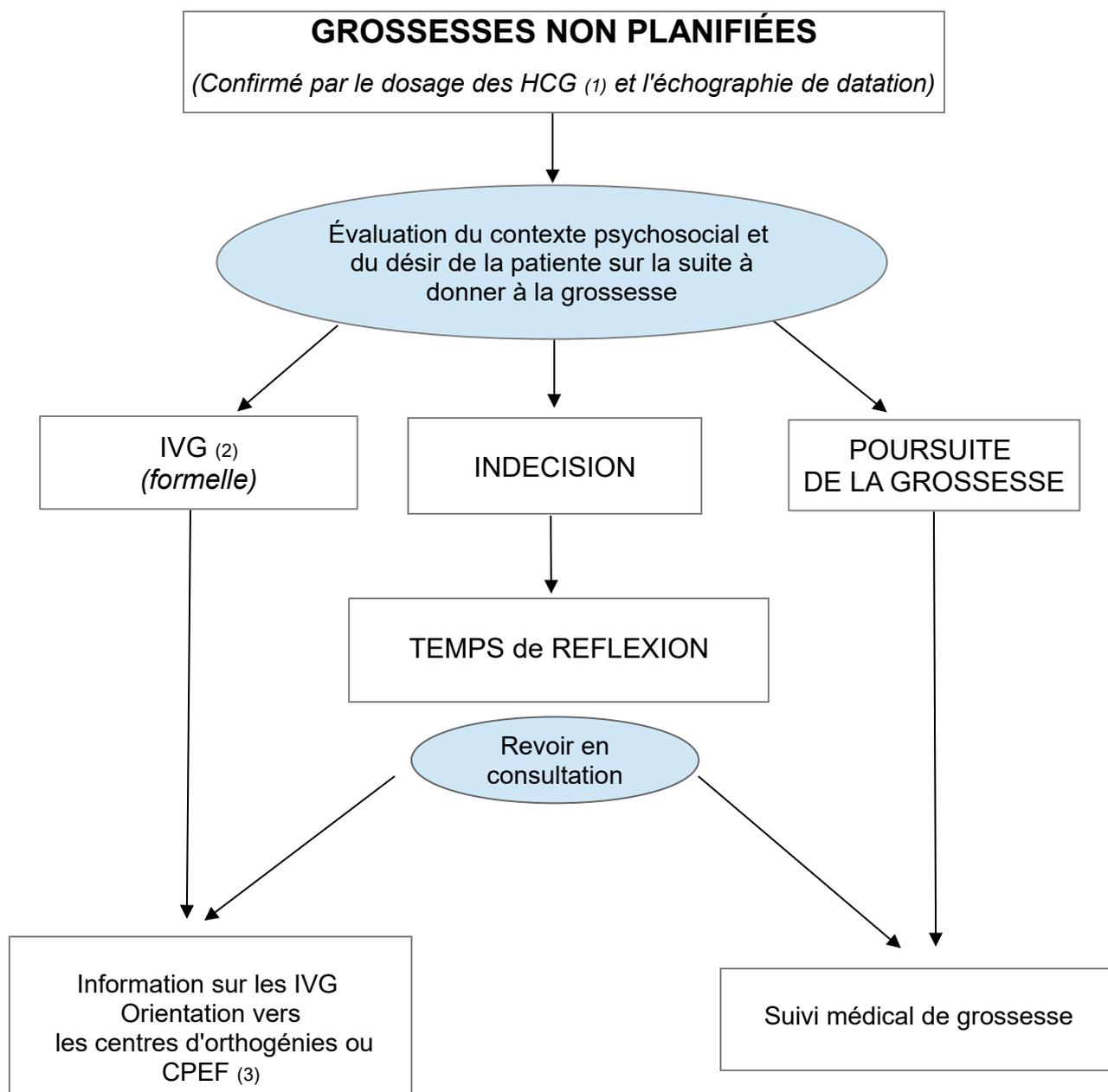
Une fois que les patientes avaient pris le temps de la réflexion, ils les renvoyaient en consultation et les accompagnaient dans leur décision. « *Je leur dis systématiquement, c'est votre choix ! C'est juste que ce choix doit être le plus mûrement réfléchi et moi je suis leur volonté.* » ; « *Mon rôle c'est de les accompagner quel que soit leur choix à condition qu'elles y aient bien réfléchi* »

Certains médecins ont ajouté qu'ils auraient « *tendance à dire que quand il y a de l'ambivalence en générale ça ne va pas à l'IVG. Souvent c'est plutôt qu'ils ont envie de la garder* » et que lorsque les femmes étaient indécises « *c'est que l'IVG n'est pas la solution d'une certaine manière* ».

e) Arbre décisionnel

A la lecture de ses différents éléments nous avons illustré le schéma décisionnel des médecins généralistes prenant en charge une grossesse non planifiée par l'arbre décisionnel ci-après (cf. figure 1).

Figure 1 : Arbre décisionnel des grossesses non planifiées



1) hCG : human Chorionic Gonadotropin ou hormone chorionique gonadotrope humaine

2) IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

3) CPEF : Centres de Planification et d'Éducation Familiale

2) Impact du médecin généraliste sur le devenir des grossesses non planifiées

a) Information délivrée par le médecin généraliste sur l'IVG :

- Évocation spontanée de l'IVG par le médecin généraliste :

La plupart des médecins généralistes abordait spontanément l'IVG même si la patiente n'évoquait pas le sujet. Certains médecins posaient la question de l'IVG de manière systématique. Quant aux autres, ils ne le faisaient qu'en fonction du contexte. Notamment si la patiente était « *hésitante* » ou au « *bord des larmes* » ou encore si elle avait « *des problèmes sociaux* ».

- Informations délivrées par le médecin généraliste sur les IVG :

Un grand nombre de médecins dans l'étude informait les patientes sur l'IVG, notamment sur les différentes méthodes (médicamenteuse et chirurgicale) même s'ils ne rentraient pas dans les détails. « *Je ne suis pas comme un chirurgien à présenter tous les effets possibles et inimaginables* ».

Les médecins qui n'informaient pas leurs patientes évoquaient différentes raisons. La principale était que les centres et structures d'orthogénies étaient plus à même de donner toutes les informations nécessaires à ce sujet. « *J'en parle pas vraiment des effets secondaires... j'envoie... C'est le centre d'orthogénie qui s'en charge* ». « *Je les oriente au centre d'orthogénie où elles sont vues en entretien c'est plutôt eux qui expliquent* ».

D'autres médecins informaient leurs patientes uniquement en fonction des questions posées par celles-ci. « *Si elles ont des questions je leur en parle* ».

En ce qui concerne les effets secondaires psychologiques, la majeure partie des médecins interrogé a déclaré en parler systématiquement à leurs patientes. D'ailleurs, certains ont affirmé que pour eux « *le premier effet secondaire de l'IVG c'est le fait qu'elles me disent toutes : " Ah ! (quelques années après), Ah ! si j'avais pas fait une IVG j'aurai eu un bébé et il aurait eu tel âge."* » et que « *le côté physique ça se gère plus facilement que le côté psychologique* ».

b) Alternatives à l'IVG proposé par les médecins généralistes :

Peu de médecins proposaient une alternative à l'IVG. Un des médecins interrogés proposait de consulter les centres maternels et les maisons d'accueil pour femmes enceintes lorsqu'elles étaient dans des situations difficiles. « *J'essaie de voir s'il n'y a pas possibilité de faire autrement... de suivre les femmes en maison d'accueil pour femmes enceintes* ». Un autre médecin a lui tendance à proposer l'aide de l'assistante sociale et du psychologue. « *Psychologue et assistante sociale, ça je leur propose très facilement* ».

Autrement, l'accouchement dit « sous-X », n'était jamais proposé par les médecins lorsque la patiente était dans les délais légaux pour faire une IVG. Les seules fois où les médecins

l'abordaient c'était dans les situations où le terme était dépassé. « *L'accouchement sous X c'est plutôt si le terme est dépassé* ». « *A part peut être quand on est hors délais.* »

c) Opinion sur l'influence du médecin généraliste sur le devenir des grossesses non planifiées :

La réponse à cette question était très partagée. Une partie des médecins a déclaré qu'elle n'influençait pas le devenir des grossesses. Parmi ceux-ci, certains pensaient qu'ils n'influençaient pas et ne devaient en aucune manière influencer car les patientes « *peuvent nous en tenir rigueur* » « *Docteur je vous ai écouté, et voyez dans quelle galère vous m'avez mise* ». Pour d'autres ce n'étaient pas leur rôle : « *Je pense que non...ce n'est pas du tout mon rôle d'orienter sur le devenir de la grossesse* » et qu'ils n'espéraient pas influencer : « *Je pense pas avoir une influence [...] j'espère pas en tout cas* ». Les autres quant à eux, ont déclaré qu'ils n'influençaient pas mais malgré eux « *on aimerait bien peut-être mais je ne crois pas* ».

Pour la partie des médecins qui a déclaré qu'elle influençait le devenir des GNP, certains médecins ont affirmé qu'ils influençaient mais faiblement et peut-être uniquement les femmes hésitantes. « *J'ai une influence parce que quand je vois qu'elles sont hésitantes je vais un peu dans le sens de faut peut être mieux garder la grossesse* ». « *On va dire de 0 à 1 % (rire), surtout chez les femmes indécises* ». Quant aux autres, ils ont affirmé qu'ils influençaient mais malgré eux. « *Je me dis que c'est possible, donc c'est pour ça que j'essaie d'être neutre* ». « *Ce serait prétentieux de dire qu'on en a pas...Mais bien évidemment, j'essaie de ne pas influencer* ». D'ailleurs un des médecins a souligné que l'influence du médecin généraliste dépendait de la manière dont il présentait les choses. « *Certain peut être je pense qu'on les influence dans la façon dont on peut présenter les choses. C'est sûr que si on parle pas du tout de l'IVG on influence un peu vers le maintien d'une grossesse comme si on parle pas du tout de la possibilité de maintenir une grossesse on influence vers une IVG. C'est à nous de faire attention de ne pas être délétère. Il ne s'agit pas de nos choix mais des leurs.* »

Un autre médecin a déclaré que pour lui l'influence qu'il devait avoir était d'aller jusqu'au bout de la réflexion avec sa patiente. « *Je pense que ce qu'on doit avoir comme influence c'est vraiment d'aller jusqu'au bout de la réflexion pour la personne* ».

Un des médecins par contre a déclaré ne pas savoir répondre à cette question. « *Je ne sais pas, ce n'est pas moi qui vais pouvoir vous le dire* ».

d) Opinion sur l'influence des convictions personnelles et religieuses sur leur prise en charge :

La majeure partie des médecins pensait que leur vécu personnel influençait leur prise en charge mais pas leur conviction religieuse. « *Je pense que toute notre pratique médicale est influencée par notre vécu* ».

D'ailleurs un des médecins s'est confié en expliquant que « *mon troisième enfant est un enfant sur une grossesse surprise sur stérilet* » et donc que « *oui* » son vécu pouvait influencer sa prise en charge.

Un autre médecin a également souligné que du fait de ses années d'expériences et des nombreuses patientes qu'elle avait suivi au planning familial, elle insistait plus sur les effets psychologiques possible notamment après une IVG. « *L'expérience fait que...(souple). Le côté physique ça se gère plus facilement que le côté psychologique. C'est important de dire aux gens ce qui peut se passer, les prévenir [...] j'ai vu des femmes après me dire : « j'aurai du vous écouter ».*

3) Perception des médecins généralistes sur les prises en charge des grossesses non planifiées

a) Opinion sur l'attitude et le rôle du médecin généraliste

Les avis des médecins étaient partagés sur l'attitude qu'ils devaient avoir face aux patientes en situation de GNP. Néanmoins, tous les médecins de l'étude, s'accordaient à dire que leur rôle principal était d'accompagner la patiente jusqu'au bout de sa démarche et cela quelle que soit sa décision.

- Compétences relationnelles et de communications relatées par les médecins généralistes

Au cours des entretiens, les médecins ont parlé de l'attitude qu'ils devaient avoir vis à vis des patientes en situations de grossesse non planifiée. Les deux principales attitudes qu'ils ont citées étaient :

- l'accompagnement « *c'est à nous de pousser un peu la réflexion et de l'accompagner dans le cheminement pour que la décision qu'elles prennent soit la bonne* »
- l'information « *j'essaie d'informer pour que ce soit une décision clair et mûrement réfléchi* ».

Pour certains médecins, il était important d'avoir une attitude « *neutre* » face à la demande de la patiente pour l'accompagner sans l'orienter alors que d'autres médecins considéraient que le fait d'informer c'était aussi « *avertir* » sur les conséquences de leur choix. « *Je leur dis vous savez de toute façon c'est clair ce que vous faites là aujourd'hui vous vous en souviendrez toute votre vie* ». « *Attention à ce que vous faites. Attention parce que ça reste* ».

Pour d'autres encore, le plus important était d'être « *là pour les conseiller après ils font ceux qu'ils veulent* ».

Certains médecins ont également souligné l'importance selon eux d' « *être à l'écoute* », de « *ne pas juger* » et de « *déculpabiliser* » la patiente face à son choix.

Pour d'autres, l'un des rôles-clés du médecin généraliste était de savoir « *mettre en route toutes les aides* » et de « *donner les renseignements sur les centres d'orthogénies* ».

b) Opinion des médecins généralistes sur les alternatives à proposer aux patientes

Au cours des entretiens réalisés, certaines réponses des médecins interrogés laissaient transparaître la représentation qu'ils se faisaient sur la proposition d'alternative aux femmes en situation de grossesse non planifiée.

Un des médecins avait une vision négative par rapport à la proposition d'alternative à l'IVG, considérant que « *ce serait un peu jugeant c'est à dire que la patiente parle d'une demande d'IVG et derrière on lui dit : " il existe des solutions d'aides si vous voulez garder l'enfant " c'est jugeant...* », surtout si la patiente avait un désir clair d'IVG. Ce médecin-là ne proposait donc jamais d'alternative à la patiente.

Pour d'autres médecins, la seule alternative à l'IVG qu'ils évoquaient était de « *garder le bébé* » ! De ce fait, ils proposaient aux patientes d'être aidées par l'assistante sociale et la psychologue, ou d'être prises en charge dans les maisons d'accueil pour femmes enceintes en fonction de la situation.

Concernant l'accouchement dit « sous X », certains médecins y étaient défavorables pensant que « *mener une grossesse jusqu'au terme et abandonner l'enfant à la naissance* » n'était pas « *très pratique* » et beaucoup « *plus compliqué à vivre* » qu'une IVG.

Les médecins interrogés ont évoqué différentes raisons sur le fait qu'ils n'évoquaient pas l'accouchement sous X. Certains médecins considéraient leur patiente trop « *jeune* » pour lui proposer ou trop « *fragile* » médicalement pour mener une grossesse. Un autre médecin a affirmé qu'il ne proposait pas cette alternative car il ne pensait pas que les femmes seraient favorables à cette idée. « *Je me dis aussi que les patientes outre l'interruption de grossesse je ne sais pas si elles vont vraiment être pour l'accouchement sous X... ?* »

Certains médecins ne considéraient l'accouchement sous X que dans les cas de dépassement des délais de l'IVG. « *L'accouchement sous X c'est plutôt si le terme est dépassé*».

D'autres médecins ont admis qu'ils ne le proposaient pas car dans leur représentation ce n'était pas une pratique très française car « *c'est assez peu pratiqué en France*».

Enfin, pour d'autres, ils ne le proposaient pas simplement parce qu'ils n'y pensaient pas. « *Non, c'est vrai que je ne pense pas à leur dire qu'il y a cette solution là* ».

c) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de leur prise en charge des grossesses non planifiées

Lors des entretiens, la majorité des médecins généralistes interrogés a parlé des difficultés rencontrées lors de leur prise en charge des grossesses non planifiées.

Les principales difficultés évoquées par les médecins généralistes faisaient référence à la prise en charge en elle-même. Car se sont « *souvent des situations qui nécessitent du temps du soutien moral, de l'explication technique* » et les prises en charges ne sont pas pareilles en fonction de « *l'âge* » et du « *contexte social* » et peuvent même paraître « *compliquées quand la dame hésite entre les deux* » ou « *quand la femme qui est enceinte et l'éventuel futur papa ne sont pas d'accord sur le choix à mener quant à la grossesse. C'est une question qui n'est pas facile !* »

Certains médecins exerçant en milieu rural ont parlé des difficultés qu'ils rencontraient lorsqu'il fallait orienter les patientes pour réaliser une IVG dans les meilleurs délais à cause des difficultés de démographie médicale. « *Après la problématique c'est effectivement à qui on les confie [...] l'hôpital de Z où avant on les adressait, ça marchait bien. Et puis après il n'y avait plus de médecin* ».

Un médecin a également déploré le manque d'information qu'il existait entre les centres d'IVG et le médecin traitant ce qui pouvait rendre la prise en charge ultérieure plus difficile.

Un autre médecin a souligné le manque de document informatif en cabinet de médecine générale pour expliquer aux femmes ce qu'est l'IVG, les différentes méthodes, le déroulement, l'anonymat, la prise en charge intégrale de la sécurité sociale etc.

Certains médecins ont raconté les expériences douloureuses de déni de grossesse qu'ils ont dû prendre en charge. Soulignant le fait, qu'ils n'étaient pas « *du tout préparé à ça* » et que c'étaient des expériences qui pouvaient être douloureuse à vivre. « *J'ai eu un accouchement sous X, il y a 29 ans, sur un déni de grossesse. Ça a été très très très très douloureux, pour la patiente, pour les parents et pour moi* ».

Et puis certains médecins ont relaté des expériences difficiles en rapport avec l'issue de la grossesse. Une séparation de couple, un retard psychomoteur chez l'enfant à naître, le placement de l'enfant aux services sociaux pour une patiente en IME, le vécu difficile d'une patiente adolescente ayant été forcée par sa mère d'accoucher sous X et qui « *vivait très très mal d'avoir dû abandonner [le nouveau-né]* » ou encore le regret et le remord d'une patiente ayant pratiqué une IVG. Car au final comme l'a souligné un des médecins : « *l'une ou l'autre des décisions parfois peut entraîner des regrets c'est rarement simple* » et c'est ce qui rend difficile la prise en charge des grossesses non planifiées.

Un des médecins a raconté « *le vécu douloureux, avec un échange très intime voir très intimiste* » entre elle et la patiente « *au point que la patiente n'ait plus envie de nous revoir...cette dame a changé de médecin traitant après* ».

Pour finir, plusieurs médecins se sont confiés sur leur propre difficulté psychologique et morale notamment dans les situations d'IVG. « *Je suis très très mal, moi personnellement face à une IVG, très très mal... c'est quelque chose qui m'est difficile* » ; « *j'ai un frein aussi psychologique par rapport à moi ma propre expérience, j'ai beaucoup de mal moralement.* » Et le sentiment d'échec

pour d'autres lorsque les femmes étaient de nouveau enceintes quelques temps après. « *Je le ressens, moi comme un échec, en tout cas quand elles sont enceintes juste après* ».

d) L'aspect éthique et moral de l'IVG

Plusieurs médecins ont abordé l'aspect éthique de l'IVG qui pouvait influencer le médecin et rendre la prise en charge plus complexe. En termes de représentation, un des médecins a déclaré que pour lui « *c'est un bébé en devenir, c'est un embryon, c'est pas hein voilà...* ».

Certains médecins ont insisté sur le fait que l'IVG était « *loin d'être un geste anodin* » et que par moment ils avaient le sentiment « *d'un service rendu* » alors que « *c'est quand même quelque chose qui est assez sérieux* ».

e) Place de la prévention

La prévention en médecine générale est primordiale et un des médecins interrogés a souligné que les médecins généralistes étaient « *en première ligne très souvent* » dans la prise en charge des grossesses non planifiées. C'est pourquoi, certains médecins n'hésitaient pas à revoir leur patiente après une grossesse non planifiée pour rediscuter de la contraception. D'autres encore avertissaient leur patiente en soulignant que l'IVG « *ce n'est pas une contraception* » c'est pourquoi ils donnaient beaucoup d'informations sur la contraception surtout lorsqu'il s'agissait d'une jeune femme ou d'une femme ayant arrêté une contraception qui ne lui convenait pas. « *J'ai des femmes qui me disent j'ai arrêté la pilule, je leur demande à chaque fois est-ce que c'est pour un désir de grossesse et je leur dis toujours les risques si c'est pas pour un désir de grossesse* ».

f) Raisons d'IVG évoquées par les femmes selon les médecins interrogés

Plusieurs médecins ont fait mention des différentes motivations d'IVG exprimées par leurs patientes. Les principales raisons qui ont été abordées étaient l'âge, les problèmes conjugaux, les difficultés financières, le statut professionnel, l'organisation c'est à dire que « *ça colle pas par rapport à leur organisation de vie leur organisation de famille* » ou encore par rapport au nombre et à l'âge des enfants déjà présents dans le foyer.

DISCUSSION

A) Synthèse des résultats

Au travers de notre étude nous avons pu constater que l'ensemble des médecins généralistes déclarait prendre en charge les grossesses non planifiées de la même manière : tout d'abord en évaluant le désir de grossesse de la patiente par une question, puis en orientant la femme pour la suite de la prise en charge en fonction de sa réponse.

Les différences se sont faites principalement au niveau de l'information délivrée aux patientes notamment par rapport à l'IVG et aux alternatives proposées.

Dans cette étude, peu de médecins proposaient une alternative à l'IVG et cela pour diverses raisons : soit parce qu'ils n'y étaient pas favorables ou ne pensaient pas que les femmes y seraient favorables, soit simplement parce qu'ils n'y pensaient pas.

Mais la plupart des médecins déclarait évoquer spontanément l'IVG en cas de grossesse non planifiée même si la patiente n'abordait pas le sujet. Certains l'évoquaient systématiquement. Les autres ne l'évoquaient qu'en fonction du contexte.

En ce qui concerne les informations données aux patientes sur les IVG, nous avons constaté que la majeure partie des médecins informait des effets secondaires psychologiques. En ce qui concerne les effets secondaires physiologiques, les médecins l'abordaient également mais sans rentrer dans les détails et comptaient sur les centres d'orthogénies pour aborder ces éléments.

Nous avons également remarqué, que la majeure partie des médecins interrogés conseillait à leurs patientes de prendre un temps de réflexion avant toute prise de décision surtout dans les cas d'indécisions mais également dans certains cas de demande d'IVG et cela malgré la *loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*, supprimant le délai minimal de réflexion d'une semaine [10].

Par ailleurs, nous avons mis en évidence que les médecins étaient confrontés à de nombreuses difficultés lors de leurs prises en charge. Ils ont énoncé des difficultés d'orientation vers les structures adaptées lorsque la patiente souhaite une IVG, du fait des déserts médicaux dans les milieux ruraux. Ainsi que le manque de supports d'information, qui pourrait aider les femmes et les couples à prendre une décision « libre et éclairée » comme le stipule la loi dans l'*article R.4127-36 du code de la santé publique* [11].

Mais il y avait également des situations pour lesquelles les médecins ne se sentaient pas formés :

- notamment dans la prise en charge des dénis de grossesse où selon une étude, « *le déni de grossesse est une entité floue, mal définie, ne faisant l'objet d'aucun consensus international. Pourtant, ce phénomène est souvent rencontré par les professionnels de*

santé, suscitant de nombreuses interrogations tant sur son origine que sur sa prise en charge» [12] ;

- ainsi que dans la gestion des couples lorsqu'il existait une divergence d'opinion sur la suite à donner à cette grossesse.

Avant d'interroger les médecins généralistes sur leur influence dans le devenir des grossesses non planifiées, nous avons supposé que les femmes qui consultaient leur médecin généraliste en premier recours et non les centres d'orthogénies, étaient des femmes qui souhaitaient avoir l'avis de leur généraliste sur ce qu'elles devaient faire. Nous avons alors fait l'hypothèse que le médecin généraliste pouvait avoir une influence sur le devenir des grossesses non planifiées notamment si le lien médecin-patiente était fort. Cependant, nous avons découvert en interrogeant les médecins, que selon eux, lorsqu'une patiente en situation de grossesse non planifiée désirait une IVG, c'était une décision formelle et que généralement il n'y avait pas de place à la discussion. En revanche là où les médecins généralistes avaient un rôle c'étaient dans les cas où la patiente était hésitante sur sa grossesse.

Les avis sur l'attitude que le médecin généraliste devait avoir face à ses patientes étaient partagés. Une partie des médecins pensait que ce n'était pas leur rôle d'influer sur cette décision et l'autre partie pensait l'inverse mettant en avant le fait que le médecin se devait d'informer et d'avertir ses patientes sur les potentiels risques que pouvaient engendrer leur décision.

Malgré ses divergences d'opinions, tous les médecins étaient d'accords sur le fait que leur rôle n'était pas de prendre la décision à la place de la patiente mais de l'accompagner dans sa décision et cela quel que soit son choix.

B) Forces et limites de l'étude

La méthode qualitative par entretiens individuels a été choisie pour ses capacités à faire émerger les différentes prises en charge et l'influence du médecin généraliste. Cette étude présente cependant plusieurs biais. Notamment lors du recueil des données, un biais a pu intervenir au moment des entretiens par l'attitude de l'enquêtrice. En effet, l'inexpérience de celle-ci pouvait entraîner une attitude, même inconsciente, qui pouvait modifier les réponses des médecins interrogés. La standardisation via le guide d'entretien avait pour but de diminuer ce biais. De plus, les médecins interrogés avaient connaissance de l'enregistrement, ce qui a pu limiter leur liberté d'expression. Un biais d'interprétation peut également être présent bien que l'analyse des retranscriptions ait été triangulée par deux chercheurs en aveugle. Si l'entretien donne accès à des expériences et à des opinions particulières de la personne interrogée, il est aussi sensible aux

caractéristiques personnelles de l'enquêtrice. Et cela malgré le fait qu'il y ait eu un codage en double aveugle pour le limiter.

C) Comparaison avec la littérature

Dans notre étude concernant la prise en charge des grossesses non planifiées, les médecins évaluaient le désir de grossesse par une question telle que « *est-ce que c'est une bonne ou une mauvaise nouvelle ?* » Ces questions neutres corroboraient l'article américain de D.A. Moss en 2015 sur les conseils pratiques de prise en charge des grossesses non planifiées [8]. En effet, dans son article, il évoquait le fait que les médecins devraient interroger les patientes à ce sujet de manière neutre telle que « que pensez-vous de votre grossesse ? » Et d'éviter les déclarations telles que « Félicitations ! » ou « Êtes-vous contente de votre grossesse ? ».

D'autre part dans cet article, D.A. Moss faisait également mention d'autres questions, telles que « Savez-vous quelles sont vos options ? » ou « Que pensez-vous de la parentalité / de l'adoption / de l'avortement ? » pour évaluer les connaissances de la patiente sur les options qu'elle avait.

Nous avons d'ailleurs réalisé au travers de notre étude, que les médecins ne proposaient que très rarement une alternative à l'IVG. Cette observation a également été mise en avant dans l'étude de Vincent M. Rue où 79 % des femmes qui avortaient, déclaraient ne pas avoir reçu d'information sur les alternatives à l'IVG [13]. Pourtant d'après le *sondage IFOP*, à la question : « Selon vous, quand une femme découvre qu'elle est enceinte sans l'avoir souhaité, qu'est-ce qui pourrait l'aider à éviter une Interruption Volontaire de Grossesse ? », les femmes interrogées (pouvant répondre plusieurs choix) ont répondu « à 55 % un soutien psychologique pour se protéger des influences extérieures, à 54 % une information sur les aides matérielles auxquelles elle a droit, et à 50 % une discussion avec des professionnels de santé sur les conséquences de ce choix. » De plus, à la question : « Pensez-vous que la société devrait davantage aider les femmes à éviter le recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse ? » « 60% des femmes ont répondu oui. » [14]. Ce qui laisserait penser que les femmes auraient le désir d'être conseillées, écoutées et informées sur toutes les alternatives qui peuvent leur être proposées.

Dans notre étude, aucun des médecins ne proposait l'accouchement dit « sous X », lorsque la femme était dans les délais légaux pour une IVG. Les médecins estimaient qu'il était plus difficile moralement de faire un accouchement « sous X » avec tous les risques que comporte une grossesse puis de ne pas reconnaître l'enfant, que de faire une interruption volontaire de grossesse. Cependant, dans le sondage précédemment cité, 67 % des femmes interrogées pensaient que ce serait une bonne chose de mieux faire connaître à certaines femmes enceintes, qui pourraient avoir de grandes difficultés personnelles pour élever leur enfant, la possibilité de le

confier à l'adoption dès sa naissance et 83 % des femmes étaient d'avis d'intégrer le détail des aides aux femmes enceintes et aux jeunes mères au livret officiel d'information remis aux femmes enceintes consultant en vue d'une IVG.

Même si la décision de l'adoption est rarement envisagée ou choisie elle devrait néanmoins être proposée dans l'idée que, d'après une étude sur le choix des femmes qui ont opté pour l'adoption, les femmes hésitaient le plus souvent entre l'adoption et la parentalité, et non entre l'adoption et l'interruption volontaire de grossesse [15]. Cette décision est à mettre en perspective avec les résultats d'une étude qui avait mis en avant qu'il y avait plus de risques médicaux lors d'un accouchement que lors d'une interruption volontaire de grossesse dans le contexte d'une grossesse non désirée [16].

Au final, nous avons réalisé qu'il existait trois options pour toute grossesse : poursuivre la grossesse jusqu'à l'accouchement et élever l'enfant soi-même (parentalité), poursuivre la grossesse jusqu'à l'accouchement et faire élever l'enfant par quelqu'un d'autre (adoption), ou stopper la grossesse (interruption volontaire de grossesse) ; et que le rôle du médecin était d'aider les patientes à prendre une décision éclairée et de les guider vers les ressources disponibles, en particulier lorsque les patientes choisissaient l'adoption ou l'interruption volontaire de grossesse [17].

Une étude a montré que davantage de problèmes pouvaient être discutés en consultation lorsque le patient estimait qu'il entretenait une relation forte avec son généraliste [18], ce qui pourrait se traduire par des consultations plus efficaces et qui pourrait améliorer le dépistage et le conseil dans la prise de décision lors d'une grossesse non planifiée. De plus, selon le *sondage IFOP de 2010*, 12 % des femmes pensaient que l'influence principale qui pousserait une femme à décider de recourir à une IVG ce serait l'avis des professionnels médico-sociaux [14], ce qui est non négligeable.

D) Perspectives

Au travers de notre étude nous avons pu souligner que lors de sa prise en charge le médecin devait fournir des informations sur les aides financières, la disponibilité des structures d'adoption agréées ou réglementées si elle choisissait de ne pas garder l'enfant ; et la disponibilité de services d'interruption volontaire de grossesse sûrs et légaux si elle choisissait de ne pas poursuivre la grossesse.

Nous savons qu'il existe déjà des sites internet tels que ivglesadresses.org et ivg.gouv.fr qui permettent aux médecins généralistes d'orienter leurs patientes vers les praticiens et les structures

pratiquant les interruptions volontaires de grossesse en fonction de leur localité. Dans la même ligne éditoriale, il pourrait être bénéfique de répertorier sur un même site les praticiens et centres pratiquant les IVG, les structures pour l'adoption dans la perspective d'un accouchement sous X, les centres maternels (publiques et privés) pour les femmes en difficultés, les psychologues spécialisés dans le domaine et les aides financières. Ce site permettrait d'aider les médecins généralistes dans leur prise en charge en fonction de la décision de la patiente.

Concernant les femmes, il serait important qu'elles soient informées des différentes alternatives dont elles disposent pour leur grossesse non planifiée, afin de prendre une décision totalement éclairée. Cette information pourrait tout simplement être affichée en salle d'attente dans les cabinets de médecine générale, dans les PMI et dans les CPEF (*Annexe 4*).

Notre étude a souligné que les prises en charge des grossesses non planifiées étaient complexes :

- déjà par l'évaluation du contexte biologique et psychosocial de la patiente (l'âge, les antécédents, le statut social et la relation médecin-patient),
- puis par rapport à l'issue de la grossesse : les IVG peuvent entraîner des regrets [19], les couples peuvent se séparer, les enfants à naître peuvent développer des maladies graves ; tant d'issues qui peuvent être difficiles à gérer par les médecins généralistes.

De plus, les GNP peuvent présenter des défis éthiques et moraux, non seulement pour les patientes et leurs familles, mais également pour les médecins qui les prennent en charge. En effet les grossesses non planifiées peuvent être un moment de confrontation à l'interruption volontaire de grossesse, à la grossesse à l'adolescence et à la monoparentalité. Il pourrait donc être judicieux de mettre en place un suivi post-GNP systématique quel que soit le choix de la patiente sur la suite à donner à sa grossesse. En effet, différentes études ont montré qu'il existait des risques de syndrome dépressif après une IVG [19], mais également en périnatal notamment lorsqu'il existait une divergence d'opinion entre les conjoints sur la suite à donner à la grossesse [20]. Une GNP peut également être la cause d'un manque de lien maternel [21] et causer des troubles psychologiques chez l'enfant à naître, engendrant un risque accru de développement psychosocial négatif [22]. Cette consultation post GNP pourrait avoir lieu en CPEF ou auprès de médecins généralistes sensibilisés identifiés.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de réaliser combien les situations de grossesses non planifiées étaient vécues comme complexes à prendre en charge par les médecins généralistes.

Deux points mériteraient d'être soulignés.

Le premier point était que, puisque toute grossesse non planifiée a trois issues possibles (la parentalité, l'interruption volontaire de grossesse ou l'adoption), en terme d'influence, le rôle du médecin généraliste était d'aider les patientes à prendre une décision éclairée et de les guider vers les ressources disponibles en les informant de ces trois possibilités.

Par ailleurs, compte tenu des suites qu'une grossesse non planifiée peut avoir et peut engendrer pour la femme, le couple, l'enfant ou l'entourage, le suivi post GNP devrait être systématique dans les suites de la prise en charge des grossesses non planifiées et cela quelle que soit la décision prise au sujet de cette grossesse. Cela permettrait notamment de réaliser systématiquement une évaluation psychologique consécutive et la prise en charge contraceptive adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la reformulation de la norme procréative, Abortion and the reformulation of the procreative norm. *Sociétés contemporaines*. 1 sept 2006;no 61(1):91-117.
2. Bajos N, Ferrand M. L'avortement à l'âge de raison. *Mouvements*. 2001;no17(4):99-105.
3. Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Médecine de la Reproduction*. 1 janv 2012;14(1):3-10.
4. INPES – Contraception, IVG et grossesses non désirées [Internet]. [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf
5. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Population et sociétés*. 2004;407:1–4.
6. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements>
7. Malenfant A. La nouvelle norme procréative : regard sur les contradictions du projet parental vécues dans les cas de grossesses non prévues. 2011 [cité 11 sept 2018]; Disponible sur: <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/23138>
8. Moss DA. Counseling Patients with Unintended Pregnancy. *AFP*. 15 avr 2015;91(8):574-6.
9. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode.2013;(14) :435-452.4. [cité 27 mars 2019].http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Meliani.pdf
10. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
11. Article 36 - Consentement du patient | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>
12. Chaullet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2013;171(10):705-9.
13. Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit*. oct 2004;10(10):SR5-16.
14. Sondage IFOP. Les françaises et l'interruption volontaire de grossesse. Février 2010. [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: https://www.alliancevita.org/wp-content/uploads/2011/11/Sondage_IFOP_fevrier_2010.pdf
15. Sisson G. "Choosing Life": Birth Mothers on Abortion and Reproductive Choice. *Women's Health Issues*. 1 juill 2015;25(4):349-54.

16. Gerdts C, Dobkin L, Foster DG, Schwarz EB. Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. *Womens Health Issues*. Févr 2016;26(1):55-9.
17. Moss DA, Snyder MJ, Lu L. Options for Women with Unintended Pregnancy. *AFP*. 15 avr 2015;91(8):544-9.
18. Merriel SWD, Salisbury C, Metcalfe C, Ridd M. Depth of the patient–doctor relationship and content of general practice consultations: cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 1 août 2015;65(637):e545-51.
19. Pouliquen L. Les conséquences psychologiques de l'avortement. Institut Européen de Bioéthique; 2011 [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/etudes-consq-psych-avortement.pdf>
20. Surkan PJ, Strobino DM, Mehra S, Shamim AA, Rashid M, Wu LS-F, et al. Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socio-economically disadvantaged women in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13 déc 2018;18(1):490.
21. Foster DG, Biggs MA, Raifman S, Gipson J, Kimport K, Rocca CH. Comparison of Health, Development, Maternal Bonding, and Poverty Among Children Born After Denial of Abortion vs After Pregnancies Subsequent to an Abortion. *JAMA Pediatr*. nov 2018;172(11):1053-1060 .
22. David HP. Born Unwanted, 35 Years Later: The Prague Study. *Reproductive Health Matters*. 1 janv 2006;14(27):181-90.
23. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health*. Août 2003;57(8):601-5.
24. Lochard Gladys. Santé mentale des femmes enceintes et développement de l'enfant. Thèse de doctorat : Santé publique : Université Pierre et Marie Curie – Paris VI : 2014PA066413.
25. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
26. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales. 2009;
27. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. Introduction au dossier. *Population*. 2004;59(3):409-18.
28. Clutter LB. Adult Birth Mothers Who Made Open Infant Adoption Placements after Adolescent Unplanned Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1 mars 2014;43(2):190-9.
29. Macklin R. Liberty, utility, and justice: an ethical approach to unwanted pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1 janv 1989;30:37-49.
30. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population et Sociétés*. Janv 2015;n°518(4).
31. Merg-Essadi D, Schmoll P. L'interruption volontaire de grossesse : du débat de société aux discussions entre experts. In: *L'interruption volontaire de grossesse : du débat de société aux discussions entre experts* [Internet]. 2008 [cité 11 sept 2018]. p. 111-25. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01300826>

32. Pereira JIF, Pires RSA, Araújo-Pedrosa AF, Canavarro MCCSP. Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy: Differences between adolescents and adult women who had an abortion. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 mai 2018;224:181-7.
33. Régnier-Loilier A. Évolution des naissances et des grossesses non désirées en France. Réflexions méthodologiques et éléments d'interprétation. In: 25th conference of the International Union for the Scientific Study of Population, Tours. 2005. p. 18–23.
34. Sisson G, Ralph L, Gould H, Foster DG. Adoption Decision Making among Women Seeking Abortion. *Women's Health Issues*. 1 mars 2017;27(2):136-44.
35. Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. *L'état de santé de la population en France: rapport*. 2009;2010:51–62.

ANNEXES

Annexe 1 : Discours de recrutement

« Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je fais une thèse qui s'intéresse à la prise en charge des grossesses non planifiées en médecine générale. Le terme de grossesses non planifiées, sous-entend toutes les grossesses qui n'étaient pas prévues qu'elles aient été poursuivies ou qu'il y ait eu une interruption de grossesse. L'étude se fait par entretiens individuels de 10 à 15 min et leurs retranscriptions seront anonymes. Je voulais donc savoir si vous seriez intéressé à participer à cette étude ? Si tel est le cas nous pourrions convenir d'un rendez-vous ? »

Annexe 2 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour Madame/ Monsieur le Dr

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

Donc comme on a pu vous l'expliquer c'est une étude pour une thèse en médecine générale qui s'intéresse à la prise en charge des grossesses non planifiées.

Par le terme de grossesses non planifiées, j'entends toutes les grossesses qui n'étaient pas prévues qu'elle(s) ai(en)t été poursuivie(s) ou qu'il y ait eu une interruption de grossesse.

Je tiens juste à vous rappeler que notre entretien est anonyme. Avec votre accord, je souhaiterais enregistrer l'entretien en vous précisant que les enregistrements seront supprimés dès qu'ils auront été retranscrits.

Nous allons donc commencer.

- ENREGISTREMENT -

- 1) Est-ce que dans votre pratique professionnelle vous êtes amené à vous entretenir avec des femmes qui ont ou qui ont eu des grossesses non planifiées ?

Si oui, pourriez vous me dire comment se passe vos échanges / vos consultations ?

- 2) Lorsque vous êtes amené(e) à parler d'IVG avec votre patiente quel aspect abordez-vous ? [*effets secondaires physiques et psychologiques ?*]
- 3) Est-ce qu'il vous arrive de parler d'IVG, même si la patiente ne vous en parle pas spontanément ?

Si oui, en règle général quels sont les raisons qui pourrait vous pousser à aborder le sujet ?

- 4) Lorsque votre patiente ne souhaite pas poursuivre sa grossesse, vous arrive-t-il de lui proposer une alternative à l'IVG ? [*accouchement sous-X*]
- 5) En tant que médecin traitant, pensez-vous avoir une influence sur le devenir des grossesses non planifiées des patientes que vous suivez ?
- 6) Est-ce que vous pensez que votre vécu peut influencer votre prise en charge des femmes ayant une grossesse non planifiée ? [*vécu personnel, conviction religieuse*]
- 7) Est-ce que vous avez suivi une formation complémentaire en gynécologie, sexologie ou sur les IVG ?
- 8) Pouvez-vous me dire depuis combien de temps vous exercez ? Et quel âge vous avez ?

J'ai terminé de vous posez les questions que j'avais notées mais, aimeriez -vous ajouter quelques choses par rapport à ce sujet ?

Je vous remercie beaucoup du temps que vous m'avez consacré.

Au revoir Dr..... bonne fin de journée / de soirée.

- **FIN D'ENREGISTREMENT** -

Annexe 3 : Tableau de codage

Catégorie	Sous catégorie	Unité de sens	Code
Prise en charge des grossesses non planifiées en médecine générale	Diagnostiques	Découverte de la grossesse par la patiente	Signes fonctionnels
			Test urinaire
		Découverte de la grossesse par le médecin	Signes fonctionnels
		Découverte sur déni de grossesse	
			A l'accouchement
	Confirmation de la grossesse	Dosage des bHCG Échographie de datation	
	Évaluation du désir de la patiente	Discussion sur le désir de grossesse	Bonne ou mauvaise nouvelle ?
			Désir d'une grossesse ultérieure ?
		Évaluation du contexte psychosocial	Psychologique
			Croyance / religion
			Âge
			Couple / entourage
			Finance
		Laisser un temps de réflexion	Personnelle
			Avec le conjoint
			Avec l'entourage
	Revoir en consultation		
	Évocation spontanée de l'IVG par le médecin	Oui	Systématiquement
			Contexte d'indécision
			Souffrance de la patiente
			Problèmes sociaux
		Non	
	Orientation et suivi en fonction de la décision de la patiente	Poursuite de la grossesse	Suivi d'une grossesse habituelle
			Tout se passe bien généralement
			Fausse couche Spontanée
			Maladie à la naissance
			Placement de l'enfant dans les contextes d'IME
			Proposition d'aide sociale
		IVG	Formelle
			Centre d'orthogénie ou CPEF
Consultation post IVG			

			Suivi psychologique	
		Indécision	Discussion	
			Temps de réflexion	
Informations délivrées par le médecin traitant sur l'IVG	Législation	Réglementation	Délais légaux	
	Méthodes	Médicamenteuse		
		Chirurgicale		
	Effets secondaires	Physiologique		
		Psychologique		
	Information délivré en fonction des questions des patientes			
	Pas d'information donné => renvoie aux spécialistes			
	Proposition d'une alternative à l'IVG	Oui		Assistante sociale
			Psychologique	
	Centre maternel / maison d'accueil femmes enceintes			
	Non			
Opinion des médecins généraliste face aux grossesses non planifiées	Opinion sur l'attitude et le rôle du médecin généraliste	Compétences relationnelles et de communications	Être à l'écoute	
			Accompagner sans orienter	
			Ne pas juger	
			Déculpabiliser	
			Soutenir, aider	
			Informar, avertir	
			Solutionner	
			Conseiller	
			Être neutre	
	Savoir orienter vers les différents spécialistes			
	Opinion sur l'influence du médecin traitant sur le devenir des grossesses non planifiées	Oui		Mais faible
				Mais malgré eux
		Non		Ne doivent pas influencer
		Non malgré eux		
	Ne savent pas			
Opinion sur l'influence des convictions personnelles et religieuses sur leur prise en	Religion		Non	
			Oui	
	Vécu et convictions personnelles		Oui	
			Non	

	charge			
	Opinion sur la prise en charge des grossesses non planifiées	IVG Formelle	Pas de place à la discussion	
		Indécision	Pas d'IVG	
		Accouchement sous X		
		Difficultés rencontrées	L'issue de la grossesse	
			De prise en charge	
			Lien entre centre IVG et médecin traitant	
			Divergence d'opinion sur la suite à donner à la grossesse dans le couple	
			Psychologiquement	
			Dénis de grossesses	
			Patientes psychiatriques ou en institut	
			Relation médecin-patient / Perte de patientèle	
			D'orientation médicale	
			Manque de support d'information	
	Importance de la prévention			
	Éthique			
		Tabou		
			Sentiment de service rendu	
Raisons d'IVG évoquées		Difficultés financières		
		Problèmes conjugaux		
		Age		
		Nombre et âge des enfants dans le foyer		
		Professionnelle		
		Problème d'organisation		

Annexe 4 : Flyer d'information pour les femmes en situation de grossesse non planifiée

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN !

GROSSESSE NON PLANIFIÉE,

QUE FAIRE

???

GARDER LA GROSSESSE ?

Conseillère conjugale, psychologue, maison parentale, assistante sociale, aide financière, centre d'adoption,...

FAIRE UNE IVG ?

ACCOUCHER SOUS X ?

Des solutions existent.
Parlez-en à votre Médecin !

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LANOIX Christine

TITRE: « Exploration des prises en charges des médecins généralistes des grossesses non planifiées »

RÉSUMÉ :

Introduction : La prévention des grossesses non planifiées a été améliorée en France par la meilleure diffusion des méthodes contraceptives. Pourtant, même si le taux de grossesses non planifiées (GNP) a diminué, un tiers des grossesses reste imprévu. Le rôle et l'impact du médecin généraliste (MG) dans la prise en charge des femmes en situation de GNP nécessitent une étude pour explorer la place du MG vis-à-vis du devenir des GNP.

Méthodes : Étude qualitative explorant les pratiques et le vécu des MG par entretiens semi-dirigés individuels. Les MG ont été recrutés de façon raisonnée et diversifiée dans les régions de Bretagne, Normandie, et Pays de la Loire jusqu'à saturation des données. Le codage a été triangulé par deux chercheurs indépendants.

Résultats : Seize entretiens ont été réalisés entre octobre et décembre 2018. Les MG prenaient en charge les GNP de façon similaire : confirmation de la grossesse, évaluation du contexte psychosocial, évaluation du désir de la grossesse, puis orientation adaptée de la patiente en fonction de sa décision. En cas d'indécision, la patiente était revue en consultation après un temps de réflexion. L'accouchement « sous X » n'était jamais proposé si la patiente était dans les délais pour une interruption volontaire de grossesse. Les MG rencontraient diverses difficultés lors de leur prise en charge. Seule une partie des MG pensaient faire attention à ne pas influencer les femmes.

Conclusion : Les MG caractérisaient diversement leur rôle dans la prise de décision des patientes et les suites à donner pour les GNP.

Mots-clés : *Grossesse non désirée , Interruption volontaire de grossesse, Accouchement sous X, Médecin généraliste, Contraception, Planning familial, Centre d'orthogénie, Norme procréative.*

TITLE: “Exploration of unplanned pregnancies management and impact of general practitioners in their outcome.”

RESUME :

Background :

The prevention of unplanned pregnancies has been improved in France by better dissemination of contraceptive methods. Yet, even though the rate of unplanned pregnancies (UP) has decreased, a third of pregnancies remain unplanned. The role and impact of the general practitioner (GP) in the care of women with UP required a study to explore the role of GPs in their outcome.

Methods :

We performed a qualitative study exploring the practices and experiences of GP through individual semi-directed interviews. GPs were recruited in a reasoned and diversified way in the regions of Brittany, Normandy, and Pays de la Loire until saturation of data was reached. The coding was triangulated by two independent researchers.

Results:

We performed sixteen interviews between October and December 2018. UP care was similar amongst GPs: confirmation of the pregnancy, evaluation of the psychosocial context, evaluation of the desire of the pregnancy, then adapted patient's orientation according to her decision. In case of indecision, the patient was seen in consultation after a period of reflection. Childbirth "under X" was never offered if the patient was on time for an abortion. The GPs encountered various difficulties in their care. Only some of the GPs thought to be careful not to influence women.

Conclusion:

GPs' roles were diverse in patient decision-making and for the follow-up of UP.

Key words: *unplanned pregnancies, Pregnancy abortion, Childbirth under X, General Practitioner, Contraception, Family Planning, Orthogeny center, Reproductive Standard.*