



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Relation médecin généraliste-patient chez les couples infertiles
inscrits dans un parcours de PMA dans le Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2023 à 18h
au Pôle Recherche
par **Camille DEKERLE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Pascal PHILIPPE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

PMA : Procréation Médicalement Assistée

ARS : Agence Régionale de Santé

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Contexte de l'étude	4
I. Définition	4
A. Pour qui ?	4
B. Quelles conditions ?	4
C. Législation	4
D. Où ?	5
E. Quelle prise en charge financière ?	5
II. Les techniques	6
A. Méthodes avec fécondation naturelle	6
1. Stimulation ovarienne	6
2. Insémination intra-utérine (IIU)	6
B. Méthodes avec fécondation artificielle	7
1. Fécondation in-vitro (FIV)	7
2. FIV ICSI (micro-injection intracytoplasmique du spermatozoïde)	7
3. FIV IMSI (Injection Magnifiée de Spermatozoïde)	8
Matériels et méthodes	9
I. Type d'étude	9
II. Population	9
III. Recueil des données	10
IV. Analyse des données	11
V. Aspects éthiques et réglementaires	11
Résultats	12
I. Caractéristiques des entretiens et des participants	12
II. Ressenti de la PMA	13
A. Ressenti positif	13
1. Un centre réputé	13
2. Les critères de qualité du parcours	14
3. Une adaptation financière	15
4. Les compétences des équipes de PMA	16
5. Une aide pour une PMA à l'étranger	17
B. Ressenti négatif	17
1. Manque de compétences humaines	17
2. Une communication peu présente	19
3. Un parcours long	20
4. Une intimité réduite	21
5. Un suivi limité	22
III. Avis sur le médecin traitant	23
A. Ressenti positif	23
1. Un médecin avec des compétences humaines	23
2. Une prise en charge de qualité et globale	24

3.	Le respect de l'intimité.....	25
B.	Ressenti négatif.....	25
1.	Le savoir-être	25
2.	Le désintérêt du médecin	26
3.	Le manque d'accompagnement.....	27
IV.	La place du médecin généraliste dans le parcours de PMA	27
A.	Fonctions du médecin généraliste	27
1.	Initiation du parcours	27
2.	Soutien psychologique	28
3.	Education thérapeutique	29
4.	Prescription médicamenteuse	29
5.	Prescription administrative	30
6.	Suivi de grossesse	30
B.	Causes d'exclusion du médecin traitant	31
1.	Auto-exclusion.....	31
2.	PMA : un parcours et un suivi complet.....	32
3.	Le suivi de PMA, une affaire de gynécologues.....	33
4.	Un manque de confiance envers le MT	34
5.	Un sujet intime.....	35
C.	Rôle idéal du médecin traitant	35
1.	Rôle de soutien psychologique.....	35
2.	Rôle d'éducation.....	36
3.	Rôle de prescripteur	36
4.	Rôle d'orientation	37
V.	Pistes d'amélioration dans le parcours de PMA	38
A.	Une communication décuplée	38
1.	Envers les patients.....	38
2.	Envers le médecin généraliste	38
B.	Un médecin traitant au centre du parcours.....	39
C.	Un soutien psychologique démocratisé	40
	Discussion	41
I.	Résultats principaux et comparaison avec la littérature	41
A.	Modèle explicatif.....	41
B.	Opinion sur la prise en charge.....	42
1.	A propos de la PMA.....	42
2.	A propos du médecin traitant.....	42
C.	La PMA, rôle prépondérant des gynécologues	43
D.	Une interaction limitée entre la PMA et le MG	44
E.	Implications possibles pour le MG	44
II.	Faiblesses et forces de l'étude	45
A.	Faiblesses	45
B.	Forces.....	46
III.	Perspectives.....	47
	Conclusion.....	48
	Références bibliographiques	50
	Annexes	53

RESUME

Contexte : Selon le rapport de l’OMS en 2023, l’infertilité dans le monde concerne une personne sur six. L’Assistance Médicale à la Procréation apporte des solutions à cette problématique. Le médecin généraliste est le pivot du système de soins français mais sa place dans ce parcours est peu connue. L’objectif de cette recherche était de découvrir le vécu, les attentes, les besoins des couples vis-à-vis de leur médecin généraliste par rapport au parcours de PMA.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la méthode de théorisation ancrée a été menée dans le Nord-Pas-De-Calais. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de couples inscrits dans un parcours de PMA. Le recrutement des patients a été mis en œuvre grâce à un échantillonnage raisonné théorique. Les entretiens ont été conduits jusqu’à l’atteinte de la suffisance des données.

Résultats : Le médecin traitant est apprécié pour sa vision globale du couple, et sa disponibilité. Ses compétences humaines facilitent la relation de confiance. Son manque d’accompagnement et de compréhension peuvent être perçus négativement. L’implication du médecin traitant dans le parcours apparaît variable. Il reste important pour les patients, comme source de savoir, rôle de conseiller, de soutien psychologique et d’orientation. Un manque de communication entre les centres de PMA et le médecin traitant a été soulevé.

Conclusion : Cette étude a permis la mise en évidence du ressenti et des attentes des couples vis-à-vis de leurs médecins généralistes. Il semblerait intéressant de renforcer la communication au sein des centres de PMA pour connecter les professionnels de santé.

INTRODUCTION

Un couple est considéré comme infertile s'il n'a pas pu concevoir d'enfant après 12 à 24 mois de rapports sexuels complets, réguliers et sans contraception. Après un an de tentatives, environ un quart des couples restent sans enfant (1). De plus, selon le dernier rapport de l'OMS en avril 2023, l'infertilité dans le monde concerne une personne sur six. (2)

L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) apporte des solutions à cette problématique. D'ailleurs son activité ne cesse de croître (3). En 2020, 2,7% des enfants nés sont issus de ce parcours (4). Outre des techniques modernes et de pointe, elle apporte au couple un suivi pluridisciplinaire avec gynécologue, urologue, biologiste, psychologue, nutritionniste.... Du premier rendez-vous d'inscription à la naissance d'un enfant, les couples passent par des protocoles stricts avec des examens intrusifs et des traitements lourds dont le retentissement est important. Les espoirs et les joies sont entremêlés à la déception et la tristesse des échecs. Ce parcours est celui du combattant : long et difficile tant sur le plan physique que psychologique et l'accompagnement des couples est primordial.

Le médecin généraliste est le pivot du système de soins français. Il coordonne, diagnostique, oriente et participe au suivi au long cours. Toutefois, sa place dans un parcours d'AMP est peu décrite dans la littérature. Quelques études et enquêtes d'opinion se sont penchées sur le sujet mais celles-ci remontent à plus de dix ans (5) (6) (7). De ce fait, les attentes des couples vis-à-vis de leur médecin traitant ne sont pas très bien connues.

En sachant que de nombreux couples s'inscrivent chaque jour dans un parcours de PMA et que le médecin traitant a une fonction de coordination de soins, il me

semblait important d'étudier cette relation médecin-patient. L'objectif de cette recherche était de découvrir le vécu, les attentes, les besoins des couples vis-à-vis de leur médecin généraliste par rapport au parcours de PMA.

CONTEXTE DE L'ETUDE

I. Définition

L'AMP permet à des couples ou des femmes seules d'avoir un enfant. Elle comprend différentes techniques biomédicales et est sous certaines conditions prises en charge par l'Assurance Maladie. (8)

A. Pour qui ?

L'AMP s'adresse aux couples quel que soit leur orientation sexuelle et leur statut matrimonial et aux femmes non mariées

B. Quelles conditions ?

La prise en charge peut avoir lieu :

- Jusqu'à son 45^{ème} anniversaire chez la femme qui a vocation à porter l'enfant.
- Jusqu'à son 60^{ème} anniversaire chez le membre du couple qui ne portera pas l'enfant.

En revanche, ces limites d'âge sont différentes en cas d'autoconservation des gamètes à but non médical pour une PMA ultérieure.

C. Législation

La loi de bioéthique n°2004-800 du 6 août 2004 encadre légalement la PMA. Elle a été par la suite modifiée en 2011 et en 2021.

C'est notamment depuis la loi du 2 août 2021 que la PMA a été élargie aux couples de femmes et aux femmes seules et donne de nouveaux droits pour les

enfants nés d'une PMA. Elle contient d'autres dispositions, notamment sur l'autoconservation des gamètes hors motif médical. (9)

De plus, Les activités d'AMP comprenant les activités cliniques et biologiques sont régies par l'article R.2142-1 du code de la santé publique.

D. Où ?

La pratique de l'AMP ne peut être réalisée que dans des établissements autorisés. Les autorisations sont délivrées par le directeur général de l'ARS (Agence Régionale de Santé) après avis de l'Agence de la biomédecine. Elles sont valables 5 ans. (10)

Au dernier recensement de mai 2023, 11 établissements de santé sont habilités dans les Hauts-de-France.

E. Quelle prise en charge financière ?

Les actes d'AMP sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour au maximum :

- 6 inséminations intra-utérines pour obtenir une grossesse.
- 4 tentatives de fécondation in vitro pour obtenir une grossesse (FIV classique ou FIV ICSI). (11)

Les tentatives supplémentaires sont donc à la charge des couples. Cependant, chaque grossesse réussie remet à zéro le compteur de prise en charge.

II. Les techniques

Il existe différentes techniques utilisées en PMA. On peut les diviser selon que la fécondation soit naturelle ou non.

A. Méthodes avec fécondation naturelle

1. Stimulation ovarienne

L'objectif est d'arriver à la maturation des ovocytes afin de déclencher une ovulation propice à la fécondation. Elle consiste en un traitement hormonal par gonadotrophines dans la majorité des cas. En pratique, l'induction de l'ovulation est considérée comme adéquate si elle permet d'obtenir 1 ou 2 follicules matures, conduisant au déclenchement de l'ovulation.

Dans une étude réalisée chez 202 patientes, le taux d'ovulation après une stimulation était de 93,3 % (intervalle de confiance à 95 % : [89,8 ; 96,8] %). Cependant, à l'échographie du 1^{er} trimestre 38 patientes seulement avaient une grossesse évolutive. (12)

2. Insémination intra-utérine (IIU)

Il s'agit d'une méthode d'AMP simple dont les principales indications sont les infertilités inexplicables, les infertilités cervicales et les anomalies spermatiques modérées.

L'acte médical consiste à déposer les spermatozoïdes directement dans l'utérus pour faciliter la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovocyte. Préalablement, la femme bénéficie souvent d'une stimulation ovarienne. Avec 35 000 IIU en France en 2020, cette méthode bien que de moins en moins utilisée reste une technique prépondérante (13).

Une étude locale réalisée en 2020 au CHU de Lille met en évidence que le taux de grossesse par cycle est de 16,2%. (14)

B. Méthodes avec fécondation artificielle

1. Fécondation in-vitro (FIV)

La FIV consiste à la mise en relation entre les gamètes masculines et féminines. Bien que les protocoles soient différents d'un centre à un autre, les grandes étapes du processus restent les mêmes : une stimulation ovarienne, une ponction folliculaire, une mise en fécondation au laboratoire, un développement embryonnaire, et un transfert embryonnaire dans l'utérus de la future mère.

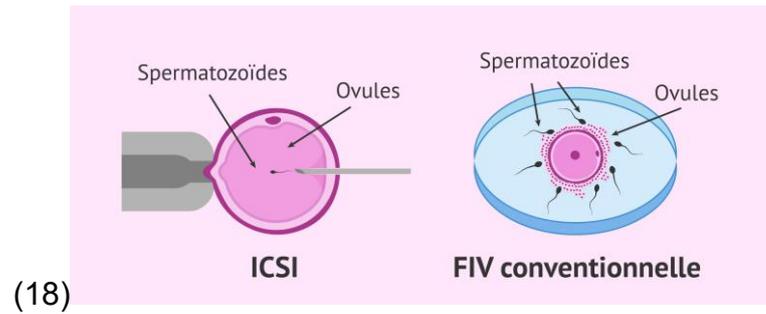
Dans la FIV classique, la fécondation se fait naturellement : les spermatozoïdes préparés sont déposés dans les milieux de culture contenant les ovocytes.

Cette technique est proposée quand il existe une pathologie tubaire, dans le cas d'infertilité inexplicée, de certaines infertilités masculines modérées mais aussi après échec des stimulations et des inséminations. (15)

Selon des recherches récentes, en cas d'infertilité inexplicée, les chances pour un couple d'avoir un enfant après une FIV sont de 40,4 %. (16)

2. FIV ICSI (micro-injection intracytoplasmique du spermatozoïde)

La plupart des FIV réalisées sont des FIV dites ICSI. Cela consiste à injecter un spermatozoïde directement dans le cytoplasme d'un ovocyte mature grâce à une micro-aiguille. La fécondation est donc forcée, le spermatozoïde étant amené directement là où il doit aller. (17)



3. FIV IMSI (Injection Magnifiée de Spermatozoïde)

Il est à noter qu'est apparue il y a quelques années une variante de l'ICSI : l'IMSI. Le principe de fécondation est le même, mais la différence réside dans le grossissement du microscope qui est plus important pour l'IMSI que pour l'ICSI. Il est dorénavant possible d'observer certaines structures de la tête de spermatozoïde.

(19)

Toutefois, le bénéfice du recours à cette méthode est controversé par rapport à l'ICSI car les résultats de méta-analyses ne montrent pas de bénéfice de recours à l'IMSI sur les taux de naissance par rapport à l'ICSI (20). En France, l'IMSI n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

MATERIELS ET METHODES

Les sections Méthode et Résultats ont suivi les critères de restitution de la grille COREQ relatifs à une étude qualitative.

I.Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels (en couple) en face à face dont l'objectif était de produire et d'analyser des données descriptives, telles que des paroles et des attitudes non verbales des personnes interrogées. L'analyse a été inspirée de la théorisation ancrée. Ce type d'étude est le plus approprié pour répondre à la question de recherche car il permet d'exprimer son point de vue librement et sans contrainte. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à obtention de la suffisance théorique des données.

II.Population

La population étudiée concernait les couples qui étaient en parcours de PMA ou qui l'avaient été il y a moins de 5 ans, qui résidaient dans le Nord-Pas-de-Calais et qui avaient un médecin traitant déclaré. Un recrutement raisonné en variation maximale a été visé.

Tout en respectant la diversité, les participants inclus répondaient à des caractéristiques variées concernant : l'âge, la profession, le lieu de résidence, la gestité, la parité, le sexe du médecin traitant ainsi que son âge, la durée de suivi par le médecin traitant. Ces caractéristiques ont été relevées oralement au début de chaque entretien, elles ont été détaillées dans les résultats.

Le recrutement a été initialement fait à l'aide de médecins généralistes qui avaient dans leur patientèle des couples éligibles puis par effet « boule de neige ». Les patients ont été contactés, après leur accord, par téléphone ou par mail. L'investigatrice exposait alors le sujet de recherche, les principaux objectifs et garantissait le respect de l'anonymat.

III. Recueil des données

Un guide d'entretien a été élaboré à partir de la revue de la littérature. Les mots-clés utilisés étaient : *infertilité ; relation médecin-patient ; médecine générale ; couple ; PMA ; AMP*.

Il était composé de 5 questions ouvertes selon la méthode semi-dirigée puis a été amélioré à partir du 7^{ème} entretien. Il était prévu d'utiliser ces 5 questions si les thèmes n'étaient pas abordés spontanément par le couple. Ils sont disponibles en annexe.

Un entretien test a été réalisé en octobre 2022 permettant d'améliorer la maîtrise du guide et les techniques de relance. Les données recueillies n'ont pas été incluses dans l'étude.

La période de recueil des données avec réalisations des entretiens s'est déroulée de décembre 2022 à 2023. Le nombre d'entretiens n'étaient pas défini préalablement. La suffisance des données a été obtenue lors du 8^{ème} entretien confirmée par 2 entretiens de consolidation n'ayant pas abouti à l'apparition de nouvelles données.

Les entretiens en face à face ont eu lieu au domicile des patients, à l'exception de deux entretiens réalisés en maternité selon la préférence des patients.

Les entretiens ont été audio-enregistrés à l'aide de l'application Magnéto du téléphone portable appartenant à l'investigatrice. Une retranscription ad integrum des

verbatim a été effectuée dans le logiciel Word®. Les erreurs de syntaxe n'ont pas été corrigées afin de garantir l'authenticité des propos.

Chaque entretien est identifié par l'abréviation C1 à C10, chacun correspondant à un couple rendu anonyme. Les membres du couple sont identifiés par l'abréviation C1a et C1b jusque C10a et C10b, le « a » correspondant à la personne de sexe féminin et le « b » à la personne de sexe masculin.

IV. Analyse des données

Le logiciel Nvivo® version 12 Windows® a été utilisé comme support informatique pour hiérarchiser et classer les données.

Afin d'augmenter la validité interne de la recherche, la triangulation des données a été réalisée avec une autre interne de médecine générale de la subdivision de Lille.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Concernant le cadre réglementaire, la déclaration du protocole de recherche à la CNIL a été faite et acceptée le 5 septembre 2022 (référence registre DPO : 2022-251).

Un consentement oral de participation à l'étude a été recueilli pour chaque couple.

RESULTATS

I. Caractéristiques des entretiens et des participants

Le tableau suivant reprend les caractéristiques des 10 couples interrogés.

	Age homme	Catégorie socio-professionnelle homme	Age femme	Catégorie socio-professionnelle femme	Lieu de vie	Gestité Parité	Sexe médecin traitant (MT)	Age MT	Durée suivi par MT
C1	30-40 ans	Cadre, professions intellectuelles supérieures	30-40 ans	Cadre, professions intellectuelles supérieures	Rural	G6P0	Femme	30-39 ans	5-10 ans
C2	30-40 ans	Employé	30-40 ans	Employé	Semi-rural	G9P0	Homme	50-59 ans	15-20 ans
C3	30-40 ans	Ouvrier	30-40 ans	Sans activité professionnelle	Urbain	G0P0	Homme	30-39 ans	< 5 ans
C4	30-40 ans	Ouvrier	20-30 ans	Employé	Rural	G0P0	Homme	30-39 ans	< 5 ans
C5	20-30 ans	Employé	30-40 ans	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Rural	G0P0	Femme	30-39 ans	< 5 ans
C6	30-40 ans	Sans activité professionnelle	20-30 ans	Employé	Urbain	G1P1	Homme	30-39 ans	< 5 ans
C7	30-40 ans	Ouvrier	30-40 ans	Profession intermédiaire	Rural	G2P1	Homme	60-69 ans	25-30 ans
C8	30-40 ans	Cadre, professions intellectuelles supérieures	30-40 ans	Employé	Rural	G2P1	Homme	30-39 ans	< 5 ans
C9	20-30 ans	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	20-30 ans	Employé	Urbain	G1P1	Homme	50-59 ans	20-25 ans
C10	30-40 ans	Employé	30-40 ans	Employé	Rural	G1P1	Homme	50-59 ans	< 5 ans

Les entretiens ont duré entre 18 minutes et 1h 15 minutes, avec une durée moyenne de 46 minutes et 18 secondes.

	Temps
C1	1 h 15 min 35 sec
C2	50 min 29 sec
C3	18 min 24 sec
C4	50 min 38 sec
C5	36 min
C6	33 min 03 sec
C7	39 min 40 sec
C8	50 min 12 sec
C9	1 h 09 min 18 sec
C10	39 min 42 sec

II. Ressenti de la PMA

A. Ressenti positif

1. Un centre réputé

Les couples sont sensibles et plus attirés vers un centre de PMA dont la réputation est bonne.

C2 : Après « X » était réputé, donc il y avait ça aussi qui avait motivé. Vraiment le fait d'être à côté et qu'ils étaient aussi réputés.

C9 : C'est le meilleur pour ce parcours, ils sont super bons, c'est pour ça que j'ai décidé d'être suivie et d'accoucher là-bas car pour moi je voyais pas d'autre endroit.

2. Les critères de qualité du parcours

a) *Un parcours pluriprofessionnel*

Le parcours étant multidisciplinaire, les couples bénéficient de l'intervention de plusieurs professionnels de santé. Cette prise en charge globale est notamment appréciée...

C5 : *Ils ont vraiment tout ce qu'il faut. Ils nous demandent de perdre du poids : on nous propose un service diététique, moralement ça va pas : on peut avoir un suivi avec un psychologue. Vraiment tout est fait pour que ce soit au plus facile en tout cas pour nous et le mieux accompagné.*

C6 : *C'est ça, qui aurait pu me conseiller sur des menus tout ça, elle m'a donné des adresses qui sont aussi dans l'hôpital de « X », je crois ? C'est ça qu'elle avait dit ?*

... notamment quand un accompagnement psychologique est proposé.

C5 : *Ouais, moi personnellement ça m'a fait énormément de bien de pouvoir suivre, d'être avec une psychologue qui était compétente et qui m'a aidée à m'en remettre.*

A l'inverse, certains couples ont regretté de ne pas avoir eu la possibilité d'être suivi sur ce plan.

C4 : *Je pense, s'il y avait un petit suivi psychologique, pas énorme hein, peut-être en couple aller voir dans la session 2-3 fois un psychologue mais que lui il est en lien avec la PMA je pense ça peut aider aussi.*

C8 : *Est-ce que psychologiquement vous allez bien, 'fin tous ces trucs là c'est pas du tout abordé. (...) Pas de proposition de suivi psy, on l'a fait par nous même donc ...*

b) Être disponible

Les couples sont à la recherche d'un centre disponible et réactif à leurs besoins.

C7 : Donc en fait en même pas 4 mois on m'a tout ... Tout s'est enclenché, tout est parti, on n'a pas eu le temps de réaliser quoi.

C8 : Parce qu'en fait on a un peu eu de la chance car on pouvait envoyer des mails pour dire « j'ai tel souci » ou alors « il me faut tel traitement, il me faut tel papier ». On avait quand même des réponses.

c) Des intervenants limités

Dans ce parcours multidisciplinaire qui touche à l'intimité du couple, avoir un référent unique médical est apprécié notamment du point de vue des patientes.

C7 : Que la première fois quand on avait été c'était quasiment toujours la même personne que j'avais en face de moi quand j'allais faire mes examens. Donc c'est un peu plus ... bah c'était plus rassurant car on se dit c'est toujours la même personne....

3. Une adaptation financière

Comme certaines thérapeutiques et examens ne sont pas pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, certains couples ont des difficultés à financer le parcours. Le fait que les examens payants ne soient pas imposés par le centre témoigne de la compréhension de ce dernier....

C2 : C2a : Oh non, après elle propose.

CD : Oui, elle force pas la main.

C2a : C'est ça, elle force pas la main. Elle propose et puis voilà.

...Cela pouvant aller jusqu'à la non-cotation de certains actes à l'origine d'une reconnaissance des couples envers le corps médical.

C1 : *Des fois, ils vous font même pas payer. Mme « X », elle dit « c'est bon ».*

4. Les compétences des équipes de PMA

Pour la majorité des couples, la rigueur du suivi et les compétences médicales des équipes sont à notifier et à mettre en avant...

C6 : *Ouais moi je trouve que c'est précis, c'est surveillé, c'est bien.*

C9 : (...) *du suivi, du corps médical etc, incroyable. Honnêtement très bien suivi, même quand j'ai eu l'hyperstimulation j'ai été prise en urgences, j'avais des rdv tout de suite*

C10 : *On est bien suivi ici...*

... Tout comme leurs compétences humaines avec leur empathie et leur prévenance.

C1 : *Parce qu'il y a des secrétaires qui sont géniales...sincèrement, elles sont très empathiques : « ça va aller Madame ? ; On est désolé madame ... ».*

C7 : *Par contre c'est vrai que quand on a le test négatif on a une personne qui nous appelle et ça c'est plutôt pas mal.*

C8 : *Elle a une approche ultra humaine qui fait beaucoup de bien parce que c'est vraiment un parcours compliqué.*

Les termes employés et les processus peuvent apparaître aux yeux des couples comme un langage à part, réservé au corps médical et paramédical. L'éducation thérapeutique donnée par les équipes est fortement appréciée...

C7 : *Puis elle expliquait à chaque fois, à chaque rdv qu'on avait elle détaillait bien, et elle prenait le temps de vraiment.. la moindre question elle nous répondait vraiment, c'est ça qui était bien.*

C10 : *Après on a eu plusieurs réunions d'informations ici (...), donc on pouvait poser des questions de chose et d'autre par rapport à notre parcours, ce qui allait, ce qui n'allait pas. Ça c'était bien.*

... Tout comme les conseils pratiques, facilitant les démarches à suivre.

C5 : *Même niveau examen, on nous donne toujours les adresses où aller, les choses comme ça, il y a vraiment aucun souci par rapport à ça, tout est très clair.*

5. Une aide pour une PMA à l'étranger

Quand le parcours n'aboutit pas, certains couples se tournent vers l'étranger, notamment en Europe. Parfois, ils sont accompagnés par le centre de PMA français...

C1 : *Elle dit « bah je peux rien faire, et je sais quoi faire mais je n'ai pas le pouvoir en France. Je sais ce qu'il faut que vous fassiez, mais je peux pas vous faire ça en France. J'ai pas la possibilité de le faire. Par contre, si vous avez besoin d'ordonnance, je vous les fais toutes ».*

B. Ressenti négatif

1. Manque de compétences humaines

Beaucoup de couples interrogés déplorent le manque d'empathie des équipes de PMA...

C1 : *Au tout début, c'est « j'ai 2-3 questions, j'ai 2-3 minutes », jusqu'au jour où je me suis mise à pleurer en disant « vous êtes vachement dure vous vous rendez pas compte ».*

C2 : *Elle fait son travail, elle a pas de compassion, honnêtement.*

... Voire même certains se sont sentis jugés et ainsi dévalorisés.

C3 : *Et donc du coup je pense qu'elle nous a pris pour des débiles qui connaissaient rien.*

C5 : *Au départ on nous a bien fait comprendre que soit c'était ma faute au départ puis après c'était la sienne.*

Parfois, le parcours pose des ultimatums aux couples pour continuer le parcours. Les patients n'ont alors pas le choix que d'accepter certaines décisions dans leurs vies personnelles.

C3 : *Donc, du coup elle nous a dit de nous pacser donc c'est ce qu'on a fait, on a été se pacser... On devait le faire mais pas tout de suite... Mon projet c'était bébé et ça plus tard. Mais bon, il fallait le faire donc on est parti, on s'est pacsé.*

Les hommes, qui ne subissent pas forcément les mêmes traitements et examens, ont parfois le sentiment d'être exclus du parcours.

C1 : *J'étais vraiment même pas concerné, j'attendais dans la salle d'attente.*

C2 : *Il dit « vous faites un bébé c'est à 2 ». On est d'accord. Pourquoi il peut pas venir à chaque rendez-vous ?*

Enfin, le sentiment d'être un pion parmi les autres patients est exprimé. Les couples regrettent ce manque de personnalisation du suivi.

C1 : *On est vraiment un numéro de dossier ...*

C7 : *Bah c'est un message donc on se dit « bon bah voilà en gros on est N°17 » et puis boum t'as ton message, tu te débrouilles et voilà quoi.*

2. Une communication peu présente

La majorité des couples relatent un manque d'explication et de communication. Avec des termes techniques, des protocoles flous, ceux-ci sont vite dans l'incompréhension.

C4 : Il n'y a pas vraiment de... d'instructions, de dire ce qu'il faut faire ou pas faire. Je pense que c'est vraiment quelque chose qui manque là-dessus.

C7 : Donc je sortais, je savais que j'avais une « ovule de 10 », 10 elle disait... je dis « bon bah 10 ça veut dire quoi ? » « On est bien ». Bon bah voilà.... Voilà...

C8 : Ça ça aurait peut-être pu être intéressant aussi je pense parce que j'ai pas eu les infos tout de suite et du coup c'est ce qui a fait que j'ai eu l'hyperstimulation qui était pas cool du tout.

A l'inverse, entre les différentes équipes de professionnels de santé, les informations et les dossiers ne sont pas ou peu partagés. Cela implique que les patientes doivent souvent expliquer à plusieurs reprises leurs histoires ...

C2 : C'est comme la maternité, quand j'y allais quand j'avais les saignements, bah j'avais pas tout le temps la même sage-femme donc faut leur expliquer que je suis en PMA, qu'il y a mon dossier, qu'ils ont qu'à le prendre...

... Et reçoivent des conseils différents selon le professionnel de santé « du jour ». Devant des discours non concordants l'incompréhension est majorée.

C4 : D'un côté on nous dit blanc, l'autre noir donc on sait pas trop.

C6 : C6b : Parce que des moments quand Mme « X » elle est pas là elle voit une autre gynéco et par rapport à ce qu'ils nous disent ils fonctionnent pas forcément pareil.

CD : Ils disent pas forcément la même chose ?

C6b : Voilà.

Le dialogue entre les équipes et les patients se fait selon les centres via une application. Cette communication digitale est selon les couples un frein à des échanges de qualité.

C7 : Et la deuxième c'était directement via l'application et je trouvais ça plus compliqué à gérer quand même (...) C'est pratique mais moins de relationnel.

3. Un parcours long

Le point négatif dans le parcours est souvent le manque de disponibilité des équipes. Largement rapporté par les couples, les délais d'attente au téléphone, les délais de rendez-vous semblent interminables ...

C5 : Et les délais entre chaque rendez-vous étaient extrêmement longs : 8 mois, 8/9 mois à chaque fois entre chaque rendez-vous.

C8 : Pour faire l'écho du 1^{er} trimestre, normalement c'était avec elle que ça pouvait se faire. Au final on l'a pas fait avec elle parce qu'en fait le rendez-vous ça aurait été en janvier donc c'était pas possible.

C9 : Le fait que la secrétaire me dise « bah non c'est trop tard, les calendriers sont faits avec les congés de l'été etc., va falloir attendre », je vous avouerais que c'était un peu compliqué. Je me suis dit non mais vraiment, c'est pas pour nous aider.

Mais une fois le fameux rendez-vous arrivé, le temps semble manquer aussi aux médecins. Ces derniers sont peu disponibles et le manque de temps se fait ressentir...

C1 : C1b : « J'ai 2-3 questions à vous poser ... »

C1a : « ...bah j'ai 2-3 minutes à vous accorder ».

C7 : Que là on sortait du rdv bah on sentait qu'il fallait enchaîner avec la suivante et que ...

...D'autant plus quand il y a du retard en consultation.

C6 : *Oui, il y a beaucoup de retard, genre 1h des fois, ça peut aller jusqu'à 1h de retard.*

Ainsi, certains couples ont l'impression de perdre du temps dans le parcours et que leurs chances ne sont pas maximisées.

C3 : *Mais voilà, elle m'a fait arrêter de fumer, elle m'a fait perdre du poids, elle m'a fait faire plein de trucs et du coup à chaque fois que j'arrivais bah du coup elle trouvait autre chose. En fait, dit-moi tout ce qui allait pas et je le faisais en même temps que là elle attendait.*

C5 : *Moi en tout cas j'ai trouvé que vraiment c'était très long pour le peu de choses qu'on a fait jusque-là.*

4. Une intimité réduite

Certains couples faisant leurs parcours en hôpital public désapprouvent la présence d'étudiants pouvant être à l'origine de conseils inadaptés et dont le changement régulier de stages multiplie les intervenants.

C7 : *C'est plus des internes qui sont là donc les questions sont un peu plus délicates à poser, ils savent pas forcément répondre au départ.*

C9 : C9a : *Que des internes !*

C9b : *Après je comprends, elle peut pas être partout et elle peut pas tout faire, et puis elle a pas toutes les spécialités non plus mais j'avoue que c'est juste dommage qu'à chaque fois on voit pas les mêmes personnes.*

En pratique le manque d'intimité est reproché lors des consultations ou des gestes.

C1 : *Donc vous osez pas demander car il n'y pas d'intimité non plus. L'accueil, il est là et vous avez toute une floppée de nanas qui attendent comme vous avec leurs dossiers.*

C7 : *Mais bon quand il y a plusieurs couples c'est plus compliqué de poser une question parce que bon tout le monde nous regarde donc c'est vrai ...*

5. Un suivi limité

Certains couples reprochent également un manque de compétences et de moyens techniques des professionnels de santé....

C1 : *Pour nous, et on n'est pas un cas isolé en terme de fausses-couches à répétition, les PMA en France ils sont KO. Ils ne savent pas quoi faire de nous.*

... Notamment quand une fois la grossesse obtenue le centre de PMA ne fait pas le suivi de grossesse.

C2 : *La PMA c'est jusqu'à l'écho, la première écho. Après on se débrouille, on prend un gynéco à part. C'est le seul truc que je trouve ça débile ...*

C7 : *Parce qu'après quand le premier on a su, quand j'ai su que j'étais enceinte, on a la 1^{ère} visite pour voir que tout va bien on va dire mais on n'a pas de ... 'fin après on est vite lâché.*

III. Avis sur le médecin traitant

A. Ressenti positif

1. Un médecin avec des compétences humaines

La majorité des couples apprécie en premier lieu l'oreille attentive et ouverte de leur médecin généraliste...

C1 : Le fait d'être soutenu, le fait qu'on vous pose des questions... Combien de fois, on m'a dit « pose toi, raconte ».

C2 : Après je sais que si vraiment ça va pas, je l'appelle, je demande un rendez-vous, je vais le voir et puis bah c'est tout. Je sais qu'il sera là, il pourra m'aider au pire des cas.

C4 : Je sais que dans tous les cas je peux prendre rdv même si c'est juste pour parler, elle est ouverte, elle l'a toujours dit.

... Ainsi que sa disponibilité et la facilité de le contacter et de le consulter.

C1 : En fait, je lui ai tout de suite envoyé un message en disant que j'avais besoin d'un conseil, elle m'a appelée tout de suite. Elle sait le parcours que j'ai et elle est là.

C6 : Il m'a dit que si j'avais besoin de parler ou quoique ce soit qu'il était là H24, 'fin pas H24 mais pour qu'on puisse venir lui parler. Donc ça va, j'ai pas à me plaindre.

C7 : Je sais que si j'y vais, si j'ai le moindre souci, il arrive à me caser, il arrive à faire que je sois prise rapidement et tout.

2. Une prise en charge de qualité et globale

Les couples mettent en avant les compétences et les capacités de leur médecin généraliste à les soigner. La plupart estime être « entre de bonnes mains ».

C2 : Mais bon en dehors ça, il connaît quand même. Peut-être pas tout mais il connaît.

C7 : Il est gynéco en même temps de base. Il fait médecin traitant et gynécologue. Donc il avait ça, et puis après il a rajouté la PMA, il s'est un peu plus renseigné quand je lui ai demandé aussi.

Ils apprécient la prise en charge globale du couple, le médecin traitant étant dans la majorité des cas le médecin de famille.

C1 : Par contre, « X », à chaque fois qu'on discute de la PMA elle demande toujours comment C1b il va, comment C1b il se sent. « Et ok C1b c'est ton infirmier, d'accord, mais est ce que psychologiquement tu le sens bien ? ». 'Fin, derrière on voit que elle c'est le couple quoi.

C8 : Et même quand moi j'avais rendez-vous avec lui et pas toi, il me demandait à moi comment tu allais. Donc ça, j'ai toujours trouvé ça top parce que même à travers moi, il se souciait de comment se passer ta grossesse, en plus il savait que dans les derniers mois t'étais 100% alitée.

Un médecin qui s'intéresse et qui suit régulièrement le parcours est perçu comme une qualité.

C8 : Il lisait tous les rapports d'hospitalisations, il savait quand est-ce qu'on était hospitalisée, il avait quand même un bon suivi et une bonne connaissance de tout ça.

3. Le respect de l'intimité

Certains couples se sentent libres de discuter avec leurs médecins traitants car ils savent que ce qu'ils disent ne sera pas ébruité ou divulgué. Le respect du secret médical est primordial pour eux.

C7 : Je sais que je peux aller le voir, lui dire tout ce que je veux, il ira pas ... il ira pas répéter quoi. (rire gêné)

De ce fait, l'absence d'étudiants ou de médecins remplaçants est favorisante pour libérer la parole. Cela maintient la relation de confiance.

C2 : Moi, j'aime bien avoir toujours le même. J'aime pas tomber sur Pierre Paul Jacques.

C3 : Parce que ça va pas, changer de médecin tous les semaines, tous les 15 jours c'est pas possible.

CD : Ça c'est un peu dérangeant ?

C3a : Bah ouais, je vais pas à chaque fois que c'est le nouveau, je vais pas lui raconter ...

B. Ressenti négatif

1. Le savoir-être

Certains couples regrettent le manque de compassion et d'écoute de leur médecin traitant...

C4 : Après c'est pas facile de parler à quelqu'un qui ne prend pas les mêmes choses et qui n'est pas forcément passé par là, c'est pas évident mais après elle a une bonne oreille contrairement à mon médecin...

C5 : Avant de faire un suivi psychologique il donne déjà des médicaments ...

... Ainsi que le manque de disponibilité de ce dernier.

C1 : *Elle a pas le temps tout le temps, quand vous voulez un rdv bah c'est 3 semaines après (rire). C'est compliqué, mais bon...*

C5 : C5a : *C'est aussi très compliqué tout court d'avoir un rendez-vous (rire).*

CD : *Ah oui ?*

C5a : *Elle est jamais là (rire).*

C5b : *On a l'impression qu'elle est jamais là en fait, simplement.*

Certains jugent également que le médecin traitant n'est pas assez compréhensif puisqu'ils doivent négocier pour obtenir un arrêt de travail lié à la PMA.

C4 : *Moi je l'ai jamais vu mais elle me dit des fois que bah c'est limite compliqué de demander un arrêt ... Vu que la sécu elle est de plus en plus... Elle veut pas donner des arrêts pour rien.*

2. Le désintérêt du médecin

Quelques couples déplorent un manque d'intérêt spontané de leur médecin par rapport au parcours...

C9 : C9a : *Mais comme je vous le dis, s'il m'avait posé des questions, j'aurais pas dit « non, je préfère pas en parler », je lui en aurais parlé.*

CD : *Mais il aurait fallu que ça vienne de lui.*

C9a : *Ouais, pour que je puisse peut-être ouvrir la barrière, ouais, je pense que c'est mieux que ça vienne de lui.*

C10 : *Je lui avais évoqué la chose en disant « bah je vais voir en PMA », - « oui renseignez-vous, vous verrez bien ». Mais ça s'était arrêté là.*

... voire même un refus de suivi lié à la PMA qui est à l'origine d'un sentiment d'abandon.

C5 : *Je trouve ça dommage, c'est un peu « c'est pas ma spécialité, c'est pas moi qui vous suit sur ça donc je m'en occupe pas, débrouillez-vous », pour pas perdre de temps pour leurs clients. Sachant qu'on est aussi un client, ou un patient comme ils veulent (ricane).*

3. Le manque d'accompagnement

Certains couples estiment qu'ils n'ont pas reçu assez d'explications et de conseils de la part de leur médecin.

C8 : *Mon médecin généraliste pareil, je me rends compte que je me suis retrouvée un peu catapulté dans « vous avez ça », « ok c'est quoi ? », « bah euh c'est le syndrome des ovaires polykystiques ». Oui d'accord ok ça veut dire quoi ? Et en fait pas beaucoup d'infos en fait donc on a beaucoup creusé aussi ...*

De plus, des couples auraient souhaité que leur médecin leur propose un suivi psychologique afin de les aider dans ce parcours.

C8 : *Mais après oui c'est vrai que proposer un parcours psy pour qu'on puisse en parler, peut-être ça aurait bien qu'il nous en parle.*

IV. La place du médecin généraliste dans le parcours de PMA

A. Fonctions du médecin généraliste

1. Initiation du parcours

Le médecin généraliste est parfois à l'origine du parcours PMA, c'est le 1^{er} interlocuteur vers qui se tournent certains couples quand le désir de grossesse ne se concrétise pas.

C1 : La première chose, c'est grâce à elle qu'on a été en PMA tout de suite. C'est elle qui nous a dit « allez-y ».

C7 : Et comme il avait des connaissances à Lille avec la PMA, il nous a envoyé directement voir ceux qu'ils connaissaient.

Il émet alors des hypothèses diagnostiques, prescrit les 1^{er} bilans d'infertilité et oriente les couples pour un suivi complémentaire.

C1 : Mon médecin traitant, me prescrit aussi toutes les prises de sang.... (...) Et l'endométriase, c'est elle qui m'a envoyée faire une IRM à Lille.

C7 : Il a lancé tout, il m'a suivi. J'allais le voir et tout était déjà prêt, il me disait « bon bah tel jour tu vas faire ça, tel jour tu vas faire ça ». Il a même appelé pour prendre mes IRM ! Ouais, il a vraiment été présent du début à la fin.

2. Soutien psychologique

La majorité des couples lui attribue un rôle de soutien psychologique dans ce parcours difficile. Il peut être amené à les écouter, les rassurer, les reconforter ...

C10 : Après madame a fait la démarche d'aller le voir quand elle était pas très bien, quand il y avait un peu de dépression.

C4 : Je sais que dans tous les cas je peux prendre rdv même si c'est juste pour parler, elle est ouverte, elle l'a toujours dit.

... A les conseiller également. Les couples apprécient ces conseils venant d'une personne qu'ils jugent de confiance.

C1 : C'est un rôle de conseil parce que quand on avait pas tous les tenants et les aboutissants en PMA, elle était là.

C2 : CD : Et qu'est-ce qu'il vous a apporté finalement votre médecin traitant par rapport à la PMA ?

C2a : Bah des conseils... Il nous disait comment faire.

3. Education thérapeutique

Certains couples consultent leur médecin quand ils ont des interrogations par rapport au parcours, aux traitements. Le médecin leur apporte les réponses à ces questions.

C2 : *Donc il nous expliquait, 'fin il m'expliquait à moi. Il disait « il y a ça, il y a ça ».*
C7 : *Ou pour les piqûres, l'injection la première, on nous explique pas vraiment comment la faire, bon bah il a pris le temps de me montrer.*

4. Prescription médicamenteuse

Les couples se tournent vers lui quand ils ont besoin de prescriptions dites « basiques » mais qui restent en lien avec la PMA. Cela peut être le cas avec les antalgiques pour diminuer les effets indésirables liés aux traitements...

C3 : *Sauf si vraiment j'ai une douleur, je vous dis, physique et que du coup je sais que je peux avoir un traitement ou quelque chose pour me soulager, je vais aller le voir mais sinon non.*
C4 : *Après bah malheureusement elle prend le relai bah sur les retours de traitement. Comme moi avec mon endométriose, après j'ai beaucoup de douleurs, de crises tout ça donc c'est vrai qu'après je la consulte pour justement avoir des anti-douleurs, des ...*

... comme la prescription d'anxiolytiques pour diminuer la souffrance morale liée au parcours.

C2 : *Ça ou je lui avais demandé je crois que c'était ... du Xanax, un truc comme ça parce que j'étais vraiment en train de péter un plomb et ça n'allait pas .*
C10 : *Au début quand je faisais un peu une dépression, je suis partie le voir en pleurant. Il me dit « oh ça va pas ? Qu'est-ce qu'il se passe ? ». Je lui ai expliqué un peu dans quel parcours on était et puis il m'a dit « bon on va prendre ça, ça et ça ».*

Enfin, le médecin peut être sollicité pour prescrire quand la PMA n'est pas disponible, en second recours.

C10 : A part je dis où des fois ils ont oublié et puis du coup j'appelais ici et ils disaient « bah allez voir votre docteur, il va vous faire une ordonnance avec telle et telle chose à faire ». Mais sinon non...

5. Prescription administrative

Les couples et notamment les patientes ont parfois la nécessité de consulter leur médecin traitant pour obtenir un arrêt de travail. En effet, les traitements lourds et les difficultés émotionnelles peuvent avoir un retentissement professionnel.

C2 : Le seul truc que je peux lui demander c'est si vraiment ça va pas, c'est un arrêt parce que je vais péter les plombs.

C8 : Un arrêt pour ma fausse-couche (rire)... (....) Il m'a mis en arrêt pendant une semaine en disant « bah c'est tout, vous avez besoin de repos et d'être chez vous mais je vous mets pas plus parce que sinon vous allez broyer du noir ».

6. Suivi de grossesse

Quand la grossesse attendue se concrétise, certains couples confient le suivi de grossesse à leur médecin généraliste.

C7 : Et quand j'ai su que j'étais enceinte je me suis retournée vers lui. Donc c'est lui qui m'a fait les premiers suivis.

Toutefois, ces fonctions citées permettent de mettre en évidence que le médecin généraliste n'est pas au centre du parcours PMA voire même peut en être exclu.

B. Causes d'exclusion du médecin traitant

C9 : *C'est vrai qu'il est pas forcément inclus dedans.*

1. Auto-exclusion

a) Manque d'intérêt pour la gynécologie

Selon certains couples, leur médecin généraliste s'exclut du parcours par manque d'intérêt pour le parcours...

C9 : *Après c'est à double tranchant comme je vous l'ai dit. Moi je lui ai dit « est-ce que vous recevez mes résultats et tout ? », il m'a dit « oui mais je les regarde pas forcément, c'est dans votre dossier ». Ok j'ai pas insisté, et le fait de l'avoir appelé pour l'hyperstimulation, il a pas posé plus de questions non plus.*

C10 : *Je lui avais évoqué la chose en disant « bah je vais voir en PMA », - « oui renseignez-vous, vous verrez bien ». Mais ça s'était arrêté là.*

... voire même certains médecins refusent de les suivre et de les accompagner dans le parcours.

C5 : *Bah par exemple c'est déjà arrivé que le parcours de PMA oublie de faire une ordonnance et on a appelé le médecin : il voulait pas le faire.*

b) Pas le rôle du généraliste

D'autres couples essaient d'expliquer l'auto-exclusion de leur médecin par l'idée que celui-ci pense que le centre de PMA suffit et qu'il ne peut rien apporter de plus...

C7 : *Bah plus inclus je pense pas parce qu'au final il pourra quand même pas ... bah il pourra rien faire de plus parce que comme il m'expliquait bah ils sont spécialisés donc il laisse la main.*

C8 : *il doit avoir l'idée que bah en PMA on est bien suivi de A à Z sauf qu'en fait au final ...*

...ou qu'il estime ne pas être la personne adaptée par manque de connaissances et compétences.

C5 : *Ils sont pas compétents, c'est ça qu'ils disent hein.*

c) **Peur d'être indiscret**

Parfois, les couples pensent que le médecin traitant ne s'implique par peur d'être indiscret. Le silence de celui-ci est perçu comme un respect de l'intimité.

C9 : *Exactement, qu'il a pas voulu être indiscret ou autre et donc il n'a pas posé de questions. Et peut-être qu'il attendait que ça vienne de moi et que je lui en parle donc on saura vraiment jamais en soit...*

2. PMA : un parcours et un suivi complet

La majorité des couples ne consultent pas leur médecin car ils n'en ont tout simplement pas le besoin. Ils ne voient pas ce que celui-là pourrait leur apporter de plus.

C4 : *Moi, il est même pas au courant mon médecin traitant ... Peut-être que je lui ai soufflé un mot une fois mais sans plus. J'en ai pas parlé.*

C9 : *Ouais complètement, ça m'a pas dérangé plus que ça parce que je vous dis que de toute façon en soit je vois pas ce qu'il aurait pu ...*

C9a : *Faire de plus.*

C10 : *Après moi je sais que moi personnellement sur le parcours PMA j'ai pas été le voir une seule fois.*

D'autant plus que pour certains couples le suivi réalisé par le centre de PMA est global et complet et ne nécessite pas un intervenant supplémentaire.

C10 : CD : *Parce que le centre de PMA vous apportait tout finalement ?*

C10a : *Oui c'est ça. J'avais mes rdv directement, je venais ici, je faisais ce que j'avais à faire et puis c'était tout.*

En effet, la majorité des prescriptions étant rédigées par le centre, les couples n'ont pas à aller consulter leur médecin traitant pour récupérer les ordonnances de traitements ou de prélèvements.

C10 : Après le médecin traitant euh... J'avoue que j'y étais mais pas tant que ça, j'étais plus suivie exclusivement ici en fait.... (...) Les ordonnances étaient faites ici.

Voire même certaines thérapeutiques sont réservées à la prescription des gynécologues, excluant de ce fait toute autre spécialité et l'intervention du généraliste.

C2 : Tout ce qui est en rapport avec le gynécologique et tout, il dit « ça vient de la PMA, c'est un truc d'infertilité je peux pas ».

3. Le suivi de PMA, une affaire de gynécologues

Parfois, les patients ne consultent pas leur médecin car ils estiment que ce n'est pas le rôle du généraliste mais celui du gynécologue. Peu importe le motif de consultation, la PMA devrait n'être gérée uniquement que par le centre...

C1 : Plus pour ne pas la déranger parce que dans la mesure où ce n'est pas censé être son domaine.... Parce qu'on vous explique bien les choses, la gynécologue c'est la gynécologue ...

C3 : Bah en fait, comme c'est un médecin traitant entre guillemets, que c'est pas un gynéco, pour moi c'est pas genre son travail. Pour moi la PMA c'est à l'hôpital, et le médecin c'est pour j'sais pas « j'ai mal à la gorge, j'vais chez le médecin ».

...surtout quand ils estiment que leur médecin traitant manque de connaissance en gynécologie.

C2 : *Non, parce que je sais que c'est pas son domaine. Je le savais d'office que c'était pas son domaine. Il connaît des choses, oui, mais c'était pas sa spécialité donc ...*

C8 : *Mon médecin généraliste pareil, je me rends compte que je me suis retrouvée un peu catapulté dans « vous avez ça », « ok c'est quoi ? », « bah euh c'est le syndrome des ovaires polykystiques ». Oui d'accord ok ça veut dire quoi ? Et en fait pas beaucoup d'infos en fait donc on a beaucoup creusé aussi ...*

De plus, la plupart des couples rapportent et déplorent un manque de communication entre les équipes de PMA et le médecin traitant. Celui-ci ne reçoit pas de compte-rendu ou de résultats, limitant ainsi son implication dans le parcours.

C1 : *J'aurais aimé que tout ce que je faisais comme examen, que tout ce qu'on me prescrivait : qu'elle ait le double. Sauf que comme elle était pas prescripteur, elle recevait pas. Et à chaque fois, comme c'est comme ça, quand vous revoyez votre médecin vous devez tout réexpliquer.*

C10 : *Bah c'est ça, c'est comme on vous a dit tout à l'heure on n'est pas sûr que lui a le dossier en main et puisse comprendre ce qu'il se passe. Même quand madame a fait la ponction, il est pas au courant, il est pas informé, il sait pas comment ça marche.*

4. Un manque de confiance envers le MT

Le médecin traitant étant parfois le médecin de famille, différents couples excluent ce dernier par crainte du non-respect du secret médical. En effet, ils ont peur que par son intermédiaire, la famille apprenne l'existence d'un parcours en PMA.

C9 : *Bah moi après j'avais aussi ce ... cette retenue aussi un petit peu, parce que c'est le médecin de famille. Et la famille est pas au courant. Et vous savez même sans trahir un secret médical...*

Parfois, ce manque de confiance est dû au fait que le suivi avec le médecin traitant est récent et la communication n'est pas facile.

C4 : *Après, je le connais depuis pas longtemps et ... (silence) ... On aime bien avoir confiance en son médecin aussi.*

5. Un sujet intime

La PMA rentre dans la sphère privée d'un couple, impose des examens intimes. Pour certains couples aborder ces sujets avec leur médecin traitant n'est pas envisageable par pudeur et par respect envers ce dernier.

C6 : *Je me vois pas déballer ma vie en fait privée on va dire entre guillemets alors que ça reste mon médecin, que je le vois assez régulièrement pour ma fille.*

C9 : C9a : *(parlant de C9b) il est encore plus pudique que moi pour en parler !*

Ce frein à la discussion est majoré lorsque que le médecin est de sexe masculin. Certaines patientes ne se sentent pas à l'aise d'aborder des sujets d'ordre gynécologique et intimes avec des hommes.

C4 : *Mais voilà ça reste un homme, c'est pas pareil et euh ...*

C. Rôle idéal du médecin traitant

1. Rôle de soutien psychologique

Pour certains couples, dans le parcours de PMA le médecin traitant devrait être là pour les accompagner dans les difficultés émotionnelles du parcours.

C7 : ... L'écoute (C7b affirme). L'écoute aussi surtout.

C9 : Mais je pense qu'un médecin traitant dès lors qu'entre guillemets il reçoit des résultats nous concernant, il devrait bah voilà soit nous appeler soit nous convoquer sauf si on passe le voir mais en disant « bah voilà, je veux savoir comment ça se passe votre parcours », essayer vraiment de savoir comment on va.

De même, il serait à l'origine de la création de groupes de parole entre patients.

Il les organiserait et les animerait.

C10 : Ou proposer des réunions avec des personnes qui ont vécu ces choses-là ...

2. Rôle d'éducation

Le médecin investi aurait aussi un rôle de formateur : il expliquerait les différentes étapes du parcours, apporterait ses connaissances et son point de vue.

C5 : Bah qu'il puisse, pas faire le boulot de la PMA, mais répondre aux questions.

C8 : ...mais savoir expliquer les différentes notions, les différentes étapes de la PMA, partant de la plus légère comme nous on a eu, jusqu'à la plus délicate et compliquée.

3. Rôle de prescripteur

Idéalement, certains couples aimeraient que leur médecin puisse renouveler leurs traitements dans le cadre de la PMA. Ainsi, le renouvellement serait plus rapide et aisé.

C2 : C2a : *Ouais non je sais que niveau médicament, c'est même pas la peine d'y penser. C'est « je peux pas ».*

CD : *Et ça vous auriez aimé que ce soit possible ?*

C2a : *Ah bah ouais ... ça m'aurait évité de perdre du temps.*

C5 : *Faire comme je vous ai dit des ordonnances pour des médicaments qui sont plus ou moins basiques on va dire comme son Duphaston ou des choses comme ça. Ils prescrivent bien des pilules ou des choses comme ça à toutes les femmes, pourquoi pas du Duphaston ? Je vois pas où est le problème. Ce genre de choses en tout cas, oui ce serait bien.*

4. Rôle d'orientation

Enfin, dans le parcours PMA, la plupart des couples attendent du médecin traitant une orientation adéquate et rapide vers les gynécologues quand l'infertilité persiste...

C7 : *Bah orienter ... lancer les démarches et orienter.*

C9 : *Après c'est lui qui peut t'aiguiller aussi, je pense que ton médecin généraliste c'est son rôle aussi quoi. C'est tu vas machin et lui après t'aiguilles un peu vers les différents spécialistes et autre.*

... Surtout si ce dernier peut accélérer le délai de consultation.

C10 : *Peut-être appuyer dans l'accélération du processus ...*

V. Pistes d'amélioration dans le parcours de PMA

A. Une communication décuplée

1. Envers les patients

Certains patients souhaiteraient recevoir les résultats et les comptes rendus de leurs parcours.

C4 : C'est vrai que ça on le sait pas. On devrait avoir une petite feuille, dire bah ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont repéré, s'il y a quelque chose, si tout va bien même.

Cette communication pourrait se faire aussi via des sites internet dédiés et gérés par des professionnels de santé.

C8 : Je sais que ça existe pour certaines maladies, certaines pathologies etc. mais mettre une plateforme accessible un petit peu pour tout le monde, soit sur le net avec des sites vraiment bien réglementés gouvernement ou autre, avec des petites vidéos éducatives.

2. Envers le médecin généraliste

La majorité des couples désirerait que leur médecin soit régulièrement mis au courant de l'avancée dans le parcours et cela en recevant les courriers et les résultats les concernant.

C1 : J'aurais aimé que tout ce que je faisais comme examen, que tout ce qu'on me prescrivait : qu'elle ait le double.

C4 : Que le médecin il voit tout ce qu'on a fait, parce que c'est notre médecin traitant, donc il doit tout savoir normalement. Je trouve que ça c'est dommage que ce soit pas déjà fait en fait.

C10 : Oui, plus d'échange entre la PMA et le médecin traitant.

B. Un médecin traitant au centre du parcours

Selon les couples, un objectif à atteindre serait une complémentarité entre l'équipe de PMA et le médecin traitant.

C4 : Ouais sinon moi je dirais ça qu'il soit plus au courant, qu'il y ait aussi un lien direct avec eux. Ça peut être bien.

C8 : Une complémentarité avec la PMA ça serait top parce que le centre de PMA en lui-même, je sais pas si à X (évoque un centre hospitalier) c'est pareil, mais je pense qu'ils ont pas le temps de passer sur énormément de pédagogie et d'accompagnement et ils vont dans le concret tout de suite et c'est parfait parce qu'on y va pour ça en même temps. Mais avoir une complémentarité avec le centre, ce serait top. Comme ça au moins ça déchargerait un peu le centre sur cet aspect-là, on ne pourrait pas leur en vouloir de ne pas l'avoir parce que s'il y a une complémentarité avec le médecin traitant bah c'est tout.

Pour que le médecin généraliste soit plus impliqué dans le parcours, la plupart des couples estime qu'une formation sur la gynécologie médicale et les bases de la PMA serait nécessaire.

C5 : Puis je crois que ça serait bien qu'il soit formé là-dessus, parce que je pense pas qu'ils ont des spécialités PMA ou des choses comme ça.

C10 : Donc je sais pas après est-ce qu'il faudrait que les médecins aient une petite formation sur la PMA, sur comment renseigner les gens, comment les suivre ou les aider ? (...) Qu'il s'informe peut-être des choses autour de la PMA, que c'est des entretiens, des rdv...

C. Un soutien psychologique démocratisé

Quelques couples mettent en avant qu'un soutien psychologique obligatoire devrait être instauré dans le parcours. Ce soutien serait réalisé par le médecin traitant ...

C1 : Donc le côté psychologique aussi, ça devrait passer par le médecin traitant.

... ou par le centre de PMA lors des consultations de suivi.

C4 : Je pense, s'il y avait un petit suivi psychologique, pas énorme hein, peut-être en couple aller voir dans la session 2-3 fois un psychologue mais que lui il est en lien avec la PMA je pense ça peut aider aussi.

C8 : C8b : Pas de proposition de suivi psy, on l'a fait par nous-même donc ...

CD : Et ça, ça aurait été bien qu'ils vous le proposent ?

C8b : Oui, oui carrément.

Des groupes d'échange entre patients organisés par les centres de PMA seraient aussi fortement appréciés pour pouvoir discuter sur les difficultés du parcours.

C6 : CD : D'accord, et ça c'est un truc que vous auriez aimé ? Des groupes entre patientes pour se soutenir l'une et l'autre ?

C6a : Oui ce serait bien.

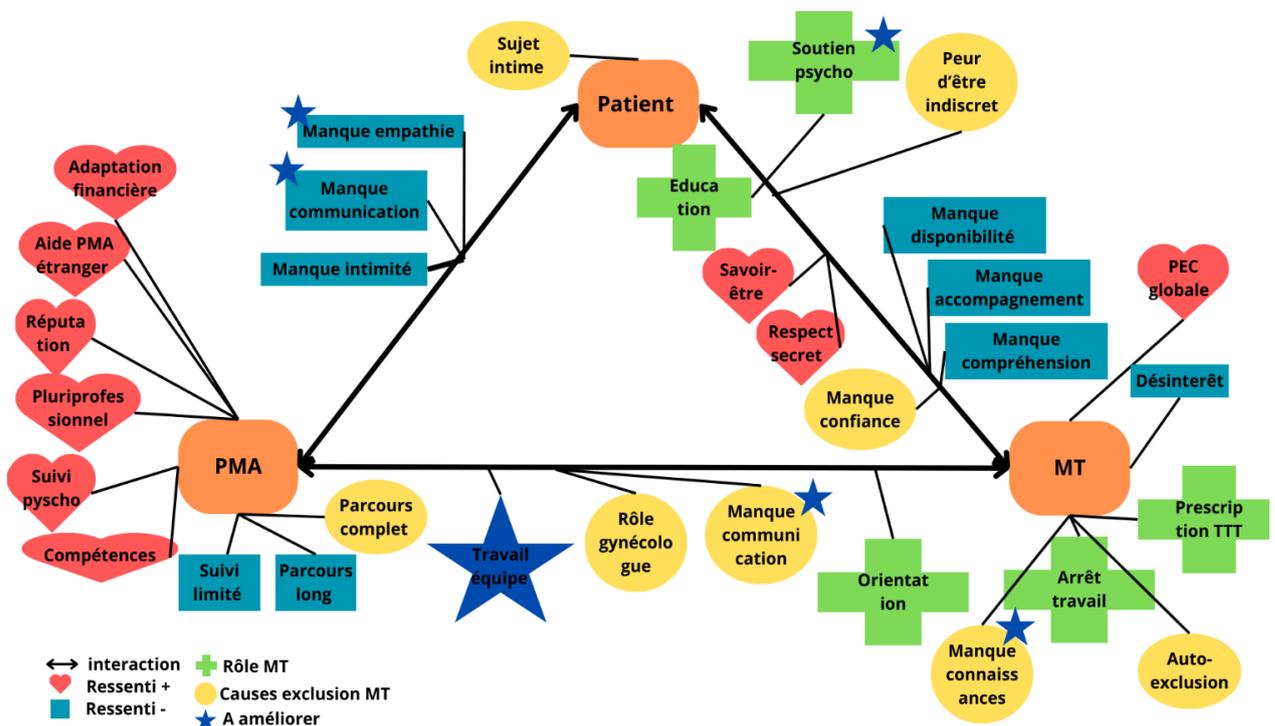
C10 : Je pense que les couples qui sont en PMA, ils ont besoin de soutien, de ... et puis même de parler avec d'autres personnes qui vivent la même chose.

DISCUSSION

I. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence le vécu, les attentes et les besoins des couples vis-à-vis de leur médecin généraliste par rapport au parcours en PMA.

A. Modèle explicatif



B. Opinion sur la prise en charge

1. A propos de la PMA

Généralement, les couples interrogés estiment que la prise en charge dans les centres de PMA est de qualité. Les équipes sont formées et disposent de techniques de pointe. Le suivi rigoureux est apprécié.

Toutefois, les difficultés rapportées sont en lien avec les relations humaines. En effet, le manque d'empathie, de disponibilité et de communication entravent et rendent ce parcours plus compliqué pour les couples.

Plusieurs études mettent également ces aspects en lumière. C'est le cas d'une enquête réalisée en 2020 qui déclare que les patients font part du fait que la prise en charge est globalement de qualité malgré des difficultés communicationnelles. (21)

2. A propos du médecin traitant

Les patients apprécient le savoir-être de leur médecin généraliste, notamment son empathie et sa prévenance. L'empathie et l'écoute sont la voute de la relation de confiance, amenant le patient à se confier. (22) Cela est d'ailleurs mis en évidence dans une étude de 2020 qui indique que l'empathie améliore la confiance vis-à-vis du médecin, ce qui permet à ce dernier d'avoir une vision plus globale et complète de son patient. (23)

Cette prise en charge globale est d'ailleurs perçue favorablement par les patients dans notre étude. Là est la singularité de l'AMP : il faut ne pas s'occuper d'un patient unique mais de 2, deux personnes différentes avec une histoire familiale et ses représentations. Le secret médical s'élargit alors au couple.

Les couples déplorent le manque de disponibilité de certains médecins généralistes : les délais de rendez-vous longs, la rapidité des consultations, le manque de temps dédié à des explications. Ce manque d'accompagnement est perçu par les patients comme un désintérêt du médecin. Dans la littérature, ce manque d'accompagnement est corrélé avec la formation du médecin à la gynécologie médicale. En effet, les auteurs mettent en évidence que les MG ayant réalisé une formation effectuent un accompagnement psychologique dans 54,5% des cas alors qu'il est évoqué uniquement par 14,3% des MG non formés. (24)

C. La PMA, rôle prépondérant des gynécologues

Le médecin généraliste est parfois exclu du parcours car la prise en charge du centre du PMA est complète et les patients n'ont pas à le solliciter pour des prescriptions ou des questionnements. Ainsi, l'une des principales causes d'exclusion du médecin généraliste est la non-nécessité d'être suivi par ce dernier.

D'ailleurs, certains couples jugent que ce n'est pas son rôle en tant que médecin généraliste mais plutôt celui du gynécologue. Cela confirme les résultats d'une enquête d'opinion où dans 80% des cas, à la question « Quels médecins ont un rôle à jouer dans la prise en charge de votre infertilité ? », les patients répondent le gynécologue (7).

Une autre explication à l'isolement du MT dans le parcours est son manque de connaissances. Résultat retrouvé également dans une recherche où 77% des patientes souhaitent des connaissances renforcées de leur généraliste sur le sujet (6). Ainsi, une formation médicale enrichie du médecin faciliterait le dialogue avec les patientes.

Problématique avancée par les médecins généralistes eux-mêmes dans une thèse de 2012 où ceux-ci jugent leurs connaissances insuffisantes dans le domaine de l'infertilité dévoilant ainsi une insuffisance dans leur formation sur ce thème particulier. (25)

D. Une interaction limitée entre la PMA et le MG

Les couples interrogés regrettent le manque de communication entre ces deux acteurs du parcours. En effet, dans la majorité des cas aucun dialogue n'existe. Un double des courriers envoyé systématiquement au médecin traitant est demandé par les couples afin que celui-ci soit tenu informé de l'avancée dans le parcours. Ces résultats sont retrouvés dans la littérature. Une étude de 2008 met en évidence que 71% des patientes incluses souhaitent qu'un courrier soit systématiquement envoyé à leur MT pour l'informer du suivi (6).

La majorité des patients souhaite que leur médecin traitant soit plus impliqué dans leur parcours, résultat retrouvé dans l'étude de Wilkes au Royaume-Uni en 2009. (5)

E. Implications possibles pour le MG

Pour les couples, le médecin généraliste a surtout un rôle de soutien psychologique, de confident. Le parcours étant difficile sur le plan émotionnel, les patients ont besoin de partager avec ce dernier leurs inquiétudes et leurs mal-être. Pour les couples qui n'ont pas discuté avec leurs médecins cela peut être un regret.

Cette place du généraliste est retrouvée dans d'autres recherches, où environ 60% des patientes estiment que le MT a ou devrait avoir un rôle de soutien psychologique. (7) (6)

Ce suivi psychologique, qu'il soit réalisé par le médecin traitant ou par un psychologue dépendant du centre, serait bénéfique pour les couples qui en formulent la demande. Dans une étude de 2010 réalisée auprès de patients en PMA, ceux-ci sont favorables à la démocratisation de la proposition de soutien psychologique. (26)

De plus, le médecin traitant a un rôle dans la formation du patient. Interlocuteur privilégié et disponible, beaucoup de couples le consultent pour obtenir des réponses à leurs questions concernant les modalités techniques et les traitements. Ces résultats concordent avec les études préalablement citées (5) (6).

Enfin, le médecin généraliste a un rôle « administratif » avec la réalisation des arrêts de travail liés à la PMA et un rôle thérapeutique avec la prescription d'antalgiques liée aux effets indésirables des traitements.

II. Faiblesses et forces de l'étude

A. Faiblesses

L'une des limites de cette étude est qu'elle a été réalisée par une doctorante novice dans le domaine de la recherche qualitative. Le renseignement sur les études qualitatives via des documents conseillés par les pairs a permis de rédiger au mieux ce travail.

De plus, le statut de médecin de la doctorante a pu impacter les réponses des patients, notamment quand celle-ci connaissait le médecin traitant des couples.

Le sujet de l'infertilité et de la PMA peut être considéré comme des sujets intimes, il est possible que le discours des patients ait été influencé par la pression du « politiquement correct ». Certains ont pu dire ce qu'ils pensaient être attendu

d'eux plutôt que d'exprimer leurs réels sentiments et opinions. Afin d'éviter ce biais, il a été rappelé aux patients qu'il ne s'agissait pas de juger leurs parcours et leurs ressentis.

La formulation des questions, des relances et l'espace donné au silence ont pu influencer les réponses des personnes interrogées. Pour éviter cela au maximum, le guide d'entretien a été adapté au fur et à mesure des entretiens.

Par ailleurs, les critères concernant le retour des retranscriptions et la vérification des résultats par les participants de la grille COREQ n'ont pas été réalisés.

Les références bibliographiques en lien avec le sujet sont peu nombreuses. Les études retrouvées sont majoritairement des thèses d'exercice en médecine, de faible robustesse. Cependant les données de notre étude sont cohérentes avec les références bibliographiques, ce qui renforce la validité externe de l'étude.

B. Forces

L'étude menée est une étude qualitative. Cette méthode semble la plus adaptée car elle est centrée sur le vécu et les représentations des participants. Elle permet une plus grande liberté d'expression des patients et permet d'obtenir leurs attentes et leurs avis sans orienter les réponses.

L'entretien semi-dirigé individuel a été choisi car il permet d'avoir un cadre confidentiel plus propice pour aborder les sujets intimes. Cela laissait aux patients une meilleure possibilité de se confier et de dire ce qu'ils pensaient sur le sujet. Des données inattendues pouvaient alors être recueillies.

Les entretiens semi-dirigés ont tous été réalisés en présentiel, permettant une meilleure interprétation du discours en incluant la gestuelle.

Les entretiens se sont clôturés à l'atteinte de la suffisance des données et deux entretiens de consolidation ont été réalisés. L'analyse des données inspirée par la théorisation ancrée a mis en évidence des étiquettes, propriétés et catégories permettant au décours la création d'une modélisation au plus proche de la perception des patients.

L'ensemble des données a été triangulé avec une interne de médecine générale, ce qui a permis de limiter la subjectivité des résultats.

III. Perspectives

Il pourrait être intéressant d'étudier le ressenti des médecins généralistes sur leur suivi des couples en PMA. Diverses études ont été réalisées sur la prise en charge de l'infertilité en médecine générale mais l'évaluation sous forme de questionnaire peut limiter la parole des médecins (25) (27). Une recherche portait uniquement sur la 1^{ère} consultation et non le suivi PMA éventuel qui en découlait (28).

Les résultats suggèrent que certains patients souhaitent que le médecin traitant soit plus impliqué dans le parcours et regrettent l'absence de communication entre ce dernier et le centre de PMA. Une mise en relation systématique entre les deux, voire même un « travail d'équipe » pourrait répondre à cette demande.

De plus, les résultats suggèrent des difficultés relationnelles et communicationnelles que ce soit du côté du médecin généraliste mais aussi des spécialistes en infertilité. Des enseignements portés sur la communication, l'annonce d'une mauvaise nouvelle pourraient améliorer les pratiques actuelles.

CONCLUSION

La PMA est un parcours du combattant. Ce monde très technique mais pétri d'émotions est une épreuve dans la vie d'un couple.

Les patients reconnaissent les compétences des équipes et apprécient le travail pluridisciplinaire. L'empathie et la disponibilité sont bénéfiques dans le suivi. A l'inverse, le manque de communication, d'éducation et d'intimité peuvent être reprochés.

Le médecin traitant est apprécié pour sa vision globale du couple, et sa disponibilité avec sa facilité d'accès. Ses compétences humaines facilitent la relation de confiance. Toutefois son manque d'accompagnement et de compréhension peuvent être perçus négativement.

L'implication du médecin traitant dans le parcours apparaît variable. Il reste cependant important pour les patients, comme source d'informations, rôle de conseiller et de soutien psychologique. Il est parfois sollicité pour orienter les patients.

Les causes d'exclusion du médecin généraliste sont liées au parcours en lui-même avec un parcours complet et chronophage au sein du centre, et un suivi réservé aux gynécologues. Le manque de connaissances en gynécologie et le désintérêt peuvent amener le médecin à s'exclure volontairement. Le souhait de respecter l'intimité du patient et la pudeur de celui-ci sont des facteurs limitants l'implication du médecin traitant.

Le manque de communication entre la PMA et le médecin traitant est regretté par les patients. Il semblerait intéressant de renforcer la communication au sein des centres de PMA pour connecter les professionnels de santé.

Les couples ont exprimé le besoin d'être soutenu moralement. Il pourrait être nécessaire de proposer un suivi psychologique. Le médecin traitant semble être l'interlocuteur privilégié pour répondre à cette demande.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SPF. La fertilité des couples en France. Numéro thématique. Enjeux environnementaux pour la fertilité humaine [Internet]. [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-fertilite-des-couples-en-france.-numero-thematique.-enjeux-environnementaux-pour-la-fertilite-humaine>
2. Selon l’OMS, dans le monde, une personne sur six est touchée par l’infertilité [Internet]. [cité 12 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
3. Agence de la biomédecine [Internet]. [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: <https://rams.agence-biomedecine.fr/principaux-chiffres-de-lactivite>
4. brochure_pds_amp_2022.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/brochure_pds_amp_2022.pdf
5. Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin G. Patient experience of infertility management in primary care: an in-depth interview study. *Fam Pract.* 1 août 2009;26(4):309-16.
6. Martin N. Infertilité: les patientes se confient-elles à leur médecin traitant? [Thèse d’exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2008.
7. Lunion A. Entre attente des couples et recommandations: quelle implication possible pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l’infertilité? [Thèse d’exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2007.
8. Procréation médicalement assistée (PMA) [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462>
9. Loi 2 août 2021 bioéthique, PMA | vie-publique.fr [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/loi/268659-loi-2-aout-2021-bioethique-pma>
10. Autorisation des centres - Agence de la biomédecine [Internet]. 2023 [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/Autorisation-des-centres>
11. Prise en charge de l’assistance médicale à la procréation (AMP) [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/assistance-medecale-la-procreation-amp/prise-en-charge-de-l-assistance-medecale-la-procreation-amp>

12. Isnard V, Paillet S, Patin V, Lesourd-Pontonnier F, Pasquier-Pelletier M, Dewailly D. Stimulation ovarienne sous gonadotrophines chez des patientes atteintes de syndrome des ovaires polykystiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 janv 2019;47(1):44-53.
13. Agence de la Biomédecine. rapport d'amp vigilance. 2021;
14. Briez F. Facteurs prédictifs de grossesse en insémination intra-utérine chez des couples présentant une infertilité inexplicée ou masculine. Etude rétrospective de 5185 cycles. [Internet]. Lille; 2020 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM217.pdf
15. Assistance médicale à la procréation [Internet]. [cité 26 sept 2023]. La technique de la fécondation in vitro (FIV) - Assistance médicale à la procréation (AMP). Disponible sur: <https://www.procreation-medicale.fr/fecondation-in-vitro-fiv/>
16. Bosselut H, Paulmyer-Lacroix O, Gnisci A, Bretelle F, Perrin J, Courbiere B. Facteurs pronostiques des chances de naissance vivante en fécondation in vitro pour infertilité inexplicée : étude de cohorte. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 juill 2021;49(7):601-7.
17. Chapron C, Santulli P. Protocoles cliniques de Port-Royal pour la prise en charge de l'infertilité. Elsevier Health Sciences; 2023. 361 p.
18. Gallego SC. inviTRA. 2021 [cité 26 sept 2023]. Micro-injection de sperme: Qu'est-ce que l'ICSI et combien coûte-t-elle? Disponible sur: <https://www.invitra.fr/injection-intra-cytoplasmique-de-spermatozoide-icsi/>
19. Barberet J, Boucret L, Fauque P, May-Panloup P. Assistance medicale a la procreation: techniques actuelles et nouveaux horizons/Assisted reproductive technologies: current techniques and new horizons. *Rev Francoph Lab*. 2018;2018(504):43-.
20. Teixeira DM, Hadyme Miyague A, Barbosa MA, Navarro PA, Raine-Fenning N, Nastro CO, et al. Regular (ICSI) versus ultra-high magnification (IMSI) sperm selection for assisted reproduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 21 févr 2020;2(2):CD010167.
21. Paton N, Porcu Buisson G, Betzi S, Rio V, Morvan A. Le projet parental à l'épreuve du médical : parcours de soins en AMP et expériences vécues de l'infertilité en France en 2020. *Périnatalité*. 2022;14(4):197-204.
22. [Medically assisted reproduction: what relationship between the couple and the doctor?] - Université de Lille [Internet]. [cité 8 nov 2021]. Disponible sur: <https://lillocat.univ-lille.fr>
23. Iordăchescu DA, Golu FT, Paica CI, Gorbănescu A, Panaitescu AM, Gică C, et al. The Relationship between the Infertility Specialist and the Patient during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*. 28 nov 2021;9(12):1649.
24. Elodie G, Camille L. La prise en charge des couples hypofertiles par les médecins généralistes Étude à partir des dossiers de première consultation de PMA au CHU d'Angers. :84.

25. Frantz-Chauliaguet N. Rôles et place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité du couple: enquête auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2012.
26. Vignaud MP. À propos de l'accompagnement psychologique des couples infertiles au Centre de la Mère et de l'Enfant du CHU de Nantes: attentes des patients et positionnement des professionnels de santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
27. Herbomel A. Prise en charge de l'infertilité en médecine générale dans le sud des Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2021.
28. Charvet-Chantry Coralie. Problème d'infertilité: première consultation en médecine générale: étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du secteur de Lille / Coralie Charvet-Chantry et Muriel Lawson ; sous la direction de Monsieur le Docteur Nassir Messaadi. [S.l.]: sn; 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Déclaration de conformité

	
RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION	
Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER Responsable administrative Clémentine Dehay	
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.	
Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr	
Responsable du traitement	
Nom : Université de Lille Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	SIREN: 130 029 754 00012 Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00
Traitement déclaré	
Intitulé : Relation médecin généraliste-patient chez les couples infertiles inscrits dans un parcours de PMA dans le Nord Pas de Calais.	
Référence Registre DPO : 2022-251	
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Camille DEKERLE	
Fait à Lille, Le 5 Septembre 2022	Jean-Luc TESSIER Délégué à la Protection des Données
	

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

- 1) Pouvez-vous me raconter votre parcours de soins en PMA ?
- 2) Qu'en avez-vous pensé ? Comment l'avez-vous vécu ?
- 3) Qu'attendiez-vous de votre médecin traitant lors de ce parcours ?
- 4) Pourriez-vous me parler de ce qu'il vous a apporté ?
- 5) Qu'auriez-vous aimé qu'il vous apporte ?

Annexe 2 bis : Guide d'entretien adapté à partir du 7^{ème} entretien

- 1) Pouvez-vous me raconter votre parcours de soins en PMA ?
- 2) Qu'en avez-vous pensé ? Comment l'avez-vous vécu ?
- 3) Qu'attendiez-vous de votre médecin traitant lors de ce parcours ?
- 4) Pourriez-vous me parler de ce qu'il vous a apporté ?
- 5) Qu'auriez-vous aimé qu'il vous apporte ? = Quel est le rôle idéal du MT ?
- 6) Quelles améliorations pourraient être faites dans le parcours ?

Annexe 3 : Lettre d'introduction donnée aux patients

Bonjour,

Je suis Camille Dekerle, étudiante et interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser des **entretiens avec des couples étant ou ayant été dans un parcours de PMA.**

Il s'agit d'une recherche ayant pour but **d'étudier le ressenti et les attentes des couples vis-à-vis de leur médecin généraliste par rapport à ce parcours.**

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude !

Pour y répondre, vous devez être actuellement en parcours de PMA ou l'avoir fini il y a moins de cinq ans et résider dans les Hauts-de-France.

Conformément à la réglementation, vos données seront anonymisées, traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-251 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr.

N'hésitez pas à me contacter pour plus de renseignements à cette adresse mail : xxx

Merci à vous !

Annexe 4 : Extrait du journal de bord

Discussion du 16/10/21 avec Dr Ponchant

- Elaboration et discussion sur la méthode la plus adaptée
- Définir les grandes étapes de la thèse

Objectif : connaître les attentes et le vécu des couples vis-à-vis du MT -> besoin de les interviewer : faire des entretiens semi-dirigés par théorisation ancrée

Le guide d'entretien sera élaboré à partir de la bibliographie. Donc besoin de faire une veille biblio sur Pubmed, ISAA, pépite....

Recueil des données en utilisant le verbatim : retranscription puis interprétation par codage attentes vs vécu/ressenti pour faire ressortir des idées/thèmes/nœuds. Pour cela besoin de trouver un co-interne faisant une thèse qualitative qui codera aussi mes entretiens pour faire un triangle (en échange du codage des siens)

17/11/2021 :

-Rencontre avec le BAR, aide pour biblio et demande de PEB

-BEP faites pour récupérer les textes intégraux des thèses

A faire

- Lire les thèses en ligne
- Commencer le livre sur thèse qualitative

01/01/22

→ fiche de thèse toujours en attente de validation

→ Marine ferait aussi thèse quali avec entretien semi dirigé + codage ; doit revoir la méthode avec son directeur de thèse. Possible binôme ?

23/11/2022

- 2 couples en attente de réponse pour l'instant. J'espère que l'effet boule de neige fera son effet.

-Discussion pour nœud avec Maurice. Ok pour 2eme entretien mais attendre avec Marine pour l'analyse.

-Veille biblio

Annexe 5 : Extrait du livre de codage

Amélioration potentielle dans suivi de PMA
Double des examens au MT
Double des examens au patient
Formation des médecins généralistes à PMA
Pouvoir d'orienter en PMA
Proposition de groupes de soutien entre patients
Site internet dédié à la PMA
Soutien psychologique par MT obligatoire
Soutien psychologique par PMA
Travail d'équipe avec le MT
Désir de changer de centre de PMA si échec
Difficulté de compréhension par entourage
Difficulté du parcours
Beaucoup de patients
Coût du parcours
Difficulté émotionnelle
<i>Culpabilité</i>
<i>Découragement</i>
<i>Difficulté d'acceptation du parcours</i>
<i>Echec des grossesses et tentatives</i>
<i>Peur des résultats</i>
<i>Peur du parcours</i>
<i>Peur exclusion du parcours</i>
<i>Sentiment d'anormalité</i>
<i>Sentiment injustice</i>
<i>Stress, anxiété</i>
Difficulté vie de couple
Examens médicaux intimes
Exclusion de la famille
Exclusion du MT
Auto-exclusion du MT
<i>Idée que centre PMA suffisant</i>
<i>Pas d'intérêt pour parcours</i>
<i>Peur d'être indiscret</i>
<i>Refus de prescription en lien avec la PMA</i>
<i>Sentiment de manque de connaissance en PMA</i>
centre PMA = suivi global complet
Manque de communication MT PMA
Manque de connaissance en gynécologie
Médecin de famille, peur du non-respect du secret médical
MT de sexe masculin
Pas de désir de suivi par MT
Prescription faites par le centre PMA

AUTEUR : Nom : DEKERLE

Prénom : Camille

Date de Soutenance : 15/12/2023

Titre de la Thèse : relation médecin généraliste-patient chez les couples infertiles inscrits dans un parcours de PMA dans le Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : infertilité ; relation médecin-patient ; médecine générale ; couple ; PMA ;

AMP

Résumé :

Contexte : Selon le rapport de l'OMS en 2023, l'infertilité dans le monde concerne une personne sur six. L'Assistance Médicale à la Procréation apporte des solutions à cette problématique. Le médecin généraliste est le pivot du système de soins français mais sa place dans ce parcours est peu connue. L'objectif de cette recherche était de découvrir le vécu, les attentes, les besoins des couples vis-à-vis de leur médecin généraliste par rapport au parcours de PMA.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la méthode de théorisation ancrée a été menée dans le Nord-Pas-De-Calais. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de couples inscrits dans un parcours de PMA. Le recrutement des patients a été mis en œuvre grâce à un échantillonnage raisonné théorique. Les entretiens ont été conduits jusqu'à l'atteinte de la suffisance des données.

Résultats : Le médecin traitant est apprécié pour sa vision globale du couple, et sa disponibilité. Ses compétences humaines facilitent la relation de confiance. Son manque d'accompagnement et de compréhension peuvent être perçus négativement. L'implication du médecin traitant dans le parcours apparaît variable. Il reste important pour les patients, comme source de savoir, rôle de conseiller, de soutien psychologique et d'orientation. Un manque de communication entre les centres de PMA et le médecin traitant a été soulevé.

Conclusion : Cette étude a permis la mise en évidence du ressenti et des attentes des couples vis-à-vis de leurs médecins généralistes. Il semblerait intéressant de renforcer la communication au sein des centres de PMA pour connecter les professionnels de santé.

Composition du Jury :

Président : Pr Damien Subtil

Assesseurs : Dr Pascal Philippe, Dr Maurice Ponchant