



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Accompagnement des patientes après une interruption spontanée de grossesse précoce par leur médecin généraliste : étude qualitative

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2025 à 14 heures
au *Pôle Formation*
par **Ophélie BASTIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Madame le Docteur Peggy GALIOT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

AUEC	Attestation universitaire d'enseignement complémentaire
BHCG	Hormone chorionique gonadotrope humaine
CMP	Centre médico-psychologique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP	Comité de protection des personnes
DIU	Dispositif intra-utérin
DPO	Délégué à la protection des données
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
FC	Fausse-couche
ISG	Interruption spontanée de grossesse
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MG	Médecin généraliste
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research

Table des matières

Introduction.....	7
Matériel et méthode.....	9
I. Type d'étude.....	9
II. Population	9
III. Recueil des données.....	9
IV. Analyse des données.....	10
V. Aspects éthiques et réglementaires	10
Résultats	12
I. Description de la population étudiée	12
II. L'investissement du MG	12
A. Le MG et ses sentiments	12
1. Être serein	12
2. Regretter.....	13
3. Prendre du recul.....	14
B. Le savoir du MG	14
1. Perception de ses connaissances en santé de la femme	14
a. Formation initiale : points positifs	14
b. Formation initiale : points négatifs.....	15
c. L'expérience	16
d. La formation continue.....	16
2. Actualisation et mise à jour de ses connaissances	17
a. Une question de terminologie	17
b. La nouvelle proposition de loi.....	19
c. Adaptation et évolution des pratiques médicales.....	20
3. Ses compétences médicales.....	21
a. Médecin de premiers recours.....	21
b. Son rôle d'information	21
c. Son rôle d'accompagnement	22
d. Son adaptabilité	23
e. Son appétence pour la santé mentale	23
C. Le MG en tant que soignant	25
1. Le suivi médical	25
a. Facteurs influençant la prise en charge médicale.....	25
b. L'importance de l'anamnèse	26
c. Le suivi post-urgences	26
d. Influence du profil et du vécu du MG sur la prise en charge.....	27
2. Son engagement	28
3. Communiquer avec les patientes	29
4. L'approche centrée patiente	32
5. Adopter une posture réflexive	33
6. Les difficultés.....	34
III. L'impact de l'ISG chez les patientes vu par le MG.....	34
A. Le retentissement de l'ISG chez les patientes.....	34
1. L'impact émotionnel.....	34
2. Conséquences sur les futures grossesses.....	35
B. L'environnement des patientes	35

C.	L'expérience des patientes avec les urgences gynécologiques	37
D.	La fréquence de l'ISG	37
IV.	L'importance de la collaboration.....	38
A.	Collaborer avec les différents acteurs médico-sociaux.....	38
1.	L'importance du réseau en ville	38
2.	La coordination ville/hôpital	39
B.	Les ressources en santé mentale.....	40
C.	L'expérience du MG avec les urgences gynécologiques	41
	Discussion	44
I.	Comparaison à la littérature des principaux résultats	44
A.	L'investissement du MG.....	44
B.	Impact de l'ISG chez les patientes vu par le MG	47
C.	L'importance de la collaboration	47
II.	Forces et limites de l'étude	49
A.	Les forces	49
B.	Les limites.....	49
III.	Perspectives.....	50
	Conclusion	51
	Bibliographie.....	52
	Annexes.....	55
I.	Annexe 1 : première version du guide d'entretien.....	55
II.	Annexe 2 : dernière version du guide d'entretien.....	56
III.	Annexe 3 : extrait de journal de bord	57
IV.	Annexe 4 : traduction française originale des normes SRQR.....	58
V.	Annexe 5 : déclaration au DPO.....	60
VI.	Annexe 6 : lettre d'information aux participants	61

Introduction

L'interruption spontanée de grossesse, autrefois appelée « fausse couche », se définit comme la perte d'une grossesse avant 24 semaines d'aménorrhée et concerne 15% des grossesses (1,2). Elle est appelée « précoce » lorsqu'elle survient au cours des 14 premières semaines d'aménorrhée. Environ 25% des femmes font une ISG au cours de leur vie (2), il s'agit de la première cause d'urgence en gynécologie (3). Les conséquences d'une ISG sont à la fois physiques et psychologiques (1).

Bien que le nombre d'ISG soit important, ce motif de consultation ne semble pas fréquent en médecine générale. Une étude qualitative de 2022 évaluant la prise en charge des ISG en aigu, montre que les médecins interrogés n'en ont reçu que très peu en consultation, que ça soit en pré ou post-diagnostic. Ceci pourrait s'expliquer par la méconnaissance des compétences du médecin généraliste de la part des patientes (4). En 2018, suivant une étude qualitative rennaise, seul un tiers des patientes consultaient rapidement leur médecin après l'ISG pour y trouver explication et soutien. Les autres patientes consultaient leur médecin dans un second temps, essentiellement pour faire les renouvellements d'arrêt de travail. La qualité de la relation médecin/patient avant l'ISG paraît fondamentale pour ces femmes (5).

L'ISG n'entraîne généralement pas de conséquences sur le plan physique. Par contre, l'impact psychologique notamment sur la grossesse suivante est une source d'inquiétude importante pour la plupart des femmes (6,7).

De nombreuses études ont montré le retentissement psychologique chez les femmes victimes d'ISG : stress post-traumatique, anxiété, dépression ou encore symptômes de deuil (8,9). Entre 20 et 55% des femmes ayant subi une ISG présentent des symptômes dépressifs, 20% à 40% des symptômes anxieux et 15% un état de stress post-traumatique (10). Les symptômes psychologiques peuvent persister de 6 mois à 1 an après une ISG (9).

Les facteurs de risque sous-jacents prédisposants une femme faisant une fausse-couche à la morbidité psychologique comprennent les antécédents de maladie psychiatrique, l'absence d'enfant, le manque de soutien social, une fausse-couche antérieure ainsi que l'absence d'explication de l'évènement (9,11).

Une revue systématique de la littérature de 2019 sur l'état des lieux de la pratique des médecins généralistes dans le suivi de l'ISG montre qu'il y a une diversité de prise en charge et de suivi des ISG selon le médecin (12). Une étude qualitative australienne montrait que les pratiques de suivi variaient selon les médecins et qu'elles étaient souvent axées sur la récupération physique. Les professionnels de santé comptaient sur les femmes pour exprimer leur besoin de soutien (13).

Les enquêtes de satisfaction des patientes suite à une ISG indiquent un pourcentage élevé de colère et d'insatisfaction à l'égard des soins médicaux reçus. Les principales plaintes portent sur l'insensibilité des médecins et le manque d'occasion de discuter de l'importance personnelle de la perte (14).

Une proposition de loi a été votée en juillet 2023 afin de favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une ISG. Il s'agit de la mise en place d'un parcours pluridisciplinaire associant professionnels médicaux et psychologues afin de faciliter l'orientation, l'information et le suivi médical et psychologique des femmes et de leur partenaire (15). Dans ce « parcours fausse-couche », il s'agirait également de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques des ISG (16).

Le texte de loi instaure également un arrêt maladie sans jour de carence pour les femmes ayant subi une ISG depuis le 1^{er} janvier 2024 (15).

L'objectif de cette étude qualitative était d'interroger les pratiques des médecins généralistes afin d'améliorer la prise en soins des patientes ayant vécu une ISG précoce.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé inspirée de la phénoménologie interprétative.

Afin d'augmenter la capacité d'écoute des chercheurs, cette étude a été réalisée en miroir d'un autre travail de recherche qui explorait le vécu et les souhaits des femmes concernant leur suivi médical après une ISG.

II. Population

Il s'agissait d'un échantillonnage homogène raisonné.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste installé, exercer dans les Hauts-de-France, accepter de participer à l'étude.

Les remplaçants n'étaient pas inclus dans l'étude afin de permettre un retour d'expérience de médecins réalisant le suivi de leurs patientes.

Les médecins ont été recrutés via des cabinets de proximité ainsi que le bouche-à-oreille.

III. Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés au sein des cabinets des lieux d'exercice des médecins interrogés, ou à leur domicile pour l'un d'entre eux. Il se sont échelonnés de février 2024 à mai 2025.

Trois d'entre eux ont été réalisés avec la co-chercheuse.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones, ils ont été retranscrits intégralement et anonymisés. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants afin d'être corrigées.

Les entretiens se sont effectués grâce à un guide d'entretien composé de deux parties. La première partie concernait les données socio-démographiques du médecin interrogé (âge, lieu d'installation, nombre d'années d'installation, formation complémentaire). La deuxième partie comportait une question « brise-glace » ainsi que plusieurs questions ouvertes permettant de relancer ou d'approfondir les réponses.

Le guide d'entretien a été évolutif et ajusté au fur et à mesure des entretiens. La première et la dernière version sont disponibles en **annexe 1 et 2**. Un journal de bord manuscrit a été tenu pendant toute la durée de l'étude (exemple en **annexe 3**).

La durée moyenne des entretiens était de 41 minutes.

IV. Analyse des données

Tous les enregistrements ont été retranscrits mot pour mot sur Word® sous forme de verbatim, en essayant d'être le plus fidèle possible à l'entretien et en notifiant le comportement non verbal.

L'analyse des données extraites du verbatim a été réalisée grâce au logiciel Taguette® puis Excel®.

Les données ont été analysées indépendamment et en aveugle par la chercheuse principale et la co-chercheuse, avec une confrontation des résultats, permettant ainsi une triangulation des données.

21 critères sur 21 de la grille SRQR ont été validés (17) (**annexe 4**).

V. Aspects éthiques et réglementaires

Une demande simplifiée de déclaration de conformité à la CNIL, sous forme d'une attestation du DPO (**annexe 5**) avait été obtenue avant de débuter le recrutement (déclaration sous le numéro 2023-170). Cette étude n'avait pas nécessité d'accord préalable du CPP puisqu'elle n'entraîne pas dans les prérogatives de la loi Jardé.

La participation à cette étude était volontaire et le consentement oral de chaque participant a été recueilli préalablement à chaque entretien et enregistrement. Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout moment. Il a été remis à chaque participant une fiche d'information rappelant l'objectif, les conditions de réalisation et les dispositions réglementaires de l'étude (**annexe 6**).

Les données recueillies ont été anonymisées, les noms propres modifiés et les lieux et autres informations permettant toute identification, supprimés. Les enregistrements seront effacés après la soutenance de la thèse.

Résultats

I. Description de la population étudiée

	Genre	Age (années)	Milieu d'exercice	Nombre d'années d'installation	Formations complémentaires	Moyenne d'âge patientèle	Répartition H/F	Durée entretien
M1	M	33	Urbain intermédiaire (18)	3 ans	AUEC pédiatrie et médecine du sport	Jeune	Égale	37min34
M2	F	38	Urbain intermédiaire	4 ans	Non	Jeune	F>H	36min21
M3	F	48	Urbain intermédiaire	17 ans	DIU gynécologie	Jeune	F>H	45min50
M4	M	58	Urbain intermédiaire	28 ans	AUEC pédiatrie	Plutôt âgée	Égale	44min58
M5	F	55	Urbain dense	27 ans	Approfondissement des connaissances en MG	Pas très âgée	F>H	23min41
M6	F	31	Urbain intermédiaire	5 mois	Non	45 ans	Égale	40min32
M7	F	37	Rural et Urbain intermédiaire	2-3 mois et 9 ans	DIU gynécologie et AUEC IVG	Tout âge	F>H	58min19

II. L'investissement du MG

A. Le MG et ses sentiments

1. Être serein

Les médecins généralistes interrogés se sentaient à l'aise de recevoir une patiente consultant après une ISG...

M3 : « Oui, moi j'ai pas de problème avec euh le fait de, de gérer le, que ce soit ou le doute d'une éventuelle FC ou même le fait qu'elles soient là parce qu'elles ont perdu leur bébé, non ça me met pas en difficulté du tout »

M7 : « Oui, parce que je pense que j'en vois quand même régulièrement parce que j'ai une orientation gynéco quand même un peu plus donc je pense que j'en vois plus peut-être que d'autres médecins. Et donc, plus t'en fais, plus t'as d'expérience, plus t'es à l'aise dans un truc hein, c'est comme dans tous les domaines »

...même si ça n'était pas leurs consultations préférées.

M2 : « A l'aise dans le sens où je me sens pas en difficulté pour euh répondre à leurs attentes ou pour les accompagner euh mais c'est pas mes consultations préférées quoi, je trouve que c'est pas... c'est pas un bon moment »

Ils éprouvaient la satisfaction d'accomplir leur mission.

M1 : « C'était cool, fin j'ai eu l'impression d'avoir été important dans les suites, dans son suivi en tout cas, dans les suites de sa FC ouais »

M3 : « Fin j'sais pas moi j'ai l'impression que je passe ma vie à essayer de faire ça et c'est le but, fin tu vois, donc euh voilà, je suis à l'aise parce que j'ai l'impression que j'ai, fin en tout cas j'essaie de bien faire tu vois »

2. Regretter

Les MG exprimaient du regret de ne pas pouvoir suivre leurs patientes comme ils l'auraient souhaité.

M1 : « Le souci c'est que parfois on les perd un peu de vue, du circuit, on les suit pas », « si les gens reviennent pas, à priori, elles en ont p'tete pas ressenti le besoin mais c'est parfois le moment où on voit à postériori que finalement le trauma a pas totalement été pris en charge, pas totalement accompagné »

M6 : « Elle est venue me voir une fois et tu vois et c'est tout »

Ils regrettaient le manque de discussion des patientes autour d'elles qui leur permettrait de pouvoir échanger plus librement sur ce sujet.

M1 : « En fait le souci c'est qu'en général les gens, fin les dames en parlent pas autour d'elles et sont pas forcément au courant que c'est toujours plus facile quand on sait qu'une bonne pote a déjà eu cette expérience là, ça permet aussi d'en discuter »

M4 : « C'est vrai que quand spontanément on va pas dire dans sa vie de femme, je pense qu'on va pas dire en discutant avec une amie ou un des amis, j'sais pas à un repas en soirée, « au fait j'ai fait une FC quand j'avais 25 ans ou 26 ans ou 27 ans », non on le dit pas donc euh mais peut-être que dans votre entourage vous avez des amies qui ont eu ce problème, qui ont eu une interruption de grossesse fin et qui l'ont pas dit parce que on

raconte pas à tout le monde sa vie intime et sa vie euh, aux amies proches je pense qu'on va le dire »

3. Prendre du recul

Un des MG interrogé disait avoir plus de facilité à se détacher de la souffrance de ses patients aujourd'hui.

M4 : « Alors encore une fois je vieillis, mais c'est plus facile maintenant, j'arrive plus facilement maintenant, c'est plus facile pour moi d'entendre quelqu'un qui est en souffrance qu'il y a 20 ans. J'arrive plus à, pfffou, à prendre du recul, et à tempérer etc... C'est plus facile maintenant. C'est bizarre hein. »

B. Le savoir du MG

1. Perception de ses connaissances en santé de la femme

a. Formation initiale : points positifs

Les MG interrogés disaient avoir acquis des connaissances pratiques en gynécologie grâce à leur stage d'interne, afin de pouvoir le reproduire avec leurs patientes.

M1 : « Je réutilise des trucs que j'ai vu quand j'étais en stage », « Sur ce plan-là ça avait été assez formateur, sur le plan pratique »

M2 : « J'ai fait un excellent stage d'interne en gynécologie », « J'ai fait mon internat à L. et euh donc avec beaucoup de consultations de gynéco et du coup je suis sortie de mon internat en étant super à l'aise »

Un des MG interrogé disait vouloir se démarquer des gynécologues pendant son stage, en se montrant à l'écoute des patientes.

M1 : « Quand j'étais interne c'était un de mes moyens de, fin, je me, je voulais montrer que j'étais interne de med gé justement je voulais avoir plus de temps d'écoute pour ces trucs là, fin qui étaient sur le plan gynéco faci..., fin pour les gynéco c'était facile à gérer ça allait vite mais moi j'essayais de, d'axer la discussion là dessus avec ouais prise en charge psychologique derrière tout ça et pas hésiter à en parler »

Un MG racontait avoir été choqué de certaines prises en charge lors de ses stages. Il essayait de ne pas reproduire ces pratiques.

M7 : « Franchement, la prise en charge à l'hôpital... J'ai vu des prises en charge horribles. Mais vraiment horribles. Genre... l'externe a fait l'entrée, il a fait la bandelette urinaire, il a pris les constantes, il a palpé le ventre, machin. Et puis arrive le gynéco de garde voilà. Il y avait pas forcément d'interne à ce moment là, fin bref. Et le gynéco de garde... L'examen en mode... À peine s'il parle à la patiente... Fin voilà, catastrophe. Et après, tu passes à l'écho, pouf « ah bah y a rien » et il se casse. Et la patiente, elle a pas compris, si y'a rien, tout va bien, il y a pas de problème, ou il y a rien, y'a plus de grossesse quoi, la grossesse est en train de s'évacuer. Horrible. Donc franchement... Non. Enfin si, ça m'a montré ce que je veux pas faire -rires-. »

b. Formation initiale : points négatifs

Les MG interrogés regrettaient le manque de formation théorique sur ce sujet lors de leur formation initiale...

M2 : « J'ai jamais été formé à recevoir une patiente après une interruption, fin j'ai pas l'impression d'avoir été formé spécifiquement à ça »

M4 : « Nous honnêtement, moi j'étais pas du tout, nous il y avait aucune formation sur l'ISG, c'était bon bah voilà, tac, vous avez ça comme critère, ça comme critère, ça comme critère, voilà, bon c'est une interruption spontanée, au revoir, merci, bon voilà, pouf terminé. Puis après tu te retrouves face à une patiente et puis débrouille toi »

M7 : « Mais... Des cours là-dessus, non, clairement. Si, pour t'apprendre justement à pas passer à côté de l'urgence, et pas faire mourir ta patiente, ce qui est quand même le principal. Mais pas sur la prise en charge vraiment une belle prise en charge. Pas trop. »

...En insistant sur le fait qu'il faudrait que les étudiants soient formés sur le sujet.

M4 : « Je pense qu'il faut vraiment au moins qu'il y ait, fin, je pense, je sais pas où vous en êtes au niveau des formations des étudiants en médecine mais il faut une formation là-dessus, fin faut qu'il y ait quelque chose qui soit enseigné à la fac. »

Un MG soulevait le manque de pratique lors de certains stages de gynécologie.

M1 : « J'sais que j'ai des potes qui sont allés en suites de couches 6 mois et qui ont pas vu une femme enceinte et ça peut poser, fin forcément si c'est la première fois que ça arrive au cabinet en libéral, c'est pas.. c'est plus compliqué quoi »

Quand d'autres évoquaient ne pas avoir eu l'occasion de voir ce motif de consultation lors des stages libéraux en raison du choix des patientes de consulter leur médecin traitant.

M6 : « Ouais alors euh j'ai pas trop été confronté à ça pendant mon internat même quand j'étais en SASPAS et tout on a pas trop eu ça où je te dis euh les femmes bah elles ont encore moins envie de voir l'interne ou de voir le médecin avec un interne à côté pour raconter ça donc euh non »

c. L'expérience

Les MG interrogés étaient d'accord pour dire que la pratique était plus formatrice que la théorie.

M1 : « C'est un truc qu'on apprend par la pratique je crois hein »

M2 : « J'ai fait des, des remplacements de médecins généralistes qui faisaient de la gynéco, donc j'ai un peu gardé la main sur plein de choses », « Et à un moment donné je disais au chef de service « bah je vais p'tete passer l'attestation de pédiatrie », il m'a dit « bah tu vas t'ennuyer » parce que c'est vrai qu'il y a pas plus formateur que, voilà je passe une journée par semaine avec des pédiatres, aux urgences, sur tous les tableaux pédiatriques, effectivement. Donc du coup j'ai pas de formation complémentaire »

M7 : « C'est plus en faisant... Par expérience, en ayant des stages d'internes en médecine générale. Ça, oui. En N1, SASPAS »

d. La formation continue

Les différentes formations complémentaires aident au quotidien les MG dans l'accompagnement des patientes sur le plan médical...

M7 : « Fin tous les jours ça me sert pour le discours, fin les mots à employer, un peu le langage hypnotique, la manière d'aborder la chose en consultation, etc. Oui, ça, ça sert tout le temps. Donc, oui, je pense que ces formations là, elles m'ont aidée quand même

à aborder les choses. », « Et aussi en formation, juste, comme j'ai fait quand même pas mal de planning familial et l'attestation d'IVG etc, mine de rien, même si c'est pas volontaire et que là c'est spontané, il y a des situations de vie qu'on peut retrouver, et du coup cette expérience là m'a permis aussi d'aborder les choses différemment sur tout ce qui a trait à la périnatalité. Voilà, toute la prise en charge périnatale globale, grande. »

...Mais également sur le plan psychologique.

M2 : « Les outils que j'utilise moi en consultation sur le plan de l'accompagnement psychologique c'est des outils bah de mes formations »

M3 : « Bah oui je fais un petit peu, j'ai fait un peu d'hypnose, je fais de l'EMDR, donc euh, j'ai travaillé sur les psychotraumas »

2. Actualisation et mise à jour de ses connaissances

a. Une question de terminologie

Certains MG avaient connaissance du nouveau terme « ISG » via différentes sources d'informations...

M1 : « Ouais, ça fait pas très très longtemps c'est ça ? », « Je crois que c'est sur médicalement geek »

M6 : « Bah sur euh, je regarde, je suis sur genre le divan des médecins, machin, du coup ils en parlent facilement et puis je pense que j'avais vu un article passer de Prescrire ou un truc comme ça qui en avait parlé »

... Quand d'autres n'en avaient pas entendu parler.

M2 : « Non pas du tout »

Certains MG interrogés préféraient le nouveau terme, différents arguments étaient avancés :

- Un terme plus clair

M2 : « Je trouve ça beaucoup plus parlant comme terme, beaucoup plus explicite que fausse-couche »

M7 : « Si ça peut éviter de faire justement l'amalgame entre interruption volontaire de grossesse, interruption médicale de grossesse et interruption spontanée d'une grossesse, oui, je trouve que c'est bien, qu'on utilise interruption spontanée plutôt que fausse couche. Parce que ça peut permettre de faire bien la différence, bien le distinguer entre ce que c'est qu'une interruption volontaire, une interruption médicale ou une interruption spontanée où voilà c'est survenu de manière spontanée et il n'y a eu ni intervention volontaire ni intervention médicale. »

- Un terme moins péjoratif

M3 : « Moi je suis hyper pour des propositions qui sont pas dans le versant négatif, t'as « fausse » et t'as « couche » donc effectivement c'est pas idéal pour décrire finalement une euh, fin, un avortement, fin une perte de, fin, je sais même pas comment le dire en fait », « tu vois ce qu'on disait, fausse couche, « fausse » bah pour moi c'est le côté très négatif qui est pas, qui est, fin, qui est très connoté en fait, qui est connoté comme quelque chose de négatif, comme si la femme elle a pas su en fait, « pas réussi à » tu vois, faux c'est erreur tu vois fin, y'a un côté très, fin, jugeant, même dans le propos »

- Un terme mieux accepté par les patientes

M1 : « Il y avait un sentiment de, fin, que c'était mal vécu par les patients, dévalorisation tout ça »

M5 : « Je pense que c'est certainement moins traumatisant pour les patients comme nom »

M6 : « C'est moins violent pour les femmes je pense euh de l'entendre »

- Un terme en rapport avec la science

M1 : « Ça permet de rendre la chose un peu plus euh, on va dire, un peu plus scientifique »

M2 : « Ça fait plus scientifique »

Pour autant, nombre d'entre eux utilisaient encore le terme « fausse-couche » avec les patientes, par habitude et de peur d'une confusion...

M6 : « Mais oui du coup je fais encore avec le langage FC avec les femmes ouais »

M7 : « Pff non, véritablement, en vrai, un peu plus de fausse couche quand même », « Et surtout, souvent c'est des situations où elles ne sont pas très bien et tout et en plus, il faut que ce soit un langage clair. Parce que déjà, recevoir le message, c'est compliqué. Pour l'instant, en tout cas, j'ai pas assez modifié mon langage pour leur parler de ça comme ça »

... Mais aussi parce que l'ancien terme est ancré dans la population.

M4 : « Parce que c'est, fin, c'est tellement « connu, répandu » dans le langage populaire, « t'as fait une fausse-couche » »

M6 : « Après euh les femmes elles disent spontanément FC hein, elles ont encore ça en tête »

M7 : « Parce qu'elles elles parlent de ça donc euh oui, non, clairement, plus facilement de fausse couche que d'interruption spontanée », « mais concrètement, en tout cas les patientes, elles parlent de fausse couche, tout le temps, ça va rester encore très très longtemps »

Ou encore en raison de l'amalgame possible de l'ISG avec l'interruption volontaire de grossesse.

M4 : « Bah moi je trouve ça un peu ambigu », « Et interruption spontanée de grossesse ça me rappelle interruption volontaire de grossesse et j'ai l'impression que les deux mots sont, j'sais pas, c'est p'tete moi, ça me dérange un peu, moi je trouve que c'est pas très bien trouvé comme terme, « interruption spontanée de grossesse » »

b. La nouvelle proposition de loi

Certains MG interrogés en avaient entendu parler, notamment concernant l'absence de jour de carence lors d'un arrêt maladie pour les femmes victimes d'une ISG, via différentes sources d'informations.

M1 : « Il y aura pas de journées de carence, ça ouais j'ai entendu »

M4 : « Dans les médias, je lis beaucoup de, beaucoup la presse, donc oui j'étais au courant. »

M7 : « Il n'y a pas eu une histoire d'arrêt de travail sans carence ou un truc comme ça ? »,
« Je pense à la radio »

D'autres MG interrogés n'avaient pas connaissance de la nouvelle proposition de loi.

M5 : « Non j'en avais pas entendu parler »

M6 : « J'en ai pas entendu parler ouais »

c. Adaptation et évolution des pratiques médicales

Certains MG interrogés disaient vouloir faire un effort pour s'adapter au changement de terme et ne plus utiliser le terme FC devant les patientes.

M1 : « Mais ouais on essaie de changer », « j'essaie de plus trop, déjà de plus le dire devant les patients aussi »

M3 : « J'aime pas, c'est vrai qu'on, j'essaie de pas trop dire fausse-couche », « faut qu'on enlève tout ça de notre vocabulaire ça c'est sûr. En tout cas avec les patientes. »

Un des MG interrogé trouvait que la prise en charge actuelle était plus appropriée qu'il y a plusieurs années, notamment avec des médecins plus à l'écoute.

M4 : « Mais je crois que la prise en charge a vachement évolué par rapport à il y a 30 ans [...] je pense que la prise en charge elle est beaucoup plus adaptée maintenant qu'elle l'était »

« là il y a quand même une évolution qui est positive, on est beaucoup plus à l'écoute et puis on est beaucoup plus dans l'empathie, dans l'accompagnement qu'on l'a été à une époque. Ça a changé »

Tandis qu'un autre MG trouvait qu'il y avait encore du progrès à faire concernant la santé de la femme.

M3 : « Y'a vraiment encore beaucoup de progrès à faire », « on peut laisser moins de trace qu'on en laisse mais comme dans tout parcours de vie de femme »

3. Ses compétences médicales

a. Médecin de premiers recours

Le MG est souvent celui qui intervient en premier dans la prise en charge des patients.

M5 : « Le médecin généraliste parce que c'est toujours lui qui intervient dans l'urgence entre guillemets quand il y a quelque chose qui va pas »

C'est celui que les patientes viennent voir lors de la découverte d'une grossesse.

M1 : « Elle est revenue après en me disant « je suis enceinte » donc on a refait le bilan de début de grossesse tout ça. »

M2 : « Dosages de BHCG positifs ou des patientes qui appellent pour prendre leur rdv en disant « bin j'ai fait un test urinaire je suis enceinte, je voudrais vous voir » »

C'est aussi celui qui connaît le mieux ses patients en raison du suivi régulier, il est vu comme le « médecin de famille » en qui l'on peut avoir confiance.

M2 : « La médecine générale on suit des femmes, on suit des familles, on connaît leur histoire, on connaît les contextes de vie des gens »

M4 : « Puis souvent c'est des patientes que je connais. Moi en plus j'ai 58 ans donc c'est des patientes que j'ai eu souvent, alors sauf si ce sont des épouses etc, mais c'est des jeunes femmes que j'ai mis dans un pèse-bébé hein. », « je suis leur médecin de famille donc ils ont confiance, fin souvent s'ils viennent me voir, je pense qu'ils ont un peu confiance -sourit- »

b. Son rôle d'information

Certains MG interrogés informaient leurs patientes du risque potentiel d'ISG en début de grossesse.

M3 : « Je leur dis que effectivement il y a un risque dans le premier trimestre de FC spontanée qui n'est pas négligeable, qui est normal »

M4 : « Moi je leur dis souvent « faut passer le premier trimestre en général faut être un p'tit peu prudente au 1er trimestre c'est important » »

Et leur conseillaient parfois de ne pas en parler trop rapidement autour d'elles pour cette raison.

M3 : « Quand elles viennent me voir en général elles sont enceintes tu vois elles sont à souvent à 6-7 semaines d'aménorrhée et je leur dis euh ok, c'est cool, je leur dis « bon on essaie d'être discret dans la famille, on évite d'en parler trop, vous savez que... » »

M6 : « Bah je leur dis de, ouais, ouais, tout de suite tout de suite, attendons de voir l'écho, moi je leur dis je leur conseille c'est garder un p'tit peu pour eux après je leur dis chacun fait comme il a envie mais je leur dis on sait jamais, toute façon jusqu'à la fin de grossesse on sait jamais, mais euh j'ai tendance à dire on regarde, on fait les premières échos, on regarde comment ça va et après ouais le dire à tout le monde si vous voulez, après c'est un conseil que je donne hein mais du coup là ouais même ça faisait p'tete j'sais pas fin même pas 4 semaines quoi, absence des premières règles, test positif, paf tout le monde est au courant »

c. Son rôle d'accompagnement

Un des rôles majeurs des MG était d'accompagner les patientes à traverser les différents évènements de leur vie, ils se sentaient compétents pour le faire.

M3 : « Je considère que c'est un peu notre travail aussi et que là sur de l'accident de vie, en aigu, pour moi on est vraiment, on a vraiment un rôle à jouer et que il y a plein de choses qu'on peut faire et plein de rassurance qu'on peut amener chez ces patientes là », « Je considère que j'ai les armes pour le faire et que je suis compétente pour le faire donc ça, je trouve ça fait vraiment, fin pour le coup, ça fait partie de notre boulot de médecin généraliste d'accompagnement bah des moments de joie comme des moments douloureux et tristes de la vie quoi fin »

M5 : « Je pense que vraiment le médecin est capable de gérer ça sur le plan psychologique »

Pour ce faire, les MG n'hésitaient pas à voir à plusieurs reprises les patientes en consultation, avec le temps comme allié de leur prise en charge.

M2 : « Je pense que je les revois quand même je dirais 2 à 3 consultations après la, l'épisode de, d'interruption de grossesse », « Alors euh, sur le plan psychologique strict

ça dépend parce que des fois euh en les revoyant comme ça à distance on sent que il y a un apaisement »

M7 : « Fin on s'était vu pas mal, du coup, à cette période-là, j'sais plus j'ai dû la revoir dans les 2-3 jours encore, voilà, à ce moment-là »

Parfois en étant eux-mêmes à l'initiative du suivi.

M1 : « Y'a des motifs pour lesquels je dis « aller on se revoit dans 1 mois » où c'est moi qui prends le rdv et on se revoit quoiqu'il arrive »

M2 : « J'ai tendance à reprogrammer d'emblée, fin proposer mais en général les patients ils acceptent [...] une semaine plus tard ou 15 jours plus tard en fixant d'emblée une date de rdv ultérieure pour refaire le point »

d. Son adaptabilité

Une des capacités du MG est son adaptabilité, ne connaissant pas à l'avance le motif de la consultation.

M1 : « Le truc c'est qu'on le sait pas quand elle vient et qu'elle s'assoit »

M7 : « Ouais, dans ce cas-là si c'est un suivi, ça peut quand même déborder parce qu'elle peut arriver en disant vraiment je m'en remets pas, ça va pas du tout machin. Mais ça c'est comme en médecine générale générale. Tu vas avoir le gars que tu pensais, j'sais pas le jeune homme que tu pensais voir pour une angine et puis d'un coup il va s'effondrer et tu t'y attendais pas et il va te dire mon boulot c'est la catastrophe ou euh j'sais pas, j'ai une rupture sentimentale et j'ai envie d'en finir »

e. Son appétence pour la santé mentale

Certains MG interrogés disaient être plus nourris intellectuellement par les suivis psychologiques que la prise en charge de pathologies aiguës.

M3 : « Nan mais c'est vrai, c'est ce qui te nourrit le plus tu vois, ok t'as traité une angine t'es content tu rentres chez toi mais tu te dis t'as pas changé la face du monde fin, là où t'as accompagné quelqu'un bien dans un, ouais typiquement dans un post-FC tu te dis bon bah voilà, elle est bien, elle va dormir ce soir, elle sait que si ça va pas elle peut venir

me voir, bah tu rentres chez toi t'es content, fin tu te dis que t'as fait le boulot quoi, t'as fait le job »

M7 : « Et aussi parce que je pense que la grosse part de prise en charge de ces événements elle reste quand même assez orientée sur l'accompagnement, le soutien, voilà plus que le médical pur, même si on a dit les trucs à pas rater. Mais la plupart du temps, c'est la nature qui a fait les choses et nous, les médecins, on n'a rien à faire par la suite, fin en tout cas, souvent. Du coup, oui, ça fait que je suis assez à l'aise parce que j'aime bien ce versant-là d'accompagnement et tout. Ça me plaît comme consult. Ça me plaît pas de recevoir des gens tristes -rire-, mais je veux dire, c'est quelque chose que j'aime bien faire »

Et un MG trouvait cela dommage que les médecins déléguaient les suivis psychologiques en raison de leur caractère chronophage.

M3 : « J'ai l'impression qu'on se perd aussi là dedans en médecine, dans ces idées là que pfff tout le psy ça prend trop de temps et donc on va le donner aux autres. Punaise, c'est quand même con parce que c'est quand même ça qui est le plus rigolo quoi, fin « rigolo »... »

Des MG faisant beaucoup de suivi psychologique disaient se substituer à un psychiatre ou au CMP.

M5 : « Mais après moi je fais beaucoup de suivi psychologique des patients en général dans le, dans la médecine générale, pas vraiment de la psychiatrie aigue mais on fait beaucoup de suivi psycho, des fois même à la place d'un, du CMP ou d'un psychiatre dans le cas de dépression modérée ou de chose comme ça on en fait déjà beaucoup en ville donc euh »

Ils utilisaient une approche par verbalisation, en incitant les patientes à en parler, pour les aider à mettre des mots sur leurs maux.

M1 : « Moi c'est un des conseils que je leur donne, c'est parlez-en autour de vous et, fin essayez de pas garder ça pour vous, votre couple et parlez-en aux autres »

M2 : « J'essaie que ça soit plutôt elles qui parlent en fait, c'est important de les aider à verbaliser ce qu'elles ressentent, je pense que c'est vraiment important »

C. Le MG en tant que soignant

1. Le suivi médical

a. Facteurs influençant la prise en charge médicale

La prise en charge du MG va dépendre du nombre d'ISG...

M2 : « Quand c'est le premier épisode de FC je prévois pas d'examens complémentaires, quand c'est le xième oui, je propose de faire un premier bilan qui est certainement pas exhaustif et de prendre contact avec un gynécologue pour la suite du projet de grossesse »

M7 : « En revanche si c'est plusieurs épisodes, oui. Je sais que ma prise en charge, elle change. Parce que moi-même je vais me poser des questions »

... Des antécédents de la patiente et du retentissement de l'ISG...

M1 : « C'était une dame qui était déjà dépressive, fin qui avait déjà eu un syndrome anxiodépressif qui était sous Paroxétine euh suite à une première grossesse qui avait fait un p'tit baby blues initialement, un syndrome dépressif qui a trainé »

M3 : « Est-ce qu'elle dort bien, est ce qu'elle y pense beaucoup, est ce qu'elle pleure beaucoup, est ce qu'elle a du soutien, est ce qu'elle est accompagnée, est ce qu'elle se sent seule, y'a tout ça et puis en fonction de ça bin oui je vais la revoir si je sens que c'est fragile, ça c'est sur »

... Ainsi que de la présence ou non d'en entourage soutenant.

M6 : « Elle est super bien entourée, je connais bien sa famille, elle en avait déjà parlé à tout le monde c'est pour ça que c'était ultra, tout le monde était déjà au courant, ses autres enfants et tout donc voilà, un gros soutien de tout le monde, son mari était très bien aussi, il la soutenait donc non non je l'ai pas revu depuis »

Certains MG interrogés faisaient un suivi rapproché lors des grossesses ultérieures en raison de l'antécédent d'ISG...

M1 : « Là accompagnement serré cette fois-ci »

M3 : « Et peut-être que je vais être plus att., fin, qu'elle ait conscience que je vais être peut-être plus attentive ou que, voilà, y'a, voilà y'a cette chose là qui est là et que je sais

que c'est plus, peut-être plus sensible pour elle parce que voilà, elle a peur donc euh elle aura p'tete besoin de plus d'accompagnement ou de tu vois de soutien ou, et donc qu'elle sache que je m'en souviens »

... Quand d'autres gardaient un suivi classique.

M6 : « Au niveau du suivi ça change rien pour moi si tout va bien, sauf si on voit des trucs mais si tout va bien non ça change rien en particulier [...] mais si c'était spontané, qu'il y a pas d'anomalie retrouvée et que tout allait bien non je change pas du tout ma façon de faire »

M7 : « Derrière une ? Non. Peut-être que je vais être plus rassur... Fin je vais plus pister le côté besoin d'être rassurée mais en même temps, justement, j'essaie de leur faire entre guillemets, prendre un peu de la hauteur, genre, cool. Fin, j'essaie de pas médicaliser, sur-médicaliser. Justement, non. J'évite ça. »

b. L'importance de l'anamnèse

L'interrogatoire est primordial lors de la reprise de suivi de patientes mais également chez les patientes déjà connues du cabinet, faisant souvent découvrir un antécédent d'ISG méconnu du MG.

M1 : « Combien de fois on nous dit, fin moi j'ai le truc GOP0 je le note et elles me disent « bah non il y avait une FC » fin ça arrive quand même assez souvent »

M2 : « Je connais une patiente qui a deux garçons et puis en fait je reprends son suivi gynéco et je me rends compte que en fait elle a fait, je dis n'importe quoi hein, mais elle a fait 3-4 FC avant d'avoir ses enfants, je savais pas. »

c. Le suivi post-urgences

Les MG voyaient leurs patientes après le passage aux urgences pour l'ISG pour échanger avec elles sur l'évènement récent.

M2 : « Y'a quand même des patientes qui consultent aux urgences qui sont très bien prises en charge euh aux urgences mais qui nous revoient quelq, fin voilà, le lendemain

ou le surlendemain pour euh, -rires- bin pourquoi justement, bin en fait je pense pour la suite de la prise en charge, pour l'accompagnement »

M4 : « C'est souvent pour discuter, pour échanger »

M6 : « Elle voulait venir me voir pour m'en parler et pour que je sois au courant parce que bah euh je la suis depuis un moment et qu'on avait fait plein de bilans et tout »

Mais également pour la prescription d'un arrêt de travail.

M3 : « Elles sortent des urg et elles te revoient le lendemain juste fin pour faire l'arrêt quoi, ou le jour même tu vois fin », « elle était venue me voir parce qu'elle avait besoin de son arrêt de travail surtout en fait hein »

d. Influence du profil et du vécu du MG sur la prise en charge

Le genre du MG pouvait potentiellement avoir un impact sur la prise en charge des patientes et leur facilité à se confier au MG.

M1 : « J'essaie de faire en sorte que la barrière, fin, le fait d'être un mec je pense que les dames se confient autant en tout cas, je pense pas que ça soit une barrière »

M5 : « Bah il en voit aussi quand c'est ses patients je pense qu'il les prend en charge mais il a p'tete pas forcément la même vision, parce qu'il y a quand même une différence un peu liée, une vision un peu différente quand c'est féminin et masculin »

M6 : « après je pense que l'expérience ou les personnalités aussi des médecins ça joue aussi quand même hein quand on voilà après moi je suis une fille aussi donc euh c'est plus facile » ou encore « j'ai pas mal d'amis garçons med gé qui m'ont dit qu'ils étaient pas spécialement à l'aise dans ce genre de et qui leurs patientes elles se confient pas non plus tant que ça, fin voilà ça joue aussi je pense »

Ses antécédents personnels et son expérience également.

M3 : « De mon point de vue perso j'ai jamais vécu ça donc j'ai pas le, le, parce que des fois quand il t'arrive des trucs dans la vie ça te permet d'appréhender de façon plus personnelle »

M5 : « Je pense que ça doit être intéressant de savoir aussi si en fonction de l'expérience, de l'endroit où on est, de quels sont les facteurs qui font qu'on voit les choses peut être un peu différemment. »

2. Son engagement

Les MG interrogés accordaient une grande importance à la santé de la femme, c'était un sujet auquel ils donnaient une place particulière.

M2 : « J'y attache de l'importance [...] c'est des consultations assez marquantes »

M3 : « Que ce soit effectivement le premier examen gynéco, ou quand on les examine, ou quand elles font des mammo, ou fin n'importe quoi fin, je trouve c'est vraiment important mais comme tous les autres moments de vie de femme en fait, c'est vraiment particulier »

Ils se montraient disponibles pour leurs patientes.

M1 : « Celles que je revois pas je leur dis « bah la porte est ouverte, revenez si ça va pas » tout ça »

M3 : « Je laisse toujours la porte ouverte en leur disant si y'a besoin, que ce soit d'un point de vue travail, que ce soit d'un point de vue moral, faut pas hésiter à venir. »

Les MG se montraient prudents lorsqu'ils recevaient une patiente en début de grossesse et analysaient le comportement et l'expression des patientes dans l'hypothèse d'une mauvaise nouvelle.

M1 : « Quand je remplaçais sur 1 mois 2 mois, quand j'avais en tête un début de grossesse, on pouvait, fin ouais, on essaie de mettre un petit peu de, fin je l'accueille pas avec entrain en disant « ah vous avez fait votre écho de datation » tout ça j'y vais quand même un peu avec le frein quoi, j'essaie de pas être trop enjoué au cas où on apprenne ce genre de mauvaises nouvelles. »

M3 : « Tous ces petits détails de l'attention qu'on va porter avant même qu'on commence à parler, tiens c'est bizarre elle est pas habillée comme d'habitude, tiens c'est bizarre

ouais effectivement elle marche pas comme d'habitude, tiens elle est venue avec sa mère, pourquoi elle est venue avec sa mère aujourd'hui »

Lorsqu'une patiente consultait après une ISG, les MG veillaient à être dans de bonnes conditions pour la recevoir.

M1 : « Faut vraiment que ça soit une consultation dédiée, fin, bien au calme, faut que le médecin soit dispo, faut pas que le téléphone sonne toutes les 5 minutes, fin, c'est vraiment une consultation d'écoute, ça reste, fin c'est une annonce, ça reste une annonce de mauvaise nouvelle donc vraiment garder ces bases là »

Ils veillaient également à employer les bons termes.

M3 : « Donc là effectivement c'est le moment un peu délicat où bah faut vraiment faire super gaffe à tout ce que tu dis, tout ce que tu fais »

M7 : « Mais, en tout cas, j'essaye de surveiller mon langage, dans ce genre de... ma façon de parler »

Un MG interrogé racontait que les ISG tardives étaient plus difficiles à gérer, pour les patientes comme pour lui, en raison de son investissement dans la grossesse.

M3 : « Parce que on investit aussi un petit peu de notre temps et notre énergie dans les suivis de grossesse et donc bah parfois c'est vrai que quand ça s'arrête tardivement c'est compliqué »

3. Communiquer avec les patientes

Les MG interrogés accordaient de l'importance au fait de supprimer tout sentiment de culpabilité chez les patientes.

M2 : « Je dis cette phrase, je dis « y'a rien que vous ayez pu faire ou que vous n'avez pas fait qui a provoqué ça, ça n'a rien à voir avec vous » »

M6 : « Et voilà, ça c'est le truc que je leur dis c'est pas grave, on déculpabilise à fond la femme, ça c'est le truc que je fais à chaque fois »

M7 : « Rassurer, déculpabiliser. Moi, j'insiste beaucoup, beaucoup sur déculpabiliser, « tout ce que vous avez fait, c'est bien. Il faut retenter l'aventure et voir ce qui se passe », mais... en gros, qu'elles retiennent que c'est pas de leur faute, quoi. C'est pas parce que j'ai été courir, ou j'ai fait, je sais pas, j'ai mangé tel truc, du coup c'est à cause de ça, c'est sûr, parce que j'avais mangé un micro-bout de saumon fumé. Voilà. Déculpabiliser, c'est hyper important. »

Ils se montraient à l'écoute et adoptaient une posture empathique...

M1 : « L'idée c'est de se montrer à l'écoute, empathique, tout ça tout ça quoi »

M2 : « J'essaie de rester empathique, je suis toujours un peu triste pour elles quand même »

M4 : « J'essaie de rester positif, avoir un discours empathique et positif entre guillemets »

... Tout en étant à l'aise avec les différentes techniques de communication.

M3 : « Je suis hyper à l'aise avec ça, fin y'a, tu vois c'est pareil, comment on discute, comment parler à un patient, comment orienter ta discussion, essayer de pas être heurtant [...] T'apprends à être soutenant bah quand effectivement t'as une bonne écoute, quand tu sais comment verbaliser, quand tu sais comment agir avec eux de façon plutôt positive et bienveillante avec des mots »

M7 : « Parce que le négatif, il faut se méfier, quand on emploie le négatif, le cerveau a tendance à retenir, fin, une phrase négative, donc si je dis « vous n'avez rien fait de mal » bah « j'ai fait mal ». Donc j'essaie d'employer des termes, voilà. [...] Et la tournure des phrases, dans ce genre de situation, pour que ça imprime du positif encore une fois. »

Lorsqu'ils recevaient une patiente après une ISG, ils employaient différents arguments pour les rassurer :

- L'argument de fréquence de l'ISG

M1 : « Je leur dis que c'est quelque chose d'assez fréquent finalement dans la population générale »

M7 : « Je leur explique de façon systématique que c'est fréquent, qu'elles sont loin d'être seules, que ça peut arriver »

- L'argument de la science/médecine

M3 : « En leur expliquant que il y a effectivement beaucoup de grossesse, de début de grossesse qui s'arrêtent naturellement et que c'est pas grave, que ça fait partie aussi peut être de ces chances qu'il y avait peut être des anomalies, qui n'étaient pas vitales et qu'il vaut mieux que ça s'interrompe au début »

M5 : « Et que finalement si on fait une FC, mais je leur dis souvent ça et je pense qu'elles le comprennent bien, que p'tete aussi parce qu'il y a un enfant qui était pas suffisamment viable et en bonne santé pour se développer »

- L'argument d'absence de stérilité

M4 : « On va garder le côté positif, vous êtes pas stériles, vous avez une fécondité qui est bonne etc... »

M7 : « Qu'elles sont tombées enceintes, et que ça c'était une bonne nouvelle, parce que comme elles ont un désir de grossesse, bah chouette, vous êtes tombées enceintes, vous allez pouvoir retomber enceinte »

- L'argument d'absence de récurrence obligatoire aux prochaines grossesses

M6 : « Ouais bah moi vraiment la chose que je leur dis c'est surtout c'est pas parce que ça s'est passé une fois que ça va se reproduire à chaque fois d'accord [...] mais que c'est pas parce qu'il s'est passé ça une fois qu'il faut se dire euh c'est tout, il se passera toujours ça ou on essaie plus et voilà j'essaie d'être assez rassurante à chaque fois, je rassure »

M7 : « Que ça présage en rien des grossesses futures »

- L'argument de pouvoir réessayer dès qu'elles se sentaient prêtes

M7 : « Je leur dis bien qu'il n'y a pas de délai, dès lors qu'on est sûr que entre guillemets « tout s'est bien passé », si on peut dire. Voilà. Il n'y a pas vraiment de délai à retomber enceinte ou pas retomber enceinte. [...] Et qu'elles peuvent y retourner quand elles le souhaitent, retenter quand elles le souhaitent. C'est des choses que je dis de manière assez systématique. »

Tout en ne banalisant jamais l'ISG.

M3 : « L'idée c'est que, en tout cas je leur dis jamais c'est pas grave »

M5 : « Non, non, il faut pas banaliser, il faut pas leur dire « il se passe rien, c'est pas grave » »

4. L'approche centrée patiente

Les MG interrogés adaptaient leur attitude et leur discours en fonction du ressenti des patientes.

M3 : « Je leur dis que, ouais c'est ça, tout dépend de, à quel niveau de réflexion elles sont, parce que t'en a qui vont arriver en disant « j'ai fait une FC, ok et maintenant j'y retourne tout de suite », t'en a qui vont te dire « moi pour l'instant j'ai pas envie », ok d'accord très bien, fin, faut les laisser parler et voir derrière ce que toi tu peux proposer »

M5 : « Donc j'essaie déjà de connaître leur vécu, leur ressenti pour ça et puis ça permet de voir un peu dans quel sens on va évoluer »

Un MG trouvait qu'il était important de laisser ses certitudes de côté et d'avoir une prise en charge personnalisée.

M3 : « Y'a toute cette idée de ouais du consentement, de l'accompagnement, de pas se laisser, de pas travailler, de pas être médecin avec ses idées, ses propres convictions, ses propres, fin, ses, toutes ses idées et de, d'accompagner la personne telle qu'elle est, telle qu'elle le vit »

La plupart des MG interrogés proposaient systématiquement un arrêt de travail court et certains sous-entendaient qu'il y avait des motifs d'arrêt moins justifiés.

M1 : « Oui il y a eu un arrêt de travail, je le propose assez systématiquement, assez régulièrement », « c'est un vrai motif d'arrêt de travail »

M2 : « Et j'ai pas vraiment de difficultés à, fin, ça me pose pas de problème de proposer systématiquement un arrêt de travail dans les suites d'une FC »

M7 : « D'ailleurs, fin moi j'ai tendance à dire, à les inciter à ce que ce soit court. Sauf si on est dans le déclenchement d'un vrai syndrome dépressif et que c'est pas une anxiété réactionnelle ou un stress réactionnel voilà. Il faut que ce soit court pour justement se remettre dans la vie de tous les jours, pouf, se remettre dans le bain quoi, dans le quotidien, le rythme quotidien. Et pas avoir le côté repli sur soi, se renfermer, etc, le

mauvais effet de l'arrêt de travail quoi. Pour éviter ces mauvais effets de l'arrêt de travail, oui, court. »

L'arrêt de travail était prescrit dans l'idée de protéger les patientes...

M2 : « Bah je trouve que les patientes elles sont dans un état d'esprit fin voilà, dans une, j'sais pas, une période un peu de, j'ai envie de dire de fragilité psychologique qui est pas forcément en adéquation avec un, fin voilà des bonnes conditions de travail »

M7 : « Mais ça peut leur permettre de souffler et de pleurer avec les bonnes personnes qui les soutiennent, conjoint, la meilleure copine. Et de se sentir aussi reconnue, écoutée. »

...Et de leur permettre de récupérer physiquement et psychologiquement.

M3 : « En général elles s'arrêtent quelques jours histoire de récupérer physiquement tout simplement hein »

M4 : « Parfois il y a une demande d'arrêt de travail aussi, parce que bah « je me sens pas capable d'aller travailler », c'est pas tant physiquement, souvent c'est psychologiquement, « là je me sens pas, non, il faudrait quelques jours pour euh, pour récupérer quoi » »

5. Adopter une posture réflexive

Plusieurs questionnements de la part des MG émergeaient lors des entretiens, sur le fait de revoir systématiquement les patientes, sur les raisons d'absence du conjoint lors des consultations, ou encore sur l'audibilité de leurs discours.

M1 : « Je dis pas « faut qu'on se revoie systématiquement à 2 semaines », alors est ce que il faudrait »

M1 : « Je sais pas si c'est une question qui allait avoir après mais euh ça pourrait être intéressant, fin, c'est un truc qui pourrait être intéressant c'est de se dire « bah pourquoi le mec vient pas », est-ce que c'est parce que il est pas impliqué, est-ce que c'est parce qu'il bosse ou autre »

M4 : « Est-ce que c'est un argument qui peut porter ou pas trop à votre avis ? C'est ça moi la question que je me pose, parce que finalement je le dis mais est-ce que ça porte quand t'es dans l'aigu tout ça je suis pas sûr, est ce que c'est audible ? »

6. Les difficultés

Les MG interrogés se sentaient en difficulté pour rassurer et accompagner les patientes, notamment lors de situations plus complexes.

M1 : « Il y avait eu un problème de non injection de Rophylac et de, un problème de rhésus, qui a fait 3-4 FC, là euh le discours il commence à être un peu plus galère »

M7 : « Une dame très anxieuse de base, c'est toujours t'façon les profils voilà, c'est toujours les profils anxieux qui vont plus facilement, on va plus facilement galérer à les réassurer derrière »

III. L'impact de l'ISG chez les patientes vu par le MG

A. Le retentissement de l'ISG chez les patientes

1. L'impact émotionnel

Plusieurs émotions se mélangeaient chez les patientes suite à une ISG.

M2 : « Beaucoup de sentiments qui se bousculent, la tristesse, de la frustration, de la culpabilité »

M4 : « Y'en a qui vivent ça comme un échec ou comme, beaucoup de questions, est ce que c'est moi, qu'est-ce que, pourquoi ça m'arrive, etc.. »

Avec une certaine forme de résignation de la part des patientes.

M6 : « Qu'elle comprenait, qu'elle savait que d'un côté si la grossesse elle s'arrêtait c'est que, les femmes souvent elles me disent « c'est que ça devait pas se faire » donc c'est comme ça mais le temps d'accuser le coup »

Les MG soulignaient que le fait de retomber enceinte rapidement permettait aux patientes de les aider à avancer, à aller de l'avant.

M1 : « C'est une dame qui est enceinte là déjà, donc elle a rebondi assez rapidement »

M7 : « Et après, elle est retombée enceinte rapidement et il y a une grossesse qui là se passe normalement, fin qui va aller à terme. Donc euh voilà, c'est une suite heureuse pour elle qui permet qu'elle ait diminué son niveau d'anxiété »

Ils étaient d'accord pour dire que les ISG laissaient une trace indélébile chez les patientes, d'autant plus quand elles n'avaient pas bien été prises en charge. Elles permettaient parfois de révéler d'autres souffrances.

M1 : « C'est quand même un évènement de vie assez marquant. Tu leur en reparles 20-30 ans après, ça reste un truc marquant »

M2 : « C'est un évènement de vie qui parfois aussi permet de soulever d'autres problématiques, euh psychologiques, d'autres difficultés de vie, d'autres souffrances »

M3 : « C'est clair que je suis intimement convaincue que tous ces épisodes de vie sont vraiment hyper marquants s'ils sont pas bien pris en charge humainement »

2. Conséquences sur les futures grossesses

Un MG interrogé pensait que le défaut d'accompagnement psychologique lors d'une ISG pouvait entraîner une crainte plus importante lors d'une nouvelle grossesse.

M1 : « Il y a pas eu de suivi psychologique pour sa première FC donc là il y a un peu d'angoisse là, c'est le début mais il y a un peu d'angoisse [...] la dame que je suis qui est kiné fin direct les vomissements du 1er trimestre à fond, à fond la caisse parce qu'il y a une anxiété meumeu fin ouais, parce que le truc d'avant a pas totalement été pris en charge je pense, c'est possible »

De même, les patientes avec un antécédent d'ISG étaient plus prudentes lors de l'annonce d'une nouvelle grossesse.

M6 : « Du coup des fois ils émettent un peu plus de réserve des fois pour le dire à tout le monde elles préfèrent que ou s'emballer ou se projeter tout de suite dans la grossesse, elles sont plus à temporeriser mais je pense c'est normal, c'est humain »

B. L'environnement des patientes

Les MG relevaient que les patientes consultaient généralement seules.

M1 : « La plupart du temps elles viennent seules, elles viennent pas forcément avec le conjoint »

M2 : « Elles sont seules physiquement, puis elles sont seules psychologiquement aussi je pense »

Ils portaient un à priori négatif sur l'absence du conjoint.

M3 : « J'allais vous le dire, je l'ai accompagné à accompagner son mari mais j'ai jamais vu son mari, ce qui est quand même complètement dingue »

« toute façon tu peux ouais tu peux avoir n'importe quelle excuse, le travail, ou il a fallu garder le grand, le petit machin, tu peux toujours t'arranger si tu veux venir hein »

M6 : « Mais c'est vrai que la 1ère dame là celle qui la grossesse surprise là vraiment ça a été quand même assez dur euh c'est vrai que j'ai jamais vu, j'ai pas vu le mari à chaque fois »

Pour autant, elles étaient parfois accompagnées d'un proche. Certains disaient que les patientes étaient souvent accompagnées de leur conjoint, même si celui-ci s'impliquait peu pendant la consultation.

M4 : « La dernière que j'ai vu elle était avec son compagnon. Euh non elles viennent souvent en couple, maintenant que vous me le dites, ouais, c'est souvent en couple, fin moi dans ma patientèle c'est souvent en couple, souvent, très très souvent, c'est rare même que je les vois seules, tiens c'est vrai, j'ai jamais, mais non elles sont souvent avec leur compagnon »

« Euh, attentiste, attentiste. Ouais voilà il est à côté mais en fait tu sais il intervient peu en fait en général »

M5 : « Elles sont accompagnées par leur conjoint quand ça, quand c'est prévisible, quand il était là, je pense que c'est, c'est surtout à cause de ça. Elles sont quand même relativement facilement accompagnées par leur conjoint si c'était facile dans la disponibilité de la journée pour les deux de se libérer »

D'autres disaient qu'elles étaient plutôt accompagnées de leur maman ou d'une amie.

M3 : « Alors même parfois, alors y'a pas de compagnon homme, ça peut arriver qu'il y ait la maman qui soit là quand même. L'accompagnant privilégié, l'aidant, ça peut être aussi la maman, vachement plus que le compagnon, ce qui est bizarre finalement »

M7 : « C'est déjà arrivé qu'il y ait un conjoint qui vienne, mais c'est hyper rare, je trouve. Et une amie. Ça, ça arrive quand même plus souvent que le conjoint, je trouve. »

C. L'expérience des patientes avec les urgences gynécologiques

La plupart des patientes consultaient spontanément aux urgences en phase aigüe et ne passaient pas par leur MG.

M2 : « J'ai l'impression, je pense qu'elles consultent plus aux urg, fin si elles se mettent à saigner elles vont aux urgences, à juste titre hein »

M3 : « On a souvent une patiente qui va venir et qui, qui est sortie, qui est sortie des urgences avec un diagnostic de FC »

M6 : « Je pense à 2 mois et demi grosse douleur au ventre, du coup elle est pas passée par moi »

Un MG interrogé avait eu un retour positif de sa patiente concernant sa prise en charge aux urgences.

M6 : « Bah ouais ils ont été super gentils, elle était très contente, même celle la première qui était passée euh pour prendre les traitements et tout là, très très bien, elle a dit qu'elle était très bien accueillie, ils ont été très rassurants et là-dessus euh elle m'a dit que à S. ça s'était vraiment bien passé, elle a été rassurée et fin ça s'est bien passé, elle pas été choquée ni euh ni embêtée ça va »

D. La fréquence de l'ISG

Les MG interrogés trouvaient ce motif de consultation fréquent.

M2 : « Ça fait quand même partie des motifs de consultation assez fréquent »

M6 : « Ouais c'est dingue parce qu'en plus c'est arrivé trois d'affilée là je me dis en 5 mois là et c'est à partir de janvier en plus donc rien avant janvier »

IV. L'importance de la collaboration

A. Collaborer avec les différents acteurs médico-sociaux

1. L'importance du réseau en ville

Des MG interrogés faisaient appel à leur réseau et leurs correspondants libéraux pour obtenir une échographie rapidement lorsqu'ils n'étaient pas dans l'urgence. Cela leur permettait de ne pas adresser systématiquement les patientes aux urgences.

M6 : « Une fois j'ai une femme sur E. donc c'était pas du tout, il y avait pas de FC rien du tout, mais des douleurs abdo mais il y avait pas de saignement mais elle avait mal au ventre et tout elle était enceinte et bah j'ai rappelé la sage-femme qui fait des échos qui la suivait pour qu'elle ait une écho j'sais plus c'était le lendemain mais pas dans l'urgence immédiate mais voilà j'suis pas passée par les urgences pour elle »

M7 : « Ah non, je peux réussir... Je peux réussir à gérer les choses en ville. Avec des bons correspondants, par exemple s'il faut une écho », « Et sinon, oui, il y a des sages femmes échographistes qui font ça dans le coin, avec qui on correspond très bien, on travaille très bien ensemble », « sage femme échographiste qui peut te faire l'écho assez rapidement, parce que tu le connais, parce qu'il sait que tu lui adresses pas tout et n'importe quoi, et que si je lui demande de recevoir la patiente assez vite, c'est qu'il y a un intérêt et que ça permettra de pas faire passer tout le monde aux urgences, justement »

Ils avaient conscience que tous les MG n'avaient pas cette chance là.

M7 : « Mais encore une fois, c'est un monde idéal hein, ça c'est parce que j'ai plusieurs portes chez qui frapper. C'est pas comme ça... C'est loin d'être comme ça partout. Je pense qu'il y a plein d'endroits où ils rigoleraient bien de dire « hum trouver une écho ». Je suis pas sûre que dans le fin fond de la Creuse, par exemple, ils aient cette opportunité »

De même pour adresser les patientes rapidement à un psychologue, les MG soulignaient l'importance du réseau.

M1 : « Ici dans la maison de santé on a un réseau assez facile où si je, fin, j'envoie un texto à la psychologue qui reçoit, fin tout ça ça peut être assez rapide », « Le réseau c'est important »

M6 : « Nous on travaille avec des psychologues du coin sur E. et tout donc euh A. aussi si besoin j'aurai orienté [...] j'ai une psychologue avec qui on travaille super bien à E. »

2. La coordination ville/hôpital

Le manque de coordination ville/hôpital entraînait l'ignorance par le MG de l'ISG et donc un défaut de suivi des patientes après leur passage aux urgences.

M1 : « Parfois on reçoit des béta, on se dit bah tient y'a dû avoir un truc mais parfois on est même pas du tout au courant [...] le souci c'est que, fin si y'a pas d'hospit on aura pas de courrier donc pas de mise au courant et pas de travail de suivi »

M3 : « En général on reçoit le papier quand elles nous le donnent en fait hein »

Or le M1 disait que s'il recevait un courrier des urgences cela lui permettrait de prendre des nouvelles des patientes après une ISG. Les consultations en seraient facilitées.

M1 : « Ouais en disant « bah je vois qu'on a pas de rdv ensemble, je vois qu'il s'est passé ceci, vous avez eu une ISG, fin voilà, comment ça va, est ce que vous voulez qu'on en discute, fin est ce qu'il y a des bilans qui ont été demandés » ouais ça peut être intéressant ouais, ça peut être intéressant. »

« Elle aura pas cette barrière à venir par exemple au cabinet, elle se dit « bah il est déjà au courant » fin ça lève un peu des barrières quoi, ça peut lever des barrières »

C'est pourquoi il luttait pour la coordination ville/hôpital.

M1 : « La coordination c'est cool hein, moi je me bats pour ça, pour la coordination ville/hôpital quoi »

« Ouais je pense qu'une meilleure coordination ville/hôpital pour les, fin pour être nous mis au fait de, fin un p'tit courrier type fait par l'hôpital en disant on vous prévient que madame a fait une FC ça serait bien comme quand il y a des sorties d'accouchement ça on l'a donc euh y'a pas de raison que »

B. Les ressources en santé mentale

Certains MG interrogés ne proposaient pas systématiquement un accompagnement avec un psychologue. Cela dépendait aussi de son attrait ou non pour ces suivis.

M2 : « Je propose pas systématiquement de voir un psychologue, si je trouve qu'il y a une amélioration bah voilà de l'humeur, que, que les patientes retrouvent une certaine progression, une certaine sérénité »

M5 : « Non c'est rare, après, c'est rare, non, c'est rare qu'on ait besoin d'un suivi psycho par un psychothérapeute »

M7 : « Alors, je pense justement déjà, le côté adressage ou pas en psycho ça dépend aussi du tropisme du médecin généraliste. Est-ce qu'il aime bien... Est-ce qu'il fait un peu ce genre de choses, est-ce que... Je pense qu'on n'a pas tous la même envie »

Les MG assuraient le suivi psychologique de leurs patientes eux-mêmes.

M3 : « Fin voilà, fin, tout ça ça fait écho en fait quand t'as quelqu'un qui est en difficulté, quelqu'un qui est triste qui va être oppressé ou qui va fin, tout ça, fin je le comprends, je l'ai intégré dans ma façon de travailler donc euh ouais, fin, typiquement dans ce genre de truc je me dis toujours fin il faut être au max., au minimum heurtant parce que c'est ça, c'est là que tout va se jouer pour euh les fois d'après, les angoisses d'après, les grossesses d'après, donc faut être bon à ce moment là, quand les gens sont en difficulté, quand ils sont démunis. C'est au moment où ils ont besoin de toi qu'il faut être bon et qu'il faut être soutenant tu vois »

M7 : « En fait nous l'accompagnement qu'on fait des fausses couches, la plupart du temps en fait la physiologie fin... La nature fait les choses. Sur le plan médical, faut pas passer à côté de trucs fin, voilà, il faut pas passer à côté d'une hémorragie, d'une infection, d'une rétention. Oui, sur le plan médical pur, faut pas passer à côté de choses, mais la plupart du temps, c'est pas ça le sujet. La plupart du temps le sujet c'est le soutien apporté en consultation, je trouve. »

Parfois, ils ressentaient le besoin d'adresser leurs patientes chez un psychologue, notamment dans les situations plus complexes, ou parce qu'ils se sentaient moins à l'aise.

M6 : « Bah si je vois que moi toute seule j'y arrive pas ouais, parce que en parlant etc si je vois qu'on arrive à avancer, quand je les revois aux prochaines consultations on avance voilà mais si moi là en parlant j'y arrive pas oui j'envoie facilement ouais »

« Ouais j'en ai, après euh moi j'aime bien, j'aime bien parler un p'tit peu mais euh voilà je suis pas ultra je suis pas ultra fan encore de la psychologie et tout j'entends, j'écoute, je suis disponible mais euh après des fois j'ai pas j'ai p'tete pas les mots ou j'ai pas les techniques pour que les patients je les aide comme il faut donc j'adresse facilement »

M7 : « Après, dans des situations plus complexes, où on sent qu'il y a soit une sorte de trauma qui s'installe ou j'sais pas, ça dépend aussi de la situation antérieure, fin dans le sens les antécédents psy, ça va dépendre des antécédents de la vie de la patiente. Voilà, si elle a des anciens traumas, si elle a des anciennes voilà... Ça dépend aussi de son entourage. Ça va dépendre aussi de l'accompagnement du conjoint, éventuellement. Enfin, voilà. En fait, c'est hyper variable »

Un MG relevait deux problématiques concernant les psychologues : les délais de consultation trop longs et l'avance de frais.

M1 : « Elle est pas allée au CMP parce qu'on avait des délais qui étaient assez longs même dans cette indication-là », « les psychologues conventionnés le souci c'est que les délais ici sont de 3 mois »

« En général si c'est en libéral il faut, ils doivent avancer un peu de sous quoi »

C. L'expérience du MG avec les urgences gynécologiques

Certains MG n'adressaient pas les patientes aux urgences en l'absence de signes de complication.

M7 : « Et sur le plan médical bah elle a fait sa fausse couche entre guillemets, ça s'est déroulé de manière « classique » dans le sens où il y a pas eu de complications, elle a saigné, elle a évacué la grossesse et puis c'était tout après le corps a refait son travail et voilà quoi. Donc ça s'est passé... elle a pas eu de curetage, elle a pas eu de voilà, elle a rien eu de tout ça. [...] Mais elle est pas passée par les urgences »

Ou uniquement lorsqu'ils manquaient de temps.

M7 : « Fin en tout cas, faut vraiment que je sois charrette niveau du temps, parce que je suis désolée, mais ça joue, de dire j'ai vraiment pas le temps là de mettre tout en place pour qu'on gère la situation en ville, que ce soit un domaine qui me fait peur et que du coup je préfère qu'il y ait un autre regard médical dessus, ou que je trouve aucun créneau dans la situation là des échos à chercher et tout ça. Là oui, bah je vais envoyer aux urgences. Ou bien sûr, des signes d'appel d'urgen.. vraiment urgents qui nécessitent un vrai passage aux urgences. »

Quand d'autres les adressaient systématiquement.

M3 : « J'ai les urgences faciles sur ça ouais, je les envoie systématiquement aux urgences »

Et ce pour différentes raisons :

- La rapidité des examens

M3 : « Toute façon d'un point de vue pratique avoir une écho hyper rapidement pour juste valider ou invalider le fait que la grossesse est évolutive tu peux toujours rêver hein donc euh, donc en général ils passent, fin en tout cas les miennes elles passent aux urgences ça c'est sur »

M5 : « Plus souvent je vais dire aux urgences parce que c'est sur la journée et une écho en ville c'est un peu plus compliqué à obtenir, le plus souvent par les urgences »

- La pluriprofessionnalité

M3 : « Mais je me dis que bah le contexte un peu de, le contexte hospitalier fait que tu vas p'tete avoir une sage-femme qui va t'accueillir qui va être plus sympa, tu vois tu vas pas tomber sur une seule personne qui va faire la prise en charge tout seul, tu vois. Et, voilà, je me dis p'tete le côté un peu pluri... fin plusieurs personnes fait que ça me rassure un peu de ce point de vue là en tout cas »

- La présence de jeunes médecins

M3 : « Je me dis que, fin, aux urgences effectivement, les internes de gynéco, les internes de médecine sont p'tete plus jeunes, p'tete plus sensibilisés à tout ce qui est attrait au psychotrauma je sais pas, fin, je me dis que, peut être que je me trompe mais voilà »

Les MG relevaient cependant deux points négatifs du passage aux urgences : le manque de suivi psychologique et le discours employé parfois dur.

M1 : « Le suivi psychologique euh à l'hôpital il va pas être, fin, l'hôpital je pense pas que ça soit, fin ça va pas être beaucoup plus évoqué que ce qu'on ferait en consultation donc euh c'est vrai que le suivi psychologique derrière eux ça va être contrôle écho et béta et rentre à la maison »

M3 : « Les propos qui sont utilisés parfois aux urgences sont difficiles »

M4 : « C'est souvent brutal, mais je pense qu'à l'hôpital elles le ressentent comme quelque chose de brutal, bah c'est une annonce diagnostique, « ça s'est terminé voilà, on va faire ci on va faire ça, on va surveiller de telle façon, vous allez faire un BHCG, une écho... » c'est brutal et c'est, c'est froid entre guillemets, souvent. »

Le M4 ne remettait pas la faute sur ses confrères hospitaliers car il trouvait sa position plus confortable n'ayant pas à faire l'annonce diagnostique.

M4 : « C'est pas du tout une critique hein, des confrères et consœurs qui sont à l'hôpital parce que ils ont la tâche ingrate et il faut qu'ils fassent le diagnostic, toute la partie j'allais dire euh bah clinique/paraclinique/biologique c'est eux qui le font et puis faut bien faire l'annonce diagnostique »

« Ouais, j'ai un rôle presque plus facile que les internes aux urgences ou que les confrères aux urgences, consœurs. »

Discussion

I. Comparaison à la littérature des principaux résultats

L'objectif de cette étude qualitative était d'interroger les pratiques des médecins généralistes afin d'améliorer la prise en soins des patientes ayant vécu une ISG précoce.

A. L'investissement du MG

Les MG n'étaient pas en difficulté lorsqu'ils recevaient une patiente consultant après une ISG, ils avaient le sentiment d'avoir une place importante dans le suivi de leurs patientes.

Une étude qualitative australienne a montré que malgré une formation limitée, les professionnels de santé se sentaient compétents pour apporter un soutien émotionnel aux femmes victimes d'ISG (13).

Ils regrettaient parfois de ne pas pouvoir suivre leurs patientes comme ils l'auraient souhaité, les patientes ne venant pas en consultation.

Ceci peut s'expliquer par la méconnaissance de leur rôle par les femmes, qui attribuaient ce rôle d'accompagnement post-ISG à leur gynécologue ou sage-femme (5,19).

En France, une consultation de suivi est indispensable 14 à 21 jours après une IVG. Elle a pour but de s'assurer de l'absence de complication, de discuter contraception et de proposer un entretien psychosocial gratuit à la patiente si elle le souhaite (obligatoire pour les mineures) (20). Une étude qualitative évaluant les intérêts et limites d'une consultation dédiée auprès d'un professionnel de santé au décours d'une ISG précoce a été réalisée auprès de 12 patientes du bassin nazairien. Elle montre que devant la non-systématisation d'une consultation au décours d'une fausse-couche, il est difficile pour les patientes de solliciter un soutien psychologique (21). Il pourrait être intéressant d'évaluer l'intérêt d'une telle consultation chez le MG à plus grande échelle en France.

Les MG se sentaient capables et compétents pour accompagner leurs patientes dans leur moment de vie moins faciles, cela faisait pleinement partie de leur rôle. Pour se faire, ils se montraient disponibles, empathiques, à l'écoute et ils veillaient à avoir un discours déculpabilisant. Ils incitaient les patientes à mettre des mots sur leurs maux tout en adaptant leur attitude et leur discours en fonction des patientes. Ils accordaient une place importante à la santé de la femme et trouvaient important d'avoir une prise en charge personnalisée. Une étude qualitative rouennaise réalisée pendant ce travail de thèse a évalué la prise en charge de l'impact psychologique de l'ISG précoce par les MG. Cette étude a montré que les médecins identifiaient leur rôle auprès des patientes comme un accompagnement qui doit comporter de l'écoute, de l'empathie, de la compréhension et de la réassurance (22). Une autre étude qualitative de Tours réalisée pendant ce travail de thèse a évalué le ressenti du MG dans l'accompagnement des femmes suite à une ISG précoce. Il est décrit que le rôle d'écoute empathique est le rôle principal des MG selon eux, avec leur rôle d'accompagnement. Le MG prend en charge ses patientes dans leur globalité et a une prise en charge personnalisée (23). Tout ceci est en adéquation avec notre étude, et c'est également ce que les patientes attendent (5).

Les MG mettaient en pratique avec leurs patientes ce qu'ils avaient appris sur le terrain lors de leur stage ou grâce à leur expérience personnelle. Ils regrettaient cependant le manque de formation théorique sur ce sujet pendant leur formation initiale.

Or, il semble nécessaire d'intégrer l'impact psychologique d'une ISG chez les patientes lors de la formation initiale des MG (23). Selon une revue systématique de la littérature de 2019, une formation, même courte, sur la prise en charge émotionnelle après une ISG pourrait être intéressante (12). Les MG soulignaient l'importance de leur formation complémentaire pour les aider à prendre en charge leurs patientes tant sur le plan médical que psychologique. Ceci est également retrouvé dans l'étude faite à Tours (23).

Certains MG informaient leurs patientes du risque potentiel d'ISG en début de grossesse et leur conseillaient de ne pas en parler trop rapidement autour d'elles.

Cela concorde avec l'étude rouennaise (22). C'est ce que les patientes souhaitent également afin d'être mieux préparées à cette éventualité (5,19). Il paraît important pour les femmes que ce sujet ne soit plus tabou, afin qu'elles soient mieux informées (5,19).

Pour rassurer leurs patientes après une ISG, les MG employaient différents arguments : la fréquence de l'ISG, l'absence de stérilité, l'absence de viabilité du fœtus, l'absence de récurrence obligatoire aux prochaines grossesses, tout en veillant à ne jamais banaliser cet événement. Ces arguments étaient les mêmes que ceux de l'étude tourangelle, toujours dans le but de déculpabiliser les patientes (23).

La nouvelle terminologie « interruption spontanée de grossesse » à la place de « fausse-couche » était préférée des MG pour différentes raisons. Ils trouvaient le terme plus clair et plus scientifique, moins péjoratif et moins traumatisant pour les patientes. Malgré cela, certains d'entre eux employaient l'ancien terme dans leur pratique quotidienne par habitude pour eux et pour leurs patientes afin de ne pas créer une confusion et également car le terme « fausse-couche » est le plus répandu dans la population. D'autres à contrario essayaient de s'adapter et de ne plus l'utiliser devant les patientes.

Selon une étude américaine, le terme « fausse-couche » était plus clair et préféré par les patientes (24).

La loi du 7 juillet 2023 marque une avancée significative dans la reconnaissance et l'accompagnement des femmes et des couples confrontés à une ISG. Certains MG avaient entendu parler de la suppression des jours de carence en cas d'arrêt de travail suite à une ISG, mais aucun n'avait entendu parler du « parcours fausse-couche ». Une étude quantitative évaluant l'impact de cette loi sur la prise en charge psychologique des ISG par les MG de PACA montre qu'un quart seulement des médecins en avait entendu parler (25).

Cette nouvelle législation stipule également qu' « aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'une salariée pendant les dix semaines suivant une interruption spontanée de grossesse médicalement constatée ayant eu lieu entre la quatorzième et la vingt et unième semaine d'aménorrhée incluses » (16). Le Réseau de Périnatalité d'Occitanie a élaboré en lien avec l'Agence Régionale de Santé, un dépliant d'information à remettre aux femmes et couples concernés (26).

B. Impact de l'ISG chez les patientes vu par le MG

À la suite d'une ISG, plusieurs émotions se bousculaient chez les patientes : la tristesse, la culpabilité, l'échec, l'anxiété. Il s'agissait d'un évènement de vie marquant, permettant parfois de révéler d'autres souffrances, et pouvant avoir des conséquences sur les futures grossesses. Plusieurs études évaluant le retentissement psychologique post-ISG sont concordantes avec ces résultats (1,6,8,9). L'étude qualitative de J. Normand parle de « traumatisme » ayant comme conséquence des symptômes dépressifs (27). Parfois même, certaines femmes renoncent à retomber enceinte de peur de revivre une ISG (19,28).

Les patientes consultaient seules leur MG, ces derniers étaient surpris de l'absence du conjoint et se questionnaient sur les raisons de son absence. Ce sentiment de solitude est bien décrit par les patientes (5,19), alors même que leur conjoint est parfois lui-même impacté psychologiquement par cet évènement. Plusieurs études qualitatives se sont intéressées au vécu de l'ISG chez les conjoints et montrent qu'ils ressentent de la tristesse, de la déception avec parfois une place difficile en tant que « spectateur » (29,30).

C. L'importance de la collaboration

Certains MG adressaient systématiquement les patientes aux urgences pour ce motif quand d'autres faisaient appel à leur réseau libéral pour obtenir les examens rapidement, en

dehors du cadre de l'urgence. Les MG soulignaient l'importance du réseau pour l'obtention d'un rendez-vous de consultation psychologique.

Les MG regrettaient le manque de coordination ville-hôpital avec par exemple l'absence de courrier envoyé, entraînant l'ignorance de l'ISG par le MG et donc un défaut de suivi des patientes après leur passage aux urgences. Les MG étaient majoritairement au courant de l'ISG lorsque leurs patientes les consultaient pour avoir leur arrêt de travail à leur sortie des urgences. Les MG interrogés dans l'étude de Tours déploraient également le manque de compte-rendu des urgences, alors même qu'un courrier concis pourrait éviter des situations embarrassantes (23). Cela concorde avec l'étude rouennaise, où aucun des MG interrogés n'avait reçu de courrier des urgences (22). Or, cette perte d'information peut entraîner des conséquences chez les patientes en raison du risque plus élevé de morbidité psychologique dans l'année suivant l'ISG (31). Dans une étude qualitative parisienne, les médecins ont exprimé leur besoin de soutien de la part du système de santé, notamment à travers une meilleure prise en charge initiale hospitalière et une meilleure coordination des soins (32).

Les MG relevaient deux points négatifs du passage aux urgences de leurs patientes : le défaut de suivi psychologique et le discours employé. Une gynécologue reconnaît qu'il existe une banalisation de l'ISG en France lors du passage aux urgences, en raison de la fréquence des ISG. Elle ajoute : « La prise en charge médicale est relativement simple, mais la prise en charge de tout ce qui va avec en général n'est pas à la hauteur de l'évènement pour les patientes » (28). Les MG ont l'impression de devoir « rattraper » les propos parfois utilisés aux urgences (22).

II. Forces et limites de l'étude

A. Les forces

L'objectif de la recherche étant d'analyser les pratiques et les ressentis des MG, la méthode d'analyse qualitative était la plus adaptée. Les entretiens individuels semi-dirigés ont été privilégiés afin de ne pas influencer les réponses avec des questions fermées et que les MG puissent s'exprimer le plus librement possible.

Cette étude a été réalisée en miroir avec une autre chercheuse qui s'intéressait au vécu et souhaits des femmes après une ISG.

Les critères de la grille SRQR ont tous été appliqués.

Trois des sept entretiens ont été réalisés avec la co-chercheuse. Une triangulation des données a été effectuée avec la co-chercheuse afin de renforcer la validité du codage.

Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens. Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel, permettant de noter le langage non verbal.

B. Les limites

Il s'agissait du premier travail de recherche de l'investigatrice.

Un des sept médecins interrogés était connu de la chercheuse principale. Le sex-ratio déséquilibré peut s'expliquer par un attrait plus important des femmes pour la gynécologie.

La chercheuse et les MG interrogés exerçaient la même profession ce qui a pu jouer sur les réponses des MG. Pour limiter ce biais, la chercheuse a adopté une attitude la plus neutre possible.

Les entretiens se sont arrêtés après le septième pour des raisons de temps et de difficultés de recrutement. L'absence de nouveau thème émergent n'a pu être confirmée par deux entretiens supplémentaires.

III. Perspectives

L'amélioration de la communication entre les différents intervenants libéraux permettrait un adressage facilité des patientes. L'orientation pour une échographie non urgente en serait améliorée. Les patientes reviendraient probablement plus facilement voir leur MG, prescripteur de l'examen. Ce modèle diminuerait les pertes de vue suite au passage aux urgences et améliorerait leur suivi médical et psychologique. Un compte-rendu circonstancié des urgences permettrait d'informer le MG pour la suite du suivi. Prévoir une consultation en ville permettrait de repérer les patientes en souffrance.

Conclusion

L'ISG précoce est un évènement qui touche de nombreuses femmes chaque année. Ses répercussions notamment psychologiques ne sont plus à prouver.

Les MG jouent un rôle essentiel dans le suivi des femmes après une ISG en apportant écoute, empathie et soutien psychologique. Ils se sentent compétents mais regrettent un manque de formation théorique sur le sujet. La méconnaissance de leur rôle par les patientes limite parfois leur implication.

Un manque de coordination ville-hôpital peut nuire au suivi des patientes post-ISG.

La loi du 7 juillet 2023 améliore les droits des femmes après une ISG.

L'ISG nécessite une prise en charge globale, individualisée et déstigmatisée.

Pour favoriser la prise en soins des patientes, le réseau et la communication entre les différents intervenants renforceraient un sentiment de suivi pour les femmes.

Bibliographie

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*. 1 mai 2021;397(10285):1658-67.
2. Ghosh J, Papadopoulou A, Devall AJ, Jeffery HC, Beeson LE, Do V, et al. Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 [cité 11 déc 2023];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012602.pub2/full/fr>
3. Masson E. EM-Consulte. [cité 6 févr 2024]. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/114628/prise-en-charge-des-fausses-couches-spontanees-du->
4. Rakotoarimanana C. Fausses couches spontanées précoces: rôle du médecin généraliste et améliorations possibles en Occitanie. 2022;
5. Après une fausse couche spontanée quel est le rôle du médecin généraliste ? Etude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-11225&printable=true>
6. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *J Psychosom Res*. janv 2004;56(1):35-45.
7. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. *Devenir*. 2009;21(3):143-57.
8. Farren J, Jalmbant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, et al. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 1 nov 2016;6(11):e011864.
9. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. avr 2007;21(2):229-47.
10. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2005;34(5):513.
11. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Prim Care Update ObGyns*. 1 mars 2000;7(2):64-9.
12. Uranga-harismendy M. Suivi de l'Avortement Spontané Précoce : état des lieux de la pratique des médecins généralistes. *Revue de Littérature*. Angers: Université Angers; 2020. p. 21.
13. Jensen KLB, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. août 2019;59(4):508-13.
14. Brier N. Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. *Obstet Gynecol*. janv 1999;93(1):151-5.

15. Sénat [Internet]. [cité 7 juill 2023]. Couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pp122-673.html>
16. Rapport n°912 [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/116b0912_rapport-fond
17. Thébaud V, Dargentas M. Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2023;23(253):18-22.
18. La grille de densité 2025 | Insee [Internet]. [cité 9 juill 2025]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/8571524?utm_source=chatgpt.com
19. GIRAUD Ludyvine _thèse_biffé.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04593190v1/file/GIRAUD%20Ludyvine%20_th%C3%A8se_biff%C3%A9.pdf
20. Après une IVG : suivi et contraception [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/grossesse/ivg/suivi-et-contraception-apres-une-ivg>
21. Prin A. Intérêts et limites d'une consultation dédiée au décours d'une fausse-couche précoce: entretiens auprès de patientes du bassin nazairien [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04472804>
22. Gaye D. Abord et prise en charge de l'impact psychologique de la fausse couche précoce par les médecins généralistes: étude qualitative.
23. 2024_Medecine_ChaigneauMarine.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2024_Medecine_ChaigneauMarine.pdf
24. Clement EG, Horvath S, McAllister A, Koelper NC, Sammel MD, Schreiber CA. The Language of First-Trimester Nonviable Pregnancy: Patient-Reported Preferences and Clarity. *Obstet Gynecol.* janv 2019;133(1):149-54.
25. Lamour de Caslou OM. Impact de la «Loi n°2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche» sur la prise en charge psychologique des fausses couches par les médecins généralistes de PACA [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04583656>
26. Dépliant sur l'Interruption Spontanée de Grossesse (ISG) | Réseau Périnatalité Occitanie [Internet]. [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.perinatalite-occitanie.fr/actualites/depliant-sur-linterruption-spontanee-de-grossesse-isg>
27. Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/12103479850004611
28. L'ÉCHO DES GYNÉCOS [Internet]. CNGOF. [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://cngof.fr/accueil/ressources-documentaires/lecho-des-gynecos/>
29. Lacroix P, Got F, Callahan S, Séjourné N. La fausse couche : du côté des hommes. *Psychol Fr.* 2016;61(3):207.

30. Rabussier J. Comment les hommes vivent-ils la fausse couche de leur partenaire?
31. Lok IH, Yip ASK, Lee DTS, Sahota D, Chung TKH. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil Steril.* avr 2010;93(6):1966-75.
32. Daad S. Ressenti des médecins généralistes sur la prise en soin des femmes après une fausse couche spontanée précoce: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ile de France [Thèse d'exercice]. [Bobigny, Villetaneuse, Seine-Saint-Denis ; 1970-...., France]: Université Sorbonne Paris Nord; 2024.

Annexes

I. Annexe 1 : première version du guide d'entretien

Guide d'entretien V1

1) Introduction et présentation :

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Ophélie BASTIN et je suis actuellement étudiante en dernière année pour devenir médecin généraliste. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'accompagnement des patientes après une interruption spontanée de grossesse (plus communément appelée fausse couche) par leur médecin généraliste.

Il ne s'agit pas ici d'un questionnaire prédéfini mais plutôt d'une conversation au cours de laquelle je souhaiterais recueillir votre expérience.

Remise fiche d'information et recueil du consentement oral.

2) Coordonnées de la personne interrogée :

Genre, tranche d'âge, lieu d'installation (Nord, Pdc, rural, semi-rural, urbain...), nombre d'années d'installation, formations complémentaires, moyenne d'âge patientèle

Question « brise-glace » : que pensez-vous du terme ISG au lieu de fausse-couche ?

Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation avec une patiente consultant après une ISG ?

(Avez-vous eu à accompagner dernièrement une patiente dans les suites d'une ISG ?)

3) Liste de questions :

Qu'avez-vous pensé du suivi réalisé pour la patiente ?

Quelles informations leur donnez-vous après une fausse-couche ?

Leur proposez-vous un suivi ? Que proposez-vous ?

Les orientez-vous vers quelqu'un d'autre (psychologue, gynécologue...) ? Faites-vous appel à d'autres professionnels de santé ?

Quel est le suivi idéal selon vous d'une patiente ayant fait une ISG ?

Qu'est-ce que vous proposez ? Qu'est-ce qui influe sur vos propositions ?

Vous sentez-vous à l'aise lorsque vous recevez une patiente après une fausse couche ?

Pensez-vous avoir été suffisamment formé ou informé à ce sujet ?

Souhaitez-vous ajouter des choses ?

II. Annexe 2 : dernière version du guide d'entretien

Guide d'entretien V3

1) Introduction et présentation :

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Ophélie BASTIN et je suis actuellement remplaçante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'accompagnement des patientes après une interruption spontanée de grossesse (plus communément appelée fausse couche) par leur médecin généraliste.

Il ne s'agit pas ici d'un questionnaire prédéfini mais plutôt d'une conversation au cours de laquelle je souhaiterais recueillir votre expérience.

Remise fiche d'information et recueil du consentement oral.

2) Coordonnées de la personne interrogée :

Genre, tranche d'âge, lieu d'installation (Nord, Pdc, rural, semi-rural, urbain...), nombre d'années d'installation, formations complémentaires, moyenne d'âge patientèle, répartition hommes/femmes

Question « brise-glace » : saviez-vous que le terme fausse-couche avait été remplacé par le terme ISG ? Qu'en pensez-vous ?

Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation avec une patiente consultant après une ISG ?

(Avez-vous eu à accompagner dernièrement une patiente dans les suites d'une ISG ?)

3) Liste de questions :

Qu'avez-vous pensé du suivi réalisé pour la patiente ?

Quelles informations leur donnez-vous après une fausse-couche ?

Leur proposez-vous un suivi ? Que proposez-vous ?

Prescription arrêt de travail ?

Les orientez-vous vers quelqu'un d'autre (psychologue, gynécologue...) ? Faites-vous appel à d'autres professionnels de santé ?

Quid de la place du conjoint/de l'entourage ?

Les orientez-vous vers les urgences ? Diagnostic au cabinet ?

Consultation post-urgences ?

Quel est le suivi idéal selon vous d'une patiente ayant fait une ISG ?

Qu'est-ce que vous proposez ? Qu'est-ce qui influe sur vos propositions ?

Vous sentez-vous à l'aise lorsque vous recevez une patiente après une fausse couche ?

Cela change-t-il votre prise en charge pour les grossesses d'après ?

Pensez-vous avoir été suffisamment formé ou informé à ce sujet ? Quid des stages d'interne ?

Avez-vous entendu parler de la dernière proposition de loi pour les couples confrontés à une ISG ?

Souhaitez-vous ajouter des choses ?

III. Annexe 3 : extrait de journal de bord

20/02/24 : 2ème entretien médecin
avec Chloé

Entretien avec le Dr M. à son cabinet. Après plusieurs échanges par mail nous convenons de nous rencontrer sur l'heure du midi.

C'est toujours un peu stressée que je m'y rends, mais cette fois je suis accompagnée de Chloé. Nous attendons quelques minutes en salle d'attente, le temps pour le médecin de finir ses consultations du matin.

Il nous accueille avec le sourire et nous invite à nous asseoir. Il semble également un peu stressé, au cours de l'entretien il joue avec un stylo, remet plusieurs fois son clavier d'ordinateur en place...

Finalement l'entretien se passera très bien et durera 36 minutes.

16/04/24 : entretien patiente
avec Chloé

On se retrouve toutes les 3 vers 16h30 dans la salle de pause d'un cabinet où Chloé remplace, sur Lille.

J'arrive un petit peu en retard, elles ont déjà commencées. La patiente parle énormément avant que j'en interviewe, presque 30 minutes !

Entretien très intéressant

IV. Annexe 4 : traduction française originale des normes SRQR

N°	Objet	Item	Dans la thèse
Titre et résumé			
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, <i>théorisation ancrée / grounded theory</i>) ou les méthodes de recueil de données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i>).	Accompagnement des patientes après une interruption spontanée de grossesse précoce par leur médecin généraliste : étude qualitative
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et les conclusions.	Oui
Introduction			
S3	Formulation du problème	<ul style="list-style-type: none"> - Description et importance du problème/phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème. 	Oui
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.	Oui
Méthodes			
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, <i>théorisation ancrée / grounded théorique</i>, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. - Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. - Justifications 	Oui
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications/expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présumés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (ie, <i>l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i>). 	Chercheuse en médecine générale novice
S7	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre/terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications. 	Oui
S8	Stratégie d'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> - Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications. 	Oui
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains	<ul style="list-style-type: none"> - Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention du consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données. 	Oui
S10	Méthodes de recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> - Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, y compris le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (c'est-à-dire l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources/méthodes, et la modification des procédures 	Oui

		en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. – Justifications.	
S11	Instruments et outils de recueil des données	– Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. – Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.	Oui
S12	Unités d'étude	– Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. – Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)	Oui
S13	Traitement des données	Les méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse comprennent la retranscription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de la qualité des données, le codage des données et l'anonymisation/dé-identification des extraits cités.	Oui
S14	Analyse des données	Les méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse comprennent la retranscription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de la qualité des données, le codage des données et l'anonymisation/dé-identification des extraits cités.	Oui
S15	Technique pour améliorer la fiabilité	– Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y comprenant l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. – Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. – Justifications.	Oui
Résultats			
S16	Synthèse et interprétation	– Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). – Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.	Oui
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments exploitant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).	Oui
Discussion			
S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	– Bref résumé des principaux résultats – Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutenir, élaborer ou récuser les conclusions de travaux de recherche antérieurs. – Discussion de la portée de la recherche quant à l'application / généralisabilité des résultats. – Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine	Oui
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats	Oui
Autres			
S20	Conflits d'intérêts	– Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. – Comment celles-ci ont été gérées.	Aucun
S21	Financement	– Sources de financement et autres soutiens. – Rôle du financier dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.	Aucun

V. Annexe 5 : déclaration au DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

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	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Accompagnement des patientes après une interruption spontanée de grossesse (ISG) par leur médecin généraliste
Référence Registre DPO : 2023-170
Responsable scientifique : Mme Judith OLLIVON Interlocuteur : Mme Ophélie BASTIN

Fait à Lille,

Le 2 novembre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

VI. Annexe 6 : lettre d'information aux participants

Bonjour, je suis **Ophélie BASTIN**, étudiante en **médecine générale**. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur **le suivi des patientes après une interruption spontanée de grossesse (ISG) par leur médecin généraliste**.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but **d'étudier l'accompagnement des patientes après une ISG afin d'améliorer leur prise en soins**. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez **exercer en médecine générale dans le Nord ou le Pas-de-Calais (hors remplacement ponctuel)**.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-170 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 . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !"

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : ophelie.bastin.etu@univ-lille.fr

AUTEURE : Nom : BASTIN

Prénom : Ophélie

Date de soutenance : 14 octobre 2025

Titre de la thèse : Accompagnement des patientes après une interruption spontanée de grossesse précoce par leur médecin généraliste : étude qualitative

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : spontaneous abortion, general practice, patient care

Résumé :

Introduction : L'interruption spontanée de grossesse (ISG) touche 15% des grossesses et représente la première cause d'urgence gynécologique. Ses conséquences psychologiques sont importantes. Le médecin généraliste, en tant que premier recours, joue un rôle central dans la prise en charge de cet événement. L'objectif de cette étude qualitative était d'interroger les pratiques des médecins généralistes afin d'améliorer la prise en soins des patientes ayant vécu une ISG précoce.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de sept médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France.

Résultats : Les médecins généralistes (MG) interrogés se sentaient compétents pour accompagner les femmes après une ISG mais regrettaient leur manque de consultation. Ils veillaient à adopter une posture d'écoute et empathique. Les MG soulignaient l'importance de leur formation complémentaire dans la prise en charge de leurs patientes. La nouvelle terminologie « ISG » était préférée des MG, même s'ils utilisaient encore le terme « fausse-couche » dans leur pratique. Les MG sont conscients de l'impact de l'ISG chez les femmes, notamment psychologique. Les MG regrettaient le manque de coordination ville-hôpital pouvant entraîner un défaut de suivi des patientes.

Conclusion : L'ISG précoce est un événement qui touche de nombreuses femmes chaque année. Ses répercussions notamment psychologiques ne sont plus à prouver. Les MG jouent un rôle essentiel dans le suivi des femmes après une ISG en apportant écoute, empathie et soutien psychologique. La méconnaissance de leur rôle par les patientes limite parfois leur implication. Un manque de coordination ville-hôpital peut nuire au suivi des patientes post-ISG. La loi du 7 juillet 2023 améliore les droits des femmes après une ISG. L'ISG nécessite une prise en charge globale, individualisée et déstigmatisée.

Composition du Jury :

Président : Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs : Docteur François QUERSIN et Docteur Peggy GALIOT

Directeur de thèse : Docteur Judith OLLIVON