



HAL
open science

**La prise en charge du couple infertile en soins primaires :
enquête auprès de médecins généralistes de
Seine-Maritime et de l'Eure**

Marie Adam

► **To cite this version:**

Marie Adam. La prise en charge du couple infertile en soins primaires : enquête auprès de médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01901645

HAL Id: dumas-01901645

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901645v1>

Submitted on 23 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

ADAM Marie

Née le 11 mai 1989 à Mont Saint Aignan

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 SEPTEMBRE 2018

**La prise en charge du couple infertile en soins primaires :
enquête auprès de médecins généralistes
de Seine-Maritime et de l'Eure.**

PRÉSIDENT DU JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Dr Jeanne-Claire YRLES

MEMBRES DU JURY : Pr Elisabeth MAUVIARD

Dr Marianne LAINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	HCN	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>sumombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémie BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie organique
Mme Barbara LAMY-PELLETIER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTES

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laetitia **BOURDON** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury, je vous remercie pour l'attention que vous portez à mon travail,

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Marianne LAINE,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci pour vos enseignements et votre soutien durant ces trois années d'internat, ces jeudis après-midi m'ont permis de grandir en tant que médecin. Veillez trouver ici l'expression de ma profonde estime et de ma reconnaissance la plus sincère.

A Madame le Docteur Jeanne-Claire YRLES,

Je te remercie pour tout ce que tu as pu m'apporter : ton regard sur la médecine générale, tes connaissances, ton temps d'écoute et de partage malgré un planning bien chargé. Reçois toute ma gratitude.

A tous les médecins ayant répondu au questionnaire, merci pour votre aide.

A tous les médecins et équipes qui m'ont accueilli :

- Médecin gériatrique et polyvalente du CHU Saint-Julien
- Urgences adultes du CHU Rouen
- Gynécologie-Obstétrique du CHI Evreux
- UNACOR du CH du Rouvray
- SSR du CH de Barentin

Je vous remercie pour votre accueil et le savoir que vous m'avez transmis.

A Amélie ZAKRZEWSKI et Cécile RYCKEWAERT, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Aux Docteurs DELASTRE et BOUISSONNIE, merci pour votre accueil.

A ma famille, pour son soutien, sa patience et sa compréhension,

A mes parents, merci d'avoir toujours tout fait pour que je réussisse. Merci pour votre investissement pendant ces nombreuses années d'étude. Je vous en suis très reconnaissante et ne vous remercierai jamais assez.

A ma sœur, je te dois beaucoup même si je ne te le dis pas souvent.

A la valeur ajoutée de la famille (ou pièce rapportée), **Nicolas**, merci pour ta bonne humeur et ton courage pour me supporter.

A ma belle-famille, merci de nous encourager dans tous nos projets.

A mes amis,

Gaëlle et Fred, merci d'être là (souvent là même !!). Novembre 2014, la rencontre avec toi, mon bichon, je ne pouvais pas mieux commencer mon internat. Fred, merci pour ta joie de vivre et tes petits plats. J'espère de tout cœur que l'éloignement géographique ne changera rien...

Pauline, merci d'être toi, généreuse et ambitieuse, tu complètes si bien notre trio.

Jonathan et Camille, toujours présents depuis plus de 10 ans malgré la distance.

Lorrie, Arthur, mon Jo et Baboo, merci pour tous ces bons moments passés à vos côtés.

A mes amis de fac : **Agathe, Justine, Florian, Elodie**... vous avez rendu ses longues années plus faciles à vivre grâce à nos moments de décompression. Bonne route !!

Enfin,

Pierre,

Merci de me supporter au quotidien ce qui, certains jours, peut relever de l'exploit.

Merci pour ton soutien et ton amour depuis 7 ans maintenant.

Je suis fière de tout ce que tout ce que nous avons accompli tous les deux.

Avec tout mon amour...

Olivia, merci d'avoir embelli nos vies, nous t'aimons à l'infini...

SOMMAIRE

TABLE DES ILLUSTRATIONS	19
Figures	19
Tableaux	20
LISTE DES ABREVIATIONS	21
1. INTRODUCTION	22
2. MATERIELS ET METHODES	25
2.1. Elaboration du questionnaire	25
2.2. Population	26
2.3. Recueil des données	26
2.4. Analyse des données	26
3. RESULTATS	27
3.1. Données démographiques	28
3.2. Suivi gynécologique des patientes par le médecin généraliste	31
3.3. Formation en gynécologique	33
3.4. Connaissances sur l'infertilité	34
3.5. Consultation « Infertilité » en médecine générale	36
3.6. Question du désir de grossesse	38
3.7. Pratique devant un projet de grossesse	39
3.8. Première consultation d'infertilité	40
3.9. Démarche diagnostique clinique devant un couple infertile	41
3.10. Prescription des examens complémentaires	42
3.10.1. Analyse du bilan prescrit	43
3.10.2. Délai de prescription des examens complémentaires	45
3.11. Coordination avec les spécialistes	46
3.11.1. Qui sont les spécialistes vers qui les couples sont adressés ?	46
3.11.2. Critères faisant adresser plus rapidement les patients aux spécialistes	47
3.11.3. Communication avec les spécialistes	48
3.11.4. Suivi de grossesse issue d'AMP	49
3.12. Protocole de soins pour infertilité	51

3.13.	Conseils et accompagnement	52
3.13.1.	Conseils donnés en pré-conceptionnel	52
3.13.2.	Accompagnement	53
3.14.	Opinion des médecins de l'étude	54
3.14.1.	Difficultés rencontrées en médecine générale	54
3.14.2.	Propositions afin d'améliorer la prise en charge des couples infertiles en médecine générale	55
4.	DISCUSSION	56
4.1.	Analyse des résultats	56
4.1.1.	Démarche diagnostique	57
4.1.1.1.	<i>Interrogatoire et examen clinique</i>	57
4.1.1.2.	<i>Examens complémentaires</i>	58
4.1.1.3.	<i>Orientation et coordination avec les spécialistes</i>	62
4.1.2.	Rôle administratif	63
4.1.3.	Conseils donnés en amont de la consultation spécialisée	64
4.1.4.	Rôle d'accompagnement	67
4.1.5.	Freins à la prise en charge du couple infertile en médecine générale	67
4.1.6.	Propositions pour améliorer la prise en charge de l'infertilité en soins primaires	69
4.2.	Critique de la méthodologie	70
4.2.1.	Type d'étude	70
4.2.2.	Population	71
5.	CONCLUSION	72
	BIBLIOGRAPHIE	74
	ANNEXE 1 : SYNTHÈSE REVUE DE LA LITTÉRATURE : RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES COUPLES INFERTILES	77
	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE	88
	ANNEXE 3 : COURRIER QUESTIONNAIRE	95
	ANNEXE 4 : PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT	96
	ANNEXE 5 : COMMENTAIRES LIBRES	100
	RESUME	101

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1 : Synthèse du déroulement de l'étude.

Figure 2 : Répartition des médecins selon le sexe.

Figure 3 : Répartition des médecins selon l'âge.

Figure 4 : Répartition des médecins par secteur d'installation.

Figure 5 : Récapitulatif du secteur d'installation en fonction de l'âge des médecins.

Figure 6 : « Assurez-vous le suivi gynécologique de vos patientes ? »

Figure 7 : « Avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ? »

Figure 8 : « Pensez-vous que vos connaissances sur l'infertilité sont suffisantes pour l'exercice de la médecine générale ? »

Figure 9 : « Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge du couple infertile ? »

Figure 10 : « Abordez-vous la question du désir de grossesse avec vos patientes ? »

Figure 11 : « Si grossesse envisagée à plus ou moyen terme, que faites-vous ? »

Figure 12 : « Qui se présente le plus souvent dans le cadre d'une première demande ? »

Figure 13 : « Prescrivez-vous des examens complémentaires ? »

Figure 14 : « Si vous n'êtes pas le médecin traitant du conjoint, prescrivez-vous son bilan ? »

Figure 15 : Délai de prescription des examens complémentaires.

Figure 16 : Spécialistes vers lesquels sont adressés les couples par les médecins généralistes.

Figure 17 : Facteurs faisant adresser le couple plus rapidement aux spécialistes.

Figure 18 : Communication avec les spécialistes.

Figure 18 : « Quels conseils donnez-vous aux patientes ayant un désir de grossesse ? »

Figure 19 : Suivi de grossesse issue d'AMP.

Figure 20 : Rédaction d'un protocole de soins.

Figure 21 : « Quels conseils donnez-vous aux patientes ayant un désir de grossesse ? »

Figure 22 : « Quels accompagnements ou aides proposez-vous aux couples en difficulté dans ce parcours ? »

Figure 23 : « Quels sont pour vous les deux principaux freins auxquels sont confrontés les médecins généralistes ? »

Figure 24 : « Quelles sont les deux propositions qui pour vous permettraient d'améliorer la prise en charge de l'infertilité en soins primaires ? ».

Tableaux

Tableau 1 : Actes réalisés par les médecins généralistes pratiquant la gynécologie.

Tableau 2 : Suivi gynécologique en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation et de la formation en gynécologie.

Tableau 3 : Formation en gynécologie selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et le suivi gynécologique.

Tableau 4 : « Pensez-vous que vos connaissances sur l'infertilité sont suffisantes pour l'exercice de la médecine générale ? »

Tableau 5 : « Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge du couple infertile ? »

Tableau 6 : « Abordez-vous la question du désir de grossesse avec vos patientes ? »

Tableau 7 : « Vous interrogez et examinez la femme ? l'homme ? le couple ? »

Tableau 8 : « Vous interrogez et examinez la femme ? l'homme ? le couple ? » en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation, le suivi gynécologique et la formation en gynécologique.

Tableau 9 : Prescription des examens complémentaires en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation, du suivi gynécologique et d'une formation en gynécologique.

Tableau 10 : Examens complémentaires prescrits chez la femme.

Tableau 11 : Examens complémentaires prescrits chez l'homme.

Tableau 12 : Délai de prescription en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation, du suivi gynécologique et d'une formation gynécologique.

Tableau 13 : « Etes-vous satisfait de la communication avec les différents spécialistes ? »

Tableau 14 : « Assurez-vous le suivi de grossesse issue d'un protocole d'AMP ? »

Tableau 15 : « Avez-vous déjà rédigé un protocole de soins ALD pour infertilité ? »

LISTE DES ABREVIATIONS

Ag :	Antigène
ALD :	Affections de Longue Durée
AMH :	Hormone Anti Müllérienne
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
AMP :	Assistance Médicale à la Procréation
CH :	Centre Hospitalier
CHI :	Centre Hospitalier Intercommunal
CHRU :	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DIU :	Dispositif Intra-Utérin
EPPM :	Etude Permanente de la Prescription Médicale
ECBV :	Examen Cytobactériologique des sécrétions Vaginales
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
FSH :	Follicule Stimulating Hormone
FIV :	Fécondation In Vitro
FMC :	Formation Médicale Continue
GH :	Groupement Hospitalier
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Loi "Hôpital, patients, santé, territoires"
HTA :	Hypertension artérielle
IIU :	Insémination Intra-Utérine
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LH :	Luteinizing Hormone
MSU :	Maître de Stage Universitaire
NFS :	Numération Formule Sanguine
NP :	Niveau de Preuve
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
TPHA :	Treponema Pallidum Hemagglutininations Assay
TSH :	Thyréostimuline
VDRL :	Venereal Disease Research Laboratory
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C

1. INTRODUCTION

L'infertilité est définie selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) par l'absence de survenue de grossesse après 12 mois de rapports sexuels réguliers et non protégés chez les couples en âge de procréer (femmes âgées de 15 à 49 ans) (1).

L'infertilité est depuis plusieurs années considérée par l'OMS comme une pathologie à part entière, dans le cadre du concept de santé reproductive qui reconnaît à chaque être humain le droit à la procréation (1).

Le terme « stérilité » doit être réservé à l'incapacité totale et définitive à concevoir, diagnostic qui ne peut être posé que devant une cause évidente et non curable d'infertilité.

En France, la prévalence de l'infertilité est estimée à 15 % ce qui signifie qu'environ un couple sur six consultera pour des difficultés à concevoir au cours de sa vie reproductive.

Selon l'INSEE, 798 748 enfants sont nés en France au cours de l'année 2015. Les enfants, conçus après une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) réalisée en 2015, au nombre de 24 839, représentent 3,1 % des enfants nés de la population générale cette année-là. Un enfant sur 32 est donc issu d'AMP en 2015 (2).

Le facteur épidémiologique qui impacte de plus en plus dans les causes d'infertilité est l'âge des couples désirant un enfant. En effet, les grossesses tardives sont devenues depuis une vingtaine d'années une réalité. L'âge moyen de survenue de grossesse est de 29,9 ans (chiffre de 2010). Entre 2003 et 2010, la proportion de naissances à 35 ans ou plus est passée de 15,9 % à 19,2 % (3).

Ce décalage est significativement lié à une diminution de la fertilité entraînant une augmentation notable du nombre de couple ayant recours aux techniques d'AMP (4).

L'article 36 (L.4130-1) de la loi HPST (5) définit les missions du médecin généraliste, spécialiste du premier recours, entre autres :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la **prévention**, le **dépistage**, le **diagnostic**, le **traitement** et le **suivi** des maladies ainsi que l'**éducation** pour la santé ;
- **Orienter** ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la **coordination des soins** nécessaires à ses patients ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en **coopération avec les autres professionnels** qui participent à la prise en charge du patient ;
- S'assurer de la **synthèse** des informations transmises par les différents professionnels de santé.

Ainsi, la prise en charge des couples infertiles en soins primaires semble pouvoir s'inscrire dans cette démarche.

Différents travaux ont été réalisés sur ce sujet (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) démontrant que le médecin généraliste avait une place intégrante dans cette prise en charge et que ses rôles pouvaient être multiples : prévention et dépistage, prescription du bilan initial, accompagnement psychologique, orientation vers un spécialiste, suivi de grossesse.

Plus récemment, un travail de thèse soutenue en 2014 (14) a évalué directement l'opinion du médecin généraliste sous la forme d'une enquête qualitative auprès de douze médecins généralistes des Pays de Loire qui considéraient que l'infertilité est une problématique de médecine générale mais ils n'étaient pas forcément à l'aise et avaient le sentiment d'avoir un rôle limité.

En décembre 2010, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français a publié des recommandations pour la pratique clinique sur la *Prise en charge du couple infertile*, en se concentrant sur la prise en charge initiale, celle qui a lieu dans le cabinet du praticien à qui le couple vient confier ses difficultés à concevoir, ce médecin pouvant être, entre autres, un généraliste (15).

En 2006, une enquête d'opinion réalisée à Nantes autour de 96 couples montre que 62,8 % d'entre eux ont consulté pour des difficultés à concevoir et que la plupart de ces derniers consultaient en premier leur médecin généraliste avant leur gynécologue (16).

Notre région est largement touchée par le déclin des médecins gynécologues ayant un exercice libéral ou mixte. Sur la période 2007-2016, les effectifs ont diminué de 35 % (17). De plus, l'accès aux structures spécialisées est limité et disparate sur le territoire normand. Quatre centres sont recensés en Seine Maritime : CHU Rouen, Clinique Mathilde Rouen, CH St Antoine Bois-Guillaume et CH Le Havre ; un centre dans le Calvados (CHRU Caen) et un centre dans la Manche (Polyclinique du Cotentin, Equeurdreville Hainneville) (18).

L'association de ces deux phénomènes explique en partie que le médecin généraliste puisse être considéré comme l'interlocuteur principal de ces couples en difficulté. Il se doit donc de donner une réponse adaptée à leurs questions puis les accompagner tout au long de ce parcours souvent semé d'embûches.

J'ai effectué mon troisième semestre dans le service de gynécologie de l'hôpital d'Evreux. Lors de ce stage, j'ai assisté à des consultations d'infertilité avec un médecin spécialiste. Les délais de rendez-vous étaient de plus en plus longs. La plupart des couples arrivaient lors de la première consultation sans bilan préalable ou avec un bilan incomplet.

Je m'intéresse donc à la prise en charge du couple infertile en soins primaires dans notre région.

Ce travail de thèse a pour but d'évaluer auprès des médecins généralistes de Normandie leur pratique concernant l'infertilité en comparaison des recommandations du CNGOF (annexe 1) et leurs possibles difficultés rencontrées.

Quelle est la prise en charge du couple infertile en soins primaires dans notre région ?

L'objectif secondaire est de proposer des solutions afin d'améliorer cette prise en charge.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Elaboration du questionnaire

L'étude était observationnelle, transversale, quantitative et descriptive. Un questionnaire en ligne a été réalisé sur le site Google Form, essentiellement composé de questions fermées (réponses par oui ou non ou propositions à cocher). Pour l'élaboration du questionnaire, je me suis appuyée sur les recommandations du Collège Nationale des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) (15).

La création du questionnaire s'est déroulée en mai 2017. Dans un premier temps, il a été relu par un médecin généraliste, deux internes en médecine générale et une personne n'appartenant pas au milieu médical ou paramédical. Le but était d'évaluer la clarté du questionnaire, sa faisabilité et la durée nécessaire pour le compléter (environ 4 min).

Le questionnaire se composait de quatre parties (annexe 2) :

- La première partie permettait aux médecins généralistes de se présenter par l'intermédiaire de données socioprofessionnelles (sexe, âge, année d'installation, secteur d'installation, suivi gynécologique, formation en gynécologie) ;
- La deuxième partie avait pour but de recenser l'intérêt des médecins face à la prise en charge du couple infertile ;
- La troisième partie nous renseignait sur la démarche diagnostique, les informations-conseils-accompagnement, la coordination avec les spécialistes ;
- La dernière partie portait sur l'opinion et les attentes des médecins généralistes afin d'améliorer cette prise en charge.

Afin de recenser avec plus de précision les pratiques des professionnels, la moitié des questions comportaient un intitulé "Autres" permettant d'ouvrir les questions et les réflexions. La plupart des questions étaient rédigées au présent et au conditionnel pour permettre aux non utilisateurs de répondre à la totalité du questionnaire.

2.2. Population

L'inclusion s'est faite par l'intermédiaire d'une mailing list. La population incluse comprenait : 300 médecins généralistes thésés installés ou remplaçants. Les médecins généralistes thésés sont pour la plupart des maîtres de stage universitaire ou appartenant à un groupe de pairs. Cette inclusion permettait d'approcher les médecins devant être, du fait de leur statut de formateur, les plus proches des recommandations dans leur pratique quotidienne.

Ce large échantillon se situait dans le territoire de rattachement universitaire du CHU de Rouen. Du fait de la diversité du territoire, il y avait l'assurance de la variété du lieu d'exercice : rural, semi-rural ou urbain.

2.3. Recueil des données

La diffusion du questionnaire, sous forme de mail expliquant la thématique de l'étude et fournissant le lien pour y accéder, s'est déroulée du 15 octobre 2017 au 15 janvier 2018 avec une relance au 15 décembre 2017. La diffusion a été réalisée par l'intermédiaire du Dr YRLES avec une mailing list. Cette liste comprenait des adresses mails de médecins généralistes installés ou remplaçants. Les médecins étaient invités à ne répondre qu'une seule fois.

300 mails comprenant le lien vers le questionnaire ont été envoyés pour participer à l'étude. 33 médecins généralistes ont répondu à l'étude, soit un taux de réponse de 11 %.

2.4. Analyse des données

L'analyse des données a débuté le 1^{er} mars 2018. Les résultats du questionnaire ont été transférés de la plateforme de Google Form vers un fichier Excel. Une analyse univariée et multivariée a été effectuée.

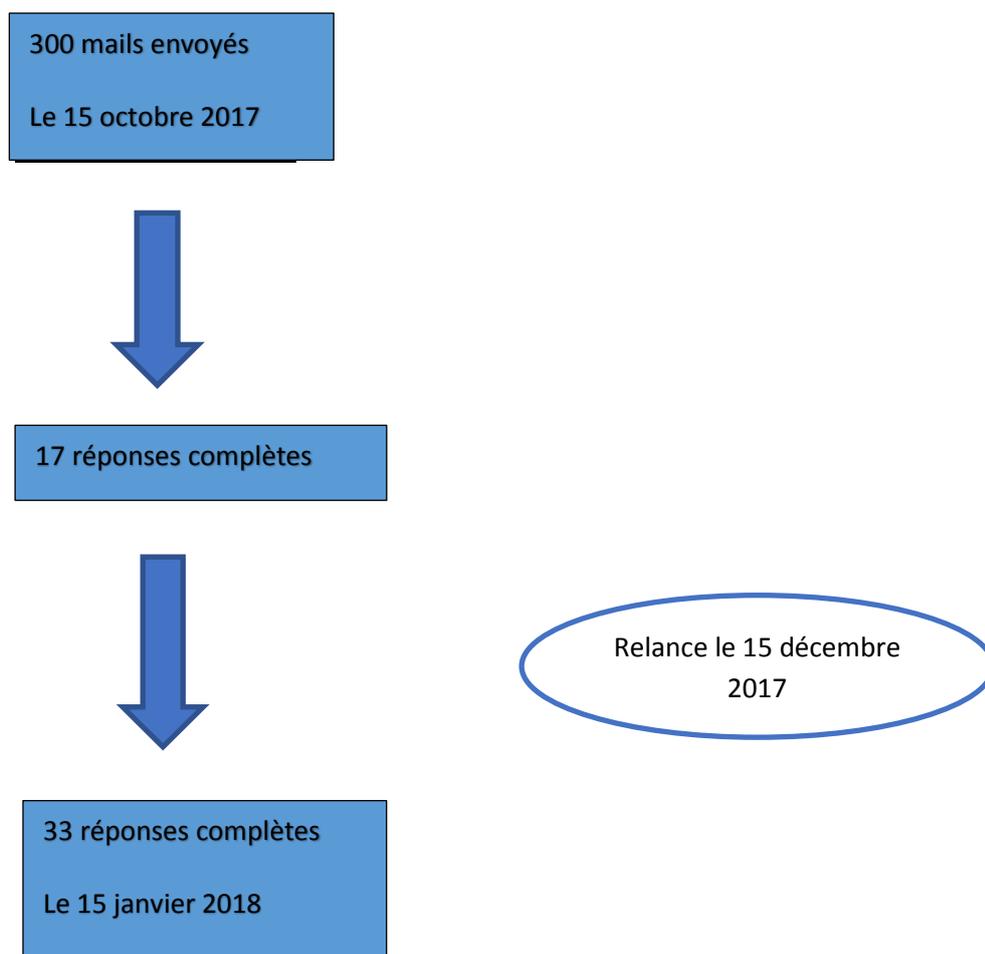
Concernant les commentaires libres, ils ont tous été relus. Ils ont été exploités afin d'enrichir les résultats et la discussion de cette étude.

3. RESULTATS

33 médecins ont répondu à l'e-mail, soit un taux de participation de 11 %.

33 réponses complètes.

Figure 1 : Synthèse du déroulement de l'étude.



3.1. Données démographiques

Les figures 2, 3 et 4 regroupent les données concernant le sexe, l'âge et le secteur d'installation des médecins de l'étude.

Figure 2 : Répartition des médecins selon le sexe.

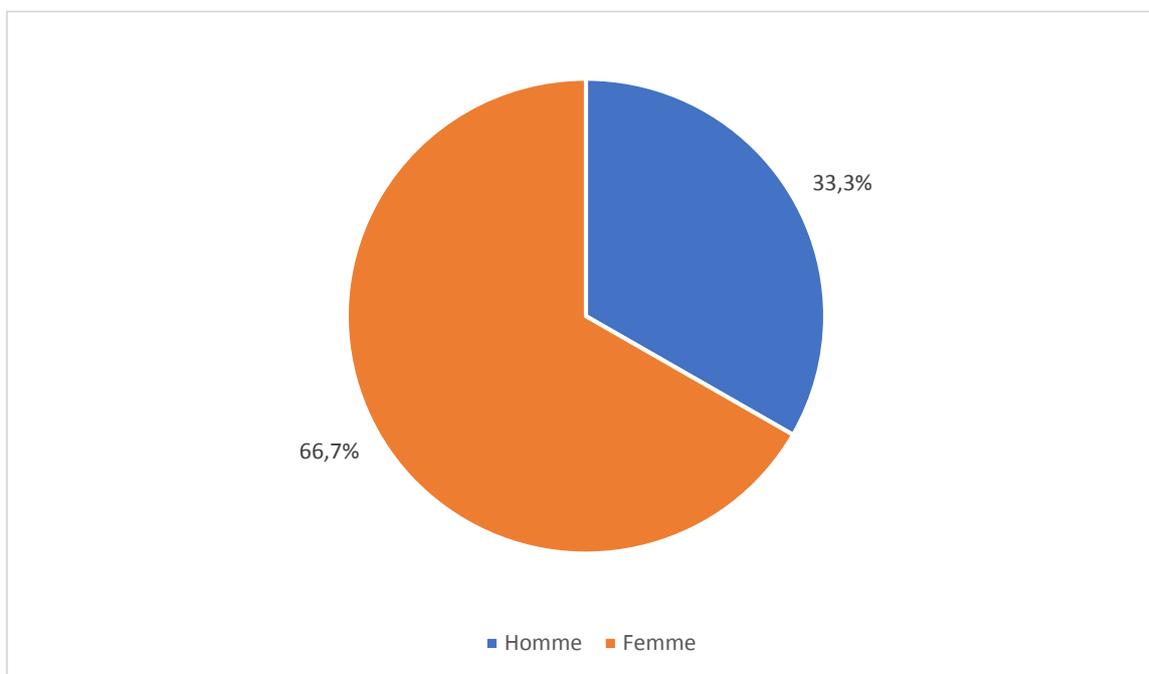


Figure 3 : Répartition des médecins selon l'âge.

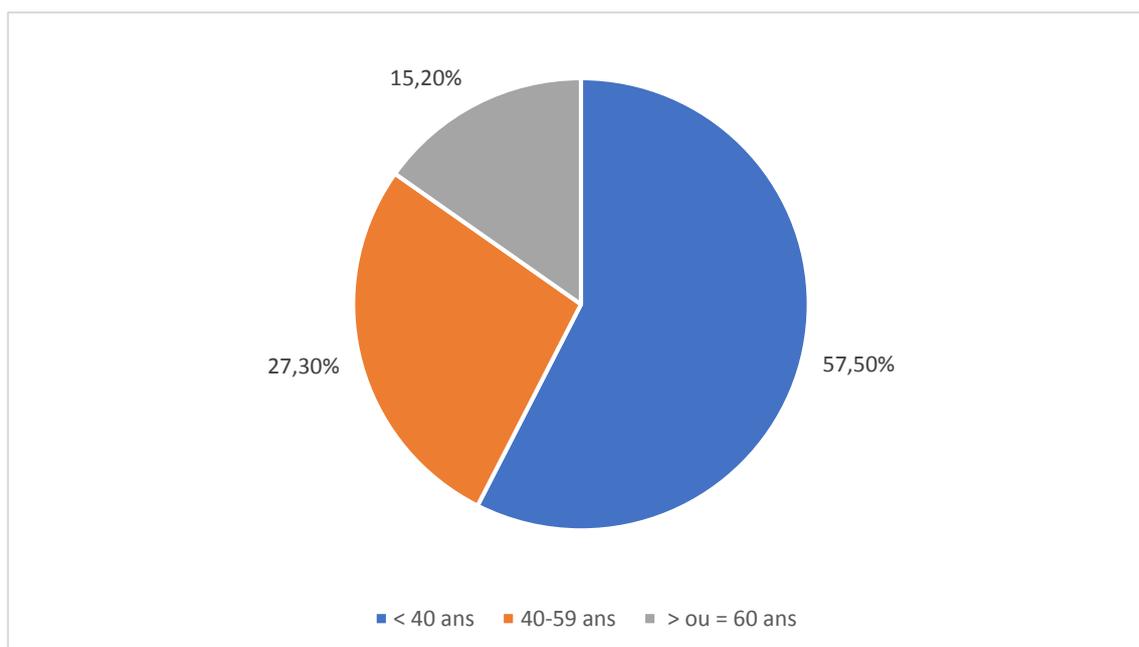
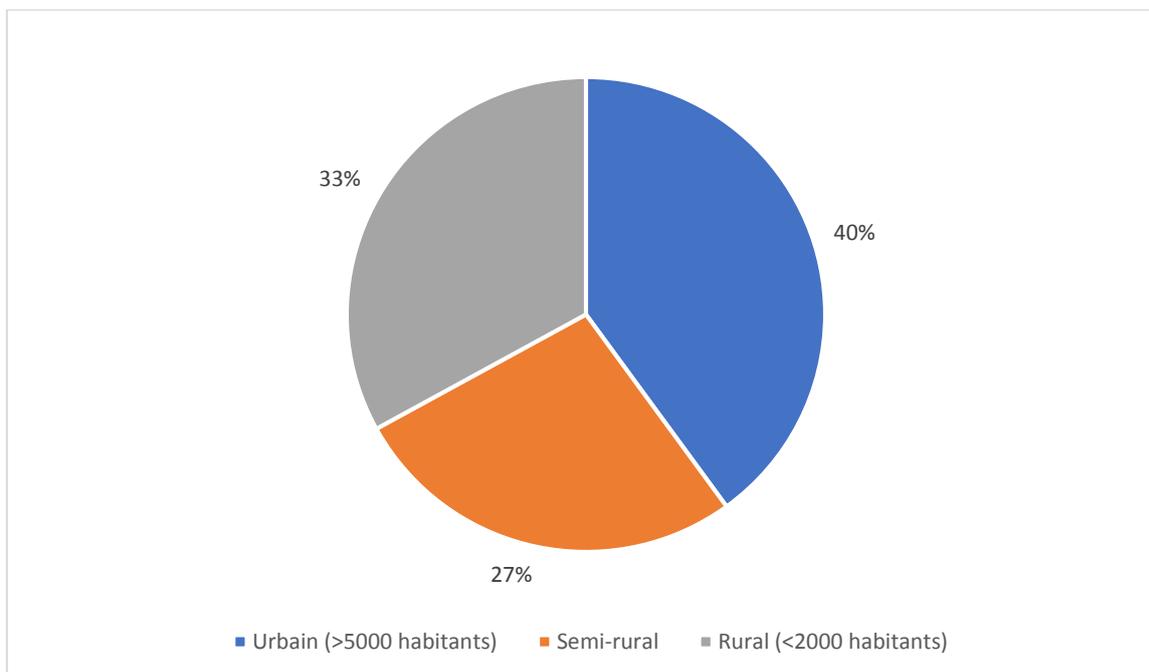


Figure 4 : Répartition des médecins par secteur d'installation.



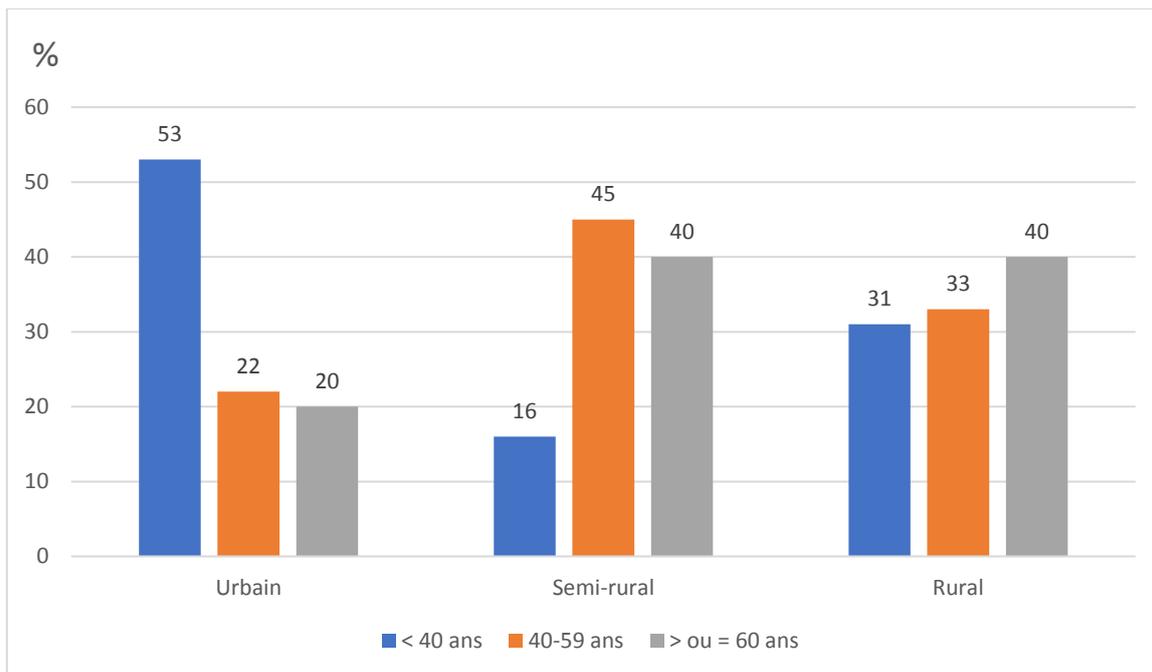
L'âge moyen a pu être calculé car l'année de naissance était demandée dans le questionnaire.

Les médecins femmes sont plus jeunes (âge moyen : 39 ans) que les hommes (âge moyen : 45 ans) et exercent en majorité en milieu urbain (45 %), 32 % en milieu rural et 23 % en milieu semi-rural alors que la répartition est moins tranchée chez les hommes : même pourcentage en milieu rural et semi-rural (36,5 %) et 27 % en milieu urbain.

La figure 5 récapitule les résultats du secteur d'installation en fonction de l'âge des médecins.

Le secteur privilégié des médecins de l'étude est le milieu urbain (40 %) surtout par les plus jeunes : 53 % des moins de 40 ans, 22 % des 40-59 ans et 20 % des plus de 60 ans.

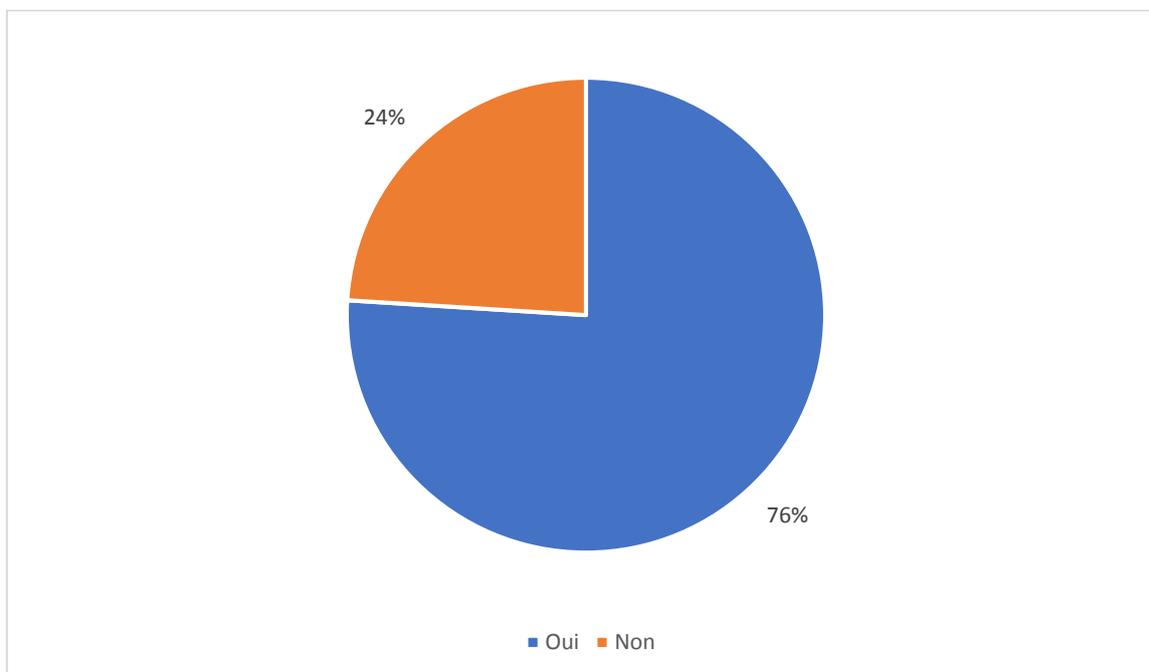
Figure 5 : Récapitulatif du secteur d'installation en fonction de l'âge des médecins.



3.2. Suivi gynécologique des patientes par le médecin généraliste

76 % (26) des médecins de l'étude assurent le suivi gynécologique de leurs patientes (Figure 6).

Figure 6 : « Assurez-vous le suivi gynécologique de vos patientes ? »



La tableau 1 détaille les actes gynécologiques réalisés par les médecins généralistes qui pratiquent le suivi gynécologique de leurs patientes.

Les trois principaux actes gynécologiques effectués par le médecin généraliste sont : la délivrance d'une contraception orale, le frottis et le suivi de grossesse.

Tableau 1 : Actes réalisés par les médecins généralistes pratiquant la gynécologie.

Actes réalisés	Effectif	%
Frottis	24	96
Contraception orale	26	100
Pose d'implant contraceptif	21	84
Pose de DIU	13	52
Suivi de grossesse	23	92
Ménopause	18	78
Autres	7	27

Dans la réponse « Autres », on retrouve : IVG pour quatre médecins, infertilité et IST pour un médecin, allaitement pour un médecin et retrait d'implant contraceptif pour un médecin.

Le tableau 2 donne les résultats concernant le suivi gynécologique en fonction des différentes variables.

Les médecins femmes pratiquent davantage le suivi gynécologique que leurs confrères. Les médecins ayant suivi une formation complémentaire en gynécologie pratiquent tous le suivi gynécologique de leurs patientes.

Les résultats ne diffèrent pas selon l'âge et le secteur d'installation des médecins.

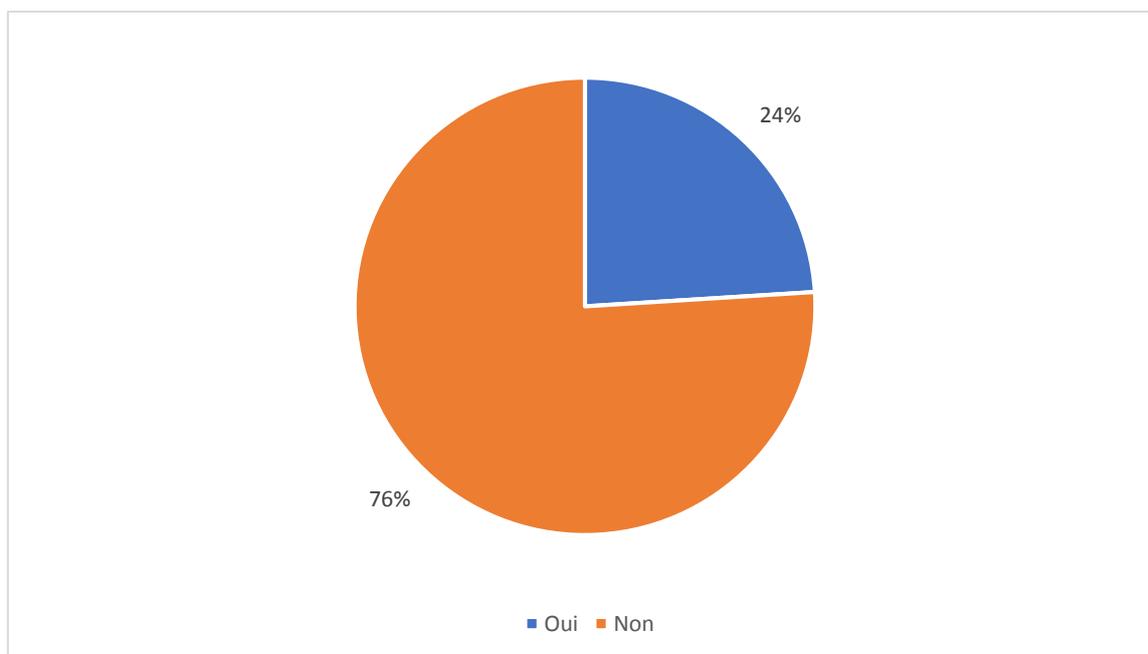
Tableau 2 : Suivi gynécologique en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation et de la formation en gynécologie.

	Suivi gynécologique	Pas de suivi gynécologique
Sexe		
- Femme	20 (91%)	2 (9%)
- Homme	5 (45%)	6 (55%)
Age		
- < 40 ans	14 (74%)	5 (26%)
- 40-59 ans	7 (78%)	2 (22%)
- ≥ 60 ans	4 (80%)	1 (20%)
Secteur d'installation		
- Urbain	9 (69%)	4 (31%)
- Semi-rural	9 (100%)	
- Rural	7 (64%)	4 (36%)
Formation gynécologique		
- Oui	8 (100%)	
- Non	17 (68%)	8 (32%)

3.3. Formation en gynécologique

24 % (8) des médecins de l'étude déclarent avoir suivi une formation complémentaire en gynécologie (diplôme universitaire, formation médicale continue ...) (Figure 7).

Figure 7 : « Avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ? »



Le tableau 3 donne les résultats concernant la formation en gynécologie en fonction des différentes variables.

Parmi les médecins ayant suivi une formation complémentaire en gynécologie, on retrouve majoritairement des médecins femmes et des médecins plus âgés (40 %). Les médecins exerçant en milieu rural ont moins suivi de formation (9 %).

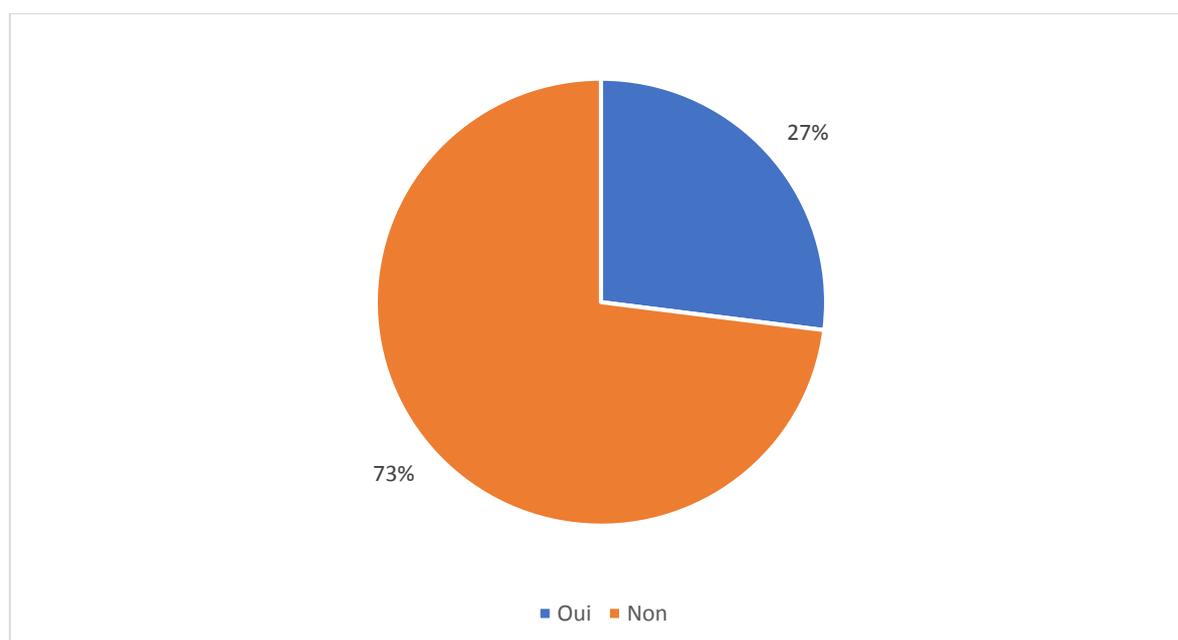
Tableau 3 : Formation en gynécologie selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et le suivi gynécologique.

	Formation en gynécologie	Pas de formation en gynécologie
Sexe		
- Femme	7 (32%)	15 (68%)
- Homme	1 (9%)	10 (91%)
Age		
- < 40 ans	3 (16%)	16 (84%)
- 40-59 ans	3 (33%)	6 (67%)
- ≥ 60 ans	2 (40%)	3 (60%)
Secteur d'installation		
- Urbain	3 (23%)	10 (77%)
- Semi-rural	4 (44%)	5 (56%)
- Rural	1 (9%)	10 (91%)

3.4. Connaissances sur l'infertilité

73 % (24) des médecins considèrent que leurs connaissances sur l'infertilité sont insuffisantes pour l'exercice de la médecine générale (Figure 8).

Figure 8 : « Pensez-vous que vos connaissances sur l'infertilité sont suffisantes pour l'exercice de la médecine générale ? »



Le tableau 4 donne les résultats en fonction des différentes variables.

Les médecins hommes sont plus nombreux que leurs consœurs à considérer que leurs connaissances sont insuffisantes. Les médecins exerçant en milieu rural pensent à presque l'unanimité que leurs connaissances sur l'infertilité sont insuffisantes. Seulement 62 % des médecins ayant suivi une formation complémentaire en gynécologie considèrent leurs connaissances suffisantes.

Il n'y a pas de différence observée en fonction de l'âge des praticiens.

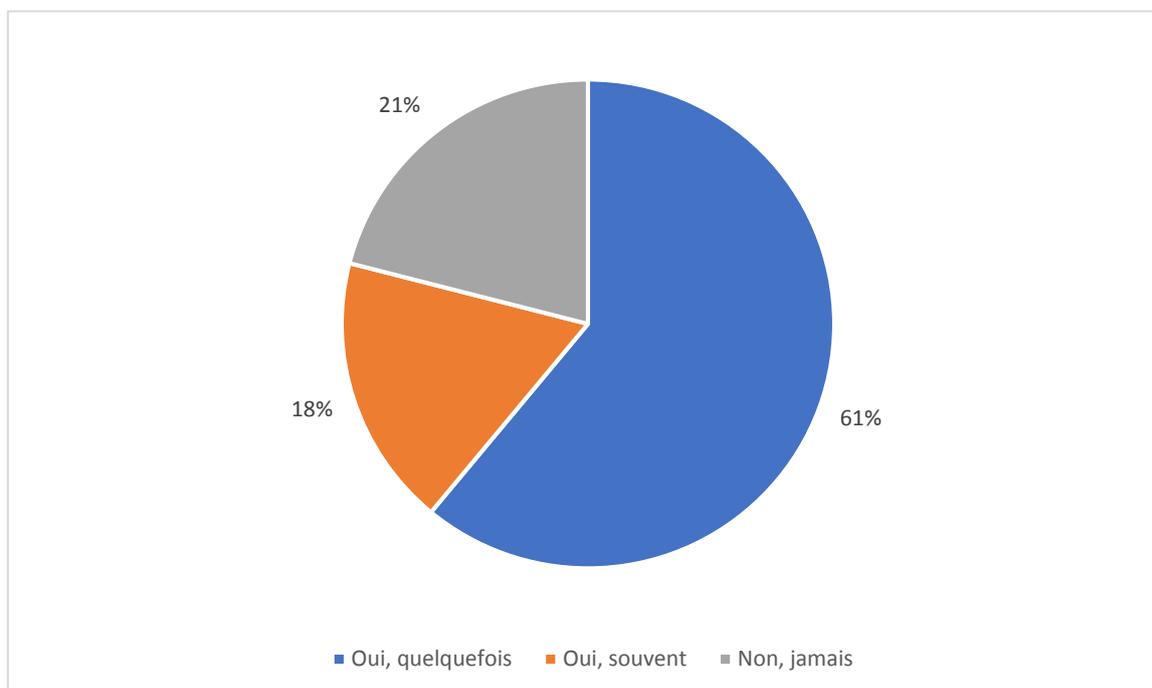
Tableau 4 : « Pensez-vous que vos connaissances sur l'infertilité sont suffisantes pour l'exercice de la médecine générale ? »

	Connaissances insuffisantes	Connaissances suffisantes
Sexe		
- Femme	15 (68%)	7 (32%)
- Homme	9 (82%)	2 (18%)
Age		
- < 40 ans	14 (74%)	5 (26%)
- 40-59 ans	6 (67%)	3 (33%)
- ≥ 60 ans	4 (80%)	1 (20%)
Secteur d'installation		
- Urbain	9 (69%)	4 (31%)
- Semi-rural	5 (56%)	4 (44%)
- Rural	10 (91%)	1 (9%)
Suivi gynécologique		
- Oui	17 (68%)	8 (32%)
- Non	7 (88%)	1 (12%)
Formation en gynécologie		
- Oui	3 (38%)	5 (62%)
- Non	21 (84%)	4 (16%)

3.5. Consultation « Infertilité » en médecine générale

79 % des médecins de l'étude déclarent avoir déjà été confrontés en consultation à un problème d'infertilité. Pour la plupart, ces médecins n'y ont été confrontés que « quelquefois » (Figure 9).

Figure 9 : « Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge du couple infertile ? »



Le tableau 5 donne les résultats en fonction des différentes variables.

Les médecins exerçant en zone rurale sont moins sollicités par ces couples. A l'inverse les médecins plus âgés ont déjà fait face, au moins une fois, à cette problématique. Les médecins ayant suivi une formation complémentaire ont tous au moins une fois, été confrontés à un couple avec des difficultés à concevoir.

Nous n'observons pas de différence en fonction du sexe et de la pratique ou non du suivi gynécologique.

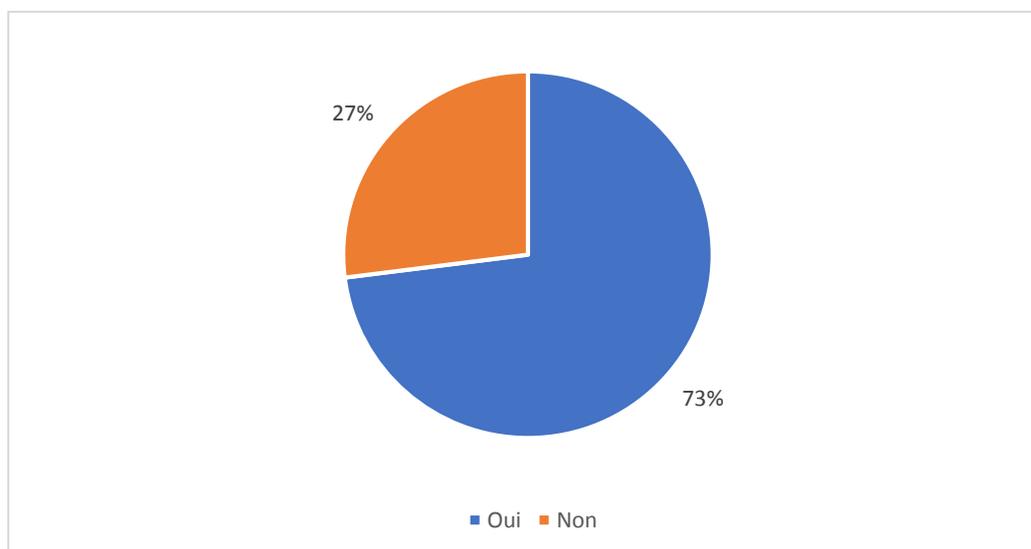
Tableau 5 : « Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge du couple infertile ? »

	Oui, quelquefois	Oui, souvent	Non, jamais
Sexe			
- Femme	12 (55%)	6 (27%)	4 (18%)
- Homme	8 (73%)		3 (27%)
Age			
- < 40 ans	11 (58%)	4 (21%)	4 (21%)
- 40-59 ans	5 (56%)	1 (11%)	3 (33%)
- ≥ 60 ans	4 (80%)	1 (20%)	
Secteur d'installation			
- Urbain	9 (69%)	3 (23%)	1 (8%)
- Semi-rural	7 (78%)	1 (11%)	1 (11%)
- Rural	4 (36%)	2 (18%)	5 (46%)
Suivi gynécologique			
- Oui	15 (60%)	5 (20%)	5 (20%)
- Non	5 (62%)	1 (13%)	2 (25%)
Formation en gynécologie			
- Oui	4 (50%)	4 (50%)	
- Non	16 (64%)	2 (8%)	7 (28%)

3.6. Question du désir de grossesse

73 % des médecins de l'étude abordent la question du désir de grossesse avec leurs patientes (Figure 10).

Figure 10 : « Abordez-vous la question du désir de grossesse avec vos patientes ? »



Les médecins femmes, assurant davantage le suivi gynécologique de leurs patientes et ayant une formation en gynécologie abordent majoritairement cette question avec leurs patientes. Tous les médecins ayant une formation en gynécologie déclarent tous aborder la question du désir de grossesse avec leurs patientes. Il y a peu de différence en fonction de l'âge et du secteur d'installation (Tableau 6).

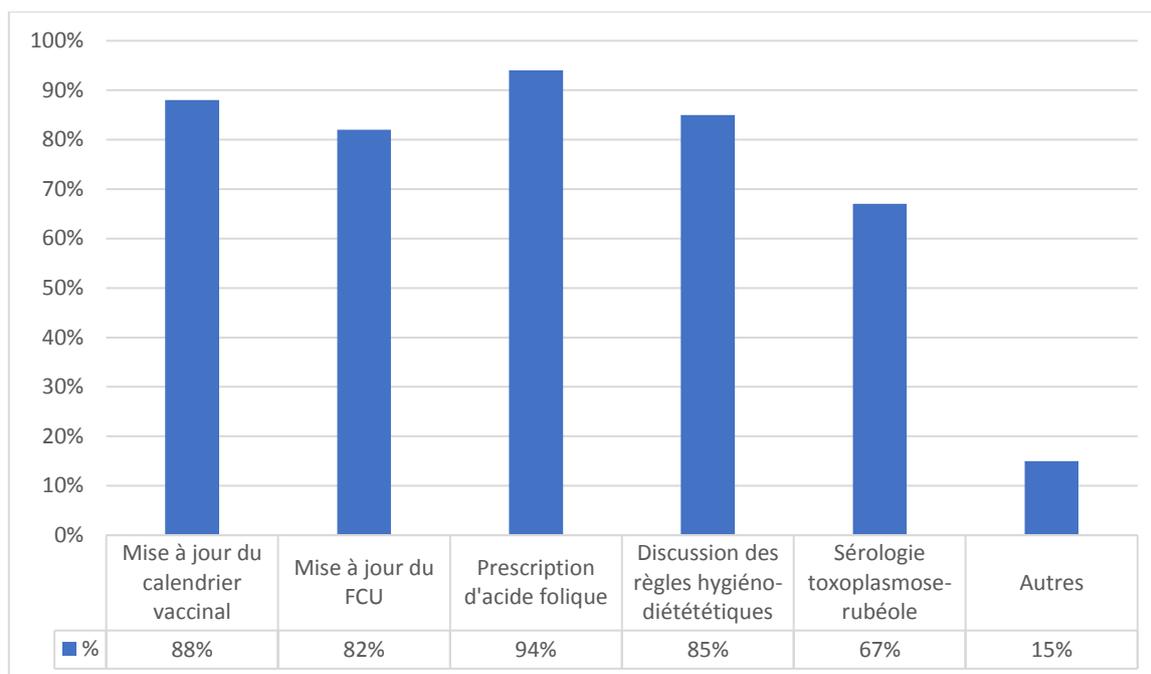
Tableau 6 : « Abordez-vous la question du désir de grossesse avec vos patientes ? »

	Oui	Non
Sexe		
- Femme	21 (95%)	1 (5%)
- Homme	3 (27%)	8 (73%)
Age		
- < 40 ans	15 (79%)	4 (21%)
- 40-59 ans	6 (67%)	3 (33%)
- ≥ 60 ans	3 (60%)	2 (40%)
Secteur d'installation		
- Urbain	11 (85%)	2 (15%)
- Semi-rural	6 (67%)	3 (33%)
- Rural	7 (64%)	4 (36%)
Suivi gynécologique		
- Oui	21 (84%)	4 (16%)
- Non	3 (37%)	5 (63%)
Formation en gynécologie		
- Oui	8 (100%)	
- Non	16 (64%)	9 (36%)

3.7. Pratique devant un projet de grossesse

La figure 11 récapitule les pratiques des médecins devant un projet de grossesse à plus ou moins long terme.

Figure 11 : « Si grossesse envisagée à plus ou moyen terme, que faites-vous ? »



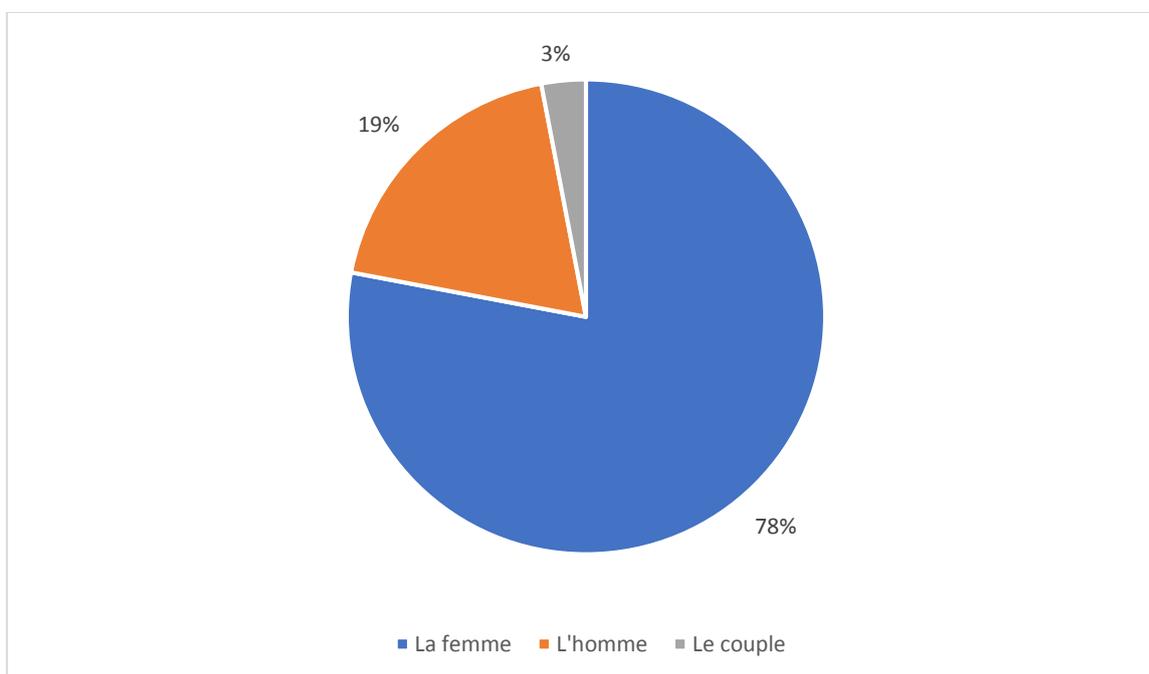
Dans la catégorie « autres », il a été précisé : sérologie varicelle, bilan IST, Vitamine D, antécédents familiaux et groupe sanguin, interrogatoire par rapport à l'histoire gynéco-obstétricale.

3.8. Première consultation d'infertilité

Lors de la première consultation, ce sont les femmes qui se présentent le plus souvent seules (78 %).

La figure 12 donne les résultats détaillés de qui consulte pour la première fois dans un contexte d'infertilité.

Figure 12 : « Qui se présente le plus souvent dans le cadre d'une première demande ? »



3.9. Démarche diagnostique clinique devant un couple infertile

Tableau 7 : « Vous interrogez et examinez la femme ? l'homme ? le couple ? »

Interrogatoire et examen clinique	Effectif	%
Seulement, la femme	12	36%
Seulement, l'homme	1	3%
Le couple	17	52%
Femme, homme, couple	3	9%

Si l'on additionne, « femme », « homme » et « couple », on obtient les résultats suivants :

- 45 % des médecins interrogent et examinent « la femme » ;
- 12 % des médecins interrogent et examinent « l'homme » ;
- 61 % des médecins interrogent et examinent « le couple ».

Le tableau 8 détaille les résultats en fonction des différentes variables.

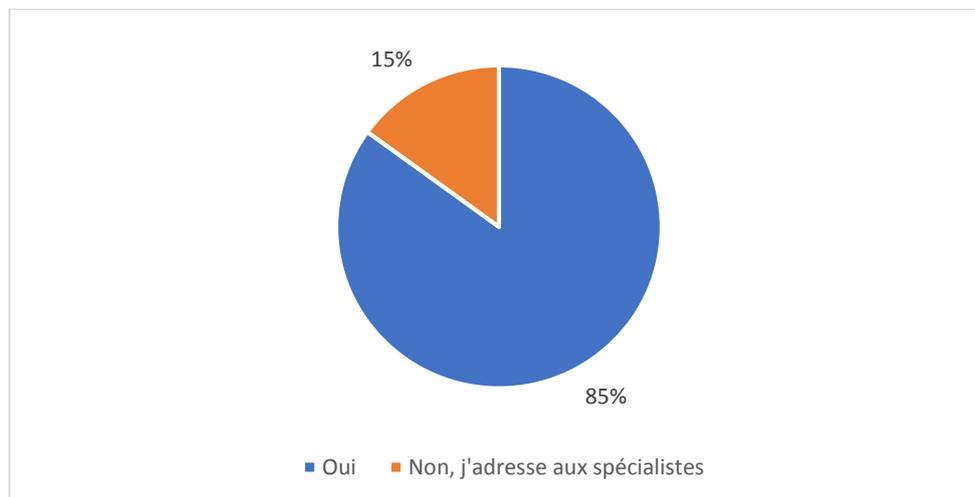
Tableau 8 : « Vous interrogez et examinez la femme ? l'homme ? le couple ? » en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation, le suivi gynécologique et la formation en gynécologique.

	Femme	Homme	Couple	Femme, homme, couple
Sexe				
- Femme	8 (36%)		11 (50%)	3 (14%)
- Homme	4 (36%)	1 (9%)	6 (55%)	
Age				
- < 40 ans	6 (32%)		12 (63%)	1 (5%)
- 40-59 ans	5 (56%)		2 (22%)	2 (22%)
- ≥ 60 ans	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)	
Secteur d'installation				
- Urbain	5 (38%)		7 (54%)	1 (8%)
- Semi-rural	3 (33%)		5 (56%)	1 (11%)
- Rural	4 (36%)	1 (9%)	5 (46%)	1 (9%)
Suivi gynécologique				
- Oui	9 (36%)		13 (52%)	3 (12%)
- Non	3 (37%)	1 (13%)	4 (50%)	
Formation en gynécologie				
- Oui	4 (50%)		2 (25%)	2 (25%)
- Non	8 (32%)	1 (4%)	15 (60%)	1 (4%)

3.10. Prescription des examens complémentaires

85 % des médecins de l'étude déclarent prescrire des examens complémentaires, les autres médecins préfèrent adresser directement les couples aux spécialistes (Figure 13).

Figure 13 : « Prescrivez-vous des examens complémentaires ? »



Les résultats ne sont pas influencés par le secteur d'installation et l'âge des praticiens. En revanche, on constate que les médecins, femmes (93 %) et qui assurent le suivi gynécologique de leurs patientes (92 %) prescrivent plus d'examens complémentaires.

Le tableau 9 donne les résultats en fonction des différentes variables.

Tableau 9 : Prescription des examens complémentaires en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation, du suivi gynécologique et d'une formation en gynécologie.

	Oui, je prescris	Non, j'adresse aux spécialistes
Sexe		
- Femme	20 (93%)	2 (7%)
- Homme	8 (73%)	3 (27%)
Age		
- < 40 ans	16 (84%)	3 (16%)
- 40-59 ans	8 (89%)	1 (11%)
- ≥ 60 ans	4 (80%)	1 (20%)
Secteur d'installation		
- Urbain	12 (92%)	1 (8%)
- Semi-rural	9 (100%)	
- Rural	7 (66%)	4 (36%)
Suivi gynécologique		
- Oui	23 (92%)	2 (8%)
- Non	5 (63%)	3 (37%)
Formation en gynécologie		
- Oui	8 (100%)	
- Non	20 (80%)	5 (20%)

3.10.1. Analyse du bilan prescrit

Le bilan prescrit par les médecins de l'étude concernant les deux membres du couple.

Examens chez la femme

Le bilan complémentaire prescrit par les médecins généralistes concernant la femme est détaillé dans le tableau 10.

Tableau 10 : Examens complémentaires prescrits chez la femme.

Examens complémentaires	Effectif	%
NFS	19	68
Glycémie à jeun	18	64
TSH	21	75
Sérologie toxoplasmose	16	57
Sérologie VIH	15	54
TPHA-VDRL	13	46
Sérologie rubéole	18	64
Ag HBs	14	50
Sérologie VHC	14	50
FSH/LH	20	71
Prolactine	19	68
Progestérone	14	50
Oestradiol	20	71
AMH	5	18
FCU	6	21
ECBV	9	32
Courbe de température	9	32
Echographie pelvienne	25	89
Hystérosalpingographie	1	4

Aucun médecin n'a coché la case « Autres ».

Examens chez l'homme

Le bilan complémentaire prescrit par les médecins généralistes concernant l'homme est détaillé dans le tableau 11.

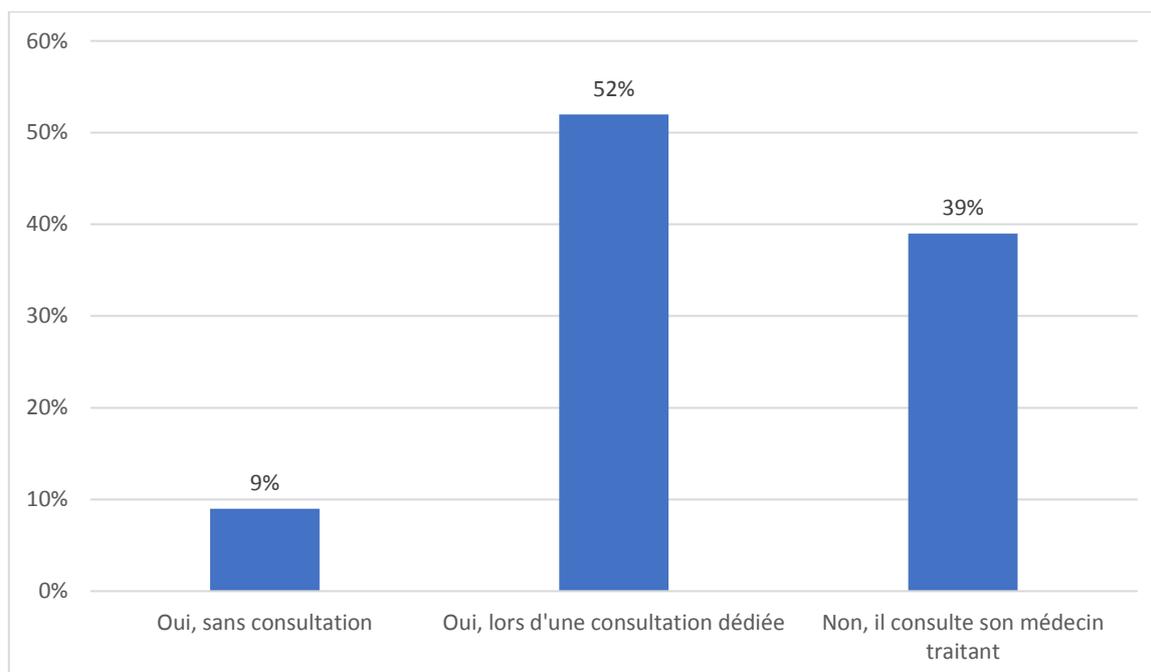
Tableau 11 : Examens complémentaires prescrits chez l'homme.

Examens complémentaires	Effectif	%
NFS	14	50
Testostérone	13	46
FSH/LH	5	18
AMH	1	3
Spermogramme/spermocytogramme	25	90
Test post-coïtal	5	18
TPHA-VDRL	12	43
Ag HBs	12	43
Sérologie VHC	13	46
Sérologie VIH	13	46
Echographie testiculaire	7	25
Autres	2	7

Dans la catégorie « Autres », il a été précisé : vaccins et test de migration-survie.

Les deux membres du couple n'ont pas toujours le même médecin traitant. Si ce n'est pas le cas, il prescrit dans la moitié des cas un bilan au conjoint lors d'une consultation dédiée au suivi du couple. La figure 14 détaille ces résultats.

Figure 14 : « Si vous n'êtes pas le médecin traitant du conjoint, prescrivez-vous son bilan ? »

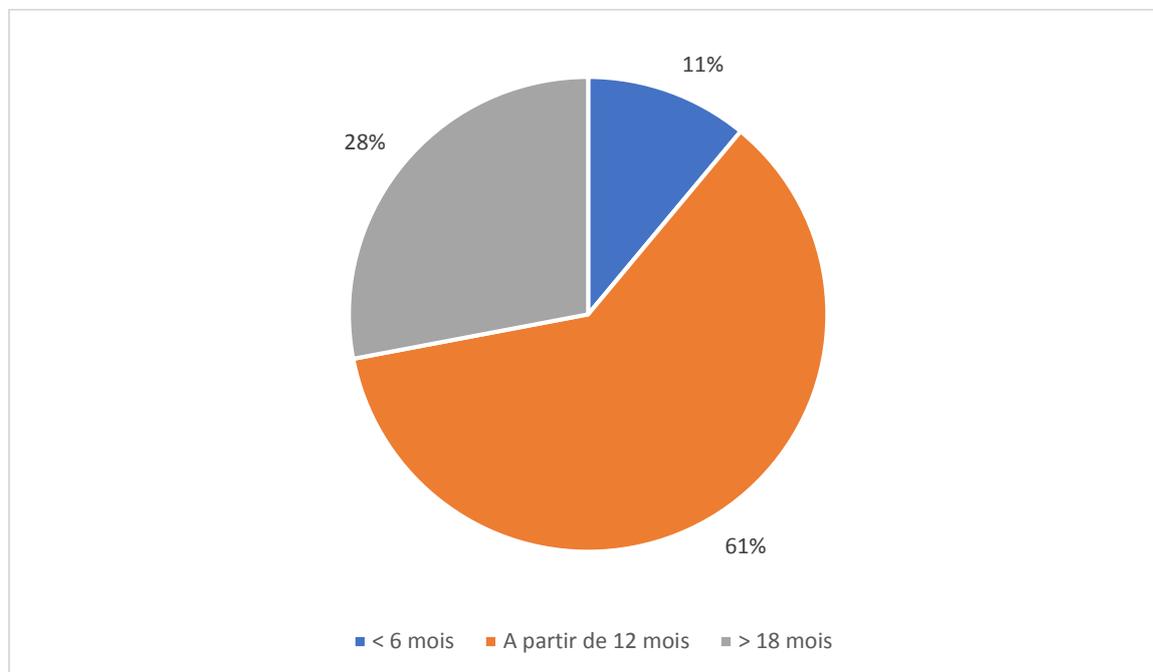


3.10.2. Délai de prescription des examens complémentaires

61 % des médecins prescripteurs le font à partir de 12 mois.

La figure 15 détaille ces résultats.

Figure 15 : Délai de prescription des examens complémentaires.



Les médecins plus âgés (≥ 60 ans) patientent plus longtemps que leurs confrères plus jeunes avant de prescrire un bilan (75 %). Les médecins hommes (25 %) prescrivent davantage avant 6 mois que leurs consœurs (5 %), tout comme les praticiens exerçant en milieu urbain.

Parmi les médecins qui prescrivent des examens à partir de 12 mois d'infertilité, il n'y a pas de différence selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et la formation ou non en gynécologie. En revanche, les médecins qui suivent leurs patientes sur le plan gynécologique, attendent de manière préférentielle ce délai pour programmer un bilan.

Le tableau 12 détaille les résultats en fonction des différentes variables.

Tableau 12 : Délai de prescription en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'installation, du suivi gynécologique et d'une formation gynécologique.

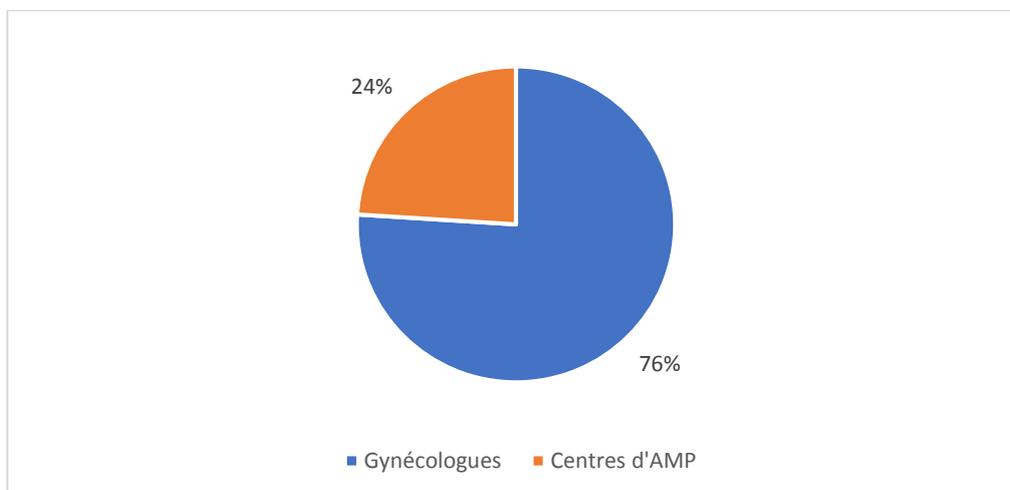
	< 6 mois	12 mois	> 18 mois
Sexe			
- Femme	1 (5%)	13 (65%)	6 (30%)
- Homme	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)
Age			
- < 40 ans	1 (6%)	11 (69%)	4 (25%)
- 40-59 ans	1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)
- ≥ 60 ans	1 (25%)		3 (75%)
Secteur d'installation			
- Urbain	3 (25%)	8 (67%)	1 (8%)
- Semi-rural		5 (56%)	4 (44%)
- Rural		4 (57%)	3 (43%)
Suivi gynécologique			
- Oui	1 (5%)	15 (65%)	7 (30%)
- Non	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)
Formation en gynécologie			
- Oui		4 (50%)	4 (50%)
- Non	3 (15%)	13 (65%)	4 (20%)

3.11. Coordination avec les spécialistes

3.11.1. Qui sont les spécialistes vers qui les couples sont adressés ?

Les médecins de l'étude adressent majoritairement leurs patients vers les gynécologues (76 %) et les centres d'AMP (24 %) (Figure 16).

Figure 16 : Spécialistes vers lesquels sont adressés les couples par les médecins généralistes.



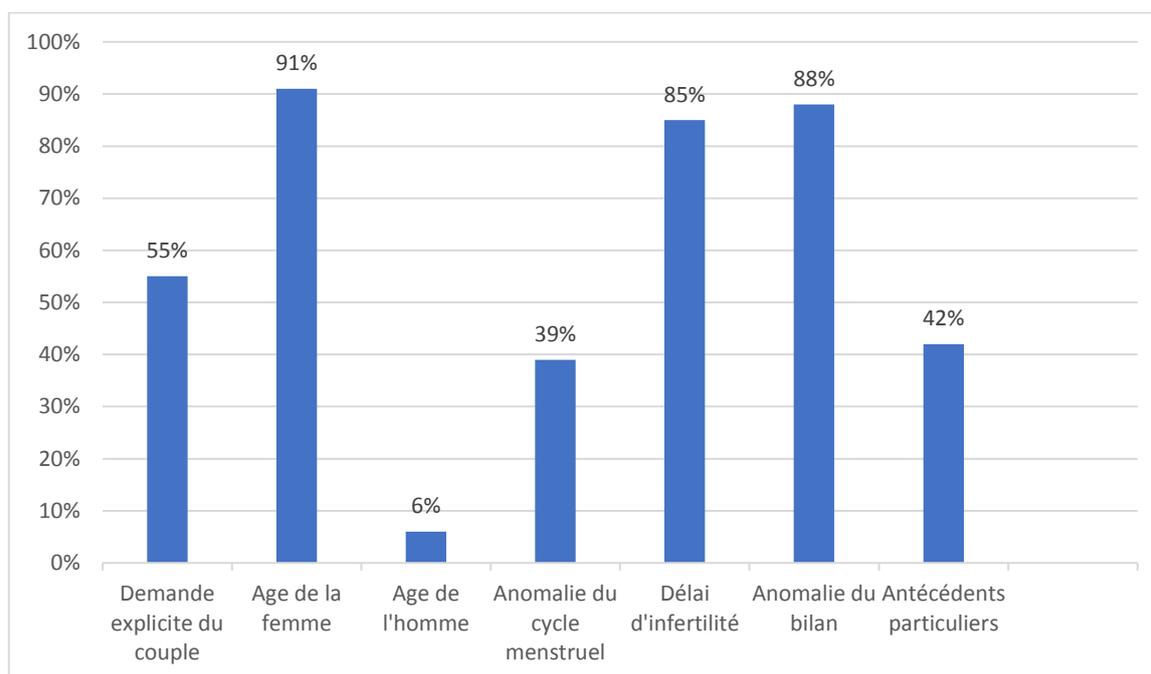
Les autres réponses proposées étaient : endocrinologue, urologue et autres.

3.11.2. Critères faisant adresser plus rapidement les patients aux spécialistes

Les trois principaux critères qui font adresser les couples aux spécialistes sont (Figure 17) :

- L'âge de la femme pour 91 % des médecins ;
- Une anomalie au bilan (88 %) ;
- Le délai d'infertilité (85 %).

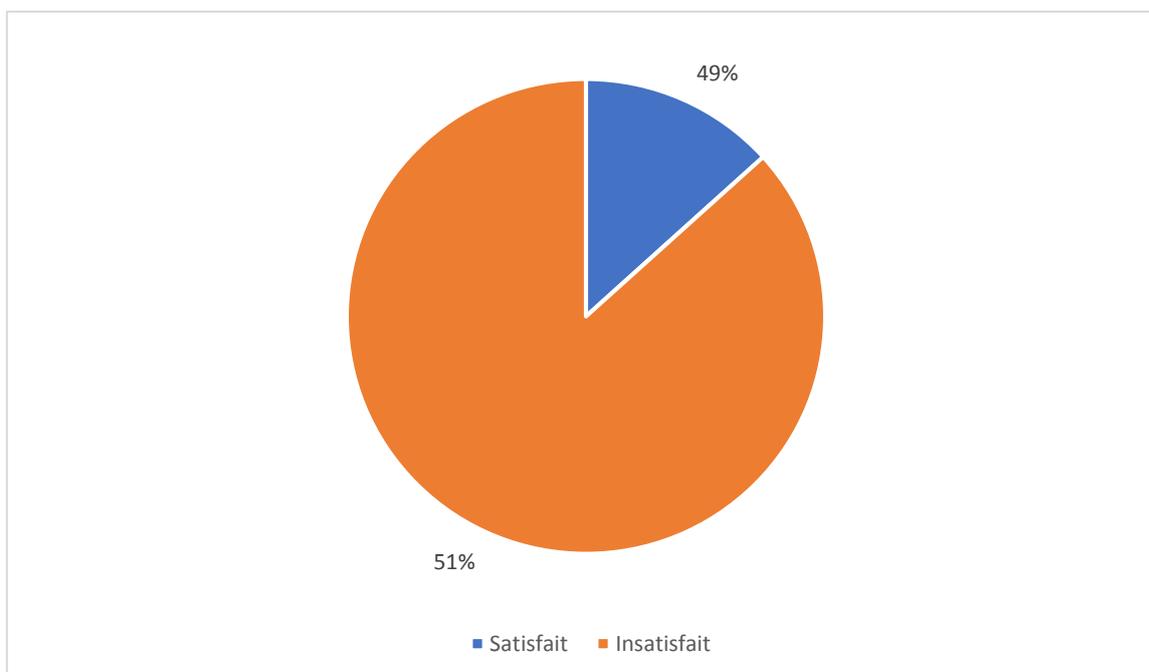
Figure 17 : Facteurs faisant adresser le couple plus rapidement aux spécialistes.



3.11.3. Communication avec les spécialistes

Les médecins de l'étude sont très partagés, 51 % d'entre eux ne sont pas satisfaits (Figure 18).

Figure 18 : Communication avec les spécialistes.



La justification qui revient pour la quasi-totalité des médecins insatisfaits est l'absence de compte-rendu de consultation de la part des spécialistes.

Le tableau 13 donne les résultats en fonction des différentes variables.

Les médecins plus âgés (≥ 60 ans) sont moins satisfaits (80 %) que leurs confrères plus jeunes : 42 % pour les moins de 40 ans et 56 % pour les 40-59 ans. Les médecins exerçant en milieu rural (64 %) et assurant le suivi gynécologique (56 %) sont moins satisfaits de la communication avec les spécialistes que leurs autres confrères (Tableau 13).

Il n'y a pas de différence selon le sexe et la formation ou non en gynécologie.

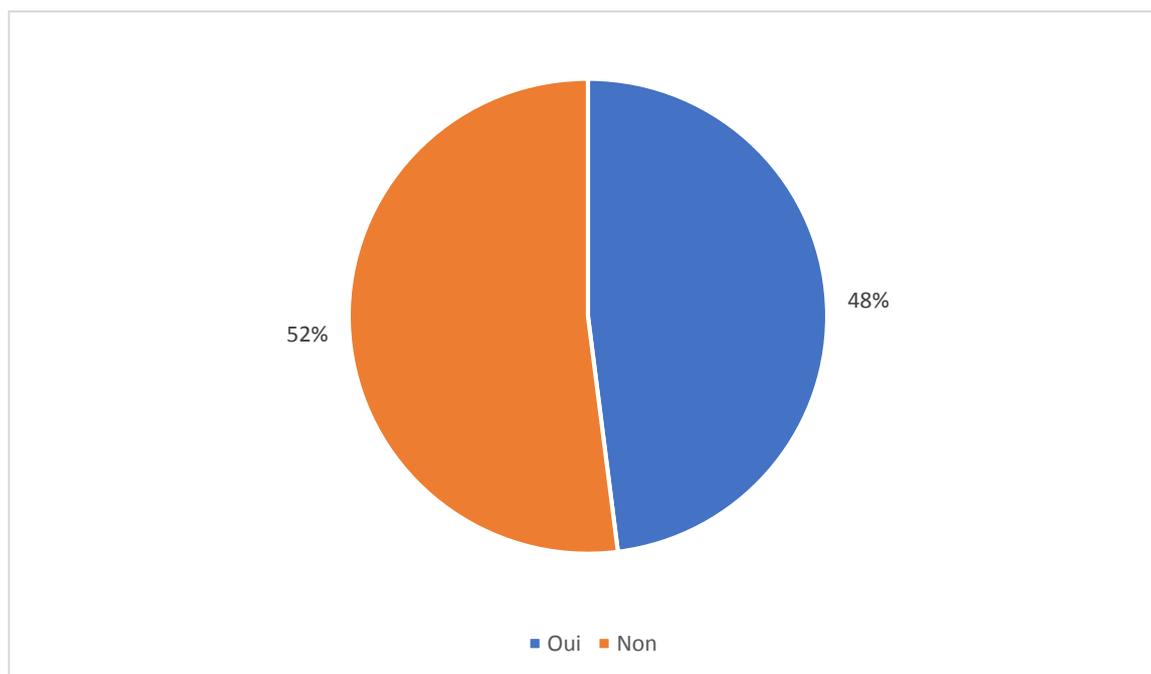
Tableau 13 : « Etes-vous satisfait de la communication avec les différents spécialistes ? »

	NON	OUI
Sexe		
- Femme	11 (50%)	11 (50%)
- Homme	6 (55%)	5 (45%)
Age		
- < 40 ans	8 (42%)	11 (58%)
- 40-59 ans	5 (56%)	4 (44%)
- ≥ 60 ans	4 (80%)	1 (20%)
Secteur d'installation		
- Urbain	6 (46%)	7 (54%)
- Semi-rural	4 (44%)	5 (56%)
- Rural	7 (64%)	4 (36%)
Suivi gynécologique		
- Oui	14 (56%)	11 (44%)
- Non	3 (88%)	5 (62%)
Formation en gynécologie		
- Oui	4 (50%)	4 (50%)
- Non	13 (52%)	12 (48%)

3.11.4. Suivi de grossesse issue d'AMP

Encore une fois, les médecins de l'étude sont partagés, 52 % déclarent ne pas suivre les grossesses issues de techniques d'AMP (Figure 19).

Figure 19 : Suivi de grossesse issue d'AMP.



Le tableau 14 détaille les résultats en fonction des différentes variables.

Les médecins femmes (59 %), les médecins assurant le suivi gynécologique de leurs patientes (56 %), exerçant en milieu semi-rural (78 %) et les médecins ayant suivi une formation en gynécologie (88 %) déclarent suivre davantage les grossesses issues d'un protocole d'AMP (Tableau 14).

On n'observe pas de différence en fonction de l'âge des médecins.

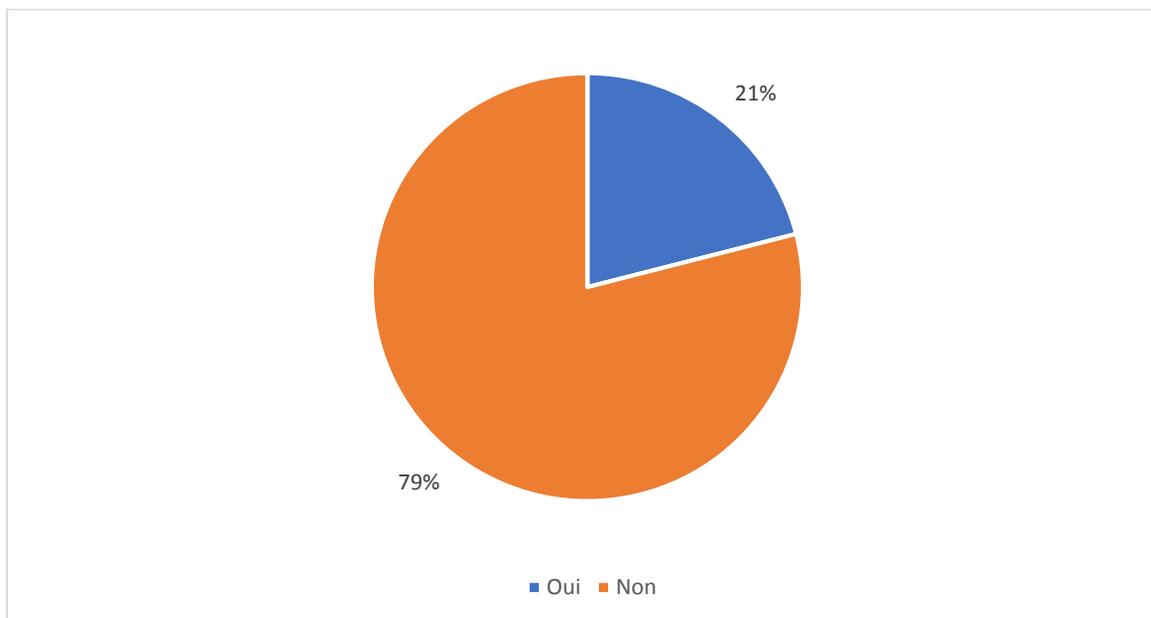
Tableau 14 : « Assurez-vous le suivi de grossesse issue d'un protocole d'AMP ? »

	NON	OUI
Sexe		
- Femme	9 (41%)	12 (59%)
- Homme	8 (73%)	3 (37%)
Age		
- < 40 ans	10 (53%)	9 (47%)
- 40-59 ans	5 (56%)	4 (44%)
- ≥ 60 ans	2 (40%)	3 (60%)
Secteur d'installation		
- Urbain	8 (62%)	5 (38%)
- Semi-rural	2 (22%)	7 (78%)
- Rural	7 (64%)	4 (36%)
Suivi gynécologique		
- Oui	11 (44%)	14 (56%)
- Non	7 (88%)	1 (12%)
Formation en gynécologie		
- Oui	1 (12%)	7 (88%)
- Non	16 (64%)	9 (36%)

3.12. Protocole de soins pour infertilité

79 % des médecins ont déclaré n'avoir jamais rempli un protocole de soins dans le cadre d'une infertilité afin de bénéficier d'une prise en charge à 100 % (Figure 20).

Figure 20 : Rédaction d'un protocole de soins.



Les médecins âgés de 60 ans et plus sont plus nombreux à réponse positivement. Aucune différence n'a été constatée en fonction des autres variables (Tableau 15).

Tableau 15 : « Avez-vous déjà rédigé un protocole de soins ALD pour infertilité ? »

	NON	OUI
Sexe		
- Femme	17 (77%)	5 (23%)
- Homme	9 (82%)	2 (18%)
Age		
- < 40 ans	17 (89%)	2 (11%)
- 40-59 ans	7 (78%)	2 (22%)
- ≥ 60 ans	2 (40%)	3 (60%)
Secteur d'installation		
- Urbain	9 (69%)	4 (31%)
- Semi-rural	9 (100%)	
- Rural	8 (73%)	3 (27%)
Suivi gynécologique		
- Oui	20 (80%)	5 (20%)
- Non	6 (67%)	2 (33%)
Formation en gynécologie		
- Oui	5 (63%)	3 (37%)
- Non	21 (84%)	4 (16%)

3.13. Conseils et accompagnement

3.13.1. Conseils donnés en pré-conceptionnel

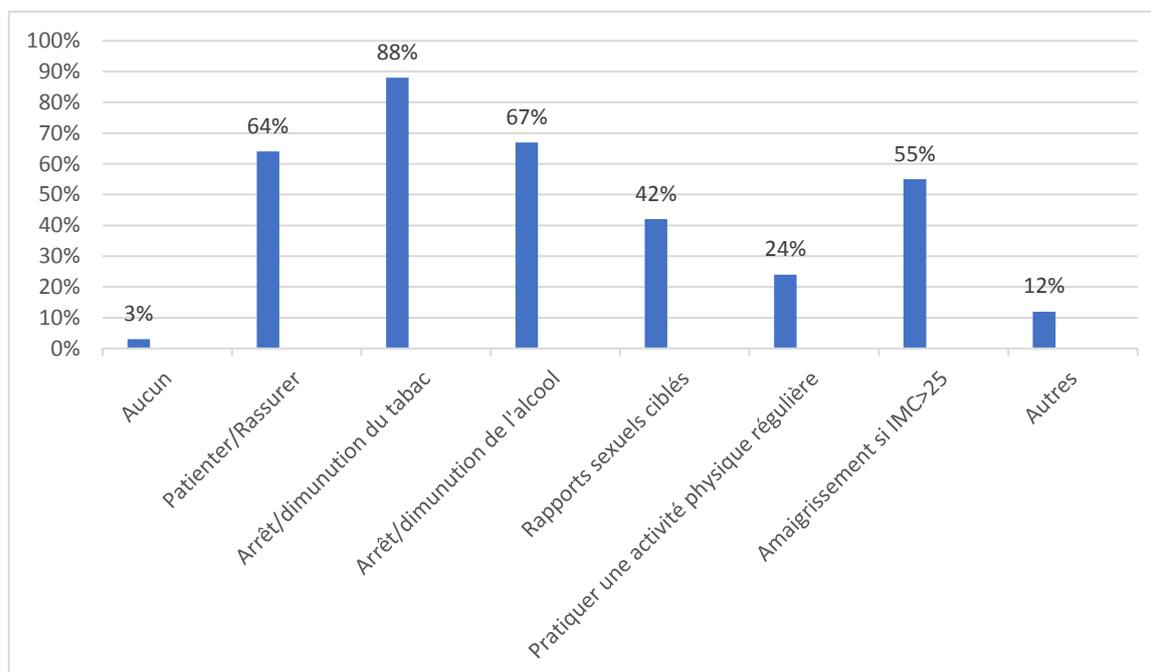
97 % des médecins interrogés déclarent donner des conseils aux couples qui ont un désir de grossesse.

Les trois conseils les plus fréquents sont (figure 21) :

- L'arrêt ou la diminution du tabac (88 %) ;
- L'arrêt ou la diminution de l'alcool (67 %) ;
- Faire patienter et réassurance (64 %).

Dans la catégorie « Autres » (4 médecins), il a été précisé : « avoir des rapports sexuels fréquents sans se focaliser sur le problème », « envisager une consultation spécialisée ce qui permet au couple d'être plus patient et les rassure sur le fait que leur demande soit entendue », « conseils en fonction des facteurs de risque, du délai d'infertilité » et « discuter et revoir le problème lorsqu'il devient envahissant ».

Figure 21 : « Quels conseils donnez-vous aux patientes ayant un désir de grossesse ? »



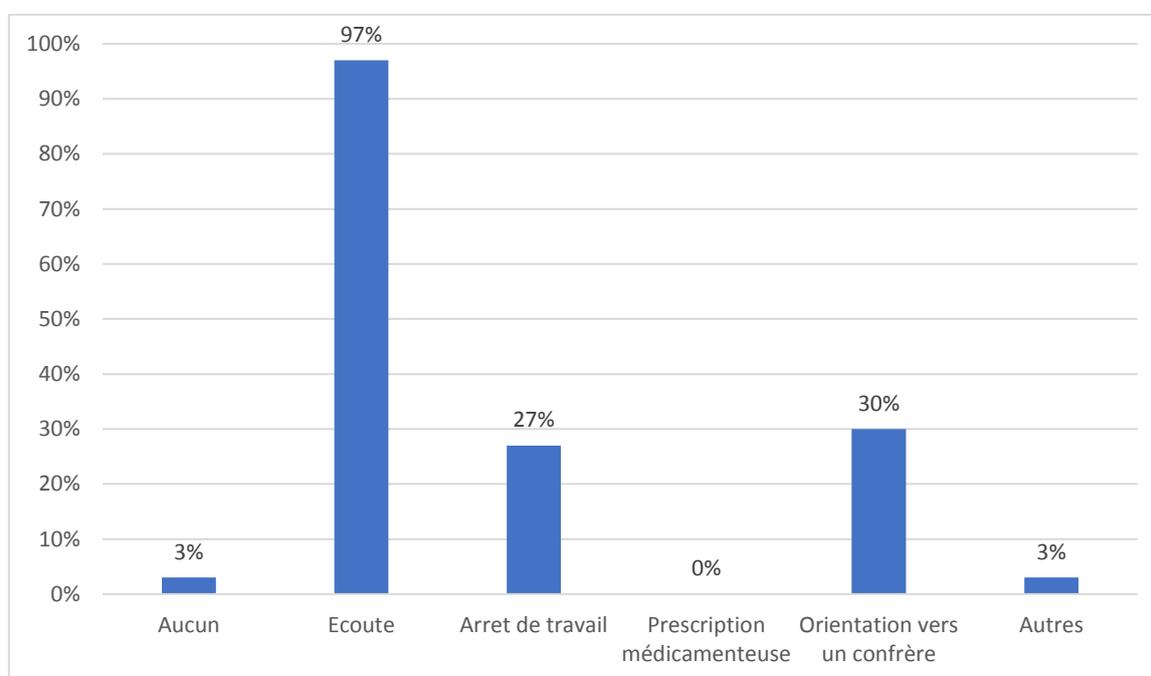
3.13.2. Accompagnement

97 % des médecins accompagnent leurs patients en difficulté.

Le principal accompagnement proposé par le médecin généraliste est l'écoute (97 %). Les autres moyens d'accompagnement (arrêt de travail, prescription médicamenteuse...) sont très largement moins utilisés. A noter, qu'aucun médecin ne propose une prescription médicamenteuse (antidépresseur, anxiolytiques...) (figure 22).

Dans la catégorie « Autres », un médecin a précisé : sophrologie/hypnose

Figure 22 : « Quels accompagnements ou aides proposez-vous aux couples en difficulté dans ce parcours ? »



3.14. Opinion des médecins de l'étude

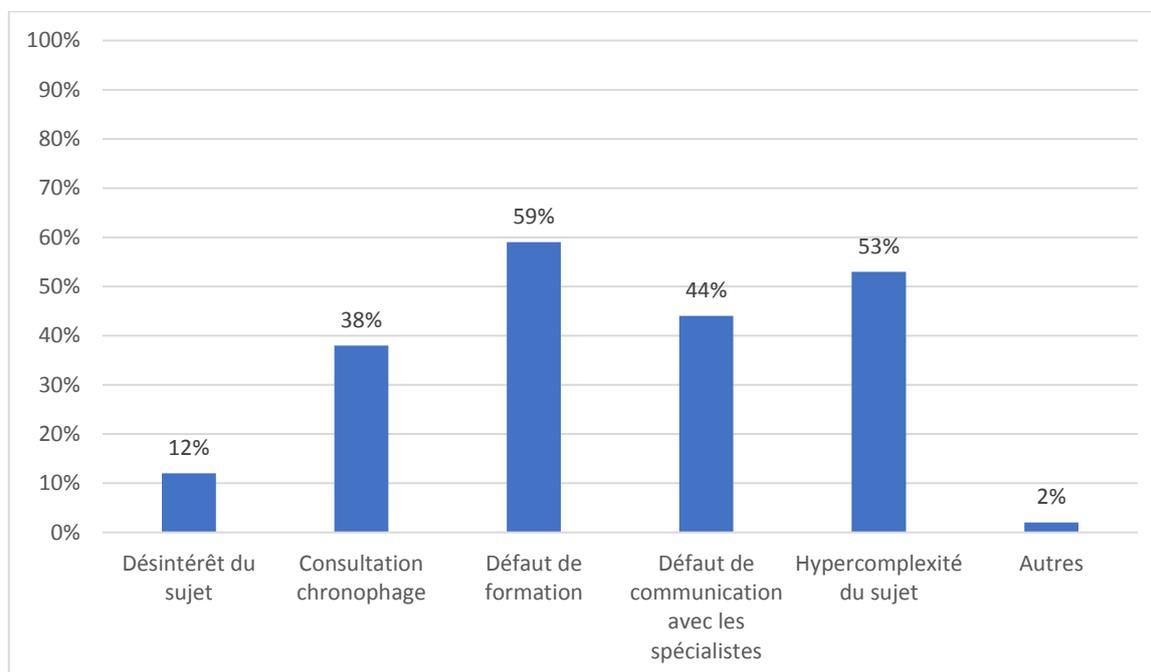
3.14.1. Difficultés rencontrées en médecine générale

D'après les médecins de l'étude, les trois principales difficultés rencontrées en ville dans la prise en charge de l'infertilité sont (figure 23) :

- Le défaut de formation (59 %),
- L'hypercomplexité du sujet (53 %),
- Le manque de communication avec les spécialistes (44 %).

Dans la catégorie « Autres », un médecin précise « qu'il y a un manque d'information des patients sur le fait qu'ils peuvent consulter leur médecin traitant pour cette problématique. »

Figure 23 : « Quels sont pour vous les deux principaux freins auxquels sont confrontés les médecins généralistes ? »



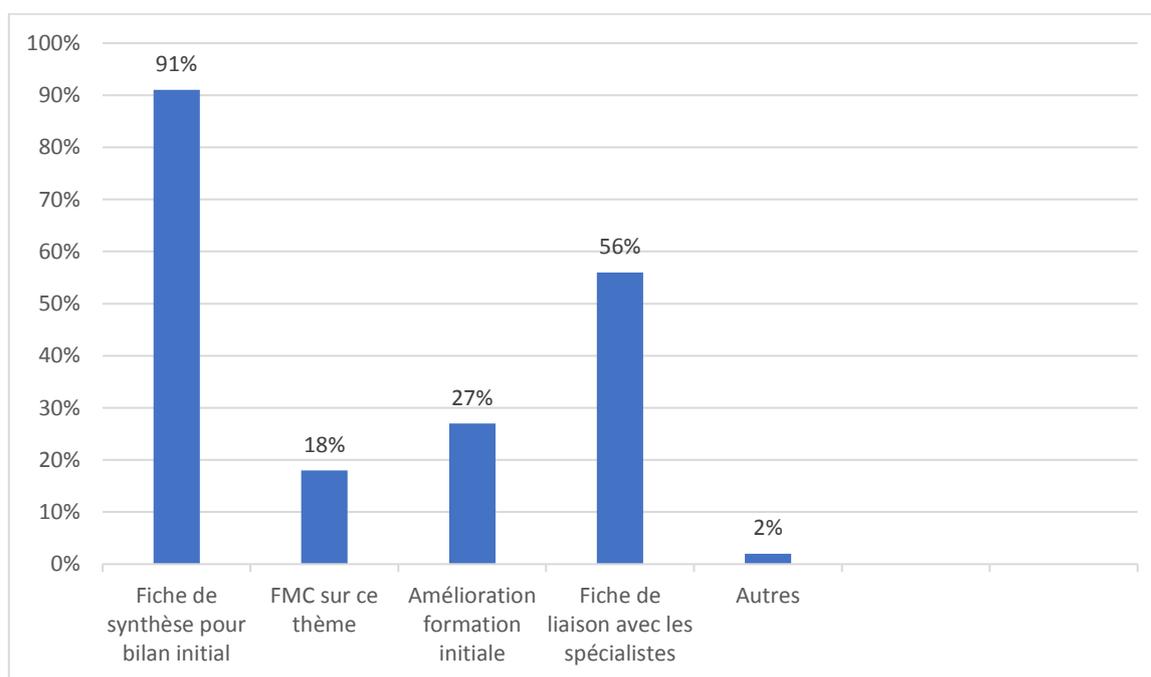
3.14.2. Propositions afin d'améliorer la prise en charge des couples infertiles en médecine générale

Parmi les réponses proposées pour améliorer la prise en charge de l'infertilité en soins primaires (figure 24) :

- 91 % des médecins souhaitent la mise en place d'une fiche de synthèse d'aide à la prescription du bilan initial,
- Plus d'un médecin sur deux (55 %) pensent qu'une fiche de liaison avec les spécialistes permettrait d'améliorer cette prise en charge.

Dans la rubrique « autre », un médecin propose « la création d'un site internet équivalent à GESTACLIC ou THYROCLIC.

Figure 24 : « Quelles sont les deux propositions qui pour vous permettraient d'améliorer la prise en charge de l'infertilité en soins primaires ? »



4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

En France, selon les données de l'Observatoire Thalès et EPPM (étude permanente de la prescription médicale) de mai 2000, seulement 5 % des femmes consultent un médecin généraliste pour infertilité contre 92,2 % le gynécologue. 3,6 est le nombre moyen de consultations par an et par femme pour un motif gynécologique chez le médecin généraliste. Ce chiffre croît avec l'âge de la patiente (19).

75 % des motifs de consultation concernant la sphère gynécologique sont représentés par la contraception, la grossesse et la ménopause. Consulter pour infertilité en médecine générale reste un motif de consultation peu fréquent, entre 0,6 et 1 % des actes de médecine générale (19).

Malheureusement, il n'y a pas de données plus récentes. Cependant, lorsque l'on observe la démographie des gynécologues médicaux entre 2007 et 2016, on peut constater une baisse de plus de 50 % des effectifs dans les départements de Seine-Maritime et l'Eure (56 % dans chaque département) (17). Cela nous laisse imaginer que les médecins généralistes ont augmenté leurs nombres d'actes en gynécologie pour pallier à ce manque tout comme les sages-femmes.

Au 1^{er} janvier 2017, on compte 1 316 sages-femmes libérales dans notre région (20). Leur champ de compétence n'a cessé de s'élargir ces dernières années et désormais elles peuvent effectuer le suivi gynécologique de leurs patientes (contraception orale, pose d'implant ou stérilet, frottis, dépistage...). Cependant, l'infertilité n'appartient pas à leur champ de compétence lorsqu'elles exercent en libéral mais peuvent concourir aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation lorsqu'elles exercent dans un centre d'AMP (21) (22).

Les médecins généralistes sont les acteurs de première intention face à ces couples en difficulté. 79 % des médecins interrogés affirment avoir déjà été sollicités pour une consultation en infertilité. Les praticiens assurant le suivi gynécologique de leurs patientes ont été, dans la logique, plus nombreux à être confrontés à ce motif de consultation (Figure 9).

4.1.1. Démarche diagnostique

4.1.1.1. Interrogatoire et examen clinique

Compte tenu des résultats, la question a été mal formulée. Seulement 9 % déclarent interroger et examiner le couple puis la femme et l'homme comme les dernières recommandations (15) le préconisent alors que 52 % ont déclaré n'interroger que le couple. Par « couple », les médecins ont dû comprendre « les deux » séparément et non le couple en tant qu'entité à part (vie sexuelle, fréquence des rapports...) (Tableau 7).

Dans près de 80 % des consultations concernant une première demande, c'est la femme qui se présente toute seule, on peut supposer qu'elle profite d'une consultation de suivi gynécologique ou qu'elle consulte leur médecin traitant et non pas celui de leur conjoint pour entamer la discussion sur le sujet de l'infertilité, excluant l'homme. 36 % des praticiens déclarent n'interroger et examiner seulement la femme, le plus souvent des médecins femmes avec un exercice de gynécologie.

Les hommes sont moins examinés que les femmes (3 %). Les médecins plus âgés examinent plus les hommes que leurs confrères plus jeunes. La féminisation de la profession de ces dernières années explique ces résultats : les médecins femmes sont plus jeunes, ont davantage une activité gynécologique et donc une patientèle plus féminine et par conséquent sont moins confrontées à une patientèle masculine que leurs confrères masculins et plus âgés (Tableau 8).

4.1.1.2. Examens complémentaires

Taux de prescription

Dans notre étude, 85 % des médecins interrogés déclarent prescrire un bilan complémentaire, les autres préfèrent adresser directement aux spécialistes. Ces résultats sont en concordance avec la littérature qui insiste sur la place des médecins traitants dans la prise en charge de l'infertilité (6) (7) (8) (11) (12). Afin de réaliser un premier bilan de « débrouillage », les médecins de ville ont accès en ambulatoire à des examens pour la plupart simples.

Cependant, les recommandations actuelles sont établies par un comité de spécialistes (15), qui est un avis d'expert, certains examens du bilan de première intention ne sont pas adaptés à la médecine générale comme l'hystérosalpingographie. Les médecins prescrivent des bilans similaires sans entrer dans des bilans complexes, probablement par crainte de ne pas savoir les interpréter ou pour éviter une redondance avec les centres d'AMP.

Les médecins exerçant en milieu rural et les médecins exerçant près des centres spécialisés travaillent de la même manière. En revanche, les médecins assurant le suivi gynécologique de leurs patientes prescrivent majoritairement des examens complémentaires, car sûrement plus à l'aise avec leurs prescriptions tout comme les médecins ayant suivi une formation complémentaire (Tableau 9).

La redondance des examens peut aussi expliquer la démotivation des médecins à prescrire un bilan en ville et justifier le fait que certains médecins préfèrent adresser directement leurs patients en consultation spécialisée. En effet, une fois pris en charge dans les centres d'AMP, le bilan de première intention est prescrit ignorant la prescription faite en externe. Le bilan d'infertilité doit être réalisé de manière exigeante et respecter des périodes précises du cycle. Lorsque j'ai assisté aux consultations d'infertilité au CHI d'Evreux, très souvent il manquait des examens biologiques ou alors le bilan n'était pas réalisé entre J1 et J3 du cycle. Lors d'une formation destinée aux médecins généralistes à la Clinique Mathilde, le même constat nous était fait par les médecins du centre d'AMP.

Délai de prescription

Il est recommandé, en l'absence de facteur de risque identifié, de ne commencer à prescrire un bilan qu'à partir d'un an d'infertilité. Ce délai est respecté pour environ 2/3 des médecins de l'étude. 28 % attendent 18 mois ou plus, un délai trop long et qui peut faire perdre du temps à certains couples (Figure 15).

A l'inverse, 11 % prescrivent un bilan avant 6 mois, bilan parfois inutile mais demandé explicitement par les patients qui sont souvent mal préparés psychologiquement à ce type d'examens (examens douloureux, invasifs, multiples ...) (23) et aboutissant à une surcharge des consultations spécialisées avec des délais de plus en plus longs, mais un bilan parfois aussi légitime : femme > 35 ans avec une infertilité de plus de 6 mois.

Bilan femme

La plus grande partie des médecins de l'étude respecte les recommandations (annexe 1) : échographie pelvienne prescrite par 89 % des praticiens. Pour le bilan hormonal : les médecins qui prescrivent conjointement un dosage de la FSH/LH, prescrivent un dosage de l'œstradiol. La prolactine est, elle aussi, prescrite par une majorité des médecins (68 %).

Les trois-quarts des médecins prescrivent un bilan thyroïdien.

Les sérologies à visée pré-conceptionnelles ne sont prescrites que par un peu plus d'un médecin sur deux : sérologie rubéole (64 %), sérologie toxoplasmose (57 %), sérologie syphilitique (TPHA-VDRL 46 %), sérologies virales (VIH 54 %, VHB 50 %, VHC 50 %) (Tableau 10). Mais ces sérologies peuvent-être prescrites bien avant le bilan d'infertilité et donc non répétées, par exemple lors d'une consultation pour une introduction de contraception dès l'adolescence ou un bilan de dépistage.

Les dépistages prénatals de la toxoplasmose et de la rubéole présentent la caractéristique particulière de s'adresser à des femmes enceintes non pas pour prévenir la survenue d'une maladie infectieuse bénigne chez elles mais plutôt afin d'éviter ou de limiter le risque d'une atteinte foétale pouvant se traduire par des séquelles graves, durant la grossesse en cours ou lors d'une grossesse ultérieure (dans le cas de la rubéole).

Deux objectifs principaux peuvent être poursuivis dans le cadre de ces dépistages :

- Identifier les femmes enceintes non immunisées afin de limiter le risque de contamination au cours de la grossesse (par des mesures d'hygiène alimentaire notamment dans le cas de la toxoplasmose) ou d'une grossesse future (par la vaccination en postpartum pour la rubéole) ;
- Diagnostiquer le plus précocement possible une séroconversion maternelle en cours de grossesse afin de proposer une prise en charge adaptée (par la prescription d'un traitement antibiotique afin de limiter la transmission au fœtus et de réduire le risque de séquelles en cas de toxoplasmose congénitale et interruption médicale de grossesse ou prise en charge d'une surdité dans le cas de la rubéole congénitale) (24).

La recherche d'une infection à chlamydiae trachomatis de manière systématique n'a pas été proposée dans les réponses et n'a pas été précisée dans les réponses libres.

La recherche d'une infection à Chlamydiae sur prélèvement (cervical ou urinaire) reste l'examen recommandé en première intention (25). La sérologie Chlamydiae témoigne d'une infection haute évolutive ou ancienne et n'a donc qu'une valeur indicative. Dans le cadre d'infertilité, elle peut être un marqueur de lésions tubaires hautes.

Un médecin sur trois prescrit une courbe de température. Ce résultat peut s'expliquer par la réalisation délicate de cet examen et son interprétation parfois compliquée. La courbe de température ne fait pas partie des recommandations internationales, c'est le dosage de la progestérone en milieu de phase lutéale qui est préconisé pour évaluer l'ovulation (15).

Seulement un médecin a prescrit une hystérosalpingographie, un examen qui figure dans le bilan de première intention d'infertilité d'après les recommandations du CNGOF (15). Pour ce résultat, on peut émettre plusieurs hypothèses pour justifier le peu de prescriptions de l'hystérosalpingographie : l'accessibilité, la difficulté d'interprétation, le caractère invasif ou la mauvaise connaissance de cet examen. Si les premiers examens du bilan s'avèrent normaux, il faudra penser à l'hystérosalpingographie mais surtout l'adresser à un spécialiste.

Bilan homme

L'examen clé du bilan masculin de première intention est le spermogramme-spermocytogramme, prescrit par 90 % des médecins de l'étude. Cet examen doit être réalisé dans un laboratoire agréé à ce type d'examen, et réitéré à trois mois si le premier est anormal.

Dans la rubrique « Autres », un médecin a répondu : test de migration-survie. Son intérêt n'a pas été évalué pour diagnostiquer une pathologie spermatique. Il n'est pas recommandé en première intention mais utile avant la pratique d'une AMP (15). Ses principaux objectifs sont d'isoler le plus grand nombre de spermatozoïdes mobiles et bien formés du plasma séminal, d'éliminer les spermatozoïdes morts et d'éliminer les virus et bactéries sans entraîner d'altération des spermatozoïdes.

Les sérologies pré-conceptionnelles sont prescrites par environ un médecin sur deux : sérologie syphilitique (TPHA-VDRL 43 %), sérologies virales (VIH 46 %, VHB 43 %, VHC 46 %) (Tableau 11). Ces sérologies font parties du bilan pré-conceptionnel et doivent être prescrites par les médecins généralistes. Comme précisé plus haut, les sérologies virales peuvent aussi être réalisées lors d'un bilan de dépistage antérieur dans le cadre du suivi habituel sur le long cours.

18 % des médecins ont déclaré prescrire un test post-coïtal (TPC). On retrouve beaucoup de discordances dans la littérature sur la positivité de ce test. Il n'est pas recommandé de prescrire un TPC en première intention pour plusieurs raisons : grande variabilité inter-opérateur, impact psychologique non négligeable et aucune étude avec un bon niveau de preuve n'a confirmé l'intérêt de ce test en systématique (11) (26).

La testostéronémie prescrite par près d'un médecin sur deux n'est pas un examen de première intention en l'absence de point d'appel clinique.

Une anomalie spermiologique et/ou des éléments cliniques ou anamnestiques sont une indication à la prescription d'une échographie testiculaire, examen prescrit par 25 % des médecins de l'étude en première intention.

4.1.1.3. Orientation et coordination avec les spécialistes

Dans cette étude, deux acteurs sont considérés comme les spécialistes de prédilection : les centres d'AMP à 24 % et les gynécologues à 76 % (Figure 16).

Les couples infertiles sont démunis et en difficulté face à ce parcours long et semé d'embûches. Cependant, les médecins généralistes n'adressent que très rarement leurs patients vers les psychologues ou autre praticien du soutien psychologique. On peut largement supposer que ce sont les médecins généralistes eux-mêmes qui s'occupent du soutien psychologique de leurs patients. Les psychologues sont des acteurs rares et leur prise en charge n'est actuellement pas remboursée par la Sécurité Sociale.

Presque tous les médecins de cette étude déclarent apporter une écoute et réassurance, ce qui conforte cette hypothèse.

La coordination avec les urologues n'est pas rapportée ici, probablement expliquée par le fait que les femmes consultent seule la première fois (78 %) et les médecins généralistes préférant s'orienter vers une prise en charge globale du couple en centre d'AMP.

Les critères retenus par le comité d'experts pour adresser rapidement un couple vers un spécialiste sont majoritairement cliniques (âge de la femme > 35ans, troubles du cycle, anomalie à l'examen clinique...) ou paracliniques (6) (7) (11) (12) (26).

Les trois arguments principaux retrouvés dans l'étude sont l'âge de la femme, le délai d'infertilité et les anomalies du bilan complémentaire. Cependant un critère revient très régulièrement (55 %) : la demande des patients. En effet, les couples sont de plus en plus impatients d'obtenir une grossesse, ce qui entraîne une augmentation du nombre de consultations spécialisées avec un allongement des délais.

Plus de la moitié des femmes ne peuvent plus concevoir au-delà de 40 ans et la fonction de reproduction devient quasi nulle après 45 ans (NP2). Il y a une forte diminution des chances de grossesse et surtout de grossesse avec naissance vivante chez les femmes âgées de plus de 40 ans qui ont recours à une AMP et ces chances deviennent quasi nulles à partir de 43 ans (NP1). Il est donc recommandé de ne pas proposer de prise en charge médicale d'infécondité à une patiente au-delà de 43 ans. Il est recommandé d'informer les couples de la chute de la fertilité liée à l'âge (15) (27).

Autre question soulevée dans l'étude, celle de la communication avec les spécialistes. Seul un médecin sur trois en est satisfait. Une justification qui revient très souvent il s'agit de l'absence de compte rendu de consultation (Figure 18). Les médecins hommes semblent moins mécontents contrairement aux médecins femmes souvent plus jeunes qui assurent le suivi gynécologique de leurs patientes (Tableau 13). Une fois la prise en charge spécialisée initiée, le médecin généraliste intervient très peu par la suite, un parcours de soins parfois mal vécu par ces derniers qui se sentent exclus de la prise en charge.

4.1.2. Rôle administratif

Habituellement, le protocole de soins permettant une prise en charge à 100 % en ALD doit être rempli par le médecin traitant pour chaque partenaire. Néanmoins, afin de ne pas retarder la prise en charge à 100 % lorsque les conditions médicales sont satisfaites, l'Assurance Maladie ouvre immédiatement les droits même si la demande de prise en charge à 100 % n'est pas initiée par le médecin traitant mais par le spécialiste. Ce protocole est alors valable 6 mois. Passé ce délai le médecin traitant doit rédiger un nouveau protocole de soins (28).

Dans l'étude, seulement 21 % des médecins ont déjà rempli un protocole de soins pour infertilité (Figure 20). L'échantillon jeune de l'étude peut expliquer en partie ce résultat. Récemment installés, les médecins plus jeunes ont une patientèle plus limitée au début de leur exercice. Avant la réforme de 2004, les protocoles de soins étaient plus souvent rédigés par les spécialistes sans limitation de délai.

Le protocole de soins doit être rempli pour chaque partenaire (28). Cette précision n'a pas été mentionnée dans le questionnaire rendant difficile l'interprétation de cette question.

Une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie est possible pour le diagnostic et le traitement de la stérilité (29).

Les tentatives d'AMP (Insémination Intra Utérine ou Fécondation In Vitro) sont prises en charge à 100 % par la sécurité sociale dans les cas suivants :

- La femme âgée de moins de 43 ans ;
- Le nombre maximum d'inséminations remboursées est de 6 ;
- Les tentatives de FIV sont remboursées au maximum de 4.

Le compteur est remis à zéro en cas d'accouchement.

La prescription des arrêts de travail intervient dans le travail administratif des médecins généralistes. Ces consultations peuvent être aussi considérées comme un prétexte de la part des patientes pour maintenir un lien avec leur médecin traitant et obtenir un soutien psychologique.

4.1.3. Conseils donnés en amont de la consultation spécialisée

L'un des rôles du médecin généraliste est de délivrer une information claire sur les facteurs de risque d'infertilité afin de préparer au mieux une future grossesse : l'arrêt du tabac et de l'alcool, lutte contre le surpoids et l'obésité, activité physique, vaccinations à jour et supplémentation en acide folique. Ces conseils devraient être systématiquement prodigués.

Une grande majorité des médecins de l'étude aborde la question du tabac. Les médecins n'attendent pas une consultation d'infertilité pour aborder cette question, d'autant plus que l'infertilité est une problématique qu'ils ne rencontrent que rarement. L'arrêt du tabac s'échelonne sur plusieurs années, peut nécessiter un délai plus ou moins long et par conséquent est régulièrement abordé lors de consultation pour motif X.

Le tabac est délétère sur la fertilité naturelle avec comme conséquences un allongement du délai de conception et une diminution des chances de grossesse (NP1). Cet effet délétère apparaît être dose dépendant (NP3). L'association d'un tabagisme actif et passif allonge significativement les délais de conception (NP3). Toute patiente tabagique doit être incitée à un sevrage afin d'améliorer sa fertilité naturelle. Le tabagisme exerce un effet négatif sur les résultats de la FIV (NP2).

Les chances de grossesse sont diminuées de façon proportionnelle à l'importance et la durée de l'intoxication (NP4). Le sevrage tabagique, chez l'homme comme chez la femme, est recommandé avant toute AMP (15).

88 % des médecins déclarent penser à vérifier les vaccinations recommandées avant toute prise en charge pour infertilité. Comme pour le tabac, les médecins généralistes abordent quotidiennement la mise à jour des vaccinations de leurs patients au cours de consultations courantes et ce n'est pas lors d'une consultation pour infertilité que le sujet est abordé mais bien en amont.

La HAS recommande pour tout projet de grossesse de vérifier le carnet de vaccination de la femme et envisager avec elle les rappels ou vaccinations indispensables, en particulier tétanos-diphtérie-polio-coqueluche.

Pour la coqueluche, il est recommandé de proposer un rattrapage coquelucheux ou vacciner les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir. Pour la rubéole, il convient de vacciner les femmes dont la sérologie est négative (pour les femmes nées après 1980 : vaccin trivalent - rougeole, rubéole, oreillons - au lieu d'un vaccin rubéoleux seul). Il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée. Il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les deux mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène. Pour la varicelle, il est préconisé de vacciner la femme en âge de procréer, notamment celle ayant un projet de grossesse et sans antécédent clinique de varicelle (en cas de doute, un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué). La vaccination est possible si le test de grossesse est négatif, et selon les données de l'AMM, une contraception efficace de trois mois est recommandée après chaque dose de vaccin (13).

Seulement un médecin sur deux déclare aborder la problématique du poids avec leurs patientes. On peut supposer que le poids comme les autres facteurs de risque est abordé en amont.

Les médecins généralistes font ce travail de façon quotidienne et n'attendent pas ces consultations spécifiques pour aborder l'ensemble de ces problèmes.

Un IMC élevé (> 30) est associé à des complications obstétricales importantes telles que mort fœtale in utero (NP2), prééclampsie et mortalité néonatale (NP3).

Il est difficile d'établir une valeur seuil d'IMC au-delà de 30 où les complications obstétricales maternelles et fœtales sont trop importantes pour contre-indiquer une grossesse. Un IMC > 30 est associé à une diminution des chances de grossesse en FIV (NP2). L'obésité sévère (> 35) divise les chances de grossesse par deux en comparaison avec des patientes à IMC normal (NP4).

Les patientes obèses doivent être informées du risque de complication obstétricale avant le début de la grossesse. Il est recommandé un amaigrissement avant tout traitement de l'infertilité (15).

Un autre rôle important du médecin généraliste est de délivrer une information claire sur la définition et l'épidémiologie de l'infertilité. Ce comportement permet de rassurer les couples les plus pressés. Après douze mois de rapports réguliers, 90 % des couples obtiennent une grossesse (12).

La plupart des médecins proposent aux couples de patienter, ce qui devrait être proposé systématiquement aux couples consultant avant douze mois d'infertilité, six mois si la femme est âgée de plus de 35 ans, en l'absence de facteurs de risque identifiés à l'interrogatoire ou à l'examen clinique (6) (26).

Le CNGOF (15) recommande aux couples une fréquence de rapports sexuels d'un jour sur deux pendant la fenêtre de fertilité. Une fréquence supérieure, quotidienne, est possible, mais n'augmente pas les chances de conception (NP1). Cibler la période du cycle la plus propice est conseillé par 42 % des médecins de l'étude et bien que recommandé dans la littérature (15) (26) peut s'avérer plus délétère que bénéfique : erreurs de calculs, frustration des couples en cas d'échec, la sexualité ne devient plus qu'à visée procréative et altère la relation de couple (30) (31).

Le médecin n'a pas pour rôle de fixer une fréquence, il doit simplement informer que les rapports sexuels réguliers juste avant et en milieu de cycle sont les plus favorables.

Presque tous les médecins de l'étude (94 %) déclarent supplémenter leurs patientes en acide folique dès qu'il y a un projet de grossesse.

Les anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) ont été clairement associées à un déficit en acide folique.

Pour prévenir ces malformations, une prescription systématique de folates, en une prise quotidienne de 400 microgrammes et ce jusqu'à la douzième semaine d'aménorrhée, est recommandée dès que la femme a un souhait de grossesse. En effet, pour être efficace, cette supplémentation doit débuter plusieurs semaines avant la conception (29).

4.1.4. Rôle d'accompagnement

Le retentissement psychologique de l'infertilité a déjà été étudié (32). Les médecins de l'étude assurent pour la quasi-totalité d'entre eux le soutien psychologique de leurs patients.

Une étude réalisée en 2007, en Midi-Pyrénées, sur environ 250 patientes suivies pour infertilité dans le service de reproduction du CHU de Toulouse, montre que la majorité d'entre elles attendent un soutien psychologique de la part de leur médecin traitant (33).

La prescription d'un « soutien » de nature médicamenteuse ne concerne aucun médecin de notre étude. Un tiers des médecins déclarent orienter ses patients vers un psychologue si besoin alors qu'aucun n'avait cité les psychologues comme correspondant de choix.

L'orientation vers un psychologue est loin d'être systématique et ce sont le plus souvent les médecins généralistes eux-mêmes qui, de par leur proximité, leur empathie et leur disponibilité, sont en première ligne pour assurer le soutien et l'accompagnement des patients.

4.1.5. Freins à la prise en charge du couple infertile en médecine générale

L'insuffisance de formation médicale est le premier frein cité (59 %) (Figure 22). 76 % des médecins interrogés n'ont pas suivi de formation complémentaire en gynécologie et 73 % jugent leurs connaissances insuffisantes dans le domaine de l'infertilité. Au sein de la faculté de médecine de Rouen, les étudiants bénéficient pendant leur cursus d'externat d'un cours sur la conduite à tenir lors de la première consultation d'infertilité (annexe 3).

Dans la pratique quotidienne, la faible fréquence de consultation pour l'infertilité (19) entraîne une mise en pratique rare des connaissances de médecins. Dans un commentaire libre, on retrouve le désarroi d'un médecin qui déplore le recours systématique des patientes vers les gynécologues sans le consulter, peut-être par manque de confiance, entraînant une perte des connaissances initiales dans ce domaine. Le défaut de réactualisation des connaissances peut aussi expliquer que les médecins formés à l'origine se sentent aujourd'hui démunis.

Les médecins ayant une formation complémentaire en gynécologie sont plus nombreux (62 %) que leurs confrères à considérer que leurs connaissances sont suffisantes pour la prise en charge du couple infertile. Mais cela reste un résultat qui s'avère peu satisfaisant, probablement lié au fait que les formations complémentaires traitent des thématiques plus courantes dans la pratique quotidienne (contraception, suivi de grossesse, ménopause, gestes techniques). Cependant, les médecins généralistes ne doivent pas oublier que l'infertilité n'est pas si rare, touchant un couple sur 6 (1).

La coordination avec les spécialistes est la deuxième difficulté soulignée et plus particulièrement le manque de communication. Comme précisé précédemment, 63 % n'en sont pas satisfaits. La communication semble compliquée et ce retour avait déjà été souligné dans un travail de thèse en 2009 (14). Les médecins qui assurent le suivi gynécologique de leurs patientes, par conséquent les médecins femmes puisque ce sont elles qui pratiquent le plus de suivi gynécologique, sont les moins satisfaits. De plus, une fois la prise en charge spécialisée initiée, les médecins généralistes se sentent exclus et peu informés (34) et une fois la grossesse débutée, seulement la moitié d'entre eux déclarent suivre les grossesses issues d'AMP.

Autre frein cité à 53 %, l'hypercomplexité du sujet, 15 % adressent directement leurs patients aux spécialistes sans réaliser d'explorations. Pour rappel, seulement un médecin interrogé prescrit une hystérosalpingographie, examen complémentaire pourtant inclus dans le bilan initial (15), sûrement justifié par l'interprétation hyperspécialisée des résultats et par l'accès aux soins.

Les consultations pour infertilité sont très souvent chronophages, le manque de temps dans la pratique quotidienne revient pour un médecin sur trois. Pour finir, 12 % des médecins ont déclaré un désintérêt pour le sujet.

4.1.6. Propositions pour améliorer la prise en charge de l'infertilité en soins primaires

Parmi les choix proposés, la réalisation d'une fiche de synthèse d'aide à la prescription du bilan initial est plébiscitée par presque tous les médecins de l'étude et pourrait permettre d'augmenter le taux de prescription du bilan initial. L'absence de fiche est un problème dans la pratique quotidienne car premièrement, certains médecins préfèrent adresser directement aux spécialistes et deuxièmement, quand les médecins prennent le temps de prescrire un bilan pensant faire avancer les choses, ce bilan est la plupart du temps incomplet entraînant une redondance dans la prescription des examens par le spécialiste. Les délais d'attente pour une consultation spécialisée sont de plus en plus longs. Il serait intéressant que les patients arrivent à leur première consultation chez le spécialiste avec un bilan complet pour la femme et son conjoint, cela engendrerait un gain de temps non négligeable. De plus, beaucoup d'examens sont réalisés plusieurs fois, soit répétés soit fait dans des laboratoires non agréés, entraînant un coût pour la santé.

Pour pallier au mécontentement des médecins sur la communication avec les spécialistes, 56 % sont favorables à la mise en place d'une fiche de liaison informatisée.

Les difficultés rencontrées demeurent, année après année, alors que l'informatisation des cabinets de médecine générale progresse. Les médecins généralistes sont satisfaits du développement de l'informatique et d'Internet dans leur pratique quotidienne. Ces moyens de communication ont considérablement amélioré la qualité de leurs échanges (fréquence, contenu, archivage) avec leurs partenaires de santé libéraux, notamment en leur faisant gagner du temps lors de la rédaction de leurs courriers, et en facilitant l'intégration de ces échanges au dossier des patients. L'utilisation et l'optimisation de ces nouvelles technologies doivent se poursuivre dans les années à venir, afin de répondre à ces besoins d'amélioration exprimés (35).

Dans les autres propositions formulées, on retrouve la proposition de FMC sur le thème de l'infertilité, proposition ayant récolté peu de réponses. On peut comprendre que les médecins préfèrent occuper leur temps de formation avec des thèmes qu'ils jugent plus fréquents dans la pratique courante.

Autre proposition citée en commentaires libres : la réalisation d'un site internet dédié équivalent à GESTACLIC ou THYROCLIC, idée à explorer dans le futur de manière conjointe avec les spécialistes.

4.2. Critique de la méthodologie

4.2.1. Type d'étude

Afin de recenser la pratique quotidienne des médecins généralistes concernant la prise en charge du couple infertile et de pouvoir la comparer avec les recommandations actuelles, il a été décidé de réaliser une étude observationnelle.

Cette analyse s'est faite via un questionnaire envoyé par mail afin de faciliter sa diffusion et de laisser le choix au médecin interrogé le moment pendant lequel il souhaitait y répondre.

Celui-ci était réalisé afin d'avoir des choix multiples possibles et toujours un moyen de répondre différemment aux propositions faites. L'utilisation du présent et ou du conditionnel dans l'élaboration de chaque question permettait à chaque médecin, de répondre en totalité au questionnaire.

Il n'a pas été réalisé de statistiques selon la loi de Khi2 montrant le caractère significatif ou non des résultats retrouvés. Le type de l'étude était une étude observationnelle. Son but étant d'identifier la pratique du médecin généraliste et de la comparer avec les recommandations.

Ce type d'étude déclarative entraîne obligatoirement des biais : un biais de sélection car on peut se laisser à penser que les médecins ayant répondu au questionnaire sont ceux intéressés par le sujet et un biais de déclaration sur la véracité des réponses.

4.2.2. Population

L'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de l'observation souhaitée et de la problématique soulevée. Pour cela, nous souhaitons interroger des médecins des deux sexes, d'années d'exercices variées et travaillant dans des milieux différents (rural, semi rural et urbain), qui se retrouvaient aisément dans le territoire rattaché au CHU de Rouen, afin d'obtenir un échantillon raisonnable et diversifié.

La démographie de l'étude a été comparée à celle apportée par le conseil national des médecins de 2015 (36). On a observé une même tendance pour le lieu d'exercice. Les résultats de l'étude reflétaient une bonne représentation de la population interrogée par rapport à la démographie actuelle en Haute-Normandie. On retrouve un échantillon discrètement plus jeune et plus féminin, plus proche du cursus universitaire pouvant expliquer une participation plus importante de cette catégorie de médecins.

De même, on pourrait penser qu'il existe un biais de recrutement car l'étude a été réalisée auprès des médecins généralistes, dont la majorité étaient maîtres de stage universitaire (MSU). La démarche volontaire d'être maître de stage n'implique probablement pas sur le plan épidémiologique un biais de sélection contrairement aux études de recherche où la participation sélective des MSU pourrait surestimer les performances globales des médecins généralistes (37).

En outre, les formateurs de généralistes ont tendance à avoir un meilleur exercice clinique et à assister plus souvent à des formations professionnelles que leurs confrères non-formateurs, ce qui est conforme à leur rôle d'enseignement et peut encourager d'autres généralistes à le devenir (38).

Enfin, ce faible échantillon peut justifier un manque de puissance de l'étude.

5. CONCLUSION

L'infertilité des couples est une problématique de plus en plus fréquente, le retard à la parentalité ne cesse d'augmenter et retarde donc le diagnostic.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité est reconnu. Le médecin généraliste s'inscrit en amont puis en complémentarité de la prise en charge spécialisée. Il est le premier interlocuteur de par sa situation géographique et sa place dans le respect du parcours de soin. Il doit savoir différencier les couples nécessitant une prise en charge spécialisée rapide et au contraire les couples souvent pressés avec un besoin de réassurance pour patienter.

Les patients restent mal informés concernant le rôle de leur médecin traitant et préfèrent s'adresser directement vers une consultation spécialisée expliquant l'allongement des délais.

Dans cette étude, les médecins généralistes ont une pratique qui reste conforme aux recommandations en interrogeant, en examinant les deux partenaires, et en prescrivant le plus souvent un premier bilan complémentaire dans un délai approprié. Cependant, les recommandations actuelles établies par un comité de spécialistes gynécologues-obstétriciens ne sont pas toujours adaptées à la prise en charge en soins primaires.

L'abord d'un couple infertile reste difficile pour le médecin généraliste car il y est rarement confronté puis il estime ses connaissances insuffisantes dans ce domaine par manque de temps ou désintérêt du sujet. De plus, il se sent exclu d'une prise en charge spécialisée mettant en avant un défaut de communication avec les centres d'aide à la procréation médicale.

Par ailleurs, les médecins mesurent très bien leur rôle d'accompagnement et de soutien psychologique tout au long de ce parcours difficile, les patients se sentant parfois oubliés sur ce plan. Enfin, les rôles d'information, de prévention et d'éducation s'appliquent très bien au domaine de l'infertilité.

Malgré la présence de biais et d'une faible puissance, cette étude nous apporte un premier état des lieux de la prise en charge des couples infertiles dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure. Nous insistons sur le fait que l'abord et l'accompagnement de ces couples font partie intégrante du travail du médecin généraliste. De plus en plus de jeunes médecins semblent s'intéresser à l'infertilité, de bon augure compte tenu du nombre de couples consultant pour ce motif devrait encore croître et le nombre de gynécologues libéraux diminuer.

La prise en charge du couple infertile est technique et protocolisée, les spécialistes et médecins généralistes doivent être complémentaires pour une prise en charge optimale. C'est pourquoi une fiche de synthèse d'aide à la prescription du bilan initial établie en concertation avec les spécialistes pourrait être une solution à apporter. En effet, cela permettrait d'avoir un bilan initial complet, d'augmenter le taux de prescription de ce bilan et d'éviter ainsi toutes les redondances de prescription. La tendance actuelle est une utilisation de plus en plus large de l'informatisation et d'Internet dans le domaine de la santé. Cela peut nous amener à penser qu'un site informatisé dédié à la prise en charge des couples infertiles reprenant le bilan de première intention à prescrire pourrait être utile. Ces outils informatisés existent déjà dans certains domaines médicaux comme le suivi de grossesse (GESTACLIC), les antibiotiques (ANTIBIOCLIC) ou encore la prise en charge d'un nodule thyroïdien (THYROCLIC) et connaissent un franc succès.

Historiquement, les gynécologues médicaux étaient en lien direct avec les centres d'AMP. La démographie de cette spécialité ne cesse de diminuer et les gynécologues médicaux se font rares à Rouen. J'ai eu la chance de m'entretenir avec un médecin du centre d'AMP de la clinique Mathilde qui souhaiterait le développement d'un réseau entre le centre et les jeunes médecins généralistes installés. Cette solution permettrait aux spécialistes de déléguer la prescription des examens complémentaires et d'informer leurs collègues en ville.

Enfin, l'amélioration de la communication entre les différents praticiens est primordiale, dans l'intérêt des couples et de celui du médecin traitant.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Infertility definitions and terminology report of a WHO scientific group. Geneva. 1975. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
2. Agence de la biomédecine. Le rapport médical et scientifique de l'activité de l'Assistance Médicale à la procréation 2013. Consulté le 9 février 2018. Disponible sur : https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm#_ftn2
3. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003. 2011. Consulté le 23 novembre 2017. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
4. Poncelet C, Sifer C. Epidémiologie de l'infertilité. In: Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain. Springer. Paris; 2010. p. 123-30.
5. JORF. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juill 21, 2009.
6. Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol RBE*. 6 mars 2010;8:21.
7. Whitman-Elia GF, Baxley EG. A primary care approach to the infertile couple. *J Am Board Fam Pract*. févr 2001;14(1):33-45.
8. Smith LFP. The role of primary care in infertility management. *Hum Fertil Camb Engl*. mai 2003;6 Suppl 1:S9-12.
9. Sharma M, Taylor A, Khouri AA, Goumenou N, Tsirkas P, Scott P, et al. Management of infertility: one stop clinic may offer solution. *BMJ*. 9 nov 2002;325(7372):1116.
10. Hernu Daziron D. Prise en charge de l'infertilité en soins primaires [Th : Med]. Toulouse ; 2011.
11. Frey KA, Patel KS. Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician. *Mayo Clin Proc*. nov 2004;79(11):1439-1443; quiz 1443.
12. Ganeshselvi P. How can Infertility be managed in General Practice? A review. *Obstet Gynaecol*. 2005. Consulté le 12 février 2017. Disponible sur: <http://www.priory.com/fam/infertility.pdf>
13. Haute autorité de la santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. 2009. Consulté le 15 janvier 2017. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf

14. Besnard A. Le problème de l'infertilité : comment le médecin généraliste aborde et accompagne les couples en difficultés ? Enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes des Pays de Loire [Th : Med]. Nantes ; 2014.
15. AMAR A, Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF). La prise en charge du couple infertile, Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod. déc 2010;39:S1-S3 42.
16. Lunion A. Entre attente des couples et recommandations: quelle implication possible pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité ? : enquête d'opinion auprès de 96 couples infertiles [Th : Med]. Nantes ; 2007.
17. BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins; s.d.
18. Agence de la Biomédecine. Liste des centres agréés en AMP autorisés à pratiquer au 27.10.2017. s.d. Consulté le 3 décembre 2017. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/liste_ets_amp_clin_261017.pdf
19. Observatoire Thalès et EPPM. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes en mai 2000. La prise en charge des femmes françaises. Consulté le 8 février 2018. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
20. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
21. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes. 2010. Consulté le 24 mai 2018. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
22. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. La participation des sages-femmes aux activités d'AMP. 2011. Consulté le 24 mai 2018. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/La-participation-des-sages-femmes-aux-activit%C3%A9s-dAMP.pdf>
23. DENIS L. Parcours d'infertilité : Quelle peut être la place du médecin généraliste ? . [Th : Med]. Lyon ; 2016.
24. Haute autorité de la santé. Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. HAS; 2009. Consulté le 23 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/depistages_prenataux_obligatoires__synthese_vf.pdf
25. Janier M. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2016;143(11):701-2.
26. Cahill DJ, Wardle PG. Management of infertility. BMJ. 6 juill 2002;325(7354):28-32.

27. Khoshnood B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. 2008. Consulté le 13 mai 2017. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/195918>
28. AMELI.fr. Le protocole de soins en pratique. 2016. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/le-protocole-de-soins/le-protocole-de-soins-en-pratique/qu-est-ce-que-le-protocole-de-soins.php>
29. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Assistance médicale à la procréation. 2016. Consulté le 12 mars 2018. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462>
30. Coëffin-Driol C, Giami A. The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil.* août 2004;32(7-8):624-37.
31. Ohl J. Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality. *Gynecol Obstet Fertil.* janv 2009;37(1):25-32.
32. Alesi R. Infertility and its treatment: an emotional roller coaster. *Aust Fam Physician.* Mars 2005;34(3):135-8.
33. Martin N. Infertilité: les patientes se confient-elles à leur médecin traitant?. Etude originale de 246 patientes de Midi-Pyrénées sur l'année 2006-2007. [Th Med]. Toulouse ; 2008.
34. Nguyen Ngoc NHM. Difficultés de la prise en charge des problèmes de fertilité en médecine générale: Enquête qualitative [TH : Med]. Rennes ; 2009.
35. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Th : Med]. Paris ; 2012.
36. Conseil national de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Haute-Normandie. Situation en 2015.
37. Rigault-Fossier P, Fossier B. Représentativité des généralistes enseignants: l'étude REGE [Th : Med]. Lyon ; 2014.
38. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 27 avr 2016;16:126.

ANNEXE 1 :

SYNTHESE REVUE DE LA LITTERATURE : ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES COUPLES INFERTILES

I. DIAGNOSTIC

Tout d'abord, les deux membres du couple, homme et femme, doivent être associés à égalité dans la recherche du diagnostic (8) (9) (10) (12).

Le médecin généraliste est largement impliqué dans la prise en charge initiale et ultérieure de ces couples en difficultés en collaboration avec les spécialistes.

La prise en charge en AMP est remboursée à 100 % à partir de deux ans d'infertilité après élaboration d'un protocole de soins rédigé par le médecin traitant.

L'interrogatoire du couple recense :

- **Âge** du couple et notamment de la femme ;
- **Activité professionnelle** : exposition toxique ? chaleur ?
- **Caractère primaire ou secondaire de l'infertilité** ?
- **Fréquence des rapports sexuels** ;
- **Date d'arrêt du moyen de contraception** ;
- **Contexte socio-psychologique et la motivation** à avoir un enfant.

L'interrogatoire de la femme :

- **Antécédents personnels médicaux et allergies** : HTA, diabète, maladies auto-immunes... ;
- **Antécédents chirurgicaux** : chirurgie abdomino-pelvienne ;

- **Antécédents gynécologiques** : date des premières ménarches, durée et régularité des cycles, contraception, durée des règles et abondance, infections sexuellement transmissibles ;
- **Antécédents obstétriques** : grossesses antérieures et évolution (fausses couches spontanées, IVG, grossesse extra-utérine) ;
- **Antécédents familiaux** : infertilité, ménopause précoce ;
- **Traitements** : radio chimiothérapie antérieure, neuroleptiques... ;
- **Mode de vie** : activité professionnelle ? exposition toxique ? tabac ? alcool ? stress ? régime restrictif ? activité physique ?
- **Immunité** : vaccins à jour ? sérologie toxoplasmose, rubéole, hépatite B, Virus de l'Immunodéficience acquise (VIH).

L'interrogatoire de l'homme :

- **Antécédents médicaux** : maladies générales, antécédents néoplasiques (testiculaire, hémopathie), maladies infectieuses (oreillons avec orchite à la puberté), traitement en cours pouvant affecter la qualité du sperme, radio-chimiothérapie antérieure ;
- **Antécédents uro-génitaux** : antécédents infectieux (orchi-épididymite, prostatite, urétrite, infections urinaires), traumatisme testiculaire, ectopie testiculaire, torsion testiculaire, varicocèle ;
- **Mode de vie** : exposition à des toxiques ? profession ? exposition à la chaleur ? tabac ? alcool ? stress ? éloignement du domicile conjugal ? activité physique ?
- **Enfant né d'une autre union ?** (Infertilité secondaire).

Examen physique

La femme :

***examen général :**

- Indice de masse corporelle IMC (poids/taille²) ;
- Pression artérielle, pouls ;
- Signes d'hyperandrogénie (acné, séborrhée, hirsutisme) pouvant faire évoquer un syndrome des ovaires polykystiques ;
- Palpation thyroïdienne.

***examen gynécologique :**

- Examen des seins (masse ? galactorrhée ?) ;
- Examen de la vulve (imperforation hyménale) ;
- Examen au spéculum (permet d'observer le col, malformation, cervicite) ;
- Toucher vaginal (masse ? position et volume de l'utérus).

L'homme :

***Examen général :**

- IMC ;
- Caractères sexuels secondaires (pilosité, gynécomastie).

***Examen des organes génitaux :**

- Palpation des testicules (taille, masse, examen des déférents et épидидymes) ;
- Recherche des cicatrices d'hernie ou cryptorchidie ;
- Recherche de varicocèle.

L'infertilité est-elle réelle ?

- **> 1 an**
- **D'emblée si âge > 35 ans**
- **Etiologie évidente (aménorrhée, trouble hormonale, ATCD...)**
 - **OUI : débuter bilan complet**
 - **NON : rassurer**

Examens complémentaires de première intention réalisés par le médecin généraliste :

L'exploration du couple infertile doit être menée simultanément chez le couple, il n'est pas recommandé d'attendre d'avoir obtenu la normalité du bilan de la femme pour prescrire un spermogramme au conjoint.

A prescrire après 1 an de rapports sexuels non protégés sauf si :

- Femme > 35 ans
- Troubles du cycle
- Pathologie connue

Pour la femme :

a) Bilan hormonal :

Il doit être réalisé à J3 du cycle :

- Follicule Stimulating Hormone (FSH) : taux supérieur à 8 UI/l traduit une mauvaise réserve folliculaire ovarienne, si taux supérieur à 20 UI/l, la survenue d'une grossesse est quasi inexistante ;
- Hormone Lutéinisante (LH) ;
- Œstradiol E2 ;
- Prolactine : en hyperprolactinémie, une imagerie sera à réaliser ;
- Androgènes (testostérone, déhydroépiandrostéronesulfate et 17 hydroxyprogesterone) si acné ou hirsutisme ;
- Hormone anti-mullérienne (AMH) : afin de rechercher une insuffisance ovarienne. (Non remboursée) ;
- Sérologies rubéole, toxoplasmose et chlamydiae trachomatis, hépatite B et C, Virus de l'Immunodéficience acquise (VIH) avec accord de la patiente (15).

b) Courbe de température

La prise de température s'effectue tous les matins au réveil sur une période d'au moins 2-3 mois.

Lors d'un cycle normal, la température est de l'ordre de 36,5 °C après les règles puis elle augmente brusquement en post ovulatoire due à l'action de la progestérone lutéale puis on assiste à un « plateau thermique » pendant 12 à 14 jours pour enfin s'abaisser au moment des règles.

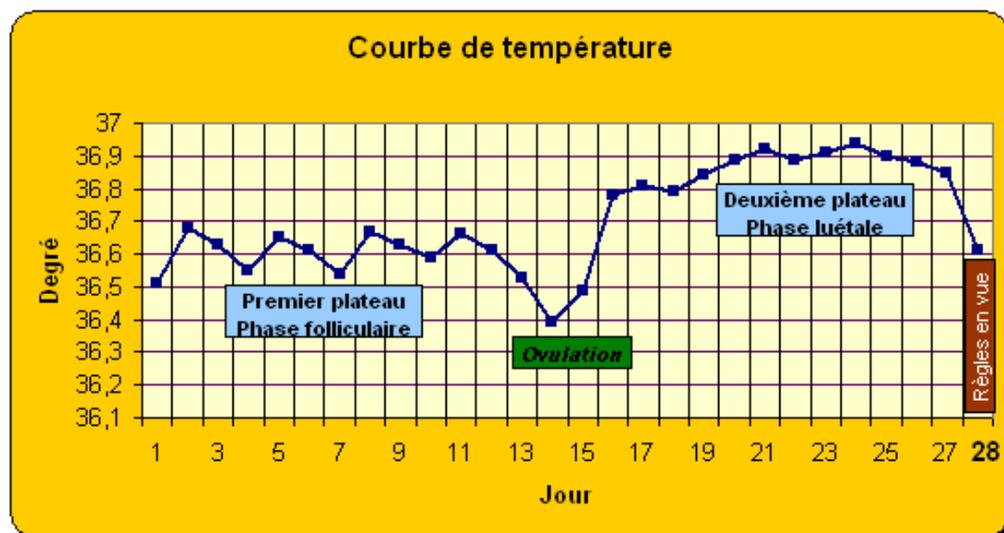
Le jour de l'ovulation correspond au point le plus bas avant le plateau thermique.

La courbe de température est de moins en moins prescrite au profit des examens biologiques et d'imagerie.

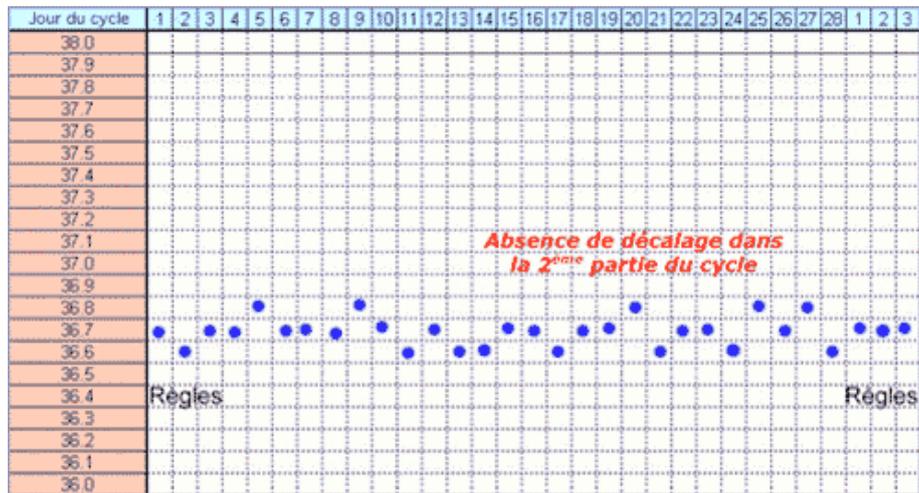
Un dosage de la progestéronémie à J21 du cycle est simultanément prescrit en cas de difficulté d'interprétation de la courbe :

- Taux > 3ng/l : ovulation (qualité non renseignée) ;
- Taux > 10ng/l : corps jaune de qualité

Dans la littérature, ni le CNGOF ni les publications étrangères ne recommandent la réalisation de ces courbes.



Exemple de courbe de température normale



Exemple de courbe de température anormale (cycle anovulatoire)

c) Echographie pelvienne

Elle précise la taille et l'aspect des ovaires, permet de compter les follicules pré-antraux si réalisée à J3 du cycle :

- < 5 mauvais ;
- Entre 5 et 10 follicule/ovaire bon ;
- > 10/ovaire syndrome des ovaires poly kystiques.

Elle permet également de mesurer l'épaisseur de la muqueuse utérine et de détecter une masse (myome/fibrome) ou malformation utérine.

d) Hystérosalpingographie

Elle permet de préciser l'intégrité et la perméabilité des trompes et de l'utérus ainsi que la recherche de signes d'endométriose ou images endo utérines.

Elle est réalisée en phase folliculaire moyenne vers le 8^{ème} et 10^{ème} jour du cycle en dehors de toute infection génitale évolutive et après avoir éliminé une grossesse.

Les contre-indications sont l'allergie à l'iode, contexte infection génital en cours (15).

Pour l'homme :

a) Spermogramme

Il s'agit du principal examen réalisé chez l'homme dans le bilan d'infertilité masculine.

Il est réalisé au laboratoire, par masturbation, après 3 à 5 jours d'abstinence.

Il précise :

- La couleur du sperme : opalescent (si couleur anormale, une spermoculture est indiquée) ;
- La viscosité ;
- Le Ph (normal entre 7,2 et 8) ;
- Le nombre de spermatozoïdes c'est la numération (>15 millions par millilitre) ;
- La mobilité des spermatozoïdes, c'est à dire le pourcentage d'entre eux capables de progresser du vagin à la trompe pour féconder l'ovocyte. Elle ne doit pas être inférieure à 40 % la première heure ;
- La vitalité des spermatozoïdes (normale >50 %) ;
- La présence d'agglomérats de spermatozoïdes sur des globules blancs, témoin d'une possible infection du sperme et la présence d'agglutinats de spermatozoïdes les uns sur les autres, le plus souvent due à l'existence d'anticorps anormalement produits par le patient contre ses propres spermatozoïdes.

Un spermogramme pathologique doit être recontrôlé trois mois plus tard.

Paramètres spermatiques	Valeurs seuils
Volume éjaculé	1,5–6 mL
Numération par mL	> 15 millions
Numération par éjaculat	> 39 millions
Mobilité totale (progressive + non progressive)	> 40 %
Vitalité	> 50 %
Pourcentage de formes normales	> 30 %
Leucocytes	< 1 million

Tableau 1 : *Paramètres spermatiques normaux (OMS 2011)*

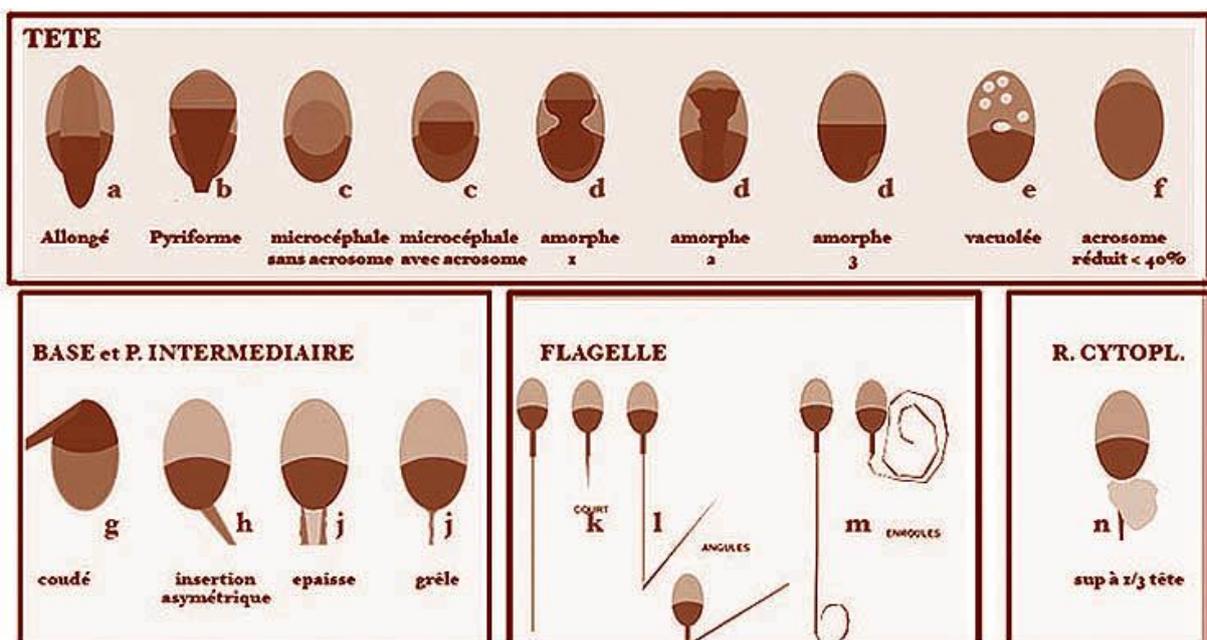
Les anomalies du spermogramme :

Hypospermie	Volume éjaculat < 1.5ml
Hyperspermie	Volume éjaculat > 6ml
Polyspermie	Numération > 250 millions/ml
Oligospermie	Numération < 15 millions/ml
Azoospermie	Absence totale de spermatozoïdes
Asthénospermie	< 40% de spermatozoïdes mobiles
Tératospermie	< 70% de spermatozoïdes normaux
Nécrospermie	>30% de spermatozoïdes morts

b) Spermocytogramme

Depuis 2010, l'OMS a retenu la méthode dite des "critères strictes" proposée par KRUGER et Coll. En France, des laboratoires utilisent encore les critères de David et Coll. dont les valeurs normales sont plus élevées que celles de Kruger.

L'analyse s'effectue généralement sur l'observation de 100 ou 200 spermatozoïdes, fixés et colorés sur lame, au grossissement X1000.



c) Bilan biologique

On pourra être amené à doser la testostérone totale et la FSH. Toute diminution significative de la testostérone et/ou toute augmentation significative de la FSH associée à des anomalies notoires du spermogramme permettra d'orienter le diagnostic.

En effet, un taux élevé de FSH traduit une probable altération de la spermatogénèse.

En cas de dysfonction sexuelle ou de gynécomastie inexplicée, un dosage de la prolactine s'impose.

Les sérologies VIH, VHB et VHC rubéole seront contrôlées.

d) Echographie des voies génitales

Echographie transrectale :

Elle est prescrite chez les patients azospermes chez lesquels on suspecte une cause excrétoire.

Echographie scrotale :

Elle est indiquée chez les patients dont l'examen scrotal est difficile ou chez qui une masse testiculaire est suspectée.

Pour le couple

Test de Hünher ou post coïtal

Le Test post-coïtal consiste à rechercher des spermatozoïdes mobiles dans un prélèvement de glaire cervicale réalisé généralement 8 à 12 heures après un rapport sexuel non protégé ayant eu lieu pendant la période ovulatoire après 2 à 3 jours d'abstinence.

Il permet également de détecter des incompatibilités liées à la présence d'anticorps anti spermatozoïdes dans la glaire ou le sperme (mobilité sur place des spermatozoïdes).

Le prélèvement est effectué au niveau du col de l'utérus. Il s'agit donc d'un prélèvement indolore semblable à celui réalisé pour un frottis vaginal. La glaire cervicale étant de qualité optimum (abondance, filance) en période pré ovulatoire, il faut réaliser ce prélèvement généralement vers J12 du cycle.

Le résultat est satisfaisant lorsque 10 spermatozoïdes mobiles au moins sont observés au microscope dans chaque champ d'observation au grossissement 400.

Cet examen a été supprimé des recommandations actuelles mais reste cependant prescrit par certains médecins car non invasif et peu coûteux.

II. INFORMATION, EDUCATION ET PREVENTION

Le médecin généraliste doit donner la définition de l'infertilité à ses patients (selon l'OMS).

Il se doit d'informer sur l'urgence liée à l'âge : l'avancée en âge s'accompagne d'une réduction des chances de grossesse et d'une augmentation des fausses couches (altération qualitative et quantitative de la réserve ovarienne). L'AMP ne prend pas en charge les couples dont la femme est âgée de plus de 43 ans

Son rôle de prévention pour pallier facteurs de risque connus d'infertilité (15) :

- Perte de poids si IMC > 30 ;
- Arrêt du tabac chez les deux partenaires ;
- Normalisation de la fonction thyroïdienne ;
- Equilibration d'un diabète ;
- Mise à jour vaccinale ;
- Traitement des infections génitales ;
- Supplémentation en acide folique en pré-conceptionnel (0,4 mg/j ou 5 mg/j pour les femmes à risque) (29) ;
- Soutien psychologique et accompagnement des couples (16), soutien primordial dans ce long parcours semé de difficultés de par son statut privilégié.

III. ORIENTATION ET COORDINATION AVEC LES SPECIALISTES

Le médecin généraliste doit savoir orienter vers un spécialiste les cas qui le nécessitent :

- Infertilité supérieure à 1 an ;
- Femme > 35 ans ;
- Insuffisance ovarienne débutante, fausses couches à répétition, endométriose ; pathologies endo-utérine ;
- Insuffisance spermatique sévère ;
- Couple infecté par le VIH, hépatite B ou C.

A contrario, il doit savoir rassurer un couple sur leur potentiel à concevoir.

En fonction des anomalies retrouvées, il peut adresser ses patients à différents confrères :

- Gynécologues pour les pathologies féminines ;
- Urologues pour les pathologies masculines ;
- Endocrinologue pour les endocrinopathies et troubles nutritionnels ;
- Au psychologue, psychiatre si indication ;
- Centre d'AMP directement.

Le médecin généraliste assure par la suite la coordination des différents intervenants.

IV. ROLE ADMINISTRATIF

Pour que les couples bénéficient d'une prise en charge à 100 % des soins d'AMP, le médecin généraliste doit remplir **pour chaque partenaire** une demande de protocole de soins au titre de la prise en charge pour « stérilité » (23).

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Prise en charge du couple infertile en médecine générale

1) Informations générales

Sexe

- F
 M

Année de naissance

Votre réponse _____

Vous exercez en zone :

- Rurale (< 2000 habitants)
 Semi-rurale
 Urbaine (> 5000 habitants)

Assurez-vous le suivi gynécologique de vos patientes ?

- Oui
 Non

Si oui,

- Frottis
 Contraception orale
 Pose implant contraceptif
 Pose DIU
 Suivi de grossesse
 Ménopause
 Autre : _____

Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie ?

- Oui (DU, FMC...)
 Non

Pensez-vous que vos connaissances sur l'infertilité sont suffisantes pour l'exercice de la médecine générale ?

- Oui
 Non

2) Votre pratique

Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge du couple infertile ?

- Oui, souvent
- Oui, quelquefois
- Non, jamais

Abordez-vous la question du désir de grossesse avec vos patientes ?

- Oui
- Non

Si grossesse envisagée à plus ou moyen terme, que faites-vous ?

- Mise à jour calendrier vaccinal
- Mise à jour frottis cervico-utérin
- Prescription acide folique
- Discussion des règles hygiéno diététiques (arrêt/diminution alcool-tabac, alimentation équilibrée...)
- Sérologie toxoplasmose-rubéole
- Autre : _____

3) Votre démarche devant une infertilité

Dans le cadre d'une première demande, les patients viennent le plus souvent :

- en couple
- séparément, le plus souvent la femme
- séparément, le plus souvent l'homme

Vous interrogez et/ou examinez

- la femme
- l'homme
- le couple

Quels conseils donnez-vous aux patientes ayant un désir de grossesse ?

- Aucun
- Patienter/Rassurer : pas de bilan avant 18 mois
- Arrêt/diminution tabac
- Arrêt/diminution alcool
- Rapports sexuels ciblés
- Pratiquer une activité physique régulière
- Amaigrissement si IMC > 25
- Autre : _____

Prescrivez-vous des examens complémentaires ?

- Oui
- Non, j'adresse au spécialiste

Si oui, quel est votre bilan de 1ère intention chez la femme ?

- NFS
- Glycémie à jeun
- TSH
- Sérologie toxoplasmose (si non statut non connu ou anciennement négative)
- Sérologie VIH
- TPHA VDRL
- Sérologie rubéole (si statut non connu ou anciennement négative)
- Ag HBs
- Sérologie Hep C
- FSH/LH
- Prolactine
- Progesterone
- Oestradiol
- AMH
- FCU
- ECBV
- Courbe de température
- Echographie pelvienne
- Hysterosalpingographie
- Autre : _____

Si oui, quel est votre bilan de 1ère intention chez l'homme ?

- NFS
- Testosterone
- FSH/LH
- AMH
- Spermogramme/spermocytogramme
- Test post-coïtal
- TPHA VDRL
- Ag HBs
- Sérologie Hep C
- Sérologie VIH
- Echographie testiculaire
- Autre : _____

Si vous n'êtes pas le médecin traitant du conjoint prescrivez-vous son bilan ?

- Oui sans consultation préalable avec retour à son médecin traitant
- Oui lors d'une consultation dédiée avec suivi du couple par la suite dans leur projet
- Non, il consulte son médecin traitant

A partir de quel délai prescrivez-vous ces bilans ?

- < 6 mois
- 12 mois
- > ou = 18 mois

Vers qui adressez-vous les patients ?

- Gynécologue
- Endocrinologue
- Centre PMA
- Urologue
- Autre : _____

Quel(s) facteur(s) vous ferez adresser vos patients plus rapidement chez le spécialiste ?

- Demande explicite du couple
- Age de la femme
- Age de l'homme
- Anomalie du cycle menstruel
- Délai d'infertilité
- Anomalie du bilan
- Antécédents particuliers
- Autre : _____

Avez-vous déjà rédigé un protocole de soins ALD pour infertilité ?

- Oui
- Non

Quels accompagnements ou aides proposez-vous aux couples en difficulté dans ce parcours ?

- Aucun
- Ecoute/Réassurance
- Arrêt de travail
- Prescription traitement antidépresseurs ou anxiolytiques
- Orientation vers confrère : psychologue, psychiatre...
- Autre : _____

Assurez-vous le suivi de grossesse issue d'un protocole de PMA ?

- Oui
- Non

Etes-vous satisfait de la communication avec les différents spécialistes ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

Votre réponse _____

4) Votre opinion

Quels sont pour vous les 2 principaux freins auxquels sont confrontés les médecins généralistes ?

- Désintérêt du sujet (ce n'est pas une problématique de médecine générale)
- Manque de temps (consultation chronophage)
- Défaut de formation
- Manque de communication avec les spécialistes
- Hypercomplexité du sujet
- Autre : _____

Quelles sont les 2 propositions qui pour vous permettraient d'améliorer la prise en charge de l'infertilité en soins primaires ?

- Rédaction d'une fiche de synthèse d'aide à la prescription du bilan initial
- Mise en place de FMC sur ce thème
- Amélioration de la formation médicale initiale
- Fiche de liaison avec spécialiste
- Autre : _____

Commentaires libres

Votre réponse

Merci de votre aide

ENVOYER

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

ANNEXE 3 : COURRIER QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et j'ai actuellement validé mon 5ème semestre. Lors de ma deuxième année d'internat, j'ai effectué un stage de gynécologie en milieu hospitalier (CHR Evreux). J'ai eu la chance d'assister à quelques consultations d'infertilité.

Je me suis aperçue que les couples arrivaient généralement en consultation sans examen complémentaire ou avec un bilan incomplet. L'infertilité concerne un couple sur six. Les délais pour consulter un spécialiste sont de plus en plus longs.

De plus, la littérature s'accorde sur l'importance des soins primaires tout au long de la prise en charge de ces couples.

C'est pourquoi le sujet de ma thèse porte sur « La prise en charge du couple infertile en soins primaires ».

Le but de cette étude observationnelle est de connaître vos pratiques concernant la prise en charge de l'infertilité en médecine générale, vos limites et difficultés et de proposer des solutions afin d'améliorer cette prise en charge en soins primaires. C'est pour cela qu'il est également important pour mon travail de recenser aussi des médecins ne se sentant pas concernés par cette problématique, en voulant bien répondre à mon questionnaire.

Parallèlement, une comparaison des résultats sera faite par rapport aux recommandations actuelles.

Je vous remercie de bien vouloir répondre à mon questionnaire (lien ci-joint) qui ne prendra que quelques minutes de votre temps. (Seuls les questionnaires entièrement remplis pourront être analysés).

Les résultats de ce travail seront envoyés à toutes les personnes qui en feront la demande en laissant une adresse mail dans la rubrique « commentaires libres » à la fin du questionnaire.

Je vous remercie par avance du temps que vous aurez accordé à mon étude.

Cordialement,

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSczjy6_CCLao0hY5lt6CZfg6Vf97y3eNpOhOTBkpilZiiXFXw/viewform?c=0&w=1

Marie ADAM

marie.adam@etu.univ-rouen.fr

0677912828

ANNEXE 4 : PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

Unité d'enseignement 2

De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'Enfant - L'Adolescent.

DFASM 2

Coordonnateur : Christophe MARGUET

1. Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître la contraception et les problèmes médicaux liés à la procréation, à la grossesse et à la naissance. Il doit participer à la prise en charge de la grossesse et de ses complications. Il doit connaître les problèmes posés par les principales maladies génétiques et participer à l'information de la famille et du malade. L'étudiant doit connaître les principales pathologies de la femme. L'étudiant doit connaître les principaux aspects du développement prénatal et postnatal normal ainsi que certaines anomalies du développement de l'enfant.

2. Objectifs terminaux

N° 21. Examen prénuptial

- Préciser les dispositions réglementaires et les objectifs de l'examen prénuptial.

N° 22. Grossesse normale

- Diagnostiquer une grossesse et connaître les modifications physiologiques l'accompagnant ;
- Énoncer les règles du suivi (clinique, biologique, échographique) d'une grossesse normale ;
- Déterminer, lors de la première consultation prénatale, les facteurs de risque de complications durant la grossesse qui entraînent une prise en charge spécialisée.

N° 23. Principales complications de la grossesse

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse :
 - Hémorragie génitale ;
 - HTA gravidique ;
 - Menace d'accouchement prématuré ;
 - Argumenter les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

N° 24. Grossesse extra-utérine

- Diagnostiquer une grossesse extra-utérine ;
- Identifier les situations d'urgences et planifier leur prise en charge.

N° 25. Douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte

- Diagnostiquer une douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte ;
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

N° 26. Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation

- Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal ;
- Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse ;
- Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues (substances psycho-actives), à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.

N° 27. Connaître les particularités de l'infection urinaire au cours de la grossesse

N° 28. Connaître les principaux risques professionnels pour la maternité, liés au travail de la mère.

N° 29. Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention

- Expliquer les principaux facteurs de risque et les éléments de prévention ;
- Décrire les principales complications et les principaux facteurs pronostiques.

N° 30. Accouchement, délivrance et suites de couches normales

- Expliquer les différentes phases du travail et de l'accouchement ;
- Argumenter la conduite à tenir devant un accouchement inopiné à domicile ;
- Argumenter la prise en charge d'une accouchée durant la période du post-partum.

N° 31. Évaluation et soins du nouveau-né à terme

- Réaliser un examen complet du nouveau-né à terme.
- Reconnaître les situations nécessitant une prise en charge spécialisée.
- Reconnaître et diagnostiquer une infection pendant le premier mois de vie. Promouvoir la qualité des premiers liens affectifs parents-enfant.
- Expliquer aux parents les bases de la puériculture et les informer des mesures de prévention à mettre en œuvre dans les deux premières années de la vie.

N° 32. Allaitement maternel

- Expliquer les modalités et argumenter les spécificités de l'allaitement maternel ;
- Préciser les complications éventuelles et leur prévention.

N° 33. Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours

- Diagnostiquer les principales complications maternelles des suites de couche : complications hémorragiques, infectieuses, thromboemboliques.

N° 34. Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies

- Diagnostiquer une aménorrhée, une ménorragie, une métrorragie ;
- Reconnaître et traiter un syndrome prémenstruel.

N° 35. Contraception

- Prescrire et expliquer une contraception (voir item 326) ;
- Discuter les diverses possibilités de prise en charge d'une grossesse non désirée ;
- Discuter les indications de la stérilisation masculine et féminine.

N° 36. Interruption volontaire de grossesse

- Préciser les modalités réglementaires.
- Argumenter les principes des techniques proposées.
- Préciser les complications possibles et les répercussions de l'interruption volontaire de grossesse.
- Identifier les facteurs de risque de récurrence d'interruption volontaire de grossesse.

N° 37. Stérilité du couple : conduite de la première consultation

- **Argumenter la démarche médicale et les examens complémentaires de première intention nécessaires au diagnostic et à la recherche étiologique.**

N° 38. Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques

- Argumenter la démarche médicale et expliquer les principes de l'assistance médicale à la procréation.

N° 39. Algies pelviennes chez la femme

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

N° 40. Aménorrhée

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

N° 41. Hémorragie génitale chez la femme

- Diagnostiquer une hémorragie génitale chez la femme ;
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

N° 42. Tuméfaction pelvienne chez la femme

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

ANNEXE 5 : COMMENTAIRES LIBRES

- « Je déplore le recours systématique des patientes au gynéco qui ne me font pas confiance, et je perds en pratique. Je savais faire un bilan initial, jamais eu l'occasion je ne sais pas si je saurais encore faire... » (femme, moins de 40 ans, rural) ;

- « Sujet complexe mais non moins intéressant. Une formation initiale ridicule. Une fois que le couple est suivi par un centre de PMA, on ne le revoit plus, le centre PMA gère tout, ce qui est dommage » (Homme, moins de 40 ans, semi-rural) ;

- « Les résultats m'intéressent, bon courage ! » (Femme, moins de 40 ans, semi-rural) ;

- « Sujet intéressant que je ne maîtrise pas du tout. Bon courage pour ta thèse. » (Homme, 40-50 ans, semi-rural).

RESUME

Titre : La prise en charge de l'infertilité en soins primaires en Haute-Normandie.

En France, l'infertilité touche un couple sur six. Le retard à la parentalité ne cesse d'augmenter et par conséquent retarde le diagnostic. Le médecin généraliste est le professionnel de premier recours.

Objectif : analyser les pratiques déclarées des médecins généralistes concernant la consultation du couple infertile. Objectif secondaire : recenser les difficultés des médecins sur le sujet et apporter des solutions.

Méthode : Enquête de pratique pendant 4 mois via un questionnaire informatisé envoyé via une mailing list. Au total, 300 mails envoyés aux médecins généralistes libéraux installés. Questionnaire comportant 23 questions courtes destinées à évaluer les pratiques concernant l'infertilité.

Résultats : 33 réponses analysables ont été obtenues : 22 femmes et 11 hommes. 40% exerçaient en milieu urbain, 27 % en semi rural et 33 % en zone rurale. 76 % des praticiens réalisent les suivis gynécologiques. 73 % considèrent peu connaître l'infertilité. Les examens sont prescrits en moyenne 12 mois après le début du désir de grossesse. 15 % adressent directement aux spécialistes. Chez la femme, l'échographie pelvienne est prescrite par 89 % des médecins. Chez l'homme, le spermogramme est prescrit par 90 % des médecins de l'étude. 97 % des médecins avouent avoir un rôle de conseil majoritairement sur l'accompagnement psychologique et la réassurance. 44 % constataient un manque de lien avec les centres d'AMP. 91 % aimeraient la mise en place d'une fiche de synthèse d'aide à la prescription du bilan initial et 56 % une fiche de liaison avec les centres de PMA.

Conclusion : Dans la prise en charge de l'infertilité, les généralistes ont un rôle majeur de soutien, de conseils et d'accompagnement des couples grâce à la prévention primaire. Cependant le lien avec les centres d'AMP doit être renforcé car les généralistes sont les « pivots » d'une prise en charge indispensable dès que le sujet de fertilité est abordé.

Mots Clefs : infertilité, médecin généraliste, prise en charge, soins primaires.