



HAL
open science

Quelles sont les attentes des médecins généraliste en PACA vis à vis de la problématique du couple infertile

Mathilde Delon

► To cite this version:

Mathilde Delon. Quelles sont les attentes des médecins généraliste en PACA vis à vis de la problématique du couple infertile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01950171

HAL Id: dumas-01950171

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01950171>

Submitted on 10 Dec 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.

**Quelles sont les attentes des médecins généralistes en PACA vis à vis de
la problématique du couple infertile ?**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 26 Avril 2018

Par Madame Mathilde DELON

Née le 14 mars 1990 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon	Président
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie	Assesseur
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	Directeur
Madame le Docteur DELALANDE Géraldine	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM

PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
 ALBANESE Jacques
 ALIMI Yves
 AMABILE Philippe
 AMBROSI Pierre
 ANDRE Nicolas
 ARGENSON Jean-Noël
 ASTOUL Philippe
 ATTARIAN Shahram
 AUDOUIN Bertrand
 AUQUIER Pascal
 AVIERINOS Jean-François
 AZULAY Jean-Philippe
 BAILLY Daniel
 BARLESI Fabrice
 BARLIER-SETTI Anne
 BARTHET Marc
 BARTOLI Jean-Michel
 BARTOLI Michel
 BARTOLIN Robert *Surnombre*
 BARTOLOMEI Fabrice
 BASTIDE Cyrille
 BENSOUSSAN Laurent
 BERBIS Philippe
 BERDAH Stéphane
 BERLAND Yvon *Surnombre*
 BERNARD Jean-Paul
 BEROUD Christophe
 BERTUCCI François
 BLAISE Didier
 BLIN Olivier
 BLONDEL Benjamin
 BONIN/GUILLAUME Sylvie
 BONELLO Laurent
 BONNET Jean-Louis
 BOTTA/FRIDLUND Danielle
 BOUBLI Léon
 BOYER Laurent
 BREGEON Fabienne
 BRETELLE Florence
 BROUQUI Philippe
 BRUDER Nicolas
 BRUE Thierry
 BRUNET Philippe
 BURTEY Stéphane
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier
 CASANOVA Dominique
 CASTINETTI Frédéric
 CECCALDI Mathieu
 CHABOT Jean-Michel
 CHAGNAUD Christophe
 CHAMBOST Hervé
 CHAMPSAUR Pierre
 CHANEZ Pascal
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
 CHARREL Rémi
 CHARPIN Denis *Surnombre*
 CHAUMOITRE Kathia
 CHIARONI Jacques
 CHINOT Olivier
 CHOSSEGROS Cyrille
 CLAVERIE Jean-Michel *Surnombre*
 COLLART Frédéric
 COSTELLO Régis
 COURBIERE Blandine
 COWEN Didier
 CRAVELLO Ludovic
 CUISSET Thomas
 CURVALE Georges
 DA FONSECA David
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia
 DANIEL Laurent
 DARMON Patrice
 D'ERCOLE Claude
 D'JOURNO Xavier
 DEHARO Jean-Claude
 DELPERO Jean-Robert
 DENIS Danièle
 DESSEIN Alain *Surnombre*
 DESSI Patrick
 DISDIER Patrick
 DODDOLI Christophe
 DRANCOURT Michel
 DUBUS Jean-Christophe
 DUFFAUD Florence
 DUFOUR Henry
 DURAND Jean-Marc
 DUSSOL Bertrand
 ENJALBERT Alain *Surnombre*
 EUSEBIO Alexandre
 FAKHRY Nicolas
 FAUGERE Gérard *Surnombre*
 FELICIAN Olivier
 FENOLLAR Florence
 FIGARELLA/BRANGER Dominique
 FLECHER Xavier
 FOURNIER Pierre-Edouard
 FRANCES Yves *Surnombre*
 FUENTES Stéphane
 GABERT Jean
 GAINNIER Marc
 GARCIA Stéphane
 GARIBOLDI Vlad
 GAUDART Jean
 GAUDY-MARQUESTE Caroline
 GENTILE Stéphanie
 GERBEAUX Patrick
 GEROLAMI/SANTANDREA René
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine
 GIORGI Roch
 GIOVANNI Antoine
 GIRARD Nadine
 GIRAUD/CHABROL Brigitte
 GONCALVES Anthony
 GORINCOUR Guillaume
 GRANEL/REY Brigitte
 GRANVAL Philippe
 GREILLIER Laurent
 GRILLO Jean-Marie *Surnombre*
 GRIMAUD Jean-Charles
 GROB Jean-Jacques
 GUEDJ Eric
 GUIEU Régis
 GUIE Sandrine
 GUYE Maxime
 GUYOT Laurent
 GUYS Jean-Michel
 HABIB Gilbert
 HARDWIGSEN Jean
 HARLE Jean-Robert
 HOFFART Louis
 HOUVENAEGHEL Gilles
 JACQUIER Alexis
 JOURDE-CHICHE Noémie
 JOUVE Jean-Luc
 KAPLANSKI Gilles
 KARSENTY Gilles
 KERBAUL François
 KRAHN Martin
 LAFFORGUE Pierre
 LAGIER Jean-Christophe
 LAMBAUDIE Eric
 LANCON Christophe
 LA SCOLA Bernard
 LAUNAY Franck
 LAVIEILLE Jean-Pierre
 LE CORROLLER Thomas
 LE TREUT Yves-Patrice *Surnombre*
 LECHEVALLIER Eric
 LEGRE Régis
 LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
 LEONE Marc
 LEONETTI Georges
 LEPIDI Hubert
 LEVY Nicolas
 MACE Loïc
 MAGNAN Pierre-Edouard
 MARANINCHI Dominique *Surnombre*
 MARTIN Claude *Surnombre*
 MATONTI Frédéric
 MEGE Jean-Louis
 MERROT Thierry
 METZLER/GUILLEMAIN Catherine
 MEYER/DUTOUR Anne
 MICCALEF/ROLL Joëlle
 MICHEL Fabrice
 MICHEL Gérard
 MICHELET Pierre
 MILH Mathieu
 MOAL Valérie
 MONCLA Anne
 MORANGE Pierre-Emmanuel
 MOULIN Guy
 MOUTARDIER Vincent
 MUNDLER Olivier *Surnombre*
 NAUDIN Jean
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
 NICOLLAS Richard
 OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSTIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

PIDEMOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Léon Boubli, qui me fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Ludovic Cravello, qui me fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon estime.

À Madame le Docteur Aurélie Daumas, votre enthousiasme pour participer au jury de ma thèse fut très appréciable et touchant, veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

À Madame le Docteur Géraldine Delalande, tu me fais l'honneur de participer au jury de cette thèse, et j'en suis très touchée. J'ai eu la chance d'apprendre à tes côtés et ainsi de partager ton savoir et ton humanité. Merci pour tout.

À Madame le Docteur Raphaëlle Rousseau Durand, qui me fait l'honneur de diriger ce travail. Je vous remercie sincèrement de votre implication et de vos conseils avisés afin que ce travail voie le jour. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sincère considération pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale.

À mes parents, sans qui rien n'aurait été possible. Vous m'avez accompagnée pendant 10 ans, sans ciller. Vous m'avez aidée et portée dans les moments difficiles. J'ai toujours pu compter sur vous, je vous ai toujours sentis derrière moi. C'est une force incontestable et primordiale dans ce long parcours que sont ces études... Je ne pourrai jamais assez vous remercier. Vous êtes nos piliers. Je vous aime au plus profond de mon cœur.

À mes frères, Aymeric et Fabien, vous qui avez toujours été là, vous qui avez aussi vécu au rythme de ces études. Vous m'avez toujours soutenue. Votre présence est une force, votre soutien un réconfort permanent. Nous formons une belle fratrie et j'en suis fière. Je vous aime et vous faites partie de moi.

À mes grands-parents. Mamie, merci d'avoir bercé et accompagné mon enfance et maintenant ma vie d'adulte avec ta tendre bienveillance et nos fous rires. Je t'aime profondément. Papi, merci pour ta présence et pour l'exemple que tu es pour tous tes petits enfants. Nous sommes fiers de toi, de ta force. Les moutons et la cabane resteront à jamais dans nos plus tendres souvenirs d'enfance.

À ma famille, et à mon parrain Jean Paul, médecin généraliste aveyronnais tout juste retraité, merci pour ton soutien permanent dans ce long parcours.

À ma belle-famille, à Patricia pour votre soutien et votre sincère bienveillance, à Sophie et Charlotte pour votre gentillesse et votre soutien.

À mes meilleurs amis.

Parce qu'il faut bien commencer, merci à mon équipe Sarkette, David et Stass. Vous êtes les meilleurs, merci d'être là, merci pour tous ces moments, ces soirées, ces fous rires. Ces études n'auraient pas été les mêmes sans vous, et je n'aurai pas été la même non plus... J'attends notre suite avec impatience ! #tarama #jacuzzi #génépi

À Angélique, on ne s'est plus quittée depuis ce premier semestre, faut dire qu'on s'est si bien trouvée ! Merci bichette pour ton aide dans ce travail, et ta profonde amitié... Et t'inquiète, « J'ai clampé la dobu !! ».

À la panière, Clairou, Lisou, Val et Lénou. Merci d'être là, nos moments sont rares mais tellement précieux. Nous avons choisi des voix toutes difficiles, mais nous sommes toujours là. La panière en vacances reste un des plus beaux moments de l'année. Je vous aime fort.

À Nico, Fabien, Eva, merci d'avoir partagé ces beaux moments d'externat, internat... Merci pour ces rires indispensables au quotidien.

Je remercie tous les médecins qui ont croisé ma route. Farid, merci pour ton enseignement, ta gentillesse, les fous rires aux endos... Ta façon de pratiquer la médecine restera pour moi un exemple, j'aimerais sincèrement réussir à devenir un médecin comme toi. Merci pour tout... (Merci qui ? et vive les quiches !)

Merci aux infirmières et infirmiers, cadres, aides-soignants, secrétaires, assistantes sociales, tous ces professionnels de santé qui ont croisé ma route et ont su me marquer et me toucher en me transmettant leurs connaissances.

Je remercie sincèrement les médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail, sans eux rien n'aurait été possible. Merci de votre temps et de votre souci de transmission.

Et enfin à toi, mon Loup, mon amour, merci pour ton soutien, ta patience (il en aura fallu ... !), ton amour sans limite au quotidien, et ton aide dans ce travail. Merci d'aimer ma folie, mes (rares ?) excès, et d'être là, toujours, pour moi (et Berlioz !). À nos merveilleux voyages à travers le monde, et à celui de notre vie que nous démarrons bientôt ce 28 juillet. Je suis fière de devenir ta femme. Et je sais que nous poursuivrons notre furieuse envie de vivre à deux et puis à trois...

Mon amour, « *j'entends vibrer ta voix dans tous les bruits du monde* » ... ♥

Sommaire

INTRODUCTION	4
MATERIELS ET METHODES	8
1. METHODE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP ET ENTRETIENS SEMI DIRIGES	8
1.1. Focus Group	9
1.2. Entretiens semi dirigés	10
2. POPULATION DE L'ETUDE	11
3. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	12
4. DEROULEMENT DES FOCUS GROUP ET ENTRETIENS	12
5. RECUEIL DES DONNEES	13
6. ETHIQUE	13
7. ANALYSE DES DONNEES	13
RESULTATS	15
1. POPULATION	15
2. LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE	17
2.1. Une pratique hétérogène	17
2.2. Une pratique gynécologique malgré lui	20
2.3. Une pratique difficile en cabinet de médecine générale	21
<i>a. La gynécologie : une spécialité à part</i>	21
<i>b. Le médecin généraliste : dans l'intimité des familles</i>	22
<i>c. Etre un praticien masculin : un obstacle qui divise</i>	23
<i>d. Une perte de pouvoir</i>	23
<i>e. Un manque de pratique</i>	24
<i>f. Qui engendre une perte de connaissances et de compétences</i>	25
<i>g. Le défaut de matériel</i>	25
<i>h. Une spécialité qui peut faire peur</i>	26
3. LE COUPLE INFERTILE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE	27
3.1. Un motif rare mais récurrent	27
3.2. Médecin de première ligne et médecin coordinateur	30
3.3. Un rôle de soutien et d'accompagnement	32
3.4. Des prises en charge très disparates	34
<i>a. Définir l'infertilité</i>	34
<i>b. Prescription d'exams complémentaires : pas de consensus chez les médecins généralistes</i>	35
4. LE RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE FACE A L'INFERTILITE : BEAUCOUP D'OBSTACLES	37
4.1. Une légitimité modérée	37

4.2.	Une prise en charge spécialisée qui apparait difficile	38
4.3.	Un manque d'information ?	40
4.4.	Une réorientation précoce	41
4.5.	Le manque de coordination entre les centres de PMA et la médecine de ville	42
4.6.	Un rôle de « service après-vente » peu valorisant	43
5.	DES SOLUTIONS RAPIDEMENT PROPOSEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	44
5.1.	Améliorer la prise en charge par la formation médicale continue	45
5.2.	Une prise en charge multidisciplinaire	46
5.3.	Qui passe par un réseau de praticiens	47
5.4.	Une revalorisation de la consultation prénatale du couple	48
5.5.	Proposer une prise en charge consensuelle accessible et adaptée à la pratique de la médecine générale	49
DISCUSSION		51
1.	LES FORCES DE L'ETUDE	51
1.1.	Un domaine peu étudié	51
1.2.	L'analyse qualitative	51
1.3.	Le recueil et l'exploitation des données	52
2.	LES FAIBLESSES DE L'ETUDE	53
2.1.	Le guide d'entretien	53
2.2.	Un faible recrutement	53
2.3.	Les limites de l'analyse qualitative	54
	<i>a. La dynamique de groupe dans le focus group</i>	54
	<i>b. Une relation binaire pour les entretiens semi dirigés</i>	54
	<i>c. L'échantillonnage</i>	54
	<i>d. Une analyse purement qualitative</i>	55
3.	CONFRONTATION AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE	55
3.1.	Confrontation des obstacles perçus à la pratique de la gynécologie	55
3.2.	En route vers la fin des gynécologues médicaux	58
3.3.	L'infertilité : un futur enjeu de santé publique	60
3.4.	Quel avenir pour l'infertilité en médecine générale ?	62
3.5.	La réalisation d'une solution évoquée par les praticiens : un guide line pour la prise en charge du couple infertile en médecine générale	63
CONCLUSION		64
BIBLIOGRAPHIE		65
ANNEXES		69
ANNEXE 1		69

ANNEXE 2

70

ANNEXE 3

71

INTRODUCTION

L'infertilité est définie par l'OMS comme l'incapacité d'obtenir une grossesse après douze mois ou plus de rapports sexuels réguliers et non protégés.

Le domaine de la fertilité est devenu un problème de santé publique depuis quelques années. La baisse de la fertilité du couple tendrait à croître, et l'implication de certains facteurs environnementaux est de plus en plus sujet à questionnements. Les autorités ont noté la nécessité d'élaborer un suivi de la fertilité ainsi qu'une surveillance systématique des indicateurs individuels de fertilité (1). Cela permettra d'établir une base de données scientifiquement fiable sur laquelle des recherches ou des actions de santé publique pourront être menées.

En fonction des antécédents, des résultats, de l'âge de la femme et du nombre de mois d'essai de conception, l'attitude va être soit de rassurer le couple et temporiser, soit de s'orienter vers un bilan d'infertilité, et ce parfois, avant même un an de tentative de grossesse en fonction du contexte.

Un couple sur sept sera concerné par l'infertilité (2) lorsque le désir de grossesse se décidera.

En effet, deux principales études réalisées en France métropolitaine s'appuyant sur un indicateur objectif de fertilité nous donnent les résultats suivants :

- l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 (3), qui reposait sur un échantillon de 14 187 femmes venant d'accoucher, retrouvait une fréquence d'infertilité involontaire après 12 mois à 18%, pourcentage ramené à 8% à 24 mois ;
- l'Observatoire Epidémiologique de la Fertilité en France (4) réalisé en 2007 – 2008, à partir d'un échantillon aléatoire de 867 couples n'utilisant pas de contraception, retrouvait une infertilité involontaire après 12 mois à 24%, ramenée à 11% après 24 mois.

Ces études nous indiquent qu'environ un couple sur 4 à 6 qui arrête d'utiliser un moyen de contraception sera concerné par une infécondité involontaire d'un an.

Deux principales hypothèses semblent expliquer en parti ces chiffres, en dehors des étiologies connues d'infertilité. Les évolutions sociétales et particulièrement l'augmentation de l'âge des femmes lors du projet conceptionnel (expliqué par l'accès des femmes à un niveau d'études supérieures, le désir des couples à accéder à un certain confort matériel avant le premier enfant) sont un facteur reconnu influençant fortement les chances pronostiques d'obtention d'une grossesse. Selon l'INSEE, l'âge moyen des femmes à la première naissance est passé de 24,5 ans en 1977 à 28,5 ans en 2015 (5). Egalement l'augmentation de l'infertilité masculine est un autre principal facteur explicatif, de par une évolution péjorative des qualités quantitatives et qualitatives du sperme. Des travaux de l'InVS réalisés sur le territoire français (6,7) retrouvaient en ce qui concerne les hommes une baisse de la qualité du sperme sur la période 1989-2005, et, sur la période 1998- 2008, une augmentation des taux de cancer du testicule, de cryptorchidie et d'hypospadias.

De fait, les couples confrontés à une problématique d'infertilité sont en demande d'une prise en charge médicalisée (8). Devant une démographie déclinante des gynécologues médicaux (9) et un accès limité aux centres spécialisés (5 centres agréés en PACA : CHU de la Conception, Hôpital saint Joseph et Clinique Bouchard à Marseille, Clinique Saint Michel à Toulon, et polyclinique Urbain V à Avignon) (10), le médecin généraliste est et sera confronté à des couples en difficulté. Il doit donc pouvoir fournir une réponse adaptée, et accompagner les patients dans un parcours souvent long et éprouvant.

Plusieurs revues de la littérature (11, 12, 13, 14, 15) révèlent l'importance des soins primaires tout au long de la prise en charge de ces couples, à partir d'études auprès de patients ou de recommandations des spécialistes de l'infertilité comme le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). En effet, en décembre 2010, le CNGOF 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 (16). Celle-ci se déroule lors d'une consultation en cabinet chez le praticien auquel le couple a choisi de confier ses difficultés à concevoir, ce médecin pouvant être, entre autre, un généraliste.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours par définition. Quand on se réfère à ses missions, définit entre autres par l'article 36 (L.4130-1) de la loi HPST (17), on retrouve les notions de *prévention, de dépistage et de diagnostic, d'éducation pour la santé, de traitement et de suivi des maladies, d'orientation des patients dans le système de soin, de coordination des soins nécessaires au patient, de surveillance à l'application individualisé des protocoles, et de synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.*

Ces rôles semblent s'appliquer facilement au domaine de l'infertilité, notamment dans le dépistage, le bilan initial, l'accompagnement, l'orientation et le suivi. Evidemment le médecin généraliste doit travailler en complémentarité de la prise en charge spécialisée qui reste indispensable.

Une enquête d'opinion en France en 2006 (18) auprès de 96 couples confrontés à une infertilité montrait en effet que 60% des couples estimaient que le médecin traitant jouait un rôle prépondérant dans la prise en charge, notamment de conseils (73%), d'accompagnement et soutien psychologique (64%) et pour débiter les examens (44%). La majorité souhaitait que leur médecin traitant soit plus impliqué dans leur parcours, résultat retrouvé dans l'étude de Wilkes au Royaume-Uni en 2009 (19).

Un précédent travail de thèse quantitative de médecine générale en Midi-Pyrénées datant de 2013 (20), avec un questionnaire à remplir en ligne auprès de 138 médecins généralistes, a montré que 93% des médecins avaient été confrontés à des consultations d'infertilité et 69% considéraient l'infertilité comme une problématique de médecine générale.

Egalement, une autre thèse de médecine générale soutenue à Rennes en 2009 évaluait directement l'opinion du médecin généraliste à ce sujet grâce à des entretiens semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, qui dans l'ensemble, se sentaient mal à l'aise avec cette problématique et avaient le sentiment d'un rôle limité (21).

Par ailleurs, une étude plus ancienne datant de 1997 mais à plus grande échelle avait recueilli les perceptions et attitudes de 414 médecins généralistes anglais face à la prise en charge initiale d'un couple infertile (22). La conclusion avançait la nécessité d'améliorer la formation pour une prise en charge plus optimale de l'infertilité en médecine générale. Mais un fort taux de participation à cette étude (83%) prouvait bien l'intérêt des médecins généralistes dans ce domaine.

Ce travail de thèse a consisté à interroger les médecins généralistes libéraux de PACA, vis à vis de leur rôle dans la prise en charge de l'infertilité d'un couple.

Quelles perceptions ont-ils de l'infertilité ? Quelles attentes, quels obstacles et quels freins ont-ils pu rencontrer dans leur pratique ?

Serait-il possible de proposer secondairement une solution accessible et adaptée pour améliorer leur positionnement dans ces consultations ?

MATERIELS ET METHODES

1. METHODE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP ET ENTRETIENS SEMI DIRIGES

L'angle d'étude de cette thèse est orienté vers le ressenti des médecins généralistes de PACA vis à vis de la problématique du couple infertile. La méthode d'étude qualitative s'est donc imposée tout naturellement, car elle a permis le recueil du point de vue et des réflexions des médecins participants de manière subjective, en intégrant les facteurs et les représentations personnelles.

L'étude qualitative produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes (Taylor et Bogdan, 1984). Elle renvoie à une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle traite de données difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques mais ne leur accorde tout simplement pas la première place (23,24,25).

Si cette méthodologie d'étude n'était pas reconnue il y a encore quelques temps - car qualifiée « de faible valeur scientifique » - elle a su se développer ces dernières années et, faisant suite aux anglo-saxons (26,27), une part de plus en plus importante lui est consacrée dans les publications et congrès francophones. Initialement créée pour les sciences sociales aux alentours de 1920, reprise en 1950 pour le marketing, il faut attendre les années 1990 pour voir les chercheurs en santé s'y intéresser (28). Depuis 2003, le terme MESH (*MEdicalSubject Headings*) reprenant les recherches qualitatives est disponible sur Medline-Pubmed.

Pour ce travail, nous avons choisi deux techniques de recueil de données présentes en recherche qualitative : le focus group et les entretiens semi dirigés.

1.1. Focus Group

- Définition

Il s'agit de groupe de parole de 6 à 8 participants, orchestré par un modérateur extérieur au travail afin de conserver le plus d'impartialité dans l'animation du débat. Il est aidé d'un guide d'entretien qui sert de trame à la discussion. Un observateur note les attitudes non verbales des participants sans intervenir. Cette méthode qualitative favorise l'émergence d'opinion par la dynamique de groupe. L'objectif n'est évidemment pas d'atteindre un consensus mais que la diversité de point de vue émerge face à l'interaction entre les participants.

L'analyse consiste ensuite à extraire les principales idées, à les classer et les organiser.

- Forces

Cette méthode amène une grande efficacité pour produire des données. La dimension collective est présente dans l'enquête elle-même dès le départ, et pas uniquement dans l'analyse.

Cela permet d'entendre de façon fine la complexité du vécu des praticiens et de prendre du recul dans une dynamique d'intelligence collective. Ces groupes de parole apparaissent comme pertinents pour saisir le contexte contemporain de complexité et d'incertitude auquel les médecins généralistes sont confrontés.

- Limites

Sa mise en œuvre a paru difficile pour l'organisation. En effet, il faut pouvoir rassembler plusieurs médecins (minimum 6) sur un même lieu et même date, dans un secteur géographique relativement proche, et ce en fin de journée après une vacation de consultation. Malgré l'intérêt exprimé des médecins consultés, très peu ont accepté de participer du fait des contraintes organisationnelles.

De plus, une étude en groupe présente comme risque de limiter ou de brider la parole des participants.

Il a donc été décidé de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés pour la suite du recueil de données.

1.2. Entretiens semi dirigés

- Définition

Avec la méthode d'entretien individuel, l'enquêteur interroge les personnes une à une et rassemble les informations issues de leurs propos pour exposer leur dimension collective.

Dans ce travail nous avons effectué des entretiens semi dirigés, où l'interviewer prévoit quelques questions à poser en guise de point de repère, en s'aidant de notre guide d'entretien.

Les entretiens sont programmés tant que de nouvelles idées émergent, et ce jusqu'à saturation des données.

- Forces

L'entretien individuel permet d'aborder avec une grande finesse le vécu personnel, les émotions et représentations des participants.

- Limites

La relation binaire entre l'interviewer et le médecin interrogé présente comme principale limite une absence de stimulation et peu de remise en question dans le raisonnement de la personne sollicitée. En effet, l'interviewer ne doit pas influencer le débat, mais rester neutre face à ses réactions et son attitude.

2. POPULATION DE L'ETUDE

- Critère d'éligibilité

Il fallait être un médecin généraliste, remplaçant ou installé, exerçant en PACA dans un cabinet de groupe ou non.

- Critères d'exclusion

Les médecins non thésés et retraités étaient exclus de l'étude.

- Constitution des échantillons et mode de recrutement

Les médecins ont été sollicités par téléphone pour participer à l'étude. Certains de ces participants avaient une connaissance commune avec l'auteur de la thèse, d'autre ont été démarché spontanément. Il s'agissait d'un volontariat.

Nous avons essayé d'obtenir un panel assez représentatif de tout âge, sexe, et mode d'exercice afin d'être le plus exhaustif possible, c'est pourquoi les participants ont été sélectionnés les uns après les autres, pour essayer de diversifier au maximum le corpus. La diversité de l'échantillon a été recherchée sur les critères suivants : l'âge, le genre, le type d'exercice (en groupe ou individuel) et le lieu géographique de l'installation (rural, semi-rural, et urbain).

Les médecins n'étaient pas informés préalablement du thème de la question, afin de ne pas influencer le taux de participation et de recueillir le point de vue de praticiens qui ne sont pas forcément à l'aise avec le thème abordé pour en extraire une analyse et de potentiels axes d'amélioration.

La confirmation de la participation s'est faite directement avec l'investigateur principal de l'étude.

3. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Un guide d'entretien a été élaboré en amont avant tout entretien ou focus group (ANNEXE 1) par l'auteur de la thèse. Il s'agissait d'un questionnaire composé de 6 grandes questions ouvertes. La problématique de recherche est double : elle porte sur la perception de leur rôle dans la prise en charge de l'infertilité d'un couple, mais elle se doit également de mettre en avant les obstacles et les freins qu'ils ont pu rencontrer, et ce afin de proposer une solution accessible pour améliorer leur positionnement dans ces consultations. Le guide a été réalisé pour répondre à cette double attente.

Les premières questions, très généralistes, concernaient la pratique globale de la gynécologie en médecine générale. Cela permettait d'élargir le débat et d'instaurer un climat de confiance dans une dynamique de groupe. Les questions suivantes abordaient l'infertilité, dans un premier temps ce qu'elle représentait pour les médecins, et secondairement sur leur attitude face à ce type de consultation, et sur les difficultés perçues.

Le canevas d'entretien a été testé au cours du focus group et des deux premiers entretiens et n'a pas été modifié pour le reste de l'étude.

4. DEROULEMENT DES FOCUS GROUP ET ENTRETIENS

Le focus group s'est organisé en janvier 2017 chez l'animateur, à Solliès-Pont (83), lui-même nécessairement un médecin généraliste afin d'animer correctement l'échange. Il était donc chargé en toute neutralité de mener le débat en suivant le guide d'entretien.

L'observateur, auteur de cette thèse, accueillait les participants, puis au cours du débat constataient et relevaient les attitudes et expressions non verbales des participants sans intervenir.

Le groupe de parole a duré 1 heure 4 minutes, avec une participation de 6 médecins.

Les entretiens se sont déroulés d'octobre 2017 à janvier 2018, au cabinet des médecins sollicités. Ils ont tous été menés par une seule et même personne.

5. RECUEIL DES DONNEES

Nous avons utilisé un format vidéo via dictaphone (doublé pour éviter les pertes) afin de recueillir les données pour les deux méthodologies, complété par des notes écrites de l'observateur lors du focus group notamment pour les comportements non verbaux. Une retranscription au format verbatim a été effectuée après chaque entrevue, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word®). Ainsi, le langage familier, les hésitations et le ton employé ont été indiqués lorsque cela semblait pertinent.

L'anonymat a été garanti en changeant les prénoms des médecins participants sans fournir les noms de famille.

6. ETHIQUE

Le consentement a été recherché à chaque fois, avec un enregistrement audio de l'accord de chacun des participants. Une information claire et loyale a été apportée à l'oral afin de préciser le but de l'étude et garantissant l'anonymat sur l'exploitation des données.

7. ANALYSE DES DONNEES

Chaque retranscription a été analysée rapidement après chaque entretien ou focus group, afin de favoriser l'évolution de la réflexion sur le sujet pour les recueils suivants.

L'encodage a été fait de la manière suivante et en deux temps, par l'auteur de cette thèse :

- un premier codage ouvert par lecture des verbatim afin de définir des unités de signification en fonction des idées, opinions et représentation énoncées ;
- un deuxième codage thématique avec regroupement des unités de signification par thème.

L'analyse a été faite selon une approche par théorisation ancrée avec analyse du discours, du contenu et du contexte (29).

Secondairement, une triangulation des résultats a été effectuée dans le but d'augmenter la validité de l'étude. Un autre médecin, indépendant à l'étude, a également procédé au codage des données. Après recoupement et comparaison avec les codes trouvés par l'auteur, peu de divergences ont été révélées ce qui a permis d'aboutir à un consensus rapide entre les deux chercheurs.

Le nombre d'entretien nécessaire à la saturation des données, définie par l'absence d'apparition de nouvelle idée lors des entretiens, et confirmée par deux entretiens supplémentaires, a été de 1 focus group et 8 entretiens semi dirigés, soit après 5h16 d'enregistrement.

RESULTATS

1. POPULATION

Pour le focus group, sur 22 médecins généralistes consultés, seulement 6 ont accepté de participer, soit un taux de 27,3%.

Puis pour les entretiens semi dirigés, sur 41 médecins généralistes sollicités, seulement 8 ont accepté une interview physique, soit un taux de participation de 19,5%.

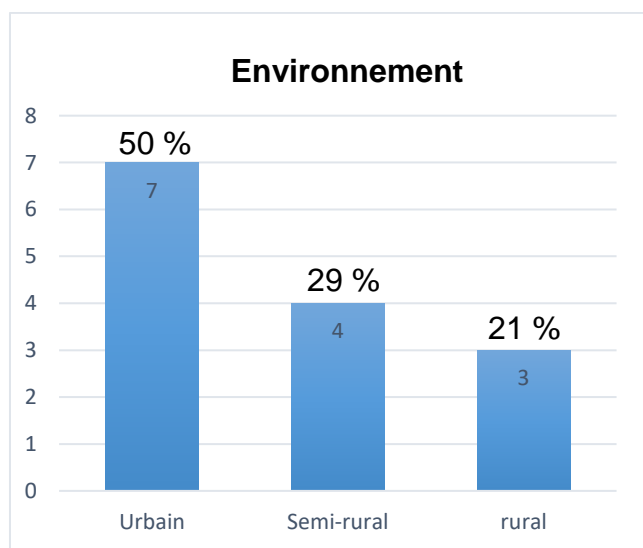
14 médecins généralistes de PACA ont donc participé à notre étude, 6 dans le focus group et 8 en entretiens semi dirigés. Au total nous avons eu une égalité stricte entre les genres avec 7 médecins hommes et 7 médecins femmes interrogés. L'âge moyen des participants était de 44,4 ans.

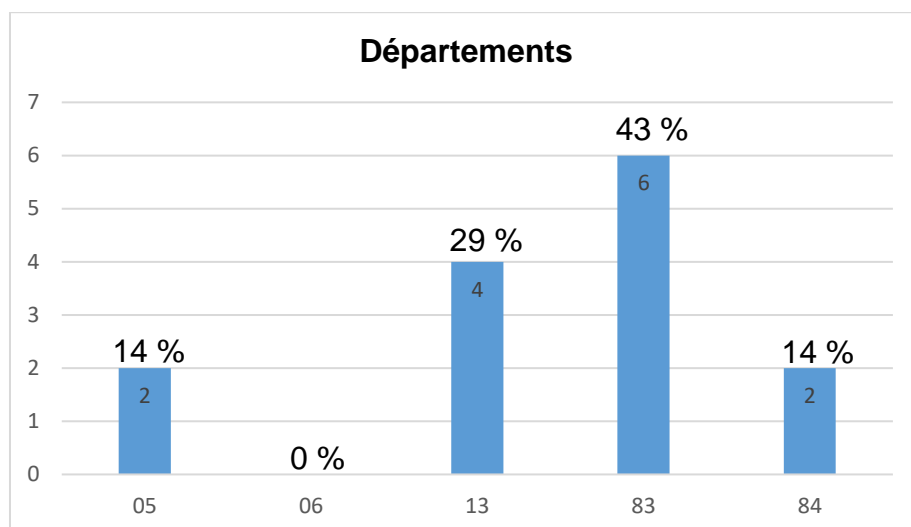
Nous avons obtenu le recueil d'expériences de médecins ayant des modes de pratique et des secteurs d'installation différents, dans des régions différentes, permettant d'obtenir un corpus varié où chaque environnement et exercice en cabinet était représenté.

Les résultats sont disponibles dans les tableaux ci-dessous.

Nombre d'individus		
14		
Moyenne d'âge		
44,43		
Sexe		
F	7	50,00%
M	7	50,00%
Exercice		
Individuel	8	57,14%
Groupe	6	42,86%

Focus group					
	Age	Sexe	Exercice	Environnement	Département
Marie	35	F	Individuel	Urbain	83
Catherine	41	F	Groupe	Semi-rural	83
Françoise	62	F	Groupe	Urbain	83
Alain	65	M	Groupe	Semi-rural	83
Patrick	55	M	Individuel	Rural	83
Michel	58	M	Individuel	Rural	83
Semi-dirigé					
	Age	Sexe	Exercice	Environnement	Département
Laure	39	F	Individuel	Urbain	13
Marc	43	M	Individuel	Urbain	13
Rachel	46	F	Individuel	Semi-rural	13
Thomas	38	M	Groupe	Urbain	13
Célia	33	F	Individuel	Urbain	05
Charles	32	M	Groupe	Semi-rural	84
Pauline	35	F	Groupe	Urbain	05
Pierre	40	M	Individuel	Rural	84





2. LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE

2.1. Une pratique hétérogène

Nous avons commencé les entretiens en demandant aux médecins quelle était la place de la gynécologie dans leur pratique quotidienne. Cette question, très généraliste, permettait d'une part d'avoir un effet « brise-glace » afin d'engager les discussions, tout en témoignant de la place de la gynécologie dans le quotidien d'un cabinet de médecine libérale.

Ce qui s'est révélé dès le début des interrogatoires, c'est la pratique très hétérogène de la gynécologie.

« Animateur : Quelle est la place de la gynéco dans votre activité quotidienne ?

Michel : Une petite place, j'interviens quand le gynécologue n'est pas là (...).

Marie : Alors moi je fais pas mal de gynéco quand même, (...) 20% de ma patientèle (...).

Catherine : J'ai à peu près 50% de ma patientèle qui est de la patientèle de gynécologie (...).

Françoise : *Moi j'en fais (...) en deuxième intention c'est à dire quand le gynéco n'est pas joignable. »*

« Animateur : *Quelle est la place de la gynécologie dans ta pratique quotidienne ?*

Célia : *Elle est assez faible ! (rires) Voire même très faible.*

Thomas : *Ben j'en fais pas je crois.*

Pauline : *Ben ça dépend des jours en fait. Mais peut-être 20 – 25 % de mes consults. (...) Peut-être 35% avec les pilules, la sécheresse vaginale et tout ça. »*

Plusieurs médecins se perçoivent comme « une deuxième ligne », si le gynécologue n'est pas libre au moment de la demande de la patiente.

Cette pratique va dépendre de la disponibilité et de la distribution des gynécologues sur le lieu d'exercice des médecins.

« Catherine : (...) nous à La Crau (83) on n'a pas de gynécologue, et les gynécos à Hyères prennent de moins en moins de patientes, ils sont tous pleins ou plus conventionnés, donc c'est vrai que ça reporte beaucoup la gynéco sur nous, en tout cas sur moi.

(...)

Alain : *Alors euh, j'attribue ça que peut être les femmes ont pris l'habitude d'aller chez le gynéco, dans le midi il semble qu'il y en ait suffisamment. »*

Mais cette pratique va également dépendre de l'attrait des médecins pour cette spécialité.

« Laure : *J'aime bien cette discipline donc j'en fais un peu. »*

(...)

Thomas : (...) *Après je sais que j'ai des collègues qui aiment bien la gynéco médicale. »*

Sur ce dernier point, le positionnement est assez tranché. Certains médecins s'intéressent particulièrement à la gynécologie, par le biais notamment de formations complémentaires telles que DESIU. Ils se sentent à l'aise dans la pratique de cette discipline, et leur patientèle est en demande.

« Catherine : (...) j'ai un diplôme de gynécologie obstétrique qui s'appelle pathologie de la femme.

(...)

Laure : Je me sens à l'aise dans la gynécologie médicale de débrouillage, (...) j'ai fait il y a quelques années un DU et donc je me sens assez à l'aise.

(...)

Pierre : J'ai un DU de gynéco que j'ai fait avec le Pr Boubli à l'Hôpital Nord, il y a 10 ans maintenant, en 2007. (...) là aussi il faut avoir une formation pour les IVG, que j'ai faite avec le Pr Boubli. »

Pour ces médecins, la pratique est capitale pour être à l'aise dans la prise en charge de la pathologie gynécologique.

« Animateur : Donc vous, vous vous sentez assez à l'aise en gynéco ?

Pierre : Oui, ça va. Globalement oui je crois, c'est comme tout il faut pratiquer ! Puis on a beaucoup de demande, surtout ce qui est MST, leucorrhées, ça c'est vraiment la médecine générale gynéco.

Pauline : C'est en faisant aussi, les examens, etc, qu'on est à l'aise et qu'on en fait plus aussi. »

D'autres vont être assez réfractaires à ces consultations. Ils verbalisent un manque d'attrait pour la discipline qui ne les pousse pas à provoquer ces consultations.

« Thomas : On peut pas être bon partout ici en médecine générale. Donc ce domaine, je le laisse aux autres. Donc pas des craintes, mais un défaut d'investissement oui.

(...)

Marc : Et il y a tellement d'autres types de consultation que c'est pas comme si j'en avais besoin ! (rires) »

2.2. Une pratique gynécologique malgré lui

Néanmoins, en interrogeant les médecins qui estiment ne pas pratiquer la gynécologie, on retrouve et ce à chaque fois, une activité gynécologique. Ils en pratiquent donc parfois sans même le réaliser. Par exemple, un motif fréquent de consultation chez la femme va être le renouvellement de sa contraception. Elle s'oriente très facilement vers son médecin traitant devant la disponibilité de ce dernier et la réactivité dans la prise de rendez-vous. On peut également citer les troubles climatiques, ou même les dysménorrhées.

« Alain : (...) peut-être des renouvellements de pilules, des bilans de MST.

Michel : (...) avec la pilule qui fait partie de nos prescriptions, les prescriptions des pilules de troisième génération, etc. »

Animateur : Vous ne faites pas de gynéco. Mais... Même pas des prescriptions de pilule ?

Marc : Ah ben oui ! Ça oui ! Et puis des retards de règles (...) Un peu des troubles de la ménopause aussi. Bon et puis c'est sûr les mycoses aussi. »

Car finalement la gynécologie peut être abordée comme la médecine de la femme, et le médecin généraliste reste le premier maillon lorsque la patiente présente une inquiétude ou un trouble fonctionnel.

« Célia : Bon des fois quelques douleurs mammaires, des... Quelques saignements, ça arrive souvent qu'on ait des méno-métrorragies.

Patrick : (...) la vaginite, les antibiotiques, les troubles des règles, les saignements de la péri ménopause, les THS, pleins de choses dont il m'arrive de m'occuper.

(...)

Michel : Je m'occupe des bouffées de chaleur aussi de temps en temps, les femmes ménopausées aussi, la sécheresse vaginale, retour du désir... Non mais plus sérieusement c'est comme Patrick. L'ostéoporose aussi, voilà.

Françoise : Mais les seins par exemple, les seins ça fait partie de la gynéco quand même et on les examine. »

2.3. Une pratique difficile en cabinet de médecine générale

a. La gynécologie : une spécialité à part

La gynécologie est parfois vue comme une discipline à part dans l’imaginaire collectif.

« Michel : (...) c’est une espèce de sectorisation de la médecine, et l’organe génital ne fait pas partie de la médecine générale dans l’esprit de la plupart des gens. C’est comme ça. »

De plus, le phénomène de sur spécialisation de la médecine renforce surement un clivage des spécialités. Les médecins se retrouvent moins sollicités, la pratique ancienne était en partie dictée par la demande et la nécessité de proposer une prise en charge.

« Alain : Alors moi dans l’évolution de mon exercice petit à petit je fais de moins en moins de gynéco, alors euh j’attribue ça au fait que peut être les femmes ont pris l’habitude d’aller chez le gynéco (...).

Patrick : (...) non c’est les patientes, je ne suis pas sollicité. »

En conséquence, selon les médecins interrogés, les patientes se dirigent facilement vers leur gynécologue directement.

« Rachel : (...) Ben soit les patientes vont le voir directement et me raconte sur une consultation suivante ce qu’il s’est passé, soit elles n’arrivent pas à le joindre et je les vois. »

Ou alors, elles voient le médecin généraliste comme un moyen d'obtenir une prescription d'examen complémentaire avant la prise en charge par le spécialiste.

« Pauline : Il arrive effectivement que des femmes viennent avec des douleurs de seins, comme elles ne peuvent pas voir leur gynécologue rapidement, donc elles veulent une mammographie, une écho, donc oui effectivement il arrive d'examiner des seins. Mais tout ça dans le but d'une prescription d'examens complémentaires. »

D'ailleurs, certaines patientes ne savent pas forcément que certains actes sont accessibles au cabinet de médecine générale. Elles sectorisent facilement la gynécologie sans se rendre compte que leur médecin traitant pourrait par exemple effectuer le dépistage du cancer du col par le frottis.

« Michel : (...) puisqu'elles ne savent pas, quand elles me demandent, que je peux faire des frottis, l'implant aussi contraceptif, on peut mettre des implants et retirer des implants. (...) »

Catherine : Moi j'en ai quelques-unes qui avaient leur gynéco et qui se rendent compte au bout d'un moment que sur mon ordonnancier il y avait marqué la pathologie de la femme. Et qui du coup après viennent me voir. »

b. Le médecin généraliste : dans l'intimité des familles

Le médecin traitant prend souvent en charge toute une famille. Il suit ses patients sur le long voire très long terme, il traverse avec eux les étapes de leur vie. Il n'est pas rare qu'un médecin se retrouve à prendre en charge les enfants d'une patiente qu'il soignait elle-même déjà petite. Par ailleurs, une relation de sympathie s'installe au fur et à mesure du temps. Pour les médecins, il s'agit là d'une intimité qui peut faire obstacle à la pratique de la gynécologie ; quant aux patientes elles peuvent se sentir mal à l'aise de partager leur sphère génitale.

« Marc : Je suis leur médecin traitant. Pour elle, ce n'est pas le même domaine je pense. Elles ne doivent pas se sentir très à l'aise aussi. »

Michel : (...) les femmes considèrent que nous connaissons leurs enfants, nous connaissons leurs maris, donc euh nous ne devons pas connaître leur intimité. (...)

Catherine : Alors c'est ça le truc aussi c'est « je ne peux pas montrer mes fesses à mon médecin » !

Charles : (...) il y a de la gêne aussi, il y a des femmes qui m'ont dit qu'elles préféreraient que ce soit quelqu'un d'autre qui les examine, donc je les ai adressées ailleurs. »

c. Etre un praticien masculin : un obstacle qui divise

Certains médecins avancent l'idée que le sexe masculin serait un réel frein dans la pratique de la gynécologie.

« *Catherine* : (...) je suis sûre que c'est le fait que je sois une femme. Parce que j'ai certaines patientes de mes associés qui viennent me voir et qui me disent « ah mais non je ne pourrais jamais avec docteur un tel parce que c'est un homme ». »

Néanmoins cette analyse est facilement contestée parmi les médecins interrogés.

« *Michel* : (...) il y a des femmes qui jurent que jamais elles ne verront une femme comme gynéco. Il y a beaucoup de gynécologues médicaux (qui sont en voie de disparition comme chacun le sait), comme de gynéco obstétriciens qui sont des hommes. Et ça n'a jamais empêché les femmes de se faire examiner.

Marie : Moi je ne pense pas que cela soit forcément un obstacle puisqu'il y en a qui préfèrent aller voir des hommes d'ailleurs. »

d. Une perte de pouvoir

Des médecins participants à l'étude ont indiqué qu'ils se sentaient désinvestis dans le droit de pouvoir examiner une patiente, expliquant ce fait en partie par une trop faible pratique.

« Alain : petit à petit je fais de moins en moins de gynéco, (...) donc petit à petit j'ai perdu le « pouvoir » entre guillemets de faire de la gynéco.

Thomas : (...) je me sens un peu désinvesti du « pouvoir » entre guillemet de pouvoir examiner une femme. »

Ils participent donc à la sectorisation de la gynécologie que nous avons abordée précédemment. En se mettant en retrait devant une pratique trop réduite, ils n'incitent pas les patientes à les inclure dans leur suivi gynécologique.

« Animateur : Mais peut être que vos patientes sentent aussi que ce n'est pas trop « votre truc » et du coup elles ne vous sollicitent pas ?

Thomas : Ah surement. Je pose pas trop de questions en fait (rires). Donc forcément elles ne doivent pas être le plus à l'aise pour me parler spontanément de choses. »

e. Un manque de pratique

La majorité des médecins consultés met en avant une pratique trop pauvre, notamment par le peu de sollicitations des patientes rapportées plus haut.

« Marc : Ben c'est pas comme le vélo, une fois que t'as appris, ça revient pas ! (rires). Ça va faire longtemps maintenant mes études. J'ai fait un peu d'urgences aussi au début de ma carrière. Donc on recevait les urgences gynécos. J'ai gardé quelques reflexes. Mais je ne pratique pas assez pour me sentir très à l'aise.

Patrick : (...) je n'ai plus posé un spéculum depuis dix ans !

Charles : Ben comme je n'en fait pas beaucoup, je ne suis pas très sûr de moi. »

f. Qui engendre une perte de connaissances et de compétences

Le lien est très vite fait par la majorité des médecins consultés qui pratiquent peu la gynécologie. Leur faible pratique favorise une perte des compétences acquises.

« Michel : A partir du moment où l'on n'en fait pas souvent, on a aussi un problème de compétences. Ce n'est pas que l'on en a pas fait beaucoup ou que l'on n'a pas de connaissance théorique, c'est comme toute chose quand on les pratique peu on est de plus en plus en recul, moi ça me paraît logique. (...)

Françoise : On en revient toujours un peu à nos discussions sur les groupes de pairs sur le toucher rectal. Qu'on en fait pas, et que moins on fait moins on sait faire, et que plus on doute plus on ne fait pas. C'est le même principe.

Marc : (...) je pratique peu. Donc ça se perd. »

Le médecin généraliste est le médecin qui a le champ de compétences requises le plus large, il ne se limite pas à un organe, une fonction, mais à la pathologie humaine dans son intégralité. Si certaines connaissances ne sont pas stimulées, il est logique que cela entraîne une perte des compétences.

Par ailleurs, les médecins apparaissent exigeants à leur rencontre.

« Alain : (...) il me semble que si l'on ne fait pas un examen gynécologique dans les règles, on ne peut pas prétendre faire disons une médecine correcte (...), disons que si l'on ne fait pas les choses correctement il vaut mieux ne pas le faire. »

g. Le défaut de matériel

Egalement, le matériel nécessaire à la pratique de la gynéco apparaît comme un frein pour les médecins. Certains n'ont pas de table d'examen qui puisse s'adapter à un examen gynécologique, ou bien ils n'ont pas les étrières, les spéculums se périment et ils n'en recommandent pas.

« Françoise : En plus quand tu as un divan d'examen qui est pas génial, qui n'est pas fait pour la gynéco, faut mettre les étriers, faut aller chercher la boîte des speculums, ça prend du temps tu n'as pas ça sous la main.

Michel : Les speculums en plastique c'est pas très compliqué, il faut les avoir, il faut avoir le matériel. Bon c'est vrai que on les commande sans s'en servir, après ils sont périmés etc.

Thomas : (...) je ne fais pas d'examen gynécologique. J'ai pas la table pour. »

Le temps également pour mettre en place le matériel est relevé par certains praticiens. C'est aussi perçu comme une contrainte, d'autant plus qu'il n'y a pas de revalorisation de la consultation gynécologique qui nécessite un temps en cabinet plus conséquent qu'une simple consultation.

Néanmoins certains médecins nuancent cet aspect en indiquant la possibilité de réaliser un examen sans étrier, avec la « position à l'anglaise ».

« Michel : Il n'est pas indispensable d'avoir les étriers pour faire un examen gynécologique, vous pouvez tout à fait faire des frottis sans. Moi je le fais sans aucun problème c'est écrit dans tous les bons journaux de médecins ou les livres. Même à la limite ça gêne moins les femmes de le faire sans étrier puisque ça diminue la contrainte. »

h. Une spécialité qui peut faire peur

Pour finir, la gynécologie apparaît comme une discipline difficile et dangereuse, où il faut savoir dépister et diagnostiquer une pathologie oncologique, Egalement c'est une pratique qui expose facilement à des procédures médico-légales. Il y a de ce fait la contrainte des assurances.

« Patrick : Non mais la question c'est que ce n'est pas un exercice qui est facile la gynéco. (...) Ce sont des pathologies qui sont dangereuses on n'a pas très envie de s'y frotter. On sait que c'est des organes ou il peut y avoir des cancers, des choses comme ça on n'a pas très envie de prendre de risques.

Alain : Je suis d'accord avec pascal il y a quand même le problème de la dangerosité de ce type d'exercice (...)

Catherine : D'ailleurs euh au niveau assurance, il faut le préciser quand on fait de la gynéco à son assureur. Moi ils m'ont demandé quels étaient les gestes que je faisais. »

3. LE COUPLE INFERTILE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

3.1. Un motif rare mais récurrent

Les quatorze praticiens consultés sont assez unanimes. Recevoir un couple infertile en consultation est globalement rare dans leur pratique quotidienne. Evidemment ce phénomène est pondéré par la place que prend la gynécologie dans leur activité.

« Animateur : (...) dans le désir de grossesse vous êtes sollicitée ?

Rachel : Ça m'arrive. Rarement. Peut-être une ou deux fois par an.

Animateur : Et des consultations de couple pour un désir de grossesse ?

Thomas : Pfff.. Ça a dû m'arriver quelques fois. C'est vraiment rare.

Animateur : Vous avez des patientes qui viennent vous faire part de leur désir de grossesse ?

Patrick : Ou de leurs difficultés de ne pas être enceinte ? Oui bien sûr.(...)

Alain : (...) j'ai des femmes, enfin là récemment, j'ai eu une femme qui avait des problèmes pour avoir un enfant et elle m'en a fait part. Mais c'est quand même assez exceptionnel.

Catherine : Cette année je dois être à 5 ou 6 consultations (...)

Marie : Moi 3 ou 4.

Michel : Et ben moi 0 ou une ! »

Mais tous les médecins de notre étude indiquent avoir été consulté pour ce motif. Ainsi, chaque médecin généraliste sera sollicité dans sa vie professionnelle par ses patients pour ce type de consultation.

Deux médecins interrogés indiquent qu'ils ont davantage été confrontés à des consultations d'infertilité ces dernières années.

« Marc : (...) quand j'y pense, je dirai que j'ai plus de consultation de ce type depuis quelques temps, je dirai depuis 5 - 10 ans. Bon après j'en fais tellement peu...

Animateur : Combien ?

Bah là je dirai 2 à 3 par an, avant c'était 0 ou 1.

Laure : J'en vois un peu plus quand même ces dernières années je crois... Peut-être les gens sont mieux renseignés et consultent plus facile. Avec toutes les émissions et tout ça... »

Deux autres médecins affirment leur faible investissement dans la pratique de la gynécologie, tout en indiquant que, aux vues de la démographie médicale actuelle et future, ils seraient très certainement davantage sollicités, et devraient donc pouvoir apporter une réponse satisfaisante à leurs patients.

« Animateur : Et vous êtes satisfait du réseau actuel de gynéco ?

Thomas : Ben satisfait...Non. Et ça va devenir de plus en plus compliqué. Il va peut-être falloir que je m'y mette (rires).

Marc : Et puis on nous dit qu'on va devoir faire les gynécos médicaux de demain, alors !»

Egalement est plusieurs fois avancé le fait que les hommes ne consultent pas systématiquement au départ avec leur compagne. La consultation d'infertilité du couple se résume dans la moitié des cas à une demande de la patiente sans que les praticiens ne voient l'homme présent au cours de l'entretien.

« Animateur : Parfois l'homme vient avec sa femme ?

Rachel : Oui une fois sur deux je dirai. Ils ont peur qu'on leur prescrive des examens (rires). Donc quand ils peuvent éviter ils évitent !

Marie : (...) mais je trouve que c'est toujours une demande de la femme avant d'être une demande de l'homme. »

Les praticiens consultés se questionnent également sur la « consultation prénatale ». En effet, si la sollicitation de la part des couples est faible concernant l'infertilité, les patientes semblent assez facilement les renseigner sur leur désir de grossesse.

« Animateur : Etes-vous impliquée par vos patientes dans le désir de grossesse et la grossesse en elle-même ?

Laure : Oui en général. (...) Et une fois qu'une femme a accouché, je suis généralement le bébé. Donc elles sont sensibilisées à me voir m'investir dans le post partum et le suivi des nouveaux nés. Donc pour les grossesses suivantes, elles m'investissent facilement.

Animateur : Et le désir de grossesse en lui-même ?

Laure : Oui ça m'arrive. Elles me disent qu'elles mettent en route le projet bébé. Je prescris de l'acide folique, je reprends un peu les vaccinations (...).

Catherine : Oui j'ai effectivement des consultations prénatales quand mes patientes viennent en âge de procréer...

Rachel : (...) juste pour des conseils. Elles vont sur internet et elles me demandent pour les vitamines, l'acide folique etc.

Pierre : Oui, oui, bien sûr le désir de grossesse. C'est aussi une consultation pré conceptionnelle qui peut être très intéressante (...). »

Certains la confondent avec la consultation pré-nuptiale qui n'existe plus depuis 2008. Il s'agissait d'un temps d'échange autour de la fertilité et de la sexualité.

« Patrick : Oui ça me dit quelque chose la consultation prénatale mais euh je vois pas... C'est quelque chose qui est institutionnalisé ? Il me semble que c'est un peu comme la consultation pré-nuptiale... »

Néanmoins cette consultation avait du sens. Il s'agissait d'un temps privilégié avec la patiente, pour notamment faire le point sur les vaccinations, mais également pour aborder les facteurs de risque d'infertilité, comme le tabac par exemple. Le médecin généraliste est le premier maillon de la chaîne de soin. Il restera toujours le médecin de première intention, de suivi et de prévention. Son rôle dans l'infertilité semble donc incontestable, et ce comme dans toute pathologie chronique.

3.2. Médecin de première ligne et médecin coordinateur

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pour la très grande majorité des gens. Sa disponibilité, sa réactivité dans la prise de rendez-vous, voire sa « proximité » avec sa patientèle sont autant d'atouts reconnus aisément par les patients.

Quasi systématiquement, il est consulté en premier et ce même si le motif de consultation nécessite un recours au spécialiste, en parti dû au parcours de soins coordonnés. Ce dernier, né de la loi Douste-Blazy du 13 août 2004 et appliqué au 1^{er} juillet 2005, impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix avant de consulter un autre spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein (sauf en cas d'urgence, et pour les consultations en ophtalmologie, gynécologie, odontologie, psychiatrie pour les moins de 26 ans, ou chez les spécialistes pour lesquels l'assuré dispose d'une dispense permanente d'autorisation notamment en cas d'affection de longue durée). Depuis le 31 janvier 2009, si le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le montant de ses remboursements est amputé de 40 %.

Dans la prise en charge de l'infertilité, les médecins se sentent légitimes à être consulter en première ligne.

« Rachel : Je pense qu'on a notre place. On est toujours le médecin de premier recours.

Animateur : Est-ce que tu te sens légitime dans ce rôle de prise en charge de l'infertilité ?

Célia : Au début oui. On commence à identifier le problème, à se dire qu'il y a peut-être quelque chose à faire de différent, donc oui. Là on est en première ligne, c'est normal.

Animateur : Et que représente l'infertilité pour vous ? Vous vous sentez légitime dans ce domaine ?

Laure : Légitime ? Euh ben... Pour rassurer les gens, le débrouillage par l'interrogatoire et les premiers examens avant de réorienter, euh oui je me sens légitime. Je ne veux pas prendre la place des gynécos. Mais quand même quand on s'intéresse à ce domaine il y a des choses à notre portée.

Catherine : (...) Moi aussi je trouve que le chapitre de l'infertilité pour un bilan c'est complexe. Alors je fais ce que je sais faire, la base, mais après j'adresse. (...) Je fais on va dire le débrouillage de la situation.

Marie : Pareil je fais aussi le débrouillage. »

Certains médecins perçoivent aussi leur importance dans la coordination des soins, notamment par l'explication et la vulgarisation après la consultation par les spécialistes, ici principalement les centres de PMA. En effets, les patients ne se permettent parfois pas de questionner le spécialiste ou de lui faire part de leur incompréhension. La relation de confiance établie avec leur médecin traitant les pousse à consulter afin de bénéficier de davantage de temps et d'explications.

« Patrick : (...) c'est souvent notre cas, (...) On a vu plein de gens revenir de tel ou tel spécialiste où ils avaient été bien pris en charge mais où ils voulaient refaire un débriefing, voilà.

Catherine : Après par contre ils reviennent souvent pour les explications (...).

Pauline : (...) pour le coup ils étaient plus sur des questionnements, un peu d'explication et un peu de réassurance plus qu'une demande technique.

Charles : (...) souvent c'est ça, il y a des trucs qu'ils n'ont pas compris, soit c'est des questions où ils n'ont pas eu les réponses, ou des mots qui leur ont fait peur ils voulaient se rassurer. »

Egalement, les praticiens se retrouvent sollicités pour les effets iatrogènes des thérapeutiques instaurées par les centres de PMA.

« Catherine : Surtout quand ils viennent pour les effets secondaires, de leurs traitements.

(...)

Michel : moi je trouve que les effets secondaires quand on a des patients qui sont en PMA sont des effets secondaires qui sont lourds, euh, lourds à gérer. »

De fait, leur disponibilité et leur réactivité les exposent à une sollicitation des patients lorsque le spécialiste n'est pas disponible dans une relative immédiateté.

« Catherine : Et donc forcément après on est appelé nous car on nous joint plus facilement, on est en première intention, on est plus joignable, voilà donc on est bien obligé de pallier aux problèmes qu'il y a des barrières pour avoir le médecin spécialiste.

3.3. Un rôle de soutien et d'accompagnement

Le médecin généraliste est consulté pour des raisons somatiques diverses et variées. Il gère soit directement le problème, soit il oriente vers ses confrères spécialistes lorsque cela lui semble nécessaire. Néanmoins, l'infertilité étant une pathologie multifactorielle qui est installée dans le temps, et malgré une prise en charge spécialisée indispensable dans certains cas, le médecin traitant sera au centre de la prise en charge. Non forcément dans le rôle du « prescripteur », mais systématiquement en première ligne pour gérer les effets secondaires et iatrogènes des thérapeutiques installées, pour répondre aux interrogations diverses et variées des patients, comme nous venons de le développer.

Mais un médecin généraliste est également présent pour rassurer et soutenir. Les patients ne sont pas toujours dans l'attente d'une prise en charge, mais dans l'attente d'une écoute. La relation de confiance qui s'est installée entre le médecin traitant et son patient est capitale dans l'adhésion au projet thérapeutique de ce dernier. La médecine générale actuelle approche une vision centrée patient.

Ainsi, dans un parcours d'infertilité, la place du médecin généraliste prend tout son sens dans cette perspective-là. La grande majorité des praticiens consultés mettent très rapidement en avant ce rôle au cours des entretiens : soutenir, rassurer, écouter, être disponible.

« Catherine : (...) donc ils viennent souvent pour le soutien psychologique (...).

Rachel : (...) c'est une demande de leur part. Donc oui je suis à ma place. Je rassure un peu.

Célia : Eux ils veulent savoir si c'est pathologique ou pas. C'est ça. Ils veulent savoir s'il y a quelque chose qui fonctionne pas ou si c'est normal.

Animateur : Et quelle est la demande de ce couple généralement ?

Laure : Ah ben d'être rassuré ! Comme à chaque fois que l'on va chez le médecin ! (rires) On aime s'entendre dire que « tout va bien » non ? Non mais c'est surtout de s'entendre dire qu'il faut attendre un peu...

Marc : Ah ben, surtout voir si tout va bien.

Alain : Alors après peut-être que les médecins généralistes ont peut-être aussi un rôle à jouer dans toutes ces causes d'infertilités et n'y a pas que de causes disons organiques ; on peut appeler ça les causes psychosomatiques alors je sais pas l'importance mais euh ... Combien de femmes ont eu des enfants au bout de X années sans euh, sans traitement particulier aussi hein, donc peut-être que là y aurait un rôle à jouer pour nous. »

Les médecins élargissent rapidement ce champ à leur pratique quotidienne, lorsqu'ils sont confrontés à toute pathologie chronique.

« Patrick : (...) d'expliquer, de rassurer ou de consoler. C'est souvent notre cas, on n'a pas besoin d'être compétent pour ça. Pour expliquer on a besoin d'avoir un minimum de compétences mais après pour écouter, pour consoler on n'a pas besoin. C'est de nos jours quand même une part notable de notre activité. »

Se pose la question de la prise en charge psychologique dans ce parcours d'infertilité, reconnu comme souvent très long, douloureux, difficile, pour l'homme et la femme mais également pour le couple. Le désir d'enfant s'impose comme un objectif ultime, les patients ne vivent plus qu'à travers ce désir, ils sont fréquemment confrontés à de multiples échecs. Peu de médecins pensent à orienter vers un psychologue alors que la littérature indique qu'il s'agit d'un aspect non négligeable de la prise en charge.

« Animateur : Tu parles de prise en charge psychologique ?

Célia : C'est plus de la réassurance. C'est plus ça que vraiment du soutien psychologique. Enfin pour moi j'ai l'impression. Mais après leur donner des conseils sur, clairement, ce qu'ils peuvent faire pour améliorer leur technique ou leur alimentation (...).

Pierre : (...) et le couple avec un peu de chance il reste ensemble. Parce que ça fragilise un couple hein d'avoir des problèmes de conception. Ça fait partie de l'évolution normale d'un couple. La vie d'un couple, à un certain moment, enfin on peut le souhaiter, ça passe quand même par l'arrivée d'un enfant. Donc c'est un traumatisme immense (...). »

3.4. Des prises en charge très disparates

a. Définir l'infertilité

Les médecins indiquent tout d'abord devoir redéfinir assez fréquemment un trouble de l'infertilité avec leurs patients. Ils se retrouvent confrontés à des consultations trop précoces pour pouvoir parler et prendre en charge l'infertilité. Ils ont donc un rôle capital d'éducation auprès de leurs patients.

En effet selon la définition de l'OMS, on parle d'infertilité après un an ou plus de rapports sexuels non protégés et réguliers sans obtenir de grossesse. Evidemment cette définition est à pondérer en fonction des antécédents et surtout de l'âge de la femme. Certaines patientes seront orientées rapidement en fonctions de ces facteurs et du contexte afin de ne pas devoir subir une perte de chance dans leur désir d'enfants.

« *Françoise* : Ah ben la, le couple infertile, c'est un grand point d'interrogation. Il y a des couples qui se croient infertiles parce qu'ils ont arrêté la pilule et que le mois d'après elle n'est pas enceinte.

Marc : (...) j'ai eu un jeune couple, au bout de trois mois de relation, je les ai calmé quoi ! Surtout quand ils sont jeunes, on peut attendre un peu quand même ! Et puis une grossesse c'est pas du premier coup aussi, y'a une histoire de probabilité quand même là-dedans.

Michel : à part de rassurer les gens effectivement qui arrête la pilule et qui sont étonnés de ne pas être enceinte un jour après avoir arrêté la pilule. Parce que moi ça m'est arrivé, j'ai vu des gens : « Docteur j'ai arrêté la pilule avant-hier, quand est-ce que je peux faire le test ? », alors je leurs explique qu'il faut attendre (...).

Rachel : Si ça ne fait pas longtemps, je rassure beaucoup. J'oriente pas vraiment sauf si grosse angoisse du couple ou de la future maman surtout. »

b. Prescription d'examens complémentaires : pas de consensus chez les médecins généralistes

Les prises en charge des praticiens interrogés ne sont pas du tout consensuelles, et ce en partie du fait de la faible fréquence des consultations d'infertilité.

La majorité des médecins proposent néanmoins de débiter une exploration notamment biologique avec un bilan hormonal chez la femme, certains proposent l'échographie pelvienne également. Le spermogramme est sujet à discussion. L'examen apparaît majoritairement comme difficilement accepté par les hommes selon les médecins. De plus tous les laboratoires ne peuvent pas les analyser donc se pose le problème de l'orientation correcte des patients.

« Patrick : (...) moi dans ces cas-là je leur dis « vous faites la courbe de température », éventuellement le spermogramme et puis vous irez voir le gynéco. Après le reste c'est ... (...) ça se fait encore la courbe de température ? (...) Et puis est ce qu'il faut faire le spermogramme ? Souvent le spermogramme on me le demande donc si on me le demande je le fais et après je botte en touche parce que c'est compliqué (...)

Françoise : Quant au spermogramme je trouve que ça c'est très difficile à faire accepter aux hommes.

Marie : je suis tout à fait d'accord avec toi, avant qu'ils y arrivent euh... (...)

Animateur : Et ces examens de débrouillage alors ?

Laure : Ah ben, déjà un bon interrogatoire... Rechercher les facteurs de risque d'infertilité. Puis le rythme des rapports aussi... On a de belles surprises parfois ! (rires) Facilement je prescris l'échographie pelvienne et endovaginale parce que j'ai un bon correspondant. Puis un bilan sanguin et je n'oublie pas l'homme en parlant du spermogramme. Soit à faire en même temps soit dans un second temps après le premier petit bilan de la femme si il n'est pas très partant au départ...

Animateur : quand tu reçois en consultation un couple ou une patiente infertile, qu'est-ce que tu fais en pratique ?

Célia : Alors bilan hormonal classique, voilà. Ça. Après on fait un bilan quand même de... Je vérifie s'ils ont eu le bilan pré nuptial là, avec les sérologies et tout ça. Si ça n'a pas été fait, on le fait. Et puis euh... après on prend la tension euh... Comme un examen de premier examen de grossesse, ou avant une grossesse. Le poids la taille... En général je m'arrête là. Pour le monsieur le

spermogramme. Et lui je lui fais quand même faire le bilan dépistage VIH tout ça. Après on fait un groupage Rhésus en général. Euh... Et puis moi j'arrête là. (rires)

Animateur : Et que faites-vous en pratique dans ces consultations alors ? En premier contact.

Rachel : Ben j'interroge. (...) Si ça commence à trainer alors je prescris quelques examens comme une prise de sang et une écho. Le spermogramme ça dépend. De comment je vois le positionnement de l'homme s'il est présent à la consultation. Après je n'ai pas de schéma précis.

Animateur : Et vous prescrivez des examens alors.

Marc : Oui, des choses simples hein. Le relevé de la température, j'ai gardé ça en tête. Une écho pour madame, avec un bilan hormonal. Je parle du spermogramme aussi.

Aucun praticien consulté ne semble avoir une démarche précise et claire. Certains se sentent limités par leurs connaissances ou une mauvaise orientation.

Pauline : Moi je suis parti du principe, enfin il me semblait, que c'était un tiers / un tiers / un tiers, donc euh par conséquence c'est quand même dommage d'aller enquiquiner la femme et de lui faire faire des trucs compliqués si c'est le type qui (...).

Charles : Ben c'est pas très clair pour moi ça... Du coup je sais pas trop je cherche un peu sur internet mais c'est pas terrible quand même... »

Un médecin indique réorienter de suite, avant toute prescription d'examen.

« Alain : Ben moi je me sens assez à l'aise mais euh en fait je vais passer rapidement disons le bébé directement à un centre. J'aurai tendance à les envoyer dans un centre un peu spécialisé dans ce domaine parce que je vois que c'est un chapitre assez délicat. »

Un médecin généraliste qui pratique assez largement la gynécologie semble être très à l'aise avec la prescription du bilan d'infertilité.

« Catherine : Donc euh moi des consultations pour le désir de grossesse qui traîne en longueur j'en ai quand même assez régulièrement. (...) Je commence à leur faire des examens de base pour on va dire euh les faire patienter c'est-à-dire un bilan hormonal, une écho pelvienne chez la femme. Et après je leur dis qu'on attend un petit peu, et après c'est vrai que je leur dis que ça passe par le spermogramme avant de faire des examens plus poussés chez la femme étant donné qu'ils ne sont pas très agréables et donc euh je leur dis que ça passe quand même par là.

(...)

C'est toujours la femme qui commence hein elle fait son bilan hormonal son écho mais après par contre effectivement je leur dis que avant de faire la suite il faut faire le spermogramme, avant l'hystérocopie ou l'hystérosalpingographie voire la coelio exploratrice. »

On note donc un bilan qui n'est absolument pas consensuel, comme peuvent pourtant l'être pourtant certaines prises en charge en médecine générale. Citons par exemple le bilan d'HTA ou de découverte de diabète, où la conduite à tenir est extrêmement codifiée et claire pour les praticiens, du fait en partie de la fréquence de la pathologie. Néanmoins, plusieurs médecins avancent l'idée qu'il serait relativement accessible de protocoliser un bilan simple et accessible qu'ils pourraient prescrire avant la prise en charge spécialisée. Nous développerons cet axe dans le dernier chapitre des résultats.

4. LE RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE FACE A L'INFERTILITE : BEAUCOUP D'OBSTACLES

4.1. Une légitimité modérée

Le positionnement des praticiens dans ce domaine est variable, et encore une fois pondéré par l'affinité qu'ils ont avec la gynécologie. Les médecins ayant effectué une formation complémentaire se sentent à leur place dans ses prises en charges, sans pour autant prendre la place du gynécologue qui reste primordiale.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, les médecins généralistes représentent le premier maillon de la chaîne de soin, et se trouvent donc légitimement consultés pour une première demande de prise en charge. Cependant, concernant la prise en charge à proprement parler, ils ne se sentent pas forcément légitimes dans

ce rôle. Notamment parce que la gynécologie semble être une discipline assez sectorisée, et l'infertilité apparaît facilement comme une question sur-spécialisée.

« Modérateur : (...) quand une femme vous demande son avis sur une infertilité vous vous sentez légitime ?

Catherine : Oui.

Marie : A moitié.

(...)

Michel : Disons que pour simplifier moi j'ai l'impression que c'est sorti du domaine de ma compétence.

Patrick : la même chose.

Thomas : Je me sens pas à ma place. Faut prendre en compte le couple quoi aussi, c'est presque un troisième patient dans ces consultations ! (rires) (...) Je me sens pas à ma place en fait. »

Les praticiens interrogés semblent facilement se remettre en question dans leur rôle à jouer dans ce parcours d'infertilité, malgré les quelques études sur le sujet qui indiquent que les patientes sont désireuses d'inclure le médecin traitant dans leur prise en charge.

4.2. Une prise en charge spécialisée qui apparaît difficile

Les médecins de ville se sentent limités dans la prise en charge de l'infertilité notamment par le peu d'information dont ils disposent. Etant peu confrontés à ce domaine en pratique quotidienne, ils ressentent des lacunes dans leur orientation.

Prenons la prescription du bilan par exemple, et notamment le spermogramme, il s'agit d'un examen particulier, qui ne peut pas être réalisé dans n'importe quel laboratoire d'analyse. Egalement, l'échographie et le bilan hormonal chez la femme, se pose les questions du moment du cycle pour les réaliser ? Doivent-ils mentionner une indication particulière sur l'ordonnance ?

« Michel : Moi c'est cette crainte qui fait que j'ai peur d'avoir une guerre de retard ou un labo de retard et de ne pas l'envoyer au bon endroit, euh voilà (...)

Catherine : Alors pour les spermogrammes j'avais arrêté de les demander en ville parce que systématiquement effectivement il fallait les refaire dans le centre, après les bilans hormonaux de la femme ça passait, jusqu'à présent... Mais les spermogrammes maintenant il faut les faire à la Clinique Saint Michel.

Pauline : J'ai toujours peur de ne pas prescrire correctement, le bilan hormonal, d'oublier quelque chose, de mal expliquer pour l'échographie...

Rachel : est-ce que j'ai loupé un examen ? Mais voilà. C'est stressant. »

Certains médecins indiquent par ailleurs que ce manque d'information peut imposer aux patients la réalisation d'examens en double, car les examens prescrits risquent de ne pas être contributifs et peuvent imposer au gynécologue qui va poursuivre la prise en charge de refaire une prescription.

« Michel : Parce que les gynécos, quand les gens vont les voir, vont exiger que l'examen soit fait par un tel. Je sais comment ça se passe, ou par tel labo... Ils vont trouver qu'il manque le dosage de la dihydroandrostérone ou du... je ne sais pas quoi. Et on aura servi à rien si ce n'est à faire une prescription inutile.

Charles : Prescrire c'est bien, mais encore faut-il être sûr de sa prescription. Parce que sinon on impose des examens récidivants aux patients. Et on passe pour des guignols en prime (rires).

Marc : (...) je ne me sens pas capable de demander ce qu'il faut, à bon escient, et aussi pour ne pas dépenser de l'argent pour rien et que ça ne serve à rien. »

Egalement l'orientation des couples, certains médecins indiquent ne pas avoir de contact particulier et ne pas savoir où adresser.

« Michel : (...) je sais d'ailleurs même plus qui fait ça à Toulon (...) Je téléphonerai à un gynécologue que je connais pour lui demander à qui il faut

l'adresser mais euh, je ne sais même pas à qui il faut adresser à Toulon pour un problème de fertilité.

Pauline : En plus je sais pas trop où envoyer les patients. Des fois les femmes elles sont pas trop suivies par un gynéco, et du coup franchement je sais pas.»

Autant de questions concrètes qui les limitent dans la pratique de ces consultations. Car un des rôles du médecin traitant est de proposer une prise en charge réactive et d'être informatif dans la demande du patient.

4.3. Un manque d'information ?

Nous avons abordé dans le paragraphe précédent les prises en charges totalement disparates et non consensuelles que pratiquent les médecins généralistes dans la consultation d'infertilité. Les médecins évoquent facilement une carence dans ce domaine.

« Animateur : As-tu l'impression d'être bien informée sur le sujet ?

Célia : Pas vraiment. Je fais par rapport à ce que je pense. Je fais par rapport aux données cliniques que j'ai, par rapport au petit apprentissage que j'ai eu... Mais ça reste vite euh... limité.

(...) Mais après, voilà, j'en sais pas plus. Là sur l'accompagnement, avant d'arriver à un diagnostic d'infertilité, et sur ce qu'ils peuvent faire et sur ce qui peut les aider un peu plus, ouais on manque de formation.

Pauline : Alors un peu de manque de formation théorique, euh... ça c'est sûr. (...) c'est manque de théorie, et manque de pratique !

Marc : (...) faut dire qu'on manque de pratique certes, mais de théorie aussi... Alors oui, à la fac, peut-être, et puis après, il faut tout le temps se mettre à jour, se former, et quand tu as ton cabinet, tes grosses journées, ben quand tu rentres le soir tu veux tout faire sauf ça !»

De plus, les patientes se renseignent désormais très facilement sur internet. C'est presque devenu un réflexe dans notre société actuelle, et cela n'est pas réservé au domaine de la médecine. L'accessibilité quasi immédiate à des informations en

abondance expose le praticien à des interrogations précises auxquelles il doit apporter une réponse. Il n'est désormais pas rare de voir un patient se présenter à une consultation en déclarant avoir fait son diagnostic, et parfois même demande-t-il une prescription précise d'une classe thérapeutique. Comme il apparaît aisément que le médecin généraliste ne puisse approfondir chaque spécialité du fait de la quantité inépuisable d'informations que cela représente, il peut parfois être confronté à un échec de réponse. Savoir dire « je ne sais pas » à un patient peut paraître difficile. Notamment car le médecin se sent jugé, remis en question dans ses aptitudes, et redoute la perte de confiance de son patient que cela peut engendrer.

« Michel : Mais je ne vois pas dans une époque où tout est devenu très spécialisé, ou les gens en savent plus que nous parce qu'ils ont regardé internet, j'aurai peur de dire des bêtises déjà. »

Rachel : (...) quand les questions sont trop pointues. Qu'ils ont passé deux jours à écumer internet et qu'ils arrivent avec des questions où je n'ai pas la réponse. J'aime pas trop ça (rires). »

4.4. Une réorientation précoce

Ces différents obstacles que l'on vient de définir poussent le médecin de ville à réorienter rapidement un couple qui viendrait le consulter pour un problème d'infertilité, notamment les praticiens qui ne se sentent pas à l'aise dans ce domaine. Ainsi, ils n'investissent pas ces consultations et se perçoivent uniquement comme un moyen de mettre en relation le couple avec le spécialiste.

« Françoise : Moi j'adresse pratiquement tout de suite à un centre aussi de PMA avec aussi les difficultés à trouver à quel endroit je peux envoyer. »

Célia : (...) soit je sais que moi je vais être vite limitée et je leur dis « prenez contact avec votre gynéco rapidement. »

Pauline : de prendre contact avec soit leur gynéco soit tel centre, pour faire plus loin, pour aller voir plus loin. Moi ma consultation elle s'arrête là. »

Cette attitude les exclue quelque part de la prise en charge de ces couples infertiles. Les patients ne percevront pas leur médecin traitant comme un acteur de soin à leur projet conceptionnel. Ils ne le solliciteront donc pas à ce sujet.

4.5. Le manque de coordination entre les centres de PMA et la médecine de ville

Les médecins de ville travaillent en réseau, avec des correspondants privilégiés lorsqu'ils doivent passer le relais à un spécialiste. Pouvoir adresser rapidement ses patients à un confrère spécialiste est indispensable dans l'organisation d'un cabinet libéral, afin d'exercer de manière confortable et de proposer une prise en charge optimale aux patients.

Les praticiens consultés lors de notre thèse, confrontés à des patients recourant à une prise en charge d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), ont tous été unanimes sur le sujet : il existe un réel manque de communication avec les centres agréés. Les médecins concernés adressent pourtant les couples avec un courrier, mais aucun n'a eu de retour écrit explicitant la prise en charge proposée, son calendrier, sur les protocoles, les traitements. Ainsi, ils ne se sentent pas inclus dans la prise en charge de ces couples, qui est censée être pluridisciplinaire. Cela peut décourager certains praticiens qui ne se sentent pas investis par les équipes de PMA.

« Marie : Ceci dit il faudrait quand même qu'ils nous tiennent un peu au courant parce que les centres de PMA... il y a aucun retour.

(...)

Marine : Ben oui hein, que l'on sache un petit peu, on ne sait même pas les traitements qu'ils prennent euh...

Catherine : On les a quand même adressés en faisant un courrier donc ils sont censés nous tenir informé de ce qu'ils font, c'est vrai qu'effectivement non plus je n'ai jamais eu de retour de centre de PMA.

Marie : C'est vrai, ce qu'ils comptent faire, quelle est la suite des choses parce que...

Catherine : Surtout quand ils viennent pour les effets secondaires, de leurs traitements. Et quand on ne sait pas ce qu'ils leur ont donné comme traitement ce n'est pas tout à fait pratique.

Animateur : Et vous suivez des patients qui sont dans un circuit de PMA ?

Rachel : J'en ai parfois. Je suis de loin hein ; de toute façon ils ne nous écrivent pas (rires). Donc comme ça au moins... Mais les patientes m'expliquent un petit peu. Donc je comprends un peu la prise en charge. »

Les praticiens affirment pourtant l'importance des courriers des correspondants spécialistes dans leur formation continue. Le manque de communication engendre une perte d'apprentissage pour les médecins libéraux.

« Patrick : Accessoirement, une bonne FMC c'est des correspondants spécialistes qui font des lettres cohérentes, argumentées et claires.

Charles : (...) et c'est dommage parce que moi j'aime recevoir des courriers qui m'expliquent les choses. On a toujours quelque chose à apprendre. Et tout le monde est content. »

D'autant plus que le parcours d'infertilité d'un couple est long et difficile, il est donc compliqué d'apporter un soutien aux patients sans avoir de notion de la prise en charge proposée.

« Laure : un peu trop d'empathie pour les patients car ce sont souvent de longs parcours... Le couple est plongé dans un engrenage de rendez-vous et batterie d'examen... C'est dur souvent. Ils s'y perdent un peu. Et nous on est un peu démunis si on ne sait pas. »

4.6. Un rôle de « service après-vente » peu valorisant

Les médecins interrogés se voient parfois dans la prise en charge du couple infertile comme une médecine Service Après-Vente, notamment pour la prise en charge psychologique et les effets secondaires des thérapeutiques instaurées par le spécialiste. Ils indiquent que cette perception s'impose également avec la majorité des spécialités.

Cela est dû en partie à la disponibilité des médecins généralistes et à leur réactivité dans les délais de consultations.

« Françoise : Enfin le fait d'être considéré comme un service après-vente, je trouve que ça a un côté... Sans prétention hein, un peu péjoratif quand même.

Marie : peu valorisant. T'es uniquement là pour les effets secondaires, pour consoler...

Catherine : On le fait, le « service après-vente » entre guillemets parce que aussi le souci des centres de PMA c'est de réussir à les joindre. Là moi cet après-midi, la patiente qui est arrivée en pleur, c'est parce que elle avait des soucis, elle essayait de joindre tant bien que mal la gynéco, et elle ne tombait que sur sa secrétaire et qui faisait barrière et elle ne la lui passait pas. Et donc elle me dit « j'ai déjà fait quand même deux inséminations, elle pourrait quand même me répondre quand il y a un problème. ». Et donc forcément après on est appelé nous car on nous joint plus facilement, on est en première intention, on est plus joignable, voilà donc on est bien obligé de pallier aux problèmes qu'il y a des barrières pour avoir le médecin spécialiste. »

Cette position déstabilise les médecins généralistes, qui d'un côté ne se sentent pas investis dans la prise en charge multidisciplinaire centrée sur le patient, mais d'un autre se voient sollicités quand le médecin spécialiste ne peut les recevoir.

5. DES SOLUTIONS RAPIDEMENT PROPOSEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Dans tous les entretiens et focus group effectués, les médecins proposent très rapidement des solutions, ce qui prouve leurs intérêts et volonté d'améliorer leur prise en charge.

« Animateur : Vous aimeriez être plus investie dans ces prises en charge ?

Rachel : Ben l'un dans l'autre je me dis qu'on va en avoir de plus en plus. Donc bon. Ça peut être bien qu'on soit un peu au courant.

Animateur : Donc ces consultations, vous vous sentez de les prendre en charge en général ?

Laure : Oui. Et puis ça m'intéresse. Donc oui. »

5.1. Améliorer la prise en charge par la formation médicale continue

Les médecins généralistes en France ont accès à une formation médicale continue. Actuellement il s'agit du DPC *Développement Professionnel Continu*, qui a pour principe de privilégier une analyse réflexive de la pratique. Un programme de DPC se réalise en quelques étapes : recueil et analyse de sa pratique réelle à l'aide d'outils dédiés ; comparaison aux données actuelles de la science ; et suivi des actions d'amélioration mises en place dans la pratique.

Il serait possible de mettre à disposition une formation pour la prise en charge du couple infertile, avec un intervenant gynécologue spécialisé dans la Procréation Médicale Assistée (PMA).

« Animateur : Comment d'après toi, pourrait-on aider les médecins généralistes à mieux prendre en charge ces consultations ?

Célia : (...) Soit dans la formation initiale ils arrivent à nous donner des éléments, sur ce qu'on peut faire avant qu'il y ait un diagnostic d'infertilité. Parce que c'est ça qui m'importe moi à mon niveau, soit effectivement en formation médicale continue. Ça nous arrive d'avoir une journée avec des thèmes différents, et si on pouvait avoir un petit thème... Je pense qu'il n'y a pas énormément d'infos à notre niveau et qu'on peut assimiler rapidement.

Animateur : Tu n'as jamais eu de formation continue sur ce sujet-là ?

Célia : Non. J'en ai pas suivi en tout cas. Mais si ça existe ça m'intéresserait.

Charles : Et ben il faut qu'on se forme, on a des formations continues pour ça, il faut que je choisisse dans mes prochaines DPC quoi. »

Egalement, une soirée de formation organisée dans un centre agréé pourrait être proposée aux praticiens de PACA.

« Michel : A une époque je m'en rappelle, les formations organisées par les centres de PMA à St Michel entre autre (83), je n'ai rien reçu depuis des années de ces centres euh je ne sais pas s'ils organisent encore ces formations.

Catherine : Effectivement (...) on disait que ce qu'on aimerait, si effectivement ils faisaient des stages de formation, que ce soit avec plaisir ouvert aux généralistes (...).

Marie : Pareil pour moi. »

Les médecins interrogés étaient en grande majorité prêts à se déplacer afin de maîtriser davantage la prise en charge du couple infertile, notamment sur le premier bilan possible en cabinet de médecin généraliste.

5.2. Une prise en charge multidisciplinaire

Selon la WONCA, le médecin généraliste a un rôle de coordination dans toute pathologie multifactorielle, ce qui s'applique à l'infertilité. La prise en charge doit être multidisciplinaire et centrée sur le patient. Ici le praticien prend en charge un couple et doit donc gérer deux patients avec deux prises en charges adaptées.

Il s'agit de la pratique quotidienne du médecin généraliste, qui est tout à fait compétent pour participer au projet thérapeutique. Il faut néanmoins qu'il soit inclus dans l'équipe pluridisciplinaire du centre de PMA consulté par le couple, afin de pouvoir participer à la coordination des soins.

D'ailleurs, le médecin traitant est confronté à ce type de prise en charge pour des problèmes de santé beaucoup plus complexes, notamment la poly pathologie du sujet âgé.

Ainsi, il pourrait prescrire les premières explorations afin de gagner du temps pour le couple avant la consultation avec le spécialiste. Mais cela nécessite un premier bilan d'infertilité en médecine ambulatoire codifié et clair, afin notamment d'éviter les doublons de prescription d'examens.

« Catherine : (...) si effectivement ils faisaient des stages de formation, que ce soit avec plaisir ouvert aux généralistes histoire que justement on les adresse pour leur faire gagner du temps. On les adresse avec tout ce qu'il faut, comme il faut, puisqu'ils sont débordés, ben moi je suis prenante. »

Un médecin avance l'idée de travailler avec un médecin généraliste ayant une activité gynécologique afin de pouvoir orienter rapidement les couples vers un praticien informé et disponible pour une prise en charge réactive.

« Thomas : (...) peut-être que je travaille avec une collègue médecin généraliste mais qui en a fait un peu son domaine. Ça ça peut être pas mal en termes de réactivité de rendez-vous. Parce que bon, le problème il est bien là aussi... »

5.3. Qui passe par un réseau de praticiens

La prise en charge multidisciplinaire passe avant tout par un référent spécialiste disponible et une bonne communication. Il faut favoriser le lien entre les médecins traitants et les centres agréés de PMA, que ce soit par contact direct plus difficile à mettre en place, ou bien par des courriers.

« Marie : Ben ça revient souvent au même mais c'est des correspondants qu'on peut joindre facilement.

Françoise : (rires) Quel que soit le sujet c'est toujours la même réponse, c'est extraordinaire !

« Modérateur : Un retour des gynécos et centre de PMA c'est ça ?

Catherine : Ah bah ça serait juste d'avoir effectivement une réponse sur effectivement ce qu'ils mettent en place.

Marie : Moi je suis d'accord avec Céline, ce serait savoir un petit peu ce qu'ils prévoient, ce qu'ils mettent en place, pour que... On soit au courant quoi ! Et puis c'est intéressant pour nous.

Pauline : Moi j'adresse avec un courrier. Je reçois jamais de retour. C'est la base pour qu'on puisse travailler tous ensemble et pour le patient (...).

Pierre : C'est souvent regrettable de ne pas avoir de retour après leur avoir adresser un couple quoi... »

Les praticiens consultés sont convaincus qu'un bon correspondant spécialiste est un des meilleurs moyens de bénéficier d'une formation continue. Les médecins qui dirigent leurs patients vers les gynécologues de PMA avec un courrier n'en attendent

pas moins de la part du spécialiste. Ce défaut de communication les ampute d'une perspective d'apprentissage.

« Patrick : Accessoirement, comme disait l'autre, une bonne FMC c'est des correspondants spécialistes qui font des lettres cohérentes, argumentées et claires.

Marie : Qui permettraient finalement de nous améliorer notre pratique quotidienne.

Catherine : Dans le courrier moi j'apprends des fois avec les réponses des...

Michel : Si on a des bons courriers, il y a des néphrologues, ils font toujours de bons...

Marie : C'est vrai, c'est une spécialité qui écrit beaucoup, c'est très argumenté, très documenté, on apprend.

Modérateur : Donc si je résume : une lettre didactique, argumentée, type celle des néphrologues vous permettrait de vous améliorer, de vous sentir plus légitimes dans la prise en charge de ces couples infertiles. »

5.4. Une revalorisation de la consultation prénatale du couple

Les médecins consultés avancent aussi l'aspect matériel et financier de ces consultations. En effet, ce sont des consultations longues car elles nécessitent la prise en charge de deux patients. Il serait donc judicieux pour eux que la NGAP, *Nomenclature Générale des Actes Professionnels*, prévoie une consultation type avec un forfait fixe.

« Charles : (...) ça prend du temps ce type de consultation. Tu en as facile pour 40 minutes hein si tu as le couple. Donc ça serait bien que la consultation soit revue un peu dans ce sens... Et ça renforcerait notre légitimité aussi (...)

Pauline : (...) parce que c'est pas une consultation classique de médecine générale hein. Donc faudrait revoir les choses dans ce sens avec la nomenclature. »

C'est le cas notamment pour la consultation d'annonce d'une maladie chronique (cancer, maladie neurodégénérative, HIV...) qui est codée *G + MTX* pour un montant de 55€, ou bien pour une consultation post hospitalisation qui peut s'effectuer dans le

mois suivant le retour au domicile du patient et qui est codée *G + MSH* pour un montant de 48€.

Récemment, depuis le 1 novembre 2017, une consultation dédiée à la première prescription d'une contraception pour les jeunes filles de 15 à 18 ans a été créée. Elle est cotée *CCP* avec un forfait de 46€. Cette consultation spécifique est longue du fait du nombre conséquent d'informations à donner à la jeune patiente afin qu'elle puisse choisir sa méthode contraceptive de manière éclairée. Les médecins généralistes se retrouvent donc investis dans la prise en charge gynécologique médicale.

5.5. Proposer une prise en charge consensuelle accessible et adaptée à la pratique de la médecine générale

Pour finir, les praticiens sont tous intéressés pour avoir à disposition un guide line avec des recommandations claires, accessibles et simplifiées adaptées à leur prise en charge de premier recours, notamment sous la forme d'un arbre décisionnel ou bien d'un site internet.

« Animateur : Et pourrait-on vous aider dans cette démarche ?

Laure : Ah ben oui pour les examens, ça serait bien d'avoir une fiche, un arbre décisionnel pour nous les médecins généralistes pour les premiers examens préconisés dans les recommandations. Qu'on soit sûr de bien faire les choses. Ça, ça me rassurerait. Un truc un peu officiel quoi.

Animateur : Et par quels moyens ?

Rachel : Ben je sais pas trop... Peut-être un petit fascicule. Comme ça c'est dans le bureau et si besoin on sort le pense bête !

Charles : (...) ou un site c'est vrai qu'on a plusieurs trucs ou il y a des sites internet qui sont facilement trouvables, lisibles, qui sont bien référencés. C'est vrai que c'est souvent facile d'utilisation et quand c'est clair et pratique c'est des trucs qu'on peut partager avec des patients et leur montrer pourquoi on fait comme ça, c'est bien aussi. »

Nous avons essayé de créer un arbre décisionnel répondant aux attentes des médecins généralistes, disponible en annexe (ANNEXE 2), basé sur les recommandations du CNGOF *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*.

Ce document, proposé aux médecins ayant participé à l'étude, répondait à leurs critères et leur a paru tout à fait adapté à leur pratique.

DISCUSSION

1. LES FORCES DE L'ETUDE

1.1. Un domaine peu étudié

La pratique de la gynécologie en médecine générale a fait l'objet de nombreuses thèses. Différents obstacles que nous avons retrouvés dans ce travail ont été mis en avant.

Très peu de thèses traitent du domaine de l'infertilité, et seulement deux thèses en France ont étudié la perception et les attentes des médecins généralistes dans la consultation du couple infertile en France.

- Une thèse quantitative de 2013 en Midi Pyrénées par le biais d'un questionnaire en ligne ;
- Une thèse qualitative auprès de douze médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine réalisée par le biais d'entretiens semi dirigés.

Une thèse donc seulement en France a cherché à recueillir le point de vu des médecins généralistes par la méthode qualitative.

Au regard de la démographie médicale des gynécologues médicaux de notre région, de l'avenir de cette spécialité qui risque de disparaître, et de la fertilité des couples qui tendrait à diminuer, il nous a paru intéressant d'étudier ce sujet.

1.2. L'analyse qualitative

La méthodologie qualitative semblait être la plus appropriée pour répondre à notre problématique.

- Le focus group : technique d'échange de groupe qui favorise l'émergence d'opinions, d'expériences et d'idées dans une dynamique provoquant des réactions en chaînes des participants échangeant entre eux.
- Les entretiens semi dirigés : interview entre un animateur et un médecin généraliste qui permet d'aborder de manière très fine les représentations des praticiens et leurs vécus personnels.

La construction de notre guide d'entretien « en entonnoir » a entraîné la focalisation progressive et l'approfondissement du sujet.

La présence d'un animateur, médecin généraliste lors du focus group, et d'un interne en médecine lors des entretiens semi dirigés, offre la possibilité aux praticiens consultés de se sentir en confiance et de s'exprimer en toute liberté face à un intervenant acteur de santé sensibilisé à la pratique de la médecine générale. Les participants ont apprécié d'être entendus sur leurs pratiques, sur leurs difficultés, et de pouvoir soumettre des solutions.

1.3. Le recueil et l'exploitation des données

La méthode pour organiser et mener ces groupes de paroles et entretiens semi dirigés a été la plus rigoureuse possible.

Chaque parole, chaque idée, chaque intervention et chaque ressenti ont été enregistrés puis retranscrits aussi brefs soient-ils, au format verbatim. Chaque médecin s'est largement exprimé avec une réelle exploitation du sujet, ainsi le recueil de données est très fourni.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle idée n'émergeait des échanges.

Leur analyse a été réalisée par l'auteur de cette thèse, mais également par une deuxième personne, un médecin sensibilisé à la recherche qualitative. Il s'agit de la

triangulation des données, étape clef dans ce type de méthodologie afin de renforcer l'étude. Les différences d'analyses étaient très faibles, ce qui a permis d'aboutir à un rapide consensus.

2. LES FAIBLESSES DE L'ETUDE

2.1. Le guide d'entretien

Il a été réalisé avant le premier focus group. Néanmoins, au cours des échanges, nous nous sommes rendu compte que sa méthodologie « en entonnoir » pouvait poser problème.

En effet, les médecins interrogés avaient tendance à élargir le sujet, à citer des exemples de consultation, et les questions proposées semblaient parfois ne pas suivre leur raisonnement. Cela a certes permis une exploitation rigoureuse du sujet, mais cela a pu quelque peu décontenancer certains praticiens.

2.2. Un faible recrutement

Le recueil d'expériences de médecins généralistes n'a pas été facile. En effet, le recrutement a été limité par des contraintes pratiques.

Beaucoup de médecins généralistes en PACA ont été contactés. Premièrement pour réaliser des focus groups (une vingtaine), mais il a paru très compliqué de proposer un lieu et une date convenant à minimum 6 médecins. Par la suite, pour réaliser des entretiens semi dirigés, sur 41 médecins, seulement 8 ont donné une réponse positive soit 19,5%.

L'organisation d'un entretien induit des contraintes inexistantes pour un questionnaire en ligne. Cela apparaît plus contraignant pour les praticiens. Certains ayant refusé les entretiens ont proposé de répondre par mail à un questionnaire car cela paraissait plus simple.

2.3. Les limites de l'analyse qualitative

a. La dynamique de groupe dans le focus group

Les principales limites du focus group résultent de l'aspect négatif de la dynamique de groupe. Chaque médecin s'exprime, sur ses perceptions, ses connaissances, mais il ne peut faire abstraction de ce qui a été dit avant ou de ce qui sera dit après par les autres praticiens : les participants s'influencent inexorablement les uns les autres. De plus, des praticiens peu à l'aise avec la pratique de la gynécologie ont pu se sentir en difficulté dans le groupe face à ceux ayant une activité gynécologique.

b. Une relation binaire pour les entretiens semi dirigés

Pour les entretiens semi dirigés, on retrouve les limites d'une relation binaire où l'interviewer ne peut pas donner son avis ni intervenir dans la réflexion du médecin interrogé. Ainsi, le raisonnement recueilli n'est soumis à aucune sollicitation externe, qui permet pourtant d'enrichir les analyses.

c. L'échantillonnage

Notre échantillon n'a pas été soumis à des tests statistiques pour être représentatif de la population source, soit les médecins généralistes en PACA. Nous avons tenté d'obtenir une population de praticiens hétérogènes, en représentant une importante tranche d'âge, allant de 32 ans à 65 ans ; des modes d'exercice en cabinet de groupe ou en cabinet individuel ; des secteurs démographiques avec un environnement passant de urbain à semi rural puis rural. Néanmoins, les résultats de notre étude ne peuvent pas être généralisés.

d. Une analyse purement qualitative

Le focus group et les entretiens semi dirigés représentent la méthodologie qualitative par excellence, l'opinion la plus isolée a autant de valeur que les autres : ils n'apportent donc aucune information quantitative statistique sur la fréquence, la distribution d'un comportement, d'une idée ou d'une croyance.

3. CONFRONTATION AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

3.1. Confrontation des obstacles perçus à la pratique de la gynécologie

Comme nous l'avons traité dans la seconde partie des résultats, la gynécologie en médecine générale pose certaines difficultés aux praticiens.

En premier lieu, cette spécialité est retrouvée de manière très hétérogène dans la pratique des médecins généralistes. Certains l'ont beaucoup investie, de part un intérêt personnel, des formations complémentaires, un manque de gynécologues médicaux dans leur environnement géographique favorisant une sollicitation des patientes.

D'un autre côté, on retrouve des médecins désinvestis du suivi gynécologique de leurs patientes, par manque d'attrait, mais également par de faibles sollicitations de leur patientèle.

Malgré une discipline qui apparait du domaine de la spécialité dans l'imaginaire collectif, nous avons vu que tous les médecins généralistes étaient confrontés à une réelle pratique gynécologique, que ce soit pour la contraception ou encore les troubles climatiques. En France, les motifs de consultations génito-urinaires (hors grossesse) représentent entre 4% (30) et 17% (31) des consultations en médecine générale.

Les médecins interrogés s'accordent à dire que c'est une pratique relativement contraignante pour la médecine générale. La consultation est longue, elle nécessite certains moyens matériels, dont une table adaptée et des instruments (spéculum, écouvillons, etc.), elle peut confronter le praticien à des pathologies graves comme le

cancer, elle requiert des connaissances qui non stimulées se perdent et mettent en difficulté le médecin.

Nous pouvons émettre quelques réserves à ces obstacles.

❖ **Un examen à l'anglaise, sans étrier ni table spécifique d'examen**

Un seul médecin participant à notre thèse a parlé de l'examen à l'anglaise qui supprime la contrainte matériel d'un examen gynécologique devant être réalisé dans les règles de l'art selon les praticiens interrogés. Une thèse de médecine générale datant de 2015 à Bordeaux a étudié le point de vue des patientes sur la position en décubitus latéral (32).

L'examen gynécologique classique se déroule en décubitus dorsal, les pieds de la patiente calés dans des étriers, et le périnée installé au bord de la table d'examen, le soignant se tenant entre les jambes de la patiente.

Une autre position pour l'examen gynécologique existe : la position en décubitus latéral (ou « position latérale » ou « examen à l'anglaise »).

Ce travail de thèse bordelais s'intéressait au point de vue des patientes face à cette pratique et aux perspectives qu'elle offrait dans la pratique de la gynécologie. L'auteur partait du constat que 51,6% des femmes étaient en situation de « sous-dépistage » du cancer du col de l'utérus et ne réalisaient pas de frottis cervico-utérin tous les trois ans (33). Les patientes interrogées comparaient l'examen en décubitus dorsal à celui en position « classique » : 62% le trouvaient moins douloureux, 73% moins générateur d'anxiété, 68% plus confortable et 87% plus respectueux de leur pudeur.

Dans son roman intitulé *Le Chœur des femmes* (34) paru en 2009, l'écrivain et médecin Martin Winckler narre le stage d'une brillante interne en gynécologie, major de sa promotion et souhaitant se spécialiser en chirurgie, dans un service de « Médecine de la femme », tenu par un médecin prônant une médecine attentive, modeste, centrée sur l'écoute et l'échange soignants-patients, où les

confidences, problèmes et histoires de vie des patientes sont au cœur des consultations. Le livre raconte le face à face au fil des semaines de stage, puis le dialogue, entre cette jeune interne et son chef de service, plus âgé, et ayant une conception du soin envers les femmes radicalement opposée à la sienne. Dans ce livre, l'examen gynécologique en décubitus latéral dit « à l'anglaise » est décrit à trois reprises comme alternative à l'examen gynécologique « classique » chez des patientes gênées par ce dernier (ANNEXE 3, extrait).

Ce livre suscitera de nombreuses réactions enthousiastes de patientes et de médecins sur internet ainsi que dans la presse féminine (35, 36). Certains médecins vont même s'initier à cette position d'examen pour la pratiquer en routine.

Ainsi, la contrainte matérielle avancée par la majorité des médecins interrogés semble pouvoir être facilement écartée, d'autant plus que l'examen gynécologique en décubitus latéral est un réel bénéfice physique et psychologique pour les patientes dans leur appréhension de cet examen.

❖ **Des patientes disposées à se faire suivre par leur médecin traitant**

Malgré les faibles sollicitations avancées par les médecins généralistes au cours de nos entretiens, les études montrent de manière uniforme que les femmes sont prêtes à se faire suivre par leur médecin traitant, notamment pour le dépistage du cancer du col.

Une thèse de médecine générale réalisée à Dijon en 2016 traitait de la pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes (37), par le double point de vue des médecins et des patientes. Il était démontré que les patientes avaient tout autant recours au gynécologue qu'à leur médecin traitant si celui-ci était disposé à assurer leur suivi classique gynécologique par la réalisation du frottis cervico utérin tous les trois ans.

Une autre thèse de deux internes de médecine générale grenobloises en 2017 dressait un état des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes de

la région, incluant 226 praticiens (38). 80% des médecins pratiquaient les activités gynécologiques de dépistage, prévention, suivi et de contraception. Le principal frein décrit par les praticiens était le manque de demande de la part de la patientèle. La grande majorité des répondants (80%) accepterait de faire davantage de gynécologie ; et 60% étaient motivés par une formation pratique de la gynécologie.

Ces deux dernières études renforcent l'intérêt d'une meilleure communication auprès des patientes sur la compétence des médecins généralistes dans la pratique de la gynécologie, car ces derniers semblent prêts à assumer un rôle dans le suivi gynécologique de leurs patientes. Il y a une incompréhension bilatérale des deux parties qui limite cette prise en charge : les patientes ne sollicitent pas le médecin traitant car elle pense que cela ne relève pas de son champ de compétence alors qu'elles voient un avantage à ce que leur suivi soit effectué par ce dernier ; les praticiens peu sollicités ne s'investissent donc pas dans ce domaine et perdent en compétence par manque de pratique, et donc ne proposent pas d'assurer un suivi aux femmes.

3.2. En route vers la fin des gynécologues médicaux

Les projections de démographie médicale annoncent une baisse du nombre de gynécologues dans les années à venir.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) réalise chaque année un bulletin de la démographie médicale (39) :

❖ La démographie des médecins généralistes en France Métropolitaine

En 2017, on compte en France Métropolitaine 84 728 médecins généralistes en activité régulière, dont 7 533 en PACA avec 67% en activité libérale ou mixte (libéral et salarié). La densité nationale est de 126,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Ces chiffres sont en baisse sur ces dernières années. L'âge moyen est de 51,6 ans et la part des 60 ans et plus représente 28 %.

Etant donnée la pyramide des âges, les départs en retraites, le recul de l'âge de la première installation, nous assistons à une diminution du nombre de médecin en France, avec entre 2007 et 2017 une régression de -9,6%. En 2025, ces estimations perdurent puisque qu'il y aura 47 916 médecins en activité libérale ou mixte.

❖ **La démographie des gynécologues médicaux en France Métropolitaine**

Le dernier tableau du CNOM recense 1125 gynécologues médicaux inscrits en activité régulière. Cela représente une densité de 3,1 spécialistes pour 100 000 femmes.

Ces derniers voient, tout comme les généralistes, leur effectif baisser sans nette amélioration dans les années à venir. La moyenne d'âge des gynécologues médicaux en 2017 en exercice est de 57,1 ans, la part des plus de 60 ans représente 62%, et près de 60 % de ces professionnels cesseront leur activité d'ici à 2020 (40).

En effet, la réforme de l'internat de 1984 a supprimé la gynécologie médicale du cursus universitaire pendant environ vingt ans, ce qui a entraîné une diminution de près de 500 spécialistes entre 2008 et 2013. Depuis 2003, il y a une augmentation progressive et régulière du nombre de postes d'internes en gynécologie médicale : 20 postes pourvus en 2003, 48 postes en 2014, 64 postes en 2017. Et pourtant en 2018 ce sont seulement 47 postes qui sont prévus (41).

Alors que selon l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation, il serait nécessaire de former au moins 150 internes de gynécologie médicale par an pour couvrir les besoins des femmes françaises (42).

Après ce bref exposé de la démographie gynécologique médicale en France, il apparait évident que les médecins généralistes vont devoir récupérer dans les années à venir par état de fait une partie de l'activité gynécologique accessible en cabinet de ville, pour répondre à la demande des patientes.

Car si le nombre de sages-femmes augmentent et notamment ces dernières années, elles peuvent très certainement relayer les médecins dans le suivi classique

gynécologique des femmes en bonne santé, mais nullement les remplacer.

3.3. L'infertilité : un futur enjeu de santé publique

Les préoccupations concernant la probable baisse de la fertilité dans la population générale sont croissantes.

Ainsi, s'est déroulée à Paris en novembre 2017 la 4^{ème} édition de la Journée Nationale de l'Infertilité. Ces conférences, réparties sur une journée, ont été retransmises en duplex au sein même de la Faculté de Médecine de La Timone, à Marseille.

Elles abordaient différents thèmes :

- Les grandes causes de l'infertilité, comme l'endométriose, les perturbateurs endocriniens, les dommages du Distilbène ;
- Les innovations pour l'AMP en France et à l'étranger ;
- Les difficultés du couple face à l'infertilité : les accompagnements possibles, le suivi psychologique, les médecines parallèles ;
- Les demandes sociétales d'AMP comme la gestation pour autrui, le recours à l'AMP des femmes célibataires ;
- L'avis du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) : les explications.

La question de l'évolution de l'infertilité au cours du temps est difficile, car aux données démographiques se mêle le contexte sociologique (43). Cependant, il semble que l'infertilité soit de plus en plus fréquente. Il semble indispensable de mettre en place un suivi de la fertilité, et ce pour plusieurs raisons. Car il s'agit d'un indicateur de santé primordial pour la survie d'une espèce (1). Bien connaître la fertilité d'une population permet également de mieux estimer son besoin en assistance médicale à la procréation. Enfin, de par sa complexité et sa relative fragilité, la fonction de reproduction humaine pourrait constituer une fonction sentinelle témoin de l'impact sanitaire de modifications de notre environnement ou des comportements.

Aux Etats-Unis, le nombre annuel de consultations pour des troubles de la fertilité est passé de 600 000 en 1968 à 2 millions en 1990 (44). Ce phénomène tient en partie à l'âge plus élevé auquel les couples décident de procréer. Mais l'infertilité a également augmenté chez les jeunes femmes de moins de 25 ans (44). Si la médiatisation croissante des troubles de la fertilité et de leurs traitements médicaux peut induire une certaine impatience de la part des couples, cela ne justifie pas l'augmentation temporelle des tentatives d'AMP : le nombre total de ponctions en France est passé de 40 379 à 45 701 entre 1998 et 2001 (45).

La baisse des qualités spermatiques quantitatives (par la baisse de la concentration de spermatozoïdes dans l'éjaculat), et qualitatives (par la diminution du pourcentage de spermatozoïdes mobiles, vivant et morphologiquement normaux) est un indicateur préoccupant (6,7).

Plusieurs facteurs sont reconnus dans l'infertilité :

- Les facteurs sociaux : principalement l'âge des femmes (baisse de la réserve ovarienne, altération de la qualité ovocytaire) ;
- Le mode de vie :
 - les facteurs nutritionnels (la maigreur et le déséquilibre alimentaire tout comme le surpoids et l'obésité) ;
 - les toxiques : tabac et alcool, café (> 6 tasses par jour) ;
 - le stress et l'état psychologique ;
- Les facteurs infectieux : les infections sexuellement transmissibles ;
- Les facteurs environnementaux : notamment les perturbateurs endocriniens.

Il apparaît primordial de rechercher ces facteurs de risque lorsqu'un couple consulte pour infertilité, ce qui est aisément du ressort du médecin généraliste. Il faut sensibiliser les patients aux effets excessivement néfastes du tabac sur la probabilité d'une grossesse. Chez les fumeuses consommant moins de 15 cigarettes par jour, le délai moyen pour obtenir une grossesse est de 11,1 mois. Chez les femmes fumant plus de 15 cigarettes par jour il est de 18,7 mois (46).

3.4. Quel avenir pour l'infertilité en médecine générale ?

Du fait du déclin des gynécologues médicaux de ville, évoqué ci-dessus, qui représentent le premier moyen de recours des femmes pour assurer leur suivi, les médecins généralistes de fait seront amenés à s'investir davantage.

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), il est évident que les spécialistes de la gynécologie ne peuvent à eux seuls prendre en charge toutes les femmes pour leur suivi gynécologique (47). Il reste donc à répartir les rôles entre les différents professionnels de santé impliqués : les gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux, les médecins généralistes et les sages-femmes.

Devant cette situation, le médecin généraliste doit avoir un rôle prépondérant dans le suivi gynécologique de la femme, et par conséquent dans la prise en charge du couple infertile. Il est de nos jours le spécialiste de premier recours, qui coordonne la prise en charge du patient en ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé (48).

En 2002, la WONCA Europe (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family / Physicians*) a défini les caractéristiques essentielles de la médecine générale :

- « Les médecins généralistes, médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de la discipline Médecine Générale. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie » (49, 50).

La place du médecin traitant dans l'accompagnement du couple infertile, qui représente la prise en charge d'une pathologie plurifactorielle, semble donc avoir tout son sens.

De par :

- La baisse de la fertilité, secondaire à plusieurs facteurs socio-environnementaux évoqués précédemment de la population générale qui commence à inquiéter les autorités ;
- Le recul démographique des gynécologues médicaux ;
- L'augmentation croissante de prise en charge en PMA des couples ces dernières années (45) ;

Les médecins généralistes doivent investir ce domaine afin de proposer une prise en charge optimale, adaptée et cohérente pour les patients.

3.5. La réalisation d'une solution évoquée par les praticiens : un guide line pour la prise en charge du couple infertile en médecine générale

Nous avons élaboré, à l'aide des recommandations du CNGOF (51), une fiche pratique adaptée à la médecine générale (ANNEXE 2).

Cette fiche s'est voulue simple, claire et surtout rapidement lisible. Elle regroupe les principales informations pour la première consultation du couple infertile en cabinet de médecine générale. Il s'agit de données basiques qui permettent d'amorcer une prise en charge avant la réorientation vers le spécialiste, soit le gynécologue de la patiente, soit directement en centre de PMA.

Nous avons eu des retours tout à fait satisfaisants des médecins qui ont participé à ce travail concernant ce guide line. Nous avons également contacté l'Ordre des Médecins afin d'obtenir les coordonnées mail des médecins généralistes afin de diffuser la fiche, et espérons que cela aidera certains praticiens dans la prise en charge de ces couples.

CONCLUSION

Notre travail de thèse offre un premier aperçu de la prise en charge de l'infertilité en soins primaires en PACA, et de ses difficultés.

Les médecins participants :

- ont tous été confrontés à cette problématique ;
- se sentent légitimes dans la prise en charge initiale de ces couples ;
- notent un manque de pratique consécutif aux faibles sollicitations des patients, ceci étant pondéré par leur pratique hétérogène de la gynécologie ;
- mettent en avant un manque d'information rendant la prise en charge complexe et non consensuelle ;
- revendiquent une amélioration de la communication avec les centres spécialisés.

Il serait souhaitable, pour davantage investir et informer les médecins généralistes, médecins de premier recours pratiquant une prise en charge globale centrée patient, de proposer une formation médicale continue traitant de l'infertilité, ou bien d'organiser des journées d'informations dans les centres spécialisés.

La rédaction d'un guide line pour la prise en charge du couple infertile semblerait aider les médecins dans leur pratique. Nous avons donc réalisé un document qui essayait de répondre aux attentes et exigences des médecins généralistes.

Dans ce contexte il serait intéressant de mener une étude complémentaire, du point de vue des patients, pour recueillir cette fois-ci leurs attentes et leur vécu lors de la consultation chez le médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. INVS - BEH n°7-8-9/2012 / 2012 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-7-8-9-2012>
2. Organisation Mondiale de la Santé. The epidemiology of infertility: report of a scientific group. Geneva : WHO Technical Report Series no. 582, 1975.
3. Enquête Nationale Périnatale de 2003 : Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, INSERM - U. 149. Disponible sur http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enp_2003_rapport_inserm.pdf
4. L'Observatoire épidémiologique de la Fertilité en France : Un Outil de Description de la Fertilité de la Population Générale et de sa Sensibilité aux Facteurs Environnementaux. Rémy Slama, Oluf Hansen, Aline Bohet, Béatrice Ducot. 13 novembre 2009.
5. Insee Première : *Un premier enfant à 28,5 en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974*. N°1642. Mars 2017. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
6. Le Moal J, Rolland M, Wagner V, De Mouzon J, Royère D. Évolution de la concentration spermatique en France entre 1989 et 2005 à partir des données de la base Fivnat. Bull Epidémiol Hebd 2012;(7-9):98-102.
7. Bujan L, Auger J. Évolution temporelle et géographique des caractéristiques du sperme en France et dans le monde. Quo vadis ? Bull Epidémiol Hebd 2012;(7-9):91-7.
8. Agence de Biomédecine. Le rapport médical et scientifique de l'activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2010. Présentation des données de 2007 à 2010. Disponible sur <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>
9. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2012, Tome II, Conseil National de l'Ordre des Médecins, tableau n°72 p190.
10. Agence de Biomédecine. Liste des centres agréés en AMP autorisés à pratiquer au 19 Janvier 2018. Consulté le 01/02/2018. https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/liste_ets_amp_clin_190118.pdf
11. KEITH A. FREY, Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician, Mayo Clinic Proc, 2004;79(11):1439-1443.
12. GANESHSELVI P., How can infertility be managed in General Practice ? a review; Obstetrics and Gynaecology, 2005.

13. KAMEL Remah M., Management of the infertile couple : an evidence-based control, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 2010;8:21.
14. WHITMAN-ELIA GF., A primary care approach to the infertile couple, *The Journal of American Board of Family Practice*, 2001;14:33– 45.
15. HERNU-DAZIRON D., Prise en charge initiale de l'infertilité en soins primaires : *Revue de la littérature*, Th : Méd. : Toulouse ; Septembre 2011.
16. Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF), La prise en charge du couple infertile, *Recommandations pour la pratique clinique*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:S1-S342.
17. 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.
18. LUNION A. Entre attente des couples et recommandations : quelle implication possible pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité ? Th : Méd. Nantes ; Décembre 2007.
19. WILKES S., Patient experience of infertility management in Primary care : an in-depth interview study, *Family practice*, 2009, 26 (4): 309-316.
20. SAUREL V., Prise en charge de l'infertilité en soins primaires : enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées. Th : Méd. Toulouse ; Janvier 2013.
21. NGUYEN NGOC N., Difficulté de la prise en charge des problèmes de fertilité en médecine générale : enquête qualitative. Th : Méd. : Rennes ; Octobre 2009.
22. SOUTER V. L., A survey of infertility practices in primary care in Scotland, *British Journal of General Practice*, 1997; 47, 727-728.
23. De KETELE Jean-Marie et ROEGIERS Xavier, *Méthodologie du recueil d'informations*, Ed. Expérimentale, De Boeck–Bruxelles, 1991.
24. DESLAURIERS Jean-Pierre, *Les méthodes de la recherche qualitative*, Presses de l'Université de Québec, 1988.
25. BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, de SINGLY François : *L'Enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan Université 1992.
26. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-5.
27. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.

28. Aubin Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Lettrillart. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84 :142-5.
29. FRAPPÉ P. Initiation à la recherche. *La Revue du Praticien*; 2011. 216 p.
30. Letrillart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : Etude des Eléments de Consultation en médecine Générale. *Exercer*. 2014;25(114):148–57.
31. Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Gilberg S. *Médecine Générale. Médecine Générale. Abrégés Masson*. 2009. pp. 25–31.
32. GRANGE CABANE A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Th : Méd. Bordeaux ; Juin 2015.
33. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010 Jul. pp. 1–53.
34. Winckler M. *Le Chœur des femmes*. Paris : POL Editeur ; 2009. Folio n°5198.
35. Consultations gynéco, ce qui pourrait changer pour nous. *Top Santé*. Juin 2013 : p 98.
36. Greusard R. « Examen à l'anglaise » : on n'est pas obligées d'écartier les cuisses chez le gynéco. *rue89.nouvelobs.com*. 11 janvier 2014.
37. SAIDANI M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes. Th : Méd. Dijon ; Juillet 2016.
38. BONHOMME I., MORETTI C. Etat des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. Th : Méd. Grenoble ; Avril 2017.
39. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2017. Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
40. Sénat. Compte rendu intégral des débats du 21 juillet 2015. Disponible sur http://www.senat.fr/seances/s201507/s20150721/s20150721001.html#cribkmk_questionorale_11_76_440868
41. Ministère des affaires sociales et de la Santé. Arrêté du 17 février 2017 fixant au titre de l'année universitaire 2017-2018 le nombre de postes offerts en médecine.

Journal officiel de la république française. Disponible sur
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/2/17/AFSH1705088A/jo>

42. Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation. Gynécologie Médicale, quelques précisions : pourquoi avoir ré-ouvert des postes de Gynécologie Médicale ? Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081027AGOF_gyneco.pdf.
43. Rémy Slama. La fertilité des couples en France. BEH n7-8- 9/2012 :87–91, Février 2012.
44. Les perturbateurs endocriniens. Deuxième partie : une hypothèse plausible, pas encore vérifiée. *La Revue Prescrire*, 31(331) :378–385, 2011
45. M. Brzakowski, E. Lourdel, R. Cabry, M.-F. Oliéric, C. Claeys, A. Devaux, H. Copin, and P. Merviel. Épidémiologie du couple infertile. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 38 :F3–F7, January 2009.
46. INPES. Contraception que savent les français ? 5 juin 2007. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00704392/>
47. Lansac J, Daraï E, Luton D. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. OUI la santé des femmes EST et SERA assurée. Communiqué de presse. 23/10/2008. Disponible sur http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_66.html
48. Code de Santé Publique article L 4130-1, modifié par loi 2016-41 du 26 janvier 2016 – article 68.
49. World Organization of National College, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family /Physicians EUROPE 2002. Définition européenne des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle de médecin généraliste et description des compétences fondamentales du médecin généraliste.
50. Druais PL, La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé, rapport mars 2015 remis au Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.
51. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Recommandations pour la pratique clinique, La prise en charge du couple infertile. Publiée le 10 décembre 2010. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_INFERTILITE_2010.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1

Guide d'entretien

« Quelles sont les attentes des médecins généralistes en PACA vis-à-vis de la problématique du couple infertile ? »

- Quelle est la place de la gynécologie dans votre pratique quotidienne ?
 - *Forcément la contraception !*
 - *Faites-vous en pratique des suivis gynéco des patientes ? Suivis de grossesse ?*
 - *Les antécédents gynécologiques font-ils partis de votre dossier médical ?*
 - *Etes-vous à l'aise ?*
 - *Réorientation vers le gynécologue ? Pourquoi ?*
- Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement dans la pratique de la gynécologie ?
- Etes-vous impliqué par vos patientes dans le désir de grossesse et la grossesse en elle-même ?
 - *« Consultation pré natal » : qu'en pensez-vous ?*
 - *Etes-vous personnellement confronté à des consultations de couple ?*
- Un couple vous consulte-t-il quand il a du mal à concevoir ? Quelle est sa demande généralement ?
 - *Combien de fois cela vous arrive-t-il dans le mois ?*
 - **Que représente l'infertilité pour vous ?**
 - *Vous sentez vous légitime dans ce rôle ?*
- Lorsque vous recevez en consultation un couple ou une patiente infertile, que faites-vous en pratique ?
 - *Vous prescrivez un bilan ? Avec quoi ?*
 - *Vous orientez votre PEC vers la patiente ? Ou le couple ?*
 - *Vous réorientez rapidement votre patiente ? Pourquoi ?*
 - *Pris en charge psychologique ?*
- Quelles craintes ou hésitations avez-vous dans la prise en charge de l'infertilité de vos patients ?
 - *Seriez-vous prêts à prendre en charge ces consultations ?*
 - *Comment pourrait-on vous aider dans cette démarche ?*

ANNEXE 2

Guide line « Bilan du couple infertile en médecine générale »



BILAN D'INFERTILITÉ DU COUPLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1 Définir l'infertilité

« Incapacité du couple d'obtenir une grossesse après 12 mois de rapports sexuels réguliers et non protégés. » (OMS)

Conseils à donner aux couples

2

- Rapports sexuels 1 jour / 2 pendant la **fenêtre de fertilité (J8 – J12)**
- Arrêt du tabac, pas de cannabis
- Réduction de la consommation de café si ≥ 5 tasses / jour
- Alimentation variée et équilibrée, réduction de la consommation d'alcool
- Activité physique régulière

Bilan

3



Femme

1 IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE

- Âge
- Tabac, toxiques
- Obésité

2 BILAN DE RÉSERVE OVARIENNE

FSH - E2
AMH
Compte des follicules antraux
TSH
à J2 – J4

Si trouble du cycle ou hyperandrogénie :
PRL, testostérone

3 ECHO PELVIENNE

Puis orientation vers PEC spécialisée :
Hystérosalpingographie, cœlioscopie, hystérocopie

4 BILAN PRE-CONCEPTIONNEL

Sérologie HIV / VHB / VHC ; TPHA – VDRL ;
Sérologie rubéole / toxoplasmose / chlamydia
Groupe sanguin ; NFS

5 MISE A JOUR DES VACCINS - ACIDE FOLIQUE 0,4 mg / j



Homme

1 IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE

- Âge
- Chaleur (varicocèle)
- Toxiques
- Infections
- Profession (pesticides, polluants organochlorés)

2 EXAMEN CLINIQUE IMC

3 SPERMOGRAMME AVEC SPERMOCYTOGRAMME

Modalités : Abstinence de trois jours
Si atcd infections : spermoculture

4 ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE

Si atcd de cryptorchidie ou ectopie testiculaire

ANNEXE 3

Extrait du roman *Le Chœur des Femmes*, de M. Winckler (2009)

L'extrait suivant est un dialogue entre le médecin, Karma, et l'interne, Djinn (55).

« Il (Karma) prend trois serviettes en papier, s'essuie les mains, se retourne vers moi, désigne la table gynécologique.

- Montez là-dessus.

- Quoi ?

- Montez sur la table.

- Mais je...

- Je vais vous montrer quelque chose. Montez.

Je pose un pied sur l'escabeau, je monte à reculons et je m'assois au bord de la table.

- Mettez-vous en position gynécologique.

- Quoi ?

- Allez-y ! Vous êtes en jean[...]. Vous ne risquez rien.

Je rougis une nouvelle fois, mais je m'exécute. Je lève les jambes, je pose les pieds dans les étriers, je m'allonge et je pose ma tête sur le drap en papier. Pour le regarder, je dois plier le cou en avant. Karma pousse le tabouret du pied et se plante juste entre mes cuisses, sa braguette contre mes fesses. Il est grand, hirsute, très barbu, très brun sous la lumière électrique. Je me dis que les femmes doivent avoir peur de lui quand il fait ça.

- Confortable ?

Je me sens humiliée et vulnérable mais je ne vais pas lui faire plaisir en le montrant.

- Pas vraiment, mais j'en ai vu d'autres.

Il sort de mes cuisses, fait le tour de la table, tend le bras, soulève ma tête d'une main et glisse le petit coussin sous ma nuque.

- C'est pas mieux ?

- Si...

Un sourire éclaire son visage.

- A présent levez-vous. Je descends, il met tous les segments de la table à l'horizontale, me désigne

le drap une nouvelle fois.

- Allongez-vous en chien de fusil.

Je le regarde sans comprendre.

- En « décubitus latéral gauche », dit-il avec un sourire.

- Ah ! Je m'exécute, sans le quitter des yeux. Il fait le tour de la table, se place derrière moi, se penche. Je dois seulement tourner la tête un peu pour le voir.

- En Angleterre, on examine depuis très longtemps les patientes dans cette position. Dans le temps, on parlait de la « posture anglaise ».

- Pour désigner le décubitus latéral ?

- Oui.

- Et c'est la position de l'examen gynécologique ?

- De "tous" les gestes gynécologiques. Des accouchements, en particulier. [...] Dans la nouvelle de Ferron (un écrivain - médecin québécois du XXème siècle), un jeune médecin de Gaspésie est appelé auprès d'une femme qui accouche et qui refuse de se mettre sur le dos et d'écartier les cuisses ; elle reste obstinément allongée sur le côté gauche. Ça n'étonne pas la vieille sage-femme, mais le jeune docteur est un peu désespéré... jusqu'à ce qu'il voie que l'accouchement se déroule pratiquement tout seul. [...]. Vous ne les faites jamais accoucher en décubitus latéral gauche ?

- Pas que je sache...

- Dommage. Ça donne que des avantages. Moins de risque de déchirures périnéales, pas de compression de la veine cave pendant le travail, meilleur contrôle de la tête pendant l'expulsion... [...]

- L'examen gynécologique est sûrement moins confortable, dis-je.

- Pour qui ?

- Pour le médecin ! Dans cette position les cuisses sont serrées l'une contre l'autre...

- Ça n'empêche nullement de poser un spéculum. Il suffit d'être délicat. Les patientes paraplégiques, ou qui ont une luxation de hanche, ne peuvent pas du tout s'installer en position dorsale, ou alors il faut leur attacher les jambes. Notez bien que jusque dans les années soixante-dix, en France, attacher les femmes enceintes, c'était la norme... Inutile de vous dire qu'elles préfèrent s'allonger sur le côté. Et pour un certain nombre d'entre elles, c'est plus pudique que de regarder le médecin s'affairer entre leurs cuisses... Vous ne croyez pas ?

Je secoue la tête, perplexe

- Je ne sais pas... Je n'ai jamais examiné personne dans cette position. [...]

- Si vous voulez le savoir, demandez-le aux premières intéressées !

- Ah [...]. Mais je ne suis pas sûre que ce soit possible sur cette table d'examen. Elle est beaucoup trop étroite.

- Mmh... dit-il en croisant les bras. Et si on se procurait une table plus large ?

Je vois qu'il est sérieux.

- Oui, peut-être... Ça permettrait de proposer les deux positions. Et elles pourraient...

- Oui... ?

- Choisir.

Il hoche la tête et sourit. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

