



HAL
open science

L'hypofertilité des couples : approche diagnostique et prise en charge. Étude qualitative au sein d'un échantillon de médecins généralistes des Bouches du Rhône

Chloé Chermette

► **To cite this version:**

Chloé Chermette. L'hypofertilité des couples : approche diagnostique et prise en charge. Étude qualitative au sein d'un échantillon de médecins généralistes des Bouches du Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03102198

HAL Id: dumas-03102198

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03102198>

Submitted on 7 Jan 2021

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.

L'hypofertilité des couples : approche diagnostique et prise en charge.
Etude qualitative au sein d'un échantillon de médecins généralistes des
Bouches du Rhône.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 8 Décembre 2020

Par Madame Chloé CHERMETTE

Née le 31 mai 1989 à Laguna Hills (Etats-Unis)

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

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis

Président

Assesseur

Assesseur

Directeur

L'hypofertilité des couples : approche diagnostique et prise en charge.
Etude qualitative au sein d'un échantillon de médecins généralistes des
Bouches du Rhône.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE

Le 8 Décembre 2020

Par Madame Chloé CHERMETTE

Née le 31 mai 1989 à Laguna Hills (Etats-Unis)

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

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis

Président

Assesseur

Assesseur

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ <input type="checkbox"/> aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ <input type="checkbox"/> à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ <input type="checkbox"/> à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ <input type="checkbox"/> pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ <input type="checkbox"/> Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ <input type="checkbox"/> aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ <input type="checkbox"/> sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ <input type="checkbox"/> relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ <input type="checkbox"/> DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ <input type="checkbox"/> DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ <input type="checkbox"/> DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ECOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

-1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER

-2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

-Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS

-Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY

-Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

-Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES

-Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
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 Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
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

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

EMERITAT

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	VIALETES 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	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**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)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
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)
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)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

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 Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (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) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 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)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET 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 VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (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)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 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)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

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)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

GUIDA Pierre (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)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

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) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

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)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-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)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (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)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Léon Boubli, Président du jury, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Blandine Courbière, Membre du jury, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Raphaëlle Rousseau Durand, Membre du jury, merci d'avoir gentiment accepté de faire partie du jury de ma thèse. Veuillez trouver l'expression de mon sincère respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-Louis Poujol, Directeur de thèse, je vous remercie d'avoir accepté d'être mon maitre de thèse. J'ai énormément appris auprès de vous lors de ma maîtrise de stage et lors de mon SASPAS. Vous m'avez montré que l'on pouvait exercer une médecine qui nous ressemble si on s'en donne les moyens. Veuillez trouver dans ce travail, toute ma reconnaissance.

A ma famille,

A mon Papa, merci d'être un modèle de travail et de réussite. Tu nous as offert une enfance de rêve. Tu m'as toujours encouragé dans mes études de médecine et tu m'as poussé à donner le meilleur de moi. Je suis fière d'être ta fille. Merci pour les pauses gouter avec chocolat chaud et tartines de beurre ressourçantes pendant la rédaction de cette thèse. Et merci de nous régaler de tes excellents vins et champagnes.

Je t'aime fort.

A ma Maman, merci de m'avoir chouchouté pendant la rédaction de cette thèse, tu es toujours présente à nos côtés pour nous soutenir. Toujours à nous faire rire avec tes expressions déformées (et j'ai hérité de toi pour ça je crois) et toujours la première sur la piste de danse avec nous. Merci pour ta bonne humeur et ton dynamisme. Et à nos séances de sport avec Momo.

Je t'aime fort.

A ma sœur, Margaux, merci pour ta relecture et ta foi en moi. Toujours présente pour me redonner confiance en mon travail. Je me souviens des vidéos que l'on faisait avec la webcam avec maxime, qu'est-ce qu'on pouvait rigoler, dommage qu'on les ait perdues. J'aimerais que l'on se voie plus souvent.

Je t'aime fort ma sœur.

A mon frère, Maxime, merci de m'avoir remis sur les rails de la thèse en m'aidant dans mon plan et en m'expliquant comment marche Zotero. Je te revois venir me voir pour jouer au Monopoli quand on était petit, je ne pouvais jamais te dire non.

J'aimerais que l'on se voie plus souvent.

Je t'aime fort mon frère.

A mes cousines, avec qui j'ai mes meilleurs souvenirs de vacances.

A Pauline, merci pour ton expertise en AMP et de m'avoir aidé dans le choix du sujet. Nous avons fait nos études de médecine ensemble l'une à St Etienne l'autre à Lyon mais tu étais toujours là pour me soutenir notamment lors des concours blancs, lors de l'ECN et maintenant lors de la thèse mais aussi dans la vie en général.

A Marie, merci pour tous ces bons moments. Je me souviens lorsque l'on jouait à Charmed ou à Fort boyard dans ta chambre, qu'est-ce qu'on a pu en inventer des histoires.

A Agathe, créatrice de danse après « zonzi zonza » merci d'avoir créé une nouvelle super danse lors de l'evjf cousins, on s'en rappellera longtemps de cette soirée.

A ma marraine préférée, merci d'être toujours présente pour ta filleule. Merci de tes bons conseils et de ta bonne humeur.

A Pierre, mon oncle préféré, merci de nous faire rire avec tes histoires, notamment celle de l'infiltration de papa, tu les racontes comme personne.

A mes grands-parents,

A mon Papy, médecin généraliste retraité, nous faisons le même métier mais il a l'air d'avoir bien changé. Je sais que tu attendais cette thèse avec impatience, la relève est assurée !

A ma Mamie « nanette », mamie gâteau, on se régale toujours de tes pâtisseries. Merci d'être toujours là pour nous, je trouve toujours du réconfort auprès de toi.

A ma Mamie « nanine », je me souviendrais toujours de ton air coquin quand tu mettais de la crème solaire en cachette de papy et de ta répartie. Tu me manques.

A mon Papou, je me souviendrais toujours de ton comique de répétition et de tes expressions en patois lyonnais. Tu étais fier que je sois médecin et tu me disais toujours « il est pas si mal ton papou pour son âge ». Tu me manques.

A ma Tatie, je sais que tu étais fière de moi et j'espère que tu l'es toujours d'où tu es. Je me souviens avec tendresse toutes nos sorties au cinéma, les plats un peu brûlés que tu nous concoctais et ton rire. Tu me manques.

A mon mari,

Benjamin, tu m'entends parler de cette thèse depuis que l'on s'est rencontré et tu as gagné quelques bouteilles de champagne grâce à ça mais j'y suis finalement parvenue ! Merci pour ton aide dans la mise en page et de ta patience face à nos divergences de logique. Merci de croire en moi et merci pour tes bons petits plats. Je t'aime.

A ma belle famille,

A Marie Claude et Jean-Louis merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et merci de votre soutien.

A Elina merci pour ta séance de reiki et de m'avoir initié à la méditation, j'ai hâte de vous revoir avec Raphael.

A Romain, merci de la rendre heureuse et merci de toujours répondre présent pour gérer nos espaces verts ou décoration de mariage.

A Lucie, merci de le rendre heureux et merci pour ces supers parties d'escape game.

J'espère qu'on fera plus de soirées tous les 6.

A mes amis,

A mes plus vieux amis,

A Charlotte, super témoin, merci d'être une si grande amie, tu es toujours là pour moi depuis toutes ces années et on en a vécu des choses ensemble. Vive les soirées danses sur des sons latinos que ce soit en Espagne ou en France.

A William, merci d'être ce lien fort qui nous unit tous les 5, tu es le pilier de notre bande du lycée.

A Leo, merci de répondre présent même quand le tour de France est contre toi.

A mes amis de Lyon Sud,

A Pauline, super témoin, on se connaît depuis les premiers jours de la P1. On ne se voit pas assez mais à chaque fois c'est comme si on ne s'était pas quittée. Une pensée pour toute ta petite famille.

A Sarah, merci de m'avoir supporté ce fameux été 2014 et merci d'être toujours là, j'ai hâte de rencontrer la petite Maïa.

A Laura, merci d'être toujours présente et de nous avoir fait découvrir l'île de Batz avec Martin.

A Audric, hâte de se retrouver sur les pistes.

A mes amies d'internat,

A Marion, à nos souvenirs marseillais, antibois et aux supers semaines passées à Verbier. La prochaine à passer sa thèse c'est toi ! Je suis contente que tu aies rencontré Gautier.

A Audrey, merci de tes précieux conseils pour la thèse, je suis contente que tu aies rencontré Mathieu et j'espère qu'on aura encore pleins de nouveaux jeux à découvrir ensemble.

A Coralie, merci de toujours me faire rire lors de toutes ces heures que l'on passe au téléphone, et merci de m'avoir fait rencontrer Benjamin.

A Fleur, merci de ton soutien dans mes doutes concernant ma thèse et ma vie. Tu es toujours de bons conseils.

A mes amis de Marseille,

A Eva, merci d'être présente et de m'écouter, tu es une jolie rencontre.

A Aurélien, merci pour nos weekends jeux de société.

A Mathieu, à nos weekends « sorties marseillaises », je suis heureuse que tu es retrouvé Manon et hâte de rencontrer votre baby boy.

Une pensée à mes amis par alliance Fabien, Charlotte, Xavier, Claire, Cyril et Flora, ma thèse est enfin finie.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	4
II.	CONTEXTUALISATION	6
A.	DEFINITION DE L'HYPOFERTILITE.....	6
B.	PREVALENCE DE L'HYPOFERTILITE ET EVOLUTION	7
C.	FACTEURS DE RISQUE D'HYPOFERTILITE.....	8
1.	<i>L'âge</i>	8
2.	<i>Le poids</i>	9
3.	<i>Les toxiques</i>	10
a.	Le tabac.....	10
b.	L'alcool.....	10
c.	Le cannabis.....	11
4.	<i>Les perturbateurs endocriniens (PE)</i>	11
5.	<i>Le mode de vie</i>	12
a.	Le stress psychologique	12
b.	L'exposition à la chaleur.....	12
6.	<i>La fréquence des rapports sexuels</i>	13
7.	<i>l'atrogénie et maladies chroniques</i>	13
8.	<i>Les infections génitales basses</i>	14
9.	<i>Les antécédents chirurgicaux</i>	14
D.	RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE : LA PREMIERE CONSULTATION POUR HYPOFERTILITE	15
1.	<i>L'interrogatoire</i>	15
2.	<i>L'examen clinique</i>	16
3.	<i>Les bilans complémentaires de première intention</i>	17
a.	Chez la femme	17
b.	Chez l'homme	18
E.	L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP)	19
1.	<i>Histoire de l'AMP</i>	19
2.	<i>Prévalence</i>	20
3.	<i>La réglementation et prise en charge</i>	20
4.	<i>Les différentes techniques</i>	21
a.	L'insémination artificielle intra-utérine (IIU).....	21
b.	La fécondation in-vitro (FIV)	21
c.	La fécondation in-vitro par micro-injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI).....	22
d.	Autres.....	22
5.	<i>Les différents centres d'AMP dans les Bouches-du-Rhône</i>	23

III. MATERIELS ET METHODES	24
A. OBJECTIFS ET CHOIX DE LA METHODE	24
B. POPULATION ETUDIEE	25
1. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	25
2. <i>Mode de recrutement</i>	26
C. MODE DE RECUEIL DES DONNEES	26
D. GUIDE D'ENTRETIEN	27
E. ANALYSE DES DONNEES	27
IV. RESULTATS	29
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	29
1. <i>Recrutement</i>	29
2. <i>Démographie des participants</i>	29
B. ANALYSE DES DONNEES	31
1. <i>Thématique 1 : La consultation d'hypofertilité</i>	31
a. La fréquence en médecine générale	31
b. Caractéristiques des patients qui consultent pour trouble de la fertilité	33
c. Démarche des médecins interrogés	35
d. Les patients abordent le sujet	42
e. Aparté sur le désir de grossesse	44
2. <i>Thématique 2 : Les connaissances sur l'hypofertilité</i>	46
a. Délai de prise en charge	46
b. Démarches administratives	47
c. Facteurs de risque d'hypofertilité	47
d. Les différentes techniques d'AMP	50
e. Formation initiale et complémentaire	52
f. Aparté sur les perturbateurs endocriniens	53
3. <i>Thématique 3 : La coordination des soins</i>	55
a. Les centres d'AMP à proximité	55
b. Le contact avec les spécialistes	56
c. L'offre de soins influe sur la pratique	58
d. La prise en charge en Espagne	59
4. <i>Thématique 4 : Le rôle du généraliste</i>	60
a. Une problématique de médecine générale	60
b. Le rôle du médecin généraliste	61
c. Les difficultés et obstacles rencontrés	65
d. Pistes d'amélioration des pratiques	68
e. Le ressenti des médecins	70

V.	DISCUSSION	72
A.	DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE	72
1.	<i>Points forts de l'étude</i>	72
a.	Choix de la méthode	72
b.	La validité interne	72
c.	Un point de vue peu étudié dans les troubles de la fertilité	72
2.	<i>Limites de l'étude</i>	73
a.	Les biais internes.....	73
b.	Les biais externes.....	73
c.	Les biais d'investigation	74
d.	Les biais d'interprétation	74
e.	Les biais du recrutement.....	74
B.	DISCUSSION DE LA POPULATION INTERROGEE.....	75
1.	<i>Moyenne d'âge</i>	75
2.	<i>Sexe</i>	75
3.	<i>L'Activité gynécologique</i>	76
C.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	77
1.	<i>La place du médecin généraliste auprès des couples infertiles</i>	77
a.	Fréquence et abord du thème	77
b.	Rôles.....	78
c.	Quelle place par rapport à l'offre de soins ?	80
2.	<i>La pratique du médecin généraliste dans la prise en charge des couples infertiles</i>	81
3.	<i>Les difficultés rencontrées et les pistes d'amélioration</i>	85
VI.	CONCLUSION.....	89
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	91
VIII.	ANNEXES	99
	LE GUIDE D'ENTRETIEN	99
IX.	LISTE DES ABREVIATIONS	100

I. INTRODUCTION

Le souhait d'avoir un enfant fait partie du projet de vie de la plupart des couples.

Or nous observons depuis quelques décennies un nombre croissant de consultation pour trouble de la fertilité et une augmentation du taux de recours à l'assistance médical à la procréation (AMP) (1,2).

La question de l'infertilité est complexe par la plurifactorialité des étiologies et des paramètres pouvant l'impacter et les démarches d'AMP font partie d'un long parcours qui est difficile pour ces couples.

En décembre 2010, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (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, celle qui a lieu dans le cabinet du praticien auquel le couple vient confier ses difficultés à concevoir. Ce médecin pouvant être, entre autre, un généraliste (3).

En parallèle, nous assistons à une baisse du nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux.

En région PACA notamment, sur la période 2008-2015, les effectifs ont diminué de 24,7% et cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 avec -18,1% (4). De ce fait, les médecins généralistes sont et seront, de plus en plus, amenés à être le premier interlocuteur et acteur dans l'accompagnement de ces couples.

Selon une étude réalisée en 1989, il a été estimé que 14 % des femmes consulteront un médecin pour infertilité involontaire pendant leur vie reproductive.

Une autre datant de l'année 2000 objective 497 000 consultations pour infertilité en médecine ambulatoire, dont 32,1 % étaient des premières consultations sur ce sujet. Les patientes répertoriées avaient consulté à 92% leur gynécologue et dans 5 % des cas leur médecin généraliste : soit 25000 consultations pour 65000 médecins généralistes libéraux (5).

Le médecin généraliste, adoptant une pratique transversale, peut ainsi trouver sa place dans ce domaine, de prime abord, par son rôle de prévention et d'information, et par la suite, dans l'initiation des bilans et dans l'orientation des patients.

D'autant plus que les patients sont demandeurs. Lors de son travail de thèse, le Dr Denis (6), est allée interviewer des patientes ayant un passé d'infertilité. Même si leur médecin généraliste n'a pas systématiquement eu un rôle dans leur parcours d'AMP elles le considèrent comme une personne privilégiée pour les y aider. Du fait de sa proximité, il a un rôle essentiel de prévention, de dépistage de l'infertilité, d'orientation vers des spécialistes, de suivi régulier et de soutien.

Ces résultats sont concordants avec un autre travail de thèse, celui du Dr Lunion (7), qui a réalisé une enquête d'opinion auprès de 96 couples infertiles. Cette étude met en évidence que dans 60% des cas le médecin généraliste a joué un rôle dans la prise en charge de l'infertilité. 52% des couples de l'étude l'ont consulté avant d'avoir recours aux spécialistes, 23% des couples l'ont consulté pendant le traitement. Pour les couples de l'étude le médecin généraliste a eu un rôle de soutien psychologique à 62,7%, il donne des conseils pour 72,6%, il débute le bilan pour 46,3% ou il reformule les explications données sur le traitement pour 23,2%.

De ce fait, il nous est apparu intéressant de rechercher le vécu des médecins généralistes face à cette problématique. Nous avons donc réalisé une étude qualitative afin de comprendre le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hypofertilité des couples : concernant le rôle qu'ils pensent avoir, leur pratique ainsi que les freins et les difficultés qu'ils rencontrent.

Cette évaluation permettra d'éclairer sur des pistes d'amélioration possibles.

II. CONTEXTUALISATION

A. Définition de l'hypofertilité

L'OMS et l'HAS ont défini l'infertilité par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception.

Il y a encore quelques années ce délai était définie à 24 mois.

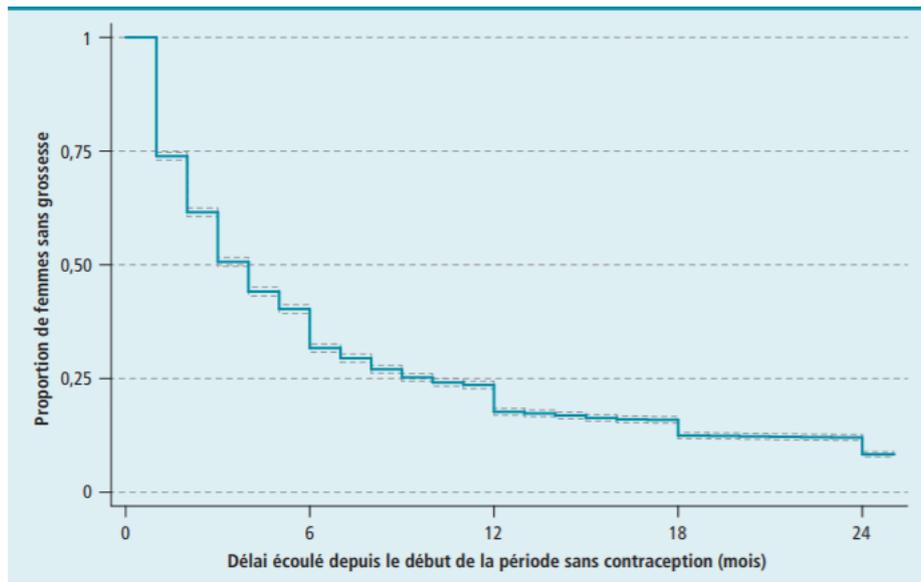
Mais devant une hausse du taux d'hypofertilité (1), couplée à un recul de l'âge du désir du premier enfant à 28,5 ans (soit 4,5 ans plus tard qu'en 1974) (8), la référence médicale opposable concernant la stérilité du couple, publiée au Journal officiel d'août 1998 (9), a clairement autorisé de débiter les investigations après une année de rapports sexuels sans contraception.

Ce délai doit être réduit à 6 mois, si la femme a plus de 35 ans, l'homme plus de 60 ans, ou s'il existe des troubles du cycle patents ou une pathologie de l'appareil génital (connue ou suspectée) chez l'homme ou chez la femme.

L'hypofertilité est donc à différencier de la stérilité, qui se définit par l'incapacité totale et absolue pour un couple de concevoir un enfant.

B. Prévalence de l'hypofertilité et évolution

En France, une enquête nationale de la périnatalité en 2003, a permis d'établir que 17,7% des 14187 femmes ayant accouché au mois d'octobre de cette année-là, avaient mis plus de 12 mois à concevoir et 8,3% avaient mis plus de 24 mois (10).



Proportion de femmes sans grossesse (et intervalle de confiance) en fonction du nombre de mois écoulés depuis le début de la période sans contraception (Enquête nationale périnatale 2003)(11)

L'Obseff (Observatoire épidémiologique de la fertilité en France) a mené quelques années plus tard une étude s'échelonnant entre 2007 et 2008 en France métropolitaine. Elle a inclus 15 818 femmes de 18 à 44 ans. Sur les 867 d'entre elles qui ont eu des rapports non protégés et ayant interrompu leur contraception depuis plus d'un an, 24% n'ont pas obtenu de grossesse. Ce chiffre tombait à 11% après 24 mois (12).

Ainsi, après l'analyse de ces 2 études, il a été estimé que le pourcentage de couples français inféconds au bout de 12 mois de rapports sans contraception, serait de l'ordre de 15 à 25% (11). Environ 1 couple sur 4 à 6 qui arrête d'utiliser un moyen de contraception sera concerné par une infécondité involontaire après un an, ce taux n'étant pas négligeable.

C. Facteurs de risque d'hypofertilité

Selon l'OMS, un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie.

Les facteurs altérant la fertilité sont nombreux et pour beaucoup d'entre eux une action préventive est possible (3).

1. L'âge

Selon l'INSEE, l'âge moyen des couples à la première naissance est en augmentation : l'âge moyen des femmes à la première naissance est passé de 26,5 ans en 1977 à 30,6 ans en 2017 (13). Ceci s'explique par des facteurs socioprofessionnels : l'accès des femmes à un niveau d'études supérieures majoré par le désir des couples à accéder à un certain confort matériel avant le premier enfant.

Or l'âge est un facteur reconnu comme influençant fortement les chances pronostiques d'obtention d'une grossesse.

L'âge maternel est associé à une baisse du taux de la fertilité lorsqu'il augmente (par diminution de la réserve ovarienne et par une altération de la fonction ovarienne).

En effet, la probabilité de survenue d'une grossesse au cours d'un mois ou d'un cycle menstruel, chez un couple n'utilisant pas de contraception est de 25% à l'âge de 25 ans. Ce chiffre passe à 12 % par mois à 35 ans et 6 % à 40 ans (14).

L'âge paternel est associé également à une diminution de la fertilité spontanée (par altération de la fonction testiculaire avec des taux de testostérone décroissants et par altération des caractéristiques du sperme).

Si 78% des hommes sont « féconds » dans les 6 mois lorsqu'ils sont âgés de moins de 25 ans, ils ne sont plus que 58% à l'être au-delà de 35 ans (15).

Il n'y a cependant pas de seuil précis concernant l'âge du père mais il est recommandé de discuter au cas par cas la prise en charge de l'homme infécond à partir de l'âge de 60 ans (accord professionnel).

Il est ainsi recommandé d'informer les couples de la chute de la fertilité liée à l'âge (grade A) (3).

2. Le poids

Le fonctionnement de l'axe reproductif est intimement lié au statut nutritionnel.

Chez la femme

- Le surpoids (IMC entre 25-30) et l'obésité (IMC > 30) influencent le potentiel de fertilité de la femme par augmentation des troubles de l'ovulation et de la maturation ovocytaire, par augmentation des fausses-couches précoces ou itératives (altération du développement endométrial, de la réceptivité utérine, et de l'implantation) (16).

Une obésité sévère (IMC > 35) divise les chances de grossesse par 2 en comparaison avec des patientes à IMC normal.

Une perte de poids de 5 à 10% sans pour autant avoir retrouvé un poids normal améliorerait significativement les dysovulations et permettrait de retrouver une ovulation normale dans les 3 à 4 semaines suivantes (17).

Les patientes obèses doivent donc être informées de ces effets (grade A) et il est recommandé un amaigrissement avant tout traitement de l'infertilité (grade A) (3).

- La maigreur et le déséquilibre alimentaire :
Dans les pays industrialisés, il s'agit surtout de troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie) ou d'excès de sport, qui touchent 1 à 5% des femmes (18). Cela peut agir sur l'axe hypothalamo-hypophysaire engendrant une aménorrhée d'origine centrale hypothalamique (19).

Chez l'homme

- L'impact du poids de l'homme sur la fertilité et sur la qualité du sperme fait l'objet d'un nombre croissant de publications mais les données sont cependant souvent peu informatives en raison d'effectifs restreints, ou controversées (20).

- L'obésité pourrait être responsable de troubles de l'érection, d'une altération testiculaire et de la thermorégulation par modification du rapport androgènes/oestrogènes.
- La maigreur pourrait être responsable d'une baisse du volume testiculaire et de la qualité du sperme, suggérant une altération de la spermatogénèse.

3. Les toxiques

a. Le tabac

Le tabac est délétère sur la fertilité naturelle (3,17,21).

Cet effet délétère apparaît être dose dépendant. L'association d'un tabagisme actif et passif allonge significativement les délais de conception.

Toute patiente tabagique doit être incitée à un sevrage afin d'améliorer sa fertilité naturelle (grade A).

Le tabagisme exerce également un effet négatif sur les résultats de la FIV.

Le sevrage tabagique, chez l'homme comme chez la femme, est recommandé avant toute prise en charge en AMP (grade A).

b. L'alcool

Le lien entre alcool et infertilité a été démontré dans de nombreuses études (18).

Il convient par conséquent d'en informer le couple essayant de concevoir.

Chez l'homme, la consommation d'alcool entraîne une altération des paramètres du sperme pour une consommation supérieure à 20 unités par semaine.

Certains effets de l'alcoolisation chronique massive (baisse de la libido, gynécomastie, atrophie testiculaire, baisse de la testostérone ou augmentation des œstrogènes) participent aussi à la diminution de la fertilité masculine.

Chez la femme, il s'agit surtout d'anovulation, de diminution du taux d'implantation, d'augmentation du taux de fausses couches.

c. Le cannabis

Le cannabis serait responsable d'une baisse de fécondité chez l'homme (22) (diminution de la spermatogénèse, de la testostéronémie) et chez la femme (risque accru d'hypogonadisme et de fausses couches).

Il a également un effet néfaste sur les protocoles d'AMP (23).

Il est ainsi recommandé un sevrage.

4. Les perturbateurs endocriniens (PE)

Le phénomène de reproduction fait partie d'un système endocrinien composé de glandes (les ovaires et les testicules) et de sécrétions d'hormones (œstrogènes, testostérone, etc.). Une perturbation endocrinienne est alors possiblement à l'origine d'une hypofertilité.

Les liens entre baisse de la fertilité et causes environnementales ont été difficiles à prouver au début des recherches, on parlait alors d'interprétations qui ont été beaucoup controversées. Mais il est maintenant possible de mettre en évidence des relations de cause à effet d'expositions à certaines substances grâce à des biomarqueurs rentables et non invasifs (24).

Chez l'homme, il a été démontré par de nombreuses études qu'il existe une baisse de la qualité du sperme de presque 50% entre 1938 et 1991 (25), par baisse du nombre de spermatozoïdes et baisse du volume séminal. Ces résultats peuvent refléter une réduction globale de la fertilité masculine qui peuvent être en lien avec l'exposition aux PE (26).

Ceci est souligné par une augmentation concomitante de l'incidence des anomalies génito-urinaires telles que le cancer des testicules ainsi que l'hypospadias et la cryptorchidie (27) qui peuvent aussi être reliés aux PE.

Chez la femme, on remarque des troubles de l'ovulation, des anomalies morphologiques de l'utérus ou des trompes, de l'endométriose, des SOPK qui pourraient être imputables à l'exposition à certains PE (28).

Pourtant, il existe quelques conseils simples qui permettent de limiter notre exposition aux PE (29) et qui peuvent être délivrés par tout professionnel de santé.

5. Le mode de vie

a. Le stress psychologique

Le stress est un élément important de toute société, qu'il soit physique, social ou psychologique. L'infertilité elle-même est stressante, en raison des pressions sociétales, des tests, des diagnostics, des traitements, des échecs, des désirs non satisfaits et même des coûts fiscaux auxquels elle est associée.

Il a été démontré (30) qu'il réduit la probabilité de conception pendant la fenêtre fertile, exerçant éventuellement son effet par la voie médullaire sympathique.

Il a également été démontré (31), que l'effet d'un soutien psychologique sur la santé mentale de patientes infertiles, a mis en évidence l'impact positif d'une prise en charge psychologique sur les chances de grossesse : ce sont surtout les femmes infertiles non encore traitées en AMP qui ont bénéficié des impacts positifs de ces interventions psychologiques.

Chez les hommes, les études sont contradictoires et même si certaines études ont mis en évidence une relation significative dose-dépendante entre le niveau de stress ressenti et une moindre qualité spermatique, ces résultats n'ont pas été confirmés par les études ultérieures.

b. L'exposition à la chaleur

Il est recommandé de conseiller à l'homme d'éviter de porter des pantalons serrés (grade C) (3).

Certaines professions comportent des risques plus élevés que d'autres (chauffeurs professionnels, boulangers, soudeurs) mais le niveau de preuve est insuffisant pour recommander un changement de profession ou un arrêt de travail.

6. La fréquence des rapports sexuels

Une fréquence de un jour sur deux pendant la fenêtre de fertilité optimise les chances de fécondité. Une fréquence supérieure, quotidienne, est possible, mais n'augmente pas les chances de conception (3).

Pour rappel, la période de fécondabilité est déterminée à partir de la durée de survie des spermatozoïdes dans le tractus génital (jusqu'à 6 jours) et de celle des ovocytes (24 heures). Donc elle est de 6 jours chez les couples normofertiles, du 5ème jour avant l'ovulation à 24h après. On la considère à 3 jours seulement chez les couples infertiles : de la veille de l'ovulation au lendemain de l'ovulation (32).

7. Iatrogénie et maladies chroniques

En période de conception, il est important de surveiller le bon équilibre des maladies chroniques (33) et de vérifier qu'il n'existe aucune contre-indication ou effet tératogène du traitement pris au long cours.

Plusieurs médicaments sont également connus pour altérer la fertilité comme les médicaments hormonalement actifs (androgènes, anti-androgènes, œstrogènes, progestérone, glucocorticoïdes, anabolisants, cimetidine, spironolactone, digoxine, kétoconazole), les psychotropes, les anti-épileptiques, les anti-émétiques, les analgésiques, certains antibiotiques et agents chimiothérapeutiques, les antihelminthiques (tels que niridazole, salazosulphapyridine), certains anti-hypertenseurs, les médicaments hyperprolactinémisants et les AINS (34).

8. Les infections génitales basses

Les infections génitales basses représentent un facteur d'infertilité surtout chez les femmes. En effet, dans 25% des cas elles entraînent des salpingites qui, dans 17% des cas, conduisent à une infertilité tubaire (par occlusion tubaire).

Parmi les agents infectieux, *Chlamydiae trachomatis* arrive en tête. En France, environ 3% des adultes jeunes étaient infectés par *C. trachomatis*, souvent de façon asymptomatique (35). Plus rarement les infections parasitaires tel que la bilharziose non traitée entraîne des infertilités tubaires (36).

Chez l'homme, le retentissement sur la fertilité est peu documenté et controversé. Il faut malgré tout les rechercher (orchi-épididymites dans un contexte d'IST, orchite ourlienne, urétrite, prostatite, infections urinaires, tuberculose génitale) même si leur effet sur la fertilité reste très exceptionnelle (37).

9. Les antécédents chirurgicaux

Que ce soit chez la femme ou chez l'homme, les antécédents chirurgicaux pelviens ou inguino-scrotaux peuvent altérés la fertilité par la création d'adhérences ou par lésions de structures anatomiques.

D. Recours au médecin généraliste : La première consultation pour hypofertilité

La consultation pré-nuptiale n'existe plus depuis 2007. Or elle permettait aux couples de bénéficier d'informations, de messages de prévention et d'interventions adaptées, pour maintenir ou améliorer leur santé et éviter des complications obstétricales (38).

L'HAS recommande malgré tout de réaliser par un médecin généraliste, un gynécologue-obstétricien, un gynécologue médical ou une sage-femme, une consultation pré-conceptionnelle, qui peut être proposée lors d'une demande d'arrêt d'une contraception ou en réponse aux demandes spontanées d'une femme ou d'un couple qui a un projet de grossesse, ou encore dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier en particulier lors du renouvellement d'une contraception (39). Cette consultation doit permettre d'optimiser la fertilité spontanée (32).

1. L'interrogatoire

L'entretien primaire est extrêmement important. L'idéal est la consultation du couple car évidemment il va porter sur les deux membres du couple (14,40). Il convient de reprendre le côté masculin au cours d'une consultation ultérieure si la femme est venue seule.

Cet entretien recherche les facteurs de risque d'infertilité de chacun que ce soit les antécédents médicaux (pathologies chroniques, infections génitales), les antécédents chirurgicaux pelviens, les prises médicamenteuses (que ce soit les traitements au long cours ou l'historique des contraceptions prises par le passé).

Il questionne sur le suivi gynécologique avec notamment la date de réalisation du dernier frottis ainsi que son résultat.

Il interroge sur d'éventuelles symptômes comme des leucorrhées non physiologiques, des douleurs pelviennes intenses (possiblement signes d'endométriose), des douleurs testiculaires etc.

Il fait le point également sur la stabilité du couple, sur des dysfonctions sexuelles éventuelles (troubles de la libido, dysfonctions érectiles, vaginisme, dyspareunies) et sur la fréquence des rapports.

Il évaluera la durée d'infécondité et la caractère primaire ou secondaire de l'infertilité.

Il permet aussi de faire le point sur les vaccinations notamment le rappel de la coqueluche et l'existence d'une vaccination bien conduite contre la rougeole.

Il vérifie la prise d'acide folique par la patiente (39,41).

Et enfin il s'attarde sur les habitudes de vie (professions, expositions aux toxiques/aux PE, la prise de drogues ou de tabac ou d'alcool).

2. L'examen clinique

Pour le CNGOF, l'examen gynécologique doit être fait systématiquement lors d'une première consultation pour difficulté à concevoir, mais pour l'homme l'examen d'emblée ne s'impose pas en l'absence de signe particulier (14).

Pour l'AFU, tout homme infertile ou ayant un facteur de risque d'infertilité masculine doit faire l'objet d'un examen clinique avant toute décision thérapeutique (40).

Chez la femme, l'examen doit ainsi comprendre un examen général avec prise des constantes et du poids. Une palpation mammaire sera réalisée. L'examen gynécologique permet d'apprécier la trophicité vaginale et si l'examen est pratiqué pendant la période pré-ovulatoire il peut permettre de vérifier la qualité de la glaire cervicale. Il sera aussi observé l'état apparent du col utérin. Enfin une palpation de la thyroïde est faite.

Chez l'homme, si l'examen est fait d'emblée, il est aussi général avec prise des constantes et du poids. La palpation mammaire recherchera une gynécomastie et l'examen du pénis un hypospadias. Un examen testiculaire sera effectué avec palpation des épидидymes et des canaux déférents. Et enfin selon l'âge un toucher rectal avec palpation de la prostate sera fait.

3. Les bilans complémentaires de première intention

Les bilans seront ainsi débutés lors d'une infertilité avérée selon les critères évoqués précédemment (3,14,42,43).

Il n'y a pas de réel consensus sur le bilan de première intention, il est volontiers décrit dans la littérature mais il est non homogène et sa composition varie sensiblement selon les institutions et surtout il varie en fonction des facteurs de risque d'infertilité retrouvés au sein du couple à travers l'interrogatoire et l'examen clinique.

a. Chez la femme

Le bilan de première intention comprend :

- La courbe de température
Elle est souvent considérée comme obsolète mais elle reste un examen de « débrouillage » intéressant, simple et peu coûteux. Elle est à réaliser sur 2 ou 3 mois afin de vérifier qu'il n'y a pas de dysovulation.
- L'échographie pelvienne endovaginale
C'est un examen simple et non invasif qui permet de repérer une anomalie ovarienne, tubaire ou utérine. Un compte des follicules antraux peut aussi être fait afin d'évaluer la réserve ovarienne folliculaire
- Le contrôle des sérologies rubéole et toxoplasmose, voire celle du CMV (si profession en lien avec la petite enfance)
- Une mise à jour du dépistage du cancer du col par frottis cervico-vaginal si besoin
- L'hystérosalpingographie est pour le CNGOF un examen recommandé en première intention. C'est la technique qui réalise le meilleur compromis innocuité/ efficacité. Elle permet d'évaluer la perméabilité des trompes et du

canal cervical, ainsi que la morphologie utérine. Elle présente une sensibilité de seulement 65 % mais sa simple réalisation multiplie par 3 la fréquence des grossesses spontanées (44).

Les dosages hormonaux avec le dosage de FSH, œstradiol et de l'AMH à J2-J4 seront systématiquement réalisés mais en 2e intention. On les prescrira en première intention si l'âge de la patiente est > 35 ans, si elle a des cycles courts ou irréguliers et si elle a des antécédents familiaux d'insuffisance ovarienne ou des antécédents personnels d'agression ovarienne.

Le dosage de la progestérone à J22 est à pratiquer seulement en cas de signe clinique d'hyperandrogénie et ceux de la prolactine et de la TSH seulement si dysovulation.

Le test de Hühner était encore recommandé en 2009. Il permettait de vérifier la réalité des rapports conjugaux et d'analyser de la qualité de la glaire cervicale et le comportement des spermatozoïdes dans la glaire. Il a une valeur pronostique sur le résultat qu'on peut attendre des inséminations (en cas d'infertilité inexplicée). Cependant il n'est pas recommandé de prescrire systématiquement un test post-coïtal (grade B) (3).

b. Chez l'homme

L'examen a réalisé systématiquement est le spermogramme avec spermocytogramme.

Il est recommandé de le réaliser dans un laboratoire de spermiologie expérimenté, par masturbation, après 3 jours d'abstinence, et d'envisager un contrôle sur un second échantillon en cas d'anomalies au minimum 3 mois après.

Il apprécie les différents paramètres du sperme : volume, pH, viscosité ainsi que la concentration et la numération totale des spermatozoïdes dans l'éjaculat, la mobilité, la vitalité et la morphologie des spermatozoïdes. Il ne peut être remplacé par le test de Hühner.

E. L'assistance médicale à la procréation (AMP)

L'AMP est un ensemble de techniques cliniques et biologiques qui aide les couples à concevoir un enfant lorsqu'ils ont des difficultés à procréer « naturellement » ou qui intervient lorsqu'un couple risque de transmettre à leur enfant une maladie génétique d'une particulière gravité ou encore qui permet la conservation de la fertilité en prévision d'un traitement altérant grandement la fertilité.

1. Histoire de l'AMP

Les premières études sur le sujet datent de 1934 (45,46) : Gregory Pincus, chercheur américain, publia une étude sur la Fécondation In Vitro effectuée sur des lapins. Mais Pincus était en avance sur son temps et son expérience fût extrêmement critiquée. Le Times Magazine le dépeignit comme « un docteur Frankenstein ».

En 1944, John Rock et Miriam Menkin, un couple de chercheurs américains, ont réussi après de nombreuses tentatives, à réaliser la première fécondation ayant eu lieu hors du corps de la femme, dans une boîte de Pétri. Mais le couple ne tenta pas de réimplanter les embryons dans l'utérus humain.

Puis l'histoire de l'AMP est marquée en 1978 par la première naissance viable d'un enfant conçu par FIV. Il s'agit de Louise Brown, née en Grande-Bretagne, « fruit » du travail de Robert Edwards physiologiste de Cambridge et du gynécologue Patrick Steptoe.

Les premières FIV sont réalisées sans stimulation hormonale et donc un seul ovocyte est prélevé. C'est en 1981 qu'est imaginé le principe de la stimulation d'ovulation qui permet d'obtenir plusieurs ovocytes et de multiplier les chances de succès de la fécondation puis de la réimplantation de l'embryon dans l'utérus.

En France, c'est en février 1982 qu'Amandine le 1^{er} bébé « éprouvette » naît grâce à l'équipe Dr Jacques Testart et le Pr René Frydman.

Puis en 1986, première naissance en France après cryopréservation des embryons.

En 1994, Audrey est le premier bébé français né après ICSI.

Les premières naissances d'enfants après DPI surviennent en 1991 en Grande Bretagne et en 2000 en France.

2. Prévalence

En 2018, 25120 enfants sont nés grâce à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) après 148711 tentatives (cela représente 3,3% des enfants nés dans la population générale) soit un enfant sur 30.

Ce chiffre augmente sensiblement chaque année depuis 2009 (2,6% en 2009, 2,7% en 2010, 2,9% en 2013, 3,1% en 2015).

Les chances de réussite de l'AMP varient de 12 à 25,5 % selon la technique utilisée et le profil de la patiente (2).

3. La réglementation et prise en charge

Touchant à la science et à la médecine, mais aussi à l'éthique et à la religion, l'AMP est très encadrée sur le plan légal.

En effet, elle fait l'objet de lois de bioéthique régulièrement révisées.

En 1994, la loi de bioéthique définit les différentes techniques de l'AMP et autorise les couples hétérosexuels, en âge de procréer, mariés ou vivant ensemble depuis plus de 2 ans, à pouvoir y accéder.

En 2004, création de l'Agence de la biomédecine (organisme public contrôlé par le ministère de la santé rassemblant les activités de l'AMP, de diagnostic prénatal et génétique).

En 2011, la loi est reprise et autorise les donneurs de sperme majeur et sans enfant à faire un don.

En 2019, un nouveau projet de loi est voté autorisant les femmes célibataires ou les femmes homosexuelles à bénéficier d'AMP.

Par ailleurs, la sécurité sociale (47) prend en charge à 100% les bilans et les soins nécessaires pour 6 inséminations artificielles et 4 tentatives de fécondation in vitro pour obtenir une grossesse.

Actuellement, seules les patientes âgées de moins de 43 ans, en couple avec un homme, peuvent en bénéficier.

Cette prise en charge est valable pour une durée de 2 ans et doit donc être renouvelée périodiquement.

4. Les différentes techniques

Il existe différentes techniques d'AMP qui sont proposées selon l'étiologie de l'infertilité (3).

a. L'insémination artificielle intra-utérine (IIU)

Cette technique peut être réalisée avec le sperme du conjoint ou avec le sperme d'un donneur (en cas d'azoospermie).

Elle est préconisée en cas d'anomalie de la glaire cervicale, lorsqu'il existe une oligospermie ou asthénospermie (diminution mobilité des spermatozoïdes) ou encore en cas d'infertilité inexplicée.

Elle permet une fécondation selon un processus naturel : suite à une induction ovarienne, des spermatozoïdes vont être introduits à l'aide d'un cathéter dans la cavité utérine.

b. La fécondation in-vitro (FIV)

Elle est proposée pour les pathologies tubaires définitives sans recours possible à la chirurgie réparatrice, pour l'endométriose sévère, pour l'infertilité inexplicée, pour l'infertilité avec dégradation des caractéristiques spermologiques sans possibilité de recours aux inséminations.

Elle nécessite une stimulation ovarienne également pour permettre la croissance et la maturation de plusieurs follicules ovariens qui seront ponctionnés par voie vaginale sous contrôle échographique et sous anesthésie locale ou générale.

Le ou les ovocytes recueillis et les spermatozoïdes sont mis dans une boîte de culture pour fécondation « in vitro ». Quelques jours après un ou deux embryons sont implantés dans l'utérus.

c. La fécondation in-vitro par micro-injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)

Cette technique est pratiquée en cas d'anomalie sévère des spermatozoïdes, ou en cas d'échec sévère de la FIV classique. Mais elle est de plus en plus utilisée (2).

La différence avec la FIV se trouve dans le fait que la fécondation nécessite la microinjection d'un spermatozoïde à l'aide d'une pipette dans un ovocyte préalablement décoronisé et mûr. La décoronisation d'un ovocyte correspond à l'ablation de la couronne de cellules qui l'entoure afin d'évaluer de manière plus précise sa capacité à être fécondé.

Les techniques de fécondation in-vitro (FIV et ICSI) peuvent se faire aussi bien à partir de dons d'ovocytes que de dons de sperme. Il est estimé que cela représente 4,3% des cas (2).

d. Autres

L'induction ou stimulation ovarienne peut être réalisée seule ou en association avec les techniques d'AMP. Seule, elle ne fait pas partie des techniques d'AMP car il n'y a pas de manipulation de gamètes. Elle est proposée en cas de trouble de l'ovulation.

Elle consiste à provoquer l'ovulation à l'aide de médicaments comme le citrate de clomifène (utilisé en première intention) ou gonadotrophines si échec du premier (avec soutien lutéale par progestérone).

Enfin, la chirurgie peut permettre de restaurer la fertilité selon la cause : dans le cadre d'adhérences tubo-ovariennes minimales ou légères, une adhésiolyse sous coelioscopie peut être proposée en première intention ; une obstruction tubaire peut être traitée par coelioscopie si distale ou par hystéroscopie si proximale ; une endométriose peut également bénéficier d'un traitement par exérèse des lésions sous coelioscopie ; et enfin des fibromes ou myomes utérins ou encore une varicocèle peuvent être traités chirurgicalement.

5. Les différents centres d'AMP dans les Bouches-du-Rhône

On recense quatre centres d'AMP dans les Bouches-du-Rhône :

- L'hôpital de la conception à Marseille
- L'IMR de la clinique Bouchard à Marseille
- L'hôpital St Joseph à Marseille
- Le centre hospitalier du pays d'Aix à Aix-en-Provence

III. MATERIELS ET METHODES

A. Objectifs et choix de la méthode

Au cours de cette étude, nous avons voulu comprendre comment les médecins généralistes appréhendent les troubles de la fertilité des couples.

Le but de notre étude était donc d'aller à la rencontre des médecins généralistes afin de connaître leur perception de leur rôle dans la prise en charge de l'hypofertilité des couples ainsi que d'évaluer leur pratique, les freins et les difficultés qu'ils rencontrent dans ce domaine.

Il s'agissait d'accéder à un vécu, à un ressenti, à des expériences relatées par la population interrogée. Ces variables ne sont pas accessibles à des méthodes analytiques quantitatives puisqu'il ne s'agissait pas de recueillir des chiffres ou des données standardisées mais des données verbales (48).

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Elle a une approche qui vise à décrire et à analyser le comportement vis-à-vis d'une problématique. Elle ne génère pas de statistiques mais elle génère des idées et des hypothèses.

La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance.

Par son approche compréhensive, elle permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ».

À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale et à certains types de questions de recherche en soins primaires, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. Elle apparaissait comme une technique de choix pour notre travail.

Ainsi, nous avons réalisé une étude qualitative descriptive basée sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

L'entretien individuel permet d'obtenir une description détaillée des expériences individuelles et d'aborder des questions tout en laissant la place à des commentaires, il permet une grande souplesse et la diversité est recherchée.

B. Population étudiée

Dans une étude qualitative, la population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié.

Nous avons donc constitué un échantillon en recherche de variation maximale, la diversité des opinions, des perceptions et des comportements était recherchée. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données.

Dans les études qualitatives avec entretiens semi-dirigés, la taille de l'échantillon est réduite. Ici elle a été estimée dès le début de l'enquête puis déterminée à l'obtention de la saturation des données c'est-à-dire lorsque les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau (point de "saturation").

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion dans notre étude étaient :

- Être médecin généraliste thésé, homme ou femme
- Exercer en libéral, seul ou en cabinet de groupe, dans la ville d'Aubagne
- Avoir consenti à participer à l'étude

Les critères d'exclusion étaient :

- Être médecin remplaçant ou non thésé
- Avoir une pratique exclusive autre que la médecine générale (médecine du sport, médecine esthétique, médecine vasculaire ou autre)

2. Mode de recrutement

Le recrutement des médecins de la ville d'Aubagne s'est fait par contact téléphonique, par l'enquêtrice (moi-même), en présentant le sujet de la thèse et expliquant le mode de recueil des données.

Il s'est également fait par un mail émanant du Dr Giuly, médecin aubagnais, invitant tous ses confrères/consœurs d'Aubagne à recontacter l'enquêtrice par mail afin de participer à l'étude.

C. Mode de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par le même enquêteur (moi-même) du mois de février 2019 à juillet 2019 par des entretiens semi-dirigés.

Les entretiens se déroulaient dans le cabinet du médecin interrogé ou à son domicile.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique, après autorisation orale du médecin interrogé.

Ils ont ensuite été retranscrits dans leur totalité, en verbatim (mot à mot) sur fichier Word.

Certaines données non verbales ont aussi été retranscrite pour permettre la compréhension ainsi que des commentaires généraux (attitude générale du médecin).

Ces entretiens ont également été rendus anonymes par souci de confidentialité, les médecins ont été numérotés de M1 à M13 dans l'ordre chronologique du déroulement des entretiens.

D. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 1) a été élaboré avec une série de questions « guides » relativement ouvertes et de sous-questions prévues pour relancer le débat si nécessaire.

La faisabilité de l'entretien a été testé préalablement auprès de 2 médecins dont un qui remplissait les critères d'inclusion et qui a donc été incorporé à l'étude.

Le guide comprenait 4 grands items permettant d'explorer l'attitude des médecins généralistes face au problème de fertilité. Les items regroupaient leurs expériences respectives, leurs connaissances générales sur le thème de l'infertilité, leur pratique concernant la coordination des soins et enfin leur ressenti sur le rôle de la médecine générale face à cette problématique.

L'enchaînement des thèmes abordés a été adapté en fonction de chaque entretien pour ne pas compromettre la fluidité et la spontanéité de la discussion. Et comme il est possible de le faire dans ce type d'étude, le questionnaire a été modelé au fur et à mesure de l'avancement du travail.

L'enquêtrice a également précisé au médecin interrogé en début d'entretien qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et les objectifs de l'étude lui ont été rappelés.

Les caractéristiques du médecin ont été recueillis en début d'entretien (âge, année d'installation, la quantité et qualité de l'activité gynécologique et la formation en gynécologie).

E. Analyse des données

Le but de cette analyse n'est pas de répertorier exhaustivement le point de vue de chaque médecin vis-à-vis de l'infertilité mais de réunir des représentations communes.

Le travail de codage a été fait manuellement.

Chaque entretien a été codé individuellement une première fois. A partir de cette base de données, une analyse thématique a été réalisée c'est-à-dire que les mots et les expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en différents thèmes.

Les entretiens ont ensuite été analysés de nouveau avec cette liste de thématique, ce qui a permis de l'étoffer et de trier les idées en catégories et sous catégories.

Une certaine quantification de ces catégories est possible (par exemple : « la majorité », « certains », « peu » ...).

Les thèmes et les catégories les plus communs et les plus pertinents ont été développés ainsi dans la partie résultats.

IV. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

1. Recrutement

Le recrutement des médecins provient essentiellement des contacts téléphoniques.

Le recrutement par mail n'a pas fonctionné puisqu'aucun des médecins ayant reçu le mail n'a contacté l'enquêtrice.

Au total, 33 cabinets ont été contactés par téléphone regroupant 45 médecins.

13 médecins ont répondu favorablement à la demande d'entretien et un rendez-vous a été fixé dans leur cabinet (10 médecins) ou à leur domicile (3 médecins).

20 appels ont été passés dans des cabinets dans lesquels nous n'avons pas obtenu de réponse malgré 2 messages vocaux laissés sur le répondeur ou aux secrétaires.

4 médecins ont refusé de rencontrer l'enquêtrice pour les motifs suivants : « je ne fais pas de gynécologie j'adresse directement » « je répondrais volontiers mais je n'ai jamais eu à m'occuper de cette problématique » « je n'ai pas le temps de vous recevoir » ou réponse via une secrétaire « elle ne veut pas vous recevoir ».

2. Démographie des participants

13 entretiens ont été réalisés auprès de médecins entrant dans les critères d'inclusion et ayant accepté de participer à l'étude. Tous étaient installés dans la ville d'Aubagne puisqu'il s'agissait d'un critère d'inclusion.

Nous avons interrogé 5 hommes et 8 femmes.

La moyenne d'âge des médecins était de 44,5 ans avec des âges extrêmes à 29 ans et 71 ans.

La moyenne d'exercice en libéral était de 14,4 ans, les extrêmes allant de 6 mois à 43 ans.

7 médecins ont déclaré avoir une activité gynécologique dont 3 qui effectuaient le suivi gynécologique de leurs patientes. 2 médecins ont déclaré ne pas encore avoir d'activité gynécologique mais que cela allait se développer très prochainement.

2 médecins ont fait le DU de gynécologie et un autre est inscrit sur liste d'attente.

4 médecins ont fait des formations DPC en gynécologie.

1 médecin a déclaré ne jamais avoir été formé à la gynécologie.

Médecins	Sexe	Age	Année d'installation	Activité gynécologie	Formation gynécologie
M1	Masculin	71	1976	Oui et de suivi	Cursus universitaire
M2	Féminin	37	2015	Oui	Cursus universitaire
M3	Masculin	66	1982	Non	Non
M4	Féminin	56	1993	Oui	Cursus et formation DPC
M5	Masculin	43	2009	Non	Cursus et formation DPC
M6	Féminin	31	2017	Non mais à venir	DU et formation DPC
M7	Féminin	30	2018	Peu	Cursus universitaire
M8	Masculin	59	1988	Non	Cursus universitaire
M9	Féminin	32	2018	Non mais à venir	DU et formation DPC
M10	Masculin	58	1991	Non	Cursus universitaire
M11	Féminin	29	2019	Oui et de suivi	Cursus universitaire
M12	Féminin	35	2017	Non mais à venir	Cursus, en attente DU
M13	Féminin	31	2017	Oui et de suivi	Cursus universitaire

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

B. Analyse des données

L'analyse des entretiens a permis de dégager plusieurs thématiques. Chaque thématique se découpe en différents items permettant d'aborder toutes les dimensions perçues pendant les entretiens.

1. Thématique 1 : La consultation d'hypofertilité

a. La fréquence en médecine générale

- Pour la presque totalité des médecins de notre étude, la fréquence de consultation pour trouble de la fertilité est faible.

M1 : « *J'ai dû en avoir une dizaine [dans ma carrière] stérilité primaire et secondaire. »*

M3 : « *Je ne m'en souviens pas, c'est arrivé mais je ne m'en rappelle pas. »*

M4 : « *Non je n'ai pas de souvenir, pas de truc récent. »*

M5 : « *Ça arrive très rarement » « je crois que ça ne m'est jamais arrivé en 10 ans d'installation d'avoir été le premier interlocuteur, d'autant moins que je ne fais pas de consultation de gynécologie. »*

M6 : « *C'est peu fréquent. »*

M7 : « *Je n'ai pas le souvenir d'une première consultation pour difficulté à tomber enceinte » « on en parle en cours de consultation mais ils sont déjà pris en charge finalement. »*

M8 : « *De temps en temps, c'est très ponctuel, 1 à 2 fois dans l'année, ça n'est pas régulier en tout cas. »*

M11 : « *Non, pas souvent j'ai plus des femmes qui viennent me voir en disant « je suis enceinte » que de femmes qui me disent « j'arrive pas à avoir de bébé ». »*

- Pour un de nos médecins, ce n'est pas un motif de consultation si rare que ça. Ce médecin suit ses patientes sur le plan gynécologique.

M13 : « *J'en ai eu 3 dernièrement, et j'en vois de temps en temps, ce n'est pas un motif rare pour moi. »*

- Pour plusieurs d'entre eux, les patients consulteraient directement le gynécologue.

M2 : « Ce sont des gens qui je pense vont voir d'eux même la gynéco en premier lieu quoi. »

M6 : « Je pense qu'il doit y avoir des patients qui ne nous en parlent pas et qui consultent pour ça directement des gynécologues spécialisées et qui n'en parlent pas à leur médecin traitant. »

« D'ailleurs ils n'ont pas besoin de consulter un médecin généraliste avant d'aller voir le gynéco donc je pense qu'il y en a peut-être qui sont en cours de prise en charge et je ne suis peut-être même pas au courant car ils vont spontanément chez le gynéco et ne le disent pas forcément au médecin traitant. »

M11 : « Je pense qu'on est boycotté et qu'elles vont voir leur gynéco direct. »

- Certains pensent que la fréquence de ce type de consultation risque d'augmenter car la demande en gynécologie en médecine générale augmente.

M3 : « Mais ça va peut-être changer car il y a de moins en moins de gynécos médicaux mais il y a beaucoup de femmes qui s'installent aussi donc les patientes vont chez les femmes plutôt. »

M9 : « C'est pour ça que je vais m'y mettre aussi car il y a une forte demande [en gynécologie] et toutes les nouvelles patientes ont du mal à trouver un gynéco ne serait-ce que pour le suivi donc voilà. »

M10 : « Mes collègues vont faire de la gynéco et je pense que malgré tout, elles vont vraiment être débordées par la demande. »

M11 : « Après je fais beaucoup de gynéco parce qu'à Aubagne c'est difficile de trouver des gynécos, j'en ai récupéré beaucoup. »

- Enfin, la fréquence pourrait être influencée par la pratique ou non du suivi gynécologique par le praticien.

M5 : « Je ne fais pas de suivi gynécologique. Je pense que c'est à cause de ça que je n'ai pas de recrutement pour des troubles de la fertilité »

« Si le médecin a un rôle de suivi gynécologique, il peut être en première ligne. »

M13 : « J'ai eu une jeune femme de 30 ans que je suis régulièrement depuis un an. Je l'ai vu au départ pour un suivi gynéco »

« L'autre cas que j'ai eu c'était une patiente de 39 ans que je voyais dans le cadre d'un suivi gynéco aussi. »

b. Caractéristiques des patients qui consultent pour trouble de la fertilité

Bien que ce soit un motif engageant le couple, il apparaît plutôt rare que les deux personnes qui constituent le couple viennent consulter.

- Ce sont soit les femmes seules qui consultent :

M2 : « *j'ai eu une patiente qui m'en a parlé. »*

M7 : « *Ce sont plutôt les femmes qui m'en parlent. »*

M11 : « *les femmes seules, systématiquement. »*

- Soit les hommes seuls :

M2 : « *J'ai vu des hommes par contre qui m'ont demandé des spermogrammes. »*

M6 : « *J'ai plus le souvenir d'hommes qui étaient en cours de bilan d'infertilité avec leur dame et qui venaient pour demander un spermogramme par exemple. »*

M8 : « *J'ai en tête aussi quelques hommes qui ont eu des doutes et qui sont venus me voir. »*

- Pour certains médecins, le fait de voir seulement les hommes s'expliquerait par le fait que pour eux le médecin généraliste est le seul interlocuteur.

M8 : « *en pratique les femmes ont une gynécologue. Les hommes n'ont pas de gynécologue mais peuvent nous solliciter ... les femmes dans ce domaine-là ce n'est pas moi qui vais les voir ... Un homme qui vient me voir pour ça, il ne saura pas à quel spécialiste s'adresser, donc c'est un conseil que je pourrais lui donner alors qu'une femme va chez le gynécologue d'emblée pas chez moi. »*

M9 : « *J'ai eu deux fois des hommes et qui sont venus seuls... vu que je ne fais pas encore d'activité gynéco peut être que les femmes se tournent plus facilement vers leur gynécologue et que les hommes n'ont pas forcément d'autre écoute que le médecin traitant dans un premier temps. »*

- Cependant, pour une de nos médecins, les hommes ne consulteraient pas pour ce motif par crainte d'une atteinte à leur virilité.

M11 : « *Je crois que les mecs quand on parle d'hypofertilité, ils n'ont pas trop envie d'aller voir un médecin et qui plus est un médecin femme avec leur femme, je crois que ça bloque un peu quand même ... (rires) sur le plan de la virilité je ne suis pas sûre qu'ils l'acceptent facilement !* »

- Dans quelques cas, les patients consultent en couple, que ce soit un couple hétérosexuel ou parfois homosexuel.

M8 : « *Les 2 ... là j'ai vu il y a quelques semaines avant un autre couple.* »

M10 : « *la dernière sur ce thème-là, d'un couple de femmes homosexuelles.* »

M13 : « *une patiente homosexuelle.* »

- Un médecin voit généralement les femmes pour ce motif mais programme des consultations dédiées avec le conjoint.

M13 : « *Je l'ai aussi invité à me revoir pour une consultation dédiée et ils sont venus tous les 2.* »

- L'âge des patients consultant a été peu évoqué car ne relevait pas d'une question spécifique. Mais certains médecins l'ont cité et dans la majorité des cas l'âge est supérieur ou égal à 35 ans.

M1 : « *une jeune femme de 35 ans.* »

M2 : « *elle avait 47 ans* » « *il avait 20 ans [...] il voulait juste se rassurer je pense.* »

M11 : « *une patiente qui avait 35 ans.* »

M12 : « *une jeune femme d'une vingtaine d'années.* »

M13 : « *une jeune femme de 30 ans* » « *une patiente de 39 ans.* »

c. Démarche des médecins interrogés

La démarche des médecins face à ces patients est variée et non standardisée.

➤ Conseils et explications

- La démarche dépend dans un premier temps du délai dans lesquels les patients consultent.

Quelques médecins ont vu des patients dans des délais très courts d'essai de conception.

M8 : « *c'était un couple qui était pressé et qui n'était pas du tout infertile [...] Il y avait eu un arrêt de contraception et une mise sous progestérone pour réguler les cycles, il y a 3 mois. »*

M9 : « *là ça faisait quelques mois, peut-être 4 mois, très peu de temps, qu'ils essayaient. »*

M11 : « *elle venait me voir au bout de 2 mois après que je lui ai retiré l'implant. »*

M13 : « *Cela faisait 6 mois qu'elle essayait avec son conjoint. »*

Dans ce contexte-là, les médecins ont préférentiellement prodigué des conseils ou ont rassuré les patients.

M8 : « *j'ai expliqué qu'on parlait d'infertilité au bout de plus longtemps que ça, que les examens qu'ils demandaient étaient totalement inutiles dans l'immédiat, que dans les suites d'une mise sous hormone pour réguler les cycles il fallait attendre un petit peu, voilà discussion bâton rompu, rien de très compliqué. »*

M9 : « *En même temps j'ai essayé de le rassurer en lui disant que 4 mois c'était un délai assez court et qu'on pouvait se poser la question d'un trouble de la fertilité au bout de 6 mois à 1 an. Et qu'éventuellement il fallait qu'il vienne me revoir à ce moment-là, je n'ai pas demandé d'examen complémentaire particulier »*

« Je lui ai demandé effectivement quelle était la fréquence des rapports etc... Il était seul en consultation, mais est ce qu'il calculait un peu le moment des rapports et tout ça m'a semblé bon pour une éventuelle grossesse, elle ne prenait plus la pilule... il y a des petites choses comme ça que j'ai demandé quand même, vu que ça me semblait correct je n'ai pas donné plus de conseils que ça à part d'essayer de ne pas trop se mettre la pression et que la moyenne en France c'était 6 mois pour concevoir un enfant et qu'il n'y avait rien d'anormal là-dedans. »

M11 : « *Elle est revenue me voir 2 mois après, désespérée de ne pas être enceinte, elle avait 3 calendriers dans son téléphone ... elle calculait sa température etc... grosse psychose là-dessus, je l'ai vu 3 fois en consultation et au bout de 6 mois*

toujours pas ... mais je l'ai pas envoyé de suite en PMA car il y avait pleins de choses qui n'allaient pas. »

M13 : *« J'ai essayé de la rassurer »*

« j'ai donné quelques conseils simples notamment sur la fréquence des rapports, le moment où la fertilité est au maximum jusqu'à 5 jours avant l'ovulation et 1 jour après, etc... »

- Les conseils prodigués ont porté pour la plupart sur la fréquence des rapports, sur la période d'ovulation, sur le fait de ne pas se mettre de pression par rapport au fait de concevoir et beaucoup ont rassuré sur les délais impartis avant de déclarer qu'il y a des troubles de la fertilité.
- Deux médecins ont admis ne donner aucun conseil. Il s'agit de deux médecins qui n'ont pas d'activité gynécologique.

M3 : *« Vraiment non, je pense que je ne serais pas efficace donc si une femme ou un couple vient pour un problème d'infertilité je leur fais de suite un courrier pour les orienter et puis voilà quoi. »*

M5 : *« Dans le cas d'une infertilité, j'orienterais directement. »*

➤ **L'interrogatoire**

Face aux patients venant consulter pour difficultés à concevoir, le médecin généraliste a pour devoir de repérer des troubles réels et généraux. Cette quête passe dans un premier temps par l'interrogatoire des patients.

- La quasi-totalité des médecins ayant été confrontés à ce problème en premier recours ont interrogé leurs patients. Les principaux thèmes abordés sont : le mode de vie (tabagisme, alcool, toxiques, prise d'un traitement), les antécédents médicaux généraux ou d'infections gynécologiques ou urologiques, les antécédents de grossesses ou fausses couches, les antécédents de chirurgie pelvienne, la régularité du cycle menstruel, l'absence de contraception et les antécédents du conjoint.

M6 : « Je leur pose des questions sur leur mode de vie, sur des signes d'infection locales urinaires et gynécologiques chez la femme bien sûr, le tabagisme, les traitements pris, les antécédents de grossesse/ fausses couches chez la femme, le suivi gynéco et s'il est à jour, les antécédents familiaux peut être. »

M9 : « Je lui ai demandé si lui avait déjà des enfants avec d'autres partenaires. C'était quelqu'un de jeune, sans facteur de risque cardio-vasculaire, mais j'ai fait un interrogatoire classique des antécédents, etc. »

M10 : « Vérifier déjà qu'il n'y a pas de trouble du cycle. »

M12 : « Je lui ai posé des questions classiques : si ces cycles étaient réguliers ou pas, si elle avait une contraception, si à l'heure actuelle vu qu'elle s'inquiétait sur ce sujet, si elle avait un désir de grossesse, des antécédents de chirurgie abdominale, si antécédents d'IST. Du fait de son style marginal avec tatouages et piercings, j'ai demandé s'il y avait des toxiques, elle était fumeuse, consommation régulière de cannabis. Je lui ai dit qu'en termes de fertilité c'était pas top tabac + cannabis. Pas d'alcool. Je lui ai demandé si elle avait un suivi gynécologique. »

M13 : « J'ai posé quelques questions sur les antécédents de son conjoint, s'il avait déjà eu des enfants ou non, si problème de santé etc... »

- La consultation est parfois même qu'une discussion pour certains.

M8 : « ça n'a été qu'une discussion »

M11 : « tant que j'ai pas de doute sur une vraie hypofertilité, je passe plus de temps à discuter qu'à les examiner »

➤ L'examen clinique

Dans un second temps, toujours dans sa démarche d'éliminer une pathologie d'ordre général, le médecin généraliste réalise un examen clinique.

- La plupart des médecins qui réalisent un examen font au moins un examen général avec prise de tension et poids.

M4 : « examen clinique normal »

M5 : « je ne fais pas d'examen gynécologique mais de suivi de tension essentiellement »

M10 : « vérifier que l'examen anatomique est satisfaisant, voilà minimum. Je fais un examen systématique de mes patients après je vérifie chez le monsieur si l'examen anatomique est satisfaisant. On peut avoir des surprises de temps en temps. »

M11 : « *Après c'est vrai que je n'aime pas passer une consultation sans examiner sans au moins prendre une tension ou vérifier qu'il n'y ait pas des trucs à la con* »

M13 : « *j'ai pris TA, pouls, poids.* »

- L'examen gynécologique a été facilement cité par les médecins ayant une activité gynécologique et a été réalisé si le suivi gynécologique n'était pas à jour (clinique ou frottis cervico-vaginal) ou si existence de symptômes le nécessitant.

M1 : « *Examen gynéco c'est très simple, classique, on vérifie le frottis bien sûr.* »

M13 : « *Je l'ai réexaminé complètement sur le plan gynéco.* »

- L'examen clinique de l'homme est plus rarement appréhendé, cette notion est plus facilement retrouvée chez les médecins de sexe féminin.

M6 : « *J'ai plus le souvenir d'hommes [...] Je n'ai pas forcément examiné pour ça.* »

M9 : « *Je crois pas que je l'ai examiné sur le plan génital, je lui ai demandé s'il y avait des soucis, je le sentais déjà pas très à l'aise de venir m'en parler et voilà donc j'avoue je ne l'ai pas examiné.* »

- L'examen est parfois réalisé secondairement lors d'une consultation dédiée par manque de temps ou lorsque le sujet a été abordé en fin de consultation.

M11 : « *mais souvent je les fais revenir, parce que la première fois qu'on aborde ce sujet ça dure longtemps et j'ai pas non plus 1h à consacrer à chaque patient* »
« *Quand elles reviennent me voir je fais un examen clinique de base, et sur les 3-4 que j'ai en tête je n'ai pas fait d'examen gynéco systématique car elles étaient déjà suivies par une gynéco ou que le frottis était récent ou qu'elles décrivaient vraiment zéro signe donc je ne voyais pas l'intérêt de jeter un coup d'œil de suite, surtout qu'il n'y avait pas de dyspareunie, pas de saignement aberrant.* »

M13 : « *je l'ai invité à me consulter d'ici quelques mois si toujours rien, pour une consultation dédiée et que son conjoint devra consulter également. Elle est revenue au bout de 6 mois sans son conjoint, que je ne suis pas, donc nous étions à 12 mois.* »

« *Je l'ai aussi invité à me revoir pour une consultation dédiée et ils sont venus tous les 2.* »

➤ La prescription d'un bilan

La prescription du bilan de première intention est aléatoire chez nos médecins.

- Il n'y a pas de démarche standardisée et selon le contexte la prescription sera différente.

M8 : « Ça dépend le contexte, je vais pas vous donner une réponse générale à ce problème-là. Ça dépend si elle vient que pour ça, ça dépend si elle me parle de ça « entre autres », si je la connais bien, si je connais la famille etc... je peux pas répondre à cette question, c'est difficile de donner une attitude ... Ça dépend du profil psychologique de la personne, ça dépend de sa demande si elle est urgente ou non. »

M11 : « Je n'ai pas prescrit de bilan systématiquement, pas en première intention sauf s'il y a d'autres signes »

- Lorsqu'un bilan est prescrit il comprend un bilan biologique dit « standard » regroupant souvent NFS, TSH, glycémie, coagulation, bilan rénal et hépatique, ferritine.

La recherche de pathologies infectieuses a été prescrite à plusieurs reprises avec les sérologies VIH, VHC, VHB, syphilis, toxoplasmose et rubéole, et recherche de chlamydia et gonocoque.

Le bilan hormonal est peu prescrit. Il comprend pour nos médecins surtout FSH, LH, œstradiol, prolactine et progestérone. L'AMH a été cité une fois. Un test d'ovulation a été prescrit une fois. La courbe de température a été citée une fois également.

L'échographie pelvienne chez la femme a été peu mentionnée.

Pour ceux qui le prescrivent, le bilan permet d'avancer la prise en charge pour le spécialiste et d'éliminer une étiologie non gynécologique.

Le bilan de l'homme avec le spermogramme semble facilement prescrit.

M1 : « un bilan sanguin avec FSH LH œstradiol, AMH etc. »

« un bilan échographique pour voir l'intégrité des ovaires, l'intégrité de la cavité utérine savoir si pas de malformation »

« après je leur fais le Clue test ovulation, qui sert habituellement à ne pas tomber enceinte mais je le fais pour voir s'il y a ovulation ou pas. On sait s'il y a ovulation ou pas, et s'il y a ovulation on leur dit d'avoir un maximum de rapports pendant cette période. C'est très intéressant comme test. »

« On commence par faire un spermogramme s'il y a stérilité dans le couple. C'est déjà le plus intelligent et le plus simple »

M6 : « J'oriente mais avant qu'ils aient leur rendez-vous je leur prescris un bilan sanguin avec glycémie, NFS, la thyroïde, tout ce qui est urinaire et bilan aussi de MST, chlamydia/gonocoque tout ça, le spermogramme et une échographie pelvienne pour la femme. Peut-être faire ... est ce que je le ferais en premier abord tout ce qui hormones FSH LH progestérone œstradiol prolactine ? je sais pas ... oui peut être ça rentre dans le bilan aussi si vraiment les dames essaient depuis longtemps... »

M7 : « alors de base pour un homme je pense que je prescrirais un spermogramme Et pour une femme une écho abdominale avec un bilan hormonal avec FSH, LH, œstradiol, prolactine aussi, une TSH et un bilan sanguin standard avec NFS, coag. »

M8 : « si jamais on soupçonne une infertilité vraie chez l'homme je commence par un spermogramme et chez la femme en général je fais un bilan thyroïdien et hormonal pour voir si tout va bien et puis éventuellement les standards qu'on nous a appris la courbe de température et tout ça. »

M10 : « Je fais un bilan standard, pas de bilan hormonal, je laisse faire aux gynécos. »

M11 : « j'initie quand même un bilan sanguin pour vérifier le fer et la thyroïde parce que ça souvent on trouve des catastrophes chez les femmes, et la NFS, la plupart du temps je mets aussi un bilan hépatique et la créat voilà en gros c'est un peu ça. Je demande aussi s'il y a eu un bilan MST récent. »

M12 : « bilan un peu global pour lui faire plaisir car elle était demandeuse et en même temps pour avancer un peu la gynéco donc j'ai mis bilan de la thyroïde car je sais que les problèmes de dysthyroïdie peuvent entraînés une infertilité, prolactine, œstradiol, progestérone, FSH, LH, en plus d'un bilan classique. »

M13 : « Je lui ai prescrit des examens bio, bilan standard avec NFS CRP TSH glycémie ferritine + recherche VIH, VHC, VHB, syphilis, toxo et rubéole, PCR chlamydia + bilan hormonal à J3-J5 du cycle avec LH FSH œstradiol prolactine + échographie pelvienne avec compte des follicules à J3-J5 aussi »
« et à Mr un spermogramme. »

- Cependant, plusieurs avouent ne pas prescrire de bilan parce qu'ils ne sauraient pas l'interpréter car cela touche à un domaine trop spécialisé.

D'autres ont peur de faire perdre leur temps aux patients ou pensent que ce qui sera prescrit sera refait en centre spécialisé.

M3 : « Non je ne me lance pas là-dedans, je ne veux pas leur faire perdre de temps avec mon incompétence quoi voilà. »

M4 : « Vu la complexité, je pense que j'adresserais le patient direct. »

M5 : « *En termes de bilan c'est mieux de les faire dans des centres spécialisés, en particulier les spermogrammes car ils sont plus spécialisés que les laboratoires en ville où ils en font assez peu. »*

M11 : « *Je prescris jamais le bilan hormonal car je ne sais pas le lire donc ça ne sert à rien parce que derrière ils vont le refaire donc je ne le prescris pas. »*

- La prescription d'un premier bilan complet ne semble pas être influencé par le fait que le praticien ait une activité gynécologique puisque plusieurs de nos médecins n'en n'ayant pas le prescrivent et qu'une de nos médecins ayant une activité de suivi gynécologique ne le fasse pas.

➤ **L'orientation vers le spécialiste**

L'ensemble de notre échantillon de médecin oriente les patients vers des spécialistes. Aucun médecin ne débute une prise en charge thérapeutique.

L'orientation est faite soit vers un gynécologue de ville soit vers un centre d'AMP dans des proportions quasi identiques.

- Si les patientes sont suivies par un gynécologue, ce choix est souvent privilégié par nos médecins.

M5 : « *Vers le gynécologue référent, pour commencer, et c'est lui qui fait les premiers bilans et qui adresse vers les consultations spécialisées. »*

M6 : « *Vers leur gynéco de ville habituel, pas forcément vers un centre spécialisé de prime abord, je me dis que le gynéco va faire les premières recherches et ensuite quand ils constatent qu'il y a vraiment une infertilité diagnostiquée ils iront dans des centres spécialisés. »*

M7 : « *J'oriente d'abord vers le gynéco chez qui les patientes ont un suivi régulier, de voir avec lui d'abord. »*

M12 : « *Je lui ai conseillé de prendre rdv avec un gynéco pour démarrer le suivi et plutôt d'en parler à sa gynéco plus qu'à moi. »*

- Les autres médecins adressent directement en centre d'AMP et de manière plus systématique s'ils font les suivis gynécologiques de leurs patientes ou si les demandes sont plus urgentes.

M7 : « *et si vraiment il y a une demande j'orienterais vers le centre de PMA.* »

M9 : « *j'adresserais au centre de PMA directement.* »

M11 : « *elle venait parce qu'ils n'arrivaient pas à faire d'enfants depuis 3 ans [...] on l'avait envoyé directement à la PMA.* »

M13 : « *j'ai fait un courrier pour un centre de PMA.* »

- Un médecin a déjà adressé à un gynécologue devant une anomalie constatée lors de son examen clinique.

M11 : « *Après ça m'est arrivée d'envoyer une fois chez la gynéco parce qu'au niveau de l'interrogatoire il y avait des dyspareunies, du coup je l'ai examiné et en fait il y avait une fusion des petites lèvres et des grandes lèvres, je me suis demandé s'il n'y avait pas un lichen donc je l'ai envoyé chez la gynéco qui ensuite la adressé à la PMA.* »

d. Les patients abordent le sujet

Pour l'ensemble des médecins de l'étude, le sujet est abordé par les patients.

- Plusieurs médecins ont eu des consultations dont les troubles de la fertilité était le motif principal, qu'ils aient ou non une activité gynécologique.

M1 : « *Elle est venue me voir parce qu'elle n'arrivait pas à tomber enceinte.* »

M2 : « *J'ai eu 2 fois des hommes qui ont consulté pour ça.* »

M4 : « *Ils étaient venus pour un bilan de routine, et dans le cadre d'une procédure en Espagne.* »

M8 : « *Ça n'était pas une vraie infertilité mais c'était leur motif de consultation !* »

M9 : « *C'était un monsieur qui se posait la question de sa fertilité.* »

M10 : « *j'ai eu une consultation, la dernière sur ce thème-là, d'un couple de femmes homosexuelles qui sont parties [en Espagne], elles avaient besoin de conseils.* »

M11 : « Elle est revenue me voir 2 mois après, désespérée de ne pas être enceinte. »

M13 : « une patiente homosexuelle qui est venue me voir pour faire un bilan complet en vue d'une PMA en Espagne. »

- Cependant, il arrive régulièrement que cela soit évoqué en fin de consultation ou encore que les patients en parlent pour tenir au courant leur médecin.

M2 : « elle n'était pas venue pour ça à la base. Elle m'en a parlé à la fin de la consultation. »

M5 : « Quand on m'en parle en fait c'est plus pour m'informer qu'ils sont pris en charge dans un milieu spécialisé. »

M12 : « Alors ciblé pour son potentiel trouble d'infertilité non, elle venait pour autre chose, ce n'est qu'en fin de consult qu'elle m'a parlé de son inquiétude. »

M13 : « La question s'était soulevée en fin de consultation. »

- La question du désir d'enfant est parfois abordée par certains médecins, elle est perçue comme moins intrusive que celle d'un problème de fertilité. Mais cela dépend aussi du degré d'intimité qu'ils ont avec leurs patients.

M1 : « Quand il y a un arrêt de pilule c'est à ce moment qu'on leur pose la question quoi. »

M6 : « Le désir de grossesse on peut l'évoquer, surtout quand elles nous disent qu'elles n'ont pas de contraception, on leur demande s'il y a un désir de grossesse ou non. Mais après non le problème de la fertilité je ne l'évoque pas sauf si je sais qu'ils essayent depuis plus d'1 an on peut en discuter mais je pense que ça viendra plus des patientes que de nous-même. »

M8 : « Des patients que je suis depuis longtemps avec qui j'ai des relations de vieux médecin généraliste qui n'ont pas d'enfant ça m'arrive de leur demander, si à l'approche de la quarantaine, s'ils envisagent d'avoir un enfant ou non. Mais pas sur l'abord de la fertilité plutôt sur l'abord des choix de vie. »

M10 : « Ça peut arriver. Ça dépend du degré de lien que l'on a avec le patient, il y a des familles ou effectivement, devant certaines situations un peu tendues on est amené à poser la question. »

M11 : « le projet de grossesse oui car ça me permet d'aborder la question du couple et de savoir si elles sont bien en couple ou pas et après on s'étend pas, si elles disent non c'est non, donc je leur demande quand même leur projet de vie, savoir si

elles ont d'autres projets ! Ça permet toujours de discuter avec les patients et de casser un peu la glace en tout cas ! »

M13 : *« Ça m'arrive lors de mes consultations gynécos car je pose toujours la question de la contraception ou non, et s'il n'y a pas je demande pourquoi, s'il y a désir de grossesse ou non ? »*

« Et puis tout dépend le degré d'intimité avec la patiente, quelqu'un de passage ou que je vois pour la première fois, je ne vais pas aborder le sujet de but en blanc. Si c'est quelqu'un que je suis c'est plus facile. Et je pense que les patientes ressentent si elles peuvent aborder le sujet facilement ou non »

e. Aparté sur le désir de grossesse

Ainsi, il a été demandé aux médecins de notre échantillon si le motif « désir de grossesse » était un motif régulier de consultation.

- Dans l'ensemble, c'est effectivement plus régulier que le motif « trouble de la fertilité ».

M4 : *« Oui ça ça arrive. »*

M5 : *« Un petit peu plus. »*

M6 : *« Oui ! Désir de grossesse oui il y en a beaucoup oui ! »*

M7 : *« Oui très souvent. »*

M9 : *« Oui ça j'en ai régulièrement. Alors là ce sont plutôt les femmes qui consultent, seules souvent. »*

M12 : *« Alors oui ! J'en ai eu » « Alors ça par contre c'est plus simple pour moi. »*

- Majoritairement, les médecins sont plus actifs dans cette prise en charge, cela semble plus simple pour eux, même s'ils n'ont pas d'activité gynécologique. Ils questionnent sur les antécédents, le mode de vie, ils préconisent l'arrêt du tabac, de l'alcool et des toxiques, ils prescrivent un bilan standard avec les sérologies IST et toxoplasmose/ rubéole, ils vérifient la validité du dépistage contre le cancer du col, ils mettent à jour les vaccinations et prescrivent de la spéciafoldine. Certains réalisent un examen gynécologique avec palpation mammaire.

M4 : « Je demande la date du dernier frottis, je marque un bilan bio standard habituel avec sérologies IST. Je checke aussi les vaccins, si elle n'a pas fait le ROR, je mets à jour. On essaye d'anticiper ça c'est tout (silence). Je prescris la spéciafoldine. »

M5 : « Je donne des renseignements et ce sont des consultations pendant lesquelles je prescris de la spéciafoldine et éventuellement prise de sang, sérologie HB HC toxoplasmose. NF iono créat glycémie. »

M6 : « Pour la prescription de l'acide folique, pour préparer tout ça, les premiers bilans, pour voir un peu le mode de vie, les traitements, un interrogatoire global. On vérifie les traitements pour être sûr qu'il n'y a pas de contre-indications à avoir une grossesse de suite quoi. »

M7 : « Dans ces cas-là, je leur prescris de l'acide folique et je leur prescris un bilan initial avec les sérologies VHB VHC VIH toxo, NFS, bilan de coag, le groupe sanguin, enfin je sais plus si on le fait au départ..., tout le bilan initial de l'HAS. Je leur demande la date du dernier frottis, je fais la palpation mammaire et puis voilà. Je ne fais pas d'examen gynéco. (silence) Ah oui je leur parle aussi alimentation, prise de toxique surtout, des médicaments si elles en ont, voir si on peut continuer ou est ce qu'on change du fait de désir de grossesse, j'évite de prescrire AINS, etc. »

M9 : « Et là je demande le contexte, les antécédents, s'il y a des choses éventuellement à faire avant une grossesse, je demande si elles ont déjà eu des enfants si ça s'est bien passé, quelle contraception elles ont ou si elles ont arrêté depuis quand ? Je demande aussi leur carnet de vaccination car c'est l'occasion de remettre à jour avant la grossesse »

« j'essaie de leur demander un peu ce qu'elles savent des précautions à prendre en cas de grossesse, notamment les règles hygiéno-diététiques par rapport à l'alcool / tabac, à l'alimentation par rapport au risque de toxo et de listériose, ... et surtout je leur demande aussi par qui elles sont suivies, de quand date leur dernier frottis, etc. Et puis aussi un peu le contexte social... mais bon je peux pas juger si c'est le bon moment ou pas, ça ce sont elles qui voient. Et je leur prescris de l'acide folique aussi lors de ces consultations-là. Pour l'instant c'est pareil je ne fais pas l'examen gynéco car pas encore équipée mais je commence à leur dire que je pourrais les suivre après. Je fais un examen clinique simple (tension et poids). »

M12 : « Donc je me souviens que je demandais au niveau des vaccins, je mettais à jour si nécessaire, je mettais la personne sous spéciafoldine à prendre avant puis 8 semaines après la conception. Je regardais les traitements que la personne prenait pour savoir s'il n'y avait pas de contre-indications ou changement de traitement à faire. Je demandais quand était le dernier frottis. »

- Pour trois des médecins ce n'est pas un motif de consultation qu'ils peuvent rencontrer. Ces trois médecins n'ont pas d'activité gynécologique.

2. Thématique 2 : Les connaissances sur l'hypofertilité

a. Délai de prise en charge

Le délai de prise en charge d'une hypofertilité est important à savoir pour orienter au bon moment les patients.

- La majorité des médecins de notre étude connaissent ces délais.
Cependant la notion de l'âge de la patiente a été évoqué seulement par deux médecins. Celui de l'homme n'a pas été évoqué du tout.
Les notions d'arrêt de contraception et de rapports sexuels réguliers ont été citées plusieurs fois.

M1 : « *Du moment où, pendant 1 an tu as arrêté la pilule et que tu ne tombes pas enceinte, c'est le délai classique* »

M2 : « *1 an il me semble* »

M4 : « *je leur dirais qu'il faut au moins 1 an en essayant avec des rapports réguliers pour dire qu'on n'est pas fertile* »

M6 : « *Au bout d'un an, on peut se poser la question, s'il y a des rapports réguliers c'est sûr* »

M8 : « *De mémoire, on parlait dans mes cours il y a très longtemps, avant 1985, on parlait d'infertilité à 2 ans sans grossesse. J'attends pas 2 ans... je dirais au moins un an* »

M10 : « *Je m'inquiète à partir d'un an* »

M11 : « *Un an de rapports sexuels bien conduits et pas d'entame de grossesse* »

M13 : « *Oui c'est 12 mois avant 35 ans, après 35 ans on réduit à 6 mois* »

- Certains sont restés sur les anciennes recommandations qui préconisaient un délai de 24 mois avant de parler d'infertilité.

M5 : « *Ce que j'ai retenu c'est les 2 ans d'essai avant de faire des explorations plus complètes* »

M7 : « *Au bout de 2 ans non ? ... je dirais 2 ans oui* »

M9 : « *J'aurais dit théoriquement 2 ans sans contraception, mais je sais que des fois au bout d'un an on commence à faire des examens, je crois que ça dépend un peu de l'âge des patientes* »

M12 : « *Alors je crois, je ne sais pas si ce délai à changer que ce n'est qu'au bout de 18 à 24 mois sans contraception et de rapports sexuels réguliers que l'on peut se dire qu'il y a un souci et qu'il faut consulter* »

- Un médecin dit ne pas connaître les délais de prise en charge.

b. Démarches administratives

Les démarches administratives de prise en charge en ALD sont peu connues par les médecins de notre échantillon. Seulement cinq d'entre eux savent qu'elles existent et un seul médecin a déjà enclenché la demande.

M1 : « *Et après il y a une demande de 100% parce que maintenant c'est reconnu comme une pathologie au 100% pour le couple, j'ai appris ça récemment, je ne savais pas.* »

M2 : « *C'est en fonction, si le médecin considère qu'il y a besoin de faire une FIV, il fait une demande d'ALD pour la femme* »

M4 : « *Ah si j'ai fait l'ALD parce qu'il fallait en faire la demande* »

M12 : « *S'il y a PMA, je crois qu'il y a 4 FIV possibles prises en charge. Je me demande s'il n'y a pas un âge ? Au-delà de 40 ans, il n'y a pas de prise en charge, mais je ne suis pas sûre* »

M13 : « *J'ai appris il y a peu de temps qu'il y avait une ALD pour les protocoles FIV je crois mais je n'en ai jamais fait* »

c. Facteurs de risque d'hypofertilité

Afin de prévenir et de conseiller, il est important de connaître les facteurs de risque d'infertilité. Les médecins de notre échantillon ont évoqué indifféremment à cette question les facteurs de risque et les pathologies favorisant des troubles de la fertilité. Ils ont même plus favorablement parler des pathologies et seulement quelques médecins ont cité des facteurs de risque.

- Les facteurs de risque qui ont été le plus cités sont les antécédents d'infections gynécologiques ou urologiques et les toxiques (tabac, alcool, drogues).

M1 : « Ce sont les infections gynéco quoi ! Tout ce qui touche à l'appareil génital de la femme. »

M4 : « Les infections de type salpingite etc, en cas de partenaires multiples avec risque majoré d'infection »

M5 : « Les infections gynécologiques basses anciennes ou présentes, les infections pelviennes et urinaires, étiologies médicamenteuses, anatomique au niveau de l'utérus (donc il faut faire une échographie pour commencer). Du côté de l'homme plutôt problème au niveau des spermatozoïdes, tabac, médicamenteux »

M6 : « Les infections gynécologiques, les malformations utérines les choses comme ça. Les toxiques tabac, drogues, alcool qui diminuent la fertilité. »

M7 : « Antécédents IVG avec curetage pouvant causer des adhérences. L'exposition à des toxiques (tabac). »

M8 : « J'imagine les facteurs toxiques essentiellement »

M9 : « Chez les femmes je dirais tout ce qui est les malformations utérines, tout ce qui est utérus distilbène et tout ça ; le tabac ; je dirais le surpoids aussi »
« tout ce qui est antécédents de grossesse extra-utérine, chirurgie tubaire, toute la tuyauterie entre guillemets »
« Et chez les hommes, il y a la chaleur, les gens qui travaillent dans de fortes chaleurs, le tabac aussi je crois ... »

M10 : « Tout ce qui est facteur anatomique chez l'homme, les slips près du corps, tout ce qui peut diminuer la spermatogenèse. Ensuite les troubles érectiles. Et puis chez la femme, tout ce qui les malformations, les antécédents d'infections, les chlamydiae, les troubles tubaires, ... j'en oublie certainement. Le mode de vie tabac, alcool, surcharge pondérale/ obésité, anomalies morphologiques... »

M11 : « euh si l'âge, les antécédents gynéco j'imagine sur les trompes ou des trucs comme ça Euh ... le tabac je sais plus mais je pense qu'une addiction quelconque ça peut rentrer genre drogues, cannabis machin tout ça je leur pose la question euh ... Il doit y avoir aussi les maladies chroniques, les médicaments, ... radiothérapie ... chirurgie avec les adhérences au niveau des ovaires ... antécédents GEU, ah si le distilbène aussi avec les anomalies utérines. »
« Chez l'homme aussi tout ce qui est chirurgie sur l'appareil génital ..., iatrogénie pareil, drogues pareil... je vois pas trop d'autre chose »

M12 : « J'en connais quelques-uns : tout ce qui est IST (chlamydiae ...) »
« on peut avoir tout ce qui est chirurgie pelvienne ou rayons qui peut entraîner une baisse de la fertilité »
« le tabac / les drogues qui doivent diminuer la réserve ovarienne, ... la prise de distilbène chez la mère et la grand-mère qui entraîne des malformations utérines donc tout ce qui est malformation génitale. Le stress, blocage psychologique, trop

d'attente peut peut-être bloquer l'ovulation. Mauvaises conditions de vie, travail trop stressant, tout ça ... Du côté du conjoint, parce que tout n'est pas la faute de la femme, tout ce qui est traumatisme testiculaire ou cryptorchidie, antécédents IST, oreillons avec orchite avec problème de fertilité par la suite (silence). Ah les fameux perturbateurs endocriniens »

M13 : « *Alors pour les femmes, il y a le mode de vie, avec l'alcool, tabac, drogues, stress, traitements médicamenteux. »*

« Les antécédents d'infections génitales à chlamydiae, les salpingites etc. [...] Et pour les hommes pareil pour le mode de vie. Le métier aussi s'il est souvent assis ou s'il travaille vers des sources de chaleur ce n'est pas bon pour la spermatogenèse. Les pathologies chroniques aussi thyroïdiennes ou autres, les antécédents d'infection comme les orchio-épididymites ou antécédents de torsion testiculaire etc. Et pour le couple, l'irrégularité des rapports sexuels si une des personnes du couple voyage beaucoup par exemple ».

- Le mode de vie a été peu cité voire même il n'y aurait pas de lien selon un des médecins.

M1 : « *Le mode de vie je ne pense pas je n'ai jamais vu de corrélation entre le fait de tomber enceinte et le mode de vie, ceux qui vivent dans les caravanes, les romanichels ils font des grossesses »*

M4 : « *Peut-être le tabac, je sais pas si ça y fait ça aussi. L'alcool j'en sais rien si c'est vraiment un facteur de risque mais en tout cas de ne pas fumer ».*

- L'âge n'a été cité que par un seul médecin, le surpoids/ obésité seulement par deux médecins et la fréquence des rapports sexuels par un médecin.
- Les médecins ont surtout nommé des pathologies avec en tête les malformations utérines congénitales, les troubles hormonaux avec le SOPK/ l'endométriase/ les dysthyroïdies et les maladies génétiques.

M1 : « *Les malformations. Qu'est-ce qu'il y a d'autres ?... Les insuffisances ovariennes... »*

M2 : « *L'imperméabilité tubaire, le syndrome des ovaires polykystiques. Chez l'homme, l'azoospermie, je ne sais pas dans quel cas ... une pathologie testiculaire... (silence). Après ... problème hormonale chez la femme... euh voilà (rires). »*

M6 : « *Les problèmes thyroïdiens / hormonaux, la maladie des ovaires polykystiques, l'endométriase »*

M7 : « *Les malformations congénitales* »

M8 : « *[facteurs] génétiques* »

M9 : « *tout ce qui est androgénie avec les syndromes des ovaires polykystiques et le surpoids qui entre dans ce cadre-là ... euh ... les troubles de la thyroïde* »
« *les fibromes et l'endométriose aussi tout ce qui gêne un petit peu la nidation* »
« *Les malformations génétiques d'ailleurs chez les femmes aussi, les troubles chromosomiques de type Turner ... ce sont des vieux souvenirs ça !* »

M11 : « *les syndromes génétiques ... anomalies chromosomiques* »

M12 : « *l'hypogonadisme hypogonadotrope le syndrome de Kallman où la personne n'ovule pas* »
« *adénome hypophysaire avec sécrétion de prolactine, les dysthyroïdies* »

M13 : « *Les pathologies chroniques thyroïdiennes, hormonales avec le SOPK par exemple, l'endométriose etc.* »
« *Les malformations utérines aussi* »

- Un médecin a indiqué ne pas connaître ces facteurs de risque.

d. Les différentes techniques d'AMP

Les médecins donnent peu d'informations sur les techniques utilisées en AMP. Les raisons principales évoquées sont l'aspect très spécialisé, le manque de connaissances et l'aspect variable du choix de la technique selon le problème des patients.

- La technique d'insémination a été beaucoup décrite ainsi que celle de la FIV. La stimulation ovarienne a également été mentionnée à plusieurs reprises. Un médecin a cité l'ICSI sans la décrire. Le diagnostic prénatal a été nommé une fois.

M1 : « *Quand c'est l'homme qui a des problèmes tu as des inséminations de sperme soit un donneur si c'est un problème de glaire cervicale tu peux faire avec le sperme du conjoint. Qu'est-ce qu'il y a d'autres ?... Quand il y a un problème chez la femme, s'il y a un problème d'ovocytes, tu peux faire un don d'ovocytes* »

M2 : « *Il y a l'insémination, là on met le sperme dans l'utérus après avoir un peu stimulé la croissance folliculaire. Et il y a la FIV, où l'on fait faire l'embryon in-vitro et on ré-implante les embryons.* »

M4 : « J'essaie de leur expliquer mais je ne suis pas spécialiste non plus alors donc euh ... on n'a pas fait de formation spéciale ou alors ça remonte à loin. »

M6 : « Je pense que je serais plutôt assez vague. Je connais les techniques la fécondation in-vitro, la stimulation ovarienne, dons d'ovocytes et dons de sperme ... je serais assez vague parce que ça dépend de chacun, ça dépend du problème, je pense que je leur dirais plutôt que là-bas ils vont trouver des réponses et que selon le problème qu'ils ont, ils adapteront. Je ne suis pas assez spécialisée dans ce domaine pour leur dire « vu votre problème à vous c'est sûr ils vont faire telle ou telle méthode » donc je reste plutôt vague. »

M7 : « En général on parle de la FIV ... mais après les autres techniques je les ai connues mais là je ne m'en souviens plus »

M9 : « Et en fonction de l'origine de la fertilité, les techniques sont différentes. Si infertilité plutôt masculine on fait une sélection des spermatozoïdes pour faire une insémination artificielle en insérant les spermatozoïdes directement dans le vagin de la femme au moment le plus opportun. Sinon il y a la fécondation in-vitro, là on va chercher les ovules et les spermatozoïdes et on fait une fécondation extérieure au laboratoire et ensuite on insémine les embryons »

« Il y a l'ICSI aussi mais je me lancerais pas à expliquer, je n'expliquerais pas forcément tous les détails, je leur dirais qu'on ne trouve pas forcément de causes, que en fonction de la cause il y a des solutions différentes »

M11 : « Je reste très vague car ça dépend beaucoup du bilan initial et de leurs contre-indications ou non à la sur-stimulation ovarienne que je m'avance pas trop. Mais après en gros pour vulgariser, je dis qu'il y a plusieurs options soit on hyperstimule, on prélève et on fait du in-vitro et après on ré-implante les embryons. Soit on hyperstimule et on injecte le sperme directement dans la cavité vaginale. En gros je leur décris ces 2 choses-là et plus ou moins s'il y a des problèmes génétiques on peut faire un diagnostic pré-embryonnaire mais je vais pas plus loin car je pense que ça change beaucoup par rapport au début de nos études et ce n'est pas notre spécialité ! »

M13 : « Alors je leur explique que tout dépend déjà la pathologie qui est en cause ! Et les trois que je connais c'est la stimulation ovarienne, l'insémination et la FIV. Je leur décris rapidement ces trois là, en insistant bien sur le fait que c'est spécifique à chaque cas ! »

- Trois médecins reconnaissent ne pas les connaître.

M5 : « Je ne les connais pas, ni les noms de produits ni les techniques. »

M12 : « Non, pas trop. Réellement mes connaissances sont purement théoriques, issues des bouquins des années de fac. Déjà peut-être que ça a changé, je me verra mal expliquer quoi que ce soit. Je ne suis pas capable »

- Le caractère long et compliqué du processus d'AMP a été évoqué par deux médecins.

M7 : « *si le bilan montre une infertilité il y a des moyens de nos jours d'avoir des enfants avec la FIV et tout ça, que c'est parfois un peu le parcours du combattant mais qu'on a des résultats* »

M9 : « *c'est un parcours compliqué c'est important de le dire aussi, et potentiellement long voilà.* »

e. Formation initiale et complémentaire

La quasi-totalité des médecins de notre panel ne se sentent pas formés dans le domaine de l'infertilité. La formation initiale universitaire est pauvre et d'après eux la formation complémentaire par DPC offre peu en termes d'infertilité. Certains aimeraient se former davantage mais pour la plupart il n'y pas de désir d'une formation supplémentaire car la fréquence de ce type de consultation reste faible ou parce que cela ne les intéresse pas.

M4 : « *Je pense qu'on n'est pas assez formé sur l'infertilité, et j'avoue que quand on a même des formations je n'ai pas vu le thème de l'infertilité enfin ça me dit rien. Spontanément je me suis pas dit tiens faudrait que je fasse une formation sur l'infertilité, tu fais ce que tu vois le plus souvent ça ce n'est pas tout le temps pour nous.* »

M6 : « *Je me sens pas forcément assez formée mais j'avoue que spontanément je ne ressens pas le besoin d'être plus formée sur ce thème parce que c'est un motif de consultation assez rare et que je pense que les gens vont voir spontanément le gynécologue pour ça* »

M7 : « *Comme j'ai fait 6 mois en gynécologie c'est vrai qu'à l'époque je connaissais le bilan initial etc., je sais que je l'ai noté quelque part mais bon je ne m'en sers jamais donc je l'ai un peu oublié. Mais oui je trouve qu'on a été assez bien formé, après dans les DPC, personnellement je n'en ai pas fait, on ne m'a pas proposé mais je pense que si je m'intéressais au sujet ce serait possible d'avoir une formation, il y a un grand panel de formation donc ça serait possible* »

M9 : « *On ne se sent jamais assez formé je crois ! (rires) faudrait se former sur tout ! Non clairement je ne suis pas assez formée non.* »

M12 : « *Ah non, non, pas du tout ! non ! mais c'est vrai que par contre que c'est un sujet qui m'intéresse, mais il faut que je m'améliore par rapport à l'examen gynécologique. Une formation sur ce thème pourrait m'intéresser, je pourrais aller à une formation sur ce sujet. Bilan de première intention devant une suspicion d'infertilité, oui ça m'intéresse* »

M13 : « Non, je connais les bases et l'aspect général, après c'est trop spécialisé. Et je me suis formée seule ou pendant les stages. Nous avons très peu de cours sur le sujet pendant l'externat et encore moins pendant l'internat. »

f. Aparté sur les perturbateurs endocriniens

Etant un sujet d'actualité, étant liés à une baisse de la fertilité masculine et pouvant être imputés à une baisse de la fertilité féminine, les perturbateurs endocriniens (PE) ont fait l'objet d'une question spécifique.

- Les médecins de notre étude semblent désarçonnés face aux PE et on peut ressentir un sentiment d'impuissance face à leur omniprésence.

Par ailleurs, plusieurs d'entre eux ne se sentent pas assez compétents pour en parler aux patients.

M1 : « Alors honnêtement on en parle depuis peu, donc je n'ai pas été intéressé par ce truc car premièrement je n'ai pas le temps, j'ai une vie tellement agitée que je n'ai pas le temps. Mais je ne sais pas là, je suis désolé, je ne connais pas assez pour m'avancer »

M2 : « Oui, j'en ai entendu parler car j'ai fait une FMC sur la gynéco et le gynéco en a parlé et nous a fait un tableau assez noir de l'histoire »

M4 : « Oui j'en ai entendu parler. Ça touche à tout donc probablement que oui dans la fertilité. Comment faire il y en a partout des perturbateurs endocriniens ... »

M5 : « J'en ai entendu parler, mais je ne peux pas en dire plus »

M6 : « Oui j'en ai entendu parler mais j'avoue que j'en n'ai jamais trop parlé avec les gens. C'est délicat parce qu'il y en a partout (soupir), je ne saurais pas leur dire quoi utiliser ou non ... »

M7 : « J'essaie de faire attention à titre personnel, après c'est vrai que dans une consultation je pense pas que j'en aurais parlé »

M8 : « Oui ... c'est dans l'air du temps (silence). »

M9 : « Ben oui, j'en ai entendu parler comme tout le monde mais j'ai pas trop regardé les études là-dessus ... »

M11 : « Oui ... mais je suis pas du tout formée là-dessus, il y a eu un congrès récemment mais je n'ai pas pu y aller... et même mon mari qui est endocrinologue n'est pas assez formé là-dessus non plus donc non »

M12 : « Ah les fameux perturbateurs endocriniens, j'ai assisté à un congrès à ce sujet il n'y a pas longtemps. Là il y en a partout, l'alimentation, le revêtement des sièges de voiture, partout partout ... »

M13 : « Oui il n'y a pas longtemps non plus d'ailleurs, ça doit faire 2 ans. »

- Certains donnent, malgré tout, des conseils pour s'en protéger. Pour deux de ces médecins, les conseils seraient donnés en cas d'infertilité.

M6 : « Je conseille quand même souvent aux gens d'éviter de mettre n'importe quoi sur leur peau ou d'avaler n'importe quoi, je leur conseille d'avoir une alimentation saine et d'éviter le superflu et privilégier les produits naturels. Je n'ai pas de liste exacte des produits à ne pas utiliser, je crois qu'elle existe cette liste mais je ne la connais pas »

M8 : « J'ai pas beaucoup de consultation de cet ordre là mais s'ils venaient dans le cadre d'une vraie infertilité, dans la discussion je discuterais certainement de ça. Je ne serais pas à même de leur dire précisément si ce sont les glyphosates ou je ne sais trop quoi, je connais de culture médicale et général mais je ne connais exactement les spécificités ni la liste. »

M10 : « Donc oui on baigne dedans, on en boit on en mange ... On essaie de prévenir mais bon quand c'est dans le biberon c'est trop tard ... »

M11 : « j'en parle aux patients quand je les vois avec des biberons à la con ça oui, mais pour les autres non, c'est pas un truc que j'aborde. »

M13 : « J'ai oublié de dire que j'en parle quand je donne des conseils sur la fertilité. Sans être alarmiste et sans trop rentrer dans les détails sinon ça prendrait la journée ! mais je donne des conseils simples comme laver les fruits et légumes, essayer d'acheter bio quand c'est possible, limiter le plastique, aérer le domicile tous les jours, faire attention aux produits d'entretien ménagers, laver les vêtements neufs etc ... »

- Trois de nos médecins les ont cités spontanément comme facteurs de risque d'hypofertilité en les évoquant de manière générale (les perturbateurs endocriniens) ou en citant l'un d'entre eux (le distillbène).

3. Thématique 3 : La coordination des soins

La coordination des soins tient un rôle fondamental dans l'exercice de la médecine générale.

a. Les centres d'AMP à proximité

Dans les Bouches-du-Rhône, il y a quatre centres d'AMP.

L'hôpital d'Aubagne n'est pas un centre à proprement parlé d'AMP mais il dispose d'une consultation d'exploration de la fertilité.

- Un médecin a su citer ces quatre centres. Le centre qui a été le plus mentionné est celui de la Conception. St Joseph et la clinique Bouchard arrivent en deuxième place.

Le centre d'Aix a été évoqué seulement une fois mais c'est celui qui se trouve géographiquement le plus loin d'Aubagne.

Deux médecins ont mentionné l'hôpital d'Aubagne.

M1 : « *Il y a le centre de Marseille à la conception et il y a un centre, rue rocca, ouvert depuis des années qui est spécialisé, dont je ne me souviens plus le nom. »*

M2 : « *A l'hôpital d'Aubagne, en maternité, il y a en a. Sinon à St Joseph et à la conception aussi »*

M5 : « *Il y a 2 équipes spécialisées sur Marseille de ce que j'entends une à la conception et une au Prado. »*

M4 : « *Je sais qu'il y a un centre, à la conception, je sais pas s'il y est toujours car ça a tout changé, mais j'envoyais là. »*

M7 : « *Alors la conception, et moi en fait je suis partie faire mon internat aux Antilles donc c'est vrai qu'après quand j'étais externe je savais que c'était à la conception donc j'oriente sur ce centre-là »*

M8 : « *Il y a St Joseph, la Timone et en privé »*

M9 : « *Je dirais la conception, voilà. A Aubagne, il y a une consultation gynéco mais je crois pas qu'il fasse de PMA, je crois qu'ils font les spermogrammes et début ou partie du bilan et après ils envoient quand même à la conception. »*

M11 : « *Il y a la conception, Bouchard, St Jo et je crois que c'est tout. »*

M13 : « soit conception, soit Aix. Je crois qu'il y a une structure privée aussi je sais plus si c'est à St Joseph ou à la clinique Bouchard ... je laisse les patients décidés duquel car je pense qu'ils sont tous équivalents »

- Trois médecins ne connaissent pas ces centres. Ce sont des médecins qui adressent leurs patients en premier lieu à leur gynécologue et non aux centres d'AMP.

M6 : « Non et vu que j'ai jamais eu besoin d'adresser je ne me suis jamais trop renseignée »

M10 : « Non je ne les connais pas ce sont les gynécologues qui s'en occupent »

M12 : « Non, je ne me suis jamais renseignée, c'est sûr qu'il y en a. »

b. Le contact avec les spécialistes

Pour les médecins de notre étude, collaborer avec les spécialistes tient une place importante.

- Presque tous soulignent un manque de coordination avec les spécialistes.

M6 : « J'ai une petite patientèle, je n'ai pas en mémoire d'avoir reçu de courriers suite à une prise en charge d'un couple. »

M10 : « une fois qu'ils sont partis dans ce système là ça nous échappe complètement. Et on a, gros inconvénient, quand il y a des PMA, aucun courrier, si le seul c'est quand le bébé est né ! »

- Ce sont la plupart du temps par les patients que les médecins de notre échantillon sont informés de la prise en charge en AMP.

M3 : « J'ai des retours quand je revois les patients, ils me racontent un peu mais pas de retour des spécialistes »

M4 : « J'avoue que de l'hôpital c'est compliqué d'avoir des retours donc ce sont souvent les patients qui m'en parlent »

M5 : « Il me semble pas du tout d'avoir déjà reçu des courriers de bilan de fertilité. »
« je n'ai pas eu de bilan complet de fertilité qui m'a été adressé c'est vrai. Ce sont plus les patients qui me rapportent les choses »

M8 : « Je me souviens pas avoir eu des dossiers de gens où on me disait qu'on leur avait fait telle ou telle injection. Je savais pas sans discuter avec les gens, leur traitement, leur dose, leur fréquence d'injection non j'ai pas eu ça. »

M13 : « Non pas du tout ... ! Et c'est bien dommage. Je n'ai jamais reçu de réponse aux courriers que je fais quand j'adresse un couple, ou jamais eu de comptes-rendus de ce qui est fait ! C'est quand je revois les patients que je leur demande où ils en sont ! »

- Ils estiment ainsi avoir peu de retour des spécialistes ce qui rend le suivi et l'accompagnement des patients plus difficiles.

M11 : « On a reçu aucun courrier du bilan qu'elle a fait ni du suivi qu'elle a eu, rien du tout, donc c'est compliqué, c'est même un peu bête car le suivi conjoint n'est pas du tout adapté »

« Et genre la dernière fois elle est venue me voir avec de grosses douleurs abdominales qui pourraient être due va savoir, à des polykystoses sur des ovaires un peu sur-stimulés et bah je lui ai fait l'échographie sans savoir si elle avait été faite récemment ou pas, donc en fait tu repars de zéro parce que tu n'as aucune info quoi donc c'est vraiment bête ... »

M13 : « et puis savoir dans quelle procédure se trouvent les patients c'est important pour nous qui les voyons souvent en motif d'urgence comme je vous ai dit pour des métrorragies par exemple ! Et là pour savoir quel traitement ils font exactement c'est toujours compliqué car les patients pensent que l'on sait, comme s'il y en avait qu'un seul ... »

« ça nous permet de savoir où on va tout simplement »

- Une fois les patients dans le processus d'AMP, ils sont perdus de vue pour le médecin généraliste.

M10 : « Ce qui est un peu dommage c'est qu'une fois qu'on est parti dans un traitement d'infertilité, tout nous échappe, enfin le médecin traitant n'existe plus. »

- Pour deux de nos médecins, les courriers de suivi étaient moins courants il y a quelques années.

M8 : « Non c'était il y a longtemps quand même, ça n'était pas la mode comme maintenant. Mais non ça me dit rien, on avait pas la communication comme on a maintenant, non »

M10 : « Mais peut-être qu'avec les courriers électroniques de nos jours, il va se passer quelque chose de nouveau ! (rires) »

- Un des médecins ne pense pas avoir de patient en cours d'AMP.

M9 : « *Je ne pense pas avoir de patient en cours de prise en charge PMA »*

- Pour un des médecins, il n'y a pas lieu d'avoir une coordination puisque la prise en charge en AMP est une prise en charge globale et très spécialisée.

M1 : « *Non, pas de coordination dans la mesure où c'est pratiquement une prise en charge globale : tu envoies et jusqu'à ce qu'il y ait une grossesse ou de multiples échecs malheureusement ça arrive aussi, qu'on vise l'adoption, à ce moment-là si tu veux ... notre rôle il est nul quoi, qu'est-ce qu'on peut faire ? On les laisse, c'est un domaine extrêmement spécialisé donc nous médecin généraliste on n'intervient pas beaucoup. »*

c. L'offre de soins influe sur la pratique

L'offre de soins aux alentours d'Aubagne est considérée comme forte par nos médecins : il y a plusieurs centres d'AMP et les gynécologues de ville, bien qu'ils aient des délais de consultation importants, restent accessibles.

M4 : « *Les rendez-vous de gynéco sont très loin sur Aubagne, mais si souci on appelle en direct et on arrive à s'arranger, après c'est l'avantage d'Aubagne on se connaît du coup ça va ! »*

M6 : « *Les délais sont longs 3-4 mois pour voir les gynécos, on voit les urgences gynéco mais vu que le problème de fertilité n'est pas une urgence ... on ne force pas les rendez-vous. »*

M8 : « *Parce qu'ici à Marseille ou Aubagne, il y a tellement de centres spécialisés ... vous faites centre de la stérilité pages jaunes, vous en avez 3 dans la région »*
 « *ce que je vous dis c'est qu'à Aubagne avec l'offre de soins que l'on a autour »*
 « *Même si les délais pour aller voir les gynécologues sont longs ... »*

- Un des médecins reconnaît que s'il se trouvait dans une zone de sous densité médicale il n'aurait pas la même pratique. Bien qu'il admette que la demande est forte à Aubagne.

M10 : « *L'avantage c'est qu'on habite à Aubagne et que je peux me permettre de faire ça, si j'habitais au fin fond de la Haute-Loire avec le premier gynéco à 100km je pense que je serais obligé et contraint de le faire. »*
 « *Mes collègues vont faire de la gynéco et je pense que malgré tout, elles vont vraiment être débordées par la demande. »*

- En revanche, pour deux des médecins, il manque de gynécologues et leur pratique évolue de ce fait.

M9 : « *Les gynéco dans le secteur ne sont pas nombreux du tout, ils sont très bien, très sympas, très compétents mais pas assez nombreux, c'est pour ça que je vais m'y mettre aussi car il y a une forte demande et toutes les nouvelles patientes ont du mal à trouver un gynéco ne serait-ce que pour le suivi donc voilà.* »

M11 : « *Après je fais beaucoup de gynéco parce qu'à Aubagne c'est difficile de trouver des gynécos, j'en ai récupéré beaucoup* »

d. La prise en charge en Espagne

Certains médecins nous ont expliqué qu'ils avaient des patients qui s'orientaient vers une prise en charge en Espagne.

Soit parce qu'ils ont dépassé le nombre réglementé d'essais de FIV en France, soit parce qu'ils sont un couple homosexuel. Pour un des médecins ce serait parce que le taux de réussite y est plus important.

M1 : « *Et après il y a possibilité d'aller, il y a beaucoup de gens qui y vont, en Espagne, parce qu'ils ont des taux de réussite beaucoup plus important qu'en France.* »

M4 : « *dans le cadre d'une procédure en Espagne parce que la patiente n'avait plus l'âge pour être suivie à la conception. Parce qu'il y avait une histoire de don de gamètes je ne sais plus quoi, et du coup ils sont allés en Espagne, je ne sais plus dans quelle ville* »

M10 : « *un couple de femmes homosexuelles qui sont parties, elles avaient besoin de conseils. Elles sont parties en Espagne, elles ont fait 3 inséminations, qui n'ont pas marché...* »

M11 : « *Elle a fait 4 FIV et là elle est en train de regarder pour aller faire une FIV en Espagne.* »

M13 : « *Le dernier cas récent, c'est une patiente homosexuelle qui est venue me voir pour faire un « bilan complet » en vue d'une PMA en Espagne !* »

A savoir, en Espagne, la législation est plus souple. Il n'existe pas d'âge maximum, mais la grande majorité des cliniques n'acceptera que les femmes qui ont moins de 50 ans ; les femmes non en couple ont droit au traitement et il n'existe pas de

restriction concernant l'orientation sexuelle. De plus, les délais de prise en charge sont plus courts qu'en France, notamment pour les dons d'ovocyte car ils sont plus fréquents en Espagne.

4. Thématique 4 : Le rôle du généraliste

a. Une problématique de médecine générale

Pour la majorité de nos médecins, la prise en charge d'un couple infertile est une problématique de médecine générale.

M1 : « *C'est une problématique de médecine comme tout ce qui touche à l'être humain, il n'y a pas de problème. »* »

M2 : « *Oui dans un sens, parce qu'on est en première ligne »* »

M4 : « *Oui parce que nous on essaye de voir les gens dans leur globalité »* »

M6 : « *Tout est une problématique de médecine générale, notre métier est tellement varié ! »* »

M7 : « *Je pense que dans le suivi et le soutien psychologique oui. »* »

M11 : « *Oui, avant la PMA oui »* »

M13 : « *Oui bien sûr que ça l'est ! Il n'y a que la prise en charge diagnostique et thérapeutique qui est très spécialisée sinon tout ce qu'il y a autour nous pouvons être amenés à gérer. »* »

Un médecin ne considère pas que ce soit une problématique de médecin générale à son niveau de pratique, ce médecin n'a pas d'activité gynécologique.

M5 : « *Pas pour moi, mais je pense que si j'avais une activité de suivi gynécologique probablement que oui. »* »

b. Le rôle du médecin généraliste

L'analyse thématique des entretiens de nos médecins a fait ressortir quatre grands rôles principaux : dépister, orienter, répondre aux questions et soutenir les patients.

- Dépister les patients

Quelques médecins interrogés pensent avoir un rôle diagnostic, en repérant les patients réellement en difficultés, en prévenant les facteurs d'infertilité et en éliminant des causes évidentes d'infertilité. On a vu précédemment que certains aussi prescrivent les premiers bilans.

M1 : « *Notre rôle c'est surtout de faire le diagnostic »*
« *Du moment où tu as fait le diagnostic de stérilité tu passes la main, du moins c'est ma technique. L'intérêt de faire de la médecine est de faire des diagnostics.* »

M6 : « *faire les premiers examens complémentaires mais simples bien sûr* »

M7 : « *Concrètement moi je prescrirais un bilan initial* »

M13 : « *Pour moi on a quand même un rôle important. On est là au départ pour initier la prise en charge* » « *Nous sommes là pour conseiller aussi* »

- Orienter les patients

Une fois les couples en situation d'infertilité repérés, les médecins interrogés estiment tous avoir un rôle dans l'orientation de ces couples, la prise en charge thérapeutique de l'infertilité n'étant pour eux pas de leur ressort.

M1 : « *Notre rôle est de faire un diagnostic et d'adresser en temps voulu pour éviter que ça perdure.* »

M2 : « *je suis plus là pour les écouter, les orienter et tout, enfin de mon point de vue.* »

M3 : « *je leur fais de suite un courrier pour les orienter et puis voilà quoi.* »

M8 : « *donner des adresses s'ils ont besoin* »

M10 : « *je suis un orienteur* »

M13 : « *orienter vers les spécialistes au bon moment* »

- Répondre aux questions des patients ou reformuler le jargon du spécialiste

Les patients ont parfois des questions qu'ils n'osent pas poser aux spécialistes ou des questions qui se posent en dehors de la consultation spécialisée. Les médecins sont là pour éclaircir ces zones d'ombre.

M1 : « *Les patients ne comprennent pas toujours, on les passe de l'un à l'autre, on leur balance des hormones, ils ne savent pas pourquoi on leur fait ça, alors on essaie nous de leur expliquer etc.* »

M2 : « *pouvoir répondre aux questions, même si je dois aller chercher pour me renseigner* »

M6 : « *Je pense que c'est expliquer les choses de base* »

M7 : « *parfois ils sont pris en charge dans des centres où ils sont un peu perdus que ce soit pour la fertilité ou autre, donc ça arrive qu'ils demandent des explications, une deuxième explication etc.* »

M8 : « *Un rôle [...] d'explications de ce qui peuvent avoir que de rôle médical à proprement dit. C'est d'ailleurs, les quelques fois où l'on parle de ça, ces gens-là ils ont des difficultés à communiquer avec les spécialistes qui ne sont pas beaucoup disponibles et parfois ils viennent voir leur médecin pour qu'on traduise les choses qu'ils ne comprennent pas.* »

- Soutenir les patients

Le rôle d'écoute et de soutien psychologique a également été décrit par nos médecins comme un de leurs principaux rôles.

M2 : « *Un rôle plus d'accompagnement* » « *Plus au niveau aide psychologique* »

M4 : « *Donc forcément il y a le moral qui ne va pas, donc on est là en soutien.* »
« *J'étais quand même là quand ça n'allait pas parce que mine de rien il y a quand même une grosse angoisse pendant qu'ils font les examens, l'angoisse des FIV, enfin tout ! Et après l'adoption c'est aussi un stress et nous on est le soutien* »

M6 : « *rassurer surtout* »

M7 : « *le versant psychologique aussi à prendre en compte. Je pense même que j'agis plus sur le versant psychologique d'ailleurs.* »

M8 : « *Un rôle à jouer plutôt de soutien psychologique* »

M9 : « *Un rôle de soutien et d'accompagnement surtout.* »

M10 : « On a un rôle de soutien psychologique, c'est notre boulot je veux dire c'est notre raison de vivre de soutenir les gens quoi qu'il arrive mais ce n'est pas un rôle annexe car il est important, on les accompagne moralement dans ce travail là. »

M11 : « Plus psychologique qu'autre chose. »

M13 : « avoir une approche aussi psychologique très souvent le stress joue un rôle très important dans ces troubles et on peut le détecter et commencer à travailler dessus ! Gérer le stress et les déceptions aussi quand ça ne marche pas de suite »

- En dehors de ces quatre grands rôles, certains médecins ont mentionné que la prise en charge des complications faisait partie de leur rôle.

M2 : « s'il y a une complication pouvoir adresser quand il faut quoi. »

M4 : « Je dirais quand même que oui parce que quelque soit ce que font les patientes, elles peuvent très bien être mal après avoir fait une FIV ou des saignements et je sais pas moi c'est vendredi soir elles n'arrivent à joindre personne et bien qu'est-ce qu'elles font elles joignent le cabinet. Donc à un moment ou à un autre, on est quand même là ! »

M11 : « la dernière fois elle est venue me voir avec de grosses douleurs abdominales qui pourraient être due va savoir, à des polykystoses sur des ovaires un peu sur-stimulés et bah je lui ai fait l'échographie sans savoir si elle avait été faite récemment ou pas »

M13 : « nous qui les voyons souvent en motif d'urgence comme je vous ai dit pour des métrorragies par exemple ! »

- Quelques médecins ont partagé qu'ils avaient un travail administratif dans cette problématique.

M9 : « Et puis éventuellement, prescrire les arrêts de travail quand il faut, quand on sent qu'il faut le faire... »

M10 : « alors en général, il revient pour les arrêts de travail parce que ça je crois qu'ils ne savent pas les faire ou ils ne savent pas comment on les gère, avant, pendant ou après. (rires) En fait, on les revoit rentrer par la petite porte pour faire ce que les autres ne veulent ou ne savent pas faire. C'est vrai que je n'avais pas pensé à ça mais on les voit à ce moment-là. »

M13 : « Et puis le coté administratif bien sûr ... les arrêts de travail lors de fatigue et d'effets secondaires liés au traitement »

- Le médecin généraliste prend en charge de manière globale les patients en coordination avec le spécialiste.

M4 : « *Oui parce que nous on essaye de voir les gens dans leur globalité* »

M7 : « *Peut-être un rôle de coordination* »

M11 : « *Et puis vérifier qu'il n'y a pas de pathologie sous-jacente parce qu'ils ne vont pas le faire eux* »
 « *on est complémentaire, eux ils font leur truc de spécialiste et moi je reste un peu généraliste !!* »

- Selon certains médecins, le rôle varie selon la proximité avec le patient. La position du médecin de famille semble plus propice au fait d'avoir un rôle dans cette prise en charge.

M8 : « *Ça dépend si elle vient que pour ça, ça dépend si elle me parle de ça « entre autres », si je la connais bien, si je connais la famille etc.* »
 « *Des patients que je suis depuis longtemps avec qui j'ai des relations de vieux médecin généraliste qui n'ont pas d'enfant ça m'arrive de leur demander, si à l'approche de la quarantaine, s'ils envisagent d'avoir un enfant ou non* »

M12 : « *Si le médecin généraliste suit le patient ou la patiente depuis des années, il est possible qu'il se confie à son médecin. Donc à ce moment-là oui ce serait un problème de médecine générale puisqu'il y a entre guillemet un lien plus proche qu'avec tout autre spécialiste. La gynéco, la patiente la voit une fois par an et encore ! Donc oui ça pourrait être le rôle du médecin.* »

M13 : « *Je pense que les patients doivent se sentir en confiance pour pouvoir en parler, c'est sûr que face à un médecin que l'on sent pressé on n'ose peut-être pas se confier sur ça spontanément. Ce n'est que mon avis ... mais effectivement si les patients sentent qu'ils peuvent parler de tout avec leur médecin ils le font.* »

c. Les difficultés et obstacles rencontrés

Les médecins de notre étude rapportent trois principales difficultés : le manque de connaissance, l'aspect très spécialisé du thème de l'infertilité et le manque de temps.

- Le manque de connaissance

Les médecins généralistes ne sont pas formés durant leur cursus à tout ce qui touche l'infertilité et doivent ainsi accompagner les patients vers un domaine qu'ils ne maîtrisent pas forcément.

M2 : « *Un coté connaissances qui ne sont plus très fraîches* »

M3 : « *je vais dire des bêtises ... ça sert à rien* »

M5 : « *je n'ai pas les capacités ni les compétences et c'est pour ça que je n'approfondis pas* » « *Le manque de formation* »

M7 : « *Le manque de connaissance, ce n'est pas très fréquent donc quand ça arrive je ne suis pas forcément très à l'aise avec tout.* »

M8 : « *Mes connaissances qui sont quasi nulles dans ce domaine-là.* »

M11 : « *Je pense qu'il n'y a pas assez de formation* »

M12 : « *Le manque de connaissance.* »

- Un domaine très spécialisé

L'AMP est une médecine « technique » se conformant à des protocoles bien codifiés et en évolution permanente.

M1 : « *c'est un domaine extrêmement spécialisé donc nous médecin généraliste on n'intervient pas beaucoup* »

« je ne cherche même pas à l'élargir parce que de toute façon on a plus la main dans ces affaires car bon tu as recours à des spécialistes, tu as des tests de stimulation ovarienne, tu as des prélèvements d'ovocytes etc., des injections d'ovocytes etc., il faut connaître la date à laquelle il faut faire ces injections, des inséminations à des dates déterminées etc., après c'est un domaine extrêmement spécialisé dans lequel franchement on n'a pas intérêt à intervenir. »

M2 : « *Je n'ai pas de plateau technique, je suis pas dans un plateau technique donc bon.* »

M3 : « *j'estime que c'est trop spécialisé pour moi » « Après la FIV c'est hyper compliquée, ça change tout le temps »*

M4 : « *là c'est quand même très spécialisé. »*

M6 : « *C'est trop spécialisé quand il faut faire des examens comme des hystéroscopies ou les FIV et traitement hormonaux oui c'est trop spécialisé. »*

M9 : « *L'aspect technique avant tout que l'on n'a pas et de compétences. »*

M13 : « *Après l'autre difficulté c'est le côté très spécialisé des techniques de PMA »*

- Le manque de temps en consultation

La notion de temps est retrouvée. En effet, les médecins interrogés estiment manquer de temps que ce soit en consultation avec les patients ou que ce soit pour se former davantage.

M1 : « *Le grand problème c'est qu'on a bientôt plus le temps de se former, alors oui tu vas à des formations, mais quand tu vois le patient il faut reprendre les cours que tu as vu avant pour te l'enregistrer mais tu n'as plus le temps !! »*

M3 : « *j'ai pas le temps de me tenir au courant des changements »*

M4 : « *il faudrait déjà se former, il faut aussi beaucoup de temps ! et franchement on n'a pas beaucoup de temps. »*

M7 : « *Le manque de temps en consultation aussi, souvent les gens parlent de choses alors qu'ils sont en train de s'habiller ou sur le pas de la porte, comme souvent. »*

M10 : « *On stagne pourquoi ? Parce qu'on n'a pas de temps »*

M13 : « *Et puis après le temps en consultation qui nous manque toujours »*

- Le domaine de connaissance en médecine générale est tellement grand qu'il en est une difficulté.

M1 : « *le grand problème de notre métier tu le verras quand tu exerceras, c'est que l'on a un tel domaine de compétence à avoir »*

M10 : « *C'est un peu le reproche que je fais à la faculté qui nous dit vous savez tout faire, vous devez tout faire ... non ! Je fais ce que je fais bien, ce que je ne fais pas bien je demande à celui qui sait le faire. Mais ça c'est ma vision de la médecine générale. Au début quand je me suis installé il y a 30 ans, je pensais que je savais*

tout faire, je me baladais avec un appareil ECG, j'avais un cartable qui faisait 20kg, puis petit à petit je me suis rendu compte qu'il y avait des gens qui le faisait mieux que moi. Ça part d'un bon sentiment parce qu'on est parti avec un bagage important de connaissance et qu'on a envie de tout garder mais après les choses évoluent »

M11 : *« pour ça la médecine générale c'est compliquée, il faut qu'on soit bon dans tout, le diabète la tension, les facteurs de risque, l'alcool, tout tout tout la iatrogénie, la TSH ... (rires) je pense juste qu'on a un métier difficile et qu'on ne peut pas tout faire »*

- Une autre difficulté évoquée par quelques-uns de nos médecins est le manque de coordination avec les spécialistes, comme déjà précisée.

M11 : *« surtout je pense que les courriers médicaux que les spécialistes nous adresse ont deux rôles, répondre à nos questions et continue un peu la formation continue... »*

M13 : *« un des obstacles c'est la mauvaise coordination avec les spécialistes parce que clairement on sait jamais où on en est ! Et ça nous met en difficultés. Et comme j'ai déjà dit je ne sais pas si ce que je fais initialement est bien ou pas ou si c'est une perte de temps ? si c'est refait ? »*

- D'autres freins évoqués par certains étaient le manque d'intérêt pour le thème de l'infertilité et le manque de recrutement.

M3 : *« Je trouve que c'est une question d'intérêt personnel, il peut y avoir des médecins intéressés par la gynécologique obstétrique. Moi comme je n'ai pas de demande et je ne m'y intéresse pas »*

« On se spécialise un peu dans ce que l'on aime en général souvent aussi »

M5 : *« Je ne fais pas de suivi gynécologique. Je pense que c'est à cause de ça que je n'ai pas de recrutement pour des troubles de la fertilité. »*

M8 : *« Après il y a en a qui sont plus branchés gynéco »*

M10 : *« Ce n'est pas ma passion »*

« je suis sûr que dans vos études il y a des trucs, des pathologies, des domaines qui ne vous passionnent pas du tout ! »

« On a tous des trucs dans lesquels on est meilleur. »

- Un des médecins a cité comme frein son agacement face à l'impatience des patients face à leur difficulté à concevoir.

M12 : « *L'autre obstacle, serait mon agacement devant le fait de vouloir tout de suite un enfant, j'ai du mal à comprendre et ça risquerait de m'agacer, et j'aimerais pas me sentir obliger de prescrire pleins d'examens parce que le couple veut tout, tout de suite. »*

- Enfin, un médecin a mentionné le manque d'humanité dans la prise en charge en AMP et l'aspect financier de cette prise en charge.

M1 : « *après je pense qu'il manque l'humanité. C'est-à-dire que la femme ou le mec qui va en bas, ils sont considérés un petit peu comme du bétail, à peine arrivés, on vous écarte les jambes, on vous met le spéculum ça manque d'humanité »*

« Et puis le fric quoi selon où tu vas, partout où tu vas dans ces centres spécialisés c'est le fric quoi. On te fait une ponction puis tu reviens tu vois un autre spécialiste, parce qu'en plus c'est très cloisonné, chacun à son truc, et puis je te prends je te quitte, ils font le tour des malades et ils pompent le maximum de fric, ça c'est très mauvais quoi »

d. Pistes d'amélioration des pratiques

Plusieurs pistes d'amélioration de leur pratique ont été mentionnées par les médecins du groupe en réponse à leurs difficultés.

- Le fait d'avoir une conduite à tenir lors d'une première consultation a été évoqué par un des médecins, et comme le permet l'étude qualitative, cette notion a été intégré au questionnaire.

Ainsi, six médecins seraient intéressés d'avoir une conduite à tenir et de ce fait entameraient plus facilement une prise en charge plus spécialisée.

M4 : « *Pourquoi pas avoir une conduite à tenir ! c'est la première visite, voilà qu'est-ce que vous faites... pour avancer les choses vous pouvez faire ça comme bilan ... je sais pas une écho, le spermogramme, le tralala. Si j'avais ça je le ferais, on le fait bien pour autre chose ! »*

M5 : « *Ah oui ça pourrait m'intéresser pour avoir un certain nombre de connaissances »*

M6 : « *Oui bien sûr, si on a une fiche facile, lisible, avec des examens à faire en première intention accessibles en ville, si ça peut nous aider avant qu'ils aillent chez le gynéco ce qui met 3-4 mois, ça serait intéressant bien sûr ! »*

M7 : « Ah ba oui complètement, des algorithmes par exemple. C'est bien adapté en consult car c'est clair et ça va vite. Et oui complètement, ça serait quelque chose de vraiment utile »

M11 : « Oui ça m'intéresserait ! »

M13 : « d'avoir une conduite à tenir claire quand quelqu'un vient nous voir, savoir quels examens il faut prescrire exactement en soins primaires, sous forme de fiche ou diagramme clair, qu'on ne fasse perdre de temps à personne ! »

- D'autres n'ont pas envie d'améliorer leur pratique soit parce qu'ils trouvent que la leur est correcte, soit par manque d'intérêt pour le sujet. Ces médecins font plutôt partie de la tranche d'âge haute de notre étude.

M1 : « Je pense qu'à l'heure actuelle elle est pas mal notre prise en charge »

M8 : « On est dans le feeling à ce moment, on n'est pas dans la connaissance »

M10 : « Est-ce que j'ai envie de l'améliorer, non, je pense que je fais bien en orientant quand il le faut. »

- Un des médecins a exprimé le fait d'évoquer de manière plus fréquente l'infertilité auprès de ses patients comme une piste d'amélioration.

M7 : « Peut-être en parler un peu plus, peut-être qu'il y a des gens qui n'arrivent pas à concevoir et qui n'en parlent pas parce qu'on n'en parle pas ... »

- Pour finir, une meilleure coordination avec le spécialiste a été mentionné à 4 reprises.

M6 : « Ben si déjà on pouvait communiquer plus facilement avec les gynécos, c'est vrai qu'on a très peu de courrier des gynécologues »

M9 : « Un échange avec les centres de PMA »

M13 : « Au risque de me répéter, une meilleure coordination des soins ! Comme je l'ai dit le retour des spécialistes est toujours une source de formation pour nous »

e. Le ressenti des médecins

Les émotions de nos médecins face à cette problématique sont aussi variées.

- Quand certains sont mal à l'aise face à cette problématique d'autres sont agacés.

M7 : « *C'est vrai que quand ce sont des jeunes femmes qui essayent et qui ne sont pas bien, ben moi j'ai la tranche d'âge donc c'est vrai que ça crée un petit malaise quoi* »

M13 : « *C'est vrai que c'est un sujet délicat ... pour avoir plusieurs exemples dans mes amies, je sais que moralement c'est très difficile. Donc c'est un sujet difficile à appréhender, qui rentre dans l'intimité des couples* »

M12 : « *Alors c'est un avis personnel, j'ai l'impression qu'à l'heure actuelle, les gens veulent tout, tout de suite, c'est-à-dire que si la femme veut tomber enceinte, elle veut que ça marche du premier coup. Si le premier cycle ça ne fonctionne pas, elle est catastrophée. J'avoue que ça m'énerve cette ambiance* »

- Tandis que plusieurs sont investis alors qu'ils se sentent oubliés, d'autres semblent désintéressés.

M1 : « *On peut rivaliser dans certains domaines avec les spécialistes en cardio, pneumo, gastro mais en termes de fertilité, les injections d'hormones etc. on a plus le temps, c'est pas notre job. A l'époque le médecin généraliste avait la possibilité de tout faire* »

« *Si vous les jeunes médecins ne bougez pas, vous êtes contraints simplement à rappeler des papiers à la con qui ne servent à rien, à faire des arrêts de travail pour la grippe, c'est pas la médecine ça !*

Désolé mais le constat que je fais à l'heure actuelle n'est pas jojo ! »

M9 : « *J'imagine que c'est un accompagnement qui demande de l'investissement.* »

M4 : « *J'étais quand même là quand ça n'allait pas* »

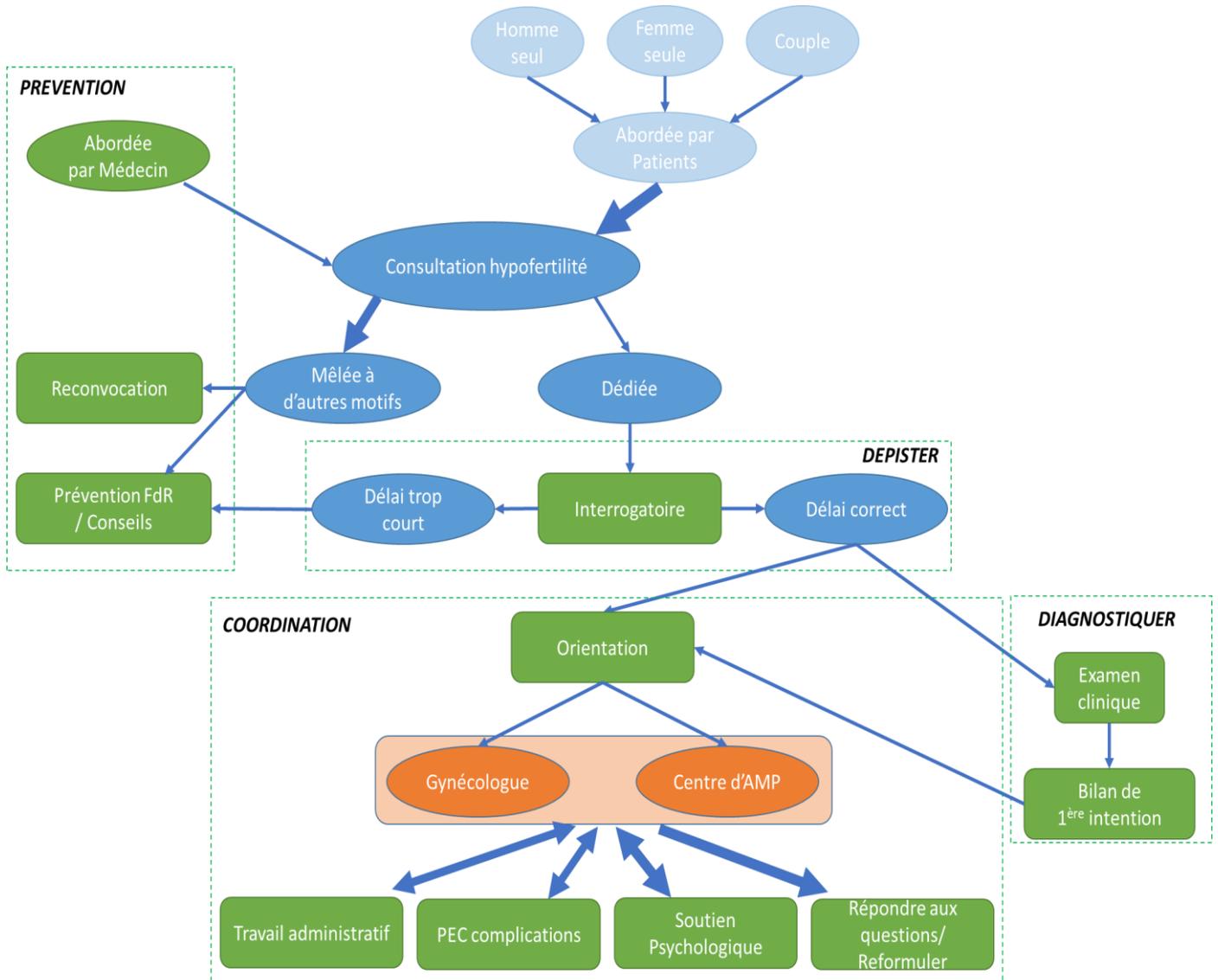
« *C'est sûr que je n'interviendrais que s'il y a problème, en cas d'urgence voilà. Si tout va bien, elle ne viendra pas et continuera d'aller dans son centre* »

M6 : « *Et après le suivi ... je pense que les centres ne nous écrivent très peu sur ça donc je pense qu'on est pas du tout là pour le suivi de l'infertilité, les gens ne nous montrent pas leurs examens d'infertilité, le spermogramme ils le montrent au gynéco qui les suit pas au médecin traitant* »

M10 : « *Ce qui est un peu dommage c'est qu'une fois qu'on est parti dans un traitement d'infertilité, tout nous échappe, enfin le médecin traitant n'existe plus* »

M11 : « *Je pense qu'on est boycotté* »

Schéma récapitulatif : La consultation pour hypofertilité, prise en charge et rôle du médecin généraliste



V. DISCUSSION

A. Discussion de la méthodologie

1. Points forts de l'étude

a. Choix de la méthode

La méthode qualitative était le choix le plus judicieux pour répondre à la question de recherche de notre étude : comment les médecins généralistes appréhendent-ils les troubles de la fertilité des couples ?

Nos objectifs étaient de comprendre le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hypofertilité des couples concernant le rôle qu'ils pensent avoir, leur pratique ainsi que les freins et les difficultés qu'ils rencontrent. Il s'agissait ainsi d'étudier et d'explorer les soins primaires dans toute leur complexité. Nous avons vu précédemment que la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement.

b. La validité interne

Les critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies, ce qui est recherché dans les études qualitatives.

Le choix de la ville d'Aubagne comme critère d'inclusion a été fait dans le but de faciliter l'enquêtrice dans sa démarche de rencontre des médecins et dans celui d'éliminer le facteur de l'accessibilité aux centres d'AMP. Ce dernier a permis d'évaluer les pratiques de médecins qui ont le même accès aux spécialistes.

c. Un point de vue peu étudié dans les troubles de la fertilité

La revue de la littérature montre que l'abord des troubles de la fertilité du point de vue du médecin généraliste est plutôt rare, d'autant plus sur le versant qualitatif.

Il était donc intéressant de mettre le doigt sur la pratique des médecins généralistes en particulier, qui sont souvent en première ligne et à qui on demande d'être omni-compétents. Notre travail est de ce fait plutôt innovant.

2. Limites de l'étude

a. Les biais internes

Il existe des biais internes difficilement contrôlables liés aux participants.

On ne peut pas vérifier que les personnes interrogées font ce qu'elles disent donc on ne peut pas savoir si les réponses recueillies sont réellement le reflet de leur pratique.

Selon les émotions ressenties ou leur état d'esprit au moment de l'entretien, certaines personnes ont pu minimiser ou majorer certaines situations ou oublier de dire certaines choses.

Enfin, le fait que l'enquêtrice exerce la même profession a pu faciliter le dialogue mais aussi provoquer une réticence à se confier de peur d'être jugé ou cela a pu conduire à une surestimation de leur pratique médicale. Certains médecins de l'étude ont pu parfois prendre une position de conseils vis-à-vis de l'enquêtrice plus jeune et moins expérimentée.

b. Les biais externes

Les biais externes sont liés à l'environnement dans lequel ce sont déroulés les entretiens.

La plupart des entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interrogé par un souci de commodité pour celui-ci. Ceci a pu avoir comme conséquence le manque de temps disponible avec un empressement dans la réalisation de l'entretien.

Trois entretiens ont été réalisés entre deux rendez-vous ce qui limitait tout épanchement verbal du médecin interrogé. Les autres ont eu lieu en dehors des

horaires de consultation (que ce soit au cabinet ou au domicile du médecin) ce qui permettait une plus grande liberté de parole et une certaine relaxation de l'interrogé.

c. Les biais d'investigation

Le manque d'expérience de l'enquêtrice au début de cette étude, l'adaptation de son propre comportement, la gestion de l'entretien au fur et à mesure des interviews ne garantissent pas un recueil de données optimal et strictement identique pour chaque médecin.

Des informations ont pu ne pas être explorées à défaut de savoir sonder les médecins les moins loquaces. C'est le cas notamment pour le troisième entretien (M3), les réponses très succinctes et l'empressement du médecin ont conduit à un recueil pauvre de données. Il a malgré tout été inclus car quelques informations étaient pertinentes.

D'autre part, certaines questions ont pu être posées différemment tout en gardant le même sens mais la réponse du médecin a pu potentiellement se trouver influencée.

d. Les biais d'interprétation

L'analyse des résultats n'a été effectuée que par une seule et même personne, et l'encodage a été fait manuellement sans l'aide de logiciel informatique.

Ainsi, la subjectivité de l'investigatrice a pu rentrer en jeu inconsciemment dans l'analyse des résultats.

e. Les biais du recrutement

L'échantillon recueilli peut paraître faible. Cependant, l'enquêtrice a eu de réelles difficultés à obtenir des rendez-vous avec ces confrères et consœurs, la majorité des appels sont restés sans réponse malgré une relance.

De plus, il n'est pas nécessaire dans une étude qualitative, à contrario d'une étude quantitative, d'avoir un nombre important de cas, il suffit d'atteindre la saturation des données. Ce qui est le cas dans notre étude.

Par ailleurs, la moyenne d'années d'installation de notre étude est plutôt faible. Nous avons obtenu un peu plus d'entretiens avec des jeunes médecins femmes, peut-être parce qu'elles étaient plus enclines à aider une future consœur dans son travail de thèse, cet exercice n'étant pas si loin pour elles ; ou peut-être parce que cette problématique les touche plus particulièrement étant en âge de procréer.

Pour finir, l'échantillon de médecins interrogés ne concerne que des médecins exerçant à Aubagne, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la France.

B. Discussion de la population interrogée

1. Moyenne d'âge

Les médecins de notre étude ont une moyenne d'âge de 44,5 ans.

Pour information en 2018 au niveau national, la moyenne d'âge des médecins généralistes était de 50,6 ans tout sexe confondu (4). Celle de la région PACA en 2015 était de 54 ans (49).

Notre échantillon est donc un peu plus jeune et la moyenne d'année d'installation est plutôt basse à 14,4 ans.

2. Sexe

Notre panel de médecins comprend 5 hommes et 8 femmes. Ceci est plutôt représentatif des proportions observées en France puisqu'une féminisation de la profession s'opèrent depuis 25-30 ans que ce soit au niveau national comme régional en PACA (4,49).

3. L'Activité gynécologique

Peu de nos médecins ont décrit dans leur pratique une vraie activité de suivi gynécologique de la femme. Ils n'étaient que trois (deux femmes et un homme).

Trois autres médecins (trois femmes) ont indiqué voir un peu de gynécologie c'est-à-dire les infections gynécologiques basses et la prescription et/ou le renouvellement de contraception.

Et enfin, trois autres médecins (trois femmes) ont déclaré se former en vue d'élargir leur pratique à plus de gynécologie.

Quatre médecins n'avaient pas d'activité gynécologique.

Ainsi nous avons un échantillon assez varié en termes de champs de pratique.

Dans une étude française réalisée en 1998 (5), le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste était de 3,6 par femme et par an. On retrouvait une part non négligeable dans la prise en charge de la contraception essentiellement et une petite part dans les infections gynécologiques.

Toutes les femmes médecins de notre étude ont dans leur pratique de la gynécologie. Comme le dit un de nos médecins « *les patientes vont chez les femmes plutôt* ». Ce qui est en accord avec une étude bretonne de 2002, dans laquelle la première difficulté rapportée par les médecins homme étaient la réticence des patientes (50).

C. Discussion des principaux résultats

1. La place du médecin généraliste auprès des couples infertiles

a. Fréquence et abord du thème

Pour quasiment tous les médecins de notre étude, la fréquence des consultations pour trouble de la fertilité est rare. Même pour les médecins ayant une activité de suivi gynécologique. Nous n'avons pas fait de lien non plus avec le nombre d'année d'installation des médecins, une plus grande expérience n'augmente pas la fréquence et nous aurions même tendance à voir plutôt l'inverse avec la féminisation de la profession.

Il s'agit d'un motif peu fréquent en médecine générale : selon les bases de données EPPM et Thalès de l'étude française de 1998 (5), les consultations pour problème de fertilité représentent 0,1 à 0,6% des actes du médecin généraliste.

Une thèse conduite en Pays de Loire en 2014 par Anne Besnard (51) interviewant 12 médecins généralistes sur le même thème a obtenu les mêmes confessions sur la rareté de ce motif de consultation.

L'infertilité bien que de plus en plus fréquente reste un motif rare vis-à-vis des pathologies rencontrées par le médecin généraliste. Mais si on se réfère à la « loi de répartition régulière » du Dr R.N Braun (52), médecin généraliste autrichien, il n'y a rien d'étonnant. En effet, cette « loi » décrit que tout médecin généraliste exerçant sous la même latitude doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 situations cliniques, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière. Les moins fréquentes seront observées en moyenne une fois par an pendant 3 ans.

Cela nous fait prendre conscience que le médecin généraliste, bien que considéré comme omnipraticien, ne sera pas confronté à toutes les pathologies au cours de sa carrière et que la fréquence ou répartition régulière des cas n'est pas la même en médecine générale qu'à l'hôpital.

b. Rôles

Les médecins généralistes de notre étude ont, malgré tout, été confrontés pour la grande majorité à des troubles de la fertilité.

Ils estiment avoir un rôle dans cette prise en charge, même si elle est peu fréquente car pour eux cela relève tout de même d'une problématique de médecine générale.

Leurs rôles ont surtout des aspects médicaux et/ou psycho-médicaux car ils s'accordent tous pour dire que l'aspect technique ils ne l'ont pas. D'ailleurs aucun de nos médecins n'a initié un traitement quelconque de la fertilité.

Les principaux rôles énoncés étaient celui du dépistage / diagnostic, d'orientation vers les spécialistes compétents, d'explications / reformulations et de soutien des couples. Les rôles « annexes » évoqués étaient la prise en charge des complications et le travail administratif.

Ces différents rôles sont retrouvés dans la « marguerite » des champs de compétences du médecin généraliste qui a été définie par un groupe de travail réuni sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) (53).



La marguerite des 6 compétences génériques du médecin généraliste
Source : D'après C. ATTALI, P. BAIL, groupe « niveau de compétences » du CNGE

Les rôles retenus par nos médecins sont semblables à ceux que l'on retrouve dans plusieurs études sur le sujet.

Les médecins interviewés par le Dr Anne Besnard (51) ou les médecins de Midi-Pyrénées questionnés par le Dr Vanessa Saurel (54) ont également décrits ces rôles d'orientation, de diagnostic, d'accompagnement et de travail administratif.

Dans l'étude allemande d'Iltner (55), 90% des médecins estimaient que leur principal rôle dans l'infertilité étaient d'orienter les patients vers les spécialistes et environ la moitié de ces médecins ont insisté sur leur rôle de source importante d'informations et de conseils.

Tous les conseils et la prévention nécessaires en amont d'une consultation spécialisée font partie du travail du médecin généraliste mais cela s'inscrit dans une démarche longue et ne peut être résumée en une seule consultation pour infertilité. Les généralistes font ce travail de manière consciente ou non de façon quotidienne et n'attendent pas nécessairement les consultations spécifiques pour aborder ces problématiques. Si nous prenons pour exemple le sevrage tabagique, ce n'est pas seulement lors d'une consultation pour motif d'infertilité que le médecin aborde le sujet, il le fait de manière régulière que ce soit lors du renouvellement de la contraception ou lors d'une infection de la sphère ORL ou pulmonaire etc. Dans la même démarche, il serait intéressant de discuter de la prévention des anomalies du tube neural par prescription d'acide folique avant la grossesse, d'en parler lors du renouvellement d'une contraception car bien souvent les patientes sont déjà enceintes quand le traitement est débuté.

Dans une étude d'IPSOS de février 2019 (56) étudiant le vécu des patientes en parcours d'AMP, le médecin généraliste avait réalisé le diagnostic d'infertilité dans 12% des cas soit pour 125 patients. Dans cette même étude, les patients avaient évalué l'impact psychologique de l'AMP comme lourd avec une note moyenne de 6,2/10 avec 37% des notes se trouvant entre 8 et 10 (10 correspondant à un impact très fort). Il y a donc un rôle à jouer dans le soutien psychologique et comme l'ont souligné nos médecins ce sont souvent eux qui l'assurent.

Cette position prise par le médecin généraliste est renforcée par les attentes des patients. En effet, près de la moitié des patients de l'étude allemande (55) attendaient un soutien émotionnel de leur médecin généraliste. Les Dr Lunion (7) et Denis (6), ont chacune évalué la vision des couples infertiles. Les patients espéraient de leur médecin généraliste une action dans la prévention, le diagnostic, l'orientation, le suivi et le soutien face à leurs troubles de la fertilité. La qualité de la relation et des échanges, semblait être un facteur également déterminant pour que le généraliste ait un rôle dans leur parcours.

Ainsi, la confiance que les patients ont en leur médecin semble influencer le fait qu'ils se tournent ou non vers leur médecin traitant. Wilkes et al ont bien montré dans leur étude (57) que le critère de confiance envers le médecin fait partie d'un des critères ayant un impact important dans la démarche des couples infertiles. Quelques médecins de notre étude avaient également souligné l'importance de la relation qu'ils ont avec leurs patients dans leur prise en charge.

c. Quelle place par rapport à l'offre de soins ?

Deux médecins de notre étude ont mentionné le fait que leur place dans l'infertilité ainsi que leur pratique seraient différentes s'ils exerçaient dans une région en sous-densité médicale.

Il est vrai qu'à Aubagne, lieu de notre étude, l'offre de soins en termes de centres d'AMP est grande puisque nous comptons quatre centres dans un rayon de 50 km, même si les gynécologues médicaux se font plus rares.

Le Dr Besnard dans sa thèse (51) a également fait ressortir cette notion : les délais avant d'adresser vers les spécialistes étaient plus long pour les médecins habitant en campagne car la prise en charge en amont plus importante.

De plus, les patients n'ont pas besoin de courrier pour consulter un gynécologue ou pour s'orienter vers un centre d'AMP contrairement à d'autres spécialités (58). De ce fait comme l'ont évoqué certains de nos médecins, la prise en charge initiale leur échappe.

2. La pratique du médecin généraliste dans la prise en charge des couples infertiles

Il existe des recommandations des sociétés françaises spécialisées de gynécologie, d'urologie ou d'endocrinologie (3,40,59) concernant la conduite à tenir lors d'une première consultation pour infertilité.

Cependant, les médecins de notre étude, ont une démarche peu standardisée qui dépend bien entendu du contexte et s'adapte à chaque situation.

L'interrogatoire sans être trop poussé semble faire partie de la pratique des médecins de notre échantillon mais la plupart du temps un seul membre du couple est vu et examiné. Il a permis à plusieurs de nos médecins de modérer certains patients trop pressés ou or délai de prise en charge d'infertilité. A ce moment-là, les patients ont principalement reçu des conseils de la part des médecins. Les médecins ont à ce niveau un rôle important d'éducation et de prévention, ce qui permet aussi de ne pas surcharger les spécialistes. En effet dans l'étude IPSOS (56), 45% des patients ont consulté après moins de 12 mois d'essai de conception.

Par ailleurs, nos médecins, lorsqu'ils ont réalisé un examen clinique, ont fait un examen dit « général » avec prise de tension et du poids. L'examen gynécologique des femmes semble être facilement réalisé par les médecins ayant une activité gynécologique. En parallèle, seul un de nos médecins examine les organes génitaux externes de l'homme. L'examen des parties génitales de l'homme est plus difficilement appréhendé car ce dernier n'est pas ancré dans les habitudes comme celui de la femme. D'autant plus, cet examen semble mettre mal à l'aise nos médecins femmes. On le retrouve dans les travaux du Dr Besnard (51) et du Dr Saurel (54). Dans ces études, pour l'examen de l'homme, ce sont les médecins hommes qui examinent le plus les hommes, sur le plan général ou sur le plan urologique, par rapport à leurs consœurs. Et les médecins les plus âgés examinent plus les hommes que leurs confrères plus jeunes, bien que la différence ne fût pas statistiquement significative dans le travail du Dr Saurel. L'expérience explique peut-être qu'ils se sentent plus à l'aise avec l'examen génital de l'homme, qui n'est pas bien enseigné à la faculté. La tendance à la féminisation de la profession explique d'autant plus cette absence d'examen masculin : les médecins les plus jeunes sont

en majorité des femmes et les femmes examinent moins les hommes par rapport à leurs confrères masculins, qui sont plus âgés.

Les médecins de notre étude sont peu à prescrire un bilan spécifique de l'infertilité mais nombreux à prescrire un bilan qu'ils appellent « standard » à la recherche de pathologies chroniques et comprenant une NFS, TSH, glycémie, coagulation, bilan rénal et hépatique, ferritine. Les sérologies IST et toxoplasmose / rubéole faisant pourtant parties du bilan pré-conceptionnel ont été citées que par quelques-uns. L'échographie pelvienne bien qu'accessible en soins primaires n'a été que très peu citée. Le bilan hormonal a été considéré souvent comme trop spécialisé avec une interprétation relevant du spécialiste, mais nous avons vu qu'il ne relève pas nécessairement du bilan de première intention. Aucun médecin ne prescrit d'hystérosalpingographie et un de nos médecins a précisé sa réticence dans sa prescription en première intention. Chez l'homme le spermogramme seul a souvent été évoqué. Ceci reflète le manque d'assurance des médecins interrogés dans la réalisation du bilan.

Dans une thèse réalisée par les Dr Gebus et Lacour à Angers en 2018 (60), seul 22% des médecins généralistes interrogés ne prescrivaient aucun bilan. 72% ont prescrit une biologie hormonale qu'elle soit complète ou non, 67% ont prescrit une échographie pelvienne, 55,5% ont prescrit des sérologies et enfin 56% ont prescrit un spermogramme. Les médecins de notre étude semblent ainsi être beaucoup moins prescripteurs mais dans le travail d'Angers le mode de recueil était quantitatif avec des questions à choix multiples ce qui peut aiguiller celui qui répond et entraîner une surestimation d'une pratique. Notre étude faisait appel à la mémoire immédiate ce qui peut expliquer des oublis ou des informations incomplètes.

Par ailleurs, les médecins de notre étude ont déclaré ne voir souvent qu'un seul membre du couple. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela : les patients, homme ou femme, consultent seul(e)s pour ce motif ou le médecin n'est le médecin traitant que d'un seul membre du couple. Certains médecins ont insisté sur l'importance de voir le conjoint lors d'une consultation ultérieure mais cela n'a pas été mentionné pas tous.

L'infertilité est aussi rarement le principal motif de la consultation. Il est très souvent abordé en fin de consultation ou noyé dans une multitude d'autres demandes, ce qui

modifie surement la prise en charge. Les médecins auront dans ces cas moins le temps de faire un réel interrogatoire puis examen clinique.

Spontanément, nos médecins n'abordent que très peu le sujet en consultation. La demande vient essentiellement des patients. Pourtant le médecin a un rôle à jouer dans la prévention et dans le dépistage de ces couples. Un de nos médecins évoque même qu'il faudrait qu'elle parle plus d'infertilité avec ses patients car cela délierait peut-être les langues. Et on retrouve cette notion dans l'étude d'Iltner (55), où la majorité des médecins généralistes ne demandaient pas systématiquement aux patients sans enfant s'ils avaient des problèmes à concevoir ou non, bien que la moitié des hommes infertiles et un quart des femmes infertiles préféreraient que leur médecin soulève le sujet.

Cependant, les médecins de notre enquête abordent plus le désir de grossesse. C'est une question plus facile à soulever en consultation selon eux et on les sent beaucoup plus à l'aise dans leur interrogatoire et leurs examen clinique et paracliniques. Cette question a été posée spécifiquement aux interviewés car l'interrogatoire et l'examen clinique ne sont pourtant pas si différents de ceux d'une infertilité. La consultation pré-conceptionnelle est encadrée par des recommandations de l'HAS et jusqu'en 2007 il existait une consultation prénuptiale, c'est peut-être pour cela que les médecins ont plus de facilité dans son abord et sa réalisation. Ce motif de consultation semble aussi plus fréquent, le désir de grossesse n'étant pas un « problème » les patientes ont l'air de se tourner plus facilement vers leur généraliste alors que l'infertilité étant un « problème » elles s'orienteraient alors plus vers les spécialistes.

Enfin, le thème des perturbateurs endocriniens (PE) a fait l'objet d'une question spécifique car c'est un sujet qui tient à cœur à l'enquêtrice et qui est encore trop peu abordé en médecine générale. Lors de son travail de mémoire sur « Perturbateurs endocriniens et conséquence sur la fertilité : pratique des internes en médecine générale », l'enquêtrice avait mis en évidence que 33,8% des 65 internes interrogés avait déjà été confrontés à la prise en charge d'un trouble de la fertilité, ce qui représente un pourcentage non négligeable surtout chez de jeunes médecins avec une courte expérience professionnelle. Parmi ces 33,8% internes, 36,36% avaient pu donner un discours de prévention envers les PE à cette occasion. De manière plus

générale, 20% des internes de l'étude avaient dans leur pratique courante une action de prévention contre les PE. Il était ainsi intéressant d'étudier la pratique de leurs aînés.

Les médecins de notre étude ont tous entendu parler des PE mais il est difficile pour eux d'avoir une action préventive car ils sentent désarmés face à leur omniprésence et ils ne se sentent pas assez formés sur le sujet pour en parler à leurs patients. Pourtant la consultation pré-conceptionnelle ou la première consultation en cas d'infertilité sont des moments propices au dépistage d'une exposition aux PE. Les couples font alors preuve d'une forte réceptivité aux conseils prodigués par les professionnels de santé. Ils y adhèrent plus facilement que la population générale car ils sont déterminés à protéger le capital santé du fœtus dès lors qu'ils ont compris l'impact des polluants.

Des conseils simples et pratiques pourraient être délivrés notamment par le médecin généraliste pour réduire l'exposition aux PE dans la vie courante. Et ce d'autant plus que le médecin généraliste a un accès facilité aux informations relatives au travail et à la vie quotidienne des patientes et du couple qu'il connaît.

Une étude française en 2017 à Lyon dans un centre d'AMP (61) a montré qu'un peu plus d'un tiers des personnes interrogées (37%) affirment qu'elles sont informées sur les PE. Cette information a été délivrée dans 71% des cas par les médias et dans seulement 29% des cas par les professionnels de santé.

Dans un travail de thèse réalisé par le Dr Jacquy (62) qui évaluait les connaissances des femmes en âge de procréer sur les PE, on note que seulement 7.5% de la population d'étude déclarent avoir été informées par leur médecin traitant, ce qui est très faible. La majorité de ces femmes (84.2%) pense qu'une meilleure information délivrée par les médecins généralistes sur les risques des PE inciterait davantage la population à la vigilance quant à son exposition aux PE.

Ainsi, il existe un manque considérable de délivrance d'informations et de conseils de prévention aux patients en âge de procréer sur les PE que ce soit par les médecins généralistes ou par les professionnels de santé en général.

3. Les difficultés rencontrées et les pistes d'amélioration

La prise en charge succincte des médecins de notre étude est liée aux difficultés qu'ils rencontrent.

La première évoquée est le manque de connaissance. Cette difficulté semble intervenir dans le délai de prise en charge de l'infertilité, dans les facteurs de risque d'infertilité, dans la prévention contre les PE, dans la prescription des examens et leur interprétation, et dans l'explication des différentes techniques d'AMP.

La formation initiale universitaire est peu pourvue sur la question de l'infertilité. Que ce soit dans la théorie ou dans la pratique. De 2004 à 2015, elle ne comprenait que 2 items sur les 345 au programme :

Item 29. Stérilité du couple : conduite de la première consultation.

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

Item 30. Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

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

Lors de la réforme de l'ECN en 2016, cela n'a pas évolué.

Durant l'externat et l'internat, il y a très peu de stages dans les services d'AMP et peu sont accessibles aux internes de médecine générale.

De même, très peu de formations complémentaires sont proposées aux médecins généralistes sur le thème de l'infertilité. Mais la mise en pratique peu fréquente de leurs connaissances du fait du caractère peu fréquent de ce motif de consultation est un facteur également au manque de connaissances et de formations personnelles. Plusieurs médecins ne souhaitent pas se former davantage car ils n'ont pas le recrutement et qu'ils estiment que le champ de compétence en médecine générale est tellement vaste qu'il faut se concentrer sur les éléments les plus fréquents et aussi sur ce qu'ils aiment faire.

Comme le soulignent nos médecins, la médecine de la reproduction est une spécialité à part entière, exécutée par des professionnels formés spécifiquement et

confrontés quotidiennement au problème. Cette notion de manque de connaissance est ainsi discutable puisque nous sommes à la frontière de la médecine générale.

La santé environnementale est accessible à la médecine générale. La formation initiale universitaire est aussi très faible dans ce domaine. Un seul item s'en rapproche et traite de l'environnement professionnel. En PACA en 2019, Sunyach et al (63), a montré au cours d'une étude regroupant les professionnels de santé de la périnatalité (sages-femmes, infirmière, gynéco-obstétriciens, des pédiatres et médecins généralistes), que dans l'ensemble, ils se sentaient mal formés et mal informés sur les risques reproductifs liés à l'exposition environnementale quotidienne. 73,7% avaient cité le manque de connaissances comme principale raison à l'absence de prévention.

Pourtant, il existe des documents téléchargeables en ligne, proposés par le «Réseau Santé Environnement» (64) , par le site «Alerte médecins contre les pesticides»(65) ou par l'URPS PACA (29,66). Ces documents se présentent sous la forme de guides, brochures ou fiches explicatives et peuvent servir de support lors de la consultation. Ils mériteraient d'être largement diffusés auprès des médecins généralistes et de faire l'objet de recommandations de l'HAS.

La deuxième difficulté évoquée était justement le côté très spécialisée de la discipline. Une petite partie de la médecine de la reproduction est accessible en soins primaires avec la possibilité par le médecin généraliste de prescrire le citrate de clomifène (67). Néanmoins, sa prescription, qui ne doit se faire que dans des indications précises (notamment dans les dysovulations du SOPK) nécessite d'avoir vérifié au préalable la perméabilité tubaire, la qualité de l'ovulation par des dosages hormonaux et le spermogramme du conjoint. Le principal risque étant les grossesses multiples, une surveillance échographique est préconisée, au moins pour le premier cycle, pour adapter les doses (accord professionnel). Les médecins spécialistes s'accordent unanimement sur le fait que le maniement des inducteurs de l'ovulation exige une formation médicale spécifique, une expérience professionnelle dans ce domaine et une possibilité de surveillance du traitement (radiologue proche et disponible). C'est donc extrêmement compliqué à mettre en œuvre en soins

primaires. Aucun de nos médecins ne l'a évoqué et cela se retrouve également dans les études du Dr Besnard (51), du Dr Saurel (54) et des Dr Gebus et Lacour (60).

Une autre difficulté énoncée est la notion du temps. En effet, les consultations pour trouble de la fertilité sont des consultations chronophages qui nécessitent un temps d'interrogatoire poussé, un temps d'examen clinique et un temps de conseils et de soutien psychologique auxquels s'ajoute parfois un temps de travail administratif. S'additionne à tout cela également le temps de formation continue. Il faut donc un certain investissement dans la réalisation de ce type de consultation. Comme l'ont précisé certains médecins, l'investissement varie selon les préférences de chacun.

Enfin, le manque de coordination avec les spécialistes a été mentionné comme difficulté ou frein à la prise en charge. Effectivement, peu de médecins reçoivent des courriers résumant la prise en charge de leurs patients en AMP, le médecin se sent alors oublié et il estime que la coordination n'a pas lieu.

Pourtant la coordination est fondamentale pour le médecin généraliste : cela lui permet d'assurer la continuité des soins et d'être engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement du patient (53). Selon plusieurs médecins cela a aussi un rôle dans la formation continue.

Les médecins de notre étude ne sont pas les seuls à évoquer cette difficulté. En Pays de Loire (51) les médecins de l'étude du Dr Besnard ont fait ressortir cette difficulté comme l'une des plus importantes, et en Midi-Pyrénées (54) 66% des médecins interrogés par le Dr Saurel n'étaient pas satisfaits de la communication avec le spécialiste.

Bien évidemment, la coordination est réciproque. Le code de la santé publique (68) met l'accent sur le rôle de coordination du médecin généraliste entre les différents intervenants grâce notamment au développement du statut de médecin traitant et au parcours de soins coordonnés. Bien que la visite en centre d'AMP ou chez le gynécologue ne requière pas d'être sous ce parcours de soins coordonnés, le

médecin généraliste se doit, lorsqu'il est sollicité par les patients, de rédiger un courrier explicatif de leur situation.

Une meilleure coordination des soins est donc une des pistes d'amélioration possible.

Une autre voie d'amélioration possible est celle d'obtenir une fiche synthétique claire sur l'attitude à avoir lors d'une première consultation pour trouble de la fertilité, avec une liste des différents laboratoires compétents. Plusieurs médecins de notre étude adhèrent à ce type de support et se disent prêt à l'utiliser dans ce cadre. Cette fiche effacerait les doutes qu'ils ont concernant la réalisation des examens, plusieurs ne lançaient pas de bilan car ils avaient peur de ne pas faire comme il faut, d'oublier certains éléments et donc de faire perdre du temps aux patients.

Il serait aussi intéressant que l'HAS publie des recommandations synthétiques dans le même esprit que celles de la consultation pré-conceptionnelle.

Deux études britanniques ont montré l'importance d'avoir des recommandations de pratique en soins primaires. En effet, dans la première, les médecins recevant des recommandations étaient plus performants que le groupe contrôle dans leur prise en charge de l'infertilité avec un interrogatoire et un examen clinique ciblé et une plus juste prescription d'examens (69). Dans la seconde étude, des patients étaient sondés et il apparaissait qu'ils se sentaient plus pris au sérieux sur leur infertilité si le médecin décrivait un plan d'action et en réalisait une partie (70).

VI. CONCLUSION

Face à une hausse de l'incidence de l'infertilité depuis plusieurs années et face au fait que le médecin généraliste soit considéré comme premier interlocuteur des patients, on supposait que le thème de l'infertilité devenait plus fréquent en cabinet de médecine générale. Or selon les médecins de notre étude c'est un motif de consultation qui reste rare.

Même si ce motif est rare, ils ont tous été confrontés à la prise en charge de patients infertiles que ce soit en amont, pendant ou après le parcours d'AMP. Ils estiment que cela relève d'une problématique de médecine générale malgré l'aspect très spécialisé de cette thématique.

Selon les médecins de notre étude, le généraliste a plusieurs rôles à jouer auprès des couples infertiles. Le premier est celui de dépistage des couples avec un réel trouble de la fertilité, puis le diagnostic de l'infertilité. Ils sont investis dans leur rôle de coordination de soins en orientant les patients vers les spécialistes compétents et estiment être là pour expliquer les procédures ou reformuler le jargon des spécialistes si besoin. Enfin, ils sont présents pour soutenir psychologiquement les patients dans ce long parcours.

Cet investissement varie selon la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients et selon leurs orientations et préférences de pratique.

Cependant, ils rencontrent plusieurs difficultés. Le manque de connaissance est le premier frein dans l'initiation d'un bilan au vu de l'aspect très spécialisé de l'infertilité. Ils seraient plus enclins à débiter la prise en charge si celle-ci était standardisée avec une conduite claire à tenir et accessible aux soins primaires. La piste de la réalisation d'une fiche synthétique avec appui de recommandations de bonnes pratiques cliniques par l'HAS permettrait ainsi une amélioration de la prise en charge par le médecin généraliste.

On retrouve également ce manque de connaissance dans certains pans de la prévention et plus particulièrement dans la prévention contre les perturbateurs endocriniens. Une meilleure formation en santé environnementale dès le cursus

universitaire et une synthèse de conseils concrets préventifs de l'exposition aux PE inciteraient certainement les médecins généralistes et les autres professionnels de santé à multiplier et à améliorer leurs messages de prévention envers les patients. Des guides, brochures ou fiches explicatives déjà existants sur le sujet mériteraient d'être largement diffusés auprès des médecins généralistes et de faire également l'objet de recommandations de l'HAS.

Enfin, les médecins de notre échantillon espèrent également une meilleure coordination des soins avec les spécialistes de l'infertilité. En effet, ils se considèrent comme oubliés dans ce domaine, alors qu'ils sont confrontés à la prise en charge de complications médicales ou psychologiques des protocoles d'AMP et au travail administratif avec la réalisation d'arrêts de travail. Pour les médecins les plus investis c'est une grande difficulté que d'être dans le flou par rapport à la prise en charge spécialisée des patients. Une autre piste d'amélioration serait alors d'optimiser la relation entre le spécialiste et le médecin généraliste ne serait-ce que pour le suivi des patients et pour une continuité de formation, le retour des spécialistes étant également une source de formation complémentaire pour le généraliste.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Ohannessian A, Gamberre M, Agostini A. Épidémiologie de la fertilité. 30 janv 2014; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/868276/resultatrecherche/37>
2. Agence de la biomédecine [Internet]. Principaux chiffres de l'activité. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://rams.agence-biomedecine.fr/principaux-chiffres-de-lactivite>
3. Recommandations pour la pratique clinique: La prise en charge du couple infertile, mise à jour. CNGOF. déc 2010;
4. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
5. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
6. Denis L. Parcours d'infertilité : quelle peut-être la place du médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
7. Lunion A. Entre attente des couples et recommandations : quelle implication possible pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité ? : enquête d'opinion auprès de 96 couples infertiles [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2007.
8. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 [Internet]. Insee Première, N°1642. 2017 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
9. Belaisch-Allart J, & COLL. Infertilité dite inexplicquée : quel bilan en 2009. CNGOF. déc 2009;

10. Blondel B, Supernant K. Enquête nationale périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998. 2003;112.
11. Slama R; Ducot B; Keiding N. La fertilité des couples en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [en ligne]. Février 2012, N°7-8-9, p 87–91.
12. L'Observatoire épidémiologique de la Fertilité en France: Un Outil de Description de la Fertilité de la Population Générale.
13. Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303349?sommaire=3353488#tableau-T18F035G1>
14. L'infertilité [Internet]. CNGOF. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/105-l-infertilité>
15. Kidd SA, Eskenazi B, Wyrobek AJ. Effects of male age on semen quality and fertility: a review of the literature. Fertil Steril. 1 févr 2001;75(2):237-48.
16. Brewer CJ, Balen AH. The adverse effects of obesity on conception and implantation. Reprod Camb Engl. sept 2010;140(3):347-64.
17. Dechanet C, Belaisch-Allart J, Hédon B. Éléments de pronostic de la prise en charge du couple infécond. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2010;39(8, Supplement 2):S9-26.
18. Poncelet C, Sifer C. Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain. Paris: Springer Paris; 2011.
19. Empeire JC. Gynécologie endocrinienne du praticien : bases théoriques et conduite pratique. Frison-Roche. 1990.
20. MacDonald AA, Herbison GP, Showell M, Farquhar CM. The impact of body mass index on semen parameters and reproductive hormones in human males: a systematic review with meta-analysis. Hum Reprod Update. juin 2010;16(3):293-311.

21. Smoking and infertility: a committee opinion. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril*. 2018;110(4):611-8.
22. Bendayan M, Alter L, Swierkowski-Blanchard N, Caceres-Sanchez L, Selva J, Robin G, et al. Toxiques, mode de vie, environnement : quels impacts sur la fertilité masculine ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2018;46(1):47-56.
23. Klonoff-Cohen HS, Natarajan L, Chen RV. A prospective study of the effects of female and male marijuana use on in vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian transfer (GIFT) outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. févr 2006;194(2):369-76.
24. Swan SH. Does Our Environment Affect Our Fertility? Some Examples to Help Reframe the Question. *Semin Reprod Med*. juill 2006;24(3):142-6.
25. Carlsen E, Giwercman A, Keiding N, Skakkebaek NE. Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *BMJ*. 12 sept 1992;305(6854):609-13.
26. Geoffroy-Siraudin C, Dieudonné Loundou A, Romain F, Achard V, Courbière B, Perrard M-H, et al. Decline of semen quality among 10 932 males consulting for couple infertility over a 20-year period in Marseille, France. *Asian J Androl*. juill 2012;14(4):584-90.
27. Galtier É. Les perturbateurs endocriniens et fertilité trans-générationnelle. 23 avr 2019;77.
28. Rougier C, Fenichel P. Fertilité féminine et perturbateurs endocriniens : existe-t-il un effet ? *Médecine Reprod*. 1 juill 2018;20(3):178-83.
29. LECLAIR I. Comment protéger mes patients de la contamination chimique & des perturbateurs endocriniens. Guide à l'usage des médecins libéraux 2020. URPS ML PACA.
30. Louis GMB, Lum KJ, Sundaram R, Chen Z, Kim S, Lynch CD, et al. Stress reduces conception probabilities across the fertile window: evidence in support of relaxation. *Fertil Steril*. juin 2011;95(7):2184-9.

31. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update*. 1 mai 2009;15(3):279-95.
32. Oger P, Nicollet B, Wainer B, de Crécy M-A. Informations à donner au couple infécond. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 déc 2010;39(8, Supplement 2):S100-12.
33. Gronier H, Sonigo C, Jacquesson L. Impact du fonctionnement thyroïdien sur la fertilité du couple. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 mars 2015;43(3):225-33.
34. Des cas d'infertilité féminine sous AINS [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/23275/0/2002/ArchiveNewsDetails.aspx?page5>
35. Infections génitales répétées par Chlamydia : moindre fertilité et grossesses extra-utérines [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://prescrire.org/Fr/3/31/46983/0/NewsDetails.aspx>
36. Laroche J, & al. Successive ectopic pregnancies associated with tubal shistosomiasis in a French traveler. *Pan Afr Med J*. 26 janv 2016;23:18-18.
37. Le virus ourlien et l'orchite : vers une approche physiopathologique [Internet]. 2018 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/le-virus-ourlien-et-lorchite-vers-une-approche-physiopathologique>
38. Projet de grossesse : consultation préconceptionnelle [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975258/fr/projet-de-grossesse-consultation-preconceptionnelle
39. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1360649/fr/projet-de-grossesse-informations-messages-de-prevention-examens-a-proposer

40. Huyghe E. Stérilité du couple : conduite de la première consultation [Internet]. Association française d'urologie. 2016 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/sterilite-du-couple.html>
41. OMS | Supplémentation périconceptionnelle en folates avec ou sans multivitamines dans la prévention des anomalies du tube neural [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/elena/titles/folate_periconceptional/fr/
42. Dechanet C, Brunet C, Anahory T, Reyftmann L, Hedon B, Dechaud H. Infertilité du couple : de l'interrogatoire à l'orientation thérapeutique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 janv 2009;38:F9-18.
43. Stérilité du couple : conduite de la première consultation [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-13.html>
44. Torre A, Pouly J-L, Wainer B. Le bilan anatomique de la femme du couple infécond. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2010;39(8, Supplement 2):S34-44.
45. Mandelbaum J. Histoire de la fécondation in vitro. In: Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain. Paris: Springer Paris; 2011. p. 63-71.
46. Olivennes PF. Pour la PMA. JC Lattès; 2018. 113 p.
47. Traitement de l'infertilité et assistance médicale à la procréation | ameli.fr | Assuré [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite/prise-charge-infertilite>
48. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
49. LE BRETON-LEROUVILLOIS, G. La démographie médicale en région PACA. :75.

50. Levasseur G, Bagot C, Honorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Sante Publique (Bucur)*. 2005;Vol. 17(1):109-19.
51. Besnard A. Le problème de l'infertilité: comment le médecin généraliste aborde et accompagne les couples en difficultés ? : enquête qualitative autour de 12 médecins généralistes des Pays de Loire [Thèse d'exercice]. Université de Nantes.; 2014.
52. Société Française de Médecine Générale : La théorie braunienne [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: http://www.sfm.org/publications/les_publications/la_theorie_braunienne.html
53. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université de Paris [Internet]. [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>
54. Saurel V. Prise en charge de l'infertilité en soins primaires: enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier (Toulouse); 2013.
55. Ittner E, Himmel W, Kochen MM. Management of involuntary childlessness in general practice--patients' and doctors' views. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. févr 1997;47(415):105-6.
56. Barthélémy L, Barea A, Desforges Z. Vécu et perceptions du parcours en AMP en France. *IPSOS*. févr 2019;68.
57. Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin G. Patient experience of infertility management in primary care: an in-depth interview study. *Fam Pract*. 1 août 2009;26(4):309-16.
58. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
59. Société Française d'Endocrinologie. Infertilité du couple, conduite à tenir lors de la première consultation [Internet]. Disponible sur:

<http://www.sfendocrino.org/article/382/item-29-ndash-infertilite-du-coupleconduite-de-la-premiere-consultation>

60. GEBUS E, LACOUR C. La prise en charge des couples hypofertiles par les médecins généralistes Étude à partir des dossiers de première consultation de PMA au CHU d'Angers. [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2018.
61. Mirakian P. Prévention vis-à-vis des perturbateurs endocriniens en période préconceptionnelle et périnatale. *Vocat Sage-Femme - Vol 16 - N° 128 - P 18-21* [Internet]. 10 sept 2017; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1140194/resultatrecherche/25#fig0010>
62. Jacquy A. Évaluation des connaissances des femmes en âge de procréer sur les perturbateurs endocriniens [Thèse d'exercice]. Université de Nice; 2016.
63. Sunyach C, Antonelli B, Tardieu S, Marcot M, Perrin J, Bretelle F. Environmental Health in Perinatal and Early Childhood: Awareness, Representation, Knowledge and Practice of Southern France Perinatal Health Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2018;15(10):2259.
64. Guides [Internet]. Réseau Environnement Santé. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.reseau-environnement-sante.fr/guides/>
65. Alerte Médecins Pesticides [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.alerte-medecins-pesticides.fr/>
66. Guide-Perturbateurs-Endocriniens.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide-Perturbateurs-Endocriniens.pdf>
67. Masson E. À propos des recommandations de bonne pratique de l' Afssaps. Médicaments inducteurs de l'ovulation : les gonadotrophines (actualisation, avril 2007) [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/66063/article/a-propos-des-recommandations-de-bonne-pratique-de->

68. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
69. Emslie C, Grimshaw J, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? Br Med J. 26 juin 1993;306(6894):1728-31.
70. Hinton L, Kurinczuk JJ, Ziebland S. Reassured or fobbed off? Perspectives on infertility consultations in primary care: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 juin 2012;62(599):e438-45.

VIII. ANNEXES

Le guide d'entretien

Sexe

Age

Année d'installation

Activité gynécologique (oui ou non, si oui de quel type ?)

Formation en gynécologie (oui ou non, si la(les)quelle(s) ?)

1) Racontez moi votre dernière consultation pour un trouble de la fertilité ?

-Comment s'est déroulée la consultation ?

-Quelle a été votre démarche ? (interrogatoire, examen clinique, bilan prescrit, conseils, orientation ?)

-Est-ce un motif fréquent ?

-Vous arrive-t-il d'aborder vous-même le sujet ?

-Qui consulte ? le couple ? ou séparément ?

-A défaut d'une consultation pour trouble de la fertilité, voyez-vous régulièrement des consultations pour désir de grossesse ? Quelle est votre prise en charge ?

2) Connaissez-vous / Quel(les) est/sont pour vous :

-Le délai de prise en charge d'un trouble de la fertilité ?

-Les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité ?

-Les facteurs de risque d'infertilité ? / Les principales causes d'infertilité ?

-Avez-vous déjà entendu parler des perturbateurs endocriniens et de leur effet sur la fertilité ?

-Vous sentez-vous assez formé à ce sujet ?

3)

-Vers qui adressez-vous devant un trouble de la fertilité ?

-Connaissez-vous les différents centres d'AMP vers votre cabinet ?

-Observez-vous une coordination des soins après prise en charge spécialisée ?

-Quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques d'AMP ?

4)

-Quel rôle pensez-vous jouer dans la prise en charge de trouble de la fertilité d'un couple ?

-Quel est votre ressenti concernant cette prise en charge ?

-Vos principaux obstacles/ appréhensions ?

-Selon vous est-ce une problématique de médecine générale ?

-Qu'est-ce qui permettrait d'améliorer votre prise en charge ?

-Est-ce qu'une fiche avec la conduite à tenir face à un trouble de la fertilité en soins primaires pourrait vous amener à prescrire un bilan ?

IX. LISTE DES ABREVIATIONS

AMP = Assistance Médicale à la Procréation

CNGOF = Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

HAS = Haute Autorité de Santé

Obseff = Observatoire épidémiologique de la fertilité en France

IC = Intervalle de Confiance

PE = Perturbateurs Endocriniens

AFU = Association Française d'Urologie AMH = Hormone Anti-Müllérienne

FIV = Fécondation In Vitro

ICSI = Insémination Intra-Cytoplasmique de spermatozoïdes

DPI = Diagnostic Pré-Implantatoire

IUI = Insémination artificielle Intra-Utérine

ICSI = Fécondation in vitro par micro-injection

IST = Infection Sexuellement Transmissible

SOPK = Syndrome des Ovaires PolyKystiques

PACA = Provence-Alpes-Côte d'Azur

CNGE = Collège National des Généralistes Enseignants

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.

RESUME

Introduction : Nous observons depuis quelques décennies une augmentation du taux de recours à l'assistance médicale à la procréation. Parallèlement, nous assistons à une baisse du nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux. Les médecins généralistes seront amenés à être le premier interlocuteur et acteur dans l'accompagnement de ces couples. L'objectif de cette étude était de comprendre le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hypofertilité des couples concernant le rôle qu'ils pensent avoir, leur pratique ainsi que les freins et les difficultés qu'ils rencontrent.

Méthodes : Notre travail était une étude qualitative descriptive basée sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés dans la ville d'Aubagne.

Résultats : Les médecins de notre étude ont décrit comme peu fréquent l'abord de l'infertilité en consultation même s'ils y ont tous été confrontés. La réalisation du diagnostic de l'infertilité grâce à un interrogatoire, un examen clinique et un bilan paraclinique spécifiques, restait peu répandue. Néanmoins ils étaient unanimes sur leur rôle dans l'orientation vers les spécialistes compétents et ils estiment avoir un rôle de soutien psychologique et d'accompagnement des couples infertiles. Les principaux freins évoqués étaient le manque de connaissance et l'aspect très spécialisée de la médecine de la reproduction, médecine technique peu accessible aux soins primaires. Le manque de temps était également cité comme un frein face à ces consultations qu'ils jugeaient chronophages. Enfin le manque de coordination avec les spécialistes mettait en difficultés les médecins de notre étude pour le suivi des patients et la prise en charge d'éventuelles complications.

Conclusion : Les médecins généralistes ont une place auprès des couples infertiles puisqu'il s'agit pour la plupart d'entre eux d'une problématique de médecine générale. Cependant, ils sont demandeurs d'une conduite à tenir claire concernant la première consultation pour infertilité et d'une meilleure communication avec les spécialistes.

Mots clés : Médecin généraliste, Hypofertilité, Diagnostic, Prise en charge, Rôles, Etude qualitative