



HAL
open science

Prise en charge de l'infertilité en médecine générale dans le sud des Hauts-de-France

Agathe Herbomel Larger

► **To cite this version:**

Agathe Herbomel Larger. Prise en charge de l'infertilité en médecine générale dans le sud des Hauts-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03280835

HAL Id: dumas-03280835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280835>

Submitted on 7 Jul 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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE : 2021

N° : 2021-49

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE EN MEDECINE GENERALE DANS LE SUD DES HAUTS DE FRANCE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 03 juin 2021

par

Agathe HERBOMEL, épouse LARGER

Le président du jury :

Mr le Professeur Henri COPIN

Les juges :

Mr le Professeur Moncef BEN KHALIFA

Mr le Professeur Jean SCHMIDT

Me le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET

Le directeur de thèse et juge :

Mr le Docteur Patrice NOUGEIN

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Henri COPIN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique Constitutionnelle

Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des Populations »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Merci de me faire l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse.

Recevez à cette occasion l'expression de ma gratitude et de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Moncef BEN KHALIFA,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma profonde gratitude, et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie et Embryologie

Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie

CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN,

Médecin généraliste et maître de stage universitaire.

Merci de m'avoir accompagnée pendant tout ce travail de thèse. Merci pour vos conseils et votre bienveillance, ainsi que pour tous vos enseignements pendant mon internat, et pour tout ce que cela m'apporte au quotidien dans ma pratique. Recevez toute ma gratitude et mon respect.

REMERCIEMENTS PERSONNELS :

A ma mère, sans qui je ne serais pas arrivée jusqu'ici. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours accompagnée, et d'avoir toujours tout fait pour que je réussisse. Je ne pourrai jamais assez te remercier pour tout ce que tu fais pour moi.

A mon père, qui serait, je pense, si fier aujourd'hui. Je sais que tu suis notre parcours de là-haut. Je pense à toi chaque jour.

A ma sœur, Lucile. Je suis si fière de toi, et de tout ce que tu as accompli. Merci de toujours être présente quand j'en ai besoin (même pour aller escalader n'importe quelle colline de randonnée, sous la pluie ou 30 degrés), d'être la meilleure des petites sœurs, et déjà la meilleure des tatas ! J'espère que rien ne nous séparera, dans cette drôle de vie.

A ma grand-mère, Roselyne, sans qui je n'aurais pas pu boire autant de chocolats chauds à la machine à café, et qui est toujours présente pour nous aider, nous soutenir, et nous réconforter. Merci pour tout.

A tout le reste de ma famille, merci de votre aide et de votre soutien infaillible depuis 30 ans.

A ma belle-famille, merci de votre aide, et de vos encouragements dans la vie de tous les jours. Merci à Béatrice d'être toujours présente pour nous, et de m'avoir si bien accueillie, il y a déjà plus de 10 ans. Merci à Pierre et Claudine, pour leur soutien.

A Elodie, merci de m'avoir accompagnée dans mes projets et mes idées les plus folles depuis toutes ces années. Nous y sommes finalement arrivées, tout ça probablement grâce à nos incantations du soir en révisions post BU. Merci d'être toujours présente quand j'en ai besoin.

A Justine, toi qui me supporte depuis tellement d'années. Merci de toujours être présente et d'insuffler des grains de folie dans nos vies.

Aux amis du lycée, et spécialement Aline et Marie-Joëlle, l'aventure commence avec vous. En espérant continuer de vous voir régulièrement.

Alexandra, je suis heureuse d'avoir gardé contact avec toi après notre merveilleux semestre de gériatrie. Aujourd'hui je suis contente de pouvoir te voir régulièrement, et de connaître Sylvain et vos deux garçons.

Sarah, merci pour toutes ces heures de révision. Je suis contente d'être toujours en contact avec toi, et j'espère que l'on pourra bientôt se revoir avec nos petits trésors.

Merci à tous mes amis de fac : Amel, Anaïs, Sahra etc... d'avoir rendu toutes ces années plus faciles, sans vous, tout aurait été plus compliqué et beaucoup moins drôle !

Merci à tous les médecins qui m'ont suivi pendant mon parcours, pour leur aide, leur écoute, et pour toutes les connaissances qui m'ont permis de me construire en tant que médecin pendant toutes ces années.

Et enfin...

A Axel, mon amour, merci de m'avoir supporté pendant tout le processus de création de cette thèse. Merci pour ta patience et ton aide de tous les jours, dans tous les moments de notre vie. Avec toi la vie est plus douce. Je t'aime.

A Louise, notre bébé tant désirée, venue embellir notre quotidien depuis 7 mois. Tu es le plus beau des cadeaux de la vie. Je t'aime à l'infini.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
LISTE DES TABLEAUX.....	18
1. <u>INTRODUCTION</u>	19
1.1. Définition de l'infertilité.....	19
1.2. Causes d'infertilité.....	20
1.2.1. Causes communes aux deux sexes.....	20
1.2.2. Chez la femme.....	21
1.2.3. Chez l'homme.....	22
1.3. Consultations pour infertilité.....	23
1.3.1. Interrogatoire à réaliser lors d'une première consultation.....	25
1.3.2. Examen clinique à réaliser suite à une première consultation.....	27
1.3.3. Examens complémentaires à demander suite à une première consultation.....	28
1.4. Définition des objectifs de l'étude.....	29
2. <u>MATERIEL ET METHODE</u>	30
2.1. Objectifs.....	30
2.2. Population.....	30
2.3. Méthode.....	30
2.4. Analyse statistique.....	31
3. <u>RESULTATS</u>	32
3.1. Caractéristiques des médecins généralistes.....	32
3.1.1. Répartition des médecins selon leur département d'exercice.....	32
3.1.2. Répartition des médecins selon leur âge.....	32
3.1.3. Répartition des médecins selon leur secteur d'installation.....	33
3.1.4. Répartition des médecins selon leur sexe.....	33
3.1.5. Répartition des médecins selon leur durée d'exercice.....	35
3.1.6. Répartition des médecins selon leurs conditions d'exercice.....	35
3.1.7. Formation des médecins participants en gynécologie.....	36
3.1.8. Pratique des gestes gynécologiques.....	37
3.1.9. Formation de maître de stage universitaire.....	38
3.2. Prise en charge de l'infertilité.....	39
3.3. Connaissances des médecins généralistes sur l'infertilité.....	45
4. <u>DISCUSSION</u>	49

4.1. Critique de la méthodologie.....	50
4.1.1. Type d'étude.....	50
4.1.2. Population.....	50
4.2. Analyse des résultats.....	52
4.2.1. Prise en charge de l'infertilité.....	52
4.2.1.1. Caractéristiques des consultations pour infertilité.....	52
4.2.1.2. Interrogatoire des patients.....	53
4.2.1.3. Examen clinique réalisé lors d'une consultation pour infertilité.....	55
4.2.1.4. Examens complémentaires demandés suite à la consultation.....	56
4.2.1.5. Adressage des patients.....	57
4.2.2. Connaissances des médecins généralistes.....	58
4.2.2.1. Définition de l'infertilité.....	58
4.2.2.2. Formation des médecins généralistes.....	60
5. <u>CONCLUSION</u>	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	67
RESUME.....	74

LISTE DES ABREVIATIONS :

AMH : Hormone anti-mullérienne

AMP : Aide médicale à la procréation

DIU : Dispositif intra-utérin

DU : Diplôme universitaire

DPC : Développement professionnel continu

ENP : Enquête nationale périnatale

EPU : Enseignement post-universitaire

FCV : Frottis cervico-vaginal

FMC : Formation médicale continue

FSH : Follicule stimulating hormone

HPST : Hôpital, patient, santé, territoire (loi)

IOP : Insuffisance ovarienne prématurée

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

TV : Toucher vaginal

LISTE DES TABLEAUX :

TABLEAU 1 : Récapitulatif des médecins généralistes réalisant des gestes de gynécologie selon leur sexe, leur âge, leur secteur d'installation, et leur formation en gynécologie-obstétrique.....p38

TABLEAU 2 : Récapitulatif des médecins généralistes ayant déjà été confrontés à une consultation pour infertilité selon leur sexe, leur âge, leur secteur d'installation, et leur formation en gynécologie ; ainsi que selon la fréquence.....p39

TABLEAU 3 : Récapitulatif de la réalisation d'un examen clinique et d'un examen gynécologique lors d'une consultation pour infertilité, selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et la formation en gynécologie.....p42

TABLEAU 4 : Récapitulatif de la demande d'examens complémentaires suite à une consultation pour infertilité, selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et la formation en gynécologie.....p43

TABLEAU 5 : Récapitulatif des caractéristiques des médecins généralistes souhaitant plus de formation sur le sujet de l'infertilité, selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et la formation en gynécologie.....p48

1. INTRODUCTION :

1.1. Définition de l'infertilité

La fertilité est l'aptitude biologique des couples à obtenir une naissance vivante.

Selon l'OMS, un couple est considéré comme infertile après 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception, n'ayant abouti à une grossesse, chez les couples en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) [1]. L'infertilité est depuis plusieurs années considérée par l'OMS comme une pathologie à part entière, dans le cadre du concept de santé reproductive qui reconnaît à chaque être humain le droit à la procréation [2].

En 2017, 767 000 bébés sont nés en France, soit 17 000 naissances de moins qu'en 2016 (-2,1%). C'était la troisième année de baisse consécutive (-15 000 naissances en 2016 et -20 000 en 2015, après avoir été stable en 2014). Cette diminution ramène le nombre de naissances en France (hors Mayotte), à son niveau de 1997, sans pour autant atteindre le point bas de 1994 (741 000 naissances hors Mayotte). En parallèle, l'âge moyen de la maternité continue de croître régulièrement : il atteint 30,6 ans en 2017 ; contre 29,8 ans dix ans plus tôt [3].

La question de l'infertilité est complexe par la plurifactorialité des étiologies et des paramètres pouvant l'impacter. Chaque étape du déterminisme sexuel, de la gamétogenèse et de la fécondation fait intervenir d'innombrables mécanismes finement orchestrés. Il suffit que l'un d'eux soit altéré chez la femme ou chez l'homme pour entraîner l'infertilité dans le couple [4]. D'après les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) [5] et de l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France (Obseff) [6], 15 à 25% des couples sont concernés par la question de l'infertilité. Ces chiffres tombent entre 8 à 11% après deux ans de tentatives.

Pendant mon parcours universitaire, j'ai été témoin à plusieurs reprises de patients confrontés à cette problématique qu'est l'infertilité. Les difficultés que rencontrent les patients pour lesquels une prise en charge est débutée, qu'elles soient physiques ou psychiques, m'ont particulièrement touchée, et m'ont convaincue qu'une formation supplémentaire m'était nécessaire pour une bonne prise en charge pluridisciplinaire. J'ai décidé d'étudier ce sujet, tout d'abord dans le cadre de ma formation de médecin généraliste, puis d'y consacrer mon travail de thèse, dans le but d'inciter les médecins généralistes que j'allais solliciter à se renseigner sur le sujet, et dans l'espoir que ces connaissances puissent être partagées.

1.2. Causes de l'infertilité

De multiples causes peuvent être responsables d'infertilité, que ce soit chez la femme ou chez l'homme. Nous allons revenir sur les principales.

1.2.1. Causes communes aux deux sexes :

- Les pathologies hypothalamo-hypophysaires [4] : Elles sont responsables d'une altération de la production hormonale, pouvant entraîner une absence d'ovulation (comme l'hypersécrétion de prolactine) chez la femme, ou un déficit de production des spermatozoïdes chez l'homme. Ces pathologies peuvent être la conséquence d'une maladie tumorale ou génétique, ou encore d'une anomalie fonctionnelle, notamment chez la femme, en réponse à un déficit en apports lipidiques ou à une activité physique trop intense par rapport à l'apport alimentaire.

- Certains traitements médicamenteux comme les chimiothérapies antimitotiques par exemple, les médicaments anti-infectieux (nitrofuranes, kétoconazoles), les stéroïdes, etc... [7]

- Les facteurs environnementaux : Notamment le tabagisme, qui est susceptible de jouer un rôle négatif à chacune des étapes de la reproduction, chez la femme comme chez l'homme, avec une qualité du sperme altérée chez ce dernier [8]. Ces effets délétères sont probablement liés au stress oxydatif induit par les composants du tabac. D'autres facteurs comme des foyers de chaleur importante pouvant augmenter la température des testicules ; l'exposition à certains pesticides, solvants ou métaux lourds, ont également un effet délétère. Certains perturbateurs endocriniens (PE) sont également suspectés de perturber la fonction de reproduction. [9]

- Les facteurs psychiques : Notamment le stress. Celui-ci pourrait altérer la production de neurohormones et/ou hormones gonadotropes. Les chances de fécondation seraient

diminuées de 40% chez les femmes présentant des niveaux de stress élevés au moment de la fécondation. [4]

- Le poids : Plusieurs études épidémiologiques ont observé une relation dose-effet entre l'IMC et l'hypofertilité des couples. Chez l'homme, le surpoids et l'obésité sont associés à une altération des paramètres spermatiques. Chez la femme, le risque d'infertilité après un an de tentative est augmenté de 27% en cas de surpoids (IMC entre 25 et 30 kg/m²) et de 78% en cas d'obésité (IMC supérieur à 30kg/m²). Le risque d'anovulation est multiplié par 3 à 4 pour un IMC supérieur à 32kg/m² [4][10].

1.2.2. Chez la femme :

Chez la femme, les trois facteurs principaux ayant une influence sur la fertilité sont l'âge [11], le poids [10], et le tabagisme [8]. Mais plusieurs pathologies sont également à évoquer :

- Le Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK) [12] : ce syndrome touche environ 10% des femmes. Il se caractérise par un dérèglement hormonal d'origine ovarienne et/ou centrale, associé à un excès de production de testostérone par les ovaires, entraînant une absence d'ovulation chez la moitié des femmes concernées. Ses symptômes sont variés mais l'on retrouve surtout des troubles de l'ovulation, une hyperandrogénie, et un syndrome métabolique. Il s'agit de la première cause d'infertilité chez la femme jeune.
- L'insuffisance ovarienne [4] : Les femmes naissent avec un stock de follicules susceptibles de conduire à la formation d'ovocytes matures. Ce stock diminue au cours de leur vie, jusqu'à la ménopause. La diminution du stock de follicules s'accompagne le plus souvent d'une altération de la qualité ovocytaire, avec une augmentation du taux de fausses couches spontanées et d'anomalies chromosomiques fœtales. L'insuffisance ovarienne est la première cause d'infertilité après l'âge de 35 ans.

- L'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) [13] : Elle se définit par une perte folliculaire anormalement importante associée à l'absence de cycle menstruel, avec aménorrhée de plus de quatre mois survenant avant l'âge de 40 ans, avec un taux élevé de gonadotrophines (Follicule Stimulating Hormone (FSH) supérieur à 40UI/L) sur au moins deux prélèvements distincts faits à quelques semaines d'intervalle. Dans de nombreux cas, son origine n'est pas identifiée. Elle touche environ 2 à 4% des femmes en âge de procréer.

- La sténose tubaire bilatérale [4] : Elle se caractérise par la réduction de la perméabilité des trompes de Fallope, bloquant le passage des spermatozoïdes vers l'ovule. Elle est le plus souvent liée à une infection à chlamydiae. Il s'agit de la principale cause d'infertilité dans de nombreux pays, notamment d'Afrique.

- L'endométriose [14] : Cette maladie touche près de 10% des femmes en âge de procréer. Elle est due à l'implantation de fragments de tissus identiques à celui de l'endomètre (épithélium et stroma endométrial) dans la cavité péritonéale ou encore sur les ovaires. Elle peut induire des altérations du profil d'expression des gènes folliculaires, une anomalie de stock de follicules ovariens et des troubles de l'implantation embryonnaire. Elle est à l'origine de douleurs chroniques, parfois invalidantes, chez 35% des femmes touchées.

- Des anomalies utérines [4] : Malformation de type polypes de l'endomètre ou fibromes utérins principalement.

1.2.3. Chez l'homme :

- L'insuffisance testiculaire [15] : Les anomalies de la spermatogénèse sont de loin les causes les plus fréquentes d'infertilité masculine. Les anomalies peuvent concerner la quantité ou la qualité des spermatozoïdes. L'azoospermie correspond à l'absence totale

de spermatozoïdes et la tératospermie à des anomalies morphologiques qui peuvent perturber la mobilité et la fonctionnalité des spermatozoïdes. Ces anomalies peuvent être constitutionnelles (primitives) ; acquises suite à des maladies ou accidents ; ou encore secondaires à un traitement de type chimiothérapie ou radiothérapie, ou à l'usage de médicaments ou de toxiques [15].

Les insuffisances primitives de la spermatogenèse peuvent avoir une origine génétique, perturbant la structure du spermatozoïde ou d'éléments moléculaires nécessaires à ses fonctions. Des anomalies chromosomiques sont retrouvées chez 5% des hommes infertiles. Dans de nombreux cas, aucune cause n'est retrouvée pour expliquer les altérations du sperme associées à l'infertilité masculine.

- Les dysfonctions sexuelles : Indépendamment des troubles de l'érection et de l'éjaculation, des facteurs vasculaires, hormonaux, métaboliques ou neurologiques peuvent entraîner une dysfonction sexuelle. [4]

1.3. Consultations pour infertilité

En France, 14% des couples consultent un praticien pour un désir d'enfant [16].

En 2016, 6,9% des femmes ayant eu un enfant ont eu recours à un traitement de l'infertilité, contre 5,7% en 2010 [4]. 1 enfant sur 30 est issu d'un parcours d'aide médicale à la procréation (AMP) [17]. Depuis 1981 et la première fécondation in vitro (FIV), ce nombre ne va cesser de croître selon un rythme très linéaire : la proportion d'enfants conçus par FIV augmenterait de 0,5% tous les sept à huit ans. Les FIV réalisées durant les deux premières décennies d'activité (1981-2000), ont permis la naissance de 100 000 enfants au total en France. Ce mouvement s'amplifie par la suite puisque l'effectif de 200 000 enfants est atteint fin 2008 et celui de 300 000 fin 2014. Ainsi, le Comité international de surveillance de l'AMP (ICMART) estimait en 2013 que cinq millions d'enfants avaient été conçus par FIV dans le monde au total, dont la moitié au cours des six dernières années [18].

Ces chiffres ne font que croître. Ainsi en Europe, ce sont chaque année 8% de couples supplémentaires qui ont recours à l'AMP. Les évolutions sociétales (particulièrement

l'augmentation de l'âge des femmes lors du projet de conception, et l'augmentation de l'infertilité masculine) en sont les principaux facteurs explicatifs [18].

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 2015 [19], les bassins de vie de la région Picardie recensaient 58 gynécologues médicaux inscrits aux tableaux des Ordres départementaux, ayant une activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte. Sur la période 2008-2015, les effectifs ont diminué de 25,6%. Cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 (-19%). Face à cette diminution du nombre de gynécologues installés, et au nombre croissant de couples qui y sont confrontés, les médecins généralistes vont faire face à de plus en plus de consultations liées à l'infertilité.

L'article 36 (L.4130-1) de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » dite loi HPST [20] définit les missions du médecin généraliste, spécialiste du premier recours, qui sont entre autres :

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

Le médecin généraliste, via sa pratique de la médecine dans sa globalité, ainsi que via sa proximité avec les patients, est donc un acteur essentiel de la prise en charge de ces infertilités ; principalement par son rôle de prévention et d'information, mais aussi par la suite dans le diagnostic et l'initiation des prises en charges.

Chacun des partenaires d'un couple essayant sans succès d'avoir un enfant depuis plus d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés doit être exploré et avoir un bilan comportant un interrogatoire complet, un examen clinique et des examens complémentaires détaillés [15].

1.3.1. Interrogatoire à réaliser lors d'une première consultation

L'interrogatoire lors d'une première consultation pour infertilité a pour objectif de définir le potentiel de fertilité du couple, qui correspond à la combinaison des fertilités de chacun des membres. Il faudra donc rechercher lors de l'entretien chez les deux partenaires [21] :

- Leurs âges. L'âge actuel est un élément capital du pronostic, principalement chez la femme.
- La fréquence de leurs rapports sexuels (ce qui peut également mettre en évidence différents troubles sexuels (vaginisme, dyspareunie, dysfonction érectile...))
- La durée de l'infertilité. Cela correspond au délai depuis l'arrêt de tout moyen de contraception.
- Le caractère primaire ou secondaire de l'infertilité.
- Les antécédents familiaux.
- Les facteurs de risque d'infertilité, dont l'étude des conditions de vie avec recherche de facteurs de stress, d'alimentation sélective, d'activité sportive intense ou d'addictions (tabac, alcool, cannabis...). On recherchera également une exposition aux perturbateurs endocriniens (PE).

L'interrogatoire de la femme devra rechercher [16]:

- Les antécédents gynéco-obstétricaux, médicaux et chirurgicaux. L'âge des ménarches ; l'étude du cycle menstruel et de la régularité des cycles.
- Les antécédents d'infections sexuellement transmissibles et de curetage.
- La présence d'une contraception antérieure.
- L'existence d'algies pelviennes, pendant les règles ou lors des rapports.

L'interrogatoire de l'homme va quant à lui être axé sur [15] :

- Les antécédents médicaux et chirurgicaux, notamment de cryptorchidie, d'épididymite, de torsion du cordon spermatique, de traumatisme testiculaire ou de cure d'hernie inguinale dans l'enfance ; ou encore de varicocèle ou de malformation à type d'hypo- ou épispadias.
- Les traitements antérieurs ou en cours.
- Les signes d'appel cliniques : douleur testiculaire, pénienne ou abdominale lors de l'éjaculation ; troubles mictionnels ; ou encore troubles sexuels.

- Exposition professionnelle : recherche d'une profession à risque (chauffeurs routiers, boulangers, soudeurs de métaux lourds, agriculteurs, ouvriers des fonderies...)

L'un des facteurs à rechercher lors de l'interrogatoire sur les mesures hygiéno-diététiques du couple, est l'exposition aux PE. La définition des PE regroupe toute substance étrangère à l'organisme susceptible d'altérer son fonctionnement [9]. En 2002, l'OMS a défini un PE comme étant « une substance chimique d'origine naturelle ou synthétique, étrangère à l'organisme et susceptible d'interférer avec le fonctionnement du système endocrinien c'est-à-dire les cellules et organes impliqués dans la production des hormones et leurs actions sur les cellules dites 'cibles' via des récepteurs » [9]. Le système endocrinien étant un système complexe, indispensable au maintien de l'ensemble des équilibres biologiques. Ces substances chimiques sont très largement présentes dans notre environnement. En France, en Europe et dans le monde, l'évaluation des risques liés aux perturbateurs endocriniens est devenue un enjeu de santé publique. Parmi les substances les plus connues, nous pouvons évoquer le diéthylstilbestrol (Distilbène) ; le chlordécone ; certains phtalates (présents dans les produits tels que les adhésifs, huiles lubrifiantes, détergents, solvants, produits pharmaceutiques ou cosmétiques) ; certains parabènes (présents dans plus de 80% des produits cosmétiques, et conservateur alimentaire) ; le Bisphénol A ; ou encore certains composés perfluorés, et polybromés, présents dans l'environnement [9].

Un certain nombre d'affections sont aujourd'hui suspectées d'être la conséquence d'une exposition aux PE : baisse de la qualité du sperme, augmentation de la fréquence d'anomalies du développement des organes ou de la fonction de reproduction, abaissement de l'âge de la puberté... Le rôle des PE est aussi suspecté dans la survenue de certains cancers hormono-dépendants [22].

Parmi les substances suspectées d'induire des modifications du système hormonal, les pesticides sont fréquemment cités. Cette exposition touche non seulement les travailleurs mais également les particuliers qui manipulent ce type de produits sans prendre les précautions nécessaires ou sont exposés via l'air ou l'alimentation.

Ils pourraient avoir un impact même à doses d'exposition faibles à tous les stades de la vie, voire à des stades très précoces comme in utéro. Compte tenu du délai très variable et parfois très long entre l'exposition et l'apparition des troubles incriminés, il est parfois très difficile de prouver un lien de cause à effet.

La France est le premier consommateur européen de pesticides avec une moyenne de 100 000 tonnes de substances actives vendues chaque année depuis les années 1980 pour 25 millions d'hectares cultivés [23]. En 2008 en France, environ 90 % des tonnages de pesticides vendus l'ont été pour des usages agricoles [24].

La littérature est riche d'études impliquant l'effet des perturbateurs endocriniens sur les différents paramètres pouvant altérer la fertilité. Knoll, par exemple, montre en 1995 que les fumées de cigarettes provoquent une altération du battement ciliaire des trompes de Fallope de rates observées in vitro diminuant ainsi les chances de conception et de grossesse eutopique [25]. Cependant, les études de méthodologie solides sur la fertilité humaine manquent et les conclusions restent, de ce fait, très controversées.

Dans une étude récente sur l'impact des perturbateurs endocriniens sur la fertilité, réalisée sur une population de couples infertiles en Picardie [26], Lefranc et al. proposaient de comparer l'exposition aux pesticides et au tabac de couples fertiles et infertiles afin d'essayer de mettre en évidence des facteurs de risque d'infertilité. Il en ressortait que les couples infertiles habitaient plus fréquemment à proximité direct d'un champ de maïs, qu'ils étaient plus fréquemment fumeurs et qu'ils avaient plus fréquemment été exposés au tabagisme passif à la fois dans l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte. D'autres facteurs de risque retrouvés dans cette étude étaient l'âge de la femme et de l'homme, ainsi que les antécédents d'infertilité familiale de la femme. Aucune différence n'a été retrouvée en termes d'exposition professionnelle aux pesticides.

En attendant de plus amples preuves, le corps médical a pour devoir d'instaurer un principe de précaution en informant les populations du danger potentiel des PE et de proposer des solutions de prévention. Le médecin généraliste, toujours grâce à sa proximité avec les patients et en étant disponible plus rapidement que les spécialistes, est donc encore une fois un acteur essentiel de cette prévention, en informant sur les mesures hygiéno-diététiques à respecter, dès la connaissance du désir d'enfant.

1.3.2. Examen clinique à réaliser suite à une première consultation

Lors d'une première consultation pour infertilité, un examen clinique est à réaliser chez les deux membres du couple [15] :

Chez la femme [16], un examen gynécologique est conseillé en plus d'un examen physique général, afin de rechercher des anomalies morphologiques ou fonctionnelles, de mettre à jour les examens de dépistage, et de rechercher une éventuelle contre-indication à un traitement de l'ovulation. L'examen des seins doit systématiquement être réalisé, à la recherche d'une pathologie mammaire. Il n'est pas recommandé de réaliser de prélèvement bactériologique de manière systématique, mais celui-ci doit s'imposer en cas de signe évident d'infection [27].

Tout homme infertile ou ayant un facteur de risque d'infertilité masculine doit faire l'objet d'une expertise urologique ou andrologique à la recherche d'anomalie urogénitale. L'examen physique général fait partie intégrante de cette évaluation. Il permettra de rechercher entre autres des signes d'endocrinopathie et d'apprécier le morphotype du patient. Une attention particulière doit être donnée à l'examen des organes génitaux avec :

- Examen du pénis, incluant la localisation du méat urétral.
- Palpation des testicules et la mesure de leur taille.
- Recherche de varicocèle.
- L'examen de la prostate et le toucher rectal sont non obligatoires mais recommandés par la société française d'Urologie [7].

1.3.3. Examens complémentaires à demander suite à une première consultation

En première intention, trois examens sont à demander chez la femme, dont un bilan hormonal à J3 du cycle avec :

- FSH
- LH
- Androgènes (testostérone, déhydroépiandrostéronesulfate et 17 hydroxyprogesterone) si acné ou hirsutisme
- Hormone anti-mullérienne (AMH)
- Sérologies rubéole, toxoplasmose, chlamydiae trachomatis, syphilis, hépatites B et C ; et Virus de l'Immunodéficience acquise (VIH) avec l'accord de la patiente.

La demande d'une échographie pelvienne et d'une hystérosalpingographie sont également recommandées dans le bilan initial chez la femme [28]. L'hystérosalpingographie est un examen radiographique permettant d'explorer l'utérus et les trompes de Fallope grâce à un produit de contraste, opaque aux rayons X, injecté dans la cavité utérine [28].

Chez l'homme, le spermogramme est le premier examen de référence à demander dans le bilan de l'infertilité masculine. Il doit être réalisé au laboratoire, après 3 à 5 jours d'abstinence. On pourra être amenés également à réaliser un bilan biologique avec dosage de la testostérone et de la FSH. En effet un taux élevé de FSH peut traduire une altération de la spermatogenèse. Les sérologies VIH, des hépatites B et C, et de la rubéole seront également à reconstrôler [29].

1.4. Définition des objectifs de l'étude

Ce travail de thèse a pour but de déterminer la prise en charge réalisée par les médecins généralistes dans le sud des Hauts de France lors d'une consultation pour infertilité.

Nous évaluerons également les connaissances de ces médecins généralistes sur le sujet de l'infertilité, vis-à-vis des recommandations actuelles.

2. MATERIEL ET METHODE :

2.1. Objectifs :

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la prise en charge réalisée par les médecins généralistes du sud des Hauts de France lors d'une consultation pour infertilité.

Comme objectif secondaire, nous allons également tenter de déterminer les connaissances des médecins généralistes du sud des Hauts de France sur la prise en charge de l'infertilité vis-à-vis des recommandations actuelles.

2.2. Population :

La population ciblée est constituée des médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le sud des Hauts de France (ex Picardie, comprenant les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise).

2.3. Méthode :

Cette étude est une étude observationnelle, descriptive, transversale et quantitative, réalisée avec tirage au sort stratifié par canton, dans les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise.

Un recueil des médecins généralistes installés en libéral a été réalisé dans chacun des 65 cantons qui constituent le sud des Hauts de France, à l'aide de l'annuaire de santé du site AMELI.

Un tirage au sort a été effectué dans chaque canton via un site internet de randomisation, (dcode.fr/tirageausort) afin de sélectionner 6 médecins généralistes installés en libéral par canton.

Les adresses email des médecins généralistes tirés au sort ont ensuite été récupérées par appel téléphonique, afin de pouvoir leur envoyer le questionnaire de cette étude, réalisé via Google Form (ANNEXE 1). L'inclusion des médecins généralistes sélectionnés a donc été réalisée via la mailing-list constituée suite aux appels téléphoniques.

Sur les 390 médecins généralistes tirés au sort, 264 ont accepté de donner leur e-mail et ont fait partie de cette mailing-list. 264 emails avec lien vers le questionnaire de l'étude ont donc été envoyés. 110 réponses à ce questionnaire ont été reçues.

Sur les 126 refus de communiquer leur adresse e-mail, 17 médecins généralistes étaient à la retraite ou avaient fermé leur cabinet ; 71 ne souhaitaient pas répondre par manque de temps ; et 38 ne souhaitaient pas répondre par manque d'intérêt pour le sujet.

Le questionnaire comportait 34 questions, réparties en 2 catégories. La première partie visait à recueillir les caractéristiques des praticiens interrogés, et la deuxième partie interrogeait sur les connaissances et la prise en charge de l'infertilité réalisée par ces médecins généralistes.

Ce système de questionnaire en ligne a été privilégié compte tenu du contexte de COVID-19 lors de l'envoi des questionnaires, ainsi que d'un point de vue écologique.

Sur les 264 emails envoyés, 37,9% étaient adressés à des femmes (100) et 62,1% à des hommes (164).

La diffusion du questionnaire via cette mailing-list a été réalisée du 30 avril 2020 au 03 juin 2020. Une relance a été réalisée le 08 juillet 2020. Les réponses ont été récoltées du 30 avril 2020 au 30 août 2020. Les médecins généralistes ont été invités à ne répondre qu'une seule fois au questionnaire. Les réponses étaient anonymes.

2.4. Analyse statistique :

L'analyse des données a débuté le 11 janvier 2021. Les résultats du questionnaire ont été transférés de la plateforme Google Form vers un fichier Excel afin de réaliser une analyse univariée et multivariée.

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

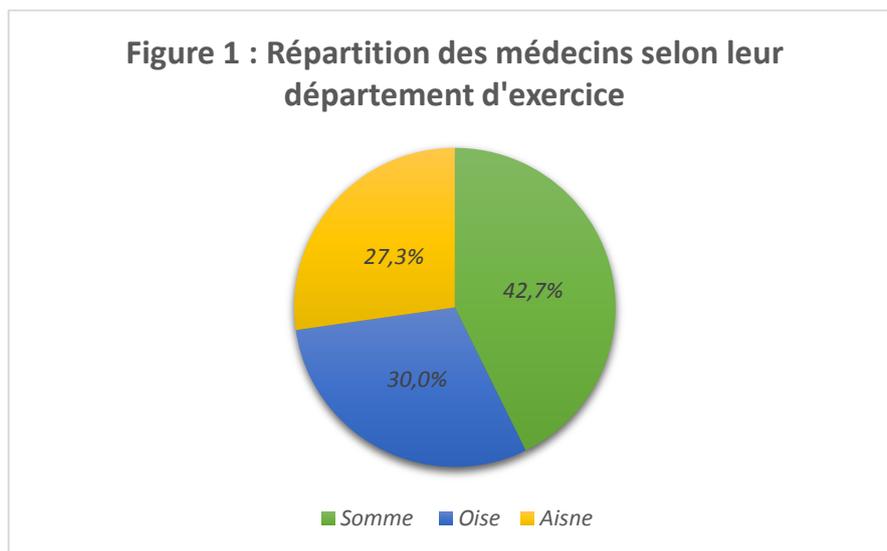
3. RESULTATS

110 médecins généralistes ont répondu à cette étude, soit un taux de réponses de 41,7%, par rapport aux 264 emails envoyés.

3.1. Caractéristiques des médecins généralistes

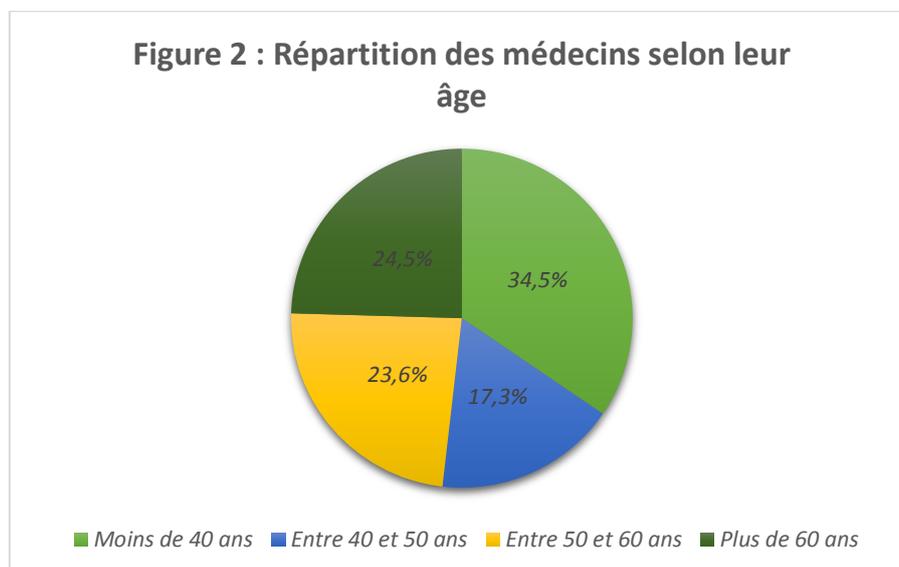
3.1.1. Répartition des médecins selon leur département d'exercice :

42,7% (n=47) des praticiens exerçaient dans la Somme, 30% (n=33) dans l'Oise et 27,3% (n=30) dans l'Aisne.



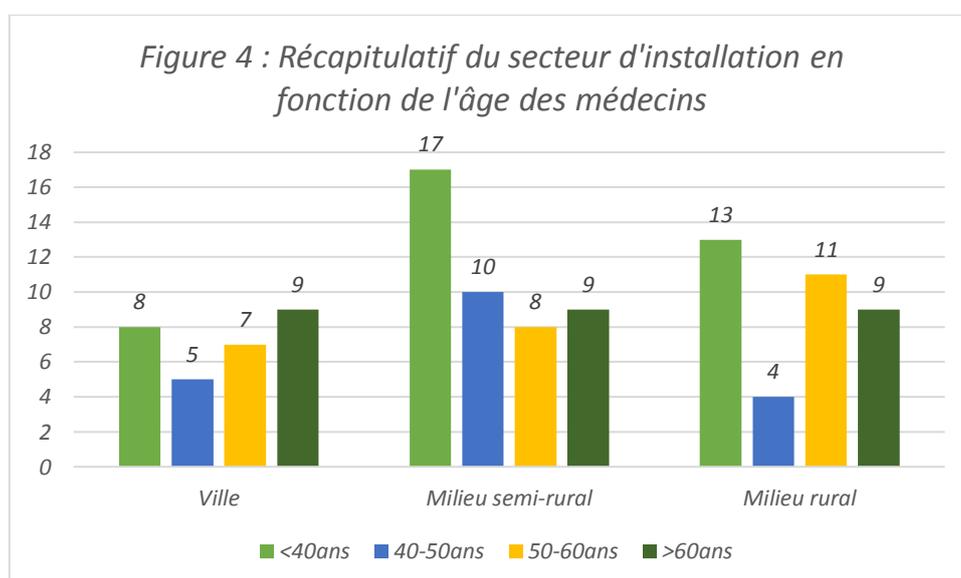
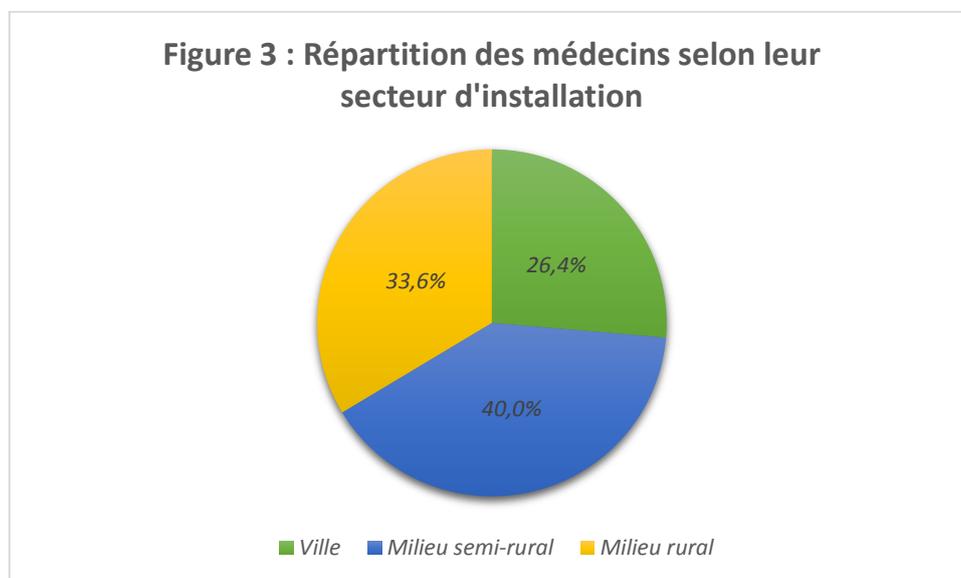
3.1.2. Répartition des médecins selon leur âge :

34,5% (n=38) des praticiens avaient moins de 40 ans ; 17,3% (n=19) avaient entre 40 et 50 ans ; 23,6% (n=26) avaient entre 50 et 60 ans ; et 24,5% (n=27) avaient plus de 60 ans.



3.1.3 Répartition des médecins selon leur secteur d'installation :

26,4% (n=29) exerçaient en ville ; 40% (n=44) en milieu semi-rural ; et 33,6% (n=37) en milieu rural.

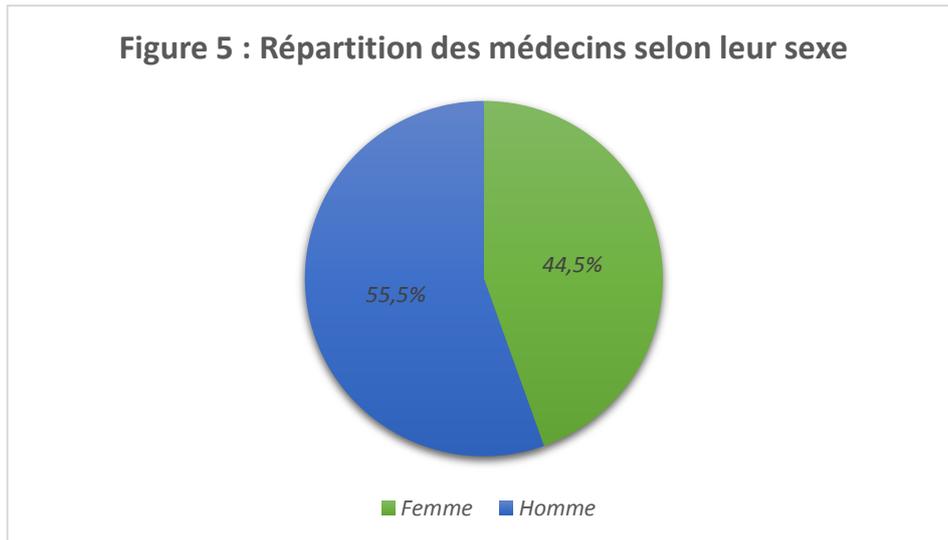


On remarque une répartition homogène des différents âges des médecins ayant répondu à cette étude selon leur secteur d'installation.

3.1.4 Répartition des médecins selon leur sexe :

61 hommes ont répondu (55,5%), et 49 femmes (44,5%).

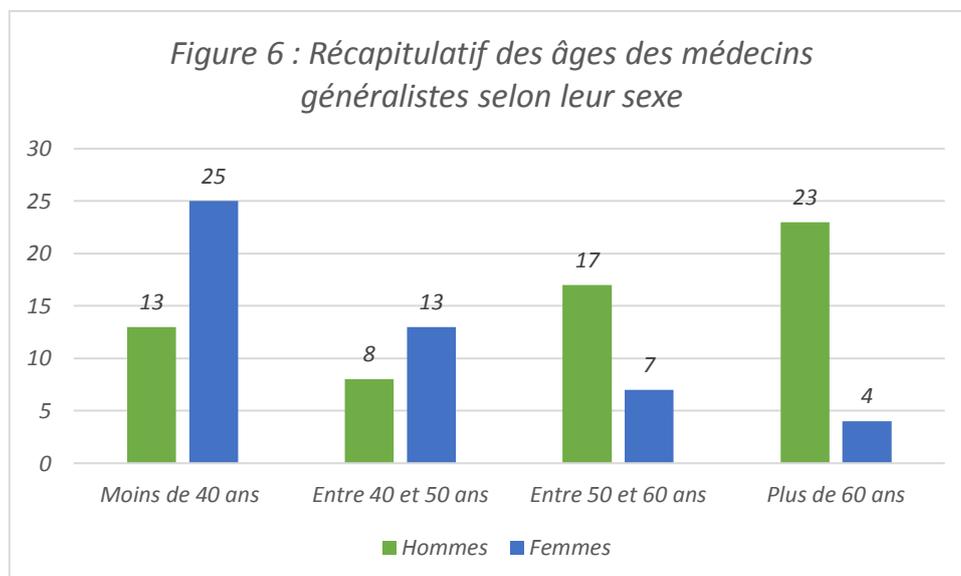
Figure 5 : Répartition des médecins selon leur sexe

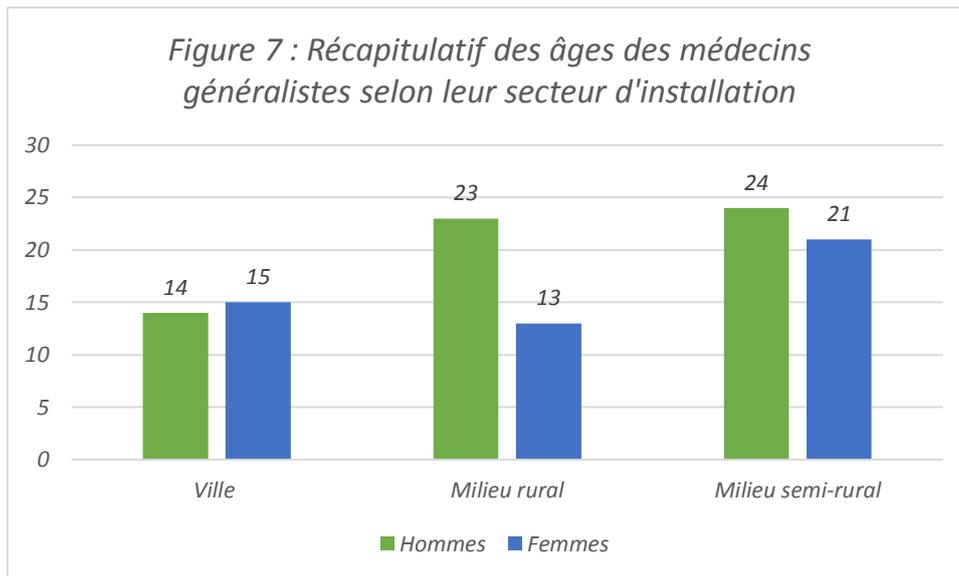


37,7% (n=23) des hommes ayant répondu à l'étude avaient plus de 60 ans [27,9% (n=17) avaient entre 50 et 60 ans ; 13,1% (n=8) avaient entre 40 et 50 ans ; et 21,3% (n=13) avaient moins de 40 ans] ; et vivaient majoritairement en milieu semi-rural à 39,3% (n=24) [contre 37,7% (n=23) pour le milieu rural et 23% (n=14) pour la ville].

51% (n=25) des femmes ayant répondu à l'étude avaient moins de 40 ans [26,% (n=13) avaient entre 40 et 50 ans ; 14,3% (n=7) avaient entre 50 et 60 ans ; et 8,2% (n=4) avaient plus de 60 ans] ; et vivaient majoritairement en milieu semi-rural à 42,9% (n=21) [contre 26,5% (n=13) pour le milieu rural et 30,6% (n=15) pour la ville]

Figure 6 : Récapitulatif des âges des médecins généralistes selon leur sexe

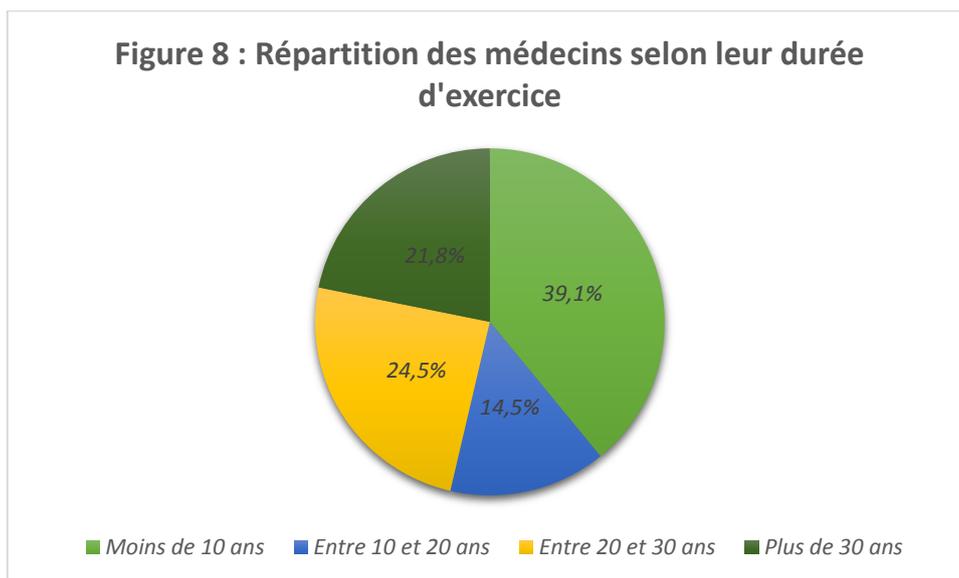




Les femmes interrogées étaient donc majoritairement plus jeunes que les hommes mais exerçaient dans les mêmes conditions (en milieu semi-rural).

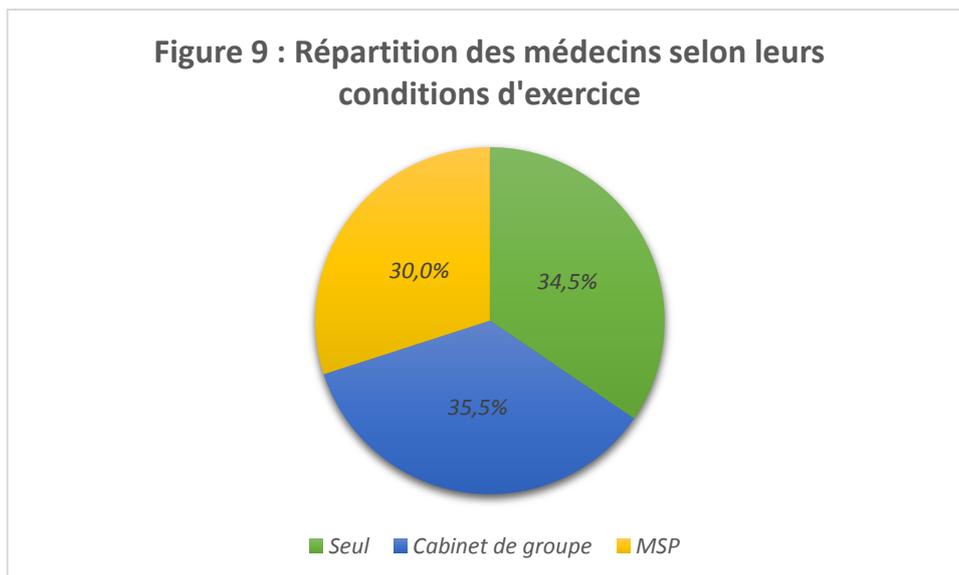
3.1.5 Répartition des praticiens selon leur durée d'exercice :

39,1% (n=43) exerçaient depuis moins de 10 ans ; 14,5% (n=16) entre 10 et 20 ans ; 24,5% (n=27) entre 20 et 30 ans ; et 21,8% (n=24) depuis plus de 30 ans.



3.1.6 Répartition des praticiens selon leurs conditions d'exercice :

34,5 % (n=38) exerçaient seuls en cabinet de médecine générale ; 35,5% (n=39) exerçaient en cabinet de groupe ; et 30% (n=33) en maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Ces trois conditions d'exercice étaient donc représentées à des niveaux similaires.

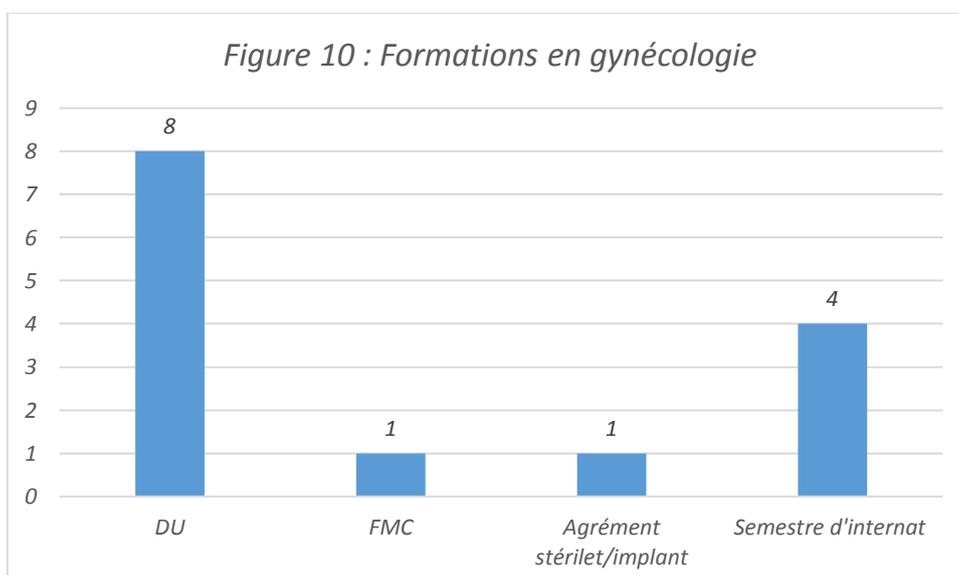


Parmi les médecins généralistes interrogés, 34,3% (n=23) avaient une sage-femme qui consultait également au cabinet.

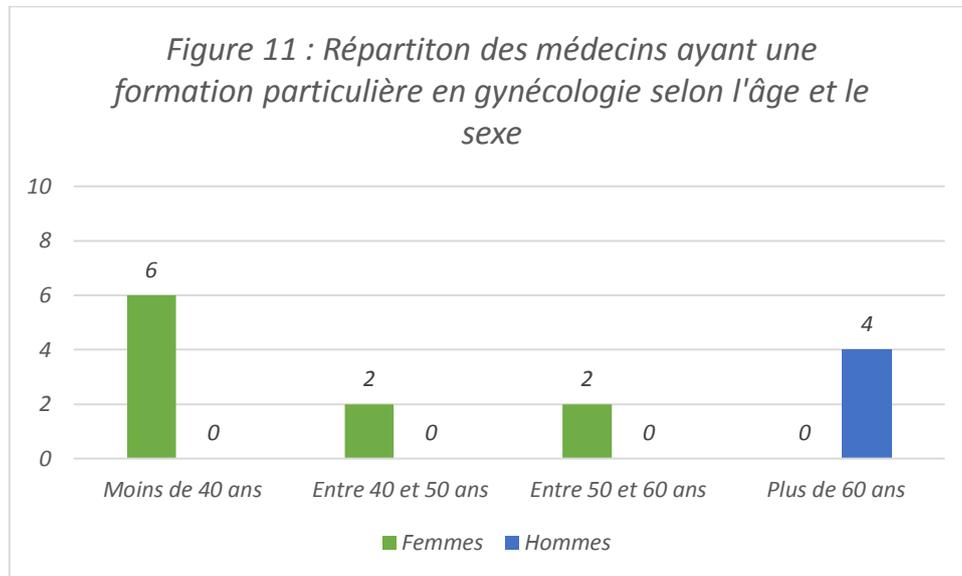
3.1.7 Formation des médecins participants en gynécologie :

Parmi les médecins généralistes participants, 12,7% (n=14) avaient une formation supplémentaire en gynécologie.

Parmi eux, 8 médecins ont répondu avoir un diplôme universitaire (DU) de gynécologie ; 1 avait un agrément de pose de stérilet et d'implant ; 1 a répondu avoir réalisé une formation médicale continue (FMC) sur la gynécologie ; et 4 avaient exercé un semestre pendant leur internat en service de gynécologie.



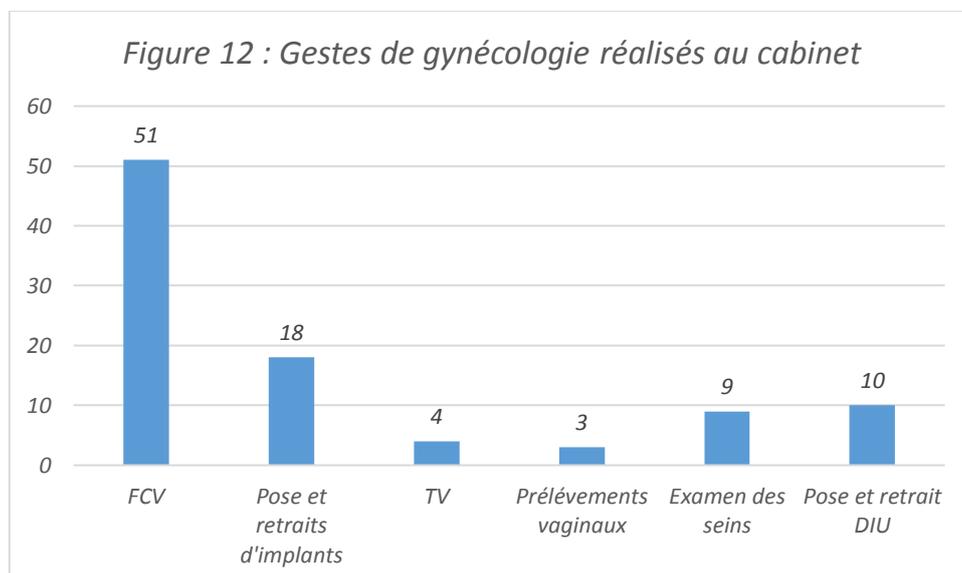
Parmi ces médecins, 71,4% (n=10) étaient des femmes, ayant principalement moins de 40 ans (60% des femmes (n=6)). Les hommes étaient moins nombreux à avoir une formation en gynécologie (28,% (n=4), et ceux-ci avaient tous plus de 60 ans.



3.1.8 Pratique des gestes gynécologiques :

53,6% (n=59) des médecins pratiquaient des gestes de gynécologie au cabinet.

Parmi eux, 51 réalisaient des frottis cervico-vaginaux (FCV) ; 18 posaient et retiraient des implants contraceptifs ; 4 réalisaient des touchers vaginaux (TV) ; 3 réalisaient des prélèvements vaginaux ; 9 réalisaient un examen des seins ; 10 réalisaient des poses et retraits de dispositif intra-utérin (DIU).



Parmi les médecins réalisant des gestes de gynécologie au cabinet, 66,1% (n=39) étaient des femmes, qui venaient plutôt d'un milieu semi-rural (à 41% (n=16)), et pratiquaient majoritairement en cabinet de groupe (à 46,2% (n=18)).

TABLEAU 1 : Récapitulatif des médecins généralistes réalisant des gestes de gynécologie selon leur sexe, leur âge, leur secteur d'installation, et leur formation en gynécologie-obstétrique.

Réalisation de gestes	
Sexe :	
- Hommes	33,9%
- Femmes	66,1%
Âge :	
- < 40 ans	57,9%
- 40 - 50 ans	52,6%
- 50 - 60 ans	57,7%
- > 60 ans	44,4%
Secteur d'installation :	
- Ville	44,8%
- Milieu semi-rural	47,7%
- Milieu rural	67,6%
Formation en gynécologie :	
- Oui	100%
- Non	46,9%

3.1.9 Formation de maitre de stage universitaire :

Parmi les médecins généralistes ayant répondu, 20% (n=22) avaient la formation de maitre de stage.

3.2 Prise en charge de l'infertilité

Parmi les médecins généralistes ayant répondu, 76,4% (n=84) ont déjà réalisé une consultation pour infertilité au cabinet.

Pour 38,1% d'entre eux (n=32), ils seraient confrontés à ce type de consultation moins d'une fois par an ; tous les ans pour 23,8% (n=20) ; tous les 6 mois pour 36,9% (n=31) ; et tous les mois pour 1,2% (n=1).

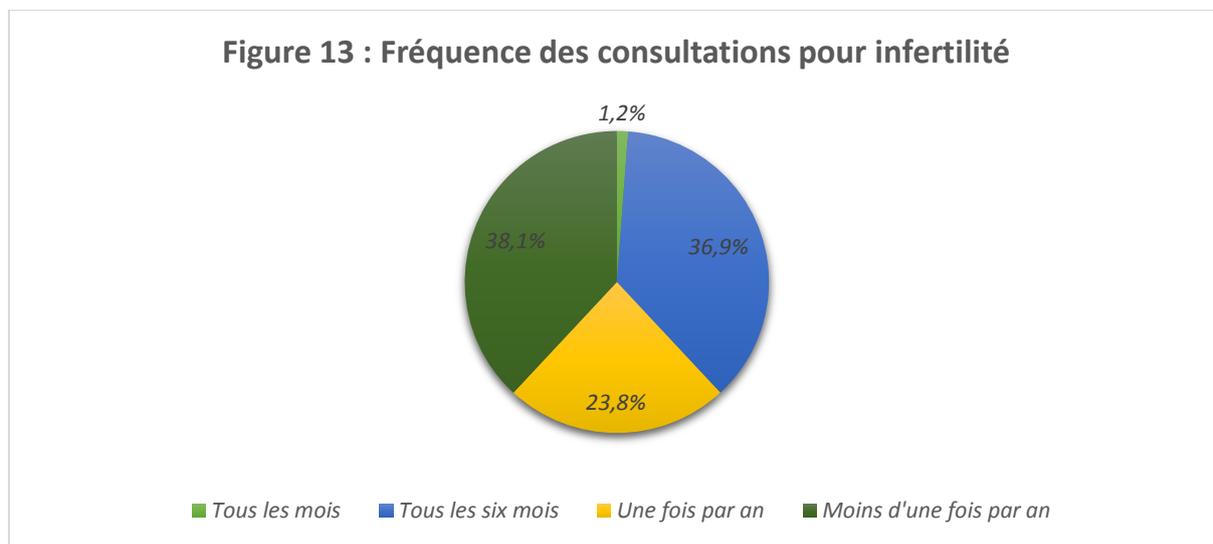
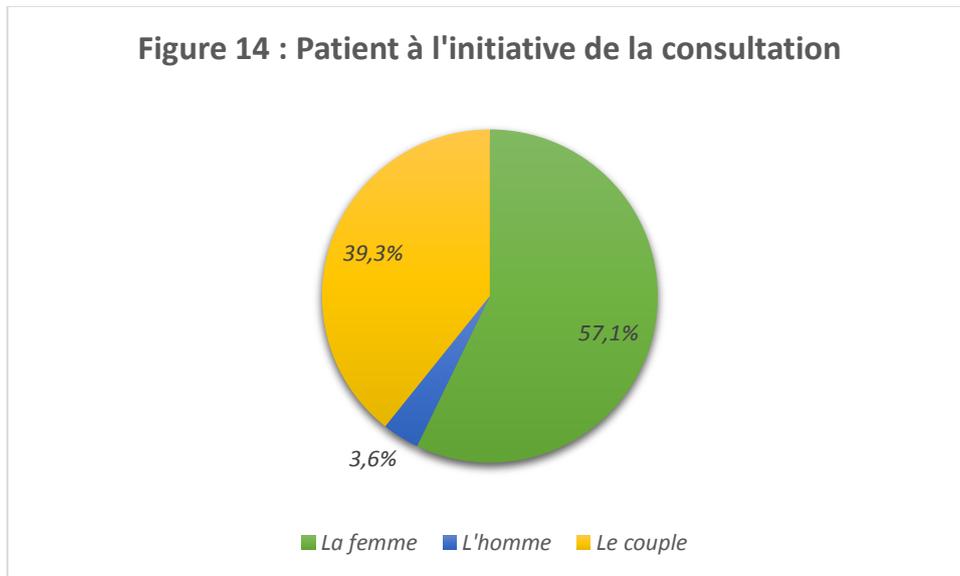


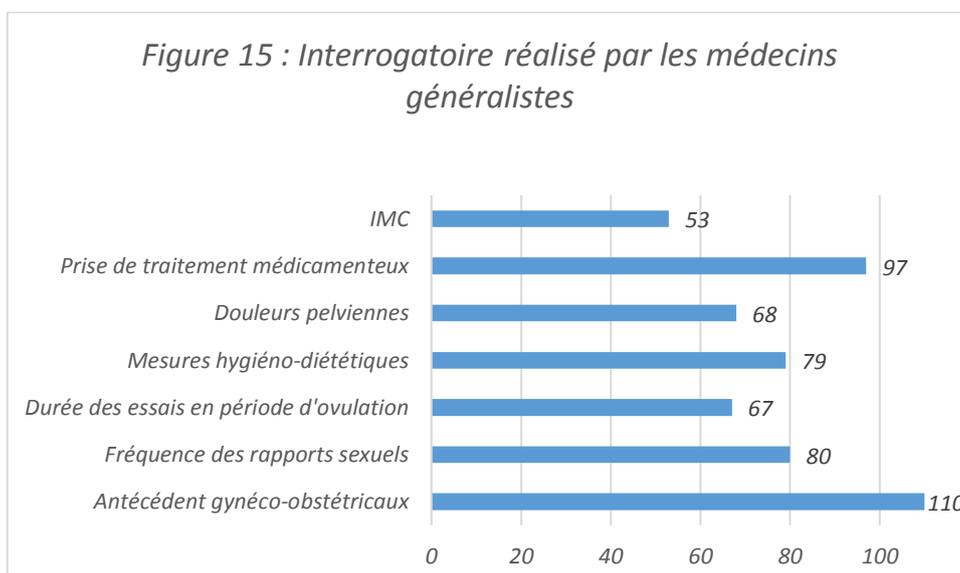
TABLEAU 2 : Récapitulatif des médecins généralistes ayant déjà été confrontés à une consultation pour infertilité selon leur sexe, leur âge, leur secteur d'installation, et leur formation en gynécologie ; ainsi que selon la fréquence.

	< Une fois par an	Une fois par an	Tous les 6 mois	Tous les mois
Sexe :				
- Hommes	43,2%	27,3%	27,3%	2,2%
- Femmes	32,5%	20%	47,5%	0
Âge :				
- < 40 ans	11,1%	29,6%	55,6%	3,7%
- 40 - 50 ans	33,3%	16,7%	50%	0
- 50 - 60 ans	66,7%	22,2%	11,1%	0
- > 60 ans	52,4%	23,8%	23,8%	0
Secteur d'installation :				
- Ville	23,8%	23,8%	52,4%	0
- Milieu semi-rural	41,2%	20,6%	35,3%	2,9%
- Milieu rural	44,8%	27,6%	27,6%	0
Formation en gynécologie :				
- Oui	41,7%	8,3%	50%	0
- Non	37,5%	26,4%	34,7%	1,4%

Ceux-ci considéraient dans 57,1% (n=48) des cas que la personne du couple à l'initiative de la consultation était la femme, contre 3,6% (n=3) pour l'homme ; et 39,3% (n=33) pour les deux membres du couple.

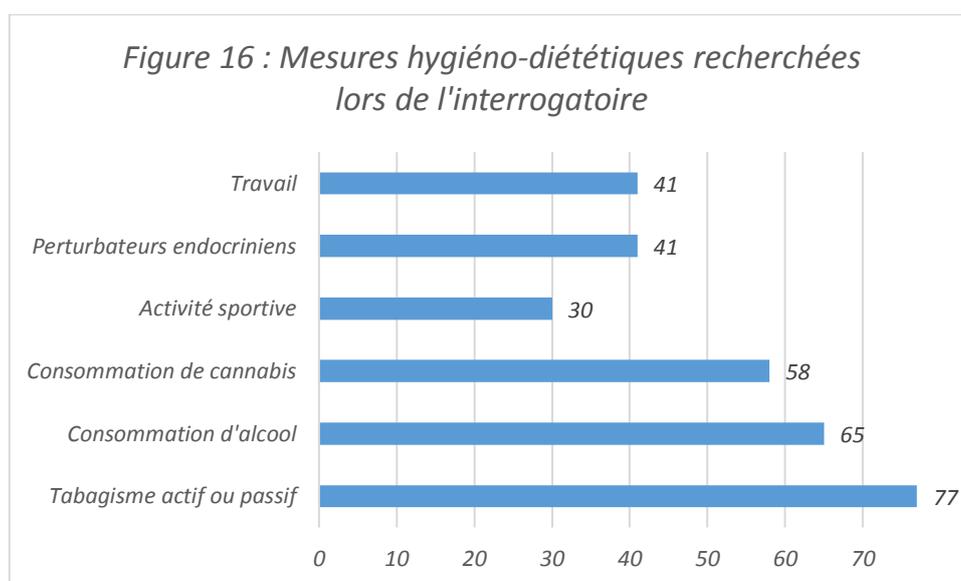


Lors de l'interrogatoire, 100% (n=110) des médecins généralistes interrogeaient les patients sur leurs antécédents gynéco-obstétricaux ; 72,7% (n=80) interrogeaient les couples sur la fréquence de leur rapports sexuels ; 60,9% (n=67) sur la durée de leurs essais de concevoir en période d'ovulation ; 71,8% (n=79) sur les mesures hygiéno-diététiques ; 61,8% (n=68) recherchaient des douleurs pelviennes en dehors et pendant les rapports sexuels ; 88,2 (n=97) recherchaient une prise médicamenteuse ; et 48,2% (n=53) calculaient l'IMC des deux partenaires.



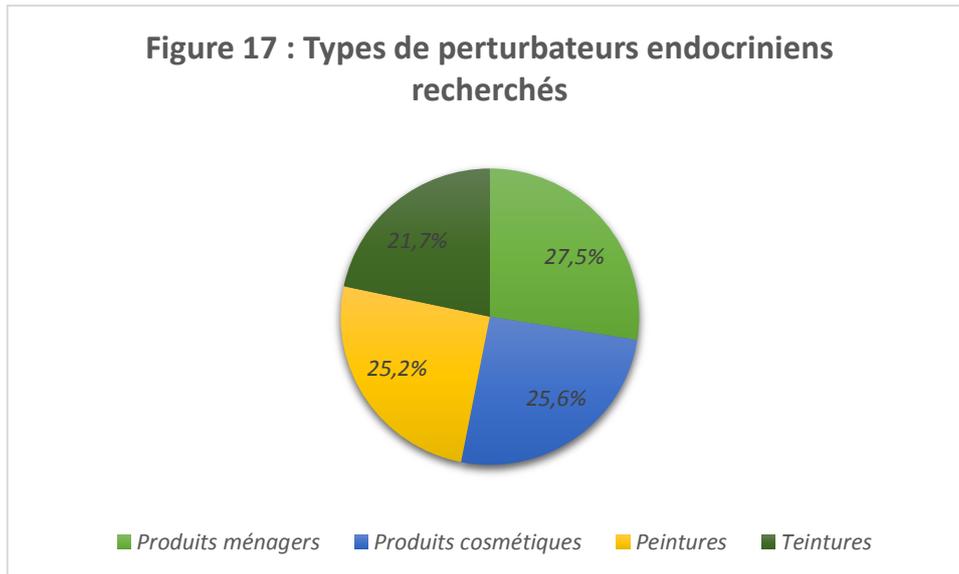
84,5% (n=93) des médecins ont répondu réaliser l'ensemble de cet interrogatoire chez les deux membres du couples.

Parmi les mesures hygiéno-diététiques à rechercher lors de l'interrogatoire, 97,3% (n=77) des médecins recherchaient un tabagisme actif ou passif ; 38,2% (n=30) recherchaient la pratique d'une activité physique régulière ; 82,7% (n=65) recherchaient la consommation d'alcool ; 73,6% (n=58) recherchaient la consommation de cannabis ; 52,7% (n=41) recherchaient la présence de perturbateurs endocriniens dans les habitudes de vie du couple ; et 52,7% (n=41) interrogeaient les couples sur leurs conditions de travail.



Parmi les médecins généralistes interrogés qui recherchaient la présence de perturbateurs endocriniens dans leur interrogatoire, 59,1% (n=65) les recherchaient dans les peintures utilisées ; 50,9% (n=56) dans les teintures (cheveux par exemple) ; 64,5% (n=71) dans les produits ménagers ; et 60% (n=66) dans les produits cosmétiques. Mais tous ne pensent pas à interroger les patients sur ce sujet lors de la consultation car seulement 52,7% (n=41) d'entre eux le font, comme vu précédemment.

Figure 17 : Types de perturbateurs endocriniens recherchés



Parmi les médecins généralistes interrogés, 66,4% (n=73) réalisent un examen clinique lors d'une consultation pour infertilité.

Parmi ces médecins généralistes, 24,7% (n=18) réalisent un examen gynécologique.

Lors de cet examen, 61,1% (n=11) des médecins recherchent des lésions cervico-vaginales, 50% (n=9) recherchent une douleur à la palpation abdominale et 16,7% (n=3) recherchent des signes infectieux

TABLEAU 3 : Récapitulatif de la réalisation d'un examen clinique et d'un examen gynécologique lors d'une consultation pour infertilité, selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et la formation en gynécologie.

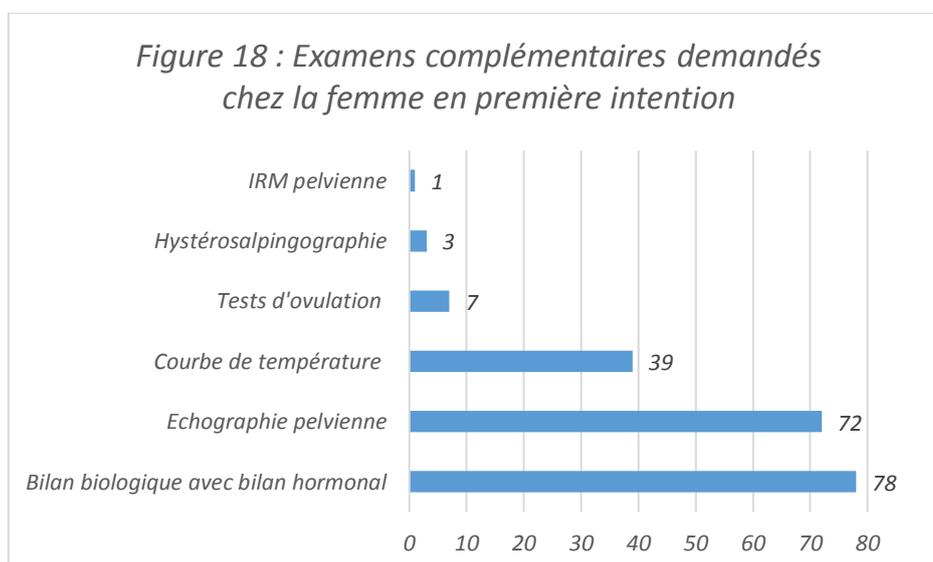
	Examen clinique	Examen gynécologique
Sexe :		
- Hommes	65,6%	9,8%
- Femmes	67,3%	24,5%
Âge :		
- < 40 ans	63,2%	15,8%
- 40 - 50 ans	79%	21,1%
- 50 - 60 ans	46,2%	11,5%
- > 60 ans	81,5%	18,5%
Secteur d'installation :		
- Ville	69%	17,2%
- Milieu semi-rural	72,7%	22,7%
- Milieu rural	56,8%	8,1%
Formation en gynécologie :		
- Oui	71,4%	57,1%
- Non	65,6%	10,4%

79,1% (n=87) des médecins généralistes rapportaient réaliser des examens complémentaires suite à une consultation pour infertilité.

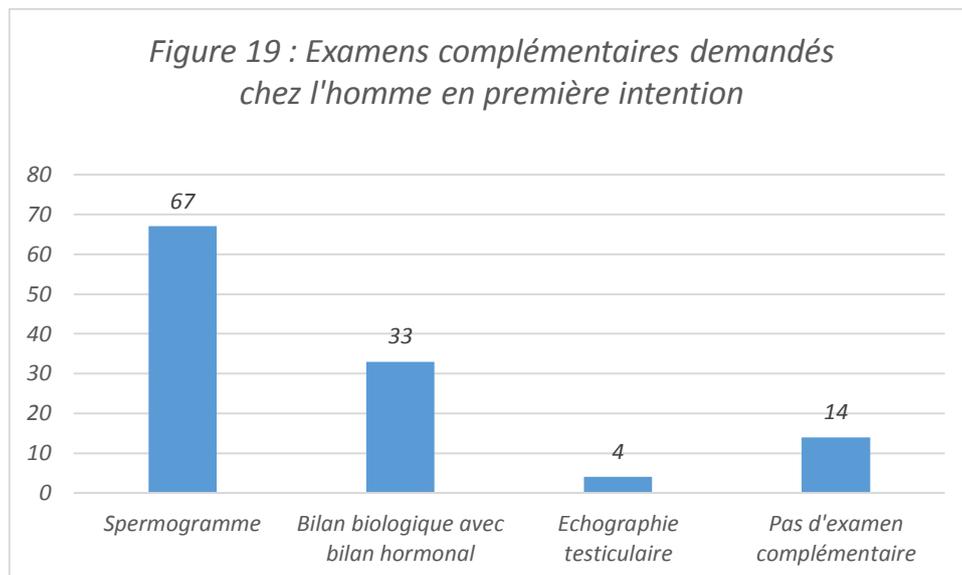
TABLEAU 4 : Récapitulatif de la demande d'examens complémentaires suite à une consultation pour infertilité, selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et la formation en gynécologie.

Examens complémentaires	
Sexe :	
- Hommes	77%
- Femmes	81,6%
Âge :	
- < 40 ans	81,6%
- 40 - 50 ans	73,7%
- 50 - 60 ans	80,8%
- > 60 ans	77,8%
Secteur d'installation :	
- Ville	86,2%
- Milieu semi-rural	81,8%
- Milieu rural	70,3%
Formation en gynécologie :	
- Oui	92,9%
- Non	77,1%

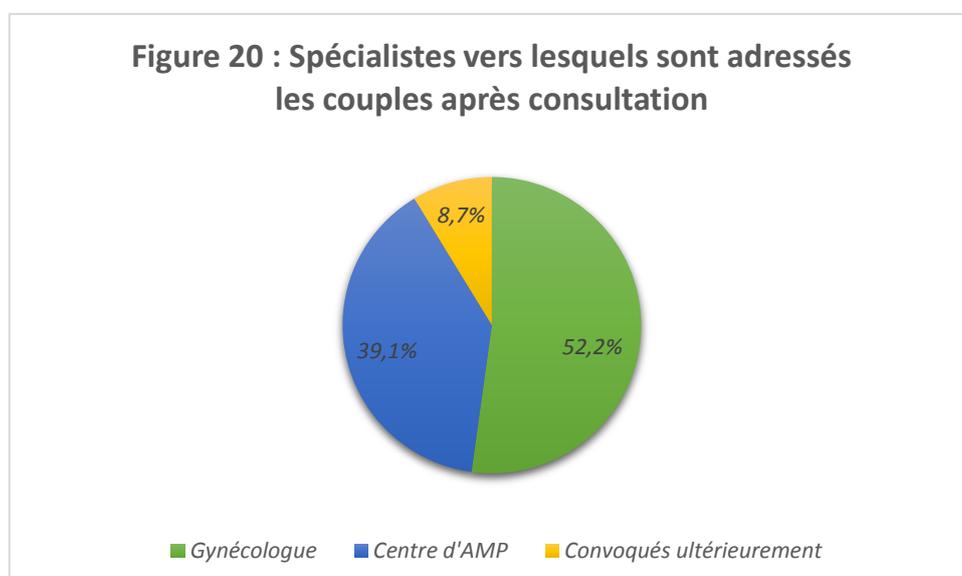
85,7% (n=78) des médecins interrogés demandaient en première intention, la réalisation chez la femme d'un bilan biologique avec bilan hormonal ; 79,1% (n=72) demandaient une échographie pelvienne ; 42,9% (n=39) demandaient une réalisation de courbe de température ; 7,7% (n=7) demandaient la réalisation de tests d'ovulation ; 3,3% (n=3) demandaient une hystérosalpingographie ; et 1,1% (n=1) une IRM pelvienne.



Chez l'homme, les médecins demandaient, en première intention, la réalisation d'un spermogramme à 74,4% (n=67) ; un bilan biologique avec bilan hormonal pour 36,7% (n=33) ; et une échographie testiculaire pour 4,4% (n=4). 15,6% (n=14) ne demandaient pas d'examen complémentaire chez l'homme en première intention suite à une consultation pour infertilité.



Parmi les 20,9% (n=23) de médecins généralistes ne réalisant pas d'examen complémentaire en première intention, 52,2% (n=12) adressaient les patients à un gynécologue ; 39,1% (n=9) adressaient les patients en centre d'aide médicale à la procréation (AMP) ; et 8,7% (n=2) reconvoquaient les patients ultérieurement.

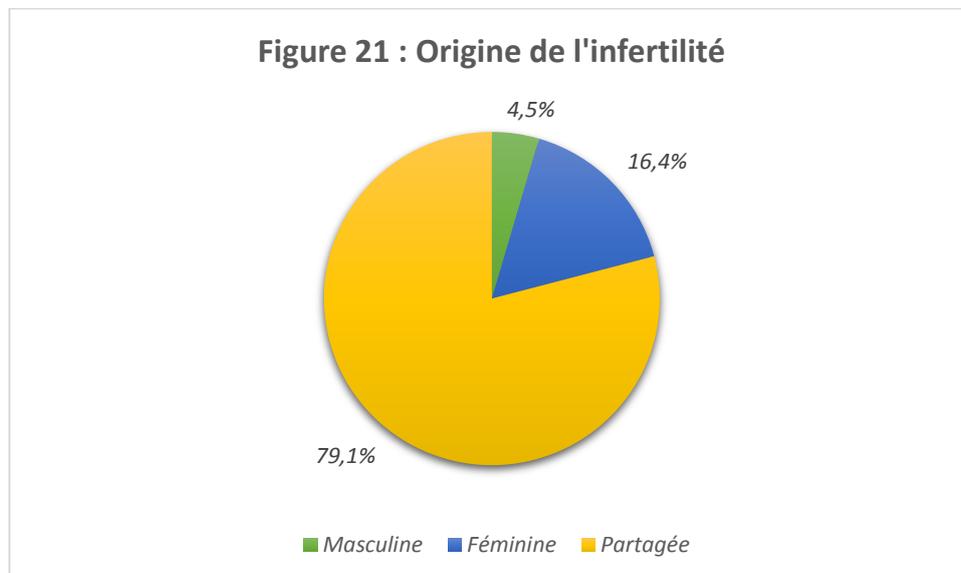


3.3 Connaissances des médecins généralistes sur l'infertilité

Parmi les médecins généralistes ayant répondu, 35,5% (n=39) d'entre eux pensaient qu'un couple est considéré comme infertile au bout d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés n'ayant abouti à une grossesse ; 18,2% (n=20) au bout de 18 mois ; et 46,4% (n=51) au bout de 2 ans.

50% (n=55) des médecins ont répondu que la proportion de couples consultant pour infertilité était de 1/10 ; 34,5% (n=38) ont répondu 1/7 ; 14,5% (n=16) ont répondu 1/4 ; et 0,9% (n=1) a répondu 1/2.

Pour 79,1% (n=87) d'entre eux, l'origine de l'infertilité est le plus fréquemment partagée par l'homme et la femme ; contre 16,4% (n=18) pour l'origine plutôt féminine ; et 4,5% (n=5) pour l'origine plutôt masculine.



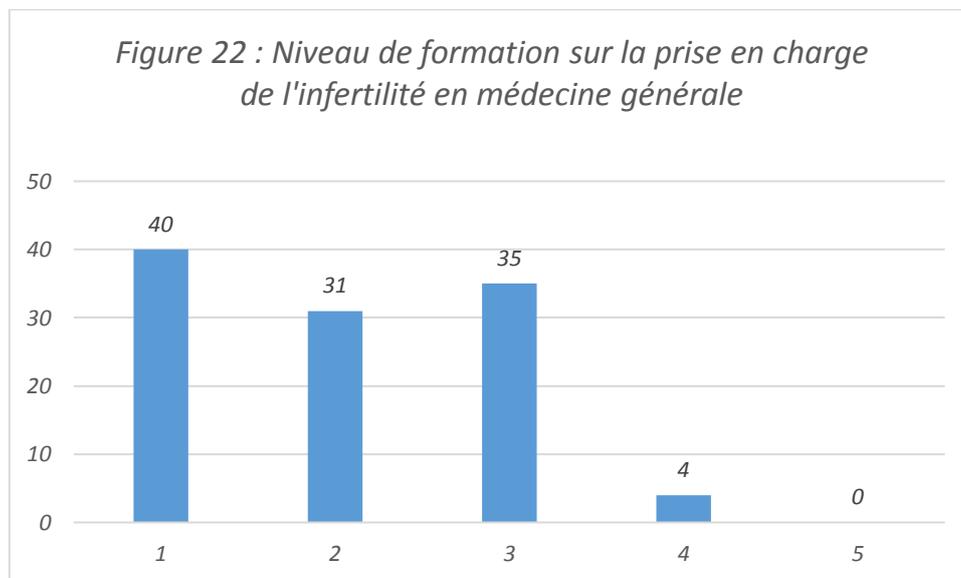
Pour les médecins généralistes interrogés, la fécondité féminine serait maximale à 25 ans pour 70,9% (n=78) ; à 28 ans pour 23,6% (n=26) ; à 30 ans pour 4,5% (n=5) ; et à 32 ans pour 0,9% (n=1).

Pour 7,3% (n=8) des médecins interrogés, cette fécondité féminine diminuerait à partir de 25 ans ; à partir de 28 ans pour 20% (n=22) ; à partir de 30 ans pour 42,7% (n=47) ; et à partir de 32 ans pour 30% (n=33).

Pour 61,8% (n=68), la période du cycle menstruel pendant laquelle les rapports sexuels ont le plus de chances d'aboutir à une grossesse correspond à 24h avant et 24h après l'ovulation.

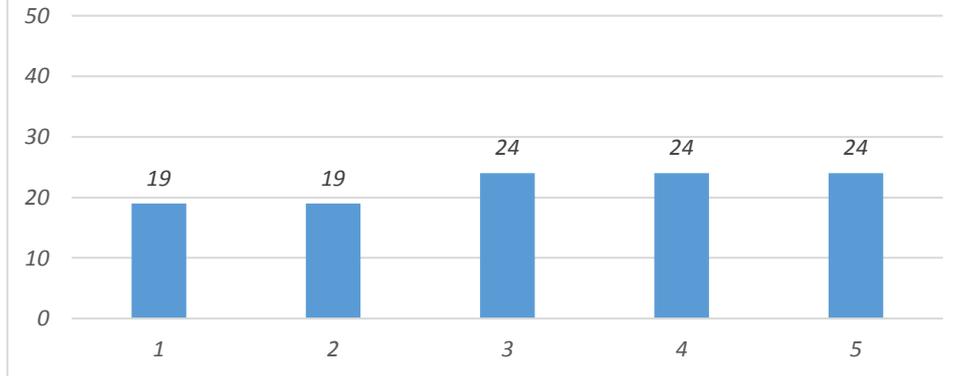
6,4% (n=7) considèrent que cette période est seulement le jour de l'ovulation ; 1,8% (n=2) dans les 72h après l'ovulation et seulement 30% (n=33) ont répondu que cette période se situait de 72h avant l'ovulation jusqu'au jour de l'ovulation.

Parmi les médecins généralistes interrogés, sur une échelle de 1 à 5, 3,6% (n=4) considéraient avoir une bonne formation sur la prise en charge de l'infertilité en consultation de médecine générale (réponses 4 et 5/5) ; 31,8% (n=35) considéraient avoir une formation moyenne (réponses 3/5) ; et 64,6% (n=71) considéraient ne pas avoir une assez bonne formation (réponses 1 et 2/5).



43,6% (n=48) des médecins généralistes avaient envie de plus de formation sur le sujet de la prise en charge de l'infertilité (réponses 4/5 et 5/5) ; 21,8% (n=24) avaient moyennement envie de plus de formation sur le sujet (réponses 3/5) ; et 34,6% (n=38) n'avaient pas vraiment envie de formation supplémentaire.

Figure 23 : Envie de formation supplémentaire sur la prise en charge de l'infertilité par les médecins généralistes



46 médecins généralistes ont répondu vouloir plus de formation sur le sujet de l'infertilité lors des cours d'enseignements post universitaires (EPU) dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) ; 10 ont répondu souhaiter des formations en ligne ; et 5 souhaitaient un article ou retour de thèse.

Figure 24 : Formation souhaitée par les médecins généralistes

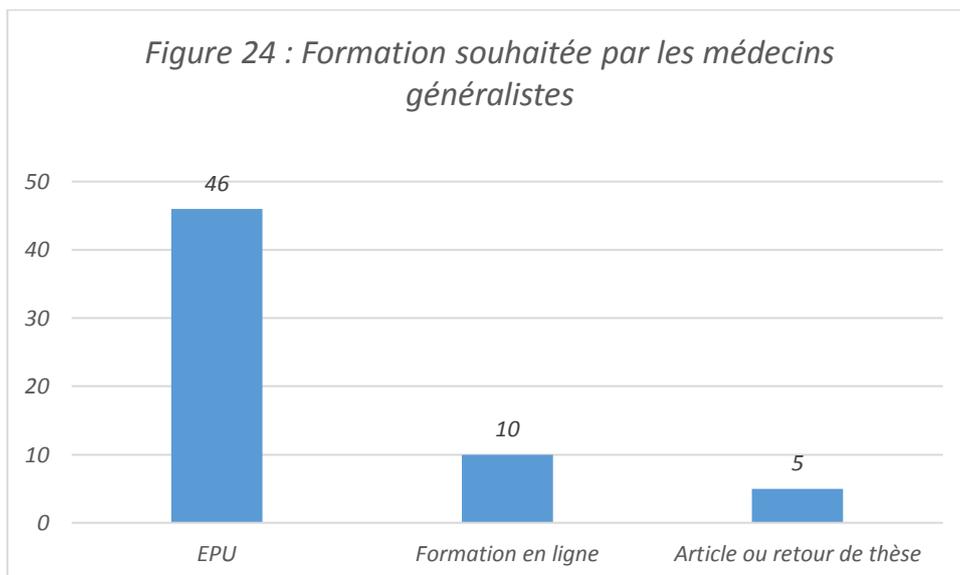


TABLEAU 5 : Récapitulatif des caractéristiques des médecins généralistes souhaitant plus de formation sur le sujet de l'infertilité, selon le sexe, l'âge, le secteur d'installation et la formation en gynécologie.

	Plus de formation (5/5 et 4/5)	Moyennement envie de formation (3/5)	Ne souhaitent pas plus de formation (2/5 et 1/5)
Sexe :			
- Hommes	31,1%	18%	50,9%
- Femmes	59,2%	26,5%	14,3%
Âge :			
- < 40 ans	63,2%	21,1%	15,7%
- 40 - 50 ans	42,1%	26,3%	31,6%
- 50 - 60 ans	30,8%	19,2%	50%
- > 60 ans	29,6%	22,2%	48,2%
Secteur d'installation :			
- Ville	37,9%	24,1%	38%
- Milieu semi-rural	56,8%	18,2%	25%
- Milieu rural	32,4%	24,3%	43,3%
Formation en gynécologie :			
- Oui	42,9%	42,9%	14,2%
- Non	43,8%	18,7%	37,5%

4. DISCUSSION

Ce travail de thèse a été réalisé afin de déterminer la prise en charge réalisée par les médecins généralistes du sud des Hauts de France (ex-Picardie) lors d'une consultation pour infertilité. L'objectif étant de comparer la prise en charge réalisée vis-à-vis des recommandations actuelles, mais également d'étudier les connaissances des médecins généralistes questionnés sur le sujet. D'autres travaux de thèses ont été réalisés dans d'autres départements sur ce thème [30][31][32].

En France, selon les données de l'Observatoire Thalès et de l'EPPM (Etude permanente de la prescription médicale) de mai 2000 [33], seulement 5% des femmes consulteraient un médecin généraliste face à une infertilité ; contre 92,2% des patientes qui s'orienteraient vers leur gynécologue directement. Les femmes consulteraient leur médecin généraliste pour un motif gynécologique environ 3,6 fois par an. Ce chiffre croît avec l'âge de la patiente. 75% des motifs de consultation de médecine générale concernant la sphère gynécologique sont représentés par la contraception, la grossesse, et la ménopause. Consulter pour une infertilité reste un motif de consultation peu fréquent, entre 0,6 et 1% des actes de médecine générale [33].

Cependant, dans sa thèse de 2007, le Dr Lunion [34] a montré que 62,8% des couples ont consulté leur médecin généraliste lors de leurs difficultés à concevoir, et que pour la plupart de ces couples, celui-ci a été consulté en premier recours (avant les médecins spécialisés dans l'infertilité). Le médecin généraliste, par la connaissance longitudinale qu'il a de ses patients, pourrait plus facilement que d'autres professionnels de la santé aborder ce sujet, par une question simple, en fonction du type de relation entretenue avec chaque patiente. Le fait que le médecin entame le dialogue sur le sujet permettrait, d'après cette thèse, de libérer les patientes de nombreux freins (honte, peur du jugement, de l'incompréhension, tabou...). En montrant son intérêt et son implication dans ce domaine, le médecin généraliste peut ouvrir la voie à la communication. Il serait également un acteur important du soutien psychologique nécessaire pour les couples confrontés à ce type de parcours.

Le Dr Martin a également montré en 2006 [35], dans une étude auprès de 96 couples dans la région Nantaise, que 84,8% des couples avaient consulté en premier recours leur médecin traitant pour leurs difficultés à concevoir et que, pour 60% des couples interrogés, celui-ci avait joué un rôle important dans la prise en charge de leur infertilité.

Aussi, même si l'infertilité a longtemps été du domaine restreint du spécialiste en gynécologie, il semble que depuis les données obtenues en l'an 2000, ces résultats aient évolué.

4.1. Critique de la méthodologie

4.1.1. Type d'étude

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

Cette analyse s'est faite via un questionnaire envoyé par email afin de faciliter sa diffusion compte tenu du contexte de COVID-19. Son but étant d'identifier la pratique du médecin généraliste et de la comparer avec les recommandations actuelles.

Ce type d'étude déclarative entraîne obligatoirement quelques biais : un biais de sélection car on peut penser que les médecins généralistes ayant accepté de communiquer leur e-mail afin de recevoir le questionnaire, et ayant répondu par la suite à ce questionnaire sont principalement ceux intéressés par le sujet. On peut pointer ce biais de recrutement suite au refus de 126 médecins généralistes de communiquer leur adresse e-mail afin de recevoir le questionnaire de thèse. Nous pouvons également parler d'un biais de déclaration en questionnant la véracité des réponses apportées.

4.1.2. Population

L'échantillon utilisé devait être ciblé et représentatif de l'observation souhaitée et de la problématique soulevée. Pour cela, nous souhaitons interroger des médecins généralistes des deux sexes, d'années d'exercices variées et travaillant dans des milieux différents (rural, semi rural et urbain), installés en libéral dans les départements de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne.

La population initiale définie suite au tirage au sort était composée de 37,9% de femmes et de 62,1% d'hommes ; ce qui constitue une population relativement similaire à celle des résultats, car sur les 110 réponses reçues, nous avons 44,5% de femmes et 55,5% d'hommes.

Les différents lieux d'exercice ont été représentés du fait de la randomisation par canton des médecins généralistes sélectionnés, qui apportait une répartition homogène des médecins généralistes dans les trois départements qui constituent le sud des Hauts de France.

Nous avons comparé la population de l'étude à la démographie médicale des médecins généralistes, relevée par le conseil de l'ordre des médecins en 2015 [19]. Lors de cette étude,

on relevait 2110 médecins généralistes libéraux et mixtes installés dans les 105 bassins de vie de la région Picardie. 66% des médecins étaient des hommes, âgés en moyenne de 53 ans. Les femmes représentaient 54% des effectifs de la population des moins de 40 ans, ce qui montre une féminisation de la profession.

Notre étude possède donc une population similaire avec une majorité d'hommes, mais avec une proportion plus importante de femmes dans la catégorie des moins de 40 ans.

Les trois conditions d'exercice (Seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire (MSP)) des médecins interrogés étaient représentées de façon homogène. Nous n'avons pas fait d'analyse approfondie sur l'existence ou non d'une sage-femme consultant au même endroit que les médecins généralistes installés en MSP, car le nombre de réponses récoltées à cette question du questionnaire ne correspondait pas au nombre de médecins généralistes ayant répondu travailler en MSP précédemment.

La thèse de 2017 du Dr Burnay [36] montrait que la possibilité d'orienter le suivi gynécologique des patients vers d'autres acteurs à proximité n'encourageait pas les médecins généralistes à s'investir dans la pratique de cette activité. La totalité des médecins interrogés insistaient sur la place essentielle de la sage-femme dans le suivi gynécologique de la femme, et considéraient que son implantation de plus en plus importante en libéral, dans le cadre des MSP, permettait aux médecins généralistes de se décharger d'une partie des suivis gynécologiques auprès d'elles. Le développement des MSP qui « permet d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins de premier recours et de favoriser la coopération interprofessionnelle » [37], et qui correspond à une attente des professionnels de santé libéraux, est encouragé par les autorités de santé suite à la loi de 2009 « hôpital, patients, santé, territoires (HPST) [20]. Néanmoins, si la loi HPST a entraîné un élargissement des prérogatives des sages-femmes, leur permettant de réaliser les consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention, elles doivent adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique [38]. Cela ne devrait donc pas dispenser les médecins généralistes exerçant en MSP de s'investir dans la pratique gynécologique. Cette influence de l'implantation de plus en plus importante des sages-femmes en libéral et de l'élargissement de leur champ de compétences sur l'activité des médecins généralistes n'a pas été retrouvée dans les données de la littérature. Il pourrait être intéressant d'approfondir ce sujet.

Une faible puissance de l'étude peut être évoquée devant le faible échantillon de médecins généralistes de notre étude comparé au nombre total de médecins généralistes installés dans les

trois départements étudiés. Cependant, le taux de réponse est satisfaisant avec 41,7% de réponse au questionnaire.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Prise en charge de l'infertilité en médecine générale

4.2.1.1. Caractéristiques des consultations pour infertilité

En France, 14% des couples consultent un praticien pour un désir d'enfant [16]. 14% des couples français sont donc concernés par l'infertilité, ou se posent des questions par rapport à leur désir de devenir parents. Ces patients peuvent consulter en premier lieu leur médecin généraliste, un gynécologue, ou encore une sage-femme.

Parmi les médecins généralistes ayant répondu à cette étude, 76,4% répondaient avoir déjà réalisé une consultation pour infertilité au cabinet. Pourtant, la fréquence de ces consultations reste encore assez rare car 38,1% de ceux-ci déclarent n'y être confrontés que moins d'une fois par an, principalement pour les praticiens de sexe masculin. Les femmes ont répondu être plus sollicitées : majoritairement tous les 6 mois. Les consultations sont également plus fréquentes en cabinet de ville et chez les praticiens ayant une formation en gynécologie.

D'après ces réponses, nous pouvons supposer que les patients du sud des Hauts de France s'orienteraient donc d'eux même chez les gynécologues ou les sages-femmes lorsqu'ils souhaitent parler de leur désir de concevoir, et ne consulteraient pas leur médecin généraliste en premier lieu, malgré la proximité de ce dernier avec ses patients. Ces résultats sont en accord avec les dernières données de l'Observatoire Thalès et de l'EPPM [33], comme vu précédemment, et ne montrent pas la même évolution que dans les thèses plus récentes du Dr Lunion [34] et du Dr Martin [35].

57,1% des médecins interrogés ont répondu que la personne à l'initiative de la consultation était en premier lieu la femme, suivie de 39,3% pour les deux membres du couple. Peut-être ont-ils cette impression car les patientes osaient plus facilement parler de leur désir d'enfant. Dans la thèse de 2014 du Dr Denis Laure [39], les femmes rencontrées dans son étude remarquaient que les médecins s'adressaient rarement à l'homme directement pendant l'entretien, même lorsque sa fertilité était en cause. La thèse de 2018 des Dr Gebus et Lacourt [32] retrouvait que

le conjoint n'était présent lors de la consultation que dans 53% des cas. Aucune autre étude n'a été retrouvée sur la présence du conjoint lors des consultations réalisées en soin primaire avant tout accès à une prise en charge spécialisée.

4.2.1.2. Interrogatoire des patients

84,5% (n=93) des médecins généralistes de notre étude ont répondu réaliser l'ensemble de leur interrogatoire chez les deux membres du couples. Ils questionnaient tous leurs patients sur leurs antécédents gynéco-obstétricaux.

Chez la majorité des médecins généralistes interrogés, la fréquence des rapports sexuels du couple ; leur respect des mesures hygiéno-diététiques ; la durée de l'infertilité ; l'existence de douleurs pelviennes en dehors et pendant les rapports sexuels ; et l'existence de prises médicamenteuses étaient recherchés lors de leur interrogatoire. L'interrogatoire des patients était donc plutôt bien mené par les médecins de notre étude vis-à-vis des recommandations actuelles.

Discuter de la sexualité des patients peut être un sujet difficile à aborder en médecine générale. La thèse de 2018 des Dr Bellation et Chambost montrait que les médecins généralistes évitaient en général d'en discuter par manque de formation ou par gêne, principalement chez les médecins femmes [40]. Dans notre étude, cependant, 72,7% des médecins interrogeaient bien les patients sur la fréquence de leurs rapports sexuels, probablement aidés par le contexte de la consultation, et par le fait que la plainte soit directement exposée par les patients.

Le médecin généraliste devrait, selon les dernières recommandations, lors de l'interrogatoire, questionner les patients sur leurs habitudes de vie, et rechercher les mesures hygiéno-diététiques qui pourraient être délétères sur leur fertilité (comme un surpoids ou une obésité ; une consommation de tabac, de drogues, d'alcool ; ou encore une exposition professionnelle ou une exposition aux perturbateurs endocriniens), afin de préparer au mieux une future grossesse. Il se doit d'aller au-devant des questions que peuvent se poser le couple, et a une action de prévention importante au niveau de ces mesures.

Nous constatons dans nos réponses que seuls 48,2% des médecins interrogés ont répondu calculer l'IMC des deux partenaires. Moins d'un médecin généraliste sur deux le calculait, et abordait donc la question du poids avec leurs patients. Comme vu dans notre introduction, le

poids est pourtant un facteur de risque d'infertilité important chez les deux membres du couple [10], et donc un sujet essentiel à aborder avec les patients.

Le médecin généraliste est l'acteur de premier recours dans le cadre de la prise en charge pondérale, et la pesée fait partie intégrante de l'examen physique classique en médecine générale [41]. Cette pratique étant généralisée lors des consultations, ces résultats sont donc étonnants. Dans la thèse de 2013 du Dr Pons [42], il a été constaté que les patients avaient une certaine pudeur à parler de leur poids, et que ceux-ci s'adressaient plutôt à d'autres professionnels de santé pour aborder ce sujet. Les gynécologues et les endocrinologues étaient les praticiens les plus cités. Lors des entretiens de cette étude, les patients avaient déclaré attendre majoritairement que le médecin généraliste prenne l'initiative de parler de leur problème de poids. Cependant, les médecins exprimaient souvent leur crainte de froisser le patient et que celui-ci renonce à une prise en charge [42]. Dans la revue écrite par les Dr Lehr-Drylewicz, Renoux, Savan et Lebeaux [41], la plupart des médecins interrogés pensaient qu'ils n'étaient pas en mesure d'aider les patients à perdre du poids, ni à les persuader de changer leur mode de vie. Cela pourrait expliquer nos résultats, et le fait que seuls 38,2% des médecins recherchaient également à l'interrogatoire la réalisation d'une activité physique régulière.

Les recherches de prises de toxiques tels que le tabagisme, la consommation d'alcool ou de cannabis ou encore les conditions de travail, étaient quant à elles fréquemment réalisées lors des interrogatoires.

52,7% des médecins généralistes interrogés ont répondu rechercher lors de leur interrogatoire l'exposition des patients à des PE, que ce soit dans les peintures, teintures, produits ménagers ou encore produits cosmétiques. Ce chiffre est assez étonnant compte tenu du peu de recommandations que nous avons actuellement sur le sujet, et peut nous amener à nous demander s'il n'y a pas un biais déclaratif suite à cette réponse.

Nous remarquons dans notre étude que les interrogatoires des médecins généralistes sont en général bien menés mais qu'un travail est essentiel sur la prise en charge du poids des patients en début de parcours d'infertilité. Par l'interrogatoire, le médecin généraliste a un rôle très important car le respect des mesures hygiéno-diététiques est le premier objectif de la prise en charge de ces infertilités, mais également un sujet de discussion important pour les couples consultant dans le projet futur d'un désir d'enfant.

4.2.1.3. Examen clinique réalisé lors d'une consultation pour infertilité

Parmi les médecins généralistes interrogés, 66,4% réalisaient un examen clinique lors d'une consultation pour infertilité. Parmi eux, seulement 24,7% réalisaient également un examen gynécologique, alors que 53,6% d'entre eux répondaient pratiquer des gestes de gynécologie au cabinet.

Nous retrouvons les mêmes proportions de médecins réalisant un examen clinique chez toutes les catégories de médecins de notre étude. Cependant, la réalisation d'un examen gynécologique était plus fréquente chez les femmes médecins, installées en milieu semi-rural ou en ville, et ayant une formation particulière en gynécologie. Cela correspond également aux types de médecins ayant répondu être le plus souvent sollicités par les couples pour une consultation pour infertilité, comme vu précédemment.

Les médecins interrogés qui réalisaient un examen gynécologique ont répondu rechercher des signes de lésions cervico-vaginales, une douleur à la palpation abdominale et des signes infectieux. Ces médecins généralistes respectaient donc l'examen clinique à réaliser chez la femme lors d'une première consultation pour infertilité selon les recommandations actuelles, mais ceux-ci étaient peu nombreux.

Notre questionnaire manquait de précision à ce niveau car il ne précisait pas, lors de la question sur l'examen clinique, si celui-ci était réalisé chez la femme, chez l'homme, ou chez les deux membres du couple. De plus, une question spécifique a été posée sur l'examen gynécologique réalisé chez la femme, mais pas chez l'examen clinique ou urologique de l'homme. Cela ne nous permet donc pas de conclure sur la réalisation correcte ou non de l'examen clinique chez l'homme vis-à-vis des recommandations actuelles. Le toucher rectal, recommandé selon les dernières recommandations de la société française d'urologie lors d'une consultation pour infertilité [7], reste toutefois un acte peu réalisé en médecine générale [43]. Dans sa thèse de 2011, le Dr Jacob montrait que les deux freins principaux à la réalisation de cet acte en consultation étaient la gêne éprouvée par les médecins généralistes (principalement chez les médecins femmes), ainsi que la gêne ressentie par les patients, qui refusaient souvent l'acte (24% des réponses). Les praticiens disaient préférer réaliser directement des examens complémentaires plutôt que de réaliser un toucher rectal [43]. De plus, d'après cette même étude, les consultations pour infertilité ne faisaient pas partie des consultations où les praticiens pensaient à réaliser cet acte (ils y pensaient principalement dans les indications digestives

(rectorragies ou fécalomes) ou urologiques (pathologies infectieuses ou dépistage du cancer de la prostate)).

La thèse des Dr Bellation et Chambost [40] retrouvait également la notion de gêne chez les patients lors de l'examen clinique des organes génitaux, et pas seulement lors de la réalisation du toucher rectal. Cette gêne retrouvée dans plusieurs études pourrait peut-être expliquer pourquoi inconsciemment dans ce contexte, nous avons omis de poser la question plus spécifique de l'examen physique masculin lors de notre questionnaire.

4.2.1.4. Examens complémentaires demandés suite à la consultation

79,1% des médecins généralistes interrogés ont répondu réaliser des examens complémentaires suite à une consultation pour infertilité. Les pourcentages en fonction du sexe et de l'âge des médecins étaient similaires, ainsi que pour ceux des médecins installés en milieux urbains et semi-ruraux. Seuls les médecins généralistes installés en milieu rural ont répondu moins prescrire d'examens complémentaires, alors que l'on pourrait penser qu'il existe un accès aux spécialistes plus difficiles pour les patients habitant ces zones.

Dans notre étude, une grande majorité des médecins interrogés (85,7%) demandaient bien en première intention, la réalisation d'un bilan biologique avec bilan hormonal chez la femme. Nous ne les avons pas questionnés sur le détail de ce bilan biologique. Ils étaient également nombreux (79,1%) à demander une échographie pelvienne ; mais seulement 3,3% à demander une hystérosalpingographie. Alors que 42,9% demandaient la réalisation d'une courbe ménothermique, qui n'apparaît pas dans les recommandations actuelles.

Chez l'homme, la réalisation d'un spermogramme était l'examen complémentaire principal à demander lors d'une consultation pour infertilité. 74,4% des médecins généralistes interrogés pensaient à demander cet examen.

Les examens de première intention réalisés par les médecins généralistes interrogés respectaient donc bien les recommandations. Seule l'hystérosalpingographie, qui fait partie du bilan de première intention à réaliser chez la femme, n'est que très peu prescrite par les médecins généralistes. Dans leur thèse de 2018 [32], les Dr Gebus et Lacourt retrouvaient que la mauvaise connaissance de cet examen par les médecins généralistes, son caractère invasif et son accessibilité limitée faisaient que cet examen était peu prescrit de manière générale en soin primaire.

L'exploration du couple infertile doit être menée simultanément chez les deux membres du couple, il n'est pas recommandé d'attendre d'avoir obtenu la normalité du bilan de la femme pour prescrire un spermogramme au conjoint [15]. On peut se demander si les 15,6% de médecins généralistes qui ont répondu ne pas demander d'examen complémentaire chez l'homme en première intention attendaient les résultats de la femme pour le faire, ou s'ils ne pensent pas du tout à demander d'examen chez l'homme suite à la consultation. 36,7% des médecins demandaient un bilan biologique avec bilan hormonal chez l'homme.

4.2.1.5. Adressage des patients

Le médecin généraliste doit savoir orienter vers un spécialiste les cas qui le nécessitent, mais également savoir rassurer à contrario les couples sur leur potentiel à concevoir. En fonction de ses compétences et des bilans qu'il réalise en premier lieu, il peut adresser ses patients à différents confrères :

- Gynécologue pour les pathologies féminines
- Urologue pour les pathologies masculines
- Endocrinologue pour les endocrinopathies et troubles nutritionnels
- Psychologue, ou psychiatre si indication
- Centre d'AMP

Le médecin généraliste est également présent par la suite pour la coordination de ces différents intervenants.

Dans notre étude, suite à une première consultation pour infertilité, 20,9% des médecins généralistes ont répondu ne pas demander d'examens complémentaires et adresser directement les patients à des confrères. Parmi ceux-ci, 52,2% les adressaient à un gynécologue, 39,1% à un centre d'AMP et 8,7% faisaient revenir les patients en consultation ultérieurement. Quant aux urologues et endocrinologues, notre questionnaire ne laissait pas possible ces réponses, nous n'avons donc pas de retour sur ces deux spécialités.

Ces 20,9% sont probablement des médecins généralistes mal informés sur la prise en charge à réaliser en cas de consultation pour infertilité, où mal à l'aise face à ce type de consultation. Le travail de thèse soutenue en 2014 par le Dr Besnard [30] a évalué l'opinion des médecins généralistes sur la prise en charge de l'infertilité sous la forme d'une enquête qualitative auprès de douze médecins des Pays de Loire. Ceux-ci considéraient que l'infertilité était une

problématique importante de médecine générale, mais qu'ils n'étaient pas forcément à l'aise lors des consultations pour ce sujet, et avaient le sentiment d'avoir un rôle limité.

Pour les 8,7% de médecins qui reconvoquaient les patients ultérieurement, nous pouvons supposer que lors de la première consultation pour infertilité, ces médecins prenaient plutôt le temps de parler avec les patients des mesures hygiéno-diététiques à respecter, et décidaient de les revoir par la suite lors d'une autre consultation où ils pourraient éventuellement demander des examens complémentaires si le respect des mesures hygiéno-diététiques n'a pas suffi au couple pour concevoir.

Le Dr Bertrand de Rochambeau, président du syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France, soulignait en 2017, face à la diminution du nombre de gynécologues installés en libéral et à l'augmentation des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez ces spécialistes que : « les sages-femmes, tout comme les médecins généralistes n'avaient ni les compétences, ni la formation pour prendre en charge des problèmes gynécologiques graves tels que l'infertilité ou encore les grossesses pathologiques [44] ». Les réponses obtenues à notre étude montrent que 79,1% des médecins généralistes initient la prise en charge des patients qui consultent pour infertilité, même si ceux-ci seront par la suite pris en charge par des équipes spécialisées si besoin.

Adresser directement les couples à un gynécologue ou à un centre d'AMP sans réalisation d'examen complémentaire préalable peut entraîner une perte de chance et de temps pour les couples du fait des temps d'attente des rendez-vous pour ces spécialités, probablement plus longs. Initier les prises en charge en amont permet aux patients d'arriver à ces consultations avec des résultats permettant d'accélérer les procédures par la suite, même si les bilans doivent être complétés par les spécialistes.

4.2.2. Connaissances des médecins généralistes

4.2.2.1. Définition de l'infertilité

La majorité des médecins généralistes interrogés ont répondu qu'un couple est considéré comme infertile au bout de 2 ans d'essais à concevoir sans contraception (à 46,4%), alors que seulement 35,5% d'entre eux ont bien répondu que cela commençait au bout de 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés.

Cela peut nous amener à penser qu'il existe alors une prise en charge plus tardive et éventuellement un retard diagnostique si les examens complémentaires ainsi qu'une discussion avec les patients sur les mesures hygiéno-diététiques à respecter face à leur désir d'enfant, n'arrivent qu'au bout de deux ans d'attente au lieu d'une année.

Seuls 34,5% des médecins généralistes ont bien répondu qu'environ un couple sur sept consultera un praticien face à un désir d'enfant et une infertilité. La plupart (50%) considéraient plutôt que la proportion de couples infertiles était de 1/10. Cela nous amène à penser qu'il existe une tendance à minimiser cette proportion de couple et la fréquence de ce problème qu'est l'infertilité. Ce résultat est peut-être dû au fait que les médecins généralistes sont peu confrontés à des consultations de ce genre, ou encore à un manque d'intérêt de leur part sur le sujet.

L'origine de l'infertilité est dans 1/3 des cas féminine, dans 1/3 des cas masculine, et dans 1/3 des cas d'origine partagée [28]. 79,1% des médecins généralistes ont répondu que l'origine de l'infertilité est le plus fréquemment partagée entre les deux membres du couple. 16,4% ont répondu que l'origine était plutôt féminine, et seulement 4,5% ont répondu que l'origine était principalement masculine. Cela nous amène à dire que les médecins généralistes prennent bien en considération les deux membres du couple face à une infertilité. Cela correspond aux résultats que nous avons constatés précédemment face à la prescription d'examen complémentaires par les médecins généralistes ; où ceux-ci ont demandé de la même façon des examens complémentaires chez l'homme et chez la femme.

La fertilité est maximale chez la femme à 28 ans et commence à diminuer à partir de l'âge de 30 ans [28]. Les médecins généralistes de notre étude ont été majoritaires à répondre que la fécondité féminine était maximale à 25 ans (70,9%), mais ont bien répondu qu'elle diminuait à partir de 30 ans (à 42,7%).

La période du cycle menstruel pendant laquelle les rapports sexuels ont le plus de chance d'aboutir à une grossesse est une information importante à communiquer aux patients lors d'un premier entretien face à un désir de grossesse. Cette période correspond à 72h avant l'ovulation et jusqu'au jour de l'ovulation [28]. Seuls 30% des médecins généralistes interrogés ont répondu correctement à cette question, ce qui montre un manque d'information important sur le sujet, qui ne leur permet pas d'informer correctement les patients face à leur désir de grossesse.

La faible fréquence actuelle des consultations pour infertilité dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, entraîne une mise en pratique rare des connaissances des médecins. Dans

sa thèse, le Dr ADAM Marie [31] rapportait le désarroi des médecins qui déplorait le recours systématique des patientes vers les gynécologues sans les consulter, peut-être par manque de confiance, entraînant une perte des connaissances initiales dans ce domaine. Sa thèse rapportait également que « le défaut de réactualisation des connaissances pouvait aussi expliquer que les médecins formés à l'origine se sentent aujourd'hui démunis ».

4.2.2.2. Formation des médecins généralistes

La formation des médecins généralistes sur la prise en charge de l'infertilité repose actuellement essentiellement sur un cours de prise en charge du couple infertile, évoqué pendant leur cursus en gynécologie-obstétrique, en endocrinologie et en urologie. Ces connaissances peuvent être complétées par des stages, que ce soit pendant l'externat ou pendant l'internat de médecine générale. Par la suite, des cours de formation peuvent être réalisés sur le sujet pendant les cours d'enseignements post-universitaires (EPU) dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Dans notre étude, seuls 3,6% des médecins interrogés considéraient avoir une formation suffisante sur le sujet de l'infertilité. Ce motif de consultation étant peu fréquent en médecine générale (0,6 à 1% de consultations comme vu précédemment [33]), il y a malheureusement encore peu de formation spécifique sur le sujet.

43,6% des médecins généralistes interrogés souhaitaient avoir plus de formation sur le sujet de la prise en charge de l'infertilité. Ce pourcentage est important mais montre que ce sujet n'est toutefois pas une priorité pour la plupart des médecins généralistes. Les médecins ayant le plus envie de formation sur le sujet étaient principalement des femmes, âgées de moins de 40 ans, et installées en milieu semi-rural. Le fait d'avoir préalablement une formation particulière en gynécologie ne diminuait pas le souhait de formation des médecins interrogés.

Les modes de formation sollicités par les médecins généralistes intéressés étaient principalement des cours d'EPU dans le cadre du DPC, ainsi que des formations en ligne.

5. CONCLUSION

L'infertilité est une problématique encore peu courante en consultation de médecine générale. Cependant, la hausse du pourcentage de patients qui y sont confrontés, associée à la baisse du nombre de gynécologues installés et à l'augmentation des délais pour les prises en charge des centres d'aide médicale à la procréation, nous amène à penser que la fréquence de ces consultations ne va faire qu'augmenter dans les prochaines années.

Cette étude nous apporte un premier état des lieux de la prise en charge de l'infertilité réalisée par les médecins généralistes dans le sud des Hauts de France. L'accompagnement des couples qui y font face fait partie des nombreux rôles attribués à ces médecins. Le médecin généraliste est un professionnel de santé de premier recours, et sa prise en charge s'inscrit en amont puis en complémentarité de la prise en charge spécialisée. Il est le premier interlocuteur de par sa situation géographique et sa place dans le respect du parcours de soin. Les patients restent cependant mal informés concernant son rôle dans le parcours d'infertilité, et notre étude montre qu'ils ne pensent pas forcément à le consulter en premier lieu.

Nous avons pu remarquer que la plupart des médecins généralistes réalisent un interrogatoire et un examen clinique conformes aux recommandations actuelles, même si le facteur du poids des patients et du calcul de leur IMC est peu respecté. La plupart de ces médecins initient également les prises en charge en réalisant des examens complémentaires. Cependant, ils sont rarement complets, et doivent être complétés lors de la suite de la prise en charge. Ils permettent toutefois un bilan initial de « débrouillage », afin de diminuer les délais d'attente et de prise en charge des patients par la suite.

Les médecins généralistes interrogés ont pour la plupart le ressenti de ne pas avoir assez de formation sur le sujet, ce qui explique probablement le manque de précision sur certains détails de l'interrogatoire ou lors de la prescription d'examens complémentaires lors des consultations, et l'adressage assez systématique vers des confrères spécialistes. Pour cela, plusieurs sortes de formations ont été sollicitées, telles que les EPU ou encore les formations à distance en ligne.

BIBLIOGRAPHIE

1. « Infertility Definitions and Terminology ». [Internet] Consulté le 7 janvier 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology>
2. « OMS | Santé reproductive ». [Internet] Consulté le 18 janvier 2021. Disponible sur : https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/
3. « Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee ». [Internet] Consulté le 31 janvier 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303349?sommaire=3353488>.
4. « Infertilité | Inserm - La science pour la santé ». [Internet] Consulté le 24 janvier 2021. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/infertilite>
5. « Les Enquêtes Nationales Périnatales - EPOPé ». [Internet] Consulté le 13 février 2021. Disponible sur : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
6. « La fertilité des couples en France. Numéro thématique. Enjeux environnementaux pour la fertilité humaine ». [Internet] Consulté le 13 février 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-fertilite-des-couples-en-france>
7. E Huyghe and et al. Evaluation de l'homme infertile : recommandations AFU 2007. Progrès en urologie, 18(2) :95–101, 2008
8. « Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ? ». [Internet] Consulté le 27/02/2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
9. DGS_Anne.M. « Perturbateurs endocriniens ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 23 février 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimiques/article/perturbateurs-endocriniens>
10. « Obésité et fertilité ne font pas bon ménage » Marie-Hélène Pesant, Dorothea Wonder, François Pralong, Vittorio Giusti | Rev Med Suisse, 2010, vol6. 662-665. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-242/Obesite-et-fertilite-ne-font-pas-bon-menage>

11. « La baisse de la fertilité avec l'âge | Institut National d'Etudes Démographique ». Octobre 2008. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/baisse-fertilite-age/>
12. « Syndrome des ovaires polykystiques. Un trouble fréquent, première cause d'infertilité féminine. » [Internet] Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/syndrome-ovaires-polykystiques-sopk>
13. L'insuffisance ovarienne prématurée. S. Christin-Maitre ; M. Pasquier ; B. Donadille ; P. Bouchard. Décembre 2006. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/242572638_L'insuffisance_ovarienne_prematuree
14. « Epidémiologie, diagnostic et prise en charge de l'endométriose dans le Nord Pas de Calais à partir des données PMSI » ; Julie Sussfeld ; 12 juin 2017. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/cb5a0e62-1689-4f96-9751-a2eaadff7001>
15. « Stérilité du couple : Conduite de la première consultation. » Association française d'urologie. [Internet] Disponible sur : <https://www.urofrance.org/congres-et-formation/formation-initiale/referentiel-du-college/sterilite-du-couple.html>
16. « Société Française d'Endocrinologie : Infertilité du couple, conduite de la première consultation ». [Internet] Consulté le 24 janvier 2021. Disponible sur : <http://www.sfendocrino.org/article/382/item-29-ndash-infertilite-du-couple-conduite-de-la-premiere-consultation>
17. La Rochebrochard, Élise de. « 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France ». *Population & Sociétés* N° 556, n° 6 (2018): 1. <https://doi.org/10.3917/popsoc.556.0001>
18. GD Adamson M Tabangin M Macaluso J. de Mouzon « The number of babies born globally after treatment with the assisted reproductive technologies ». *Fertil Steril* 2013 (100)
19. « La démographie médicale en région Picardie. Situation en 2015 ». Réalisé par Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf
20. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 § (2009).

21. C. Dechanet, C. Brunet, T. Anahory, L. Reyftmann, B. Hedon, and H. Dechaud. Infertilité du couple : de l'interrogatoire à l'orientation thérapeutique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 38:F9–F18, January 2009
22. Health Outcomes. Agricultural Health Study [Internet]. Disponible sur: <https://aghealth.nih.gov/collaboration/outcomes.html>
23. La qualité de l'eau et assainissement en France (annexes) [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/102-215-2/102-215-239.html>
24. Inserm. Pesticides : Effets sur la santé [Internet]. Inserm. 2013. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/4820/Chapitre_1.html
25. Knoll M, Shaoulian R, Magers T, Talbot P. Ciliary Beat Frequency of Hamster Oviducts is Decreased in Vitro by Exposure to Solutions of Mainstream and Sidestream Cigarette Smoke. *Biol Reprod*. 1 juill 1995;53(1):29-37
26. Clémence Lefranc et al. Impact des perturbateurs endocriniens sur la fertilité : Etude comparative de couples fertiles et infertiles. Thèse d'exercice, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, 19 septembre 2018.
27. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique.
28. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : la prise en charge du couple infertile. Mise à jour en gynécologie et obstétrique, Décembre 2010.
29. T. Freour, A. Delvigne, and P. Barrière. L'exploration de l'homme du couple infécond. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39(8) :S45–S52, December 2010
30. « Besnard A. Le problème de l'infertilité : comment le médecin généraliste aborde et accompagne les couples en difficultés ? Enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes des Pays de Loire [Th : Med]. Nantes ; 2014. », s. d.
31. Adam, Marie. « La prise en charge du couple infertile en soins primaires : enquête auprès de médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure », 27 septembre 2018.
32. Elodie, GEBUS, et LACOUR Camille. « 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. », s. d., 84.
33. Observatoire Thalès et EPPM. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes en mai 2000. La prise en charge des femmes françaises. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

34. Angélique Lunion. 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. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales, France, 2007.
35. Nadège Martin. Infertilité : les patientes se confient-elles à leur médecin traitant? Etude originale de 246 patientes de Midi-Pyrénées sur l'année 2006-2007. Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, France, 2008.
36. Julien Burnay. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale. Etude qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme. Thèse d'exercice, UPJV – Faculté de médecine d'Amiens, 29 mars 2017.
37. Olivier Marchand et al., « Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes », Santé Publique 2015/4 (Vol. 27), p. 539-546.
38. Loi Bachelot [Internet]. 2009. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
39. Laure Denis. Parcours d'infertilité : Quelle peut être la place du médecin généraliste ? Analyse qualitative du vécu et des attentes des patientes à partir de vingt entretiens semi-dirigés de femmes suivies en procréation médicalement assistée dans la région lyonnaise. Thèse d'exercice, Université Claude Bernard - Lyon 1, 2014
40. Dr Noëlie Bellaton et Dr Amandine Chambost. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard – Lyon 1, 12 juin 2018.
41. Lehr-Drylewicz A-M, Renoux C, Savan L, Lebeau J6P. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? ; exercer 2010 ; 94 : 132-7
42. Pons Clara. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de médecine générale pour les patients de plus de 18 ans ? Thèse d'exercice, Faculté de médecine de Tours. 10 octobre 2013.
43. Nathalie Jacob. Etude sur les facteurs influençant la non réalisation du toucher rectal en consultation de médecine générale. Thèse d'exercice, Université de Nantes, 2011.
44. Le Quotidien du médecin, Marie Foulst. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central. 03 Janvier 2018

[Internet]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Caractéristiques du praticien
Dans quel département exercez-vous? *
<input type="radio"/> Somme
<input type="radio"/> Oise
<input type="radio"/> Aisne
Quel âge avez-vous? *
<input type="radio"/> Moins de 40 ans
<input type="radio"/> Entre 40 et 50 ans
<input type="radio"/> Entre 50 et 60 ans
<input type="radio"/> Plus de 60 ans
Etes-vous? *
<input type="radio"/> Une femme
<input type="radio"/> Un homme
Depuis combien de temps exercez-vous? *
<input type="radio"/> Moins de 10 ans
<input type="radio"/> Entre 10 et 20 ans
<input type="radio"/> Entre 20 et 30 ans
<input type="radio"/> Plus de 30 ans
Où exercez-vous? *
<input type="radio"/> En ville
<input type="radio"/> En milieu semi-rural
<input type="radio"/> En milieu rural
Exercez-vous seul ou en groupe? *
<input type="radio"/> Seul
<input type="radio"/> En cabinet de groupe de médecins
<input type="radio"/> En maison de santé pluridisciplinaire (MSP)

Si vous exercez en MSP, une sage femme consulte t'elle sur place?

- Oui
- Non

Avez-vous une formation particulière en gynécologie? *

- Oui
- Non

Si oui, laquelle?

Votre réponse _____

Dans votre exercice au cabinet, pratiquez-vous des gestes de gynécologie? *

- Oui
- Non

Si oui, lesquels?

Votre réponse _____

Etes-vous maître de stage? *

- Oui
- Non

Prise en charge de l'infertilité

Selon vous, au bout de combien de temps de rapports sexuels réguliers non protégés n'ayant abouti à une grossesse, un couple est-il considéré comme infertile ? *

- 6 mois
- 1 an
- 18 mois
- 2 ans

Selon vous, quelle est la proportion de couples consultant devant un désir de grossesse en France ? *

- 1/10 (10%)
- 1/7 (14%)
- 1/4 (25%)
- 1/2 (50%)

Selon vous, l'origine de l'infertilité dans le couple est plus fréquemment ? *

- Féminine
- Masculine
- Partagée

Selon vous, la fécondité maximale chez la femme est estimée à ? *

- 25 ans
- 28 ans
- 30 ans
- 32 ans

Selon vous, à partir de quel âge la fécondité féminine diminue-t-elle ? *

- 25 ans
- 28 ans
- 30 ans
- 32 ans

Selon vous, pendant quelle période du cycle menstruel les rapports sexuels ont-ils le plus de chances d'aboutir à une grossesse ? *

- 72h avant l'ovulation et jusqu'à l'ovulation
- 72h après l'ovulation
- 24h avant et 24h après l'ovulation
- le jour de l'ovulation

Avez-vous déjà réalisé une consultation pour bilan d'infertilité lors de votre exercice de médecine générale ? *

- Oui
- Non

Si oui, qui était selon vous à l'initiative de la consultation le plus souvent ?

- L'homme
- La femme
- Le couple

Si oui, à quelle fréquence diriez-vous être confronté à ce type de consultation ?

- Tous les mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Moins d'une fois par an

Que recherchez-vous à l'interrogatoire des patients lors d'une consultation pour bilan d'infertilité ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Antécédents gynéco-obstétricaux
- Fréquence des rapports sexuels
- Durée des essais en période d'ovulation
- Mesures hygiéno-diététiques
- Douleurs pelviennes en dehors et pendant les rapports sexuels
- Prise de traitements médicamenteux
- IMC des deux partenaires
- Interrogatoire chez les deux partenaires

Sur quelles mesures hygiéno-diététiques interrogez-vous les patients ?
(Plusieurs réponses possibles) *

- Tabagisme actif ou passif
- Activité sportive
- Consommation d'alcool
- Consommation de cannabis
- Perturbateurs endocriniens
- Travail

Dans quels produits de la vie courante conseillez-vous au patient de surveiller la présence de produits connus comme perturbateurs endocriniens ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Peintures
- Teintures
- Produits ménagers
- Cosmétiques

Réalisez-vous un examen clinique lors de cette consultation ? *

- Oui
- Non

Si oui, réalisez-vous également un examen gynécologique ?

- Oui
- Non

Si oui, que recherchez-vous lors de cet examen ?

Votre réponse _____

Lors d'une première consultation pour bilan d'infertilité, demandez-vous des examens complémentaires ? *

- Oui
- Non

Si oui, que demandez-vous chez la femme en première intention ?

- Réalisation d'une courbe de température
- Bilan biologique avec bilan hormonal
- Réalisation de tests d'ovulation
- Echographie pelvienne
- Hystérosalpingographie
- IRM pelvienne

Si oui, que demandez-vous chez l'homme en première intention ?

- Pas de réalisation d'examen complémentaire en première intention
- Echographie testiculaire
- Bilan biologique avec bilan hormonal
- Spermogramme

Si non, qui faites-vous ?

- J'adresse les patients à un gynécologue ou à une sage-femme
- J'adresse les patients à un centre d'Aide Médicale à la Procréation (AMP)
- Je reconvoque les patients ultérieurement

Pensez-vous avoir eu une formation suffisante, vous permettant de réaliser la prise en charge d'une infertilité en consultation ? *

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> |

Aimeriez-vous avoir plus de formations sur le sujet ? *

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> |

Si oui, sous quelle forme?

Votre réponse _____

RESUME :

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE EN MEDECINE GENERALE DANS LE SUD DES HAUTS DE FRANCE

Introduction : Un couple est considéré comme infertile après 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception, n'ayant abouti à une grossesse, chez les couples en âge de procréer. 14% des couples français consultent pour un désir d'enfant. Le médecin généraliste est un acteur important de leur prise en charge, via sa pratique de la médecine dans sa globalité. **Matériel et méthodes :** L'objectif principal de cette étude observationnelle, descriptive, transversale et quantitative, était de déterminer la prise en charge réalisée par les médecins généralistes du sud des Hauts de France lors d'une consultation pour infertilité. 264 questionnaires ont été envoyés par email. **Résultats :** 110 réponses ont été reçues. 66,4% des médecins réalisaient un examen clinique lors des consultations, et 24,7% réalisaient un examen gynécologique. 79,1% prescrivaient des examens complémentaires. 3,6% des médecins considéraient avoir assez de formation sur le sujet de l'infertilité, et 43,6% en souhaitaient davantage. **Discussion :** Les médecins généralistes suivaient en majorité les recommandations quant à l'interrogatoire à réaliser, ainsi que pour l'examen clinique. Cependant, l'examen gynécologique chez la femme était peu réalisé. Les examens complémentaires à prescrire étaient bien demandés, hormis l'hystérosalpingographie. La plupart des médecins avaient le ressenti de ne pas avoir assez de formation, et les formations en ligne ont été sollicitées pour y remédier. **Conclusion :** Les médecins généralistes du sud des Hauts de France initient correctement les prises en charge en réalisant un bilan de « débrouillage » avant la suite de la prise en charge par les spécialistes.

MOTS CLES : Infertilité – Médecine générale – Soins primaires – Couple – Etude transversale

MANAGEMENT OF INFERTILITY IN GENERAL PRACTICE IN THE SOUTH OF HAUTS DE FRANCE

Introduction : A couple is considered infertile after 12 months of regular intercourse without contraception, which has not resulted in pregnancy, in couples of childbearing age. 14% of French couples consult for a desire to have a child. The general practitioner is important in their care, through his practice of medicine as a whole. **Study design :** The main objective of this observational, descriptive, cross-sectional and quantitative study was to determine the care provided by general practitioners in the south of Hauts-de-France during a consultation for infertility. 264 questionnaires were sent by email. **Results :** 110 responses were received. 66.4% of doctors performed a clinical examination during consultations, and 24.7% performed a gynecological examination. 79.1% ordered complementary tests. 3.6% of physicians were comfortable with the subject of infertility, and 43.6% wanted more training. **Discussion :** The general practitioners mostly followed the recommendations for the questioning, as well as for the clinical examination. However, gynecological examination in women was poorly performed. The complementary tests were well requested, apart from the hysterosalpingography. Most doctors felt that they did not have enough training, and online training were called upon. **Conclusion :** General practitioners in the south of Hauts-de-France correctly initiate treatment before further inquisitions by specialists.

Keywords : Infertility – General practice – Primary care – Couple – Cross-Sectional Study