

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

2013 TOU3 1006

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Janvier 2013

par **Vanessa SAUREL**

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ EN SOINS PRIMAIRES : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE MIDI-PYRÉNÉES.

DIRECTEUR DE THÈSE : Thierry BRILLAC

JURY :

Mr Le Professeur Jean Parinaud

Mr Le Professeur Louis Bujan

Mr Le Professeur Jean-Christophe Poutrain

Mr Le Docteur Thierry Brillac

Mme Le Docteur Corinne Cressent

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2011

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. JUSKIEWENSKI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur CARATERO
Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur J. CORBERAND
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. AMAR J.	Thérapeutique	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BRASSAT D.	Neurologie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BUREAU Ch.	Hépto-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonc
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ B.	Rhumatologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. DABERNAT H.	Bactériologie-Virologie	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DEGUINE O.	O.R.L.	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie	M. PAOLI J.R.	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SANS N.	Radiologie
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie	Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie		
M. POURRAT J.	Néphrologie		
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale		
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P.	Urologie		
M. RIVIERE D.	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SIMON J.	Biophysique		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. VOIGT J.J. (C.E.)	Anatomie Pathologique		

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Ph	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDY S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
Mme LAPEYRE MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
Mme SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BROUCHET-GOMEZ A.	Anatomie Pathologique
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme M'RINI C.	Physiologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
	M.C.U.
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.

Octobre 2011

REMERCIEMENTS

A notre président du jury, **Monsieur Jean Parinaud**, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au Laboratoire de Biologie du Centre d'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Paule de Viguier. Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. J'espère que ce travail sera la hauteur de vos attentes.

A **Monsieur Louis Bujan**. Professeur des Universités, Praticien Hospitalier et Chef du Pôle Femme, Mère, Couple. Merci d'avoir l'amabilité de siéger à mon jury de thèse, représentant ainsi le point de vue d'un spécialiste de l'infertilité. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A **Monsieur Jean-Christophe Poutrain**, Professeur des Universités et Praticien Ambulatoire de Médecine Générale. Merci d'être présent pour juger ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon estime.

A notre directeur de thèse, **Monsieur Thierry Brillac**, Médecin Généraliste, Maître de conférence associé à la Faculté de Médecine de Rangueil. Merci d'avoir procédé à la relecture de cette thèse et pour vos corrections pertinentes. Merci d'avoir toujours été présent et de m'avoir soutenue dans ce projet et dans mes moments de doutes.

A **Madame Corinne Cressent**, médecin généraliste maître de stage. Merci d'avoir accepté de faire partie du jury. J'ai eu la chance de pouvoir apprendre à tes côtés et ainsi de partager ton savoir et ton humanité qui m'a confirmé le choix de la médecine libérale.

Je remercie également l'**Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Midi-Pyrénées**, qui m'a donné la possibilité matérielle de réaliser cette étude et tous les médecins généralistes qui y ont participé.

A ma famille,

A mes parents, pour m'avoir permise de faire le métier que j'aime. Merci pour votre soutien, votre patience, votre amour.

A mes frères que j'aimerais voir plus souvent. Je vous souhaite de trouver comme moi la voie qui fera votre bonheur.

A mes grands-parents qui m'ont toujours encouragée.

A mes tontons et tatas, à ma belle-famille que j'aime retrouver et à mes cousins et neveux que j'adore.

A Marie, pour son aide précieuse en anglais.

A tous mes amis qui m'ont soutenue durant toutes ces années, le passage des deux concours, les remises en questions. Vous êtes restés à mes côtés de près ou de loin alors même que je ne vous consacrais pas le temps que vous méritiez. Je remercie plus particulièrement Aude pour sa relecture attentive et Sabine pour ses conseils judicieux.

A Sylvain, pour ton soutien quotidien indéfectible durant ces longues années. Je te fais vivre ma passion de la médecine depuis ses débuts, dans les joies comme dans les moments plus difficiles. Tu es un homme exceptionnel, sans quoi rien de tout cela n'aurait été possible. A tous nos projets...

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
TABLE DES ILLUSTRATIONS	3
Figures.....	3
Tableaux.....	4
ABRÉVIATIONS	5
1. INTRODUCTION	6
2. MATÉRIELS ET MÉTHODE	8
3. RÉSULTATS	10
3.1. Données démographiques	11
3.2. Suivi gynécologique des patientes par les médecins généralistes	13
3.3. Formations et connaissances générales sur l'infertilité	14
3.3.1. Formations complémentaires en gynécologie et infertilité.....	14
3.3.2. Connaissances générales sur l'infertilité.....	16
3.3.3. Intérêt pour une formation en infertilité.....	17
3.4. Consultation pour infertilité en médecine générale	18
3.5. Question du désir d'enfants	18
3.6. Rédaction d'un protocole de soins pour infertilité	19
3.7. Démarche diagnostique clinique devant un couple infertile	20
3.7.1. Interrogatoire	20
3.7.2. Examen clinique	21
3.7.2.a. Examen clinique de la femme	22
3.7.2.b. Examen gynécologique de la femme.....	23
3.7.2.c. Examen clinique de l'homme.....	25
3.7.2.d. Examen génital de l'homme.....	26
3.8. Prescription des examens complémentaires	28
3.8.1. Délai de prescription des examens complémentaires.....	28
3.8.2. Analyse du contenu du bilan prescrit.....	29
3.8.2.a. Examens complémentaires prescrits chez la femme.....	29
3.8.2.b. Examens complémentaires prescrits chez l'homme.....	30
3.9. Coordination avec les spécialistes	31
3.9.1. Spécialistes vers qui sont adressés les couples.....	31
3.9.2. Critères faisant adresser rapidement les couples aux spécialistes.....	31
3.9.3. Communication avec les spécialistes.....	32
3.9.4. Coordination avec les spécialistes.....	32
3.10. Informations, conseils et accompagnement	33
3.10.1. Informations	33
3.10.2. Conseils	34
3.10.3. Accompagnement	36
3.10.3.a. Évaluation du retentissement de l'infertilité.....	36
3.10.3.b. Moyens d'accompagnement et d'aide aux couples en situation d'infertilité...37	
3.11. Traitement	38
3.11.1. Prescription d'un traitement médicamenteux	38
3.11.2. Questions des patients sur les traitements pour infertilité	39
3.11.3. Effets indésirables des traitements	40

3.12. Opinion des médecins généralistes	42
3.12.1. Problématique de médecine générale ?	42
3.12.2. Principales difficultés rencontrées en médecine générale	43
3.12.3. Propositions pour améliorer la prise en charge de l'infertilité en médecine générale.....	44
4. DISCUSSION	45
4.1. Analyse des résultats.....	45
4.1.1. Rôle diagnostique.....	45
4.1.1.a. Démarche diagnostique clinique	45
Interrogatoire	45
Examen clinique	46
4.1.1.b. Examens complémentaires.....	47
Taux de prescription d'examens complémentaires.....	47
Délai de prescription.....	47
Personnes concernées par ce bilan.....	48
Bilan complémentaire chez la femme.....	48
Bilan complémentaire chez l'homme.....	49
4.1.1.c. Orientation dans le système de soins et coordination avec les spécialistes.....	50
4.1.2. Rôle administratif.....	51
4.1.3. Rôle d'informations, d'éducation et de prévention	52
4.1.4. Rôle d'accompagnement.....	53
4.1.5. Rôle thérapeutique.....	55
4.1.6. Les obstacles à la prise en charge de l'infertilité en médecine générale.....	56
4.1.7. Propositions pour améliorer la prise en charge en soins primaires.....	57
4.2. Critique de la méthodologie.....	59
4.2.1 Type d'étude	59
4.2.2. Nombre de questionnaires et taux de participation	59
4.2.3. Questionnaire.....	60
4.2.4. Population de l'étude.....	60
5. CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	68
ANNEXE 1 : Les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des couples infertiles.....	68
I. Diagnostic.....	68
II. Informations, éducation et prévention.....	76
III. Orientation et coordination avec les spécialistes.....	76
IV. Accompagnement et soutien psychologique.....	76
V. Rôle administratif.....	76
VI. Rôle thérapeutique.....	77
ANNEXE 2 : Questionnaire.....	79
ANNEXE 3 : Courriel adressé aux médecins généralistes pour le premier envoi du questionnaire.....	83
ANNEXE 4 : Courriel de relance.....	84
ANNEXE 5 : Commentaires libres.....	85

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES :

Figure 1 : Synthèse du déroulement de l'étude	10
Figure 2 : Examen gynécologique par les médecins réalisant l'examen physique des femmes, selon leur sexe.....	23
Figure 3 : Examen gynécologique par les médecins selon qu'ils assurent ou pas le suivi gynécologique.....	24
Figure 4 : Examen génital par les médecins réalisant l'examen physique des hommes, selon leur sexe.....	26
Figure 5 : "Quels critères vous feraient adresser plus rapidement les patients aux spécialistes?" ...	31
Figure 6 : "Quelles informations donnez-vous en général aux patients consultant pour infertilité?"	33
Figure 7 : "Quels conseils donnez-vous en général aux patients consultant pour infertilité ?"	34
Figure 8 : Fréquence des rapports sexuels conseillés.....	35
Figure 9 : " Évaluez-vous le retentissement de l'infertilité sur le plan personnel (humeur, anxiété) ? sur leur vie de couple? leur vie familiale ? sur leur sexualité ? sur leur vie professionnelle ?.....	36
Figure 10 : "Quels moyens d'accompagnement et d'aide avez-vous déjà proposés à vos patients en situation d'infertilité ?"	37
Figure 11 : "Quelles sont, selon vous, les 3 principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes ?"	43
Figure 12 : "Quelles sont les 3 propositions qui vous paraissent les plus intéressantes pour améliorer la prise en charge de l'infertilité par les médecins généralistes ?"	44

TABLEAUX :

Tableau 1 : Données démographiques des médecins participant à l'étude et comparaison avec quelques données concernant les médecins généralistes libéraux et mixtes de Midi-Pyrénées	11
Tableau 2 : Répartition des médecins par secteur d'installation en fonction des départements.....	12
Tableau 3 : Type de suivi et actes réalisés par les médecins généralistes faisant de la gynécologie.....	13
Tableau 4 : Suivi gynécologique en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation et de la formation en gynécologie ou infertilité.....	13
Tableau 5 : Formation complémentaire en gynécologie en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation et du suivi gynécologique.....	14
Tableau 6 : Formation complémentaire en infertilité en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation et du suivi gynécologique.....	15
Tableau 7 : " Pensez-vous que vos connaissances soient suffisantes dans le domaine de l'infertilité à l'échelle du MG?". Résultats en fonction de l'âge des médecins et de la formation en gynécologie ou infertilité.....	16
Tableau 8 : Intérêt pour une formation en infertilité.....	17
Tableau 9 : "Vous a-t-on déjà consulté pour infertilité ?".....	18
Tableau 10 : "Abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples sans enfant ?".....	18
Tableau 11 : Question du désir d'enfants par les médecins selon qu'ils aient suivi ou pas une formation en infertilité.....	19
Tableau 12 : Rédaction d'un protocole de soins : résultats en fonction de l'âge, de l'année de thèse, de l'année d'installation et du suivi gynécologique.....	19
Tableau 13 : " Votre interrogatoire concerne : la femme ? l'homme ? le couple ?".....	20
Tableau 14 : "Votre interrogatoire concerne : la femme ? l'homme ? le couple?", regroupement des résultats « femme », « homme », « couple » pour tous les médecins et en fonction du sexe.....	20
Tableau 15 : Personnes examinées par le médecin généraliste.....	21
Tableau 16 : Examen clinique de la femme selon le sexe du médecin, le suivi en gynécologie et la formation en gynécologie ou infertilité.....	22
Tableau 17 : Examen gynécologique, parmi les médecins examinant la femme.....	23
Tableau 18 : Examen clinique de l'homme selon le sexe du médecin, l'âge, l'année de thèse et d'installation et la formation en gynécologie ou infertilité.....	25
Tableau 19 : Examen génital de l'homme, parmi les médecins examinant l'homme.....	26
Tableau 20 : Prescription des examens complémentaires selon le secteur d'installation, le suivi en gynécologie et la formation en gynécologie ou infertilité.....	28
Tableau 21 : Délai de prescription des examens complémentaires.....	28
Tableau 22 : Examens prescrits chez la femme.....	29
Tableau 23 : Examens prescrits chez l'homme.....	30
Tableau 24 : Médecins spécialistes vers lesquels sont adressés les patients par les médecins généralistes.....	31
Tableau 25 : Motifs des questions sur les traitements posées aux médecins généralistes.....	39
Tableau 26 : Médecins confrontés aux effets indésirables des traitements pour infertilité, selon l'âge, le secteur d'installation, le suivi gynécologique, la formation en gynécologie ou infertilité et la prescription de traitement pour infertilité.....	40
Tableau 27 : Effets indésirables constatés par les médecins généralistes.....	41
Tableau 28 : Connaissance des effets indésirables des traitements pour infertilité, selon le secteur d'installation, la prescription de traitement pour infertilité et les connaissances générales sur l'infertilité.....	41

ABRÉVIATIONS

Ac : Anticorps

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALD : Affections de Longue Durée

AMH : Hormone Anti Müllerienne

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif intra-utérin

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

EPPM : Etude Permanente de la Prescription Médicale

FCU : Frottis cervico-utérin

FSH : Follicule Stimulating Hormone

FIV : Fécondation In Vitro

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : loi "Hôpital, patients, santé, territoires"

IU : Insémination Intra-Utérine

ICSI : IntraCytoplasmic Sperm Injection : injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde

IMG : Interruption médicale de grossesse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IMC : Indice de Masse Corporelle

LH : Luteinizing Hormone

MG : Médecin généraliste

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

NFS : Numération Formule Sanguine

ns : non significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PN : Polynucléaires neutrophiles

SHBG : Sex Hormon-Binding Globulin

SOPK : Syndrome des Ovaires PolyKystiques

Spz : Spermatozoïde

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

1. INTRODUCTION

L'infertilité concerne **un couple sur sept** [1] et de plus en plus de couples sont en demande d'une prise en charge médicalisée [2]. La démographie déclinante des gynécologues [3] et l'accès limité aux structures spécialisées (3 centres d'AMP agréés en Midi-Pyrénées, tous dans la région toulousaine : CHU de Toulouse, Nouvelle Clinique de l'Union et Clinique Saint-Jean Languedoc [4]) expliquent en partie que le médecin généraliste puisse être confronté à ces couples en difficulté. Il doit donc savoir donner une réponse adaptée puis, souvent, les accompagner dans ce parcours, parfois long et difficile.

Plusieurs revues de la littérature [5,6,7,8] dont une thèse récente de médecine générale (soutenue en septembre 2011 à Toulouse [9]) démontrent la place importante des soins primaires tout le long de la prise en charge de ces couples, à partir d'études auprès des patients ou de recommandations des spécialistes de l'infertilité, comme le CNGOF. En Décembre 2010, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français a effectivement publié des recommandations pour la pratique clinique sur la *Prise en charge du couple infertile*, en se concentrant sur la prise en charge initiale, celle qui a lieu dans le cabinet du praticien auquel le couple vient confier ses difficultés à concevoir, ce médecin pouvant être, entre autre, un généraliste [10].

L'article 36 (L.4130-1) de la loi HPST [11] définit les missions du médecin généraliste, spécialiste du premiers recours, entre autres :

«1°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;

«2°**Orienter** ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

«3°S'assurer de la **coordination des soins** nécessaires à ses patients ;

«4°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 ;

«5°S'assurer de la **synthèse** des informations transmises par les différents professionnels de santé».

Ces définitions semblent pouvoir s'appliquer au champ de l'infertilité : bilan initial, accompagnement, suivi, prévention, éducation, orientation et administratif seraient ainsi du ressort du médecin généraliste, en complémentarité de la prise en charge spécialisée, comme le reconnaissent les spécialistes de l'infertilité et le souhaitent les patients.

Une enquête d'opinion en France en 2006 auprès de 96 couples [12] montrait en effet que 63% des couples avaient consulté leur médecin traitant pour leurs difficultés à concevoir, dont 85% avant le recours aux spécialistes. 60% d'entre eux estimaient que le médecin traitant jouait un rôle prépondérant dans la prise en charge, notamment de conseils (73%), d'accompagnement et soutien psychologique (64%) et pour débiter les examens (44%). La majorité souhaitaient que leur médecin traitant soit plus impliqué dans leur parcours, résultat retrouvé dans l'étude de Wilkes au Royaume-Uni en 2009 [13].

Un seul travail français évalue directement l'opinion du médecin généraliste à ce sujet. Il s'agit d'une thèse de médecine générale soutenue en octobre 2009 à Rennes sous la forme d'entretiens semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, qui dans l'ensemble, se sentaient mal à l'aise avec cette problématique et avaient le sentiment d'un rôle limité [14]. Une étude à plus grande échelle auprès de 414 médecins généralistes anglais en 1997 avait évalué les perceptions et les attitudes de ces derniers face à la prise en charge initiale d'un couple infertile [15]. Le taux élevé de participation à cette étude (83%) prouvait l'intérêt des médecins généralistes. L'étude concluait à la nécessité d'améliorer leur formation pour une prise en charge plus optimale de l'infertilité.

Ce travail de thèse a consisté à interroger les médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées, sur la perception de leur rôle dans la prise en charge de l'infertilité d'un couple, sur leurs attentes, sur les obstacles et les freins, en comparaison avec les recommandations de la littérature, notamment les dernières recommandations du CNGOF (annexe 1).

L'objectif secondaire est d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes pour cette problématique et les éventuels besoins de façon à proposer des solutions pour améliorer la prise en charge de l'infertilité en soins primaires.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Un courriel avec un lien vers un questionnaire en ligne de 36 questions (annexe 2), essentiellement fermées (réponses par oui ou par non ou propositions à cocher), a été envoyé le 21 mai 2012 aux 1750 médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées figurant sur le listing e-mail de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Midi-Pyrénées (annexe 3). Un deuxième lien dans ce même courriel permettait d'enregistrer un refus immédiat en cliquant dessus si le médecin ne souhaitait pas participer, avec éventuellement la justification (au choix : manque de temps, domaine réservé aux spécialistes, désintéret, autres).

Une relance (annexe 4) a été envoyée trois semaines plus tard, le 11 juin 2012. L'enregistrement des réponses a été arrêté le 22/07/2012 soit un total de 2 mois de diffusion.

Le questionnaire a été construit en 4 grandes parties :

I. Informations personnelles : recueil des données démographiques.

(sexe, âge, année de thèse, année d'installation, secteur d'installation, département, suivi gynécologique)

II. Vos formations et connaissances générales sur l'infertilité.

III. Votre pratique :

- **1. Démarche diagnostique :** interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires.
- **2. Coordination avec les spécialistes.**
- **3. Informations, conseils, accompagnement.**
- **4. Traitements :** prescription, suivi, effets indésirables.

IV. Votre opinion.

Il a été testé avant sa diffusion sur un échantillon de 5 médecins généralistes afin de s'assurer de la compréhension des questions.

Analyse statistique

La saisie des résultats a été réalisée avec le logiciel Excel. Seuls les questionnaires entièrement complétés ont été étudiés. La comparaison des statistiques a été faite avec le test Chi 2 pour les variables qualitatives susceptibles d'influencer les résultats (le sexe, l'âge, l'année de thèse, l'année d'installation, le secteur d'installation, le département, le suivi gynécologique et la formation en gynécologie ou en infertilité). Le degré de signification p a été calculé à partir des chiffres les plus extrêmes (en gras dans les tableaux) avec un seuil de signification retenu de 0,05 (soit 5%).

3. RÉSULTATS

174 médecins ont répondu à l'e-mail soit un taux de participation voisin de 10% (9,9%) :
(*Figure 1*)

- **138 réponses complètes** (79,5%),
- 13 réponses incomplètes (7,5%),
- 23 médecins (13%) ont manifesté leur refus de répondre à ce questionnaire, dont seulement 7 (30% des refus) justifiés :
 - 4 : manque de temps,
 - 1 : l'infertilité est un domaine réservé aux spécialistes,
 - 1 : désintérêt,
 - 1 : autres.

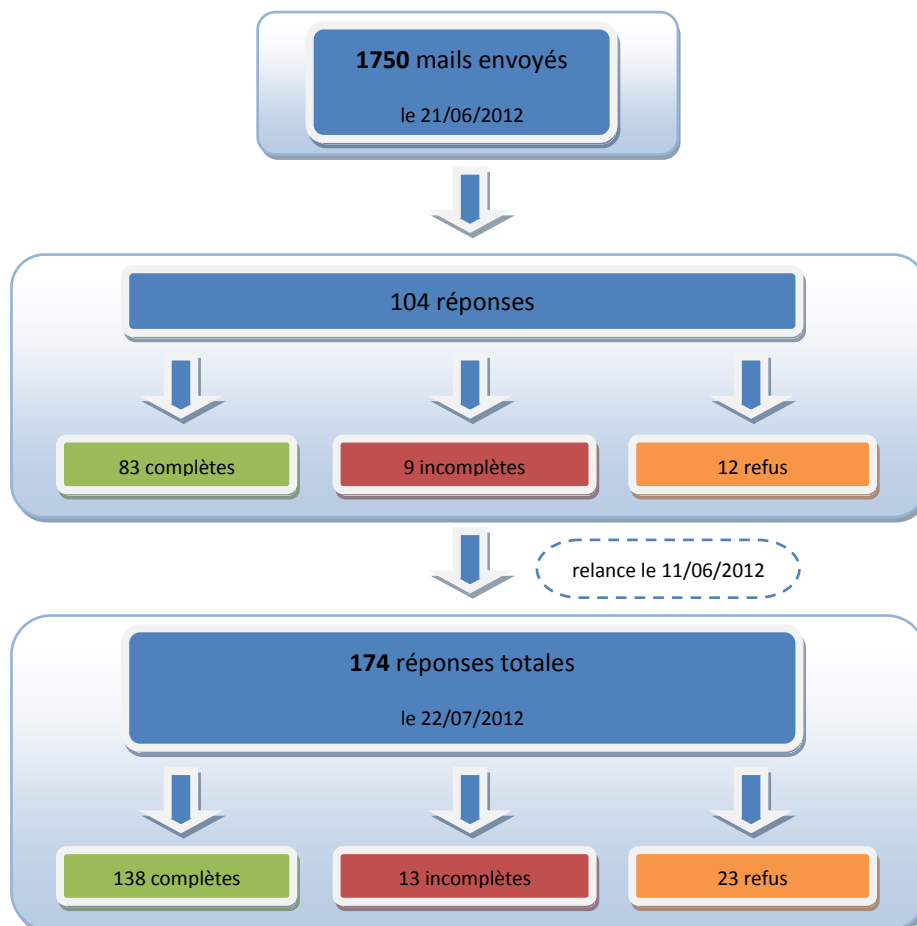


Figure 1 : Synthèse du déroulement de l'étude

L'analyse statistique des résultats ne prend en compte que les 138 questionnaires complets.

3.1. Données démographiques

Le *tableau 1* synthétise les données démographiques et compare, quand les informations sont disponibles, la population de médecins de l'étude à la population de médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées (données disponibles de 2011 et 2012 [16,17]).

	Médecins de l'étude	Médecins généralistes libéraux et mixtes de Midi-Pyrénées au 01/06/2011 [16]	Médecins généralistes libéraux et mixtes de Midi-Pyrénées au 01/01/2012 [17]
Nombre total	138	3311	2998
Sexe			
- homme	87 (63%)	68%	
- femme	51 (37%)	32%	
Age			
- âge moyen (minimum / maximum)	50 ans (29 ans / 67 ans)	52 ans	
- plus de 60 ans	28 (20%)	880 (27%)	
- entre 50 et 60 ans	52 (38%)	1401 (42%)	
- entre 40 et 60 ans	31 (22%)	691 (21%)	
- moins de 40 ans	27 (20%)	339 (10%)	
Thèse (nombre d'années)			
- nombre moyen d'années (mini /max)	21 ans (1 an / 38 ans)		
- plus de 20 ans	80 (58%)		
- entre 10 et 20 ans	30 (22%)		
- moins de 10 ans	28 (20%)		
Installation (nombre d'années)			
- nombre moyen d'années (mini /max)	19 ans (1 an / 38 ans)		
- plus de 20 ans	77 (56%)		
- entre 10 et 20 ans	27 (19%)		
- moins de 10 ans	34 (25%)		
Secteur d'installation			
- rural (≤ 2000 habitants selon INSEE)	31 (22%)		
- semi-rural	63 (46%)		
- urbain	44 (32%)		
Département			
- Ariège (09)	5 (4%)	161 (5%)	155 (5%)
- Aveyron (12)	21 (15%)	255 (8%)	245 (8%)
- Haute-Garonne (31)	51 (37%)	1645 (50%)	1361 (46%)
- Gers (32)	18 (13%)	201 (6%)	188 (6%)
- Lot (46)	10 (7%)	179 (5%)	179 (6%)
- Hautes-Pyrénées (65)	6 (4%)	272 (8%)	276 (9%)
- Tarn (81)	18 (13%)	380 (11%)	375 (13%)
- Tarn-et-Garonne (82)	9 (7%)	218 (7%)	219 (7%)

Tableau 1 : Données démographiques des médecins participant à l'étude et comparaison avec quelques données concernant les médecins généralistes libéraux et mixtes de Midi-Pyrénées.

Les médecins femmes sont plus jeunes (âge moyen : 44 ans) que les médecins hommes (âge moyen : 53 ans), thésées depuis 15 ans en moyenne contre 24 ans pour les hommes et installées depuis 13 ans en moyenne contre 22 ans pour les hommes.

Elles exercent en majorité en milieu semi-rural (57%), 27% en milieu urbain et 16% en milieu rural, tandis que la répartition des médecins hommes est moins tranchée : 39% en milieu semi-rural, 35% en milieu urbain et 26% en milieu rural. La différence homme-femme n'est significative que pour le secteur semi-rural ($p=0,033$).

Enfin, 47% des médecins généralistes femmes de l'étude exercent en Haute-Garonne, contre 31% des médecins hommes ($p=0,068$).

Globalement, le secteur d'installation privilégié par les médecins de l'étude est semi-rural (46% des médecins de l'étude), surtout par les médecins les plus jeunes : 56% des moins de 40 ans et 58% des 40-49 ans, contre 46% des plus de 60 ans et seulement 33% pour la tranche des 50-59 ans qui compte plus de médecins exerçant en secteur urbain (44%). 1 médecin sur 4 à 1 médecin sur 5 exercent en milieu rural quel que soit la catégorie d'âge (22% des moins de 40 ans, 19% des 40-50 ans, 23% des 50-60ans, 25% des plus de 60 ans).

Le **tableau 2** donne la répartition par secteur d'installation des médecins interrogés en fonction du département.

	rural	semi-rural	urbain
Ariège (09)	20%	60%	20%
Aveyron (12)	48%	48%	4%
Haute-Garonne (31)	1%	49%	49%
Gers (32)	39%	50%	11%
Lot (46)	40%	20%	40%
Hautes-Pyrénées (65)	50%	17%	33%
Tarn (81)	17%	44%	39%
Tarn-et-Garonne (82)	22%	56%	22%

Tableau 2 : Répartition des médecins par secteur d'installation en fonction des départements.

La moyenne d'âge est de 47-48 ans pour les départements de la Haute-Garonne, du Gers, du Lot et du Tarn-et-Garonne, contre 52-54 ans pour l'Ariège, l'Aveyron, les Hautes-Pyrénées et le Tarn. On retrouve la même répartition pour l'année de thèse et d'installation. Les médecins des 4 premiers départements (31, 32, 46 et 82) sont donc plus jeunes et plus récemment thésés (17-19 ans contre 24-25 ans) et installés (16-18 ans contre 21-24 ans) que les médecins des 4 derniers départements (09, 12, 65, 81).

3.2. Suivi gynécologique des patientes par le médecin généraliste

62% (86) des médecins de cette étude déclarent assurer le suivi gynécologique de leurs patientes. Le **tableau 3** détaille le type de suivi et actes réalisés par les médecins généralistes déclarant assurer le suivi gynécologique de leurs patientes.

Type de suivi et actes	Effectif	%
Contraception	85	99
Frottis cervico-utérin	85	99
Pose d'implant contraceptif	41	48
Pose de DIU	30	35
Suivi de grossesse	69	80
Suivi de ménopause	75	87
Autres	10	12

Tableau 3 : Type de suivi et actes réalisés par les médecins généralistes faisant de la gynécologie

Parmi les médecins ayant coché "autres", il a été précisé : infections gynécologiques/MST pour 6 médecins, IVG pour 2 médecins, troubles de la statique périnéale pour 2 médecins, allaitement et post-partum pour 2 médecins, examen des seins pour un médecin, troubles de la sexualité pour un médecin.

Le **tableau 4** donne les résultats concernant la réalisation du suivi gynécologique en fonction des différentes variables.

	Pas de suivi gynécologique	Suivi gynécologique	p
Sexe			
- homme	44 (51%)	43 (49%)	p<0,0001
- femme	8 (16%)	43 (84%)	
Age			
- plus de 60 ans	14 (50%)	14 (50%)	p=0,025
- entre 50 et 60 ans	21 (40%)	31 (60%)	p=0,13 (ns)
- entre 40 et 50 ans	11 (35%)	20 (65%)	p=0,25 (ns)
- moins de 40 ans	6 (22%)	21 (78%)	
Thèse (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	34 (42%)	46 (58%)	p=0,068 (ns)
- entre 10 et 20 ans	12 (40%)	18 (60%)	p=0,089 (ns)
- moins de 10 ans	6 (21%)	22 (79%)	
Installation (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	33 (43%)	44 (57%)	p=0,034
- entre 10 et 20 ans	11 (41%)	16 (59%)	p=0,093 (ns)
- moins de 10 ans	8 (24%)	26 (76%)	
Secteur d'installation			
- rural	10 (32%)	21 (68%)	p=0,06 (ns)
- semi-rural	22 (35%)	41 (65%)	p=0,23 (ns)
- urbain	20 (45%)	24 (55%)	
Formation complémentaire en gynécologie			
- oui	6 (14%)	37 (86%)	p<0,001
- non	46 (48%)	49 (52%)	
Formation complémentaire en infertilité			
- oui	2 (14%)	12 (86%)	p=0,078 (ns)
- non	50 (40%)	74 (60%)	

Tableau 4 : Suivi gynécologique en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation et de la formation en gynécologie ou infertilité.

3.3. Formations et connaissances générales sur l'infertilité

3.3.1. Formations complémentaires en gynécologie et infertilité

Formation complémentaire en gynécologie

31% (43) des médecins généralistes de l'étude ont suivi une formation complémentaire en gynécologie :

- essentiellement sous forme de **formation médicale continue** (35 soit 81%).
- 16% (7) ont passé un diplôme universitaire,
- 23% (10) ont répondu "autres" regroupant essentiellement des médecins ayant eu une pratique de gynécologie (stage en service de gynécologie, planning familial, remplacement dans des cabinets à forte activité de gynécologie avec échographie...).

Le **tableau 5** donne les résultats concernant la formation en gynécologie en fonction des différentes variables.

	Pas de formation complémentaire en gynécologie	Formation complémentaire en gynécologie	p
Sexe			
- homme	68 (78%)	19 (22%)	p=0,001
- femme	27 (53%)	24 (47%)	
Age			
- plus de 60 ans	23 (82%)	5 (18%)	p=0,02
- entre 50 et 60 ans	37 (71%)	15 (29%)	p=0,08 (ns)
- entre 40 et 50 ans	21 (68%)	10 (32%)	p=0,28 (ns)
- moins de 40 ans	14 (52%)	13 (48%)	
Thèse (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	60 (75%)	20 (25%)	p=0,027
- entre 10 et 20 ans	20 (67%)	10 (33%)	p=0,28 (ns)
- moins de 10 ans	15 (54%)	13 (46%)	
Installation (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	58 (75%)	19 (25%)	p=0,07 (ns)
- entre 10 et 20 ans	17 (63%)	10 (37%)	p=0,60 (ns)
- moins de 10 ans	20 (59%)	14 (41%)	
Secteur d'installation			
- rural	23 (74%)	8 (26%)	p=0,35 (ns)
- semi-rural	41 (65%)	22 (35%)	
- urbain	31 (70%)	13 (30%)	
Suivi gynécologique			
- oui	49 (57%)	37 (43%)	p<0,001
- non	46 (88%)	6 (12%)	

Tableau 5 : Formation complémentaire en gynécologie en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation et du suivi gynécologique.

Formation complémentaire en infertilité

14 médecins, soit **10%** de l'effectif total, a suivi une formation complémentaire en infertilité :

- La moitié d'entre eux (7 soit 50%) a passé un diplôme universitaire (endocrinologie, andrologie, médecine de la reproduction, gynécologie obstétrique).
- L'autre moitié s'est formée par le biais de formation médicale continue.

Le **tableau 6** donne les résultats concernant la formation en infertilité en fonction des différentes variables.

	Pas de formation complémentaire en infertilité	Formation complémentaire en infertilité	p
Sexe			
- homme	80 (92%)	7 (8%)	p=0,26 (ns)
- femme	44 (86%)	7 (14%)	
Age			
- plus de 60 ans	27 (96%)	1 (4%)	p=0,014
- entre 50 et 60 ans	46 (88%)	6 (12%)	p=0,18 (ns)
- entre 40 et 50 ans	30 (97%)	1 (3%)	p=0,014
- moins de 40 ans	21 (78%)	6 (22%)	
Thèse (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	73 (91%)	7 (9%)	p=0,036
- entre 10 et 20 ans	29 (97%)	1 (3%)	p=0,015
- moins de 10 ans	22 (79%)	6 (21%)	
Installation (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	70 (91%)	7 (9%)	p=0,20 (ns)
- entre 10 et 20 ans	26 (96%)	1 (4%)	p=0,09 (ns)
- moins de 10 ans	28 (82%)	6 (18%)	
Secteur d'installation			
- rural	29 (94%)	2 (6%)	p=0,32 (ns)
- semi-rural	57 (91%)	6 (9%)	p=0,53 (ns)
- urbain	38 (87%)	6 (13%)	
Suivi gynécologique			
- oui	74 (86%)	12 (14%)	p=0,078 (ns)
- non	50 (96%)	2 (4%)	

Tableau 6 : Formation complémentaire en infertilité en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation et du suivi gynécologique.

3.3.2. Connaissances générales sur l'infertilité

77% (106) des médecins interrogés considèrent leurs connaissances générales sur l'infertilité à l'échelle du médecin généraliste comme **insuffisantes**.

Le **tableau 7** détaille les résultats en fonction de l'âge ou de la formation en gynécologie ou infertilité. Les autres variables non mentionnées dans le tableau (sexe du médecin, secteur d'installation, année de thèse ou d'installation, suivi gynécologique) n'ont pas de lien significatif.

	Connaissances insuffisantes	Connaissances suffisantes	P
Age			
- plus de 60 ans	25 (89%)	3 (11%)	
- entre 50 et 60 ans	38 (73%)	14 (27%)	p=0,086 (ns)
- entre 40 et 50 ans	24 (77%)	7 (23%)	p=0,17 (ns)
- moins de 40 ans	19 (70%)	8 (30%)	p=0,098 (ns)
Formation en gynécologie			p=0,081 (ns)
- oui	37 (86%)	6 (14%)	
- non	69 (73%)	26 (27%)	
Formation en infertilité			
- oui	10 (71%)	4 (29%)	p=0,50 (ns)
- non	96 (77%)	28 (23%)	

Tableau 7 : "Pensez-vous que vos connaissances soient suffisantes dans le domaine de l'infertilité à l'échelle du MG?".
Résultats en fonction de l'âge des médecins et de la formation en gynécologie ou infertilité.

3.3.3. Intérêt pour une formation en infertilité

59% (82) des médecins interrogés se disent intéressés par une formation en infertilité.

Le *tableau 8* donne les résultats en fonction des différentes variables.

	Non intéressés par une formation en infertilité	Intéressés par une formation en infertilité	P
Sexe			
- homme	48 (51%)	39 (49%)	p=0,001
- femme	8 (24%)	43 (76%)	
Age			
- plus de 60 ans	20 (71%)	8 (29%)	p=0,001
- entre 50 et 60 ans	18 (35%)	34 (65%)	
- entre 40 et 50 ans	10 (32%)	21 (68%)	p=0,001
- moins de 40 ans	8 (30%)	19 (70%)	p=0,001
Thèse (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	37 (46%)	43 (54%)	p=0,014
- entre 10 et 20 ans	14 (47%)	16 (53%)	p=0,025
- moins de 10 ans	5 (18%)	23 (82%)	
Installation (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	35 (45%)	42 (55%)	p=0,002
- entre 10 et 20 ans	12 (44%)	15 (56%)	p=0,10 (ns)
- moins de 10 ans	9 (26%)	25 (74%)	
Secteur d'installation			ns
- rural	13 (42%)	18 (58%)	
- semi-rural	26 (41%)	37 (59%)	
- urbain	17 (39%)	27 (61%)	
Suivi gynécologique			
- oui	25 (29%)	61 (71%)	p<0,001
- non	31 (60%)	21 (40%)	
Formation en gynécologie			ns
- oui	17 (40%)	26 (60%)	
- non	39 (41%)	56 (59%)	
Formation en infertilité			
- oui	3 (21%)	11 (79%)	p=0,087 (ns)
- non	53 (43%)	71 (57%)	

Tableau 8 : Intérêt pour une formation en infertilité,

Résultats en fonction du sexe des médecins, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation, du suivi en gynécologie et de la formation en gynécologie ou infertilité.

3.4. Consultation pour infertilité en médecine générale

93% (128) des médecins interrogés déclarent avoir déjà eu une consultation concernant un problème d'infertilité. La majorité des médecins n'est confrontée à ce problème que "quelquefois" (80% des personnes ayant déjà eu une consultation pour infertilité, soit 75% de l'effectif total). (*Tableau 9*)

"Vous a-t-on déjà consulté pour infertilité ?"	Effectif	%
Oui, très souvent	5	4%
Oui, souvent	20	14%
Oui, quelquefois	103	75%
Non, jamais	10	7%

Tableau 9 : "Vous a-t-on déjà consulté pour infertilité ?"

Il n'y a pas de différence en fonction du sexe du médecin, de son âge, de son année de thèse ou d'installation, de son secteur d'installation et de la formation en gynécologie ou infertilité.

Les médecins assurant le **suivi gynécologique** de leurs patientes sont plus confrontés à ce motif de consultation que leurs confrères ne faisant pas de gynécologie : 97% (83) contre 86% (45) ($p=0,044$).

Pour la majorité des médecins ayant été confrontée à ce motif de consultation, les patients les consultent **le plus souvent avant** la consultation chez le spécialiste (80%).

3.5. Question du désir d'enfants

86% (118) des médecins interrogés déclarent aborder la question du désir d'enfants pour les couples sans enfant. Un peu plus d'un médecin sur deux ne pose la question que "quelquefois" (56%). (*Tableau 10*)

"Abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples sans enfant ?"	Effectif	%
Oui, très souvent	8	6%
Oui, souvent	33	24%
Oui, quelquefois	77	56%
Non, jamais	20	14%

Tableau 10 : "Abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples sans enfant ?"

Il n'y a pas de différence en fonction du sexe du médecin, de son année de thèse ou d'installation. Il n'y a pas non plus de différence entre les médecins faisant du suivi gynécologique et ceux n'en réalisant pas et entre ceux ayant eu une formation en gynécologie et ceux n'ayant pas suivi une telle formation.

Les médecins âgés de plus de 60 ans et ceux âgés de 40-50 ans sont plus nombreux à déclarer poser la question que leurs confrères de moins de 40 ans et de 50-60 ans : respectivement 93%, 94%, 81% et 79% posent la question du désir d'enfants aux couples sans enfant, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Enfin, tous les médecins ayant suivi une formation en infertilité déclarent poser cette question aux couples sans enfant et de façon plus fréquente que les médecins n'ayant pas suivi de formation en infertilité (*tableau 11*).

"Abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples sans enfant ?"	Formation en infertilité	Pas de formation	p
Oui	14 (100%)	104 (84%)	p=0,11(ns)
- Oui, très souvent	2 (14%)	6 (5%)	
- Oui, souvent	7 (50%)	26 (21%)	
- Oui, quelquefois	5 (36%)	72 (58%)	
Non, jamais	0	20 (16%)	

Tableau 11 : Question du désir d'enfants par les médecins selon qu'ils aient suivi ou pas une formation en infertilité

3.6. Rédaction d'un protocole de soins pour infertilité

60% (83) des médecins interrogés déclarent avoir déjà rempli un protocole de soins pour la prise en charge à 100% des explorations et soins liés à l'infertilité.

Le *tableau 12* donne les résultats statistiquement significatifs. Les autres variables (sexe du médecin, secteur d'installation, formation en gynécologie ou en infertilité) n'ont pas de lien significatif.

	Non	Oui	p
Age			
- plus de 60 ans	16 (57%)	12 (43%)	p=0,003
- entre 50 et 60 ans	23 (44%)	29 (56%)	p=0,017
- entre 40 et 50 ans	6 (19%)	25 (81%)	
- moins de 40 ans	10 (37%)	17 (63%)	p=0,141 (ns)
Thèse (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	38 (48%)	42 (52%)	p<0,001
- entre 10 et 20 ans	4 (13%)	26 (87%)	
- moins de 10 ans	13 (46%)	15 (54%)	p=0,004
Installation (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	38 (49%)	39 (51%)	p=0,001
- entre 10 et 20 ans	4 (15%)	23 (85%)	
- moins de 10 ans	13 (38%)	21 (62%)	p=0,044
Suivi gynécologique			
- oui	28 (33%)	58 (67%)	
- non	27 (52%)	25 (48%)	p=0,031

Tableau 12 : Rédaction d'un protocole de soins : résultats en fonction de l'âge, de l'année de thèse, de l'année d'installation et du suivi gynécologique.

3.7. Démarche diagnostique clinique devant un couple infertile

3.7.1. Interrogatoire :

Interrogatoire	Effectif	%
Femme uniquement	12	9%
Homme uniquement	0	0%
Couple	97	70%
Femme et homme	2	1%
Femme et couple	2	1%
Homme et couple	0	0%
Femme, homme et couple	25	18%

Tableau 13 : "Votre interrogatoire concerne : la femme ? l'homme ? le couple?" (Question à choix multiples)

En regroupant les réponses « femme », « homme », « couple », on obtient les résultats suivants :

- **30%** (41) des médecins déclarent interroger « la femme »,
- **20%** (27) des médecins interrogent « l'homme »,
- **90%** (124) déclarent interroger « le couple ».

Seul le sexe du médecin influence les résultats (**tableau 14**). Les autres variables n'ont pas de lien significatif.

Interrogatoire	Total	Médecins femmes	Médecins hommes	p
Femme	41 (30%)	22 (43%)	19 (22%)	p=0,007
Homme	27 (20%)	13 (25%)	14 (16%)	p=0,18
Couple	124 (90%)	41 (80%)	83 (95%)	p=0,003

Tableau 14 : "Votre interrogatoire concerne : la femme ? l'homme ? le couple?"
regroupement des résultats « femme », « homme », « couple » pour tous les médecins et en fonction du sexe.

Au total, si on regroupe les réponses « femme et homme » et « couple », on retrouve :

- **91%** (126) des médecins interrogent les deux membres du couple.
- Seulement **9%** (12) n'interrogent qu'un seul membre du couple (toujours la femme).
- Aucun médecin ne déclare interroger uniquement l'homme.

Parmi les médecins n'interrogeant que les femmes, 9 (75%) sont des femmes (soit 18% des médecins femmes) contre 3 (25%) des hommes (soit 3% des médecins hommes). La différence entre les deux sexes est statistiquement significative (p=0,005). 83% (10) font du suivi gynécologique, soit 12% des médecins assurant le suivi gynécologique contre seulement 4% de ceux n'en faisant (p=0,12).

Les autres variables n'ont pas de lien significatif

3.7.2 Examen clinique :

Examen clinique	Effectif	%
femme et homme	93	67%
la femme uniquement	22	16%
l'homme uniquement	4	3%
aucun examen clinique	19	14%

Tableau 15 : Personnes examinées par le médecin généraliste

67% (93) des médecins interrogés examinent les deux partenaires :

- 72% (63) des médecins hommes, contre 59% (30) des médecins femmes ($p=0,13$) ;
- 79% (22) des médecins de plus de 60 ans, contre 69% (36) des 50-60 ans ($p=0,29$), 65% (20) des 40-50 ans ($p=0,25$) et 55% (15) des moins de 40 ans ($p=0,08$) ;
- 72% (62) des médecins faisant de la gynécologie contre 60% (31) pour ceux qui n'en font pas ($p=0,13$) ;
- pas de différence significative en fonction du lieu d'exercice, de la formation en gynécologie ou plus spécifique en infertilité.

16% (22) n'examinent que la femme :

- 6% (5) des médecins hommes, contre 33% (17) des médecins femmes ($p<0,0001$) ;
- 33% (9) des médecins de moins de 40 ans contre 16% (5) des 40-50ans ($p=0,22$), 13% (7) des 50-60 ans ($p=0,016$) et 4% (1) des plus de 60 ans ($p=0,005$) ;
- 23% (20) des médecins faisant de la gynécologie contre 4% (2) pour ceux qui n'en font pas ($p=0,004$) ;
- 30% (13) des médecins ayant suivi une formation en gynécologie contre 9% (9) des médecins n'ayant pas été formé en gynécologie ($p=0,003$) ;
- pas de différence significative en fonction du lieu d'exercice ni de la formation en infertilité.

3 % (4) n'examinent que l'homme :

- ce ne sont que des médecins hommes (soit 5% des médecins hommes ($p=0,12$)) ;
- âgés de plus de 40 ans (mais pas de différence significative en fonction de l'âge) ;
- ne faisant pas de suivi gynécologique ($p=0,009$) ;
- pas de différence significative en fonction du lieu d'exercice ni de la formation en gynécologie ou en infertilité.

Enfin **14%** (19) des médecins ne font aucun examen clinique :

- 17% (15) des médecins hommes, 8% (4) des médecins femmes (p=0,12) ;
- pas de différence significative en fonction de la catégorie d'âge ;
- 29% (15) des médecins n'assurant pas le suivi gynécologique, contre 5% (4) parmi ceux qui déclarent en faire (p< 0,0001) ;
- pas de différence significative en fonction du lieu d'exercice, ni de la formation en gynécologie ou en infertilité.

Tous les médecins ayant suivi une formation plus spécifique en infertilité examinent les patients : 86% (12) examinent l'homme et la femme, 7% examinent seulement la femme, 7% examinent seulement l'homme, mais les différences ne sont pas significatives par rapport à ceux n'ayant pas effectué ce type de formation.

Au total, **83 %** (115) des médecins généralistes interrogés disent examiner la femme, contre seulement **70%** des médecins (97) pour l'examen de l'homme (p=0,01).

Les médecins femmes examinent plus la femme que l'homme (respectivement 92% et 59%, p<0,0001). Pour les médecins hommes, il n'y a pas de différence significative entre l'examen de la femme et de l'homme (respectivement 78% et 77%, p=0,87).

3.7.2.a. Examen clinique de la femme

83 % (115) des médecins généralistes interrogés disent examiner la femme.

Le **tableau 16** donne les résultats statistiquement significatifs. Les autres variables (âge du médecin, date de soutenance de thèse ou d'installation, secteur d'installation) n'ont pas de lien significatif.

	Pas d'examen clinique de la femme	Examen clinique de la femme	p
Sexe			
- homme	19 (22%)	68 (78%)	p=0,033
- femme	4 (8%)	47 (92%)	
Suivi gynécologique			
- oui	4 (5%)	82 (95%)	p<0,001
- non	19 (37%)	33 (63%)	
Formation en gynécologie			
- oui	4 (9%)	39 (91%)	p=0,14 (ns)
- non	19 (20%)	76 (80%)	
Formation en infertilité			
- oui	1 (7%)	13 (93%)	p=0,42 (ns)
- non	22 (18%)	102 (82%)	

Tableau 16 : Examen clinique de la femme selon le sexe du médecin, le suivi en gynécologie et la formation en gynécologie ou infertilité.

3.7.2.b. Examen gynécologique de la femme

Parmi les médecins examinant la femme (115), **96%** (110) déclarent pratiquer un examen gynécologique. 4% (5) ne font jamais d'examen gynécologique (tous âgés de plus de 50 ans et ne faisant pas de suivi gynécologique) (**Tableau 17**).

Examen gynécologique	Effectif	%
Oui, toujours	29	25%
Oui, souvent	39	34%
Oui, quelquefois	42	37%
Non, jamais	5	4%

Tableau 17 : Examen gynécologique, parmi les médecins examinant la femme.

Sur les 138 médecins interrogés, 90% des médecins femmes contre 73% des médecins hommes réalisent l'examen gynécologique ($p=0,027$). Parmi les médecins déclarant faire un examen clinique de la femme, 98% des médecins femmes contre 94% des médecins hommes font l'examen gynécologique (non significatif).

La **figure 2** compare, parmi les médecins examinant la femme, ceux qui font un examen gynécologique selon le sexe du médecin et la fréquence : il apparaît que les médecins femmes font plus systématiquement un examen gynécologique que les médecins hommes : 81% des médecins femmes déclarent le faire "*souvent*" (51%) ou "*toujours*" (30%) contre 44% des médecins hommes ("*souvent*" 22%, "*toujours*" 22%) ($p<0,001$). Pour un médecin homme sur 2, cet examen n'est réalisé que "*quelquefois*".

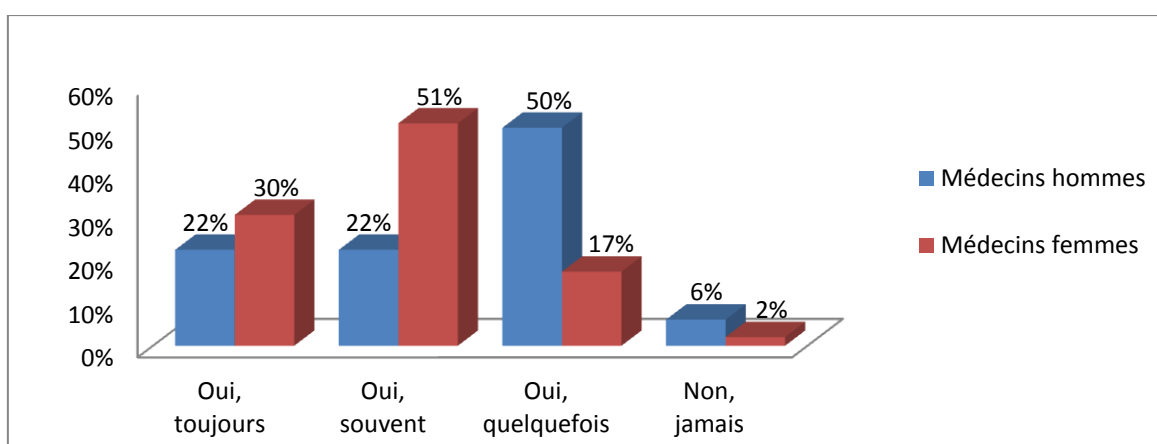


Figure 2 : Examen gynécologique par les médecins réalisant l'examen physique des femmes, selon leur sexe.

Tous les médecins de **moins de 40 ans** et de **40-50 ans** examinant la femme déclarent faire l'examen gynécologique à la différence de leurs confrères plus âgés (91% pour les 50-60 ans et 96% pour les plus de 60 ans, ns). La fréquence d'examen

gynécologique est moins importante pour les médecins de plus de 60 ans : 44% déclarent le faire "souvent"+ "toujours" contre 60% des 50-60 ans, 64% des 40-50 ans et 67% des moins de 40 ans mais les différences en fonction des catégories d'âge ne sont pas statistiquement significatives.

Les médecins thésès et installés depuis moins de 10 ans font l'examen gynécologique plus fréquemment que leurs confrères mais les différences ne sont pas non plus significatives.

Parmi les médecins examinant la femme, tous les médecins assurant le **suivi gynécologique** font l'examen gynécologique de leurs patientes dans le cadre du bilan d'infertilité contre 85% des médecins ne faisant pas de gynécologie ($p<0,0001$) et de façon plus fréquente : 73% déclarent le faire "souvent" (41%) ou "toujours" (32%) s'ils font de la gynécologie contre 24% s'ils n'en font pas ("souvent" 15%, "toujours" 4%) ($p<0,0001$). La majorité des médecins ne faisant pas de gynécologie (61%) ne le font que "quelquefois" (**Figure 3**).

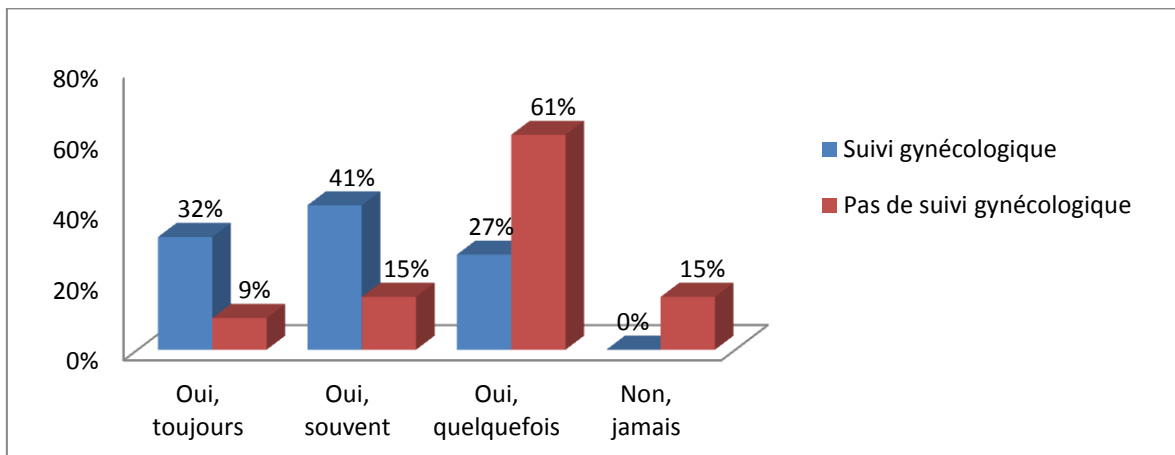


Figure 3 : Examen gynécologique par les médecins selon qu'ils assurent ou pas le suivi gynécologique.

En secteur rural, tous les médecins examinant la femme déclarent réaliser l'examen gynécologique, 96% en secteur semi-rural, 91% en secteur urbain. Les différences ne sont pas significatives.

Enfin, parmi les médecins examinant la femme, tous ceux qui ont suivi une formation en gynécologie ou en infertilité font l'examen gynécologique, mais les différences ne sont pas significatives par rapport aux médecins n'ayant pas suivi de formation complémentaire (respectivement 100% et 94%, ns; 100% et 95%, ns).

3.7.2.c. Examen clinique de l'homme

70% (97) des médecins généralistes interrogés disent examiner l'homme.

Le *tableau 18* détaille les résultats en fonction du sexe des médecins, de l'âge, de l'année de thèse et d'installation et de la formation en gynécologie et infertilité. Il n'y a pas de différence en fonction du secteur d'installation ou du suivi gynécologique des patientes.

	Pas d'examen clinique de l'homme	Examen clinique de l'homme	P
Sexe			
- homme	20 (23%)	67 (77%)	
- femme	21 (41%)	30 (59%)	p=0,02
Age			
- plus de 60 ans	5 (18%)	23 (82%)	
- entre 50 et 60 ans	14 (27%)	38 (73%)	p=0,28 (ns)
- entre 40 et 50 ans	10 (32%)	21 (68%)	p=0,23 (ns)
- moins de 40 ans	12 (44%)	15 (56%)	p=0,042
Thèse (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	19 (24%)	61 (76%)	
- entre 10 et 20 ans	10 (33%)	20 (67%)	p=0,33 (ns)
- moins de 10 ans	12 (43%)	16 (57%)	p=0,051 (ns)
Installation (nombre d'années)			
- plus de 20 ans	19 (25%)	58 (75%)	
- entre 10 et 20 ans	8 (30%)	19 (70%)	p=0,61(ns)
- moins de 10 ans	14 (41%)	20 (59%)	p=0,07 (ns)
Formation en gynécologie			
- oui	16 (37%)	70 (63%)	p=0,23 (ns)
- non	25 (26%)	27 (74%)	
Formation en infertilité			
- oui	1 (7%)	13 (93%)	
- non	40 (32%)	84 (68%)	p=0,17 (ns)

Tableau 18 : Examen clinique de l'homme selon le sexe du médecin, l'âge, l'année de thèse et d'installation et la formation en gynécologie ou infertilité.

3.7.2.d. Examen génital de l'homme

Parmi les médecins examinant l'homme, 91% (88) déclarent pratiquer un examen génital. 9% (9) ne font pas d'examen génital chez l'homme. (**Tableau 19**)

Examen génital	Effectif	%
Oui, toujours	23	24%
Oui, souvent	17	18%
Oui, quelquefois	48	49%
Non, jamais	9	9%

Tableau 19 : Examen génital de l'homme, parmi les médecins examinant l'homme.

Les médecins **hommes** réalisent un examen génital de l'homme plus souvent que leurs consœurs : sur les 138 médecins interrogés, 53% (27) des femmes médecins contre 70% (61) des hommes médecins répondent positivement ($p=0,043$). Parmi les médecins déclarant faire un examen clinique de l'homme, 91% des médecins hommes contre 90% des médecins femmes font l'examen génital de l'homme : la différence n'est significative qu'en terme de fréquence de cet examen en fonction du sexe (**figure 4**).

Ainsi, 54% des médecins hommes déclarent le faire "toujours" (33%) ou "souvent" (21%) contre 13% des médecins femmes ("toujours" 3%, "souvent" 10%) ($p<0,001$). Pour une majorité de médecins femmes examinant l'homme (77%), cet examen n'est réalisé que "quelquefois".

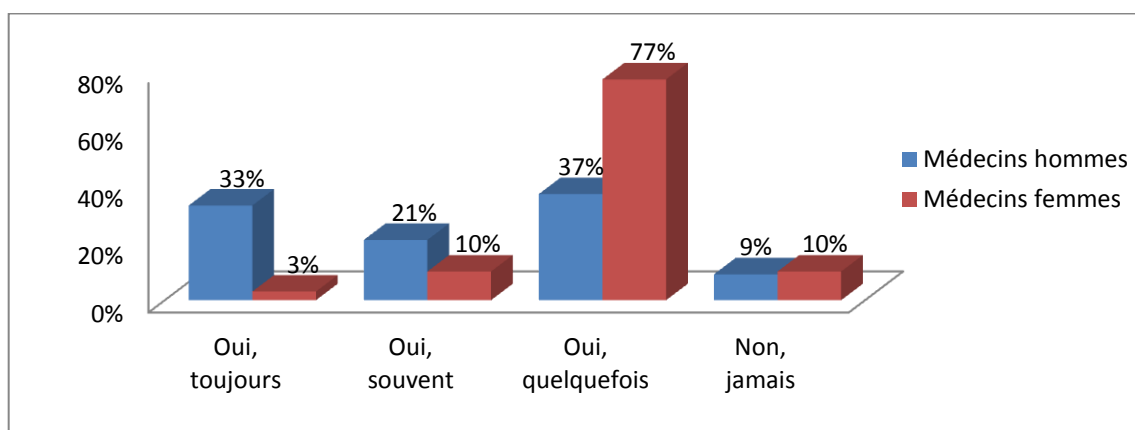


Figure 4 : Examen génital par les médecins réalisant l'examen physique des hommes, selon leur sexe.

À la différence de l'examen gynécologique chez la femme, le suivi gynécologique des patientes n'influence pas la réalisation d'un examen génital chez l'homme (différence non significative entre les 2 groupes).

Alors qu'ils déclarent faire moins fréquemment l'examen gynécologique que les médecins plus jeunes, les médecins de plus de 60 ans font systématiquement l'examen génital de l'homme contre 84% des 50-60 ans, 90% des 40-50 ans et 93% des moins de 40

ans (différences non significatives). La fréquence de l'examen génital est plus importante pour les médecins de plus de 60 ans : 56% déclarent le faire "*souvent*" + "*toujours*" contre 42% des 50-60 ans, 29% des 40-50 ans et 33% des moins de 40 ans mais les différences en fonction des catégories d'âge ne sont pas non plus statistiquement significatives.

Les médecins les plus anciennement thésès et installés font plus souvent l'examen génital mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Il n'y a pas de différence significative en fonction du secteur d'installation ou de la formation en gynécologie.

Parmi les médecins examinant l'homme, les médecins ayant suivi une formation plus spécifique en infertilité font l'examen génital de l'homme plus souvent que ceux n'ayant pas fait de formation en infertilité : respectivement 61% "*toujours*" + "*souvent*" contre 38% ($p=0,066$).

3.8. Prescription des examens complémentaires :

57% des médecins interrogés (78) prescrivent des examens complémentaires, le reste (60 soit 43%) adressent directement leurs patients aux spécialistes.

74% des médecins qui prescrivent des examens complémentaires assurent le suivi gynécologique de leurs patients, 37% ont suivi une formation complémentaire en gynécologie et 13% une formation plus spécifique en infertilité.

Le **tableau 20** donne les résultats statistiquement significatifs. Les autres variables (sexe du médecin, âge, année de thèse ou d'installation) n'ont pas de lien significatif.

	Envoi directement aux spécialistes	Prescription d'examens complémentaires	p
Secteur d'installation			
- rural	22 (71%)	9 (29%)	
- semi-rural	28 (38%)	39 (62%)	p=0,002
- urbain	14 (32%)	30 (68%)	p=0,001
Suivi en gynécologie			
- oui	28 (33%)	58 (67%)	
- non	32 (62%)	20 (38%)	p=0,001
Formation en gynécologie			
- oui	14 (33%)	29 (67%)	
- non	46 (48%)	49 (52%)	p=0,064
Formation en infertilité			
- oui	2 (14%)	12 (86%)	
- non	58 (47%)	66 (53%)	p=0,022

Tableau 20 : Prescription des examens complémentaires selon le secteur d'installation, le suivi en gynécologie et la formation en gynécologie ou infertilité.

3.8.1. Délai de prescription des examens complémentaires

Le **tableau 21** donne le délai d'infertilité au delà duquel les médecins prescrivent des examens complémentaires (en l'absence de facteurs de risque identifiés).

Délai d'infertilité	Effectif	%
immédiatement	3	4%
6 mois	11	14%
12 mois	40	51%
24 mois	24	31%

Tableau 21 : Délai de prescription des examens complémentaires

Un peu plus de la moitié des médecins prescripteurs (51%) le fait à partir de 12 mois d'infertilité. Seulement 4% le font immédiatement (tous âgés de plus de 60 ans).

3.8.2. Analyse du contenu du bilan prescrit

Le bilan prescrit concerne :

- les **2 membres du couple** pour **88%** des médecins prescripteurs (69 médecins),
- uniquement la femme pour 8% (6 médecins),
- uniquement l'homme pour 4% (3 médecins).

3.8.2.a. Examens complémentaires prescrits chez la femme

Les résultats concernant les examens prescrits par les médecins généralistes chez la femme sont synthétisés dans le **tableau 22**.

Examens chez la femme	Effectif	%
Echographie pelvienne	66	88
Courbe de température	64	85
Frottis cervico-utérin	51	68
FSH	51	68
LH	51	68
Sérologie chlamydia	47	63
SérologieVIH	42	56
NFS	39	52
TPHA / VDRL	38	51
Sérologie rubéole	37	49
Sérologie toxoplasmose	36	48
E2	36	48
Prélèvement vaginal	34	45
Sérologie HCV	33	44
Sérologie HBV	32	43
Progestérone	31	41
ECBU	29	39
Test post-coïtal	12	16
Autres	5	7
AMH	3	4
Hystérosalpingographie	2	3
Cœlioscopie	0	0
Hystéroscopie	0	0

Tableau 22 : Examens prescrits chez la femme.

Dans "Autres", 5 médecins ont rajouté le bilan thyroïdien.

3.8.2.b. Examens complémentaires prescrits chez l'homme

Le **tableau 23** donne les résultats concernant les examens prescrits par les médecins généralistes dans le bilan de l'homme.

Examens chez l'homme	Effectif	%
Spermogramme / spermocytogramme	65	90
NFS	37	51
Sérologie chlamydia	34	47
Testotérone	33	46
Sérologie VIH	33	46
TPHA / VDRL	29	40
Spermoculture	28	39
Sérologie HBV	27	38
Sérologie HCV	23	32
Echographie testiculaire	12	17
LH	10	14
Test post-coïtal	10	14
FSH	9	13
SHBG	4	6
Ac anti-spermatozoïdes	3	4
Autres	1	1
AMH	0	0

Tableau 23 : Examens prescrits chez l'homme

Dans "Autres" chez l'homme, un médecin a rajouté la glycémie et le bilan lipidique.

3.9. Coordination avec les spécialistes

3.9.1. Spécialistes vers qui les couples sont adressés

Les médecins généralistes de cette étude adressent leurs patients essentiellement aux **gynécologues** (67%) ou aux **médecins des centres d'AMP** (49%). (*Tableau 24*)

Spécialistes	Effectif	%
Gynécologue	93	67%
Endocrinologue	10	7%
Urologue	21	15%
Médecin spécialiste AMP	67	49%
Psychiatre	0	0%
Psychologue	6	4%
Sexologue	5	4%
Autre	1	0%

Tableau 24 : Médecins spécialistes vers lesquels sont adressés les patients par les médecins généralistes

3.9.2. Critères faisant adresser rapidement les couples aux spécialistes

Les principaux critères cliniques ou paracliniques qui feraient adresser plus rapidement les couples aux spécialistes sont (*Figure 5*):

- le **décal d'infertilité** pour 59% des médecins,
- l'**âge de la femme** pour 55%,
- la **demande des patients** pour 54%.

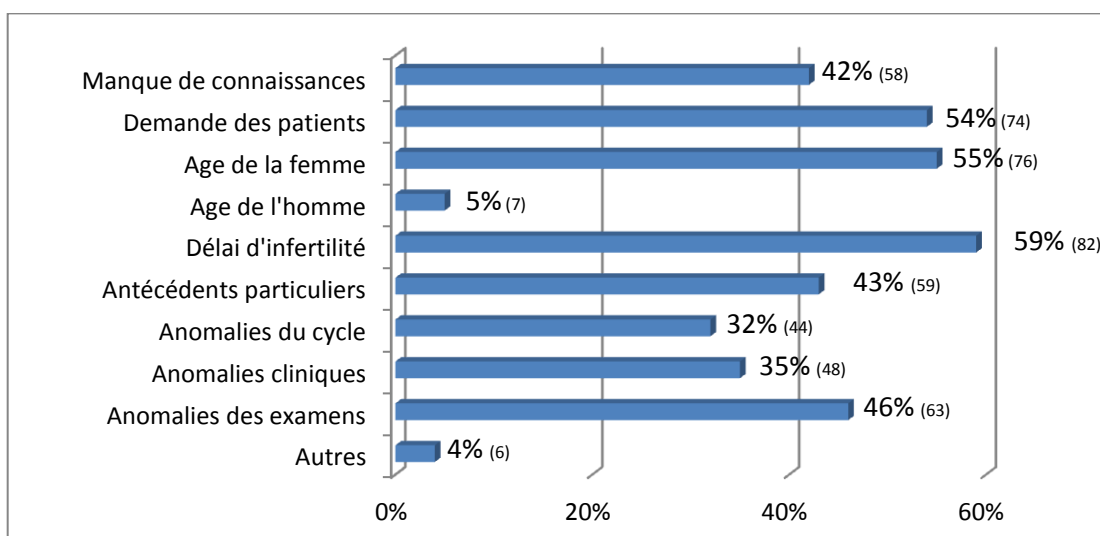


Figure 5 : "Quels critères vous feraient adresser plus rapidement les patients aux spécialistes?"

Dans "autres", 2 médecins ont signalé qu'ils adressaient rapidement aux spécialistes à cause de la difficulté à réaliser l'ensemble des examens complémentaires et à cause de la prise en charge hyperspécialisée qui leur échappe.

3.9.3. *Communication avec les spécialistes*

Un médecin généraliste sur 3 de cette étude (47) est satisfait de la communication avec les spécialistes. 66% (91) ne sont pas satisfaits.

Les médecins **femmes** (16% satisfaites contre 45% des médecins hommes, $p < 0,001$) et les médecins assurant le **suivi gynécologique** de leurs patientes (26% satisfaits contre 48% s'ils ne font pas de gynécologie, $p = 0,01$) sont les moins satisfaits de la relation avec les spécialistes.

A l'inverse, les **médecins les plus âgés** sont plus satisfaits de la communication avec les spécialistes que les médecins plus jeunes : 64% des plus de 60 ans contre 25% des 50-60ans ($p < 0,001$), 23% des 40-50 ans ($p = 0,001$) et 33% des moins de 40 ans ($p = 0,03$).

Il n'y a pas de différence significative en fonction de l'année de thèse ou d'installation, ni en fonction du secteur d'installation, ni de la formation en gynécologie ou en infertilité.

3.9.4. *Coordination avec les spécialistes*

30% (41) des médecins généralistes interrogés pensent jouer le rôle de coordination entre les différents spécialistes en ce qui concerne la prise en charge de l'infertilité.

Les **médecins les plus âgés** sont plus nombreux à considérer assurer la coordination avec les spécialistes que les médecins plus jeunes : 46% des plus de 60 ans contre 21% des 50-60ans ($p < 0,01$), 32% des 40-50 ans ($p = 0,29$) et 26% des moins de 40 ans ($p = 0,57$).

42% des médecins exerçant en secteur rural considèrent jouer le rôle de coordination entre les spécialistes contre 29% en secteur semi-rural et 23% en secteur urbain mais les différences ne sont pas significatives (respectivement $p = 0,16$ et $0,075$).

57% des médecins ayant suivi une **formation en infertilité** pensent jouer ce rôle contre 27% des médecins sans formation ($p = 0,012$).

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe du médecin, de l'année de thèse ou d'installation, du suivi gynécologique ou de la formation en gynécologie.

3.10. Informations, conseils et accompagnement

3.10.1. Informations

95% des médecins interrogés déclarent donner des informations aux couples consultant pour infertilité (**Figure 6**) :

- 63% des médecins de l'étude donnent la **définition** de l'infertilité.
- 51% citent les **facteurs de risque** d'infertilité (âge, surpoids...).
- 49% donnent les **causes principales** d'infertilité.

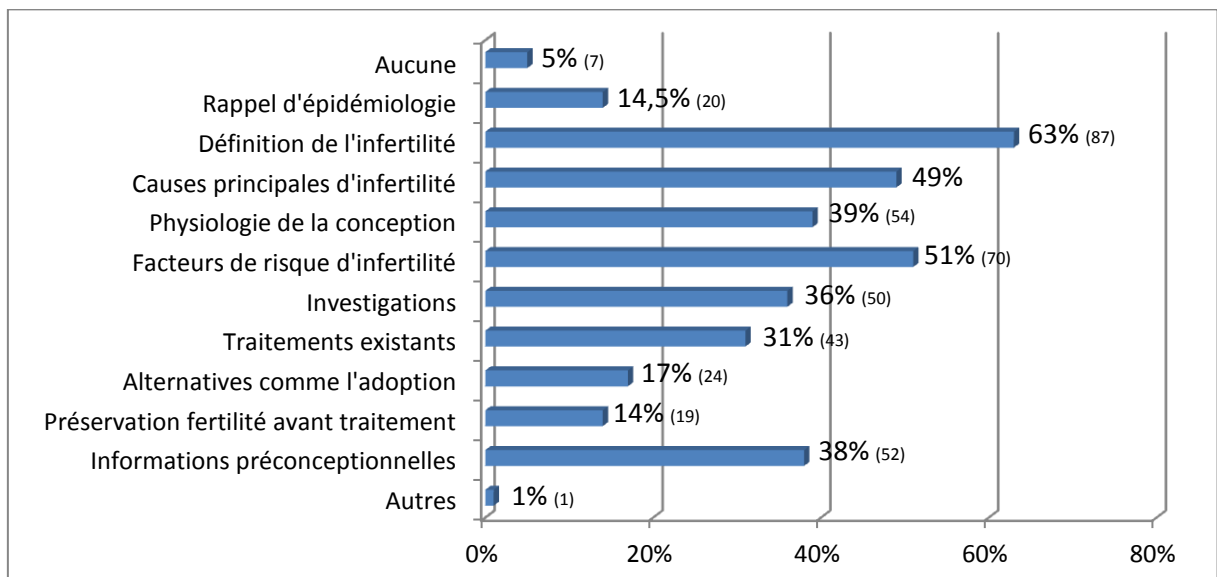


Figure 6 : "Quelles informations donnez-vous en général aux patients consultant pour infertilité?"

Dans "Autres", un médecin a précisé : *"l'information délivrée aux patients est très variable en fonction des couples. Je reste très rassurant et répond simplement aux questions, de façon peu scientifique pour éviter l'accès à internet par la suite qui est quasi systématique"*.

3.10.2. Conseils

99% donnent des conseils aux couples consultant pour infertilité. Les principaux conseils donnés sont (*Figure 7*):

- 73% recommandent l'**arrêt ou la diminution du tabac**.
- 72% recommandent à leurs patientes de **réaliser une courbe de température**.
- 52% recommandent l'**arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool**.
- 52% recommandent des **rapports sexuels réguliers**.
- 48% recommandent des **rapports sexuels ciblés sur la période du cycle la plus propice**.

Dans les "autres" conseils donnés, plusieurs médecins (5) ont insisté sur la nécessité de rassurer les patients et de créer au sein du couple une atmosphère plus détendue ("*ne pas se stresser*", "*ne pas se focaliser sur le problème*", "*sophrologie*", "*avoir des rapports sexuels les plus détendus possibles*", "*recréer une atmosphère partagée de désir sexuel*", "*conserver la notion de plaisir sexuel, ne pas programmer systématiquement les rapports*").

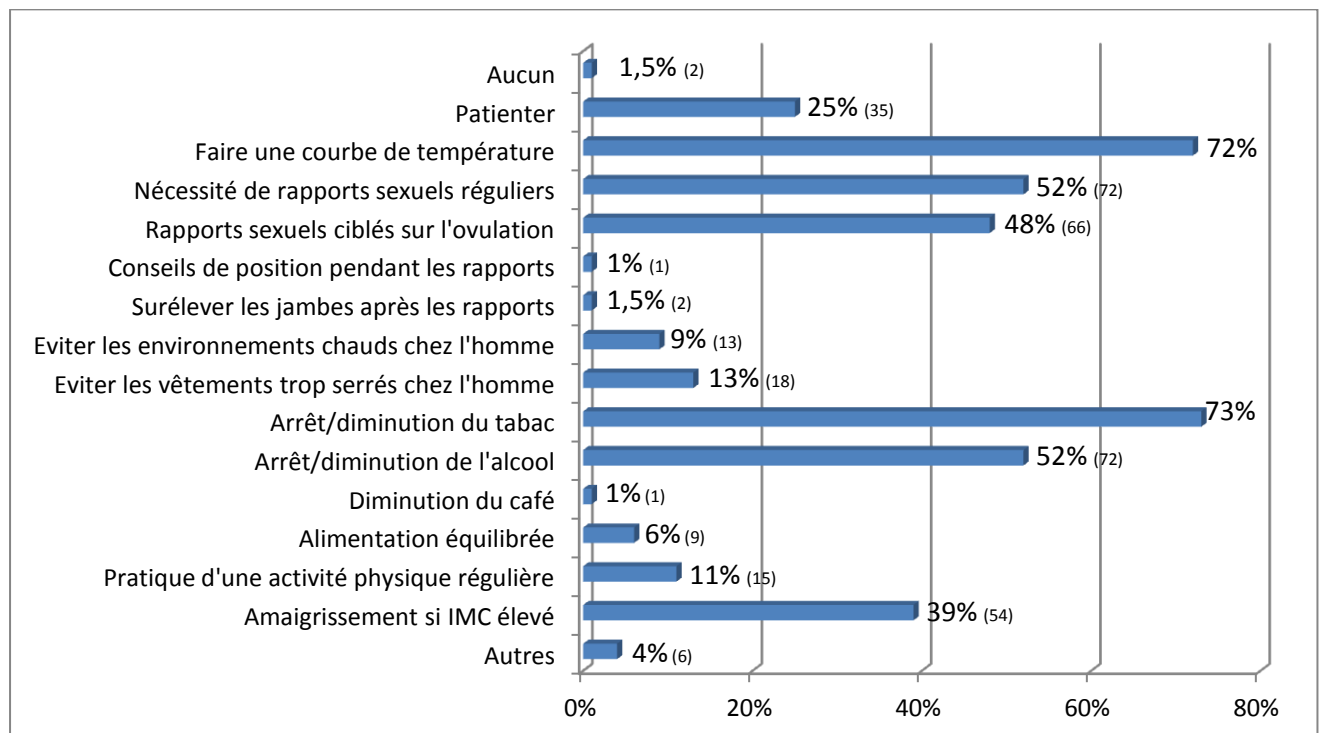


Figure 7 : "Quels conseils donnez-vous en général aux patients consultant pour infertilité ?"

Les conseils concernant la fréquence des rapports donnés par les médecins qui demandent à leurs patients d'avoir des rapports sexuels réguliers sont très hétérogènes allant d'un rapport hebdomadaire à un rapport quotidien. Pour un peu plus d'un médecin sur 5, il ne faut pas donner de fréquence mais en fonction de l' "envie" ou du "désir", alors que pour un médecin sur 10, il faut cibler la période autour de l'ovulation avec un rapport quotidien dans cette période (**Figure 8**).

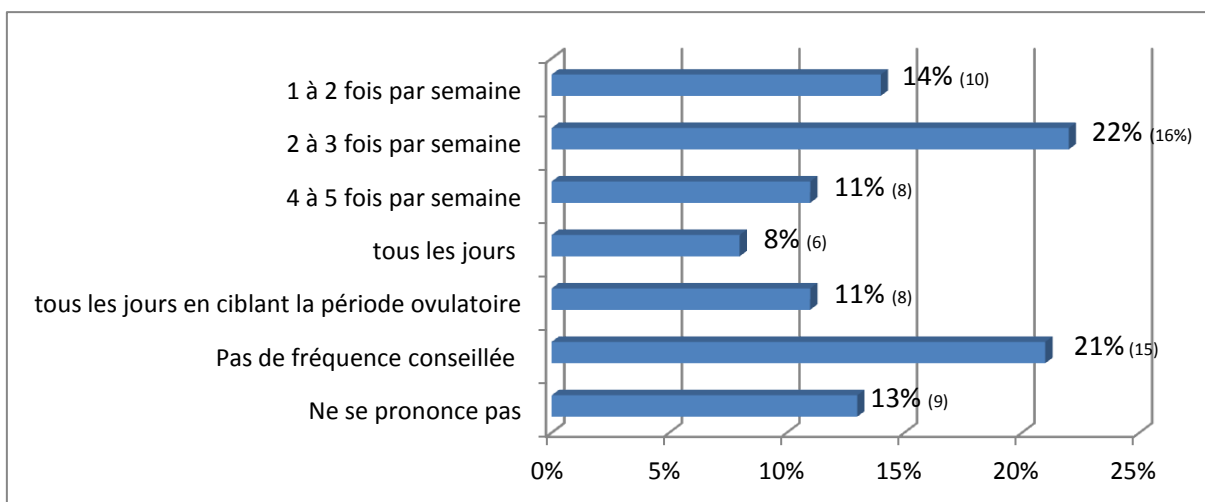


Figure 8 : Fréquence des rapports sexuels conseillés

3.10.3. Accompagnement

3.10.3.a. Évaluation du retentissement de l'infertilité

Une majorité de médecins déclare évaluer le retentissement de l'infertilité à différents niveaux :

- **93%** sur le plan personnel (humeur, anxiété...), avec 68% "souvent" + "toujours",
- **94%** sur leur vie de couple, avec 67% "souvent" + "toujours",
- **88%** sur leur vie familiale, avec près d'un médecin sur 2 "souvent" + "toujours" (49%),
- **83%** sur leur sexualité, avec près d'un médecin sur 2 "souvent" + "toujours" (49%),
- **60%** sur leur vie professionnelle, avec 1 médecin sur 4 "souvent" + "toujours" (24%).

La **figure 9** détaille la fréquence de cette évaluation aux différents niveaux :

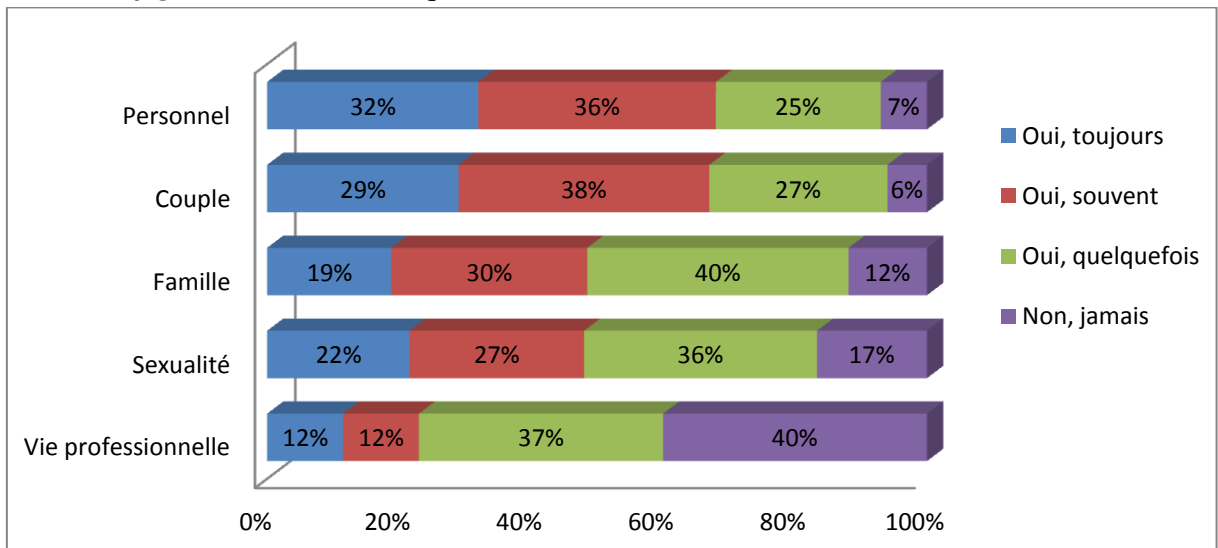


Figure 9 : " Évaluez-vous le retentissement de l'infertilité sur le plan personnel (humeur, anxiété)? sur leur vie de couple? leur vie familiale ? sur leur sexualité ? sur leur vie professionnelle ?

Il n'y a pas de différence significative en fonction des différentes variables.

3.10.3.b. Moyens d'accompagnement et d'aide aux couples en situation d'infertilité (Figure 10)

Le principal moyen d'accompagnement des couples proposé par les médecins ayant participé à cette étude est l'**écoute** (96%). 43% proposent une orientation vers un **psychologue**. Les autres moyens d'accompagnement et d'aide au choix dans le questionnaire (prescription médicamenteuse, arrêt de travail, orientation vers psychiatre ou sexologue, vers des associations...) sont moins souvent proposés par les médecins.

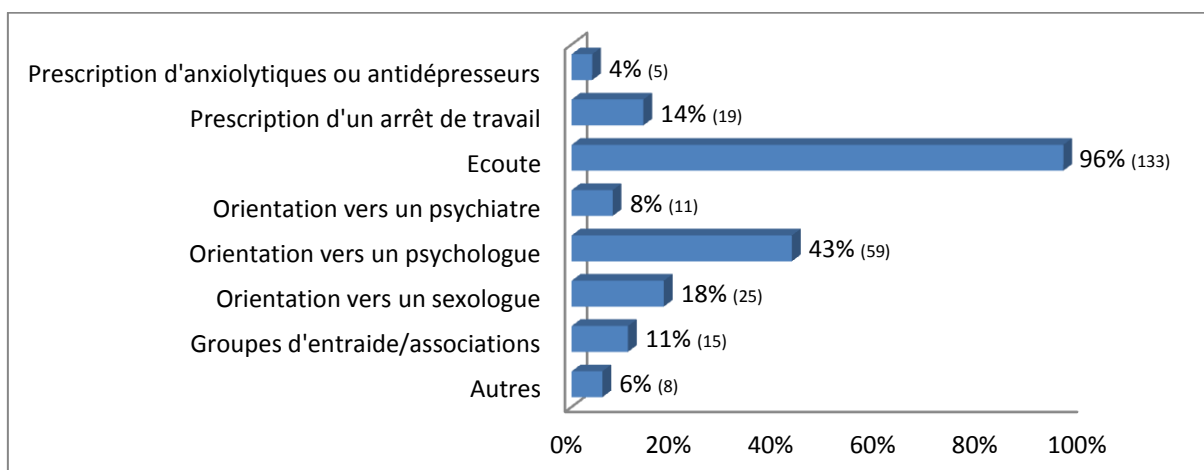


Figure 10 : "Quels moyens d'accompagnement et d'aide avez-vous déjà proposés à vos patients en situation d'infertilité ?"

Dans "Autres", ont également été citées par 4 médecins : l'homéopathie, les thérapies manuelles, l'ostéopathie et l'acupuncture.

3.11. Traitement

3.11.1. Prescription d'un traitement médicamenteux

17% (24) des médecins interrogés ont déjà prescrit un traitement médicamenteux pour infertilité :

- 42% (10) en prescription initiale (soit 7% de l'effectif total) : Clominophène (8/10), Progestatifs (2/10).

- 42% (10) en renouvellement (soit 7% de l'effectif total) : Clominofène, Metformine.

- 16% (4) en prescription initiale et en renouvellement (soit 3% de l'effectif total).

Quelques médecins (3) ont évoqué la prescription de traitement en vue d'une AMP à l'étranger (Espagne).

75% (18/24) de ces médecins font de la gynécologie, 25% (6) ont suivi une formation en gynécologie et 21% (5) une formation en infertilité.

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins prescripteurs de traitement pour infertilité et les non prescripteurs en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation, du suivi ou de la formation en gynécologie.

36% des médecins ayant suivi une **formation en infertilité** ont déjà prescrit un traitement pour infertilité contre 15% pour les médecins n'ayant pas suivi ce type de formation ($p=0,056$).

Enfin, la différence n'est pas non plus statistiquement significative entre les médecins prescrivant un bilan d'infertilité par rapport à ceux adressant directement aux spécialistes (22% contre 12%, $p=0,17$).

Les 14 médecins ayant déjà instauré un traitement pour infertilité (prescription initiale) assurent le suivi gynécologique de leurs patientes pour 79% d'entre eux (11/14). 29% (4) ont suivi une formation en gynécologie et 21% (3/14) une formation en infertilité.

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe du médecin, de son âge, de l'année de thèse ou d'installation, de son secteur d'installation, du suivi gynécologique et de la formation en gynécologie.

21% des médecins ayant suivi une **formation en infertilité** ont déjà fait une prescription initiale d'un traitement pour infertilité, contre 9% pour ceux n'ayant pas suivi de formation complémentaire ($p=0,17$).

Concernant les 14 médecins ayant déjà prescrit un renouvellement, 71% (10/14) font de la gynécologie, 29% (4) ont suivi une formation en gynécologie et 21% (3/14) une formation en infertilité. Il n'y a pas de différence significative en fonction des différentes variables.

3.11.2. Questions des patients sur les traitements pour infertilité

80% (111) des médecins de l'étude ont déjà été sollicités par leurs patients pour des questions concernant le traitement pour infertilité.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du secteur d'installation et de la formation en gynécologie ou en infertilité.

85% des médecins assurant le **suivi gynécologique** de leurs patientes estiment avoir été confrontés à des questions concernant les traitements pour infertilité contre 73% pour ceux ne faisant pas de gynécologie, mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,056$).

Le **tableau 25** donne les motifs des questions posées aux médecins généralistes concernant les traitements pour infertilité. La **demande d'informations** concernant ces traitements et leurs **effets indésirables** sont les principaux motifs d'interrogation des couples.

Motifs des questions	Effectif	%
Demande d'informations	78	70%
Effets indésirables	43	39%
Suivi du traitement	29	26%
Aide à la réflexion	25	23%
Autres	1	1%

Tableau 25 : Motifs des questions sur les traitements posées aux médecins généralistes.

Dans "Autres", un médecin a précisé la prescription des renouvellements.

3.11.3. Effets indésirables des traitements

30% (41) des médecins généralistes de l'étude ont déclaré avoir déjà été confrontés à des effets indésirables des traitements prescrits pour infertilité.

Le **tableau 26** donne les résultats statistiquement significatifs. Les autres variables (sexe du médecin, année de thèse ou d'installation) n'ont pas de lien significatif.

	Médecins n'ayant jamais confrontés aux effets indésirables	Médecins ayant déjà été confrontés aux effets indésirables	p
Age			
- plus de 60 ans	24 (86%)	4 (14%)	
- entre 50 et 60 ans	34 (65%)	18 (35%)	p=0,037
- entre 40 et 50 ans	20 (65%)	11 (35%)	p=0,07 (ns)
- moins de 40 ans	19 (70%)	8 (30%)	p=0,17 (ns)
Secteur d'installation			
- rural	19 (61%)	12 (39%)	
- semi-rural	44 (70%)	19 (30%)	p=0,35 (ns)
- urbain	34 (77%)	10 (23%)	p=0,12 (ns)
Suivi gynécologique			
- oui	53 (62%)	33 (38%)	
- non	44 (85%)	8 (15%)	p=0,004
Formation complémentaire en gynécologie			
- oui	25 (58%)	18 (42%)	
- non	72 (76%)	23 (24%)	p=0,036
Formation complémentaire en infertilité			
- oui	7 (50%)	7 (50%)	
- non	90 (73%)	34 (27%)	p=0,061 (ns)
Prescription de traitement pour infertilité			
- oui	13 (54%)	11 (46%)	
- non	84 (74%)	30 (26%)	p=0,048

Tableau 26 : Médecins confrontés aux effets indésirables des traitements pour infertilité, selon l'âge, le secteur d'installation, le suivi gynécologique, la formation en gynécologie ou infertilité et la prescription de traitement pour infertilité.

Les effets indésirables les plus fréquemment cités sont : les douleurs abdomino-pelviennes (34% des médecins ayant été confrontés à des effets indésirables), la prise de poids (27%), les troubles psychologiques (incluant stress, irritabilité et troubles de l'humeur pour 27%) et l'hyperstimulation ovarienne (22%) (**Tableau 27**).

Effets indésirables constatés	Effectif	%
Douleurs abdomino-pelviennes	14	34%
Prise de poids	11	27%
Troubles psychologiques	11	27%
Hyperstimulation ovarienne	9	22%
Nausées/Vomissements	7	17%
Asthénie	4	10%
Trouble du cycle/Métrorragies	4	10%
Bouffées de chaleur	3	7%
Acné	2	5%
Mastodynies	2	5%
Céphalées	1	2%
Grossesse multiple	1	2%
Œdèmes	1	2%

Tableau 27 : Effets indésirables constatés par les médecins généralistes.

92% des médecins de l'étude estiment ne pas connaître suffisamment les effets indésirables des traitements pour infertilité. Seulement 8% pensent les connaître suffisamment.

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation, du suivi gynécologique ou de la formation en gynécologie ou en infertilité. Le **tableau 28** donne les résultats statistiquement significatifs.

	Non connaissance des effets indésirables	Connaissance des effets indésirables	P
Secteur d'installation			
- rural	31 (100%)	0 (0%)	p=0,026
- semi-rural	54 (86%)	9 (14%)	
- urbain	42 (95%)	2 (5%)	p=0,10 (ns)
Prescription de traitement pour infertilité			
- oui	19 (80%)	5 (20%)	
- non	108 (95%)	6 (5%)	p=0,014
Connaissances en infertilité suffisantes			
- oui	25 (78%)	7 (22%)	
- non	102 (96%)	4 (4%)	p=0,005

Tableau 28 : Connaissance des effets indésirables des traitements pour infertilité, selon le secteur d'installation, la prescription de traitement pour infertilité et les connaissances générales sur l'infertilité.

3.12. Opinion des médecins généralistes

3.12.1. Problématique de médecine générale ?

69% (95) des médecins généralistes de l'étude considèrent l'infertilité comme une problématique de médecine générale.

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de thèse ou d'installation et du lieu d'exercice. Il n'y a pas non plus de différence significative selon que les médecins assurent ou pas le suivi gynécologique de leurs patientes ou qu'ils aient suivi une formation en gynécologie.

En revanche, les médecins ayant suivi une **formation en infertilité** considèrent tous qu'il s'agit d'une problématique de médecine générale, contrairement à leurs confrères n'ayant pas de formation spécifique dans ce domaine (100% contre 65%, $p=0,011$).

Les médecins qui considèrent l'infertilité comme une problématique de médecine générale par rapport aux autres médecins :

- abordent plus la question du désir d'enfants (89% contre 77%, $p=0,035$),
- sont plus nombreux à avoir déjà rempli un protocole de soins pour infertilité (68% contre 42%, $p=0,003$),
- sont plus prescripteurs d'examens complémentaires que leurs confrères qui préfèrent adresser directement aux spécialistes (63% contre 42%, $p=0,026$),
- sont plus nombreux à considérer jouer le rôle de coordination entre les différents spécialistes (39% contre 9%, $p=0,001$),
- évaluent plus fréquemment le retentissement de l'infertilité sur tous les plans (personnel, couple, famille, sexualité, professionnel).

Par contre il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour l'examen physique et génital de la femme et de l'homme, pour l'intérêt pour une formation en infertilité ou pour la prescription d'un traitement pour infertilité.

3.12.2. Principales difficultés rencontrées en médecine générale

Selon les médecins ayant participé à cette étude, les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des couples infertiles sont (**Figure 11**) :

- la **faible fréquence de l'infertilité** en pratique quotidienne pour 81%,
- l'**insuffisance de formation médicale** pour 75%,
- l'**exclusion d'une prise en charge hyperspécialisée** pour 63%.

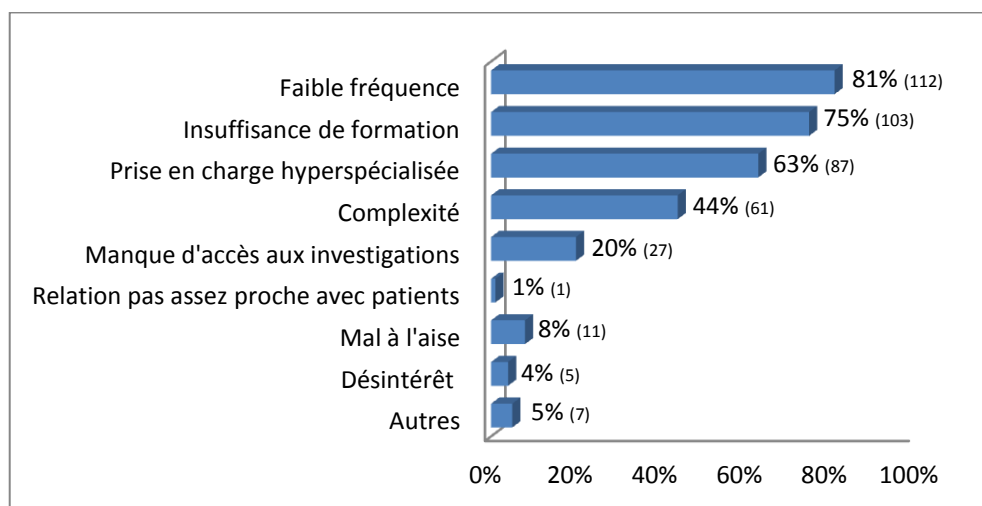


Figure 11 : "Quelles sont, selon vous, les 3 principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes ?"

Dans "Autres", 3 médecins ont évoqué le manque de temps face à des consultations qualifiées de "*chronophages*".

3.12.3. Propositions pour améliorer la prise en charge de l'infertilité en médecine générale (**Figure 12**)

Parmi la liste des propositions au choix pour améliorer la prise en charge de l'infertilité en médecine générale :

- 77% souhaitent la mise en place d'un **référentiel** les guidant dans la **prescription du bilan initial**.
- Près d'un médecin sur 2 (49%) est favorable à la mise en place de **fiches de liaison avec les spécialistes**.
- La formation médicale continue sous forme de **réunions de formation sur l'infertilité** fait partie des 3 propositions les plus intéressantes pour 47% des médecins interrogés.
- Enfin, 44% souhaitent le développement d'un **réseau avec les spécialistes de l'AMP**.

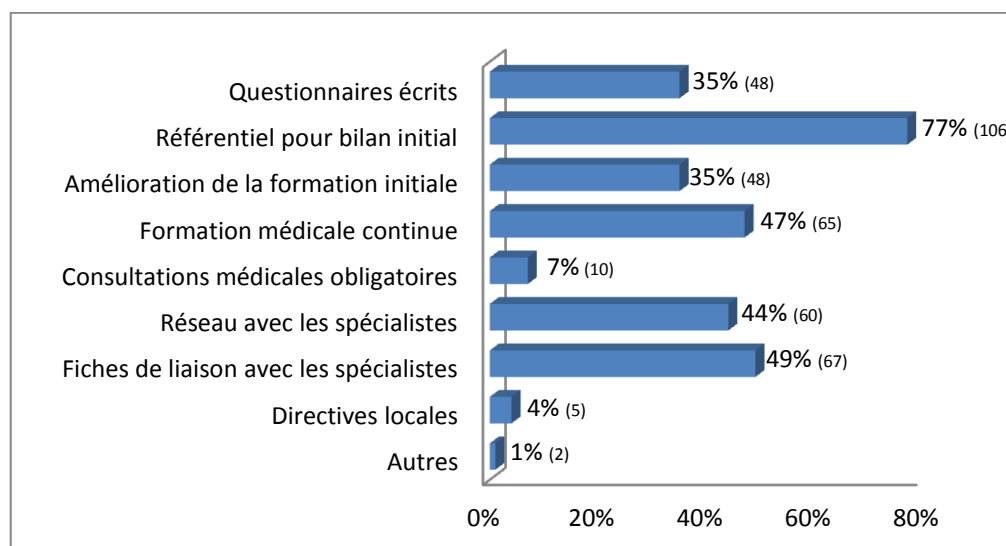


Figure 12 : "Quelles sont les 3 propositions qui vous paraissent les plus intéressantes pour améliorer la prise en charge de l'infertilité par les médecins généralistes ?"

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

93% des médecins interrogés ont déjà eu une consultation pour infertilité. Les médecins assurant le suivi gynécologique de leurs patientes ont logiquement été plus nombreux à être confrontés à cette problématique. En effet en France, selon les données du panel EPPM (étude permanente de la prescription médicale) en mai 2000 [18], les femmes qui consultent pour infertilité s'adressent préférentiellement aux gynécologues (92% des femmes consultent un gynécologue pour ce problème, seulement 5% le généraliste).

Il s'agit d'un motif de consultation peu fréquent : selon les bases de données Thalès et EPPM [18], cela correspond à 0,1-0,6% des actes en médecine générale. Dans notre étude, 3 médecins sur 4 déclarent avoir été consultés pour ce motif seulement "*quelquefois*".

Bien que peu fréquent, les médecins généralistes sont en première ligne face à ces couples infertiles puisque 80% déclarent les avoir vus **le plus souvent avant** la consultation chez le spécialiste.

4.1.1. Rôle diagnostique

4.1.1.a. Démarche diagnostique clinique

Interrogatoire

Au vu des résultats au sujet des personnes concernées par l'interrogatoire, on peut imaginer que la question a été mal formulée. Ainsi, conformément aux recommandations qui préconisent de voir le couple puis chaque membre séparément [5, 7, 8, 19, 20, 21, 22], seulement **18%** des médecins interrogeraient chaque partenaire du couple et le couple en tant que tel, alors qu'une majorité (**70%**) déclare n'interroger que le couple. Par "couple", les médecins ont probablement compris "les deux" et non le couple en tant qu'entité à part entière (vie sexuelle, intimité).

Si on comptabilise les résultats de "couple" comme équivalent à "l'homme ET la femme", **91%** des médecins interrogés s'intéressent aux deux membres du couple.

Ainsi **9%** des médecins n'interrogent qu'un seul partenaire, en l'occurrence la femme, alors que les recommandations insistent sur l'intérêt de s'intéresser aux 2 membres du couple. Il s'agit le plus souvent de médecins femmes, faisant du suivi gynécologique.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela : les patientes peuvent consulter seules au cabinet pour ce motif ou le médecin généraliste n'est le médecin traitant que de la femme ou éventuellement la femme profite d'une consultation de gynécologie pour parler de ce problème, excluant l'homme.

Examen clinique

La littérature recommande un examen clinique des 2 partenaires [5, 7, 8, 19, 20, 21, 22] : **2 médecins sur 3** respectent cette recommandation. Les hommes sont moins examinés que les femmes : 70% des médecins examinent l'homme contre 83% pour l'examen de la femme ($p=0,01$). Ils ne sont que 14% à ne faire aucun examen clinique.

Les deux principaux facteurs qui semblent influencer les résultats concernant l'examen de la femme et l'examen gynécologique sont le **sexe** du médecin et le **suivi en gynécologie** : les médecins femmes et les médecins assurant le suivi gynécologique ont tendance à examiner plus souvent la femme et à faire plus souvent l'examen gynécologique. Comme une majorité de médecins femmes font du suivi gynécologique, à la différence de leurs confrères, probablement que le facteur le plus influent est le sexe du médecin.

A l'inverse, pour l'examen de l'homme : ce sont les médecins hommes qui examinent le plus les hommes, sur le plan général ou sur le plan urologique, par rapport à leur consœurs.

Alors qu'ils ont tendance à moins examiner la femme sur le plan gynécologique, les médecins les plus âgés examinent plus les hommes que leurs confrères plus jeunes, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative. L'expérience explique peut-être qu'ils se sentent plus à l'aise avec l'examen génital de l'homme, qui n'est pas bien enseigné à la faculté. La tendance à la féminisation de la profession [3] est également aussi une explication : les médecins les plus jeunes sont en majorité des femmes et les femmes examinent moins les hommes par rapport à leurs confrères masculins, qui sont plus âgés.

Enfin, une autre difficulté relevée à plusieurs reprises par les médecins, mais non étudiée clairement dans l'étude, est liée au manque de temps disponible pour évaluer ces couples en soins primaires. Le médecin généraliste dispose en général de créneaux de consultation plus courts que ses confrères spécialistes. Or, les consultations pour infertilité nécessitent beaucoup de temps, dans l'interrogatoire comme dans l'examen clinique. Cela rajoute une difficulté supplémentaire, faisant abandonner les médecins généralistes les moins intéressés par cette prise en charge, qui adressent rapidement à leurs confrères. En étalant les consultations sur plusieurs rendez-vous, le médecin généraliste peut pallier ce problème, tout en permettant de faire patienter les couples les plus pressés.

4.1.1.b. Examens complémentaires

Taux de prescription d'examens complémentaires

L'étude allemande d'Ittner publiée en 1997 [23] montrait que la majorité des médecins (2 sur 3) adressaient directement aux spécialistes, alors que la littérature insiste sur la place des soins primaires dans la prise en charge de l'infertilité [5, 6, 7, 8, 19, 20, 21, 22], en particulier dans le bilan diagnostique initial. Des examens, pour la plupart simples et accessibles en ambulatoire, sont à la portée du médecin généraliste, pour faire un premier "débrouillage", en complément de l'examen clinique, permettant ainsi de repérer les couples à adresser rapidement, des couples à faire patienter. Dans notre étude, le taux de prescription d'examens complémentaires par les médecins généralistes est plus important : un peu plus d'un **médecin sur 2 (57%)** prescrit un bilan. Les autres préfèrent adresser directement aux spécialistes.

Ainsi, les médecins exerçant en milieu rural préfèrent adresser aux spécialistes que prescrire des examens complémentaires. Cela peut être expliqué par la difficulté d'accès aux examens complémentaires, pour certains très spécialisés et nécessitant des laboratoires expérimentés, pas forcément disponibles à proximité des zones rurales. Cependant, cette hypothèse n'est pas confirmée par les résultats à la question des principales difficultés rencontrées en médecine générale. Le manque d'accès aux investigations n'est cité que par 20% des médecins sans différence en fonction du secteur d'installation.

A l'inverse, les médecins assurant le suivi gynécologique ou ayant reçu une formation, en particulier en infertilité, sont plus nombreux à prescrire un bilan, probablement parce qu'ils y ont été sensibilisés ou formés, donc plus à l'aise dans leurs prescriptions.

Parmi les médecins adressant directement aux spécialistes, 85% pensent que leurs connaissances sont insuffisantes, contre 71% des médecins qui prescrivent un bilan ($p=0,041$). Une formation initiale puis continue adaptée permettrait de pallier à ce problème.

Délai de prescription

En l'absence de facteurs de risque identifiés, il est recommandé de commencer le bilan à partir d'un an d'infertilité [5, 9, 20, 21, 22]. **Un médecin sur 2** de l'étude (51%) respecte ce délai. 31% attendent 2 ans d'infertilité ce qui est trop long et peut faire perdre du temps à des couples qui nécessiteraient une prise en charge spécialisée. A l'extrême, une minorité (4%) le prescrit immédiatement alors que le premier conseil à donner le plus

souvent au couple est d'attendre (conseil donné par un médecin sur 4), permettant d'éviter des examens angoissants, parfois contraignants et inutiles [6].

Personnes concernées par ce bilan

Il faut faire des investigations chez les 2 partenaires avant de prescrire des examens plus invasifs [5, 6, 7, 8, 10, 19, 20, 21, 22]. Une majorité de médecins qui prescrit des examens complémentaires (**88%**) le fait chez les 2 partenaires, respectant ainsi les recommandations. Une minorité ne prescrit le bilan que chez la femme (8%) ou que chez l'homme (4%). Cela peut être lié au fait que le médecin peut être le médecin traitant que d'un seul partenaire et non des deux membres du couple.

Bilan complémentaire chez la femme

La majorité des médecins prescripteurs d'examens complémentaires respecte les recommandations sur le bilan de première intention chez la femme (annexe 1) : prescription d'une **échographie pelvienne** (88%) et **FCU** (68%). Concernant le bilan hormonal, il n'est pas toujours complet : 68% prescrivent **FSH** et **LH** (toujours ensemble), mais seulement 48% prescrivent **E2** (soit 76% des médecins prescrivant FSH-LH). Il a été omis dans ce questionnaire le dosage de la prolactine, tout comme celui de la TSHus. Néanmoins, 5 médecins ont rajouté le bilan thyroïdien (6%).

Les sérologies à visée pré-conceptionnelle [24] ne sont prescrites que par près d'un médecin sur 2 : **sérologies virales** (VIH 56%, VHB 43%, VHC 44%), **syphilitique** (TPHA-VDRL 51%), **sérologie toxoplasmose** (48%) et **rubéole** (49%).

Une majorité de médecins (85 %) prescrit une courbe de température alors que sa réalisation est délicate, ne figure sur aucune recommandation de la littérature internationale [5, 6, 7, 8, 20, 21] et est même considérée comme non fiable [22]. Seuls quelques travaux, notamment français, recommandent sa réalisation pour évaluer l'ovulation [8,19], alors que la majorité des recommandations internationales [5, 6, 7, 20, 21] préconisent le dosage de la progestérone en milieu de phase lutéale, dosage non utilisé en France.

63% des médecins réalisent une sérologie Chlamydia. Il n'a pas été proposé au choix la recherche d'une infection à Chlamydia par biologie moléculaire (PCR) sur prélèvement (cervical ou urinaire) qui reste l'examen recommandé en première intention [25]. La sérologie Chlamydia est le témoin d'une infection haute, en cours ou passée, et n'a donc qu'une valeur indicative. Dans le cadre d'un bilan d'infertilité, elle peut être un marqueur, bien qu'imparfait, de lésions tubaires hautes.

L'hystérosalpingographie n'est prescrite que par une très petite minorité de médecins prescripteurs (3%). Elle est pourtant recommandée dans le bilan de première intention par le CNGOF et une étude réalisée au Royaume Uni [26] prouve qu'un accès direct à cet examen dès le début des investigations en soins primaires, améliorerait le délai de prise en charge des patientes présentant une infertilité tubaire. Cette réticence peut s'expliquer, outre la mauvaise connaissance de cet examen par les médecins généralistes, par son caractère invasif et son accessibilité limitée, rendant sa prescription délicate en soins primaires. Il faudra néanmoins y penser en fin de bilan de première intention, surtout si les autres examens sont normaux.

Bilan complémentaire chez l'homme

Chez l'homme, l'examen clé est le **spermogramme-spermocytogramme** et une nette majorité des médecins le prescrit (90%). Il faut rappeler que cet examen doit être réalisé dans un laboratoire habitué à cet examen et à répéter au bout de 3 mois si le premier est anormal (annexe 1).

La spermoculture, prescrite par 39% des médecins prescripteurs, n'est pas nécessaire en première intention en soins primaires en l'absence de point d'appel clinique ou biologique (leucospermie ou nécrospermie ou asthénospermie au spermogramme) [27].

Les autres examens seront prescrits en fonction de l'examen clinique ou si anomalies au spermogramme. Ainsi, la testostéronémie, prescrite par 46% des médecins qui prescrivent un bilan, n'est pas un examen de première intention en l'absence de point d'appel clinique.

La sérologie Chlamydia serait prescrite par 47% des médecins prescripteurs alors que c'est un marqueur très imparfait de l'infection haute à Chlamydia. Il faut préférer la recherche par PCR sur le premier jet d'urines [25,28] ou dans le sperme [28]. Les conséquences de cette infection sur l'infertilité masculine sont controversées (oligozoospermie par atteinte de la perméabilité des voies séminales, lésions occlusives expérimentales des épидидymes, action sur la qualité du mouvement des spermatozoïdes) [29]. On ne peut donc pas recommander sa prescription en première intention en soins primaires. La recherche de cette infection sera faite dans le cadre d'un bilan spécialisé devant des anomalies au spermogramme.

Les **sérologies virales VIH, VHC, VHB** prescrites par respectivement 46%, 38% et 32% des médecins prescripteurs et la **sérologie syphilitique** (TPHA-VDRL) prescrite par 40% font parties du bilan pré-conceptionnel [24] et doivent donc être prescrites par le médecin généraliste.

Le test post-coïtal non recommandé en première intention [7, 19, 20, 22], n'est prescrit que par seulement 12 médecins sur les 78 médecins prescrivant un bilan (15%). Il est à réserver aux centres spécialisés en infertilité [21].

4.1.1.c. Orientation dans le système de soins et coordination avec les spécialistes

Gynécologues et médecins des centres d'AMP sont les correspondants de choix des médecins de cette étude (respectivement 67% et 49%). Les spécialistes de l'homme, les urologues, sont plus rarement cités (15%).

Bien que le retentissement psychologique de l'infertilité et de sa prise en charge soit largement étudié et connu [30, 31], les médecins de cette étude ne semblent adresser leurs patients que rarement vers des spécialistes du soutien psychologique et sexologique (psychologue 4%, psychiatre 0%, sexologue 4%). La quasi totalité des médecins (96%) ayant déclaré proposer une écoute à leurs patients, on peut imaginer que ce sont les médecins généralistes eux-mêmes qui assurent l'essentiel du soutien psychologique de leurs patients.

Les critères pour adresser rapidement un couple aux spécialistes sont essentiellement cliniques (infertilité ancienne, femme âgée de plus de 35 ans, troubles du cycle, anéjaculation, examen clinique anormal...) ou paracliniques (anomalies des examens complémentaires) [5, 6, 8, 10, 19, 21]. Néanmoins, parmi les critères les plus fréquemment cités par les médecins de l'étude, on retrouve la **demande des patients** pour plus d'un médecin sur 2 (54%). Les couples étant de plus en plus pressés d'obtenir une grossesse, cette conduite peut aboutir à une dérive et surcharger les consultations spécialisées avec des délais de plus en plus longs.

Pour près d'un médecin sur 2 (42%), le **manque de connaissance** fait également parti des critères expliquant un recours rapide aux spécialistes, avant même des anomalies à l'examen clinique (35%) ou des anomalies du cycle (32%). L'insuffisance de connaissances par l'absence de formation dans le domaine de l'infertilité semble être un des freins les plus importants à la prise en charge de l'infertilité en médecine générale : 75% des médecins estiment qu'il s'agit d'une des principales difficultés, pouvant ainsi justifier que près d'un médecin sur deux préfère rapidement orienter vers des praticiens plus qualifiés dans ce domaine. Dans l'étude allemande d'Ittner [23], 90% des médecins estimaient que leur principal rôle était d'orienter leurs patients vers les spécialistes.

La communication avec les spécialistes semble difficile et ce problème avait été précédemment relevé (manque de retour de la part des centres d'AMP [14]) : **seulement un médecin généraliste sur trois** de cette étude en est satisfait. Les médecins les plus âgés semblent avoir moins de difficultés, probablement parce qu'avec les années, ils ont su mettre en place et développer autour d'eux un réseau de spécialistes avec lesquels ils sont proches et peuvent avoir des contacts facilités. A l'inverse, les médecins qui assurent le suivi gynécologique de leurs patientes (et par conséquent les médecins femmes, puisque ce sont elles qui font le plus de suivi gynécologique) sont les moins satisfaits. En faisant eux même le suivi gynécologique de leurs patientes, leur réseau est peut être moins développé dans ce domaine et la communication plus délicate.

Enfin, alors que le code de la santé publique insiste sur le rôle de coordination du médecin généraliste entre les différents intervenants [11], grâce notamment au développement du statut du médecin traitant et du parcours coordonné de soins, seulement **30%** des médecins estiment jouer ce rôle. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une fois pris en charge en AMP, le médecin généraliste intervient très peu dans la prise en charge de ces couples [14]. Les patients ayant un accès direct aux médecins spécialistes, le rôle du médecin traitant devient alors limité.

4.1.2. Rôle administratif

Classiquement, les protocoles de soins pour la prise en charge à 100% doivent être remplis par le médecin traitant. Par la procédure dérogatoire, ils peuvent être remplis par le médecin spécialiste pour ne pas retarder la prise en charge à 100%. Le protocole est alors valable 6 mois, à l'issue desquels un nouveau protocole de soin doit être rédigé cette fois-ci par le médecin traitant [32]. **60%** des médecins interrogés ont déjà rempli un protocole de soins pour infertilité. Les médecins les plus jeunes, plus récemment installés sont moins nombreux, probablement parce qu'en début d'activité, la patientèle les ayant choisi comme médecin traitant est plus restreinte. Étonnamment, les médecins les plus âgés et installés depuis plus de 20 ans sont également en proportion moins nombreux à avoir déjà rempli un protocole de soins. Cela peut s'expliquer parce qu'avant la loi de réforme de 2004, instaurant le statut de médecin traitant, les protocoles de soins pouvaient être rédigés par les spécialistes, ce qui était le plus souvent le cas. La seconde hypothèse est que la patientèle des médecins les plus âgés est en général une patientèle plus âgée, donc le problème d'infertilité se pose moins.

4.1.3. Rôle d'informations, d'éducation et de prévention

Dans l'étude allemande d'Ittner [23], un médecin sur 2 se considérait comme une source importante d'informations et de conseils. Face à un couple consultant pour infertilité, la grande majorité des médecins de notre étude donne des informations (95%) et des conseils (99%).

L'un des rôles essentiels du médecin généraliste, avec le dépistage des couples nécessitant une prise en charge spécialisée, est de délivrer une information claire sur l'infertilité, notamment sur sa **définition** et son **épidémiologie**, ce que font respectivement 63% et 14,5% des médecins interrogés. Cette attitude permet le plus souvent de faire prendre conscience aux couples de leur empressement et permet de les faire patienter plus sereinement en les rassurant : près d'un couple sur 2 qui a des rapports sexuels réguliers conçoit à 3 mois, 2 couples sur 3 à 6 mois, 90% à 1 an [6]. 25% des médecins proposent au couple de patienter, ce qui devrait être proposé systématiquement en l'absence de facteurs de risque d'infertilité identifiés à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, devant des couples consultant avant douze mois d'infertilité (6 mois si la femme est âgée de plus de 35 ans) [5, 9, 20, 21, 22].

Des rappels simples sur la **physiologie de la conception** [6, 7, 19], donnés par 39% des médecins de l'étude, permettent de repérer les couples qui, par manque de connaissance ou connaissances erronées, compromettent leurs chances de grossesse. Rappeler aux couples la nécessité de rapports sexuels réguliers est fait par un médecin sur 2 (52%). Le CNGOF [10] recommande de préconiser aux couples une fréquence de rapports sexuels d'un jour sur 2 dans la période de fertilité. Dans notre étude, la fréquence de rapports sexuels conseillée par les médecins est très hétérogène d'un par semaine à tous les jours. Cibler la période du cycle la plus propice, conseillé par près d'un médecin sur 2 (48%) et bien que recommandé régulièrement dans la littérature [10, 19], peut s'avérer plus délétère que bénéfique : des erreurs de calculs sont souvent faites, la frustration des couples est souvent plus grande en cas d'échec, la sexualité ne devient plus qu'à visée procréative, pouvant altérer la relation de couple [33,34]. Le médecin généraliste n'a pas pour rôle de fixer une fréquence, il doit simplement informer que les rapports sexuels réguliers juste avant et en milieu de cycle sont les plus favorables [6, 7, 22].

Les conseils plus farfelus entendus auprès de certains patients comme les positions pendant les rapports ou surélever les jambes après le rapport sexuel ne sont heureusement repris que par un très faible nombre de médecins (respectivement 1% et 1,5%).

On retrouve également dans cette question le conseil de réalisation d'une courbe de température : 72% des médecins le citent comme conseil à donner aux couples infertiles, probablement pour confirmer l'ovulation et cibler les rapports sexuels dans cette période. Comme dit précédemment, la réalisation d'une courbe de température, délicate et fastidieuse, n'est pas recommandée dans la littérature [19, 22].

Le médecin généraliste doit également informer sur les **facteurs de risque d'infertilité**, ce que font 51% des médecins de l'étude et proposer des interventions adaptées en vue d'une future grossesse [6, 10, 19, 22, 24] : l'arrêt du tabagisme (73%) et de l'alcool (52%), lutte contre le surpoids et l'obésité (39%), informations préconceptionnelles (vaccinations à jour, supplémentation folique) (38%). Ces conseils font partis de la prévention plus globale d'un bon état de santé et devraient être plus systématiquement délivrés aux patients.

Les grossesses se faisant à un âge de plus en plus tardif, il est du rôle du médecin généraliste d'éduquer les patients sur la diminution de la fertilité avec l'âge, notamment de la femme, et sur l'augmentation des risques obstétricaux et néonataux avec l'âge [10, 35]. Interroger les couples sur la question du désir d'enfants, notamment après 30 ans, peut paraître intrusif, mais est nécessaire [7] et peut permettre de faire prendre conscience aux couples de l'effet négatif de l'âge sur la fertilité. Dans l'étude allemande de 1997 [23], 81% des médecins interrogés déclaraient ne pas avoir l'habitude de poser cette question. Dans notre étude, les médecins semblent y penser plus souvent : 86% des médecins déclarent aborder cette question. Néanmoins, cela reste encore une question peu fréquente : moins d'un médecin sur 3 la pose "*très souvent*" et "*souvent*". Seuls les médecins ayant suivi une formation en infertilité pensent à interroger leurs patients et plus fréquemment que les autres, probablement car ils ont été plus sensibilisés à cette problématique par leur formation.

Enfin, le médecin généraliste doit savoir donner des **informations sur les investigations et les traitements** [5, 6, 7, 20]. Pour 23% des couples interrogés dans l'étude de 2006 [12], un des rôles du médecin traitant est de reformuler les explications concernant le traitement. Dans notre étude, la première demande des patients à leurs médecins traitants concernant les traitements, avant même les effets indésirables, est une demande d'informations (70%). Malheureusement, en l'absence de formation suffisante dans ce domaine, peu de médecins sont en mesure de délivrer ce type d'informations (respectivement 36% et 31%).

4.1.4. Rôle d'accompagnement

En 2007, une étude réalisée en Midi-Pyrénées sur environ 250 patientes suivies pour infertilité dans le service de médecine de la reproduction du CHU de Toulouse, a démontré que la majorité d'entre elles attend un soutien psychologique de la part du médecin traitant [36]. 64% des couples de l'étude de LUNION en 2006 [12] estiment qu'un des rôles du médecin traitant est l'accompagnement et le soutien psychologique. L'infertilité et le parcours en aide médicale à la procréation sont souvent vécus comme une épreuve et entraînent des perturbations psychologiques variables : stress, anxiété, dépression, altération de la vie de couple... [30, 31, 34]. 27% des médecins déclarant avoir été confrontés à un effet indésirable de traitement pour infertilité évoquent les troubles psychologiques (trouble de l'humeur, irritabilité, stress...).

Une grande majorité des médecins de notre étude (96%) déclare accompagner les patients par leur **écoute**. La prescription d'un "soutien" de nature médicamenteuse (anxiolytiques ou antidépresseurs) est rare (4%). 43% déclarent les orienter si besoin vers un psychologue, alors que seulement 4% avaient cité les psychologues comme des correspondants de choix. L'orientation vers un psychologue est donc loin d'être systématique et ce sont le plus souvent les médecins généralistes eux même qui, par leur proximité, leur empathie et leur disponibilité, sont en première ligne pour assurer le soutien et l'accompagnement des patients.

L'évaluation du retentissement de l'infertilité et sa prise en charge sur le patient, le couple, la structure familiale et l'intimité du couple fait parti de l'accompagnement des couples. Le médecin généraliste doit pouvoir soulever les éventuels blocages psychologiques et aborder les problèmes de sexualité. 93% des médecins interrogés évaluent le retentissement de l'infertilité sur le plan personnel (trouble de l'humeur, anxiété...), 94% sur le couple. L'évaluation du retentissement sur la sexualité du couple semble plus délicate : 83% déclarent le faire, mais seulement près d'un médecin sur 2 la fait "*toujours*" ou "*souvent*". Cause ou conséquence de l'infertilité, les troubles sexuels ne sont pas négligeables [33,34] mais le suivi sexologique ne fait pas parti des mesures d'accompagnement privilégiées par les médecins de l'étude (18%).

Le retentissement au plan professionnel est plus rarement évalué. Pourtant, les médecins généralistes ne doivent pas ignorer que la prise en charge dans les centres spécialisés en AMP impose des contraintes parfois lourdes sur l'emploi du temps du couple, avec des allers-retours réguliers dans des centres parfois éloignés du domicile, pas toujours compatibles avec la vie professionnelle mais aussi familiale. Néanmoins, le médecin

généraliste ne peut pas prescrire d'arrêt de travail pour faciliter la réalisation des protocoles. Le faible taux de prescription d'arrêt de travail (14%) par les médecins de l'étude n'est pas en faveur de prescription "hors indication" d'arrêt de travail dans ces circonstances.

4.1.5. Rôle thérapeutique

Le rôle thérapeutique direct du médecin généraliste est limité [13], ce que confirme notre étude : seulement 17% ont déjà prescrit un traitement pour infertilité. 10% des médecins de l'étude ont déjà initié un traitement pour infertilité, le plus souvent du clomiphène. Bien que la prescription de ce médicament soit autorisée pour les médecins généralistes, sa surveillance semble difficilement réalisable à l'échelle du médecin généraliste [37]. Sa prescription n'est donc pas recommandée en soins primaires.

En thérapeutique de l'infertilité, le rôle du médecin généraliste, en plus des conseils hygiéno-diététiques et de l'accompagnement psychologique, est limité à la **surveillance des éventuels effets indésirables**. 30% des médecins généralistes de l'étude ont déjà été confrontés dans leur pratique aux effets indésirables des traitements pour infertilité. Étonnamment, les médecins les plus âgés ont été moins confrontés à ces effets indésirables, confortant l'hypothèse d'une patientèle plus âgée pour laquelle le problème d'infertilité ne se pose pas.

Les médecins assurant le suivi gynécologique de leurs patientes, ceux ayant suivi une formation en gynécologie ou en infertilité et ceux prescrivant des traitements pour infertilité sont plus nombreux à avoir été confrontés à un effet indésirable d'un traitement pour infertilité. L'expérience ou la formation peuvent expliquer une meilleure connaissance ou sensibilisation aux effets indésirables de ces traitements et donc la possibilité d'en poser plus aisément le diagnostic. La seconde hypothèse est que les patients connaissant la formation ou l'expérience du médecin généraliste dans ce domaine n'hésitent pas à s'adresser à lui, alors qu'en l'absence de formation ou d'expérience, ils préfèrent en cas de problème, directement s'adresser au médecin spécialiste prescripteur.

Seulement 8% des médecins généralistes de cette étude affirment bien connaître les effets indésirables des traitements, pouvant expliquer que le lien ne soit pas toujours fait entre les symptômes constatés et le traitement pour infertilité.

4.1.6. Les obstacles à la prise en charge de l'infertilité en médecine générale

Bien que 93% aient été confrontés à un problème d'infertilité, la **faible fréquence de l'infertilité en pratique quotidienne** [18] est la première difficulté citée par les médecins de l'étude (81%) et 3 médecins sur 4 déclarent n' avoir été consultés pour ce motif que "*quelquefois*". Cependant, les médecins généralistes ne doivent pas ignorer que l'infertilité n'est pas si rare, affectant un couple sur sept en France [1].

L'insuffisance de formation médicale est la deuxième difficulté citée (75%). Dans cette étude, un peu moins d'un médecin sur trois (31%) a suivi une formation complémentaire en gynécologie et encore moins (10%) suivi une formation plus spécifique en infertilité. La majorité des médecins généralistes de cette étude (77%) considère leurs connaissances générales sur l'infertilité comme insuffisantes. Les médecins les plus jeunes sont plus nombreux à considérer leurs connaissances comme suffisantes. Ce sont ces mêmes médecins qui sont les plus nombreux à avoir suivi des formations en gynécologie et en infertilité et qui pratiquent la gynécologie dans leur cabinet, donc qui doivent avoir des connaissances dans ce domaine.

Il semble étonnant qu'il n'y ait pas de lien significatif retrouvé entre une formation en gynécologie ou infertilité et l'évaluation des connaissances sur l'infertilité : les médecins ayant suivi ces formations ne sont pas en proportion plus nombreux à considérer leurs connaissances comme suffisantes par rapport aux médecins n'ayant pas suivi ce type de formations. La mise en pratique peu fréquente de leurs connaissances (motif de consultation peu fréquent) et le défaut de réactualisation des connaissances peuvent expliquer que les médecins préalablement formés doutent aujourd'hui de leurs connaissances.

La troisième difficulté relevée est **l'exclusion d'une prise en charge hyperspécialisée** (63%). Une fois pris en charge par les spécialistes, les médecins généralistes se sentent peu concernés par la prise en charge surtout qu'ils sont peu informés [14] : 66% déclarent ne pas être satisfaits de la communication avec les spécialistes.

Alors qu'on aurait pu croire qu'une des principales difficultés des médecins généralistes était le manque d'accès aux investigations, seulement 20% citent cette cause, sans qu'il y ait de différence en fonction du secteur d'installation.

Le manque de temps en médecine générale face à des consultations chronophages n'a pas été directement proposé au choix mais il a néanmoins été évoqué par plusieurs médecins qu'ils l'ont rajouté dans les commentaires.

Enfin, il est intéressant de noter que seuls 4% des médecins de l'étude ont cité un désintérêt pour le sujet. L'intérêt pour l'infertilité par les médecins généralistes avait également été souligné antérieurement [15].

4.1.7. Propositions pour améliorer la prise en charge en soins primaires

69% des médecins de l'étude considèrent l'infertilité comme une **problématique de médecine générale**. Ces résultats sont conformes avec ceux retrouvés dans la thèse soutenue en 2009 à Rennes [14] : 10 médecins sur les 12 interrogés voyaient dans la demande des patients une problématique de médecine générale. Au vu de ces résultats, des mesures pour améliorer la prise en charge en soins primaires paraissent justifiées.

Parmi les propositions faites, 77% des médecins interrogés souhaiteraient la **mise en place d'un référentiel les guidant dans la prescription du bilan initial**, qui pourrait peut être permettre d'améliorer le taux de prescription d'exams de première intention (seulement 57%). L'absence d'un référentiel validé destiné aux médecins généralistes représente un vrai problème pour la prise en charge et beaucoup de médecins préfèrent encore adresser aux spécialistes. Deux études britanniques en 1993 [38] et 2001 [39] ont évalué l'impact de la diffusion de recommandations sur la prise en charge de l'infertilité auprès des médecins généralistes. Les patients dont les médecins avaient été formés bénéficiaient d'une prise en charge plus uniforme avec un bilan plus complet et une orientation vers les spécialistes à un moment approprié. Néanmoins, beaucoup d'exams avaient été répétés ou faits dans des laboratoires non agréés, avec un coût non négligeable. La mise en place d'un référentiel, plébiscitée par les médecins concernés et ayant prouvé son intérêt, semble être une proposition à encourager pour améliorer la prise en charge en soins primaires. Elle devra néanmoins faire l'objet d'une évaluation en terme de résultats et de coûts pour s'assurer de sa pertinence.

Faisant écho à l'insatisfaction des médecins généralistes vis à vis de la communication avec les spécialistes, 49% sont favorables à la mise en place de **fiches de liaison avec les spécialistes** et 44% souhaiteraient le développement d'un **réseau avec les spécialistes de l'AMP**.

Enfin, parmi les propositions qui les intéressent le plus, 47% souhaitent développer la **FMC** sur l'infertilité. L'intérêt pour une formation complémentaire dans ce domaine n'est pas partagé par tous les médecins : 59% des médecins de cette étude se sont dit intéressés, surtout les médecins femmes, les jeunes, ceux pratiquant la gynécologie (plus nombreux à avoir déjà été confrontés au problème) et ceux qui ont déjà eu une formation en infertilité. Alors qu'ils sont les plus nombreux à juger leurs connaissances insuffisantes, les médecins les plus âgés sont les moins intéressés par une formation, peut être qu'ils la jugent comme peu utile à leur pratique (patientèle plus âgée).

Ainsi, la mise en place de formations ayant pour thème l'infertilité en soins primaires fait également partie des propositions à développer pour améliorer la prise en charge en médecine générale [15].

4.2. Critique de la méthodologie

4.2. 1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête déclarative : les résultats sont fonction des déclarations des médecins et non de la réalité en pratique. Ce type d'étude induit donc forcément des biais : un **biais déclaratif** (honnêteté des réponses) et un **biais de sélection**, car on peut imaginer que les médecins qui ont répondu à ce questionnaire sont les médecins qui s'intéressent le plus au sujet d'étude.

4.2.2. Nombre de questionnaires et taux de participation

Le taux de réponses est proche de 10%, ce qui est un résultat correct pour ce type d'étude (sollicitation non directe mais par courriel). Il y a néanmoins un grand nombre de questionnaires resté sans réponse, sans qu'on puisse en connaître la raison exacte : adresse électronique à jour ? Désintérêt pour le sujet ? Manque de temps ?...

Pour connaître la raison du refus de réponse et augmenter le taux de participation globale, nous avons mis un 2ème lien dans l'e-mail pour les médecins qui d'emblée ne souhaitaient pas participer. Nous n'avons enregistré que 23 refus immédiats (soit 13% des réponses et 1,5% de l'ensemble des médecins concernés par l'étude) et trop peu ont donné leur raison pour qu'on puisse en tirer de véritables conclusions.

Au total, nous avons pu analyser les résultats sur une population de médecins représentant 8% des médecins concernés par l'étude. Cela ne représente qu'un **faible échantillon** de la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées : seulement 4,6% des médecins généralistes libéraux (sur l'effectif de janvier 2012 [17]). Ces résultats sont donc à prendre avec précaution. Nous devons les considérer comme une première approche, sans forcément les considérer comme totalement représentatifs de la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Enfin, l'échantillon faible peut expliquer qu'un nombre limité de résultats soit statistiquement significatif (problème de **manque de puissance** de l'étude).

4.2.3. Questionnaire

13 personnes n'ont pas fini le questionnaire (soit 7,5%) : le questionnaire était un peu **long** et le manque de temps probablement en cause.

Un filtre a été omis lors de la conception informatique du questionnaire : des médecins n'auraient pas dû avoir à répondre à certaines questions. Ce sont les 10 médecins qui ont déclaré n'avoir jamais eu de consultation pour infertilité. Par cette réponse, il aurait fallu les exclure des questions sur leur pratique (chapitre III-1, III-2, III-3 et III-4 du questionnaire). Néanmoins, cela représente une proportion minimale de réponses : 7% des réponses analysées. Parmi ces médecins, seulement 3 font un bilan, le reste adresse leurs patients aux spécialistes, soit 4% (3/78) des réponses concernant le bilan prescrit. Aucun de ces médecins ne prescrit de traitement.

Enfin, dans le bilan complémentaire prescrit chez la femme, il a été oublié de proposer au choix le dosage de la prolactine et de la TSHus, qui ne font néanmoins pas partis des examens systématiquement recommandés dans la littérature mais en cas de signes cliniques [5, 6, 19, 20, 21]. 5 médecins ont rajouté le bilan thyroïdien (6%).

4.2.4. Population de l'étude

La population interrogée dans cette étude est relativement homogène et proche de la population des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées (sexe, âge moyen, répartition géographique globale [16,17]).

Il faut néanmoins souligner concernant la répartition géographique, qu'il y a une petite **sur représentation des départements de l'Aveyron** (15% contre 8%, $p=0,005$) et du **Gers** (13% contre 6%, $p=0,002$) et une **sous-représentation de la Haute-Garonne** (37% contre 46%, $p=0,051$) et **des Hautes-Pyrénées** (4% contre 9%, $p=0,048$). Les résultats n'ont pas été analysés en fonction du département d'exercice des médecins car les effectifs par département sont trop faibles pour être véritablement représentatifs.

De plus, notre échantillon est un peu **plus jeune**, avec une proportion de médecins de moins de 40 ans plus importante (20% contre 10%, $p<0,001$), et une proportion de médecins de plus de 60 ans moins importante (20% contre 27%, ns) que la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Probablement que l'engouement pour la recherche est plus important chez les jeunes médecins récemment thésés, et donc plus proches du cursus universitaire, expliquant une participation plus importante dans cette catégorie de médecins. Avec la féminisation de la médecine [3] et avec un échantillon de médecins plus

jeune, la part de médecins femmes est un peu plus importante que dans la population des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées, sans que cela soit significatif (37% contre 32%, ns).

62% des médecins généralistes de cette étude déclarent assurer le suivi gynécologique de leurs patientes. Les médecins femmes et les médecins les plus jeunes sont ceux qui font le plus de gynécologie. Ce phénomène avait déjà été précédemment décrit dans une thèse soutenue en 2006 à Toulouse, évaluant par enquête déclarative l'activité en gynécologie des médecins généralistes de Midi-Pyrénées [40]. La comparaison des résultats entre les deux travaux (contraception : 47,1% des médecins interrogés contre 61,6% dans notre étude; FCU : 37,5% contre 61,6%; suivi de grossesse : 58,1% contre 58% dans notre étude) montre que la population des médecins qui a participé à notre étude fait un peu plus de gynécologie. Néanmoins, dans cette précédente étude, le nombre de médecins femmes était nettement inférieur (16,1%), pouvant expliquer de tels écarts de pourcentage entre les deux travaux.

5. CONCLUSION

La place du médecin généraliste dans la prise en charge initiale de l'infertilité est reconnue par ses pairs et par les patients. Elle s'inscrit en amont puis en complémentarité de la prise en charge spécialisée. Le médecin généraliste, acteur du premier recours, a notamment le rôle de repérer les couples nécessitant un bilan et une prise en charge spécialisée rapide, des couples qu'il faut juste rassurer et faire patienter. Pour cela, il doit réaliser un interrogatoire et un examen clinique minutieux des deux partenaires et il dispose d'examens para-cliniques de première intention qu'il doit savoir prescrire.

Majoritairement, face à un couple infertile, les médecins généralistes de cette étude ont une démarche diagnostique conforme aux recommandations : interrogatoire concernant les deux partenaires et le couple, examen clinique et génital des deux partenaires, prescription des bons examens complémentaires, ni trop rapidement, ni trop tardivement.

Néanmoins, le taux peu élevé de médecins prescripteurs d'examens complémentaires indique probablement un manque de connaissance sur ce sujet (une des principales difficultés citées), qui leur paraît souvent comme hyperspécialisé. Il faut aussi tenir compte des difficultés pratiques rencontrées pour la réalisation des examens complémentaires en ambulatoire, qui doivent être réalisés auprès de praticiens expérimentés. Toutefois, cela ne semble pas être le frein principal en soins primaires puisque peu de médecins considèrent le manque d'accès aux investigations comme une des principales difficultés pour eux.

Cette étude met aussi en avant les autres rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des couples infertiles : au delà du nécessaire rôle administratif, ils informent, soutiennent et accompagnent les couples dans ce long et difficile parcours. Leur rôle thérapeutique direct est limité, mais une meilleure formation concernant les effets indésirables des traitements leur permettrait d'améliorer le suivi des patients traités. Enfin, les rôles de prévention et d'éducation, spécifiques des soins primaires, s'appliquent parfaitement à l'infertilité et plus de médecins devraient en prendre conscience pour délivrer les bons conseils et mesures hygiéno-diététiques.

Malgré sa faible puissance et ses biais, cette étude offre un premier aperçu de la prise en charge de l'infertilité en soins primaires en Midi-Pyrénées et de ses difficultés. La majorité des médecins généralistes considère qu'il s'agit d'une problématique de médecine générale mais que leurs connaissances sont insuffisantes. Ainsi, améliorer la formation initiale et continue pourrait être une solution face aux réticences des médecins généralistes pour la prise en charge diagnostique initiale de ces couples et leur suivi, d'autant plus qu'une proportion non négligeable de médecins se dit intéressée par de telles formations. La diffusion d'un référentiel régional en concertation avec les spécialistes pourrait être une solution complémentaire, permettant de standardiser la prise en charge initiale et ainsi d'aider les médecins généralistes dans leur démarche et leurs prescriptions. Enfin, l'amélioration de la communication entre les différents intervenants semble incontournable pour permettre aux médecins généralistes de ne plus se sentir écartés de la prise en charge de l'infertilité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. The epidemiology of infertility: report of a WHO scientific group. Geneva: WHO Technical Report Series no. 582, 1975.
2. AGENCE DE BIOMEDECINE. Le rapport médical et scientifique de l'activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2010. Présentation des données de 2007 à 2010. Consulté le 15/12/2012. Disponible sur <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>
3. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2012, Tome II, Conseil National de l'Ordre des Médecins, tableau n°72 p190.
4. AGENCE DE BIOMEDECINE. Liste des centres agréés en AMP autorisés à pratiquer au 14 Décembre 2012. Consulté le 15/12/2012. Disponible sur http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/20121214_amp_clinique.pdf
5. KAMEL Remah M., Management of the infertile couple : an evidence-based control, Reproductive Biology and Endocrinology, 2010.8:21.
6. GANESHSELVI P., How can infertility be managed in General Practice ? a review; Obstetrics and Gynaecology, 2005.
7. KEITH A.FREY, Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician, Mayo Clinic Proc, 2004;79(11):1439-1443.
8. WHITMAN-ELIA GF., A primary care approach to the infertile couple, The Journal of American Board of Family Practice, 2001;14:33– 45.
9. HERNU-DAZIRON D., Prise en charge initiale de l'infertilité en soins primaires : Revue de la littérature, Th : Méd. : Toulouse ; Septembre 2011.
10. Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF), La prise en charge du couple infertile, Recommandations pour la pratique clinique, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342.

11. Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 36.
12. LUNION A. Entre attente des couples et recommandations : quelle implication possible pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité ? Th : Méd. Nantes ; Décembre 2007.
13. WILKES S., Patient experience of infertility management in Primary care : an in-depth interview study, Family practice, 2009, 26 (4): 309-316.
14. NGUYEN NGOC N., Difficulté de la prise en charge des problèmes de fertilité en médecine générale : enquête qualitative. Th : Méd. : Rennes ; Octobre 2009.
15. SOUTER V. L., A survey of infertility practices in primary care in Scotland, British Journal of General Practice, 1997; 47, 727-728.
16. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Midi-Pyrénées, Situation au 1er Juin 2011, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
17. Atlas de la démographie médicale en France au 1er Janvier 2012, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
18. Observatoire Thalès et EPPM. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes en mai 2000. Consulté le 15/12/2012 sur le site du CNGOF : la Prise en charge des femmes françaises.
Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
19. EECKELEERS P., Bilan d' hypo(in-)fertilité du couple en médecine générale, La Revue de la Médecine Générale, 2007, volume 246, 438-445.
20. CAHILL DJ., Management of infertility, British Medical Journal, 2002;325:28–32
21. SMELLIE WS., Best practice in primary care pathology : investigations of subfertility, J. Clin Pathol, 2006;59:898-902.

22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Fertility : Assessment and treatment for people with fertility problems. Clinical Guidelines commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Février 2004.
23. ITTNER E., Management of involuntary childlessness in general practice : Patients' and doctors' view, *British Journal of General Practice*, 1997; 47(415):105-6.
24. HAS, Projet de grossesse : informations, message de prévention, examens à proposer, Document d'informations pour les professionnels. Septembre 2009.
25. HAS, Diagnostic biologique sur l'infection à Chlamydia Trachomatis, Avis sur les actes. Juillet 2010.
26. WILKES S., Patient and professional views of open access hysterosalpingography for the initial management of infertility in primary care. *British Journal of General Practice*, Mai 2009.
27. MIEUSSET R. Et les spermocultures? Intérêt dans l'exploration d'un couple infertile. 31ème journées nationales du CNGOF. Décembre 2007, consulté en ligne le 15/12/2012, http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/conf2007/009/Media/index.htm
28. HAMDAD F., Diagnostic d'une infection uro-génitale à Chlamydia Trachomatis, Apport des techniques d'amplification génique. *Progrès en Urologie* (2005), 15, 598-601.
29. GREENDALE G.A., The relationship of Chlamydia trachomatis infection and male infertility. *Am. J. of Public Health*, July 1993 ; 83 : 996-1001.
30. FASSINO S, Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples : a controlled study. *Hum Reprod* 2002, Nov 17(11):2986-94.
31. ALESI R., Infertility and its treatment : an emotional roller coaster, *Aust Fam Physician*. 2005 Mar;34(3):135-8.
32. AMELI.fr. Professionnels de santé : le protocole de soins en pratique. Dossier mis à jour le 25/01/2011. Consulté le 15/12/2012. Disponible sur

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/le-protocole-de-soins/le-protocole-de-soins-en-pratique/qu-est-ce-que-le-protocole-de-soins.php>

33. OHL J *et al.* Impact de l'infertilité et de l'Assistance Médicale à la Procréation sur la sexualité. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2009 ; 37: 25-32.
34. COEFFIN-DIOL C, GIAMI A. L'impact de la fertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature. *Gyn Obst Fertil* 2004; 32: 624-637.
35. LOURDELE E., MERVIEL P. Baisse de la fertilité avec l'âge. Dossier fertilité, grossesse et âge. *Informers les couples. La revue du praticien* 2010; 60: 814-819.
36. MARTIN N. Infertilité : les patientes se confient-elles à leur médecin traitant ? Th : Méd. : Toulouse; 2008; 109.
37. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Recommandation de bonne pratique : Les médicaments inducteurs de l'ovulation. Avril 2004.
38. EMSLIE C., Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples ? *British Medical Journal*, 1993, vol 360, 1728-1731.
39. MORRISSON J., Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care interface, *British Medical Journal*, 2001;322(7297):1282-4.
40. Costes M., LOUZEAU-ARNAL G., Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, Th : Méd. : Toulouse; 2006.
41. BOIVIN J., Guidelines for counseling in infertility : outline version, *Human Reproduction*,2001;vol 16,No.6 pp, 1301-1304.

ANNEXES :

ANNEXE 1

Les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des couples infertiles (synthèse de la littérature)

I. Diagnostic

Le médecin généraliste a un rôle diagnostique initial reconnu par les sociétés savantes : il doit savoir interroger et examiner le couple et prescrire les premiers examens complémentaires.

Rappel des recommandations sur le bilan d'infertilité en première intention

Les **deux membres du couple**, homme et femme, doivent être associés à égalité dans la recherche du diagnostic. Aucune exploration invasive ne doit avoir lieu tant que les investigations de base, moins invasives, n'ont pas été réalisées.

La démarche clinique de base (interrogatoire et examen clinique) avant prescription des examens complémentaires doit toujours s'appliquer. On s'attachera à voir les deux membres du couple ensemble une première fois, puis séparément. [5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 23].

Quand débiter ce bilan ?

La prise en charge en Aide Médicale à la Procréation est remboursée à partir de 2 ans d'infertilité (prise en charge à 100% dans le cadre d'un protocole de soins rédigé par le médecin traitant), sauf pathologie caractérisée rendant toute fécondation naturelle impossible ou âge avancée de la femme.

On estime qu'il est justifié de débiter un bilan minimum d'infertilité **à partir d'un an** de rapports non fécondants, sauf s'il existe des signes cliniques particuliers à dépister au préalable par l'interrogatoire ou l'examen clinique (troubles du cycle, aménorrhée, anéjaculation... => faire le bilan immédiatement) ou si la femme est âgée de plus de 35 ans (diminution exponentielle des chances de grossesse au-delà de cet âge nécessitant une prise en charge rapide et efficace => délai raccourci à 6 mois).

I.1. Explorations de la femme

A) Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire permet d'évaluer :

- l'**âge**.
- la **durée d'infertilité** et son **caractère primaire ou secondaire** (existence de grossesses au préalable au sein ou en dehors du couple, délai d'obtention et issue de ces grossesses : IVG, IMG, fausse couche, enfant ; antécédent d'échec de conception dans les couples antérieurs).
- les **antécédents familiaux** d'infertilité et de maladies génétiques, exposition in utero au Distilbène.
- les **antécédents personnels généraux** (pathologies auto-immunes, cancéreuses, génétiques, malformations, troubles du comportement alimentaire...), **génito-urinaires** (infections génito-urinaires, chirurgie pelvienne, radiothérapie...), **gynécologiques et obstétricaux** (pathologies utérines et du col, algies pelviennes, déroulement d'éventuelles grossesses...).
- le **déroulement des cycles** : durée, troubles...
- les **traitements en cours et anciens** (notamment ceux diminuant la fertilité comme les immunosuppresseurs, traitement hormonal, contraception...).
- l'**intoxication alcoolo-tabagique**.
- la **sexualité du couple** : il faudra faire préciser la fréquence des rapports, leur rythme par rapport aux cycles et si l'éjaculation est bien intra-vaginale, rechercher l'existence d'éventuelles dyspareunies. Les études recommandent idéalement 2 à 3 rapports par semaine dans la fenêtre de fécondabilité (J10 à J15 pour un cycle de 28 jours).
Ces questions, de l'ordre de l'intime, peuvent être difficiles à poser mais sont essentielles pour repérer des infertilités liées à des erreurs "purement mécaniques", faciles à corriger, ou des couples dont la prise en charge sexologique peut être bénéfique.
- le **contexte socio-psychologique** et la motivation à avoir un enfant.

L'examen clinique doit être soigneux :

- l'**examen gynécologique** (examen au spéculum + frottis cervico-utérin, puis toucher vaginal) : à la recherche d'anomalies cervicales, d'anomalies utérines, de signes d'endométriase. Un prélèvement vaginal ne sera effectué que s'il existe des leucorrhées pathologiques (examen non systématique). L'examen des seins doit être fait de façon systématique.
- l'**examen général** : à la recherche notamment de signes d'endocrinopathies (hyperandrogénie, dysthyroïdie, galactorrhée en faveur d'une hyperprolactinémie).
- le **poids** et la **taille** pour le calcul de l'IMC.

La courbe de température réalisée sur 3 cycles consécutifs (maximum) permet d'observer le phénomène ovulatoire (décalage thermique de 0.5°C environ) et la durée des phases folliculaire et lutéale. Sa réalisation est difficile et impose une méthodologie stricte et contraignante : la température doit être prise tous les matins à la même heure, avant le lever, avec toujours le même thermomètre. Un des principaux risques est que le couple fasse une obsession sur cette courbe en ciblant les rapports sexuels.

Dans la littérature, ni le CNGOF ni les publications étrangères ne recommandent la réalisation de ces courbes (dans les autres pays, recommandation du dosage de la progestéronémie en milieu de phase lutéale pour savoir si ovulation, voir plus bas)

En pratique, il faut bien expliquer aux patients que le but de la réalisation d'une courbe de température n'est pas de déterminer les meilleurs moments pour avoir des rapports sexuels mais qu'il s'agit plutôt d'évaluer le moment et la qualité de l'ovulation, et la durée de la phase lutéale. Sa réalisation ne doit donc pas être systématique, car difficile et souvent non interprétable, et au contraire on la demandera que très rarement. Elle peut néanmoins permettre, chez des couples sélectionnés, de nous aider à les faire patienter s'ils sont trop pressés. Il faut plutôt demander à la femme de noter simplement la date du premier jour des règles (évaluation de la longueur des cycles).

B) Le bilan de la réserve ovarienne

En présence de signes d'appel vers une baisse de la réserve ovarienne (âge > 35 ans, cycles courts, irrégularité du cycle, antécédents familiaux d'insuffisance ovarienne, antécédents personnels d'agression ovarienne), il est recommandé de faire un bilan de réserve ovarienne chez la femme d'un couple pris en charge pour infécondité (grade B).

En l'absence de ces signes, la prescription du bilan de réserve ovarienne n'est pas nécessaire, hormis dans les cas de recours prévisible à l'assistance médicale à la procréation (grade B).

Les marqueurs validés de la réserve ovarienne sont (grade A):

- l'**âge** de la patiente,
- la **FSH** couplée à l'**E2** en début de cycle (J2-J4) +++
- l'**AMH** (mais non remboursée)
- le **compte des follicules antraux par échographie**.

Les tests dynamiques ne sont pas utiles (grade A).

C) Autres dosages hormonaux et biologiques sanguins

Le dosage de **LH** à J2-J4 permet d'explorer l'activité hypophysaire et en cas de rapport LH/FSH inversé, d'orienter vers un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).

PRL et **TSHus** doivent être dosés si les cycles sont irréguliers, mais en pratique ils sont très facilement demandés dans le cadre d'un bilan d'infertilité.

Le dosage des androgènes sera demandé devant des signes cliniques d'hyperandrogénie : **testostérone** (androgène ovarien et surrénalien), **androstènedione** (androgène ovarien), **sDHEA** (androgène surrénalien), **17hydroxy-progèstérone** (suspicion de bloc).

Le dosage de la progèstérone sept jours avant les menstruations (21ème jour pour un cycle de 28 jours) fait parti des recommandations dans les autres pays pour vérifier l'efficacité de l'ovulation (supérieur à 10ng/ml).

La sérologie Chlamydia Trachomatis (uniquement positive en cas d'infection génitale profonde ancienne ou en cours) est considérée comme un marqueur intéressant pour le dépistage des lésions tubaires [5], bien que sa sensibilité et sa spécificité ne soient pas parfaites [25] et qu'il soit recommandé de faire une recherche de Chlamydia par PCR sur prélèvement. La valeur seuil recommandée est de 1/16. Sa détermination est nécessaire

avant la réalisation d'une hystérogographie, car, en cas de positivité, une antibioprophylaxie adaptée est recommandée.

D) Échographie pelvienne

Il est recommandé de réaliser une **échographie pelvienne par voie endo-vaginale** en première intention (grade A), à J3-J5, à la recherche des étiologies des dysovulations, d'anomalies morphologiques (utérus, endomètre, trompes, ovaires) et pour évaluer la réserve ovarienne.

Plus rarement, on peut aussi la demander à J12 du cycle, pour rechercher un follicule ovarien en poussée (en faveur d'une ovulation imminente, mais sans grand intérêt), ou plus régulièrement tout le long du cycle pour réaliser un monitoring du cycle.

E) Hystérosalpingographie

L'**HSG** est l'examen d'imagerie recommandé pour l'exploration initiale de l'appareil génital féminin dans un contexte d'infécondité (grade A). Elle doit être réalisée en première partie du cycle, en l'absence d'allergie à l'iode et en dehors de tout contexte infectieux.

C'est un examen incontournable permettant de rechercher notamment des anomalies morphologiques de la cavité utérine et une obstruction tubaire. Par son caractère invasif et sa faisabilité limitée, il ne sera demandé qu'à la fin du bilan de première intention, sauf s'il existe des facteurs de risque ou des arguments en faveur d'une infection uro-génitale.

F) Cœlioscopie

La cœlioscopie est recommandée en cas de pathologie tubo-pelvienne suspectée (antécédents d'appendicite compliquée, de chirurgie pelvienne, de maladie inflammatoire pelvienne, clinique évocatrice d'endométriose, séropositivité pour chlamydia et/ou de présence d'hydrosalpinx (grade A)).

Son objectif est double : diagnostiquer et éventuellement, selon la stratégie de prise en charge, corriger les anomalies anatomiques (accord professionnel). C'est un examen spécialisé de deuxième intention.

G) Hystérocopie

L'hystérocopie est recommandée en cas de suspicion d'anomalie endo-cavitaire (grade A). Elle permet de vérifier l'intégrité de la cavité utérine avant AMP (grade B). Elle n'intervient donc pas dans le cadre du bilan de première intention en soins primaires.

SYNTHÈSE : BILAN DE LA FEMME PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Un interrogatoire et un examen clinique minutieux systématiques.
- Un bilan hormonal à J2-J4 : **E2, FSH, LH, PRL, TSH_{us}** (si la patiente est en aménorrhée, déclencher les règles par la prise de 2cp de Duphaston 10mg pendant 10 jours), les androgènes uniquement si hyperandrogénie.
- une **échographie pelvienne endo-vaginale**.
- l'**hystérosalpingographie** : indispensable mais à faire en fin du bilan de première intention, sauf orientation clinique préalable.

I.2. Explorations de l'homme

A) Interrogatoire et examen clinique

Le CNGOF rappelle dans ses recommandations la nécessité de réaliser une anamnèse complète et un examen clinique de l'homme (grade B).

L'interrogatoire s'attachera à rechercher :

- l'**âge**.
- la **durée d'infertilité** et son **caractère primaire ou secondaire** (voir plus haut).
- les **antécédents familiaux** d'infertilité et de maladies génétiques.
- les **antécédents personnels généraux** (maladies générales comme diabète, cancer, maladies auto-immunes, malformations, maladies infectieuses comme les oreillons à la puberté, les infections génito-urinaires et les MST) et **abdomino-pelviens** (antécédents de cryptorchidie, torsion ou traumatisme testiculaire, varicocèle, cancer testiculaire, antécédents de chirurgie...).
- les **traitements en cours et anciens** pouvant altérer la spermatogénèse.
- la **profession** : recherche d'une exposition à la chaleur (chauffeur routier, boulanger) ou à des toxiques (pesticides, métallurgie..).
- l'**intoxication alcoolo-tabagique**.
- la **sexualité** et ses éventuels troubles (dysfonction érectile, anéjaculation...).

L'examen clinique de l'homme doit être aussi soigneux que chez la femme :

- l'**examen général** : à la recherche notamment de signes d'endocrinopathies (dysthyroïdie, gynécomastie, hypogonadisme)
- l'**examen urologique : examen des organes génitaux externes** (recherche d'anomalie de la verge, des testicules, des épидидymes, présence des canaux déférents, recherche de varices) et de la **prostate** par toucher rectal.
- le **poids** et la **taille** pour le calcul de l'IMC.

B) Imagerie

Les études sont concordantes concernant la prévalence élevée des anomalies testiculaires chez les hommes infertiles et la performance de l'échographie scrotale pour la détection de certaines d'entre elles, en particulier pour les lésions tumorales dans ces groupes à risque.

Il est recommandé en cas d'anomalies spermiologiques sévères et/ou de signes cliniques ou anamnestiques (antécédents d'infection uro-génitale, de tumeurs, de cryptorchidie) de faire réaliser une **échographie testiculaire** (grade B).

Une anomalie morphologique à ce niveau doit faire rechercher une anomalie rénale associée (même origine embryologique).

L'échographie par voie endo-rectale (prostate, canaux éjaculateurs, vésicules séminales et partie distale des canaux déférents) ne se sera demandée que devant des anomalies de l'appareil génito-urinaire ou devant une azoospermie (recherche d'une obstruction).

C) Test post-coïtal

L'intérêt du TPC est de permettre l'évaluation de la qualité de la glaire (et par son biais la qualité de l'ovulation), de mettre en évidence la présence d'anticorps anti-spermatozoïdes et de juger de "l'interaction" homme-femme.

Cependant, cet examen souffre d'une grande variabilité inter-opérateur.

La littérature sur l'intérêt du TPC est caractérisée par une grande hétérogénéité dans la définition de la positivité du test et les populations étudiées.

Les principales études disponibles ne montrent pas de bénéfice du TPC pour la prédiction de grossesse naturelle. Aucune étude avec un bon niveau de preuve ne permet d'affirmer l'intérêt du TPC systématique dans la prise en charge des couples infertiles.

De plus, son impact psychologique est non négligeable.

Ainsi, le CNGOF a décidé de ne pas recommander la prescription systématique d'un test post-coïtal (grade B).

Bien qu'il soit souvent réalisé, nous considérons ainsi le test post-coïtal comme un examen à réserver aux spécialistes en deuxième intention.

D) Spermiologie

— Spermogramme et spermocytogramme

Le **spermogramme avec spermocytogramme** reste la base de l'exploration de l'homme infertile, qui pourra être orienté vers un spécialiste en andrologie et/ou médecine de la reproduction après confirmation d'un spermogramme anormal.

Il est recommandé de réaliser un spermogramme avec spermocytogramme dans un laboratoire de spermiologie expérimenté et d'envisager un contrôle sur un second échantillon en cas d'anomalies au minimum 3 mois après (grade A). Le recueil doit s'effectuer au laboratoire par masturbation (prévenir le patient) après un délai d'abstinence de 2 à 5 jours (pas plus, pas moins).

En cas d'oligospermie sévère (moins de 10 millions de spermatozoïdes par ml), il est recommandé de pratiquer un caryotype, un bilan hormonal, le dosage des marqueurs du plasma séminal et une échographie testiculaire. Ces éléments font partie du bilan spécialisé, et non du bilan de première intention. Le patient sera donc adressé au spécialiste.

— Spermoculture

Il n'existe pas à ce jour d'étude de niveau de preuve élevé démontrant l'intérêt de cet examen systématique dans le diagnostic et la prise en charge de l'infertilité masculine. Il n'est donc pas recommandé en première intention (grade A) [10]. Néanmoins, c'est un examen important du bilan d'infertilité à demander s'il existe des antécédents infectieux (urinaires, urétrites, MST), des signes d'appel infectieux cliniques (éjaculation douloureuse, nodules sur les épидidymes ou sensibilité à la palpation) ou anomalies au spermogramme (leucospermie avec PN > 10⁶/ml de sperme, nécrospermie avec moins de 60% de spermatozoïdes vivants, asthénospermie avec moins de 40% de spermatozoïdes mobiles) [27]. Elle sera par contre demandée systématiquement en deuxième intention lors de la prise en charge spécialisée en AMP.

— TMS

Le test de migration-survie est utile pour sélectionner le type de technique à ne pas utiliser pour la pratique d'une AMP. Il n'est donc pas recommandé en première intention (grade A) mais avant la pratique d'une AMP (grade A). Cet examen n'est pas du ressort du médecin généraliste.

E) Bilan hormonal et autres bilans biologiques sanguins

Il n'est pas réalisé en première intention, sauf signes cliniques d'hypogonadisme ou devant une oligospermie sévère (spermatozoïdes inférieur à 10 millions par ml).

- FSH et testostéronémie totale, à la recherche d'une anomalie sécrétoire testiculaire ou hypophysaire.
- PRL et TSHus devant des signes cliniques évocateurs uniquement.
- l'AMH, marqueur prédictif potentiel de la présence de spermatozoïdes en cas d'azoospermie non obstructive, n'est dosé que dans les centres spécialisés (non remboursé).

Il est admis que certaines stérilités masculines sont liées à une infection par Chlamydia Trachomatis (atteinte orchi-épididymaire ou prostatique). La **sérologie Chlamydia**, qui, comme chez la femme, n'a un intérêt que dans les infections génitales hautes, peut avoir une valeur indicative dans le bilan d'infertilité, mais sa sensibilité et sa spécificité sont imparfaites [25]. Il faut préférer la recherche par PCR sur le premier jet d'urines [25,28] ou dans le sperme [28].

SYNTHÈSE : LE BILAN DE L'HOMME PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Un interrogatoire et un examen clinique minutieux systématiques.
- **Spermogramme et spermocytogramme.** Toute anomalie sera recontrôlée sur un second prélèvement au minimum 3 mois après.

I.3. Bilan pré-conceptionnel

À ces explorations plus spécifiques de l'infertilité, doivent se rajouter les examens complémentaires proposés dans le cadre de la consultation pré-conceptionnelle [24] :

- **Groupage sanguin de la femme** (ABO, phénotype rhésus complet et Kell) si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations).
Si rhésus négatif : détermination du groupe sanguin du futur père.
- **Frottis cervico-utérin**
- **Sérologie toxoplasmose et rubéole chez la femme**
- **Sérologie VIH 1 et 2** à proposer aux 2 partenaires
- Sérologies à proposer à la femme ou au couple en fonction des facteurs de risque :
 - **Ac anti-Hbs si vacciné(e), sinon Ag Hbs.**
 - **Sérologie VHC.**
 - **Sérologie de la syphilis : TPHA-VDRL.**

II. Informations, éducation et prévention

Le médecin généraliste doit savoir donner aux patients la définition de l'infertilité (absence de conception après 2 ans de rapports sexuels non protégés selon l'OMS), le délai moyen de conception (4 à 6 mois), les principales causes d'infertilité (féminines, masculines et mixtes) et les traitements disponibles.

Il doit également évoquer avec ses patients les facteurs de risque d'infertilité [10]:

- **L'âge** [35]. Les âges maternel et paternel ont un effet néfaste sur la fertilité des couples. L'AMP ne prend pas en charge les couples dont la femme est âgée de plus de 43 ans et/ou l'homme de plus de 60 ans en général.
- **L'obésité** (avec un IMC supérieur à 30) a également un effet négatif sur les chances de concevoir. Un amaigrissement doit toujours être encouragé.
- **La maigreur** (IMC inférieur à 18,5) est responsable d'aménorrhée d'origine hypothalamique, réversible lors de la reprise de masse grasse.
- **Le tabagisme**. L'arrêt du tabagisme (actif et passif) est toujours indiqué.
- **L'alcool**. L'alcoolisme altère la fertilité et doit être combattu.
- Chez l'homme, il faut éviter le **port de vêtements trop serrés** et se méfier des **environnements chauds**, des **pesticides** et des **polluants organochlorés** qui ont des effets néfastes sur la fertilité masculine.
- Les **infections sexuellement transmissibles**, qu'il faut savoir prévenir, dépister et traiter.

Au niveau hygiéno-diététique, le médecin généraliste doit recommander aux couples un régime alimentaire équilibré et une consommation modérée de café. Une activité physique régulière doit être également encouragée. La supplémentation vitaminique est celle recommandée en pré-conceptionnel (acide folique à la dose de 0,4mg/jour ou 5mg/jour pour les femmes à risque) [24].

Concernant la fréquence des rapports sexuels, c'est une question fondamentale mais souvent difficile à poser. Elle permet de repérer d'éventuelles erreurs qui pourront être facilement corrigées. C'est aussi l'occasion d'aborder plus globalement la sexualité des couples et de repérer l'éventuel impact négatif de l'infertilité et sa prise en charge sur la sexualité des couples. Le médecin généraliste peut conseiller une fréquence de rapports sexuels d'un jour sur 2 ou 3 fois par semaine, couvrant essentiellement la fenêtre ovulatoire (5ème jour avant l'ovulation, 1 jour après) [6, 7, 22]. Il peut également dissiper certaines croyances non fondées (position...).

Enfin, le médecin généraliste doit systématiquement veiller à ce que ses patients bénéficient de techniques de préservation de la fertilité avant la mise en route de traitement potentiellement stérilisant (cryoconservation de sperme, d'embryon, cryopréservation ovarienne, congélation des ovocytes).

III. Orientation et coordination avec les spécialistes

Le médecin généraliste doit savoir orienter rapidement certains couples vers les spécialistes en fonction d'éléments cliniques ou paracliniques défavorables qu'il aura recherchés.

A l'opposé, il doit aussi savoir temporiser et rassurer un couple sur son potentiel de fertilité, après avoir effectué une estimation clinique minimum, pour éviter un recours inutile aux spécialistes (source d'engorgement et donc de délais d'attente longs dans les centres spécialisés).

Il appartient au médecin traitant de décider du moment du recours au spécialiste et du choix de ce dernier. Ce rôle est renforcé par la création du « **parcours coordonné** » mis en place par la sécurité sociale.

En fonction des anomalies retrouvées, le médecin généraliste peut adresser ses patients :

- au **gynécologue** (médical ou obstétricien) pour les pathologies féminines.
- à l'**urologue** : pour les pathologies masculines.
- à l'**endocrinologue** pour les endocrinopathies et les troubles nutritionnels.
- au **psychologue, psychiatre, sexologue** si besoin.
- directement au **centre d'AMP**.

Le médecin généraliste assure la **coordination** des différents intervenants, surtout quand la prise en charge n'est pas assurée dans un centre d'AMP.

IV. Accompagnement et soutien psychologique

Les couples infertiles attendent de la part de leur médecin traitant une attitude rassurante d'écoute, de compréhension, de soutien, de conseil, voire de remotivation [12].

Le médecin généraliste, par son écoute, sa disponibilité et son statut privilégié, proche de ses patients, doit pouvoir apporter son soutien tout le long de la prise en charge de ces couples. Il doit savoir identifier les couples en détresse qui nécessitent une aide spécifique [41].

V. Rôle administratif

Pour la prise en charge à 100% des soins d'AMP, le médecin généraliste doit remplir une demande de protocole de soins au titre de la prise en charge pour « stérilité » [32].

VI. Rôle thérapeutique

Rappel sur les traitements spécifiques de l'infertilité [10]

1. Traitement médical : les médicaments inducteurs de l'ovulation

- Citrate de Clomiphène : en première intention si le test à la progestérone est positif.
- Pompe à GnRH : dans les anovulations hypothalamiques.
- Gonadotrophines avec soutien lutéal par progestérone après induction de l'ovulation : si échec clomiphène et hors indication de pompe.

2. Traitement chirurgical

- la chirurgie cœlioscopique : adhésiolyse cœlioscopique (en cas d'adhérences tubo-ovariennes minimales ou légères), chirurgie réparatrice tubaire, endométriose
- la chirurgie utérine par hystérocopie (myome, polype, cloison utérine)

3. Aide médicale à la procréation

- Insémination intra-utérine : toujours associée à une stimulation ovarienne.
- Fécondation in vitro
- ICSI : si anomalie du sperme

La prise en charge thérapeutique relève essentiellement des spécialistes.

Les médecins généralistes assurent la surveillance des traitements. Ils reformulent les explications sur les traitements et peuvent aider les couples à la réflexion. Ils peuvent proposer un suivi sexologique, une prise en charge diététique ou une aide au sevrage tabagique.

Le citrate de clomiphène est le seul traitement inducteur de l'ovulation dont la prescription n'est pas strictement réservée aux spécialistes. Néanmoins, sa prescription, qui ne doit se faire que dans des indications précises (anovulation ou dysovulation à l'exception des insuffisances ovariennes et des aménorrhées d'origine haute) nécessite d'avoir vérifié au préalable la perméabilité tubaire, la qualité de l'ovulation par des dosages hormonaux et le spermogramme du conjoint. Le principal risque étant les grossesses multiples, un monitoring échographique est préconisé, au moins pour le premier cycle et pour adapter les doses (accord professionnel).

Les médecins spécialistes de l'infertilité s'accordent unanimement sur le fait que le maniement des inducteurs de l'ovulation exige une formation médicale spécifique, une expérience professionnelle dans ce domaine thérapeutique et une possibilité de surveillance du traitement (radiologue proche et disponible) [37].

En conclusion, nous considérons que la prescription du citrate de clomifène, trop souvent mal réalisée, n'est pas, dans la majorité des cas, du ressort du médecin généraliste.

Enfin, le médecin généraliste doit connaître les effets indésirables des traitements pour infertilité [37] pour lesquels il peut être consulté :

- **l'hyperstimulation ovarienne.**

Au premier stade, elle est responsable d'inconfort et de distension abdominale, avec nausées, vomissements et/ou diarrhée, les ovaires sont augmentés de volume. Au stade II, il existe une ascite d'abord échographique puis clinique au stade III, avec hydrothorax, hypovolémie, hyperviscosité sanguine, hypercoagulabilité et insuffisance rénale fonctionnelle.

- les **fausses couches spontanées** plus fréquentes par rapport aux grossesses spontanées.
- **Métrorragies, sécheresse vaginale, bouffée de chaleur et céphalées** sont décrites avec les agonistes de la GnRH, lié à l'hypo-œstrogénie.
- des **réactions allergiques locales ou générales.**
- les **grossesses multiples.**

ANNEXE 2

Questionnaire sur la prise en charge de l'infertilité en soins primaires (format Word)

I - Informations personnelles :

- Sexe : F M
- Année de naissance :
- Année de thèse :
- Année d'installation :
- Vous exercez en cabinet : rural (≤ 2000 habitants) / semi-rural / urbain
Département :
- Assurez-vous le suivi gynécologique de vos patientes ? oui / non
si oui, le(s)quel(s) : contraception frottis pose d'implant contraceptif
pose de DIU suivi de grossesse ménopause autres :

II - Votre formation et vos connaissances générales sur l'infertilité :

- En plus de la formation initiale, avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ? oui / non
Si oui, de quel(s) type(s) ? Diplôme universitaire Formation Médicale Continue Autre *précisez*
- En plus de la formation initiale, avez-vous suivi une formation complémentaire sur l'infertilité ?
Si oui, de quel(s) type(s) ? Diplôme universitaire Formation Médicale Continue Autre *précisez*
- Pensez-vous que vos connaissances soient suffisantes dans le domaine de l'infertilité à l'échelle du MG ? oui / non
- Seriez-vous intéressé(e) par une formation sur l'infertilité ? oui / non

III - Votre pratique :

- Abordez-vous la question sur le désir d'enfants pour les couples sans enfant ?
Oui, très souvent / Oui, souvent / Oui, quelquefois / Non, jamais
- Vous a-t-on déjà consulté(e) pour infertilité ?
Oui, très souvent / Oui, souvent / Oui, quelquefois / Non, jamais
Si oui, est-ce que c'est : le plus souvent AVANT ou APRES la consultation chez le spécialiste ?
- Avez-vous déjà rempli un protocole d'ALD pour infertilité ? oui / non

III-1 Démarche diagnostique devant une infertilité

- Votre interrogatoire concerne ? la femme l'homme le couple
- Examinez-vous : - la femme ? oui/non
Examen gynécologique : Oui, toujours/souvent/quelquefois - Non jamais
- l'homme ? oui/non
Examen génital : Oui, toujours/souvent/quelquefois - Non jamais
- Prescrivez-vous des examens complémentaires dans le cadre du bilan d'infertilité ?
oui / non, j'adresse aux spécialistes

Si oui, au bout de combien de mois d'infertilité en général?

immédiatement 6 mois 12 mois 24 mois

SI oui, votre bilan concerne ? la femme l'homme les 2 systématiquement

Si oui, votre bilan comporte systématiquement chez la femme ?

- Courbe de température - ECBU
- NFS - Prélèvement vaginal
- FCV - TPHA-VDRL
- sérologies : chlamydia Toxo rubéole VIH HBV HCV
- bilan hormonal : FSH LH E2 Progestérone AMH
- échographie pelvienne endo-vaginale - hystérosalpingographie
- cœlioscopie - hystérocopie
- autres :

Si oui, votre bilan comporte systématiquement chez l'homme ?

- NFS - spermogramme/spermocytogramme
- testostérone - spermoculture
- SHBG - recherche Ac Anti-spz
- LH - un test post coïtal
- FSH
- AMH - TPHA-VDRL
- sérologie : chlamydia VIH HBV HCV
- une échographie testiculaire - autres :

III -2 Coordination avec les spécialistes

- Vers quel(s) spécialiste(s) adressez vous vos patients ?
gynécologue endocrinologue urologue médecin spécialiste d'AMP
psychiatre psychologue sexologue autres:
- Quels critères vous feraient adresser plus rapidement les patients aux spécialistes ? (max 5)
 - le manque de connaissance sur le sujet - des antécédents particuliers
 - la demande des patients - des anomalies du cycle chez la femme
 - l'âge de la femme - des anomalies à l'examen physique
 - l'âge de l'homme - des anomalies aux exam complémentaires
 - le délai d'infertilité - autres :
- Etes-vous satisfait de la communication avec les spécialistes en ce qui concerne la prise en charge de l'infertilité ? oui / non
- Pensez-vous jouer le rôle de coordination entre ces différents spécialistes ? oui / non

III-3 Informations, conseils, accompagnement

- Quelles informations donnez-vous en général aux patients consultant pour infertilité? (max 5)
 - aucune - les investigations
 - rappel d'épidémiologie - les traitements existants
 - la définition de l'infertilité - les alternatives possibles comme l'adoption
 - les causes principales d'infertilité - les informations préconceptionnelles
 - la physiologie de la conception - les facteurs de risque d'infertilité
 - les possibilités de préservation de la fertilité avant chimio/radioT
 - autres :

- Quels conseils donnez-vous en général aux patients consultant pour infertilité ? (max 5)
 - aucun
 - éviter le port de vêtements serrés chez l'homme
 - patienter
 - arrêt /diminution du tabac
 - faire une courbe de température
 - arrêt /diminution de l'alcool
 - nécessité de rapports sexuels réguliers (fréquence ?)
 - diminution du café
 - rapports ciblés sur la période du cycle la plus propice
 - alimentation équilibrée
 - conseils de position pendant les rapports
 - pratique d'une activité physique régulière
 - surélever les jambes après les rapports
 - amaigrissement si <IMC élevé
 - éviter l'exposition aux environnements chauds pour l'homme
 - autres

- Évaluez-vous le retentissement de l'infertilité ?
 - sur le plan personnel (humeur, anxiété) ? Oui, toujours/souvent/quelquefois - Non jamais
 - sur leur vie de couple ? Oui, toujours/souvent/quelquefois - Non jamais
 - sur la vie familiale ? Oui, toujours/souvent/quelquefois - Non jamais
 - sur la sexualité ? Oui, toujours/souvent/quelquefois - Non jamais
 - sur la vie professionnelle ? Oui, toujours/souvent/quelquefois - Non jamais

- Quels moyens d'accompagnement et d'aide avez-vous déjà proposés à vos patients en situation d'infertilité ?
 - prescriptions d'anxiolytiques ou antidépresseurs
 - prescription d'un arrêt de travail
 - écoute
 - orientation vers un psychiatre
 - orientation vers un psychologue
 - orientation vers un sexologue
 - orientation vers des groupes d'entraide/associations
 - autres :.....
 -

III-4 Traitements

- Avez-vous déjà prescrit un traitement médicamenteux pour infertilité ? oui / non
 Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) et le(s)quel(s) ?
 - en prescription initiale :.....
 - en renouvellement :

- Les patients vous ont-ils déjà sollicité pour une question concernant le traitement pour infertilité ? oui / non
 Si oui, pour quel(s) motif(s) ?
 - demande d'informations
 - aide à la réflexion
 - effets indésirables
 - suivi du traitement
 - autres :

- Avez-vous déjà été confronté à un éventuel effet indésirable des traitements pour infertilité ?
oui / non
Si oui, le(s)quel(s) ?.....
- Pensez-vous connaitre suffisamment les effets indésirables des traitements ? oui / non

IV - Votre opinion :

- Pensez-vous qu'il s'agisse d'une problématique de médecine générale ? oui / non
- Quelles sont, selon vous, les 3 principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes ?
 - faible fréquence en pratique quotidienne de l'infertilité
 - insuffisance de formation médicale
 - exclusion d'une prise en charge hyperspécialisé
 - complexité du sujet
 - manque d'accès aux investigations
 - relation pas assez proche avec leurs patients
 - mal a l'aise avec le sujet
 - désintérêt
 - autres :
- Quelles sont les 3 propositions qui vous paraissent les plus intéressantes pour améliorer la prise en charge de l'infertilité par les médecins généralistes ?
 - utilisation de questionnaires écrits d'aide à l'anamnèse
 - utilisation d'un référentiel d' aide pour la prescription du bilan initial
 - amélioration de la formation médicale initiale
 - FMC sous forme de réunions de formation sur l'infertilité
 - Instauration de consultations obligatoires avec le médecin traitant avant chaque nouvelle tentative
 - Développement d'un réseau avec les spécialistes d'AMP
 - création d'une fiche de liaison avec les spécialistes
 - mise en place de directives locales
 - autres :

Vos remarques éventuelles:.....

ANNEXE 3



Cher confrère,

Interne en médecine générale, je prépare une thèse sur le **rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des couples infertiles**, sous la direction du Docteur Brillac, responsable du pôle santé de la femme, au sein du DUMG, Département Universitaire de Médecine Générale et en collaboration avec le Professeur Parinaud, responsable de la Médecine de la Reproduction au CHU de Toulouse. Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche mené par le DUMG (coordonateur : Professeur Oustric) visant à développer et améliorer l'enseignement de la gynécologie.

L'infertilité concerne un couple sur six. Une revue de la littérature récente démontre la place importante des soins primaires tout le long de la prise en charge de ces couples, à partir d'études auprès des patients ou de recommandations des spécialistes de l'infertilité.

Mais qu'en pensent vraiment les acteurs des soins primaires ?

Pour répondre à cette question, je vous propose de participer à une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées inscrit à l'URPS, **sous la forme d'un questionnaire anonyme en ligne, d'une durée approximative de 5 à 8 minutes**.

L'objectif principal est d'évaluer la perception qu'ont les médecins généralistes sur leurs rôles dans la prise en charge de l'infertilité d'un couple. Secondairement, cette étude permettra d'évaluer la proportion de médecins véritablement intéressés par l'infertilité et leurs éventuels besoins de formation, de façon à proposer des solutions pour améliorer cette prise en charge en soins primaires.

Pour participer, veuillez cliquer sur ce lien : <http://www.urps-mp.org/saurel>

Le questionnaire peut être stoppé et repris ultérieurement en cliquant sur le même lien.

Si vous ne souhaitez pas participer, merci de cliquer sur le lien ci-dessous : <http://www.urps-mp.org/saurel/saurel.php>

Les résultats de cette enquête ainsi que les conclusions de ma thèse seront communiqués par mail à toutes les personnes qui en feront la demande dans la partie "remarques" en fin de questionnaire (merci de m'indiquer une adresse mail). Une aide au bilan initial sous forme de fiche de synthèse sera également envoyée.

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

Vanessa Saurel
saurel.these@laposte.net
06.66.52.80.70

ANNEXE 4



Cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, vous avez récemment été invité à participer à une enquête d'opinion sous la forme d'un questionnaire en ligne sur le **rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des couples infertiles**, sous la direction du Docteur Brillac, responsable du pôle santé de la femme, au sein du Département Universitaire de Médecine Générale et en collaboration avec le Professeur Parinaud, responsable de la Médecine de la Reproduction au CHU de Toulouse. Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche mené par le DUMG (coordonateur : Professeur Oustric) visant à développer et améliorer l'enseignement de la gynécologie.

Le questionnaire étant anonyme, nous ne sommes pas en mesure de savoir si vous l'avez déjà complété.

Merci de ne pas tenir compte de ce mail si vous avez déjà participé, je vous en remercie vivement.

Si ce n'est pas le cas, nous vous rappelons que celui-ci est toujours disponible en cliquant sur le lien ci dessous : Cela vous prendra 5 à 8 minutes.

<http://www.urps-mp.org/saurel>

Si vous ne souhaitez pas participer, l'enregistrement de votre réponse est essentiel pour mon travail. Je vous demande donc de cliquer sur le lien ci-dessous :

<http://www.urps-mp.org/saurel/saurel.php>

Les résultats de cette enquête ainsi que les conclusions de ma thèse seront communiqués par mail à toutes les personnes qui en feront la demande dans la partie "remarques" en fin de questionnaire (merci de m'indiquer une adresse mail). Une aide au bilan initial sous forme de fiche de synthèse sera également envoyée.

Je vous remercie d'avance pour votre participation indispensable, le sérieux de mon travail dépend aussi de votre implication.

Vanessa Saurel
saurel.these@laposte.net
06.66.52.80.70

ANNEXE 5

Commentaires libres

- *" Le manque de communication entre les spécialistes d'AMP et les généralistes est flagrant. Les patients en échec d'AMP nous reviennent souvent sans aucune explication dans ses situations psychologiques parfois dramatiques. Les services d'AMP n'envoient aucun compte rendu de prise en charge. Je suis ravie que vous vous attaquiez à ce sujet. Le travail collaboratif avec les MG serait à mon avis une grande avancée. Nous connaissons mieux les couples, les problématiques familiales et les enjeux psychologiques qui se nouent derrière ces quêtes parfois désespérées. J'ai parfois l'impression que le message délivré par les spécialistes d'AMP n'est pas assez clair, pas compris par les patients. Ils se perdent dans des détails techniques et n'ont pas d'information claire sur la véritable probabilité de succès. Si le MG était mieux tenu informé des résultats et des conclusions, il pourrait servir d'intermédiaire et de traducteur."*
(Femme, moins de 40ans, semi-rural)
- *"Je suis très intéressé par votre travail."*
(Homme, 50-60 ans, urbain)
- *"Beaucoup d'infertilités sont dues en fait à des problèmes psychologiques qu'il faut savoir dépister."*
(Homme, 50-60 ans, rural)
- *"Problème de réseau : à Rodez, AMP gérée par gynécologues privés qui envoient vers Montpellier ou Toulouse en cliniques privées, peu de gestion par le CH local. Une fois le couple adressé au spécialiste : peu/pas de retour ... donc difficile de gérer les effets secondaires si déjà on ne sait pas quel protocole est en cours ! Les protocoles ALD sont parfois pré remplis par le spécialiste, et nous ne servons qu'à apposer un tampon, une signature et gérer les bons de transport... dommage parce qu'à coté de cela, on gère aussi une grande partie du soutien psychologique et l'accompagnement !!!"*
(Femme, moins de 40 ans, urbain)
- *"Si une liaison avec les spécialistes sous forme de FMC est possible, j'aimerais avoir des informations."*
(Homme, plus de 60 ans, urbain)
- *"Sujet de thèse très intéressant."*
(Femme, 40-50 ans, semi-rural)
- *"Les réseaux d'AMP ne se valent pas tous, il faut avoir un contact avec ces structures. Certaines (le CHU) sont hermétiques à toute information au médecin généraliste (trop incompétent...)."*
(Homme, moins de 40 ans, semi-rural)
- *"A mes débuts, j'ai suivi plusieurs couples infertiles. 1/7 seulement avait de réels problèmes organiques. Je suis très surpris actuellement de la médicalisation (qui correspond bien sûr à une demande mais qui ne me paraît pas toujours justifiée)."*
(Homme, 50-60 ans, semi-rural)

- *" Les résultats de l'étude m'intéressent et plus encore ce qui pourrait en découler."*
(Femme, plus de 60 ans, semi-rural)
- *"Faut-il vraiment médicaliser l'infertilité, en dehors des causes iatrogènes (cancer) ? Dans certain cas, est-ce à la société à prendre en charge le désir d'enfant ?"*
(Homme, moins de 40 ans, rural)
- *"La communication avec les centres d'AMP est très difficile et même quand on leur adresse les patients on a pas ou très peu de retour par la suite, si ce n'est par nos patients quand il y a un problème!"*
(Femme, 50-60 ans, semi-rural)
- *"Je me sens à même d'aider les couples infertiles ou hypofertiles sans me prendre en charge l'aspect "médico-technique"."*
(Homme, plus de 60 ans, urbain)
- *"Le médecin traitant est totalement écarté de la prise en charge, ne recevant bien souvent même pas de courrier des spécialistes. Nous ne revoyons les patientes que pour la prise en charge d'effets indésirables sur lesquels nous ne sommes pas formés. J'ai vu récemment une ascite très douloureuse après hyperstimulation, ce qui n'a pas semblé étonner le gynécologue que j'ai appelé, mais dont moi-même, je n'avais aucune notion de possibilité de survenue dans les effets secondaires. Il ne serait pas bien compliqué de faire un courrier au médecin traitant (ce serait même le minimum de respect...) pour lui expliquer la prise en charge entreprise ainsi que les principales difficultés en découlant et auxquelles nous risquons d'être confrontés."*
(Femme, 50-60 ans, semi-rural)

INFERTILITY MANAGEMENT IN PRIMARY CARE : SURVEY FROM LIBERAL GENERAL PRACTITIONERS IN MIDI-PYRENEES

Abstract :

Infertility affects one couple in seven. Literature places a strong emphasis on primary care throughout their management, but few studies have evaluated the effective role of general practitioners.

Objective : To evaluate the practice of GPs in the management of infertile couples.

Methods : Declarative survey with liberal general practitioners, by online questionnaire, mailed to 1750 physicians in Midi-Pyrenees appearing on e-mail listing of URPS.

Results : 174 answers recorded, including 138 complete. 93% of physicians have already been consulted for infertility and 69% believe that it is a problem of general medicine. In their diagnostic approach, 91% ask both partners. 83% examine the woman, 70% the man. 2/3 systematically examine both partners. 57% prescribe further investigations, 43% prefer direct referral to specialists. For prescribers, 1 in 2 waits for 1 year of infertility, 1 in 3 waits for 2 years. For women, the most prescribed exams are pelvic ultrasound (88%), the temperature curve (85%), FCV (68%), FSH and LH (68%), E2 (48%) and Chlamydia serology (63%). For men, 90% of doctors prescribe a semen analysis. Gynecologists and MAP doctors are the most important correspondents, although the communication is not satisfactory (66%). Advice, information, prevention and support are provided by the majority of physicians. 17% have already prescribed a treatment for infertility. Only 8% say they know enough about the side effects of treatment and 77% consider their overall knowledge about infertility as insufficient. Low frequency in daily practice, inadequate training and hyper specialization are the main difficulties cited.

Conclusion : GPs have their place throughout the management of infertile couples and their approach is mainly in compliance with the recommendations. Nevertheless, guidelines for the initial management, better formation and better communication with specialists seem necessary to optimize the management of infertility in primary care.

Key words : infertility - general practitioner - primary care - management - couple

**PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ EN SOINS PRIMAIRES :
ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE MIDI-PYRÉNÉES**

Toulouse, le 29 Janvier 2013

Résumé :

Un couple sur sept souffre d'infertilité. La littérature accorde une place importante aux soins primaires dans leur prise en charge mais peu d'études ont évalué le rôle effectif des médecins généralistes.

Objectif : Évaluer la pratique des généralistes dans la prise en charge des couples infertiles.

Méthodes : Enquête déclarative auprès des médecins généralistes libéraux, sous la forme d'un questionnaire en ligne, envoyé par courriel aux 1750 médecins de Midi-Pyrénées du listing e-mail de l'URPS.

Résultats : 174 réponses enregistrées, dont 138 complètes. 93% des médecins ont déjà eu une consultation pour infertilité et 69% considèrent qu'il s'agit d'une problématique de médecine générale. Dans leur démarche diagnostique, 91% interrogent les deux partenaires. 83% examinent la femme, 70% l'homme. 2/3 examinent systématiquement les 2. 57% prescrivent un bilan complémentaire, 43% préfèrent adresser directement aux spécialistes. Pour les médecins prescripteurs, 1 sur 2 attend 1 an d'infertilité, 1 sur 3 attend 2 ans. Chez la femme, les examens les plus prescrits sont l'échographie pelvienne (88%), la courbe de température (85%), le FCV (68%), FSH et LH (68%), E2(48%) et la sérologie Chlamydia (63%). Chez l'homme, 90% des médecins prescrivent un spermogramme. Gynécologues et médecins d'AMP sont les principaux correspondants, bien que la communication ne soit pas satisfaisante (66%). Conseils, informations, prévention et accompagnement sont assurés par la majorité des médecins. 17% ont déjà prescrit un traitement pour infertilité. Seulement 8% affirment connaître suffisamment les effets indésirables des traitements et 77% considèrent leurs connaissances globales sur l'infertilité comme insuffisantes. Faible fréquence en pratique quotidienne, insuffisance de formation et hyperspécialisation sont les principales difficultés citées.

Conclusion : Les médecins généralistes ont leur place tout le long de la prise en charge des couples infertiles et leur démarche est majoritairement conforme aux recommandations. Néanmoins, la diffusion d'un référentiel standardisant la prise en charge initiale, une meilleure formation et une meilleure communication avec les spécialistes semblent nécessaires pour optimiser la prise en charge de l'infertilité en soins primaires.

Mots Clés : infertilité - médecin généraliste - soins primaires - prise en charge - couple

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Université Toulouse III - Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil
133 route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC
