

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement

par

Céline NHAN-DO MINH

Le 19 octobre 2023

RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS EN PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : Étude quantitative au sein du centre de fertilité de la clinique d'Occitanie à Muret

Directrice de thèse : Dr Isabelle FRAY

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Présidente

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER

Assesseure

Madame le Docteur Lisa OUANHNON

Assesseure

Madame le Docteur Isabelle FRAY

Assesseure

**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie diagnostiques et biomarqueurs médicale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Le Serment D'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS AU JURY

À la présidente du jury :

Madame le Professeur Julie DUPOUY, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je n'oublierai pas votre accompagnement en tant que tutrice lors de mon 3^{ème} semestre d'internat. Merci pour votre implication auprès du DUMG et auprès des internes de médecine générale.

Aux membres du jury :

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, et pour votre intérêt pour le sujet.

Madame le Docteur Lisa OUANHNON, je vous remercie pour votre présence à ce jury de thèse, ainsi qu'au jury de mémoire de DES et pour votre intérêt pour le sujet. Merci pour votre bienveillance.

Madame le Docteur Isabelle FRAY, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, pour votre implication, votre accompagnement, vos conseils et votre disponibilité. Je vous en suis extrêmement reconnaissante.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

Au **Dr Tiffany COCHET**, merci de m'avoir motivée et accompagnée pour réaliser cette thèse, et de m'avoir permis de déposer les questionnaires à la Clinique. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans ton aide. Merci aussi au **Dr Alice CADEL** pour ses compléments d'informations sur le centre, et merci aux secrétaires pour avoir distribué les questionnaires.

Au **Pr Stéphane OUSTRIC** et au **Dr Bénédicte CLAIRET-OUSTRIC**, merci pour votre accueil et votre bienveillance lors de mon premier stage en médecine générale. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je vous en suis très reconnaissante.

Aux **Drs Claire BOISSINOT, Sophie ATTAL-EZAOUI, Didier SACAREAU, Leila ABDI-KRIAA**, merci pour votre accueil à Labarthe/Lèze et vos enseignements. Merci de me donner envie de venir m'installer.

Au **Pr André STILLMUNKES**, au **Dr Pierre DE MONTIS**, au **Dr Valérie BOYER-JMEL**, merci pour votre encadrement et votre accompagnement dans ma prise d'autonomie.

À mes parents, qui ont toujours été là pour soutenir leurs enfants quel que soit leur chemin entrepris.

Papa, merci de m'avoir transmis ta passion pour la médecine. Merci pour tes apprentissages impromptus lors des repas à la maison, je t'en serai éternellement reconnaissante même si je ne le montrais pas toujours.

Maman, merci pour ton dévouement infatigable et ton soutien inconditionnel à tes enfants. Tout simplement merci pour tout l'amour que vous nous portez. Je vous aime fort.

À **Bà ngoại**, ma grand-mère chérie, j'espère être autant en forme que toi au même âge. Merci de me permettre d'entretenir un peu mon vietnamien.

À **Nini, Aline, Taine, Gaby, Michou, Lizbeth**, merci d'être des grands frères et sœurs aussi exemplaires et aimants. Je suis fière d'être votre petite sœur.

Mention spéciale à Aline, merci d'avoir initié le mouvement : « Ne me demandez pas comment avance la thèse, c'est tabou » !

À **Sylvain, Vincent, Lolo, Élodie, Émeline, Dadou**, mes beaux-frères et belles-sœurs, pour leur amour et leur joie de vivre qui complètent notre famille « extended ».

Petite mention à Dadou : maintenant que je suis docteur, non, tu n'as pas le droit de prendre ta retraite et de vivre à ma charge !

À **Illyana, Maëlys, Kilian, Jade, Héloïse, Inès, Lucas, Léa, Sophie, Maiana, Taina, Baptiste, Paul, Simon**, et ceux qui sont en route, mes neveux et nièces chéris, qui animent les réunions de famille et nous apprennent souvent la patience, je souhaite que vous alliez loin dans la vie !

À **Tahia**, le petit ange de la famille, sache qu'ici-bas, nous t'aimons fort.

À **toute ma famille**, plus ou moins loin, merci pour votre soutien et votre amour.

À **Marie et Kim Sa**, merci de m'avoir accueillie dans la famille Nhan comme votre « fille précieuse ».

À **Manu et Yamina**, les kheys, merci pour votre amour et votre soutien.

À **Lyna et Lyam**, les mini-kheys, et ceux qui viendront (peut-être ?!) par la suite, je souhaite que vous alliez loin aussi dans la vie !

À **Mélanie et Chloé**, les MédGéniales, merci pour votre bonne humeur et votre soutien tout au long de ces années de médecine et plus particulièrement cet internat de médecine générale ! Ça n'aurait pas été pareil sans vous.

Avec **Laure**, merci d'avoir été des témoins d'enfer pour mon mariage.

Avec **Édouard, Mathilde M, Mathilde Z, Claire**, notre groupe d'affamés, merci pour ces années médecine, et merci d'avoir été présents à mon mariage en 2 parties, durant cette magnifique période de COVID.

Je garderai toujours un super souvenir de ces années avec vous.

À **Nadia, Boris, Samantha, Amélie, Pierre, Jonathan, Jean, Flavie**, les internes de Saint-Gaudens, merci pour ce premier semestre d'internat mémorable, pour cette bonne humeur et ces bons moments passés à manger des Granola ! Je ne vous oublierai pas.

À **Aurore, Sophie** et **Natasha**, les internes de rhumatologie, merci pour votre accompagnement lors de mes trois petits mois en tant qu'interne au CHU, grâce à vous j'ai survécu et j'en garde un bon souvenir !

Et enfin, à **Jean-François**, mon mari, mon meilleur ami, mon partenaire d'armes, mon Djibon, mon raccoon. Merci pour ton amour, ton soutien tout au long de la réalisation de cette thèse, et pour ton aide à la relecture de ce travail. Merci d'être toujours là pour me reconforter et prendre soin de moi. À nos prochaines aventures...
Merci de faire partie de ma vie. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES ANNEXES	4
INTRODUCTION	5
MATÉRIEL ET MÉTHODES	8
I- TYPE D'ÉTUDE	8
II- MATÉRIEL	8
III- POPULATION ÉTUDIÉE	9
IV- RECUEIL DE DONNÉES	9
V- ANALYSE STATISTIQUE	9
RÉSULTATS	10
I- DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	10
II- PARCOURS AVANT LE CENTRE DE PMA	11
A) <i>Suivi par le médecin traitant</i>	11
B) <i>Consultation pré-conceptionnelle</i>	12
C) <i>Information sur les facteurs de risque d'infertilité</i>	14
D) <i>Prescription d'examens complémentaires</i>	15
III- PARCOURS EN CENTRE DE PMA	18
A) <i>Arrivée en centre de PMA et étape du parcours</i>	18
B) <i>Implication du médecin traitant après l'entrée en centre de PMA</i>	19
C) <i>Grossesse issue de la PMA</i>	21
IV- RÔLES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	21
A) <i>Niveau de formation du médecin généraliste</i>	21
B) <i>Niveau d'implication du médecin généraliste</i>	22
C) <i>Rôles possibles du médecin généraliste</i>	22
V- RESENTI ET REMARQUES	23
A) <i>Niveau de satisfaction sur la prise en charge</i>	23
B) <i>Remarques libres</i>	23
DISCUSSION	25
I- FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	25
A) <i>Forces de l'étude</i>	25
B) <i>Limites de l'étude</i>	25
II- ANALYSE DES RÉSULTATS	26
A) <i>Suivi gynécologique en médecine générale</i>	26
B) <i>Consultation pré-conceptionnelle</i>	26

C)	<i>Délai de consultation et de prise en charge de l'infertilité</i>	28
D)	<i>Prise en charge de l'infertilité par le médecin généraliste</i>	30
III-	RÔLES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE PARCOURS EN PMA	32
A)	<i>Avant la prise en charge en centre spécialisé</i>	32
1.	Le dépistage et la prévention des facteurs de risque d'infertilité	32
2.	Éducation en santé et conseils pré-conceptionnels	33
3.	Initiation du bilan complémentaire	34
4.	Orientation vers un spécialiste	35
5.	Soutien psychologique	36
B)	<i>Pendant la prise en charge en centre spécialisé</i>	36
1.	Soutien psychologique	36
2.	Conseils et informations sur la PMA et les différentes techniques	37
3.	Prise en charge d'éventuels effets indésirables des traitements de la PMA	38
4.	Délivrance d'arrêts de travail	38
5.	Coordination des différents intervenants	39
C)	<i>Après la prise en charge en centre spécialisé</i>	39
1.	Suivi de grossesse	39
	CONCLUSION	41
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42
	ANNEXES	47

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMH : Anti Müllerian Hormone (Hormone anti-müllérienne)

CECOS : Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DPC : Développement Professionnel Continu

FMC : Formation Médicale Continue

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

FSH : Follicle Stimulating Hormone (Hormone de stimulation folliculaire)

HAS : Haute Autorité de Santé

HyFoSy : Hystérosalpingo-Foam-Sonography

IAC : Insémination Artificielle avec sperme du Conjoint

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IPA : Infirmiers en Pratique Avancée

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LH : Luteinizing Hormone (Hormone lutéinisante)

MG : Médecin Généraliste

NICE : National Institute for health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

TSH : Thyroid Stimulating Hormone (Hormone de stimulation thyroïdienne)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon	10
---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Catégories socio-professionnelles des participants	11
Figure 2 : Praticiens assurant le suivi gynécologique des patientes	12
Figure 3 : Taux de consultation du Médecin Généraliste (MG) en rapport avec le projet conceptionnel	13
Figure 4 : Délai de consultation dans le cadre d'un projet conceptionnel	14
Figure 5 : Information sur les facteurs de risque d'infertilité par le médecin généraliste	14
Figure 6 : Facteurs de risque d'infertilité cités par les médecins aux patients.....	15
Figure 7 : Délai de prescription d'examens complémentaires.....	16
Figure 8 : Examens complémentaires prescrits chez les femmes	17
Figure 9 : Examens complémentaires prescrits chez les hommes	17
Figure 10 : Adressage des couples au centre de PMA	18
Figure 11 : Étapes du parcours en PMA	19
Figure 12 : Recours au médecin généraliste après l'entrée en PMA	20
Figure 13 : Motifs de consultation du médecin généraliste après l'entrée en PMA	20
Figure 14 : Avis des patients sur le niveau de formation des médecins généralistes	21
Figure 15 : Avis des couples sur l'implication du médecin généraliste dans le suivi et la prise en charge de l'infertilité.....	22
Figure 16 : Rôles possibles du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité.....	23

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.....	47
Annexe 2 : Questionnaire.....	48
Annexe 3 : Catégories socio-professionnelles définies par l'INSEE.....	53
Annexe 4 : Remarques libres des patients.....	54

INTRODUCTION

L'infertilité est définie par l'absence de grossesse malgré des rapports sexuels non protégés pendant une période d'au moins 12 mois.

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), en France, environ 1 couple sur 8 consulte en raison de difficultés à concevoir un enfant et l'infertilité concernerait 15 à 25% des couples [1]. 10% d'entre eux restent infertiles après 2 ans de tentatives. Dans 10 à 25% des cas, il n'est pas retrouvé de cause à cette infertilité.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'infertilité est un enjeu de santé publique, qui touche des millions de personnes en âge de procréer dans le monde et qui a une incidence sur le plan psychologique et social. Entre 48 millions de couples et 186 millions de personnes sont touchés par l'infertilité dans le monde [2].

Le recours à la Procréation Médicalement Assistée (PMA) tend à augmenter en France. En 2016, 6,9% des femmes ayant eu un enfant ont eu recours à un traitement de l'infertilité, contre 5,7% en 2010 [1].

Malgré cette forte prévalence de l'infertilité, la fréquence de consultation pour ce motif reste faible en médecine générale [3].

Dans l'étude de Münster et al, 92,6% des femmes consultent en priorité leur gynécologue, seulement 3% des femmes et 12% des hommes consultent en premier recours leur médecin traitant [4].

En 2013, Vanessa Saurel a réalisé une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées sur la prise en charge de l'infertilité en soins primaires [5]. 69% des médecins généralistes interrogés ont considéré l'infertilité comme une problématique de médecine générale, même si ce motif de consultation restait peu fréquent. Cette faible fréquence de consultation est une des principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des couples infertiles, avec l'insuffisance de formation médicale. Différentes thèses de médecine générale ayant interrogé les médecins généralistes ont également rapporté le manque de formation sur la prise en charge de l'infertilité [6–9].

Devant la baisse de la démographie médicale des gynécologues médicaux en France [10] et la nouvelle loi de bioéthique d'août 2021 [11], le médecin généraliste va être de plus en plus impliqué dans la prise en charge de l'infertilité et le parcours en PMA en tant qu'acteur de soins primaires.

En effet, la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 élargit l'accès à la PMA à tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée. Cet élargissement va donc très certainement accroître la fréquence de consultation pour la PMA. Un extrait du texte de loi est présenté en Annexe 1.

La région toulousaine reste néanmoins limitée en termes de centres spécialisés et les délais d'attente sont souvent longs :

- le centre de PMA du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, à l'Hôpital Paule de Viguier et l'institut de fertilité de la clinique Croix du Sud (Quint-Fonsegrives) réalisent des inséminations artificielles, des fécondations in vitro et des injections intracytoplasmiques de spermatozoïdes. Seul le CHU de Toulouse est doté d'un Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Spermé humain (CECOS).
- le centre de fertilité de la Clinique d'Occitanie (Muret) et le Fertipôle de la Clinique Rive Gauche (Toulouse) réalisent à ce jour uniquement des inséminations artificielles.

Il existe également encore des gynécologues libéraux qui initient une prise en charge de l'infertilité avec stimulation ovarienne en cabinet.

Le centre étudié dans cette thèse est le centre de fertilité de la Clinique d'Occitanie de Muret qui a ouvert en 2016, avec l'agrément pour les Inséminations Artificielles avec sperme du Conjoint (IAC) obtenu en 2019.

Depuis l'ouverture du centre, le nombre d'IAC a augmenté de façon exponentielle, pour passer de 21 en 2019 à 240 en 2022 [12]. Cette augmentation illustre la demande croissante d'une aide médicale à la procréation.

Plusieurs thèses de médecine ont étudié la prise en charge de l'infertilité réalisée par les médecins généralistes ainsi que leur vécu par rapport à la problématique du couple infertile [6–9].

Quelques thèses ont interrogé uniquement des patientes sur leur vécu et leurs attentes dans la prise en charge de leur infertilité [13–15].

Un seul travail de 2007 a réalisé une enquête d'opinion auprès de 96 couples infertiles [16].

Des revues de la littérature mettent en avant la place des soins primaires dans la prise en charge de l'infertilité [3,17,18] : médecin de premier recours, le médecin généraliste a un

rôle majeur dans la prévention et le dépistage des patients à risque, ainsi que dans l'orientation vers les spécialistes dans un délai optimal.

Ce travail de thèse a consisté à interroger des couples hétérosexuels, des couples de femmes et des femmes célibataires qui consultent dans le centre de PMA de la Clinique d'Occitanie à Muret, avec pour objectif principal de déterminer le(s) rôle(s) du médecin généraliste dans le parcours de soins en PMA et à quelle étape il peut intervenir.

L'objectif secondaire est de recueillir les attentes des couples et femmes célibataires sur le rôle de leur médecin traitant dans le parcours en PMA.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I- Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, quantitative, et transversale par questionnaire papier anonyme qui a permis de répondre à notre question de recherche : à quelle étape du parcours de soins en PMA le médecin traitant peut-il intervenir ?

II- Matériel

Nous avons choisi de procéder au recueil des données à l'aide d'un questionnaire anonyme comportant 16 questions (Annexe 2).

Le questionnaire intéressait tous les couples hétérosexuels ou couples de femmes ou les femmes célibataires.

Pour les couples, le « conjoint 1 » désignait la patiente qui allait réaliser les stimulations et porter la grossesse. Le « conjoint 2 » désignait le ou la partenaire du conjoint 1.

Pour les femmes célibataires, il était indiqué dans la notice d'information de ne remplir que la partie concernant le « conjoint 1 ».

Le questionnaire se découpait en 4 grandes parties.

La première concernait les informations générales des individus : sexe, âge, profession, tabagisme.

La deuxième partie (8 questions) s'intéressait à la présence d'un médecin traitant, et s'il avait été consulté avant la prise en charge dans le centre de PMA.

La troisième partie (4 questions) concernait la période pendant la prise en charge en PMA, et le recours ou non au médecin traitant pendant cette période.

La quatrième partie (4 questions) s'intéressait au vécu des patients, et au rôle attendu du médecin traitant dans la prise en charge.

Le questionnaire se terminait par une question ouverte pour laisser libre cours aux remarques éventuelles des patients.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé sur un couple issu de la patientèle de ma directrice de thèse, qui avait consulté dans le centre de PMA étudié, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions. La durée de remplissage du questionnaire a été estimée à environ 5 minutes.

III- Population étudiée

Les questionnaires ont été déposés à la Clinique d'Occitanie à Muret, au secrétariat de consultation de gynécologie des Docteurs Tiffany COCHET et Lucile ROQUES, gynécologues médicales spécialisées dans la prise en charge de l'infertilité. Les questionnaires étaient distribués par les secrétaires aux couples et femmes célibataires se présentant dans le cadre de la PMA, quelle que soit leur étape du parcours. Les patients pouvaient ensuite déposer les questionnaires remplis dans une urne en carton, laissée en libre-service devant le secrétariat. Tous les couples hétérosexuels et homosexuels ou femmes célibataires consultant dans le cadre de la PMA étaient inclus dans l'étude.

IV- Recueil de données

Le recueil des questionnaires a été réalisé du 8 mars 2023 au 8 juin 2023, soit une diffusion totale de 3 mois.

Pendant la durée de diffusion du questionnaire, nous sommes passées régulièrement au secrétariat de gynécologie afin de suivre l'évolution du recueil et stimuler la distribution des questionnaires.

V- Analyse statistique

Les données récoltées ont été intégrées dans un tableur à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Une ligne représentait un couple, et chaque colonne représentait une variable. Pour les réponses à choix multiples, une colonne a été créée pour chaque proposition.

L'analyse statistique a été réalisée dans un premier temps grâce au logiciel Microsoft Excel.

L'analyse comparative des variables a été réalisée à l'aide du logiciel BiostaTGV en utilisant un test exact de Fisher [19].

Le seuil alpha de significativité était de 0,05.

RÉSULTATS

Sur la période de recueil de 3 mois, les Docteurs COCHET et ROQUES ont reçu en consultation au total 254 couples ou femmes célibataires en lien avec la PMA, dont 139 premières consultations en PMA. Nous avons recueilli 78 questionnaires.

Le taux de participation était donc de 30,7%.

I- Description de l'échantillon

Nous avons obtenu 78 réponses, qui correspondent à 151 individus.

Les caractéristiques de l'échantillon sont représentées dans le tableau 1.

	n =	% =
Nombre total de réponses	78	
<i>Nombre de couples</i>	73	93,6
Couples hétérosexuels	70	89,7
Couples de femmes	2	2,6
Couples non identifiés	1	1,3
<i>Nombre de femmes célibataires</i>	5	6,4
Nombre total d'individus	151	
<i>Femmes</i>	80	53
<i>Hommes</i>	70	46,4
<i>Sexe non renseigné</i>	1	0,6

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

La moyenne d'âge des femmes était de 32,7 ans, pour une médiane à 33 ans et des valeurs allant de 21 à 46 ans.

La moyenne d'âge des hommes était de 34 ans, pour une médiane à 34,5 ans et des valeurs allant de 24 à 60 ans.

2 couples n'ont pas renseigné leur âge.

23 femmes sur 80 ont répondu « oui » au tabagisme soit 28,8% des femmes.

22 hommes sur 70 ont répondu « oui » au tabagisme soit 31,4% des hommes.

Nous avons comparé la prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes. Un test exact de Fisher a retrouvé une p-value à 0,73, il n'y avait donc pas de différence significative entre les hommes et les femmes par rapport au tabagisme.

Les catégories socio-professionnelles telles que définies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) sont décrites en Annexe 3 [20].

Celles des participants sont représentées dans la figure 1.

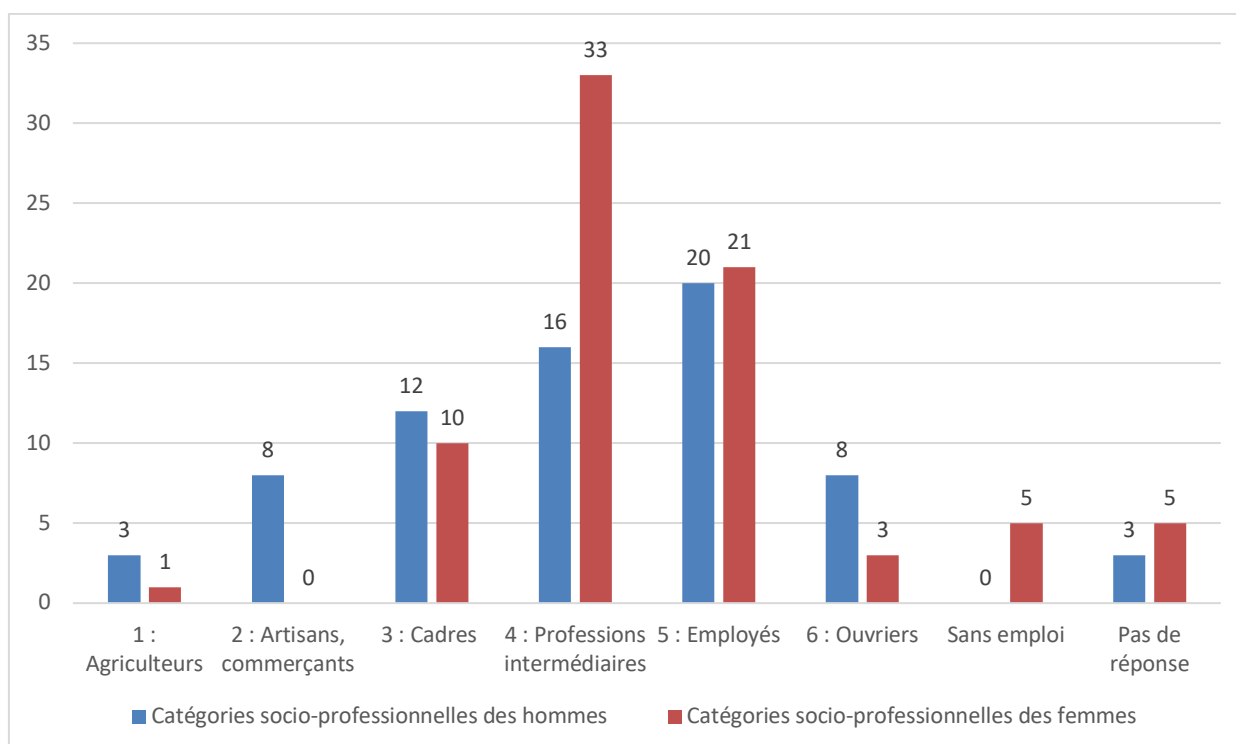


Figure 1 : Catégories socio-professionnelles des participants

II- Parcours avant le centre de PMA

A) Suivi par le médecin traitant

Sur les 80 femmes, 76 avaient un médecin traitant, soit 95% des femmes.

Sur les 70 hommes, 62 avaient un médecin traitant, soit 88,6% des hommes.

Parmi les 73 couples, 28 ont répondu avoir le même médecin traitant, soit 38,4% des couples.

6 couples n'ont pas répondu à la question.

7 couples n'étaient pas concernés car au moins un des conjoints n'avait pas de médecin traitant.

Le suivi gynécologique des patientes est représenté dans la figure 2.

Sur les 80 femmes, 46 (57,5%) étaient suivies par un gynécologue, et 15 (18,8%) par leur médecin généraliste.

1 femme n'a pas renseigné par qui elle était suivie.

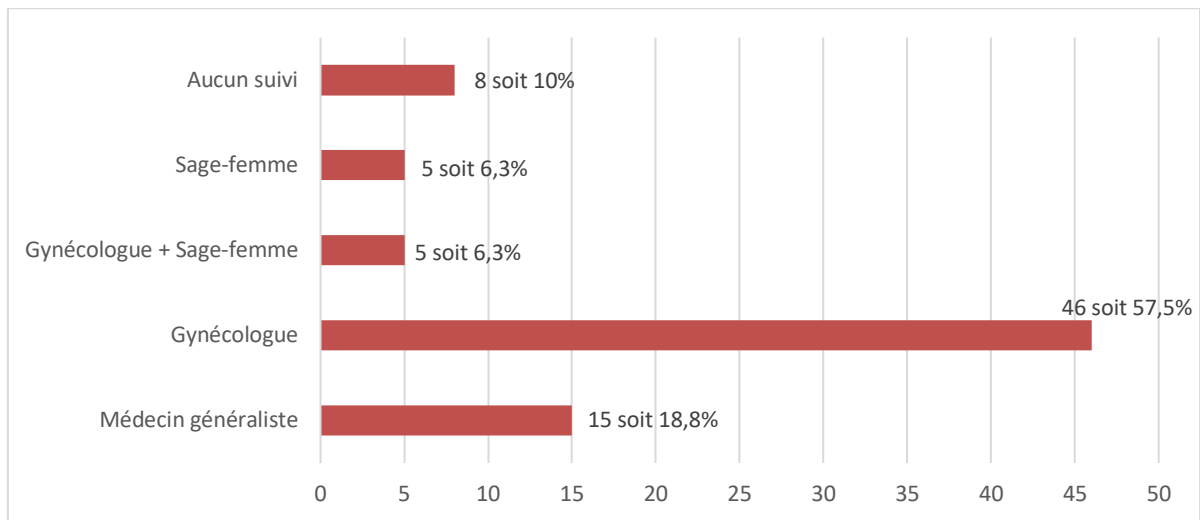


Figure 2 : Praticiens assurant le suivi gynécologique des patientes

B) Consultation pré-conceptionnelle

Le taux de consultations du Médecin Généraliste (MG) en rapport avec le projet conceptionnel est représenté en pourcentages dans la figure 3.

Sur les 80 femmes, 52 ont consulté leur médecin généraliste pour discuter de leur projet conceptionnel sans leur conjoint, soit 65% des femmes.

Parmi les 70 hommes, 16 ont consulté leur médecin généraliste, soit 22,9% des hommes.

12 hommes n'ont pas répondu à la question, soit 17,1% des hommes.

Au total des 151 individus, 45% des participants ont consulté leur médecin généraliste individuellement pour parler de leur projet.

Sur les 73 couples, 21 ont consulté leur médecin généraliste lors d'une consultation de couple pour leur projet conceptionnel, soit 28,8% des couples.

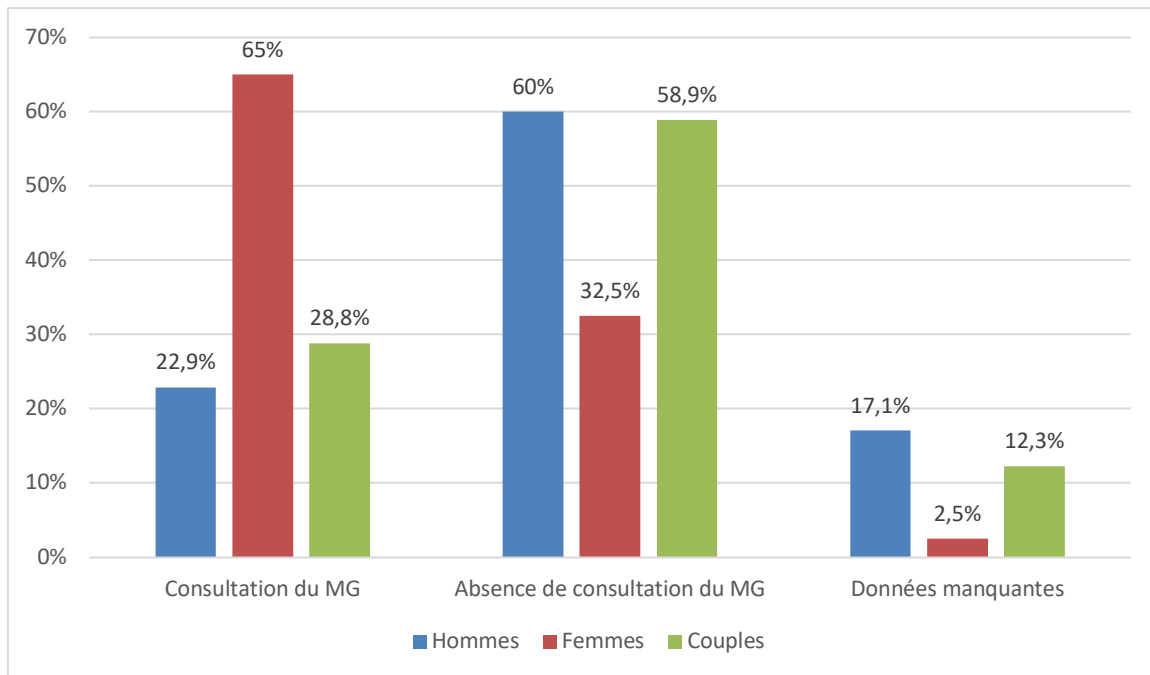


Figure 3 : Taux de consultation du Médecin Généraliste (MG) en rapport avec le projet conceptionnel

Parmi les 28 couples dont les 2 conjoints avaient le même médecin traitant, seulement 6 d'entre eux ont répondu avoir parlé de leur projet conceptionnel lors d'une consultation en couple.

La présence du même médecin traitant dans le couple n'influçait pas le fait de consulter son médecin traitant en couple pour le projet conceptionnel (p-value = 0,30).

Les délais de consultation auprès de leur médecin traitant dans le cadre d'un projet conceptionnel sont représentés en pourcentages dans la figure 4.

Pour les 16 hommes ayant consulté leur médecin traitant, 5 (31,2%) ont consulté dans un délai de 12 à 18 mois et 4 (25%) dans un délai de 6 à 12 mois.

Parmi les 52 femmes ayant consulté leur médecin traitant, le délai le plus fréquent de consultation était au bout de 24 mois, avec 28,8% des femmes (n=15). Le délai qui vient ensuite était entre 6 et 12 mois pour 25% des femmes (n=13).

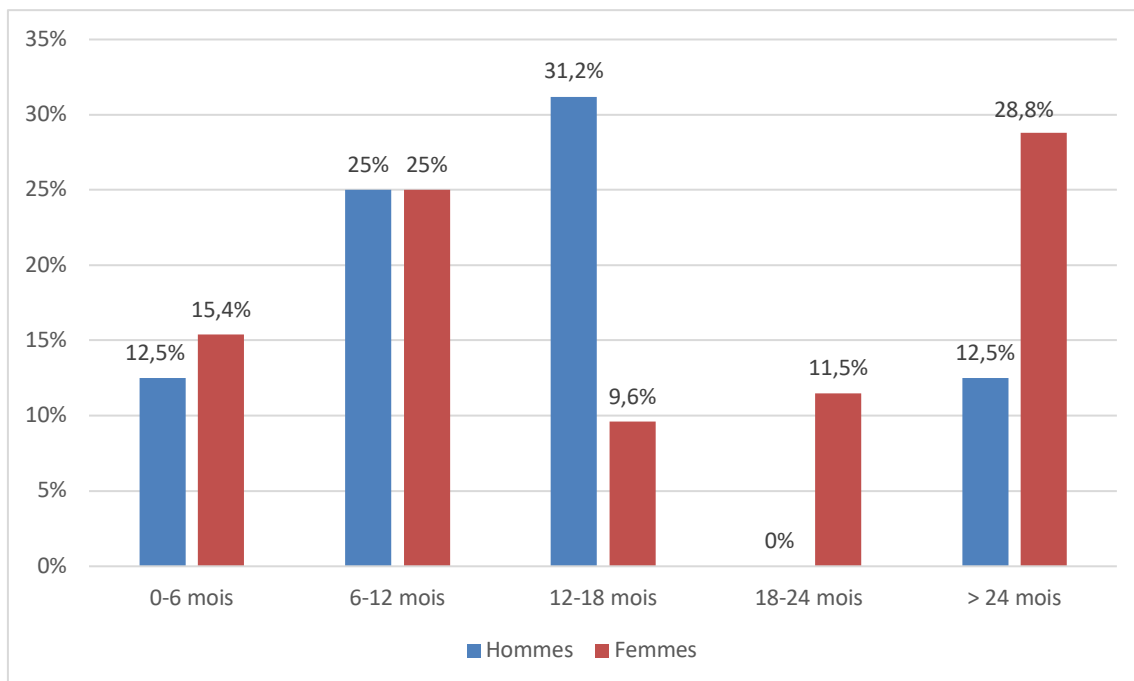


Figure 4 : Délai de consultation dans le cadre d'un projet conceptionnel

C) Information sur les facteurs de risque d'infertilité

Le nombre de patients informés par le médecin généraliste sur les facteurs de risque d'infertilité est représenté en pourcentages dans la figure 5.

Sur les 80 femmes et les 70 hommes, près de 63% ont répondu ne pas avoir reçu d'information par le médecin traitant sur les facteurs de risque d'infertilité.

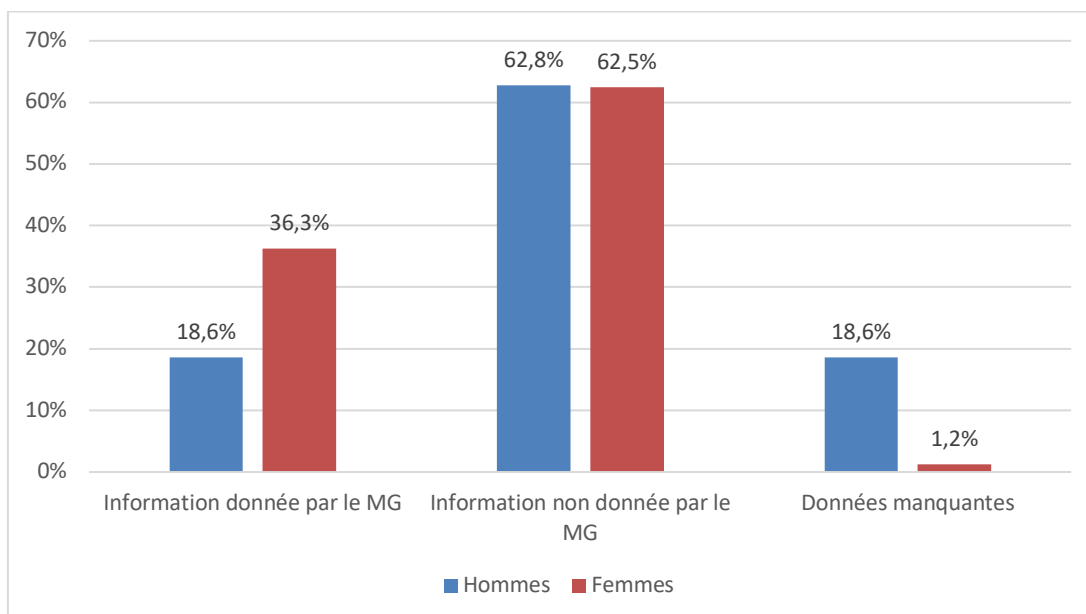


Figure 5 : Information sur les facteurs de risque d'infertilité par le médecin généraliste

Les différents facteurs de risque d'infertilité dont les patients ont été informés par le médecin généraliste sont représentés dans la figure 6.

Parmi les 29 femmes ayant été informées des facteurs de risque, les plus fréquemment cités ont été le tabac, l'obésité et le stress/anxiété/dépression.

Sur les 13 hommes ayant été informés, le tabac, l'alcool et le stress/anxiété/dépression ont été les 3 facteurs de risque le plus fréquemment cités.

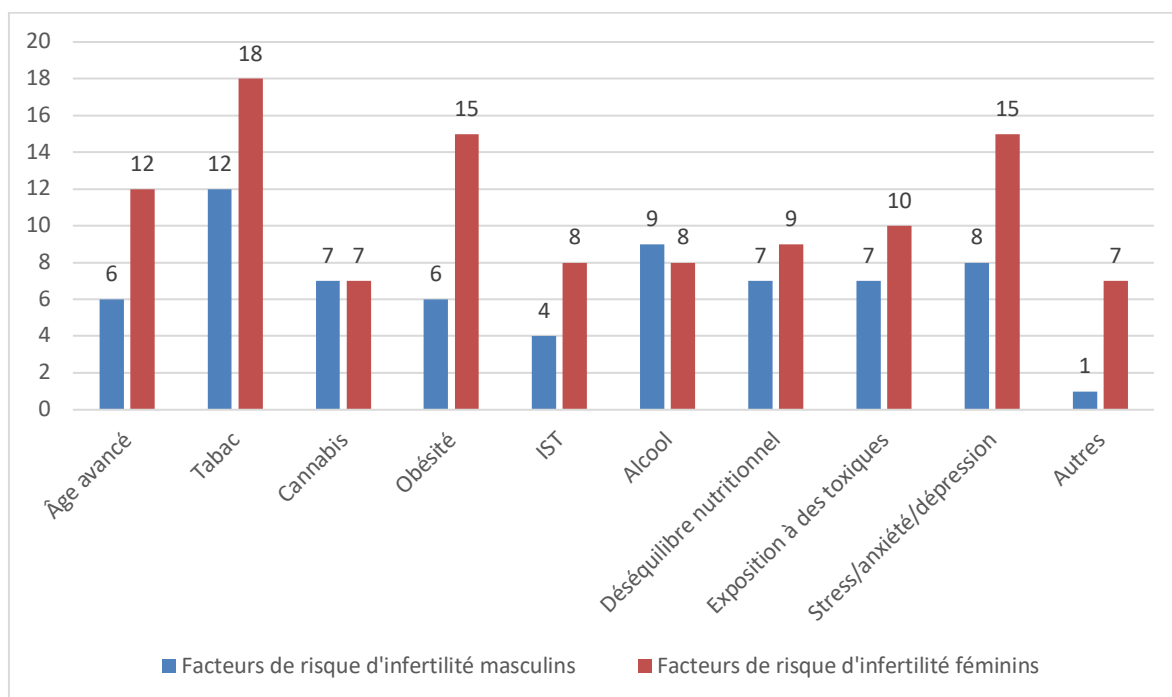


Figure 6 : Facteurs de risque d'infertilité cités par les médecins aux patients

Pour les autres facteurs de risque féminins, les femmes ont cité :

- Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK) : 4
- Endométriose : 1
- Fibromes : 1
- Troubles hormonaux : 1

Pour les autres facteurs de risque masculins, un seul a été cité : oligospermie.

D) Prescription d'examens complémentaires

Sur les 80 femmes, 24 ont répondu avoir reçu une prescription d'examens complémentaires par le médecin généraliste, soit 30% des femmes.

4 femmes n'ont pas renseigné le délai au bout duquel la prescription a été faite et 1 femme n'a pas répondu à la question.

Sur les 70 hommes, 16 ont répondu avoir reçu une prescription d'examens complémentaires par le médecin généraliste, soit 22,9% des hommes, mais 17 n'ont pas répondu à la question, soit 24,3% des hommes.

Nous avons comparé le nombre de prescriptions d'examens complémentaires réalisés chez les hommes et chez les femmes. Un test de Fisher a retrouvé une p-value à 0,85, il n'y avait donc pas de différence significative entre le nombre de prescriptions réalisées chez les hommes et les femmes.

Le délai d'essai conceptionnel infructueux au bout duquel des examens complémentaires ont été prescrits est représenté dans la figure 7.

Le délai le plus fréquent chez les femmes était entre 6 et 12 mois, chez les hommes entre 12 et 18 mois.

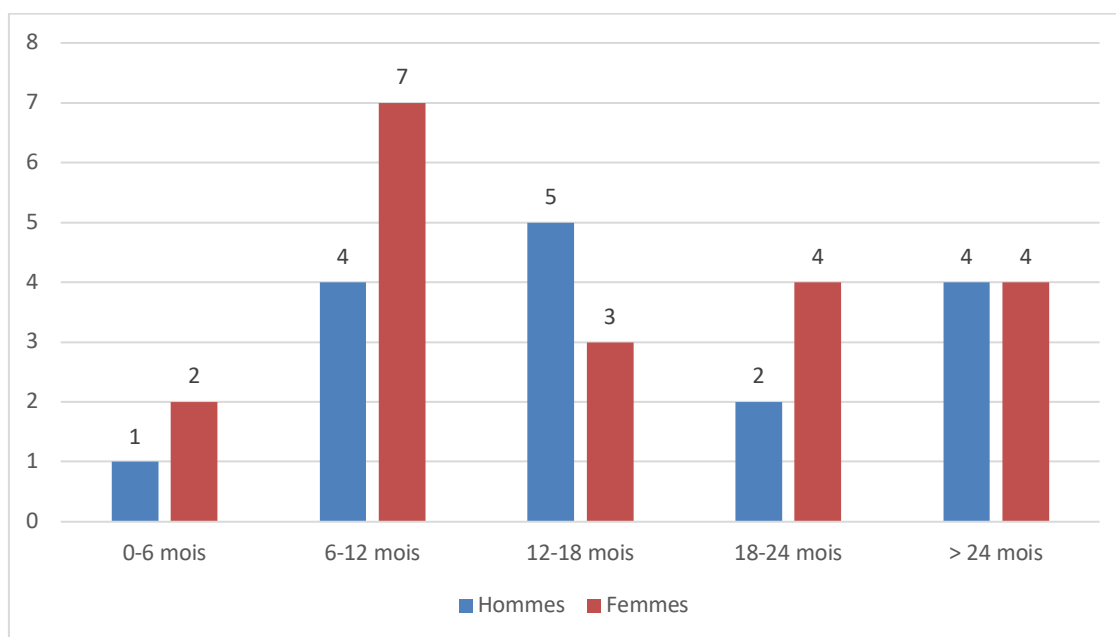


Figure 7 : Délai de prescription d'examens complémentaires

Les examens complémentaires ayant été prescrits par le médecin généraliste chez les femmes sont représentés dans la figure 8 ; ceux chez les hommes sont représentés dans la figure 9.

La prise de sang était l'examen le plus réalisé chez les femmes.

Le spermogramme était l'examen le plus réalisé chez les hommes.

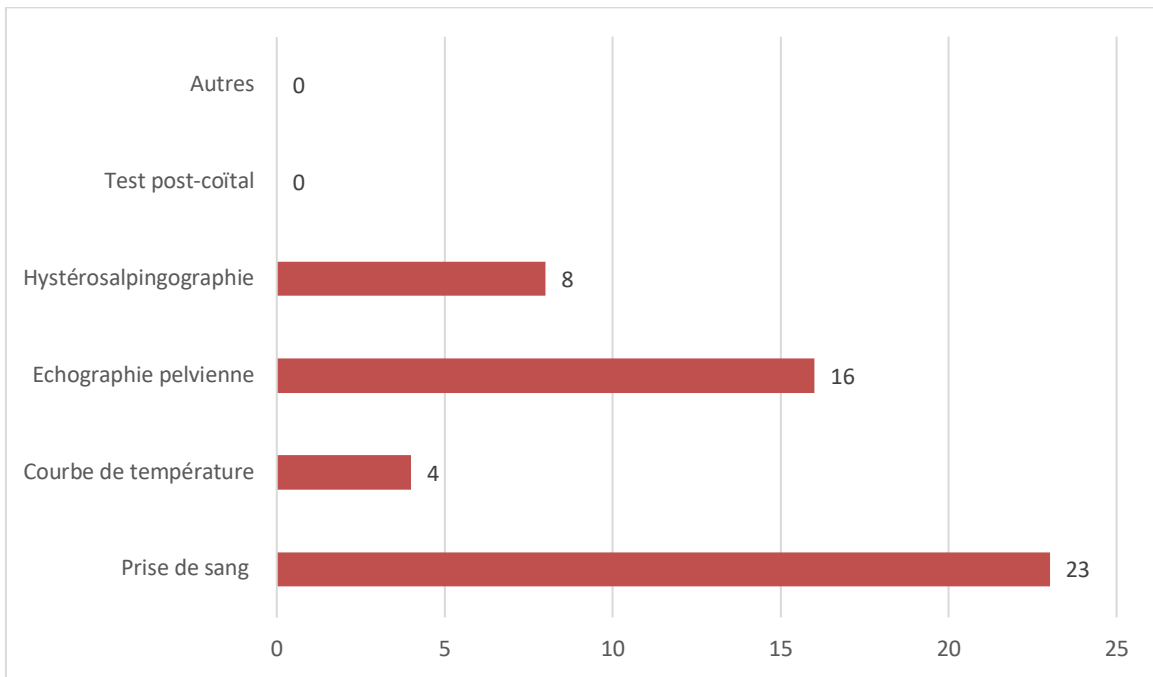


Figure 8 : Examens complémentaires prescrits chez les femmes

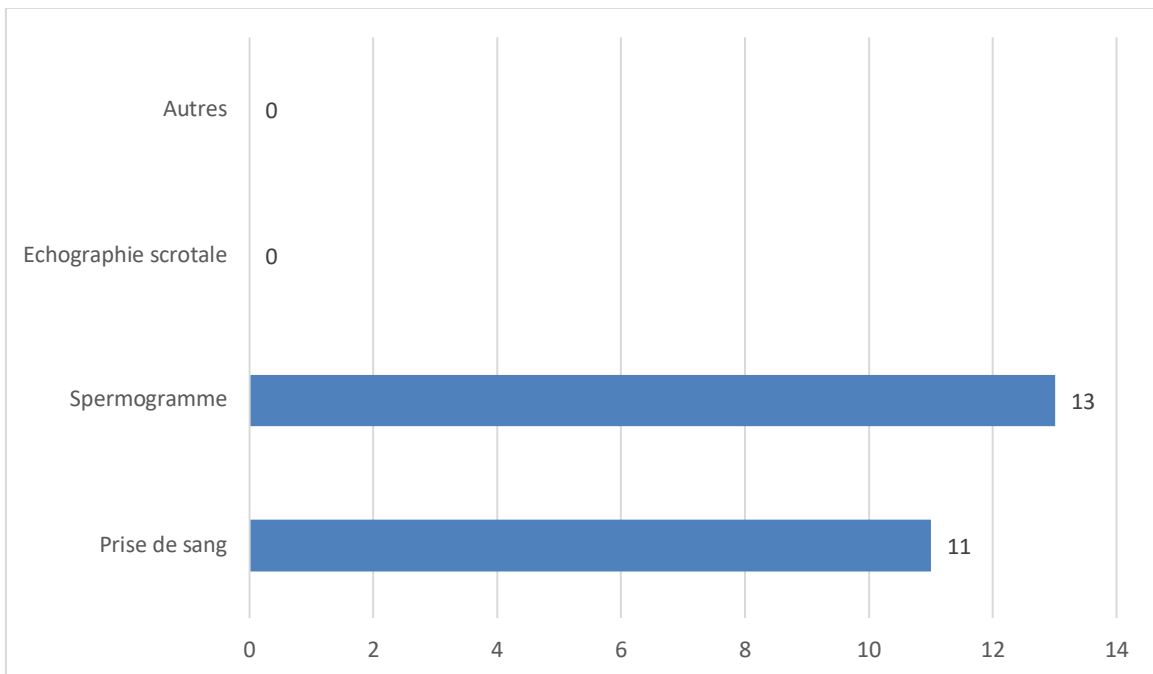


Figure 9 : Examens complémentaires prescrits chez les hommes

III- Parcours en centre de PMA

A) Arrivée en centre de PMA et étape du parcours

Sur les 78 réponses, plus du tiers des couples et femmes célibataires (39,7%, n=31) sont venus seuls en centre de PMA, sans adressage préalable.

21,8% (n=17) ont été adressés par le gynécologue et 16,6% (n=13) par le médecin traitant uniquement.

Les résultats sont représentés en pourcentages dans la figure 10.

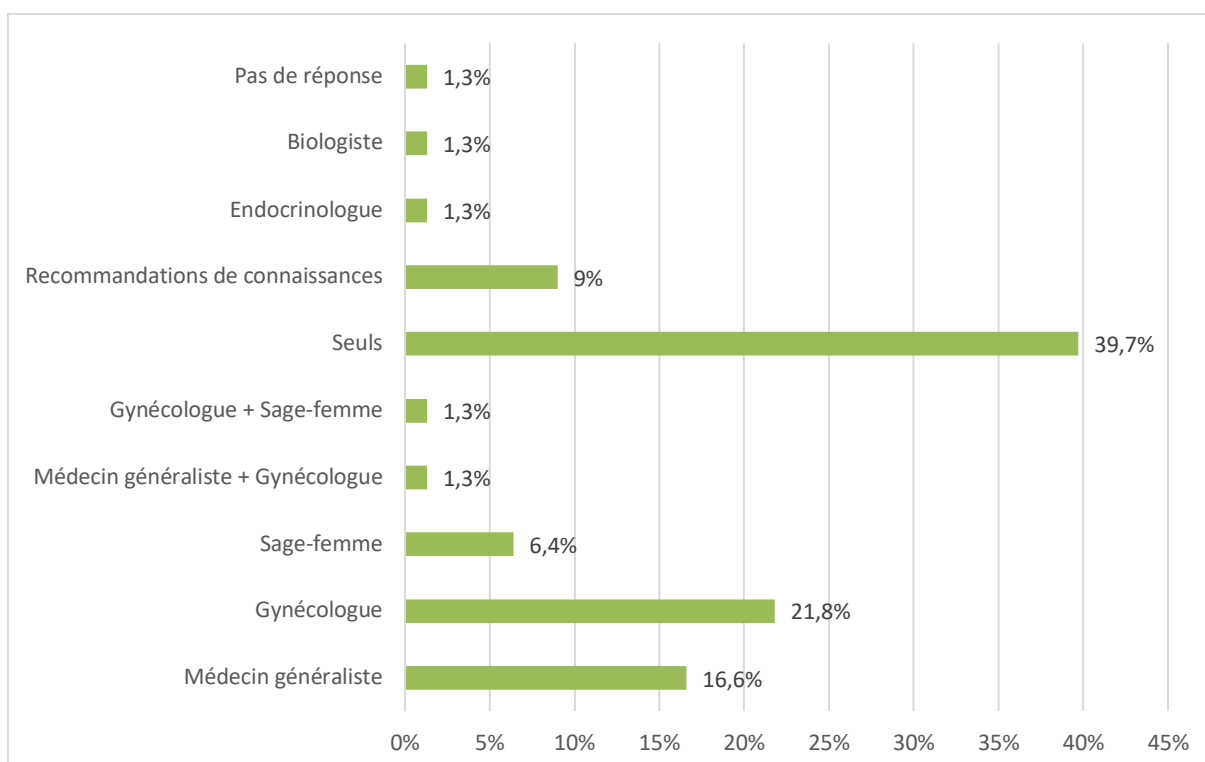


Figure 10 : Adressage des couples au centre de PMA

Concernant leur étape du parcours en PMA, sur les 78 réponses, 33 couples et femmes célibataires étaient à leur 1^{ère} consultation en centre de PMA, soit 42,3% des réponses et 37 couples et femmes célibataires étaient en cours de bilan, soit 47,4% des réponses.

Les résultats sont représentés dans la figure 11.

Si on rapporte ces résultats au nombre de consultations effectivement réalisées sur le centre, sur les 254 consultations en lien avec la PMA, 139 étaient des premières consultations, soit 54,7% des consultations.

Un test exact de Fisher retrouve une p-value à 0,07. Le nombre de premières consultations en PMA de l'échantillon était donc comparable à celui de la population étudiée.

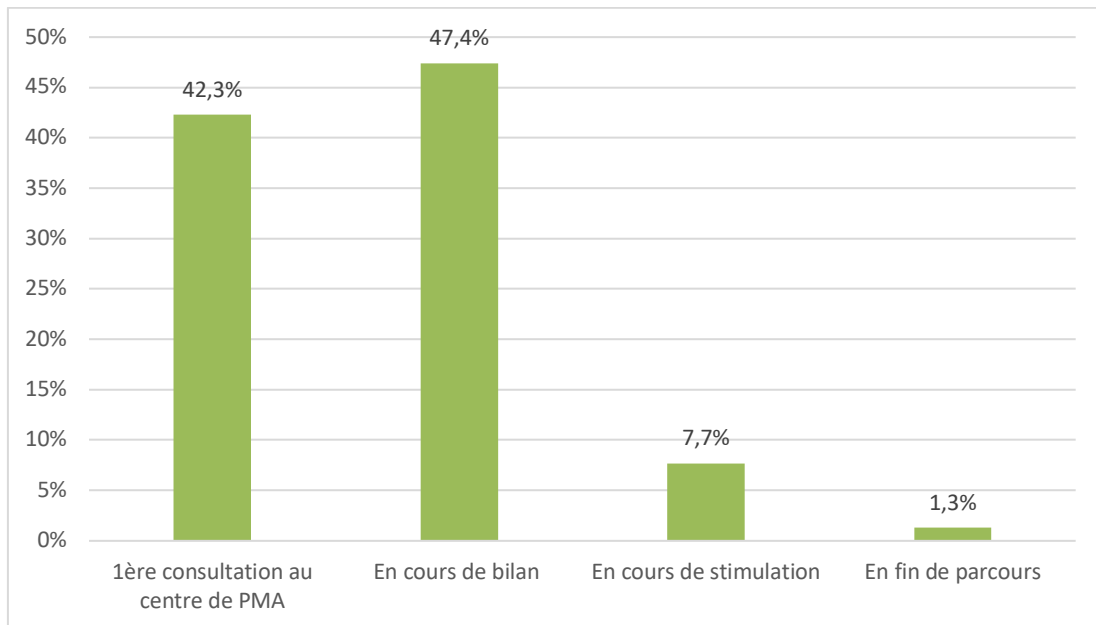


Figure 11 : Étapes du parcours en PMA

B) Implication du médecin traitant après l'entrée en centre de PMA

Le taux de recours au médecin généraliste après l'entrée en PMA est représenté sur la figure 12.

Sur les 80 femmes, une majorité (78,7%, n=63) n'a pas consulté son médecin traitant après l'entrée en PMA.

Parmi les 70 hommes, 19 (27,1%) n'ont pas répondu à la question. Seulement 4 hommes ont répondu avoir consulté leur médecin traitant.

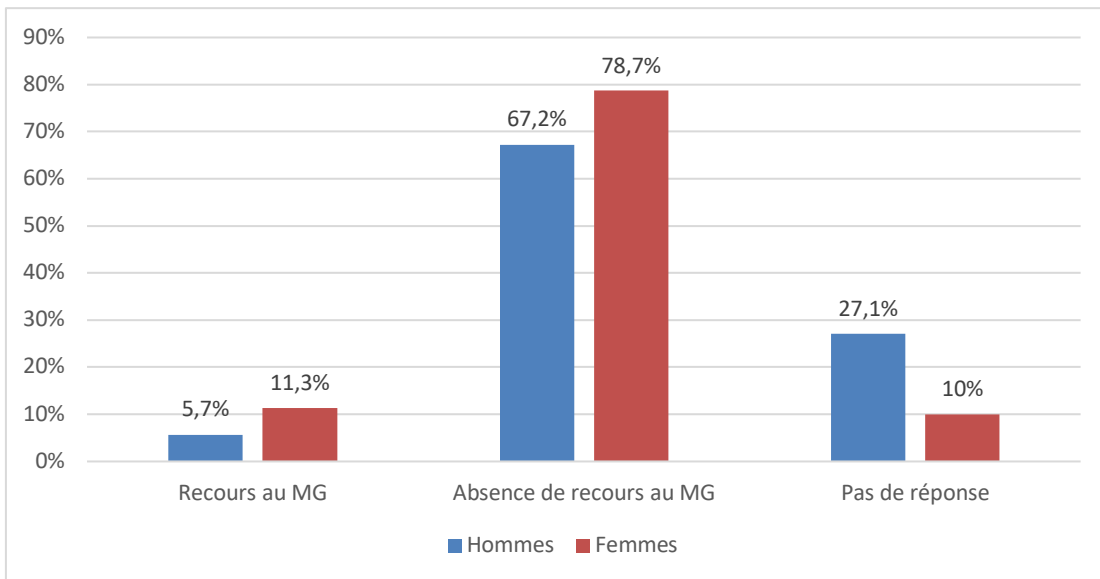


Figure 12 : Recours au médecin généraliste après l'entrée en PMA

Les motifs de consultation sont représentés sur la figure 13.

Sans distinction homme ou femme, le motif le plus fréquent a été la demande d'informations sur la PMA et ses différentes techniques, avec 7 réponses.

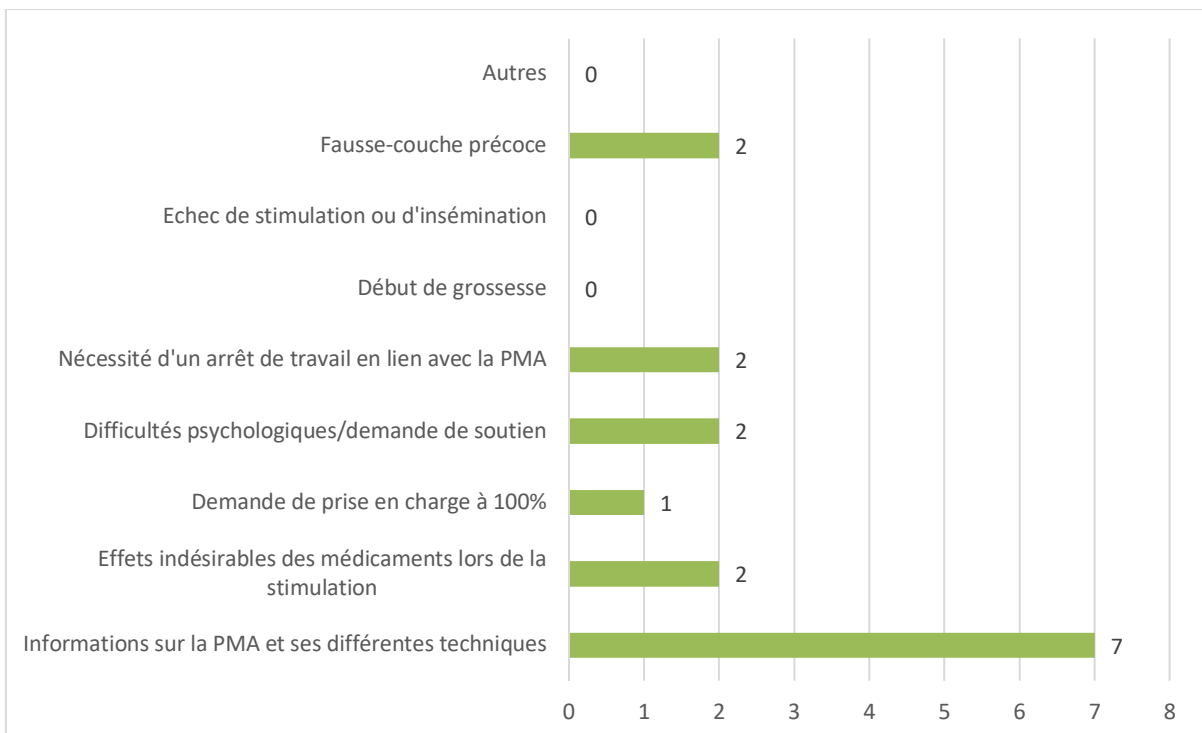


Figure 13 : Motifs de consultation du médecin généraliste après l'entrée en PMA

C) Grossesse issue de la PMA

Sur les 78 réponses, 40 couples ou femmes célibataires n'avaient pas obtenu de grossesse et n'étaient donc pas concernés par cette question ; 34 n'ont pas répondu à la question.

Concernant le suivi de grossesse :

1 couple a répondu « Gynécologue médical(e) ».

1 couple a répondu « Gynécologue obstétricien(ne) d'un autre centre ».

1 couple a répondu « Gynécologue obstétricien(ne) de la Clinique d'Occitanie ».

1 couple a répondu « Médecin généraliste » et « Gynécologue obstétricien(ne) de la Clinique d'Occitanie ».

IV- Rôles du médecin généraliste

A) Niveau de formation du médecin généraliste

Les résultats sont représentés sur la figure 14.

Sur les 78 réponses, 59% des couples et femmes célibataires ont répondu que leur médecin généraliste n'était pas assez formé sur la prise en charge de l'infertilité.

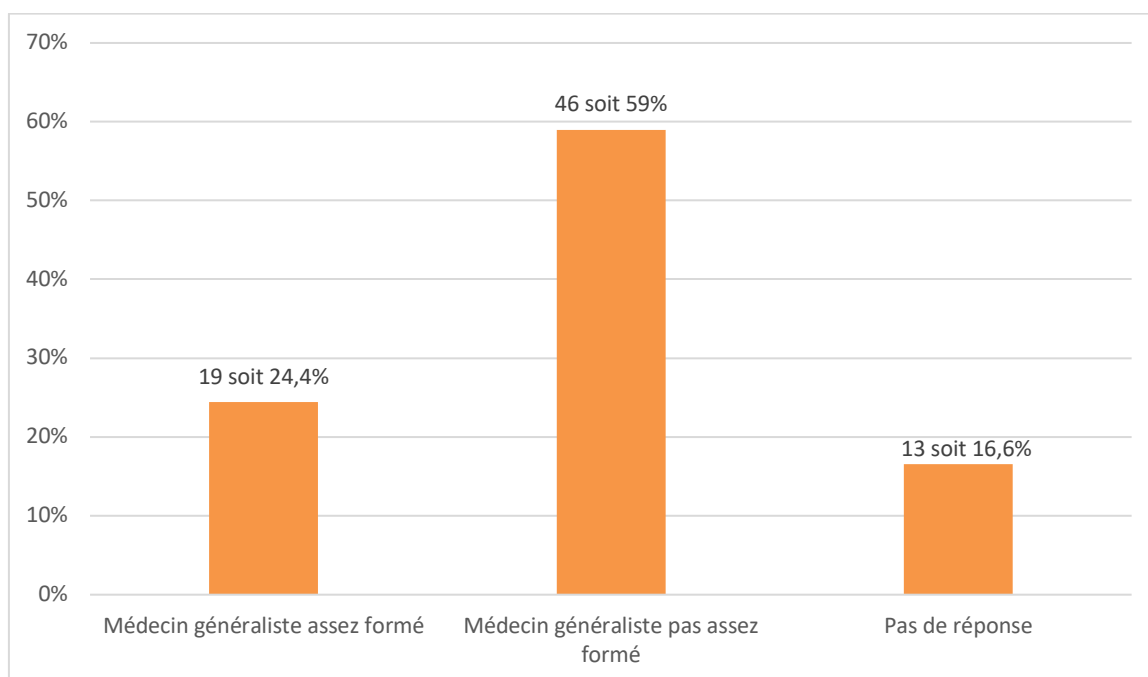


Figure 14 : Avis des patients sur le niveau de formation des médecins généralistes

B) Niveau d'implication du médecin généraliste

Les résultats sont représentés sur la figure 15.

Sur les 78 réponses, 65,4% des couples ou femmes célibataires ont répondu que le médecin généraliste devait être impliqué dans le suivi et la prise en charge de l'infertilité.

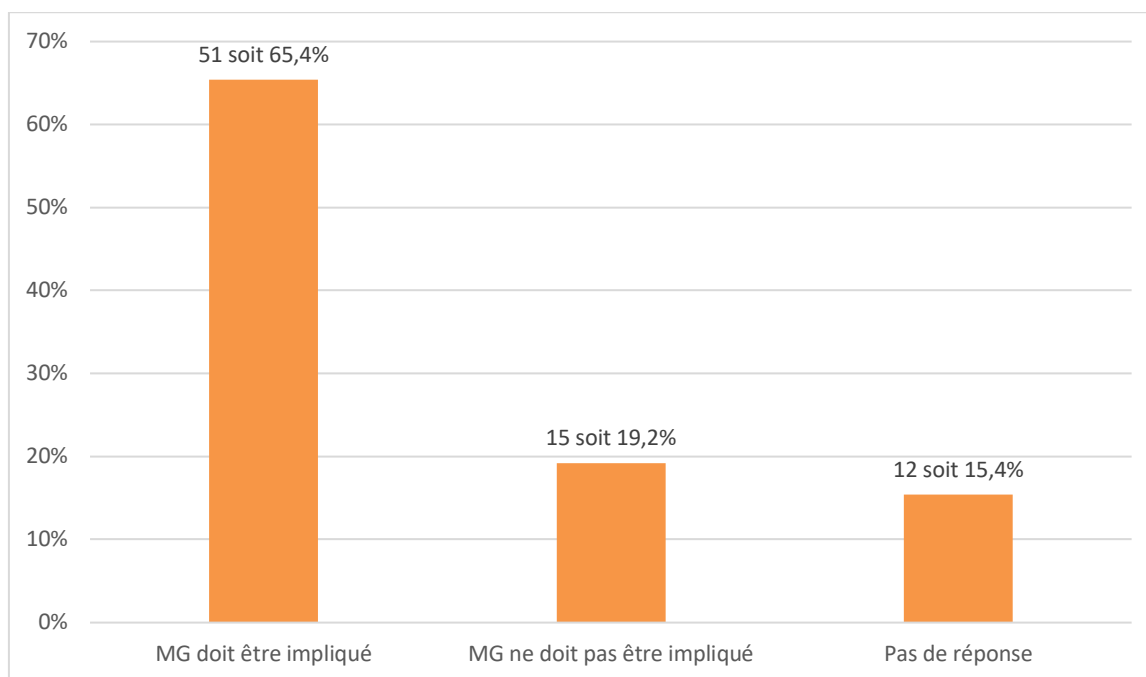


Figure 15 : Avis des couples sur l'implication du médecin généraliste dans le suivi et la prise en charge de l'infertilité

Parmi les 51 couples ou femmes célibataires qui ont répondu « oui » à ce que le médecin généraliste soit impliqué dans la prise en charge, 37 femmes sur 51 (soit 72,5%) et 13 hommes sur 51 (soit 25,5%) avaient consulté individuellement leur médecin généraliste avant la prise en charge en PMA, et seulement 14 couples sur 51 (27,5%) avaient consulté ensemble leur médecin généraliste.

C) Rôles possibles du médecin généraliste

Les résultats sont représentés sur la figure 16.

Sur les 78 réponses, le premier rôle mis en avant par les participants a été l'orientation vers un spécialiste avec près de 68% des réponses (n=53).

Ont ensuite été cités avec plus de 50% des réponses : la prescription d'exams complémentaires (n=41 / 52,6% de réponses), la délivrance d'arrêts de travail (n=40 / 51,2%) et le dépistage et la prévention des facteurs de risque d'infertilité (n=39 / 50%).

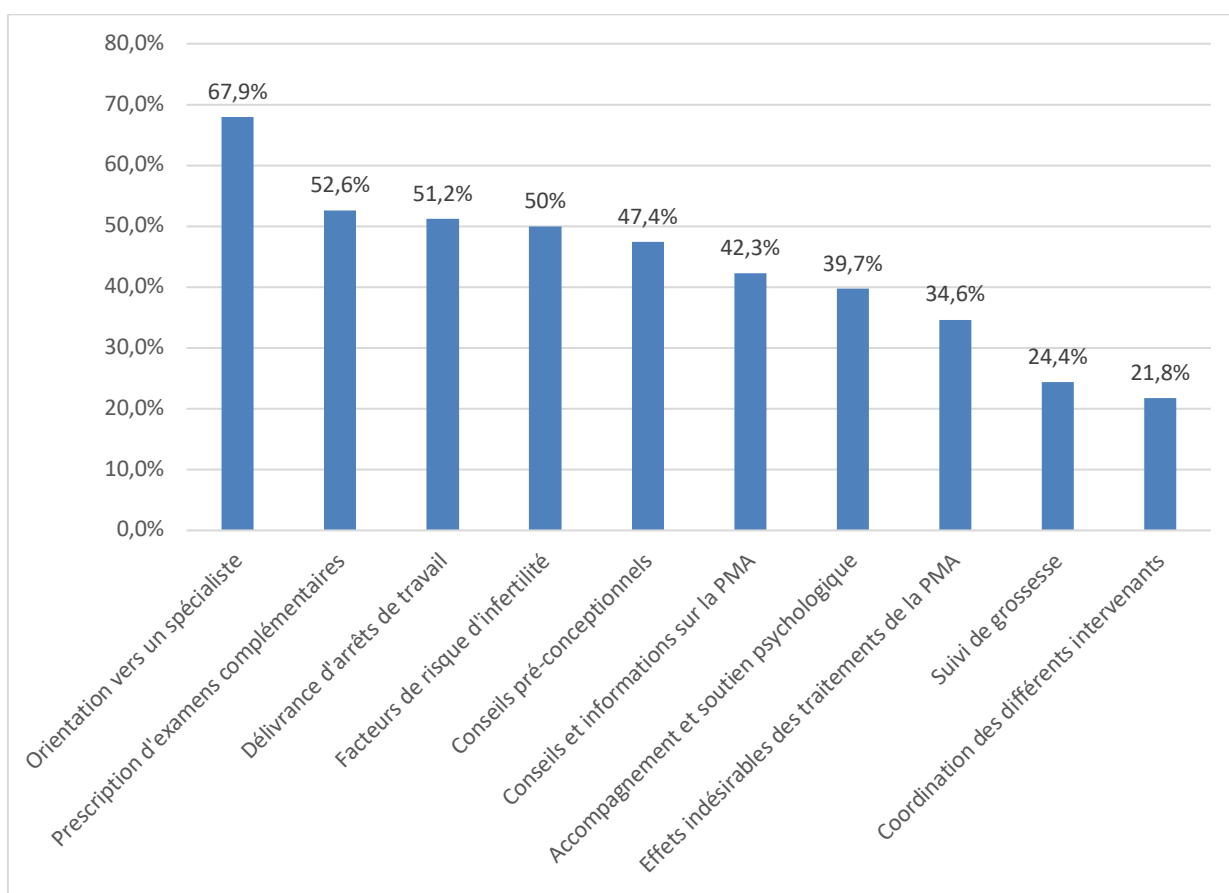


Figure 16 : Rôles possibles du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité

V- Ressenti et remarques

A) Niveau de satisfaction sur la prise en charge

Sur les 78 réponses, 52 couples et/ou femmes célibataires ont répondu être satisfaits de leur prise en charge, soit 66,7% des participants.

3 couples ont répondu ne pas être satisfaits de leur prise en charge, soit 3,8% des participants.

23 couples et/ou femmes célibataires n'ont pas répondu à la question, soit 29,5% des participants.

B) Remarques libres

Plusieurs couples ont souligné le manque de temps de consultation et le manque de soutien au centre de PMA, notamment sur le plan psychologique.

D'autres ont souligné les longueurs de prise en charge, et l'impression de ne pas avancer dans leur parcours.

Plusieurs couples ont été en revanche satisfaits de leur prise en charge et ont remercié l'équipe soignante qui était à l'écoute.

Concernant le médecin généraliste, des couples ont souligné le manque de formation et d'intéressement de ce dernier, et le manque d'implication.

Un couple n'a pas semblé légitime de consulter son médecin généraliste pour le motif d'infertilité.

Les remarques libres des patients sont rapportées en Annexe 4.

DISCUSSION

I- Forces et limites de l'étude

A) Forces de l'étude

Les questionnaires réalisés ont concerné les couples hétérosexuels et couples de femmes ou les femmes célibataires, et nous avons donc obtenu des réponses d'hommes et de femmes. La population étudiée est donc plus représentative de la population générale, d'autant plus que la problématique d'infertilité concerne le couple.

Les questionnaires étant diffusés sur papier sans signe distinctif demandé, ils assuraient un total anonymat pour les patients. Cela a permis de récolter un plus grand nombre de réponses par rapport à une étude qualitative par entretien.

B) Limites de l'étude

Les questionnaires papiers étaient distribués par les secrétaires, qui parfois oubliaient de le faire, ce qui a pu entraîner un biais de sélection des couples.

La distribution étant faite dans la salle d'attente, le temps effectif pour répondre aux questionnaires dépendait du temps d'attente des patients et du retard éventuel des gynécologues, ce qui entraîne également un biais de sélection.

Le format papier ne permet pas d'imposer une réponse aux questions afin de passer à la question suivante pour évoluer dans le questionnaire, ce qui a entraîné des données manquantes, et donc un biais d'information.

Les données concernant le poids, la taille et l'Indice de Masse Corporelle (IMC) n'ont pas été demandées sur le questionnaire. Cela aurait pu être intéressant pour mieux caractériser la population étudiée, notamment par rapport aux facteurs de risque d'infertilité.

Le délai de consultation du médecin généraliste pour parler du projet conceptionnel en couple n'a pas été demandé dans le questionnaire, c'est une omission de notre part lors de la conception du questionnaire.

Le faible nombre de couples de femmes de l'étude (n=2) et de femmes célibataires (n=5) peut s'expliquer par le fait que le centre étudié n'est pas un centre CECOS et ne bénéficie pas de dons de gamètes. Ces patientes seront donc systématiquement adressées vers le CHU après le bilan initial. Cela représente un biais de sélection.

Devant le format du questionnaire, les résultats obtenus et le peu d'éléments à comparer, nous avons décidé d'intégrer l'analyse comparative dans l'analyse descriptive des résultats, pour une meilleure compréhension des éléments comparés.

II- Analyse des résultats

A) Suivi gynécologique en médecine générale

Dans notre étude, 15 femmes étaient suivies par leur médecin généraliste sur le plan gynécologique, soit 18,8% des femmes.

Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par Angélique Lunion en 2007, où 31,9% des femmes sont suivies par le médecin généraliste sur le plan gynécologique [16].

Il est en revanche légèrement supérieur au résultat retrouvé dans le sondage réalisé à la demande de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) en 2008, où 15% des femmes interrogées déclarent être suivies par le médecin généraliste sur le plan gynécologique [21].

La pratique de la gynécologie en médecine générale varie en fonction du profil des médecins et du territoire d'exercice [22]. Les femmes médecins auront plus tendance à inclure la gynécologie dans leur pratique. La proximité d'un gynécologue disponible détermine aussi la tendance à inclure la gynécologie dans sa pratique.

D'après l'atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2022, les femmes représentent 52,5% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière [10]. Toujours d'après ce même atlas, de 2010 à 2022, on observe une diminution de 626 gynécologues médicaux.

Cette diminution de gynécologues médicaux et la féminisation de la profession médicale plus particulièrement en médecine générale va certainement entraîner une augmentation du suivi gynécologique par le médecin généraliste.

B) Consultation pré-conceptionnelle

Le médecin généraliste a encore une place limitée pour les patients qui consultent dans le cadre d'une infertilité.

Dans l'étude de Münster et al de 2018, environ 7% des individus qui consultent en centre de PMA ont exclusivement parlé au préalable à leur médecin traitant de leur projet conceptionnel inabouti, avec 12% des hommes et 3% des femmes [4].

Une plus grande proportion d'hommes consulte le médecin généraliste : en effet, contrairement aux femmes chez qui il est recommandé d'avoir un suivi gynécologique, les hommes n'ont pas de suivi urologique systématique. De plus, les gynécologues sont accessibles hors parcours de soins, alors que les urologues eux nécessitent un adressage par le médecin généraliste [23].

Dans notre étude, l'exclusivité n'était pas précisée, et 45% des patients (hommes et femmes confondus) avaient consulté leur médecin généraliste pour parler de leur projet conceptionnel. Dans ces 45%, il y en a certainement qui ont consulté en parallèle d'autres professionnels de santé (gynécologues, sage-femmes). Un plus grand nombre de femmes avait consulté le médecin généraliste par rapport aux hommes : 60% des hommes n'avaient pas consulté leur médecin traitant. Le médecin généraliste a pourtant plus d'accessibilité aux hommes que les médecins spécialistes et a un rôle primordial dans la prévention et l'éducation sur les facteurs de risque modifiables de l'infertilité, que sont notamment le tabac, le surpoids et l'exposition aux toxiques et perturbateurs endocriniens [24,25]. Une prise en charge précoce en médecine générale permettrait d'améliorer la prise en charge globale des patients [26].

Dans notre étude, près de 63% des hommes et des femmes avaient déclaré ne pas avoir été informés des facteurs de risque d'infertilité par leur médecin généraliste. Le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque modifiables est pourtant un des rôles essentiels du médecin traitant dans le traitement de l'infertilité [27].

En 2018 dans une étude allemande, 46,9% des individus pensent que c'est au médecin (quelle que soit sa spécialité) d'aborder le sujet de l'infertilité [4].

Cela revient finalement à réaliser une consultation pré-conceptionnelle personnalisée afin d'aborder la question des facteurs de risque et d'instaurer des changements de comportements adaptés.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations en 2009 sur le sujet, suite à la suppression de la visite prénuptiale en 2007 : « Dès lors qu'ils expriment un projet de grossesse, toutes les femmes et tous les couples devraient bénéficier en période pré-conceptionnelle d'informations et de messages de prévention, et se voir proposer des interventions adaptées si besoin. » [28].

Cette consultation n'est pas toujours réalisée. Dans l'étude réalisée en 2018 par Marie-Sophie Valin, 46% des médecins généralistes interrogés ne proposent pas de consultations pré-conceptionnelles à leurs patientes [29]. La réalisation de cette consultation est liée à la pratique du suivi gynécologique, mais n'est pas réservée aux médecins assurant le suivi gynécologique de leurs patientes. Une revue systématique de la littérature de 2016 a montré des bénéfices de la consultation pré-conceptionnelle sur l'amélioration des

connaissances et du mode de vie des patientes avec une possible amélioration de la santé materno-fœtale et une diminution des risques obstétricaux [30].

La consultation pré-conceptionnelle doit aussi concerner le couple, et donc les hommes aussi bien que les femmes. C'est une étape importante à réaliser par le médecin généraliste, afin d'aborder les facteurs de risque d'infertilité, et proposer des mesures préventives pour les risques liés au mode de vie : notamment informer sur l'influence de l'âge sur la fertilité et l'influence des perturbateurs endocriniens, conseiller une activité physique régulière, aider au sevrage tabagique et autres substances psychoactives, limiter la consommation d'alcool. Cette consultation peut également permettre d'optimiser la prise en charge d'éventuelles maladies chroniques et de modifier des traitements qui peuvent impacter sur la fertilité (épilepsie, diabète, hypertension...) [18,28].

C) Délai de consultation et de prise en charge de l'infertilité

Dans notre étude, un quart des hommes et des femmes avaient consulté leur médecin traitant au bout de 6 à 12 mois, et près d'un tiers des hommes entre 12 et 18 mois. Cela est en accord avec les dernières recommandations sur la prise en charge de l'infertilité [31]. Cependant, encore 28,8% des femmes avaient attendu plus de 24 mois pour consulter leur médecin traitant ce qui correspond aux anciennes recommandations sur l'infertilité qui datent de 2010 [32].

Pendant longtemps, il était admis qu'un bilan d'infertilité complémentaire n'était indiqué qu'après un délai de 18 mois à 2 ans de rapports réguliers sans contraception, car 80 % des couples auront conçu spontanément dans ce délai.

Mais les dernières recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) datant de 2022 sont les suivantes : en l'absence d'antécédent particulier, il est recommandé de débiter les explorations complémentaires chez les couples dont les femmes sont âgées de moins de 35 ans après 12 mois d'infertilité. Ce délai est abaissé à 6 mois lorsque les femmes sont âgées de plus de 35 ans [31].

Il pourrait donc exister un manque de mise à jour des connaissances de la part des médecins, ou un retard de recours de la part des patientes, en lien avec un manque de connaissances sur le sujet.

Les femmes interrogées en 2016 et 2020 par Benjamin Seban et Marie-Laure Rogez-Semon ont un niveau de connaissance bas voire médiocre sur leur fertilité et la prise en charge de l'infertilité, en lien avec un manque d'information reçue [13,33].

Le médecin généraliste a donc un vrai rôle d'éducation en santé à jouer.

Encore faut-il que le médecin soit à jour des dernières recommandations. Dans notre étude, 59% des couples et femmes célibataires pensaient que leur médecin généraliste n'était pas assez formé sur la prise en charge de l'infertilité.

Dans son étude réalisée en 2021, Agathe Herbomel met en évidence que près de 47% des médecins généralistes interrogés pensent qu'un couple est considéré comme infertile au bout de 2 ans de rapports réguliers non protégés [6]. 27% des médecins généralistes interrogés par Laure Moreau en 2018 attendent un délai de 18 à 24 mois pour entamer les explorations complémentaires [8].

Cela encourage donc à développer les Formations Médicales Continues (FMC) à ce sujet afin d'optimiser les délais de prise en charge de l'infertilité par les médecins généralistes.

Dans notre étude, le médecin généraliste avait prescrit des examens complémentaires chez 30% des femmes et 23% des hommes, cet écart était néanmoins non significatif (p -value = 0,85). La prescription des examens chez les femmes était plus précoce (entre 6 et 12 mois) que chez les hommes (entre 12 et 18 mois) (figure 7). Cette différence pourrait être liée au fait que l'infertilité semble de cause féminine dans environ 30 à 50% des cas, de cause masculine dans 20 à 30% des cas, et de cause mixte dans 20 à 30% des cas [34]. Il ne devrait pourtant pas y avoir de différence de délai de prescription d'examens complémentaires entre les hommes et les femmes, car l'infertilité concerne le couple et il est recommandé d'explorer l'homme et la femme sans distinction de priorité [31].

On a observé que seulement 22,9% des hommes avaient consulté leur médecin traitant seuls dans l'étude, et le plus fréquemment entre 12 et 18 mois. Ces délais de consultation peuvent être liés à un manque de connaissances des patients vis-à-vis de leur fertilité et de la prise en charge de l'infertilité. En 2021, Clémentine Lumière montre de moins bonnes connaissances des hommes par rapport aux femmes sur le sujet de la fertilité [35]. Les hommes semblent également moins intéressés par le sujet, et moins impliqués dans la prise en charge de l'infertilité.

Cette différence de délai entre les hommes et les femmes peut aussi s'expliquer par le fait que les couples ne consultent pas toujours ensemble pour parler de leur projet conceptionnel : seulement 29% des couples ont consulté le médecin généraliste lors d'une consultation de couple, ce qui permet en général d'aboutir à une prescription d'examens complémentaires pour les 2 individus du couple. Si chaque conjoint consulte seul son médecin traitant, qui n'est pas obligatoirement le même au sein du couple (dans notre étude

seulement 38% des couples avaient le même médecin traitant), on observera une différence de délai de prescription des examens entre les conjoints.

Les délais de prise en charge sont importants à respecter, notamment en prenant en compte l'âge des patients. L'âge des femmes et des hommes est un facteur déterminant en termes de fertilité et pour la réussite d'une procréation médicalement assistée [36]. La probabilité de concevoir naturellement chez les femmes âgées de 35 à 39 ans est réduite de moitié comparé aux femmes âgées de 19 à 26 ans. Les caractéristiques génétiques spermatiques et des ovocytes se détériorent avec l'âge.

Adresser les patients dans un délai adéquat permet ainsi d'augmenter le taux de réussite, mais également de réduire l'impact psychologique que peut avoir la PMA sur les couples [37]. Il apparaît donc important que le médecin généraliste soit à jour des recommandations sur les délais de prise en charge afin d'adresser les couples infertiles en centre de PMA dans un délai optimal.

D) Prise en charge de l'infertilité par le médecin généraliste

Parmi les examens complémentaires prescrits par le médecin généraliste chez la femme, on a retrouvé l'absence de prescription du test post-coïtal (figure 8). C'est en accord avec les dernières recommandations sur le bilan initial du couple infertile : le test post-coïtal n'a pas d'intérêt dans la prise en charge, du fait de sa faible valeur prédictive des chances de grossesse spontanée ou en insémination intra-utérine [31].

La courbe de température était l'examen le moins prescrit, cela correspond également aux dernières recommandations. Cet examen était classiquement utilisé pour savoir si les cycles menstruels sont ovulatoires, il nécessite une prise de la température corporelle tous les matins au réveil avant le lever, en général pendant 3 mois. Au cours d'un cycle normal, la température après les règles est autour de 36,5 °C, puis elle augmente brusquement de 3 à 4 °C en post-ovulatoire du fait de la progestérone lutéale sécrétée par le corps jaune. En pratique, cet examen est peu utile dans le bilan d'infertilité, car contraignant et peut être mal vécu par les patientes et leur conjoint. Il est possible de doser la progestéronémie au 22^{ème} jour du cycle qui est le reflet de la sécrétion du corps jaune et donc un signe indirect de la présence d'une ovulation [32].

L'examen le plus prescrit a été la prise de sang, suivie de l'échographie pelvienne puis de l'hystérosalpingographie. Cela suit les recommandations qui préconisent en première intention en médecine générale un bilan sanguin hormonal entre le 2^{ème} et le 4^{ème} jour du cycle : FSH, LH, œstradiolémie pour évaluer la fonction ovarienne, associée au dosage de

la progestérone au 22^{ème} jour du cycle pour confirmer la présence d'ovulation [27]. En cas de cycles irréguliers et/ou de signes d'hyperandrogénie, il est recommandé de compléter le bilan : dosage de la prolactine, TSH, testostérone, notamment à la recherche d'un SOPK qui est la première cause d'infertilité chez les femmes jeunes [38]. Le dosage de l'hormone anti-müllérienne (AMH) correspondant au reflet de la réserve ovarienne est recommandé et pris en charge par la Sécurité Sociale depuis avril 2021 [31,39]. La recherche de Chlamydia et autres infections génitales est recommandée notamment avant d'évaluer la perméabilité tubaire [27].

L'échographie pelvienne en début de cycle est l'examen d'imagerie de première intention pour évaluer la réserve ovarienne. L'hystérosalpingographie est préconisée après l'échographie, pour évaluer la perméabilité tubaire. En alternative à l'hystérosalpingographie, est recommandé aujourd'hui l'Hystérosalpingo-Foam-Sonography (HyFoSy), réalisable dans les 12 premiers jours du cycle [31]. C'est un examen échographique, qui utilise un produit de contraste mousseux, injecté à l'aide d'un cathéter intra-utérin. Il est moins douloureux que l'hystérosalpingographie, plus rapide et a l'avantage de pouvoir être réalisé en consultation directement par un gynécologue équipé et expérimenté. Cela permettrait de réduire les délais d'examens complémentaires et de prise en charge dans un parcours de PMA qui peut être long pour les couples. L'HyFoSy est aussi précis que l'hystérosalpingographie dans l'évaluation de la perméabilité tubaire [40]. Il n'est cependant pas encore disponible sur tout le territoire français, et le produit de contraste n'est pas encore remboursé par la Sécurité Sociale [31].

Le spermogramme puis la prise de sang (figure 9) ont été les examens complémentaires prescrits majoritairement par le médecin généraliste chez l'homme, ce qui est en accord avec les recommandations actuelles sur le bilan d'infertilité masculine [31,41]. La prise de sang est orientée par les signes cliniques, et doit comporter un bilan des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sans oublier la recherche de Chlamydia sur 1^{er} jet urinaire.

Un des rôles du médecin généraliste, par sa position de médecin de premier recours, est l'adressage au spécialiste, qu'il ne faut pas retarder. Il faut souvent conseiller aux patients d'anticiper les rendez-vous du fait des longs délais d'attente en centre spécialisé, voire accélérer le recours si la situation le demande [17].

Près de 40% des participants à l'étude sont arrivés seuls au centre de PMA, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été adressés par un professionnel de santé et le médecin généraliste n'a adressé que 17% des participants. Les gynécologues étant hors parcours de soins, il n'y a pas besoin de passer par le médecin généraliste pour être entièrement remboursé par la Sécurité Sociale ce qui peut expliquer ce faible recours au médecin traitant.

Ce faible recours peut également s'expliquer par un manque de connaissance des patients sur la prise en charge de l'infertilité et un défaut d'information donnée par le médecin généraliste. En 2021, Clémentine Lumière met en évidence que le médecin généraliste représente une source d'information sur la fertilité pour seulement 16% des patients interrogés, après les gynécologues, internet ou les réseaux sociaux [35].

L'implication des professionnels de santé et notamment du médecin généraliste est pourtant demandée par les patients, pour plus de 65% des couples dans notre étude. Le motif de consultation le plus fréquent chez les couples après l'entrée en PMA a été la demande d'informations sur la PMA et ses différentes techniques. Le médecin généraliste doit être source d'information loyale, claire et appropriée, comme il est rappelé dans le code de déontologie [42].

Une étude suédoise de 2019 montre qu'une intervention par le professionnel de santé en termes de conseils sur la vie reproductive (« Reproductive Life Plan Counseling ») améliore les connaissances des patientes sur la fertilité et les facteurs de risque d'infertilité et devrait faire partie du suivi gynécologique ou du suivi de contraception [43]. Cela équivaut finalement à la réalisation de la consultation pré-conceptionnelle, sans pour autant se limiter à une seule consultation, mais à mettre en place un plan personnalisé de vie reproductive pour chaque patiente et patient, assimilable à un plan personnalisé de soins.

III- Rôles du médecin généraliste dans le parcours en PMA

Le médecin généraliste a finalement plusieurs rôles à jouer dans la prise en charge de l'infertilité tout au long du parcours de soins en PMA, avant, pendant et après l'entrée en centre spécialisé. Ces rôles sont à adapter selon le profil et le besoin des couples.

A) Avant la prise en charge en centre spécialisé

1. Le dépistage et la prévention des facteurs de risque d'infertilité

C'était un rôle que pouvait jouer le médecin généraliste pour 50% des couples et femmes célibataires interrogés dans notre étude. Ce rôle est rapporté par différentes revues de la littérature, qui placent le médecin généraliste au cœur de la prévention [18,36,44]. Une

prise en charge en soins primaires des facteurs de risque d'infertilité pourrait permettre de réduire le recours ultérieur à des traitements invasifs de PMA.

Marie-Ange Mezzarobba a réalisé en 2020 une revue systématique de la littérature pour recenser ces facteurs de risque qui peuvent être pris en charge en prévention primaire par le médecin généraliste [45]. Le médecin traitant peut agir et orienter sa prise en charge notamment sur les facteurs suivants : le tabac et le cannabis, le poids, l'alcool, les IST et les conduites à risque, la nutrition, l'exposition à des perturbateurs endocriniens, qui vont avoir un impact négatif direct sur la fertilité. L'anxiété et la dépression peuvent avoir un impact négatif indirect sur la fertilité en altérant la qualité de vie sexuelle au sein du couple.

2. Éducation en santé et conseils pré-conceptionnels

47% des couples et femmes célibataires de l'étude ont pensé que les médecins généralistes avaient un rôle à jouer dans les conseils pré-conceptionnels. Ces conseils peuvent être apparentés à un rôle d'éducation en santé que doit jouer le médecin traitant, afin d'améliorer les connaissances des patient(e)s et leur permettre de vivre leur vie reproductive de manière éclairée [43]. Une sensibilisation plus particulière devrait être faite sur l'influence négative de l'âge et du déséquilibre pondéral sur la fertilité [36].

Ces deux premiers rôles peuvent être accomplis par le médecin généraliste à travers le suivi pré-conceptionnel, que ce soit le suivi gynécologique ou contraceptif chez les femmes, mais aussi à tout moment du suivi, notamment chez les hommes, car le médecin traitant est souvent le médecin qui entretient la relation la plus étroite avec ses patients de sexe masculin. Toute consultation peut être l'occasion d'aborder le sujet, notamment lors de consultations de renouvellement de traitement, vaccination, certificat médical... Il faut oser poser la question du projet conceptionnel aux patients afin d'améliorer la prise en charge de l'infertilité. Les patients apprécient que leur médecin généraliste soit bien informé et impliqué dans le traitement de l'infertilité, et veulent être pris au sérieux [46]. Une bonne communication médecin-patient avec un plan personnalisé de soins et une relation de confiance sont nécessaires à une bonne prise en charge [47].

Une consultation gratuite pour tous à l'âge de 25 ans (hommes et femmes, remboursée entièrement par la Sécurité Sociale) va être proposée dans le prochain projet de loi finances de la Sécurité Sociale en septembre 2023, dans le cadre d'une politique de santé centrée sur la prévention [48]. Cette consultation pourrait être l'occasion d'aborder la notion

de facteurs de risque d'infertilité, et d'informer les patients sur d'éventuelles modifications du mode de vie à apporter pour permettre une réflexion et une prise de conscience précoces.

Pour accéder à des informations sur la santé, il existe aujourd'hui des applications mobiles en santé qui prennent une place croissante dans la vie quotidienne des patients, plus particulièrement sur le suivi des cycles menstruels et la vie reproductive. Nous citerons en exemple les applications telles que Clue®, Flo®, Glow®... Des premières études mettent en avant un lien favorable entre l'utilisation des applications en santé et l'amélioration des connaissances sur la fertilité [49].

Ces applications peuvent être un moyen de promouvoir des messages de santé publique et de sensibiliser les patient(e)s sur leur mode de vie et l'impact qu'il peut avoir sur la fertilité. Il faut cependant garder un regard critique sur les différentes applications qui existent, qui ne sont parfois pas fondées sur des preuves scientifiques fiables, et pour lesquelles les développeurs font rarement appel à des professionnels de santé pour la conception du contenu de l'application. Ces applications sont souvent payantes, avec un intérêt commercial au premier plan [50].

3. Initiation du bilan complémentaire

La prescription des examens complémentaires était un rôle du médecin généraliste cité par 52,6% des couples et femmes célibataires de l'étude.

En tenant compte des délais d'essai de conception et selon les dernières recommandations, le médecin généraliste doit initier les examens complémentaires chez les femmes et les hommes, afin de ne pas retarder la prise en charge et optimiser les chances d'obtenir une grossesse [17,38,51].

Ce rôle implique que le médecin généraliste soit informé des dernières recommandations concernant la prise en charge de l'infertilité et de la dernière loi de bioéthique de 2021.

Les médecins rapportent ne pas être suffisamment compétents sur le sujet [6,9], et les patients de cette étude ont trouvé que les médecins n'étaient pas assez formés (59% des couples).

Les études médicales incluent dans le tronc commun du deuxième cycle 3 items (items 37 à 39) sur l'infertilité du couple, la conduite de la première consultation et les techniques de PMA. La HAS précise les objectifs à atteindre en fin de 2^{ème} cycle sur ce sujet : « Connaître la définition d'un couple infertile. Connaître la démarche médicale et les examens complémentaires de première intention nécessaires au diagnostic et à la recherche étiologique. Argumenter la démarche médicale et expliquer les principes de l'assistance

médicale à la procréation. Préservation de la fertilité féminine et masculine de l'enfant à l'adulte. » [52]. Tout médecin doit donc avoir des connaissances de base sur la prise en charge de l'infertilité.

Pendant l'internat de médecine générale, correspondant au troisième cycle des études médicales, la formation inclut un semestre obligatoire en santé de la femme (parfois couplé à la santé de l'enfant). À la faculté de Toulouse est donné un enseignement théorique sur la conception et les troubles de la fertilité, qui ne représente tout au plus que 2 heures d'enseignement. Les objectifs du carnet de stage de l'interne de médecine générale ne comportent pas d'items spécifiques à la prise en charge de l'infertilité. Y figure uniquement l'item suivant : « Réaliser une consultation pré-conceptionnelle » [53].

Depuis 2009, les professionnels de santé ont une obligation de Développement Professionnel Continu (DPC). Des orientations prioritaires de DPC sont publiées au Journal Officiel et renouvelées tous les 3 ans. Les dernières publiées en septembre 2022 concernent les années 2023 à 2025 [54]. Destinée au médecin généraliste, l'orientation 95 intitulée « Suivi de grossesse et suivi gynécologique (dysménorrhée, ménopause, troubles fonctionnels) » comporte un axe centré sur les indications et la prescription d'un bilan d'infertilité [54,55].

Il pourrait finalement être bénéfique d'approfondir la formation initiale du médecin généraliste pendant l'internat. Tout médecin généraliste doit ensuite poursuivre sa formation en s'aidant des axes prioritaires du DPC.

4. Orientation vers un spécialiste

L'orientation vers un spécialiste était le rôle le plus donné au médecin généraliste dans l'étude, avec près de 68% de réponses des couples et femmes célibataires.

Le médecin généraliste traitant a un rôle de coordinateur du parcours de soins. C'est notamment un de ses rôles spécifiques, comme il est rappelé par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) [56] : « Être capable de coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés. »

Le médecin traitant peut ne pas se sentir compétent dans la prise en charge de l'infertilité, car c'est un motif de consultation qui reste encore peu fréquent. Mais il en est de sa responsabilité de savoir se tourner vers les professionnels compétents pour ne pas retarder la prise en charge [3].

Il existe aujourd'hui un essor de la téléexpertise avec possibilité de recours rapide à un spécialiste via par exemple Omnidoc®. Cela peut permettre de prendre un avis spécialisé et adresser les couples plus rapidement si la situation le nécessite.

Le National Institute for health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni recommande que le traitement de l'infertilité soit effectué par une équipe spécialisée, car cela pourrait améliorer l'efficacité du traitement et augmenterait la satisfaction des patients [57].

5. Soutien psychologique

Le rôle d'accompagnement et de soutien psychologique a été mis en avant par 39,7% des couples et femmes célibataires de l'étude.

C'est un rôle qui doit couvrir toute la durée de la prise en charge de l'infertilité, car un échec de procréation peut entraîner une réelle détresse psychologique chez les couples infertiles. Souvent, ces derniers n'osent pas demander d'aide ou se confier. L'incapacité de se reproduire naturellement peut entraîner des sentiments de honte, de culpabilité et de faible estime de soi, et donc avoir un retentissement sur la qualité de vie [58].

Il est important alors que le médecin traitant dépiste les patients à risque de syndromes anxieux ou dépressifs, et les accompagne, en les orientant vers une prise en charge psychologique adaptée si besoin.

B) Pendant la prise en charge en centre spécialisé

1. Soutien psychologique

Le soutien et l'accompagnement psychologique doivent être poursuivis pendant la prise en charge en centre spécialisé.

Dans l'étude de Chen et al, sur 112 patientes consultant en centre de PMA et évaluées par un psychiatre, 40% ont été diagnostiquées d'un trouble psychiatrique (troubles anxieux chez 23% des femmes, et syndrome dépressif chez 17% des femmes) [59].

Le parcours en PMA peut être éprouvant et traumatisant pour les couples, car la PMA enlève l'aspect naturel de la procréation en ajoutant un aspect technique intrusif.

L'impact psychologique est la première cause d'arrêt des traitements de PMA [37].

Une prise en charge psychologique devrait être systématique dans le parcours en PMA afin de réduire le risque anxiodépressif du parcours, ce qui pourrait contribuer à une augmentation des chances d'obtenir une grossesse [58]. Cela n'est pas encore systématique

dans tous les centres de PMA en France. Les gynécologues peuvent parfois avoir des contacts de psychologues externes à conseiller aux patients. Les hôpitaux de Paris ont intégré la prise en charge psychologique dans leurs centres de PMA, avec des équipes de psychologues spécialisés inclus dans le centre spécialisé [60]. A également été développée sur Paris la méthode « Gynéco-psy » qui consiste à réaliser une consultation conjointe gynécologue et psychothérapeute, pour permettre une évaluation holistique de la patiente [61].

En Australie et en Angleterre, les centres de fertilité sont très souvent des centres privés qui incluent dans leurs équipes des infirmier(e)s et des psychologues. Les infirmiers font le lien entre médecin et patients et sont à disposition en cas de questions ou pour planifier les différents rendez-vous ; les psychologues sont disponibles pour les patients qui en ressentent le besoin [62,63].

En France, outre l'inclusion d'équipes de psychologues spécialisés dans la prise en charge de l'infertilité, il pourrait être intéressant d'inclure des infirmiers dans l'équipe soignante, voire des Infirmier(e)s en Pratique Avancée (IPA) [64], avec la mention psychiatrie et santé mentale, plus spécialisés dans les troubles anxiodépressifs liés à l'infertilité et au parcours en PMA. Ces derniers pourraient améliorer le lien entre le patient et les spécialistes, mais également entre les spécialistes et les médecins généralistes.

2. Conseils et informations sur la PMA et les différentes techniques

Dans notre étude, c'était le premier motif de consultation du médecin traitant des couples après l'entrée en PMA et c'était un rôle attribué au médecin généraliste par 42,3% des couples et femmes célibataires de l'étude.

La complexité technique de la PMA peut être intimidante et déstabilisante pour les couples, entraînant une sensation de perte de contrôle. Une bonne compréhension des traitements de l'infertilité et des différentes techniques peut permettre aux couples une meilleure adhésion au protocole de soins, et de se sentir rassurés.

Le médecin traitant doit pouvoir rassurer les patients, en répondant aux interrogations de façon loyale, claire et adaptée [37]. L'agence de biomédecine met à disposition des professionnels de santé des documents explicatifs sur la PMA à destination du grand public. Il est possible d'en commander directement sur leur site, afin de les donner aux patients, ou bien de recommander le site internet de l'agence de biomédecine directement [65].

3. Prise en charge d'éventuels effets indésirables des traitements de la PMA

Ce rôle était donné au médecin généraliste par 34,6% des couples et femmes célibataires de l'étude.

Les traitements de PMA impliquent le plus souvent une stimulation ovarienne chez la femme, avec utilisation d'inducteurs de l'ovulation comme le citrate de clomifène, ou des gonadotrophines (FSH et LH recombinantes) [31]. Ces traitements peuvent entraîner un syndrome d'hyperstimulation ovarienne qui peut être modéré avec des douleurs pelviennes en cours de traitement, une augmentation de poids, une sensation de gonflement généralisé ; parfois le syndrome d'hyperstimulation est sévère avec dans de rares cas : épanchement péricardique, anasarque, hydrothorax, abdomen aigu, insuffisance rénale, œdème pulmonaire, hémorragie ovarienne, thrombose veineuse profonde, torsion de l'ovaire et détresse respiratoire aiguë [66].

Une stimulation ovarienne médicamenteuse doit de manière générale être associée à un monitoring échographique de l'ovulation pour limiter le risque d'hyperstimulation et de grossesse multiple. Les éventuels effets indésirables seront donc en général gérés par les spécialistes du centre de fertilité, mais les patientes peuvent toujours avoir recours au médecin traitant, surtout si le spécialiste n'est pas disponible. Il est donc important d'avoir des notions concernant ce syndrome d'hyperstimulation ovarienne.

4. Délivrance d'arrêts de travail

Ce rôle était donné au médecin généraliste par plus de la moitié des participants (51,2% des couples et femmes célibataires de l'étude).

Le motif de l'arrêt de travail n'était pas précisé dans le questionnaire. Il pourrait être en lien avec un retentissement physique (effet indésirable du traitement) ou un retentissement psychologique (troubles anxieux ou dépressifs) notamment dû à la surveillance rapprochée échographique nécessaire lors des stimulations (tous les 2 jours). La délivrance d'un arrêt de travail ne doit pas se limiter à l'aspect administratif de la délivrance de l'arrêt. Le médecin traitant devrait aussi chercher à déterminer si le couple ou l'individu n'est pas en détresse psychologique et n'a pas besoin d'un accompagnement spécialisé.

5. Coordination des différents intervenants

Le rôle de coordination était alloué au médecin généraliste par 21,8% des couples et femmes célibataires de l'étude. Ce rôle fait partie des compétences spécifiques du médecin traitant [56].

Il existe cependant un manque de communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes de PMA, rapporté dans plusieurs études [5,67]. Les médecins généralistes se sentent souvent peu impliqués et non informés des suites du parcours une fois la prise en charge spécialisée débutée. L'absence de retour des spécialistes peut constituer un frein à la coordination des soins et une perte de vue de certains couples. Il serait bénéfique que les gynécologues réalisent un retour au médecin traitant avec un courrier détaillant les résultats des bilans, les éventuelles causes à l'infertilité, les techniques envisagées (insémination, fécondation in vitro) associées aux effets indésirables à surveiller notamment lors d'une stimulation ovarienne, ainsi qu'informer sur les résultats des tentatives (fausse-couche, grossesse extra-utérine, grossesse évolutive) : finalement échanger les informations importantes et permettre un relai de la prise en charge en soins primaires. Les spécialistes pourraient aussi s'appuyer sur des équipes paramédicales d'infirmiers ou d'IPA pour transmettre ces informations. Renforcer les liens entre médecin traitant et équipes spécialisées pourrait permettre d'améliorer la gestion de l'infertilité en médecine générale.

C) Après la prise en charge en centre spécialisé

1. Suivi de grossesse

Dans cette étude, le suivi de grossesse a été un rôle donné au médecin généraliste par 24,4% des couples et femmes célibataires. Cependant, il n'a jamais été exclusivement consulté pour suivre un début de grossesse issue de la PMA, mais ce résultat est à corrélérer au fait que peu de couples participants avaient obtenu une grossesse, et près de la moitié des données étaient manquantes. De plus, les patientes ayant déjà un contact avec les gynécologues du centre de PMA, cela paraît naturel de poursuivre le suivi de grossesse avec les spécialistes.

L'enquête nationale périnatale de 2016 montre une place limitée du médecin généraliste dans le suivi des 6 premiers mois de grossesse avec 6,5% des grossesses. Cette place est cependant en hausse, car en 2010, seulement 4,7% des débuts de grossesse étaient suivis par le médecin généraliste [68]. Avec l'augmentation du suivi gynécologique en médecine générale, le suivi de grossesse par le médecin généraliste va également croître, selon les pratiques et les sensibilités de chaque médecin traitant. À noter qu'une relation de

confiance préexistante à la grossesse peut orienter les patientes à choisir leur médecin traitant pour réaliser le suivi de début de grossesse [69].

Finalement, le médecin traitant peut être impliqué dans la prise en charge de l'infertilité tout au long du parcours de soins de procréation médicalement assistée. Cette implication suppose dans un premier temps un intéressement du médecin à ce sujet. Ensuite, afin de proposer une prise en charge optimale, le médecin doit être formé et à jour des recommandations. Il doit à minima orienter les couples infertiles vers les spécialistes dans un délai adapté, et les accompagner tout au long du parcours, en se référant à son réseau de professionnels de santé en cas de besoin spécifique des couples.

IV- Perspectives de recherche

Cette étude quantitative a mis en avant le rôle qu'a joué le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité des couples consultant en centre de PMA. Elle pointe également du doigt les attentes des couples vis-à-vis de leurs médecins traitants. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude qualitative avec des entretiens pour recueillir plus précisément le vécu et les attentes des couples ayant recours à la PMA, et évaluer leur ressenti par rapport au rôle de leur médecin traitant dans leur parcours, afin d'améliorer la prise en charge de l'infertilité en médecine générale.

Le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer en prévention et sur le suivi pré-conceptionnel. On remarque que les consultations pré-conceptionnelles sont très souvent destinées aux femmes seules. Il pourrait être intéressant d'interroger les médecins sur la réalisation de consultations pré-conceptionnelles chez les hommes et/ou les couples, ou sur l'autre versant, interroger les patients hommes afin de déterminer leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste et du suivi pré-conceptionnel.

Les études déjà réalisées auprès des médecins généralistes et des patients soulignent un manque de connaissances des médecins en soins primaires notamment sur les recommandations concernant la conduite à tenir devant un couple infertile.

Il pourrait être intéressant d'approfondir le travail réalisé par Oriane Thevenet en 2020 [70], qui portait sur la réalisation d'un outil informatique d'aide à la prise en charge de l'infertilité en soins premiers, dans la lignée des sites internet Gestaclic sur le suivi de grossesse ou Antibioclic sur l'aide à la prescription des antibiotiques, destinés aux médecins généralistes.

CONCLUSION

L'infertilité touche des millions de personnes dans le monde. Le recours aux techniques de procréation médicalement assistée tend à augmenter en France, mais l'accessibilité des centres spécialisés reste limitée. Dans ce contexte, le médecin généraliste de premier recours a un rôle important à jouer dans la prise en charge de l'infertilité, à toutes les étapes du parcours de soins. Dans notre étude, près de deux tiers des patients souhaitaient que le médecin traitant soit impliqué dans le parcours.

Un des rôles majeurs du médecin traitant repose sur la prévention, l'éducation, le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque d'infertilité, en amont de la prise en charge spécialisée, par le biais d'une ou plusieurs consultations pré-conceptionnelles centrées sur le couple. Les patients attendent du médecin traitant la délivrance d'informations claires et adaptées à chacun. Le rôle principal mis en avant dans cette étude a été l'orientation vers les spécialistes dans un délai optimal pour ne pas retarder la prise en charge. Le médecin généraliste a aussi un rôle de soutien et d'accompagnement psychologique tout au long du parcours qui peut être éprouvant pour les couples.

Pour assurer des soins de qualité, les médecins généralistes sont incités à poursuivre leur formation médicale tout au long de leur carrière afin d'appliquer les dernières recommandations.

Finalement, le médecin traitant doit entretenir une vraie relation de confiance avec les couples, les écouter, accueillir leurs plaintes et les accompagner tout au long du parcours.

Toulouse, le 21/09/23

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



le 21/09/2023
Vu, le président du jury
Pr. Julie DUPOUY



Pr Julie DUPOUY (E)
Professeur des universités
Médecine GÉNÉRALISTE / Addictologie
311070520AN / 101004128550VPS

1 Chemin de la Gare,
31860, PINS JUSTARET
Té. : 05 61 76 27 00

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Inserm [Internet]. [cité 20 nov 2022]. Infertilité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/infertilite/>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Infertilité [Internet]. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
3. Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin G. General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. *J Eval Clin Pract.* juin 2007;13(3):358-63.
4. Münster E, Letzel S, Passet-Wittig J, Schneider NF, Schuhrke B, Seufert R, et al. Who is the gate keeper for treatment in a fertility clinic in Germany? -baseline results of a prospective cohort study (PinK study). *BMC Pregnancy Childbirth.* 5 mars 2018;18(1):62.
5. Saurel V. Prise en charge de l'infertilité en soins primaires : enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées [Internet] [Thèse de doctorat]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2013 [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/45/1/2013TOU31006.pdf>
6. Herbomel A. Prise en charge de l'infertilité en médecine générale dans le sud des Hauts-de-France [Thèse de doctorat]. Université d'Amiens; 2021.
7. Delon M. Quelles sont les attentes des médecins généraliste en PACA vis à vis de la problématique du couple infertile [Thèse de doctorat]. Université Aix-Marseille; 2018.
8. Moreau L. La prise en charge de l'infertilité en médecine générale dans les Hautes-Pyrénées [Thèse de doctorat]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2018.
9. Chermette C. L'hypofertilité des couples : approche diagnostique et prise en charge. Étude qualitative au sein d'un échantillon de médecins généralistes des Bouches du Rhône [Thèse de doctorat]. Université Aix-Marseille; 2020.
10. Dr Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. Ordre Natl Médecins. 1 janv 2022;
11. Légifrance. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (1). 2021-1017 août 2, 2021.
12. Cadel A médecin biologiste Clinique d'Occitanie Muret. Revue de direction 2022.pptx. 2022.
13. Seban B. Connaissance des femmes sur la fertilité et désir d'une consultation dédiée et prise en charge sur la fertilité : étude quantitative auprès de femmes des Hauts-de-Seine [Thèse de doctorat]. Université Paris Cité; 2020.
14. Denis L. Parcours d'infertilité : quelle peut être la place du médecin généraliste ? : analyse qualitative du vécu et des attentes des patientes à partir de vingt entretiens semi-dirigés de femmes suivies en procréation médicalement assistée dans la région lyonnaise [Thèse de doctorat]. Université de Lyon; 2014.
15. Martin N. Infertilité : les patientes se confient-elles à leur médecin traitant?. Étude originale

de 246 patientes de Midi-Pyrénées sur l'année 2006-2007 [Thèse de doctorat]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2008.

16. Lunion A. Entre attente des couples et recommandations : quelle implication possible pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité ? : enquête d'opinion auprès de 96 couples infertiles [Thèse de doctorat]. Université de Nantes; 2007.

17. Thable A, Duff E, Dika C. Infertility management in primary care. *Nurse Pract.* mai 2020;45(5):48-54.

18. Cunningham J. Infertility: A primer for primary care providers. *JAAPA.* sept 2017;30(9):19-25.

19. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 7 juill 2023]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/fisher>

20. INSEE. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>

21. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. FNCGM. 2008 [Internet]. [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: http://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf

22. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire [Internet]. [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf

23. Ministère de la Santé et des Sports. Parcours de soins coordonnés. 2009;

24. Adegoke EO, Rahman MS, Amjad S, Pang WK, Ryu DY, Park YJ, et al. Environmentally relevant doses of endocrine disrupting chemicals affect male fertility by interfering with sertoli cell glucose metabolism in mice. *Chemosphere.* 1 oct 2023;337:139277.

25. Yao X, Liu W, Xie Y, Xi M, Xiao L. Fertility loss: negative effects of environmental toxicants on oogenesis. *Front Physiol.* 4 août 2023;14:1219045.

26. Witherspoon L, Flannigan R. Male factor infertility. *Can Fam Physician.* avr 2021;67(4):248-54.

27. Balen AH, Rutherford AJ. Management of infertility. *BMJ.* 22 sept 2007;335(7620):608-11.

28. Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1360649/fr/projet-de-grossesse-informations-messages-de-prevention-examens-a-proposer

29. Valin MS. État des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins Haut-Normands en 2017 [Thèse de doctorat]. Université de Rouen; 2018.

30. Hussein N, Kai J, Qureshi N. The effects of preconception interventions on improving reproductive health and pregnancy outcomes in primary care: A systematic review. *Eur J Gen Pract.* 2 janv 2016;22(1):42-52.

31. Recommandations pour la Pratique Clinique 2022. CNGOF [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2022/09/2022_CNGOF_PEC-initiale-Couple-infertile-.pdf
32. CNGOF. Stérilité du couple : conduite de la première consultation [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-13.html>
33. Rogez-Semon ML. Évaluation de la connaissance des femmes de 25 à 43 ans au sujet de leur propre fertilité [Thèse de doctorat]. Université Paris Descartes; 2016.
34. Agarwal A, Mulgund A, Hamada A, Chyatte MR. A unique view on male infertility around the globe. *Reprod Biol Endocrinol RBE*. 26 avr 2015;13:37.
35. Lumière C. Etat des lieux des connaissances sur la fertilité et les facteurs de risque d'infertilité dans la population générale [Mémoire de fin d'études]. Université de Nantes; 2021.
36. Taylor A. ABC of subfertility. *BMJ*. 23 août 2003;327(7412):434-6.
37. Rich CW, Domar AD. Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertil Steril*. 1 mai 2016;105(5):1124-7.
38. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility. *JAMA*. 6 juill 2021;326(1):65-76.
39. Table Nationale du codage de Biologie. Assurance Maladie. [Internet]. [cité 24 juill 2023]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/cgi-fiche?p_code_nabm=0793&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
40. Ramos J, Pellicer N, Fernández-Sánchez M. Hysterosalpingography is obsolete: hysterosalpingo-contrast foam sonography should be the alternative. *Reprod Biomed Online*. 1 nov 2022;45(5):839-42.
41. Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol*. 6 mars 2010;8(1):21.
42. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 25 juill 2023]. Code de déontologie. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
43. Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health—a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci*. août 2019;124(3):203-12.
44. Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin G. Patient experience of infertility management in primary care: an in-depth interview study. *Fam Pract*. 1 août 2009;26(4):309-16.
45. Mezzarobba MA. Etat des lieux des facteurs de risque d'infertilité en prévention primaire : une revue systématique de la littérature [Thèse de doctorat]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2020.
46. Lindsay TJ, Vitrikas KR. Evaluation and Treatment of Infertility. *Am Fam Physician*. 1 mars 2015;91(5):308-14.

47. Hinton L, Kurinczuk JJ, Ziebland S. Reassured or fobbed off? Perspectives on infertility consultations in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* juin 2012;62(599):e438-45.
48. Gouvernement.fr [Internet]. [cité 9 août 2023]. Des consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/actualite/des-consultations-medicales-gratuites-aux-trois-ages-cles-de-la-vie>
49. Ford EA, Roman SD, McLaughlin EA, Beckett EL, Sutherland JM. The association between reproductive health smartphone applications and fertility knowledge of Australian women. *BMC Womens Health.* 4 mars 2020;20:45.
50. Earle S, Marston HR, Hadley R, Banks D. Use of menstruation and fertility app trackers: a scoping review of the evidence. *BMJ Sex Reprod Health.* 1 avr 2021;47(2):90-101.
51. Ganeshselvi P. How can infertility be managed in general practice. [cité 30 janv 2023]; Disponible sur: <https://www.priory.com/fam/infertility.pdf>
52. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide à la préparation des épreuves classantes nationales (ECN) [Internet]. 2023 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608425/fr/iii-de-la-conception-a-la-naissance-pathologie-de-la-femme-heredite-l-enfant-l-adolescent
53. Département universitaire de médecine générale Toulouse : Le Carnet de stages [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/carnet>
54. Ministère de la Santé. Arrêté du 7 septembre 2022 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025. *Journal Officiel* [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/joe_20220909_0209_0018_0.pdf
55. Agence nationale du DPC. Fiches de cadrage relatives aux orientations prioritaires 2023-2025 [Internet]. 2023 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/03.08.23_fiches_de_cadrage_conso_i_et_ii_compressed.pdf
56. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes [Internet]. 2009 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf
57. National Institute for Health and Care Excellence. Fertility problems: assessment and treatment. 2017;
58. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci.* mars 2018;20(1):41-7.
59. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.* 1 oct 2004;19(10):2313-8.
60. Accompagnement psychologique - Centre AMP, hôpital Cochin [Internet]. Fertilité Paris Centre. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://fertilepariscentre.aphp.fr/accompagnement-psychologique/>

61. l'Infertilité G de. <https://www.guide-de-l-infertilite.fr/>. Guide de l'Infertilité; 2023 [cité 9 août 2023]. Gynécologues et psychothérapeutes unis contre l'infertilité. Disponible sur: <https://www.guide-de-l-infertilite.fr/fr/solutions-et-ressources/article/les-gynecologues-partenaires>
62. Australia. Repromed. [cité 10 août 2023]. Repromed - Our Team. Disponible sur: <https://repromed.com.au/about-us/our-team/>
63. Fertility Counselling | IVF Counselling | Care Fertility [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://www.carefertility.com/support/wellbeing/counselling>
64. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 10 août 2023]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
65. Commande de document - Commander une brochure - Agence de la biomédecine [Internet]. 2023 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/Commande-de-documents-26>
66. Résumé des caractéristiques du produit - CLOMID 50 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65338028&typedoc=R#RcpPropPharmacocinetiques>
67. Bonnet M. Exploration de l'abord de l'infertilité en consultation de médecine générale. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes d'Occitanie [Internet] [Thèse de doctorat]. Université Montpellier Nîmes; 2023 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04000259/document>
68. Enquête nationale périnatale 2016. EPOPé. INSERM [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Disponible sur : https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
69. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant [Thèse de doctorat]. Université de Nancy; 2010.
70. Thevenet O. Evaluation d'un outil d'aide à la prise en charge de l'infertilité en soins premiers en Midi-Pyrénées [Thèse de doctorat]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2020.

ANNEXES

Annexe 1 : LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique [11]

Extrait de la loi de bioéthique du 2 août 2021

I.-Le chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 2141-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-2.-L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à un projet parental. **Tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée** ont accès à l'assistance médicale à la procréation après les entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale clinicobiologique pluridisciplinaire effectués selon les modalités prévues à l'article L. 2141-10.

« Cet accès ne peut faire l'objet d'aucune différence de traitement, notamment au regard du statut matrimonial ou de l'orientation sexuelle des demandeurs.

« Les deux membres du couple ou la femme non mariée doivent consentir préalablement à l'insémination artificielle ou au transfert des embryons.

« Les conditions d'âge requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Agence de la biomédecine. Elles prennent en compte les risques médicaux de la procréation liés à l'âge ainsi que l'intérêt de l'enfant à naître. »

Annexe 2 : Questionnaire



Thèse : Médecin généraliste et parcours en PMA

Mars 2023

Arrivant à la fin de mes études de Médecine, je réalise une thèse de médecine générale.

Par le biais du questionnaire qui suit, je souhaite étudier le rôle qu'a joué votre médecin généraliste (si vous en avez un) dans la prise en charge de votre infertilité, et ainsi déterminer plus précisément à quelle étape du parcours de soins il pourrait intervenir, afin d'améliorer la prise en charge de l'infertilité en médecine générale.

Toutes vos réponses sont bien sûr anonymes.

La durée du questionnaire est entre 5 et 10 minutes.

Merci pour le temps que vous prendrez pour répondre.

Une fois rempli, vous pourrez déposer le questionnaire dans l'urne verte prévue à cet effet auprès de la secrétaire.

Précisions :

- Si vous êtes un couple de même sexe, merci de définir le conjoint 1 comme étant la personne qui réalise(ra) les stimulations et qui porte(ra) la grossesse.
- Si vous êtes une femme seule, merci de ne remplir que le conjoint 1, et ne pas remplir les questions concernant le couple.

Céline NHAN-DO MINH

Abréviations :

PMA = Procréation Médicalement Assistée

CONJOINT 1**CONJOINT 2**

Sexe :	Féminin	Masculin	Sexe :	Féminin	Masculin
Âge :			Âge :		
Profession :			Profession :		
Tabagisme :	Oui	Non	Tabagisme :	Oui	Non

1) Avez-vous un médecin généraliste/traitant ?

Oui

Non

Oui

Non

2) Est-ce le même ?

Oui

Non

3) **Pour les femmes** : votre suivi gynécologique est-il assuré par votre médecin généraliste ?

Oui

Non

Oui

Non

Si non, par :

Gynécologue

Aucun suivi

Si non, par :

Gynécologue

Aucun suivi

Sage-femme

Sage-femme

4) Si vous avez un médecin généraliste, lui avez-vous parlé de votre projet conceptionnel, lors d'une consultation sans votre conjoint(e) ?

Oui

Non

Oui

Non

Lors d'une consultation en couple ?

Oui

Non

5) Si oui, au bout de combien de temps d'essai infructueux avez-vous consulté votre médecin généraliste ?

0 – 6
mois6 – 12
mois12 – 18
mois18 – 24
mois0 – 6
mois6 – 12
mois12 – 18
mois18 – 24
mois

> 24 mois

> 24 mois

6) Votre médecin traitant vous-a-t-il parlé des différents facteurs de risque d'infertilité lors d'une consultation ?

Oui

Non

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Pour les femmes :

Âge avancé

Tabac

Alcool

Déséquilibre nutritionnel

Cannabis	Exposition à des toxiques (perturbateurs endocriniens, produits liés au travail...)
Obésité	Stress/anxiété/dépression
Infections sexuellement transmissibles	Autres (précisez) :

Pour les hommes :

Âge avancé	Alcool
Tabac	Déséquilibre nutritionnel
Cannabis	Exposition à des toxiques (perturbateurs endocriniens, produits liés au travail...)
Obésité	Stress/anxiété/dépression
Infections sexuellement transmissibles	Autres (précisez) :

7) Votre médecin généraliste vous a-t-il prescrit des examens complémentaires ?

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

Si oui, au bout de combien de temps d'essai infructueux ?

0 – 6 mois	6 – 12 mois	12 – 18 mois	18 – 24 mois	0 - 6 mois	6 - 12 mois	12 - 18 mois	18 - 24 mois
> 24 mois				> 24 mois			

8) Si oui, lesquels ?

Pour les femmes :

Prise de sang (bilan hormonal, sérologies...)	Test post-coïtal ou de Hühner (analyse de la glaire cervicale après rapport sexuel)
Courbe de température	Autres (précisez) :
Échographie pelvienne	
Hystérosalpingographie	

Pour les hommes :

Prise de sang (bilan hormonal, sérologies...)
Spermogramme
Échographie scrotale
Autre (précisez) :

9) Comment êtes-vous arrivés dans ce centre d'infertilité / de PMA ?

Adressés par votre médecin généraliste	De vous-mêmes (centre trouvé sur internet)
--	--

Adressés par un(e) gynécologue

Recommandé par des connaissances

Adressés par une sage-femme

Autres (précisez) :

10) Où en êtes-vous de votre parcours en PMA ?

1^{ère} consultation en PMA

En cours de stimulation

En cours de bilan

Fin de parcours

11) Après votre entrée dans le parcours de PMA, avez-vous consulté votre médecin généraliste pour un motif en lien avec la PMA ?

Oui

Non

Oui

Non

Si oui : pour quel(s) motif(s) ?

Informations sur la PMA et ses différentes techniques

Nécessité d'un arrêt de travail en lien avec la PMA

Effets indésirables des médicaments lors de la stimulation

Début de grossesse

Demande de prise en charge à 100% auprès de la Sécurité sociale en lien avec l'infertilité

Échec de stimulation ou d'insémination

Difficultés psychologiques / demande de soutien

Fausse-couche précoce

Autres (précisez) :

12) Si vous avez déjà obtenu une grossesse par PMA, par quel(s) praticien(s) a été suivi le début de grossesse ?

Non concernée

Gynécologue-obstétricien(ne) de la Clinique d'Occitanie

Médecin généraliste

Gynécologue-obstétricien(ne) d'un autre centre

Gynécologue médical(e) en libéral

Sage-femme

13) Pensez-vous que votre médecin généraliste est assez formé sur la prise en charge de l'infertilité ?

Oui

Non

14) Pensez-vous que le médecin généraliste doit être impliqué dans le suivi et la prise en charge de l'infertilité ?

Oui

Non

15) Selon vous, quel(s) rôle(s) peut jouer le médecin généraliste dans votre parcours de soins en PMA ?

Dépistage et prévention des facteurs de risque d'infertilité

Prise en charge d'éventuels effets indésirables des traitements de la PMA (stimulations...)

Conseils pré-conceptionnels

Accompagnement et soutien psychologique (en cas de réussite et/ou d'échec)

Prescription d'examens complémentaires

Délivrance d'arrêts de travail

Orientation vers un spécialiste

Coordination des différents intervenants

Conseils et informations sur la PMA et les différentes techniques

Suivi de grossesse

Autres (précisez) :

16) Êtes-vous satisfaits de la prise en charge de votre infertilité et de votre parcours en PMA ?

Oui

Non

Avez-vous des remarques à faire sur votre prise en charge (positives ou négatives) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 3 : Catégories socio-professionnelles définies par l'INSEE [20]

1 : Agriculteurs exploitants / Agricultrices exploitantes

2 : Artisans / Artisanes, commerçants / commerçantes et chefs / cheffes d'entreprise

3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures

- Professions libérales
- Cadres administratifs et techniques de la fonction publique
- Professeurs / Professeures et professions scientifiques supérieures
- Professions de l'information, de l'art et des spectacles
- Cadres des services administratifs et commerciaux d'entreprise
- Ingénieurs / Ingénieures et cadres techniques d'entreprise

4 : Professions intermédiaires

- Professions de l'enseignement primaire et professionnel, de la formation continue et du sport
- Professions intermédiaires de la santé et du travail social
- Ministres du culte et religieux consacrés / religieuses consacrées
- Professions intermédiaires de la fonction publique (administration, sécurité)
- Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- Techniciens / Techniciennes
- Agents / Agentes de maîtrise (hors maîtrise administrative)

5 : Employés / Employées

- Employés administratifs / Employées administratives de la fonction publique, agents / agentes de service et auxiliaires de santé
- Policiers, militaires, pompiers, agents de sécurité privée / Policières, militaires, pompières, agentes de sécurité privée
- Employés administratifs / Employées administratives d'entreprise
- Employés / Employées de commerce
- Personnels des services directs aux particuliers

6 : Ouvriers / Ouvrières

Annexe 4 : Remarques libres des patients

*Couple 5 : « On n'a pas forcément le temps de poser toutes nos questions lors d'une échographie, besoin de plus de soutien ».

*Couple 6 : « Centre PMA efficace, j'aurais apprécié que les médecins aient davantage de temps et d'écoute pour rassurer, pour me permettre d'exprimer davantage mes inquiétudes et appréhensions car cela reste une expérience de vie stressante, pénible. Manque d'accompagnement sur le plan émotionnel et psychologique, alors que c'est une dimension très importante dans ce type de parcours. »

*Couple 11 : « J'aime que le personnel soignant soit à l'écoute des envies et des besoins des patients sans jugement. Merci à eux. »

*Couple 22 : « Je trouve les consultations trop rapides et expéditives. Je n'ai pas le temps d'échanger. »

*Couple 25 : « J'ai l'impression de faire du surplace à mon goût ça n'avance pas trop vite et souvent le sujet du poids est trop répété alors qu'on en est conscients. »

*Couple 30 : « D'aider à faire déculpabiliser la personne qui peut avoir des problèmes. Réduire le temps entre les RDV. La prise en charge est positive avec une réactivité dès la réception des résultats des examens, cela évite de l'angoisse en lisant les résultats. »

*Couple 31 : « Très bon retour de notre première visite avec le Dr COCHET. Rassurés de la bonne prise en charge. »

*Couple 33 : « Plus de créneau pour les examens d'imagerie type hystérosalpingographie. Délai de 2 mois. Retard sur le parcours de soins. »

*Couple 35 : « Personnel/médecin très humain, compréhensif, bienveillant et accessible. »

*Couple 36 : « Prise en charge à 100% de tous les examens, les soins, traitements. Une équipe compétente et à l'écoute. »

*Couple 39 : « A la Clinique, on est extrêmement bien suivi. Équipe aux petits soins. »

*Couple 45 : « Beaucoup de RDV au lieu de faire un bilan total dès le premier RDV. On semble ne pas avoir de « problèmes » particuliers, donc on ne comprend pas ce qui ne fonctionne pas.

*Couple 49 : « Nous sommes bien accompagnés et informés. »

*Couple 54 : « Suivi généraliste très mauvais. Très peu de prise en compte du généraliste, car ne concerne pas une maladie à traiter ou autre raison... Pas d'examen conseillé malgré 3 fausses-couche ; finalement adénomyose +/- endométriose, qui aurait pu être recherché avant. Pas d'IRM pelvien prescrit non plus. Ou pas concerné possiblement... Sage-femme concernée par les problématiques donc plus impliquée et mieux formée aussi. »

*Couple 61 : « Aucun soutien après mes deux fausses-couches (ni par email, tél ou physique. »

*Couple 62 : Nous sommes rassurés, écoutés à chacune des consultations et c'est un vrai soutien pendant ce parcours qui n'est pas tous les jours évident. Merci. »

*Couple 65 : « Bonne prise en charge pour ce début de parcours (Dr CADEL, Dr ROQUES). »

*Couple 68 : « RDV : longue attente, délai long. »

*Couple 70 : « Équipe à l'écoute, présente, que ce soit le secrétariat ou les médecins. »

*Couple 75 : « Je n'en ai parlé qu'à la sage-femme car les généralistes sont tellement débordés que prendre un rdv sur ce sujet est plus compliqué. (Je n'ai pas pris de consultation pour moi depuis 10 mois). »

AUTEUR : Céline NHAN-DO MINH

TITRE : Rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins en procréation médicalement assistée : étude quantitative au sein du centre de fertilité de la clinique d'Occitanie à Muret

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Isabelle FRAY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 19 octobre 2023

RÉSUMÉ

Introduction : L'infertilité est un enjeu de santé publique, et le recours à la Procréation Médicalement Assistée (PMA) augmente. Le nombre de gynécologues médicaux diminue en France alors que la loi de bioéthique de 2021 élargit l'accès à la PMA. Le médecin généraliste de premier recours a donc un rôle à jouer dans la prise en charge de l'infertilité.

Objectif : Déterminer le(s) rôle(s) du médecin généraliste dans le parcours de soins en PMA et à quelle étape il peut intervenir.

Méthode : Étude quantitative observationnelle par questionnaire papier anonyme auprès des couples hétérosexuels, couples de femmes et femmes célibataires consultant au centre de fertilité de la Clinique d'Occitanie à Muret.

Résultats : 78 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 30,7%. 65,4% des participants pensaient que le médecin généraliste devait être impliqué dans la prise en charge de l'infertilité. Plusieurs rôles ont été proposés avant, pendant et après la prise en charge en centre spécialisé. Le rôle principal a été l'orientation vers le spécialiste.

Discussion et conclusion : Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la prévention et la prise en charge des facteurs de risque d'infertilité avec un rôle d'éducation en santé, dans le cadre du suivi pré-conceptionnel des hommes et des femmes. Le soutien psychologique doit être proposé à tous les couples infertiles. L'amélioration de la formation initiale et l'approfondissement de la formation continue sur le sujet sont nécessaires à une prise en charge optimale en accord avec les dernières recommandations.

TITLE: General practitioners' role in medically assisted reproduction care: a quantitative study at the Clinique d'Occitanie fertility center in Muret

ABSTRACT

Introduction: Infertility is a public health issue and medically assisted procreation is rising. In France, the number of medical gynecologists is decreasing, but the 2021 bioethics law widens the access of assisted procreation. General practitioners as primary care physicians have a role to play in the management of infertility.

Objective: To determine the role of general practitioners in the management of infertility and at which step they can be involved.

Method: A quantitative observational study with anonymous paper-questionnaire for heterosexual couples, female same-sex couples and single women taken care in the fertility center of the Clinique d'Occitanie in Muret.

Results: 78 answers were collected, for a response rate at 30,7%. 65,4% of the participants thought that the general practitioners should be involved in the management of infertility. Many roles were pointed out, before, during and after the management in the fertility center. The main role was to refer couples to the fertility specialist.

Discussion and conclusion: General practitioners are essential in the preconception care regarding education, prevention and management of the infertility risk factors, for men and women. They should offer psychological support to all infertile couples. Initial medical training of primary care physicians should be improved, as well as the continued professional development, to be in accordance with the latest medical recommendations.

Mots-clés : infertilité, médecine générale, soins primaires, procréation médicalement assistée, prévention

Keywords: infertility, general practice, primary care, medically assisted procreation, prevention

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France