

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 061

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine générale

par

Anne BESNARD épouse KOSCIELNIAK

Née le 22 février 1985 à La Roche sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2014

**Le problème de l'infertilité : comment le médecin généraliste
aborde et accompagne les couples en difficultés ? Enquête
qualitative autour de 12 médecins généralistes des Pays de Loire.**

Président : Monsieur le Professeur Paul BARRIERE

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

REMERCIEMENTS

Un grand merci au Professeur Paul BARRIERE, professeur des universités - praticien hospitalier, chef de pôle de l'hôpital de la mère et de l'enfant du CHU de Nantes, pour l'honneur que vous me faites d'être président de mon jury de thèse. Ce travail témoigne du respect que j'ai pour vous.

Merci au professeur Lionel GORONFLOT, directeur adjoint du département de médecine générale de Nantes et médecin généraliste, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci d'avoir encadré mes premiers pas dans la recherche qualitative qui s'est révélée passionnante. Merci pour votre soutien, vos conseils, votre disponibilité et votre gentillesse. J'espère que vous pourrez continuer à aider toujours autant d'internes que vous le faites.

Aux docteurs Stéphane PLOTEAU, maître de conférence et praticien hospitalier en gynécologie-obstétrique à l'hôpital de la mère et de l'enfant du CHU de Nantes et Thomas FREOUR, maître de conférence et praticien hospitalier, chef de service d'aide médicale à la procréation de l'hôpital de la mère et de l'enfant du CHU de Nantes.

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury en tant qu'experts sur le sujet, c'est un grand honneur pour moi que vous soyez juges de mon travail.

Un grand merci à mes parents pour le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de mes études. Merci de m'avoir permis de réaliser ce métier, qui sans vous, n'aurait pas pu être possible.

Merci à ma sœur, Marlène, qui m'a supporté pendant toutes ces années. J'espère ne pas te décevoir. Surtout reste comme tu es.

Merci à mes grands-parents, papi, mamie et mémé qui ont toujours cru en moi.

Merci à mes amis d'enfance, qui, même à l'autre bout du monde, comptent beaucoup pour moi.

Merci à mes amis de fac et leurs rapportés pour tous les moments de bonheur partagés ensemble, en espérant qu'il en restera beaucoup d'autres. L'escala team et la Barquière... vous êtes les meilleurs.

Merci à ma belle-famille, pour votre soutien et tous ces bons moments partagés. Merci de m'avoir permis de stocker mes livres de médecine dans votre petite maison.

Merci à Laury, ma moitié, qui m'a soutenu, supporté et aidé pendant toutes ces années. Je n'aurai jamais pu réussir sans toi... (l)(l)(l)

Merci à toutes les personnes que je n'ai pas cité mais qui, à leur manière, m'ont soutenu et accompagné jusqu'ici.

Je tiens enfin à remercier chaleureusement les 12 médecins ayant participé à cette étude. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

ABREVIATIONS

OMS : organisation mondiale de la santé

HAS : haute autorité de la santé

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

Loi HPST : La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens de France

INSEE : institut national de statistique des études économiques

EPPM : étude permanente de la prescription médicale

AMM : autorisation de mise sur le marché

DIU : Diplôme inter universitaire

NP : niveau de preuve

CECOS : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme

WONCA : world organization of national colleges and academic association of general practionners

PMA : procréation médicalement assistée

AMP : aide médicale à la procréation

DMP : dossier médical partagé

NFS : numération de la formule sanguine

FSH : follicle stimulating hormon

LH : hormone lutéinisante

TSH : thyroid stimulating hormone

CRP: protein C reactive

TPHA-VDRL: Treponema Pallidum Hemagglutininations Assay - Venereal Disease Research Laboratory/
sérologie de la syphilis

VIH: virus de l'immunodéficience humaine

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

PCR : polymerase chain reaction

SHBG : sex hormon binding globulin

AMH: hormone anti mulérienne

PRL: prolactine

E2 : estradiol

AFTN : anomalie de fermeture du tube neural

DIU : dispositif intra utérin

FIV : fécondation in vitro

MST : maladie sexuellement transmissible

IST : infection sexuellement transmissible

GEU : grossesse extra utérine

FCV : frottis cervico vaginal

IMC : indice de masse corporelle

TA : tension artérielle

HTA : hypertension artérielle

TABLE DES MATIERES**pages**

1. INTRODUCTION.....	10
2. MATERIEL ET METHODE.....	15
2.1 Choix de la méthode.....	15
2.2 Constitution de l'échantillon.....	16
2.3 Inclusion.....	16
2.4 Guide d'entretien.....	17
2.5 Collecte de l'information.....	17
2.6 Retranscription.....	17
2.7 Méthode d'analyse.....	18
3. RESULTATS.....	20
3.1 Analyse de l'échantillon.....	20
3.2 Durée de l'étude.....	22
3.3 Analyse des données.....	22
3.3.1 Thématique 1 : l'abord du couple.....	22
• La fréquence faible des consultations pour infertilité.....	22
• La patiente consulte le plus souvent seule.....	23
• La plupart du temps, un seul membre du couple est connu.....	24
• L'implication de l'homme.....	25
• Un motif de consultation principal rare.....	26
• Le médecin généraliste est en première ligne... ou non.....	27
• La question du désir d'enfants.....	28
3.3.2 Thématique 2 : la préparation de la consultation spécialisée.....	29
• Bilan de première intention réalisé par le médecin généraliste : l'interrogatoire.....	29

• Bilan de première intention réalisé par le médecin généraliste : l'examen clinique du couple.....	30
• Bilan de première intention réalisé par le médecin généraliste : la prescription d'examens complémentaires.....	32
• Délai avant d'adresser les couples.....	33
• L'âge maternel.....	34
• L'âge paternel.....	35
• Les conseils donnés par les médecins généralistes en amont d'une consultation spécialisée.....	35
- Les vaccinations recommandées.....	35
- L'impact négatif du tabac.....	36
- La supplémentation en acide folique.....	36
- Les informations sur les techniques utilisées.....	37
- L'infection à chlamydiae.....	37
• Les informations générales.....	38
- La fréquence des rapports.....	38
- Le surpoids.....	38
- Le métier de l'homme.....	39
3.3.3 Thématique 3 : les rôles perçus par les médecins généralistes.....	39
• Dépister les couples en difficultés.....	39
• Orienter les couples.....	40
• Assurer la continuité des soins.....	41
- Traduction du jargon des spécialistes.....	41
- Suivi des grossesses issues de procréation médicalement assistée.....	42
- L'accompagnement psychologique des couples.....	42
• Le travail administratif.....	43
- Les arrêts de travail.....	43

- La prise en charge à 100%.....	44
3.3.4 Thématique 4 : les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.....	44
• Le manque de coordination entre généralistes et spécialistes.....	44
• Patients perdus de vue, le médecin généraliste oublié.....	45
• Le manque de temps.....	46
• Une médecine technique, parfois difficile à suivre.....	46
- L'interprétation des résultats peu évidente.....	46
- Le manque de connaissances médicales.....	46
• Regrets exprimés par les médecins généralistes.....	47
3.3.5 Thématique 5 : les aspects positifs perçus par les médecins généralistes.....	48
• Les spécialistes sont accessibles aux questions.....	48
• L'infertilité, une problématique de médecine générale.....	48
• Les désirs et suggestions des médecins généralistes.....	49
4. DISCUSSION.....	50
• Critiques de la méthode.....	50
4.1 la validité interne.....	50
4.2 les biais.....	50
4.2.1 Les biais internes.....	50
4.2.2 Les biais externes.....	50
4.2.3 Les biais d'investigation.....	51
4.2.4 Les biais d'interprétation.....	51
• Analyse des résultats.....	51
4.3 l'abord du couple infertile.....	51
4.4 la préparation de la consultation spécialisée.....	54
4.4.1 Les examens complémentaires.....	56
4.4.2 Le délai de prescription.....	56

4.4.3	Le bilan complémentaire chez la femme.....	57
4.4.4	Le bilan complémentaire chez l'homme.....	58
4.4.5	Les conseils donnés en amont de la consultation spécialisée.....	58
4.4.6	Délai pour adresser les couples en consultation spécialisée.....	61
4.5	Les rôles perçus par les médecins généralistes.....	62
4.5.1	l'orientation des couples.....	62
4.5.2	l'accompagnement psychologique des couples.....	63
4.5.3	le travail administratif.....	64
4.5.4	le suivi de grossesses issues de procréation médicalement assistée.....	65
4.6	Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.....	65
4.7	les aspects positifs perçus par les médecins généralistes.....	66
5.	CONCLUSION.....	69
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	71
7.	ANNEXES.....	75
7.1	Annexe 1 : le guide d'entretien.....	75
7.2	Annexe 2 : les entretiens.....	76
7.2.1	entretien M1.....	76
7.2.2	entretien M2.....	81
7.2.3	entretien M3.....	85
7.2.4	entretien M4.....	88
7.2.5	entretien M5.....	92
7.2.6	entretien M6.....	97
7.2.7	entretien M7.....	100
7.2.8	entretien M8.....	103
7.2.9	entretien M9.....	106
7.2.10	entretien M10.....	110
7.2.11	entretien M11.....	113

7.2.12 entretien M12.....	117
7.3 Annexe 3 : Synthèse de la littérature/ conduite à tenir face à un couple consultant pour infertilité.....	122

1. INTRODUCTION

L'infertilité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par l'absence de grossesse au bout de 24 mois de rapports sexuels réguliers non protégés chez les couples en âge de procréer (femme âgée de 18 à 45 ans). [1]

Selon la haute autorité de Santé (HAS), l'infertilité se définit par l'incapacité pour un couple à concevoir après un an de rapports sexuels réguliers non protégés.

En France, la prévalence de l'infertilité est estimée à 15%, ce qui signifie qu'un couple sur six consulte au moins une fois dans sa vie pour une difficulté à procréer. 2 à 4% des couples resteront sans enfant sans le désirer. [1]

Le facteur épidémiologique qui ne cesse de prendre de l'importance dans les causes d'infertilité est l'âge des couples désirant un enfant.

En Europe, l'âge de survenue de la première grossesse est de 29,5 ans ce qui représente un recul de 2,5 ans depuis 1980 (chiffres de 2009). Ce décalage est significativement responsable d'une diminution relative de la fertilité et d'une forte augmentation du nombre de couples ayant recours aux techniques d'Assistance Médicale à la Procréation. [2]

Les deux principales études réalisées à l'échelle de la France métropolitaine [3] et s'appuyant sur un indicateur objectif de fertilité sont l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2003, et celle de l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France (Obseff) réalisée en 2007-2008.

La première reposait sur un échantillon de 14 187 femmes venant d'accoucher, et la seconde a été réalisée à partir d'un échantillon aléatoire transversal de 867 couples n'utilisant pas de contraception.

La fréquence de l'infertilité involontaire après 12 mois sans contraception était estimée à 18% par l'ENP (IC95%: [17-18%]) et à 24% par l'Obseff (IC95%: [19-30%]).

Pour l'infertilité involontaire après 24 mois, ces proportions étaient respectivement de 8% (IC95%: [8-10%]) et 11% (IC95%: [8-14%]).

Ainsi, environ un couple sur six qui arrête d'utiliser un moyen de contraception sera concerné par une infécondité involontaire.

L'infertilité est considérée par l'OMS comme une pathologie à part entière, dans le cadre du concept de santé reproductive, qui reconnaît à chaque être humain, le droit à la procréation.

Elle représente un réel problème de santé en France puisque environ 15% des couples consultent un médecin au moins une fois pour ce problème.

Une étude réalisée en 2000 montre que durant une année, 497 000 consultations pour infertilité ont été dénombrées en médecine extrahospitalière. [29]

Parmi celles-ci, 32,1 % des consultations concernaient des premières visites (médecin consulté pour la première fois dans cette indication) et 67,8 % des visites de suivi (médecin déjà consulté dans cette indication).

Dans plus de 90 % des cas, les femmes ont consulté leur gynécologue, et dans 5% des cas, leur médecin généraliste, ce qui représente 25000 consultations pour 65000 médecins généralistes libéraux en France. (Figure 1)

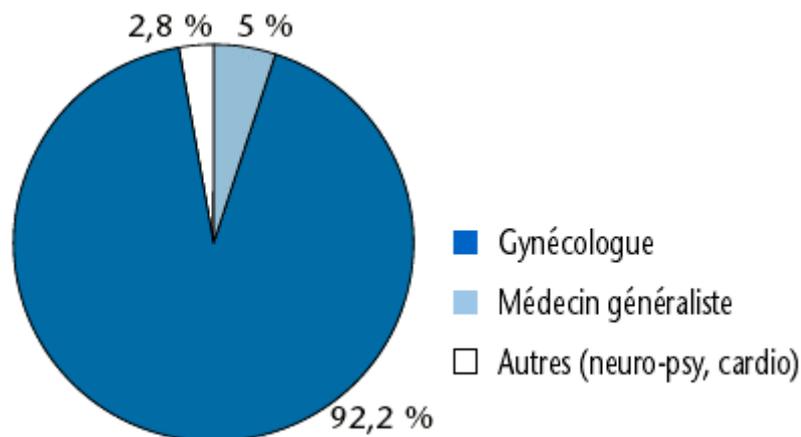


Figure 1: Médecin consulté pour infertilité de la femme en médecine de ville. La demande de soins - infertilité, Gynécologie et santé des femmes – CNGOF - mai 2000.

Mais, la démographie déclinante des gynécologues [4] et l'accès limité aux structures spécialisées (8 centres d'AMP agréés en pays de Loire), devraient voir augmenter la prévalence de cette demande médicale pour les médecins généralistes. Ils doivent donc savoir donner une réponse adaptée puis, souvent, les accompagner dans ce parcours, parfois long et difficile.

L'article 36 de la loi HPST [5] définit les rôles principaux du médecin généraliste :

- Assurer le **premier niveau de recours** aux soins;
- **Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés**, former tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient.
- **Assurer les soins de prévention** (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé;
- Contribuer **à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants; la rédaction du protocole est faite par le médecin** traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade;
- **Favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le Dossier Médical Personnalisé;**

Ces objectifs de la loi attribuent au médecin généraliste la légitimité de prendre en charge toute demande médicale de manière indifférenciée, en cohérence avec les activités du médecin généraliste définies dans le référentiel métier.

Ainsi, la prise en charge de l'infertilité des couples en soins primaires semble pouvoir s'inscrire dans cette démarche. Le médecin généraliste doit être compétent face aux situations autour de la fertilité et savoir répondre à une demande comme un projet de grossesse. [6]

Plusieurs revues de la littérature ([8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15]) démontrent la place importante des soins primaires tout le long de la prise en charge de ces couples.

Les médecins généralistes qui souhaitent s'investir dans le domaine de l'infertilité ont des rôles multiples : informer les couples sur l'urgence liée à l'âge, réunir les éléments de base du bilan d'infertilité, assurer la prévention et la prise en charge initiale, orienter vers un spécialiste les cas qui le nécessitent, contribuer au suivi des grossesses obtenues.

Ces rôles définis dans le référentiel métier sont reconnus également des patients, des recommandations et des spécialistes de l'infertilité, comme le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF).

Les recommandations [16, 26] sont souvent fortement influencées par la place qu'a prise l'assistance médicale à la procréation et les médecins généralistes s'interrogent sur le rôle qui leur revient à côté de celui des centres spécialisés.

En Décembre 2010, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français a effectivement publié des recommandations pour la pratique clinique sur la *Prise en charge du couple infertile*, en se concentrant sur la prise en charge initiale, celle qui a lieu dans le cabinet du praticien auquel le couple vient confier ses difficultés à concevoir, ce médecin pouvant être, un généraliste. [16]

En 1997, une étude à grande échelle auprès de 414 médecins généralistes écossais avait évalué les perceptions et les attitudes de ces derniers face à la prise en charge initiale d'un couple infertile [7]. Le taux élevé de participation à cette étude (83%) prouvait l'intérêt des médecins généralistes pour ce problème. L'étude concluait que les médecins généralistes écossais avaient une pratique en désaccord avec les recommandations publiées, par manque de connaissances, et que ces derniers souhaitaient l'établissement de directives afin d'être plus performants.

Cependant, ce travail date de 1997 et n'a pas été de nouveau mené afin de réévaluer les résultats.

Plus récemment, un travail de thèse de médecine générale, soutenu en 2009, évalue directement l'opinion des médecins généralistes bretons face à ce sujet. Cette enquête qualitative, retrouve que les médecins se sentent mal à l'aise face à cette problématique et ont le sentiment d'un rôle limité [17].

Quand est-il de cette situation en Pays de Loire ?

L'équipe de Procréation Médicalement Assistée du CHU de Nantes a été interrogée afin de connaître le point de vue de leurs médecins sur la population qu'ils rencontrent en consultation spécialisée.

Selon eux, peu de patients sont adressés par des médecins généralistes, le plus souvent les couples sont adressés par des gynécologues ou parfois viennent directement.

Ils pensent que les médecins généralistes qui leur adressent des patients sont vraisemblablement ceux qui sont sensibilisés et ont bénéficié d'une formation.

Concernant les conseils destinés à ces couples, ils estiment qu'il y a certainement (mais pas seulement chez les médecins généralistes) un défaut d'information sur l'impact négatif du tabac sur la fertilité.

Ils estiment également qu'il y a encore trop de couples auxquels il a été dit pendant trop longtemps que "ça allait venir " et qu'il "fallait attendre" notamment quand les femmes ont un âge supérieur à 35 ans.

En revanche, ils observent avec satisfaction une augmentation de prescription de spermogrammes de débrouillage par rapport à il y a quelques années.

Nous comprenons à travers les différentes études que les étapes de cette prise en charge (bilan initial, accompagnement, suivi, prévention, éducation, orientation et travail administratif) font parties des compétences du médecin généraliste, en coordination avec la prise en charge spécialisée, comme le reconnaissent les spécialistes de l'infertilité.

De plus, une enquête d'opinion réalisée en 2006 à Nantes autour de 96 couples montre que plus de la moitié ont consulté leur médecin généraliste pour difficultés à concevoir (62,8%) et que parmi ces derniers, la plupart ont eu recours à leur médecin traitant en premier lieu, avant leur gynécologue [18].

Cette étude confirme que les patients peuvent être amenés à consulter leur généraliste pour ce type de problème et que le médecin traitant est bien le premier interlocuteur des patients dans le parcours de soins.

Ces résultats se retrouvent à travers plusieurs études, réalisées par Smith et Witman-Elia [19].

Les médecins généralistes se sentent concernés par cette problématique, les patients souhaitent leur participation et les spécialistes attendent une meilleure implication des généralistes en ce qui concerne le bilan de débrouillage et de prévention, mais comment le médecin généraliste perçoit-il le problème ?

Différentes structures existent permettant une prise en charge spécialisée de l'infertilité. Nous retrouvons huit centres d'aide médicale à la procréation en Pays de Loire [20] :

- La clinique Jules Verne- pôle hospitalier mutualiste (Nantes)
- La clinique Brétéché (Nantes)
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes- site Hôtel Dieu
- La clinique urologique de Nantes – site Atlantis (Saint-Herblain)
- La polyclinique de l'Atlantique (Saint-Herblain)
- Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
- La clinique du Tertre Rouge (Le Mans)
- La clinique Saint-Charles (La Roche sur Yon) – ouverture en 2014.

Ainsi, nous comprenons que l'infertilité est un problème de santé majeur et que de plus en plus de couples ont recours aux méthodes de Procréation Médicalement Assistée ; expliquant le nombre croissant de centres spécialisés permettant de répondre à cette demande.

Cependant, l'assistance médicale à la procréation est une médecine « technique », se conformant à des protocoles bien codifiés et en évolution permanente.

Comment le médecin généraliste, défini dans le système de soins français comme le premier recours et donc le premier interlocuteur de ces couples, aborde cette problématique et accompagne ces patients, face à cette médecine de pointe ?

L'objectif principal de cette étude est de connaître la perception des médecins généralistes de leur rôle dans la prise en charge de l'infertilité des couples : quels sont leurs pratiques mais également leurs difficultés à guider ces couples en difficulté ?

L'objectif secondaire est d'évaluer leur degré d'intérêt pour cette demande de soins et leurs éventuels besoins.

2. MATERIEL ET METHODE

a. Choix de la méthode

La méthode utilisée pour ce travail est une analyse qualitative.

L'objectif de cette étude était d'aller à l'encontre des médecins généralistes de Vendée et de Loire-Atlantique afin de connaître la perception de leurs rôles dans la prise en charge d'un couple en difficultés. Il ne s'agissait pas de recueillir des chiffres ou des données standardisées.

La méthode de recherche qualitative par entretiens semi-dirigés semblait donc la plus appropriée.

Comme le soulignent A. Blanchet et A. Gotman dans « L'enquête et ses méthodes : l'entretien » d'Armand Colin [21], l'entretien est l'instrument privilégié pour explorer et comprendre une information biographique et laisser place au dialogue. Il permet, lorsqu'on ignore le monde de référence, de révéler son principe de fonctionnement

Des précisions sur la méthode à retenir en matière d'entretiens sont également apportées dans les articles de la revue « Exercer » [22].

Ce type d'entretien permet d'obtenir la description détaillée des expériences individuelles et d'aborder un grand nombre de questions tout en laissant la place à des commentaires, des digressions. Il permet une grande souplesse. La diversité est recherchée.

La recherche qualitative donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier, de façon plus approfondie que dans un sondage. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et permet de définir ou cerner les options liées à cette question.

La recherche qualitative est fondée sur des entrevues semi-structurées dans le cadre desquelles l'intervieweur travaille avec un guide d'entretien élaboré selon le sujet et la cible de l'étude. [23]

Cette méthode de recherche se caractérise par une approche qui vise à décrire et à analyser la culture et le comportement des humains vis-à-vis d'une problématique donnée.

Elle ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population, étant donné que l'échantillon de la recherche n'est pas représentatif ou n'a pas été nécessairement prélevé au hasard.

b. Constitution de l'échantillon

Nous avons constitué un échantillon dit «en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions, et des comportements était recherchée.

Une bibliographie sur les données préexistantes a permis une identification préalable des variables susceptibles d'influencer les résultats.

Les deux genres devaient être représentés: hommes et femmes.

L'âge des médecins retenus et l'année d'installation peuvent influencer les résultats dans la mesure où la formation médicale différait selon les périodes.

Pour obtenir un échantillon varié, un des critères de sélection modifiable était la localisation géographique du cabinet médical où exerce le médecin enquêté.

Selon une étude de l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques) [24] parue en décembre 2013, la couverture en soins de premier recours apparaît plus faible dans les Pays de la Loire qu'ailleurs en métropole.

Placée au 13^{ème} rang des régions françaises, les Pays de Loire présentent une offre de soins de premier recours relativement modeste avec 22,7 professionnels de santé équivalent temps plein pour 10000 habitants (contre 24,4 en moyenne nationale).

Cette disparité d'accès aux soins est surtout vraie dans certains départements, comme la Sarthe, la Mayenne et l'est de la Vendée.

Cette étude montre tout de même que les habitants des Pays de Loire résident tous à moins de 10 minutes d'un médecin généraliste, mais que l'accès aux spécialistes reste limité pour la plupart des habitants avec un temps de parcours allant jusqu'à 1h30 pour accéder aux centres spécialisés.

Tenant compte de cette disparité d'accès aux soins et pour des raisons pratiques, les médecins généralistes sélectionnés exerçaient en Loire-Atlantique et en Vendée.

La taille de l'échantillon a été estimée dès le début de l'enquête, puis déterminée à l'obtention de la saturation des données.

c. inclusion

Tout médecin généraliste de Vendée et de Loire-Atlantique répondant favorablement à la demande ont été inclus dans l'étude, sans limite géographique dans ces deux départements.

Il s'agissait de médecins généralistes exerçant en libéral. Les médecins ayant une pratique exclusive autre que celle de la médecine générale (acupuncture, mésothérapie...) étaient exclus.

Les médecins généralistes ont tous été sollicités par email. Les médecins répondant favorablement à la demande d'entretien ont ensuite été contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous. Email envoyé aux médecins généralistes afin de leur proposer un entretien :

« Bonjour, je suis interne de médecine générale et je suis actuellement en train de préparer ma thèse. Mon thème est le suivant: "le problème de l'infertilité, comment le médecin généraliste aborde et accompagne les couples?"

Le but de mon travail est de réaliser une enquête auprès des médecins généralistes afin de connaître votre point de vue et vos pratiques face à un couple consultant pour infertilité. Je souhaiterai réaliser des entretiens individuels, d'environ 30 minutes, afin d'aborder la question avec vous.

Toute confidentialité sera bien sûr préservée.

Etes-vous prêts à m'aider dans ce travail?

Je me rendrai la plus disponible possible pour ne pas perturber vos journées de consultation.

En vous remerciant, cordialement »

d. Guide d'entretien

Afin de réaliser les entretiens, un guide a été élaboré avec une série de questions guides relativement ouvertes (voir Annexe 1).

Comme il est possible de le faire dans ce type d'enquête, il a été modulé au fur et à mesure de l'avancement du travail.

Le guide d'entretien comportait cinq grands items, permettant d'explorer l'attitude des médecins généralistes face au problème de l'infertilité. Les items regroupaient leurs expériences respectives, leur avis sur le parcours des patients, leur place et celle de la médecine générale face à cette problématique.

Quelques sous-questions étaient prévues si nécessaire, pour relancer le débat.

e. Collecte de l'information

Au début de chaque entretien, l'enquêtrice se présentait de la façon suivante : « Bonjour, je vous remercie de me recevoir. Je suis médecin généraliste remplaçante, je fais actuellement ma thèse. Le but est d'essayer de comprendre comment le médecin généraliste aborde et accompagne les couples face au problème de l'infertilité. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme.»

L'accord des médecins participants était recueilli oralement avant de débiter chaque entretien. Les entretiens étaient enregistrés intégralement. Les informations complémentaires étaient notées manuellement (âge du médecin, année d'installation, lieu d'exercice et centre de procréation médicalement assisté le plus proche).

Il était enfin demandé au médecin s'il avait des remarques à faire sur le déroulement de l'entretien. L'enchaînement des thèmes abordés a été adapté en fonction de chaque entretien pour ne pas compromettre la fluidité et la spontanéité de la discussion afin d'aller au cœur du sujet, d'aborder plus le ressenti et l'intimité des médecins interrogés.

L'inclusion de nouveaux médecins s'est interrompue à la saturation des données, tout nouvel entretien n'apportant pas de concept supplémentaire à ceux qui ont été recueillis lors des analyses précédentes.

f. Retranscription

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone.

Les aspects non verbaux étaient notés ainsi que des commentaires généraux (attitude générale du médecin, difficulté particulière dans le déroulement de l'entretien,...).

La transcription en verbatim était réalisée à la suite de l'entretien, elle était fidèle à l'enregistrement, mot-à-mot. (voir Annexe 2).

Le texte littéral en caractères gras correspond à l'enquêteur, celui en caractère normal aux médecins interviewés.

Par souci de confidentialité, les médecins ont été numérotés de M1 à M12, les noms des autres médecins cités ont là aussi été remplacés par le terme médecin X.

g. Méthode d'analyse

Chacun des douze entretiens est unique, comme l'est chacun des médecins qui a accepté d'y participer. Le but de cette analyse n'est donc pas de répertorier exhaustivement le point de vue de chaque médecin généraliste vis-à-vis de l'infertilité. Le but est de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données. L'analyse s'est basée sur le verbatim retranscrit et sur l'enregistrement audio des entretiens.

L'analyse des données

Pour analyser les données, une réduction phénoménologique a été réalisée en quatre étapes selon la technique de Deschamps (tableau 1).

<p>1) Tirer le sens général de l'ensemble de la description C'est-à-dire effectuer une ou plusieurs lectures flottantes, de manière à se rapprocher à nouveau du phénomène et à s'en saisir de l'intérieur.</p> <p>2) Reconnaître les unités de signification qui émergent de la description Le chercheur doit alors découper le contenu du verbatim en autant d'unités que l'on peut déceler à chaque transition thématique observée lors de la lecture, et cela dans la perspective de chaque participant. Les unités de signification dégagées permettent de remonter du vécu (expérience) vers le concept (structure typique du phénomène étudié). Les unités de signification principales représentent la structure du phénomène.</p> <p>3) Développer le contenu des unités de signification de manière à approfondir le sens qui est contenu dans le matériel A cette étape, le chercheur approfondit sa compréhension de l'expérience en traduisant les unités de signification en unités approfondies de signification, c'est-à-dire que le contenu du verbatim correspondant à une unité de signification est alors approfondi par le chercheur grâce à sa connaissance plus générale de la réalité explorée. Il explicite dans ses mots et dans celui du participant ce qu'il en est de cette partie de l'expérience, dans une optique d'analyse qui permet l'appropriation du sens, sa compréhension, son explicitation et son élaboration. Par exemple, il est possible de séparer le texte analysé en deux colonnes : dans la première colonne, on peut lire dans l'ordre chronologique, les unités de signification des mots des participants et, dans la deuxième, les mêmes unités de signification sont reprises en unités approfondies de signification, explicitées et élaborées. Les unités approfondies de signification représentent la rencontre active du chercheur avec l'expérience.</p> <p>4) Réaliser la synthèse de tous les développements des unités de signification, dans le respect du phénomène considéré, et décrire la structure typique du phénomène C'est la dernière phase de la démarche de réduction phénoménologique. Ici, le chercheur doit réunir les unités de signification et les unités de signification approfondies en une description consistante, cohérente, qui prend une forme synthétique. Chaque récit analysé entraîne une description systématique et fidèle des propos de participant, selon la structure qui lui est propre. Le chercheur procède aussi à la synthèse des différents récits par une description générale de la structure typique de l'expérience : on passe alors de la description vers le concept et un niveau de généralité supérieur. Dans sa démarche de réduction phénoménologique, le chercheur peut solliciter le point de vue des répondants, leur communiquer la description de l'expérience typique et obtenir d'eux une appréciation. Cette étape permet d'approfondir l'analyse.</p>

Tableau 1 : analyse phénoménologique de Deschamps

Une analyse thématique a été réalisée à partir de cette base de données.

Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en thématiques qui ont ensuite été divisées en sous catégories.

Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques. Ce qui a permis de l'étoffer. Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

De plus, suite à cette analyse longitudinale, une analyse transversale a été réalisée.

3. RESULTATS

a. Analyse de l'échantillon

Au total, 41 médecins ont reçu une demande.

12 médecins ont répondu favorablement à la demande d'entretien. Ces derniers ont ensuite été contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous.

4 ont répondu négativement, pour les motifs suivants :

« Ma pratique en la matière est tellement peu significative que je ne pense vraiment pas pouvoir t'aider. »

« Je fais très peu de Gynéco. Mes patientes sont suivies par nos Consœurs médecins internes en stage au cabinet. J'ai bien dans mes dossiers 2 ou 3 dossiers d'infertilité datant de quelques années, mais je ne pense pas pouvoir t'aider convenablement »

« Je ne maîtrise pas du tout le sujet. Je ne sais même pas ce que je ferai dans une telle situation et en plus j'en vois très peu. Désolé »

« Désolé d'avoir tardé à répondre à votre courrier. En fait je ne suis que très peu concerné par les pb de fertilité conjugale (un seul et unique cas il y a une 15 n d'années...) et certificats d'aptitude en vue d'adoption... . Bon courage pour la suite de votre travail »

25 n'ont pas répondu.

- Caractéristiques des médecins généralistes

Les 12 médecins généralistes ayant participé à l'enquête travaillent en Loire-Atlantique ou en Vendée.

Nous comptons 6 femmes (M1, M7, M9, M10 et M11 et M12) et 6 hommes (M2, M3, M4, M5, M6, M8)

Ils sont âgés de 36 à 62 ans.

Les médecins ont volontairement été choisis selon leur lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) afin d'avoir un échantillon le plus varié possible.

Différentes caractéristiques ont été prises en compte pour chaque médecin : le sexe, l'âge, l'année d'installation, le lieu d'exercice et la distance depuis les spécialistes de la procréation. Ces caractéristiques ont été considérées comme des facteurs pouvant influencer leurs réponses.

Figure 1 : Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude : sexe et année d'installation

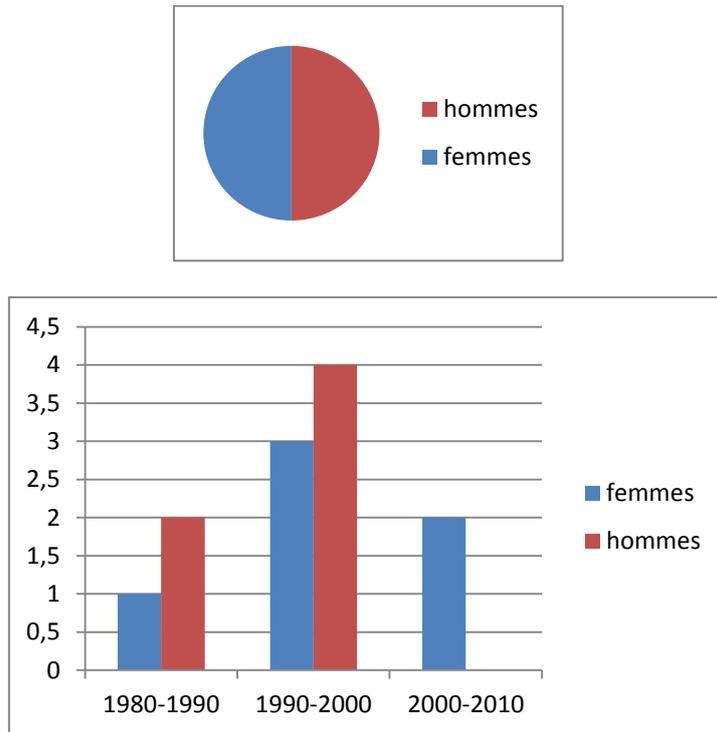


Figure 2 : caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude : sexe et distance depuis un centre spécialisé

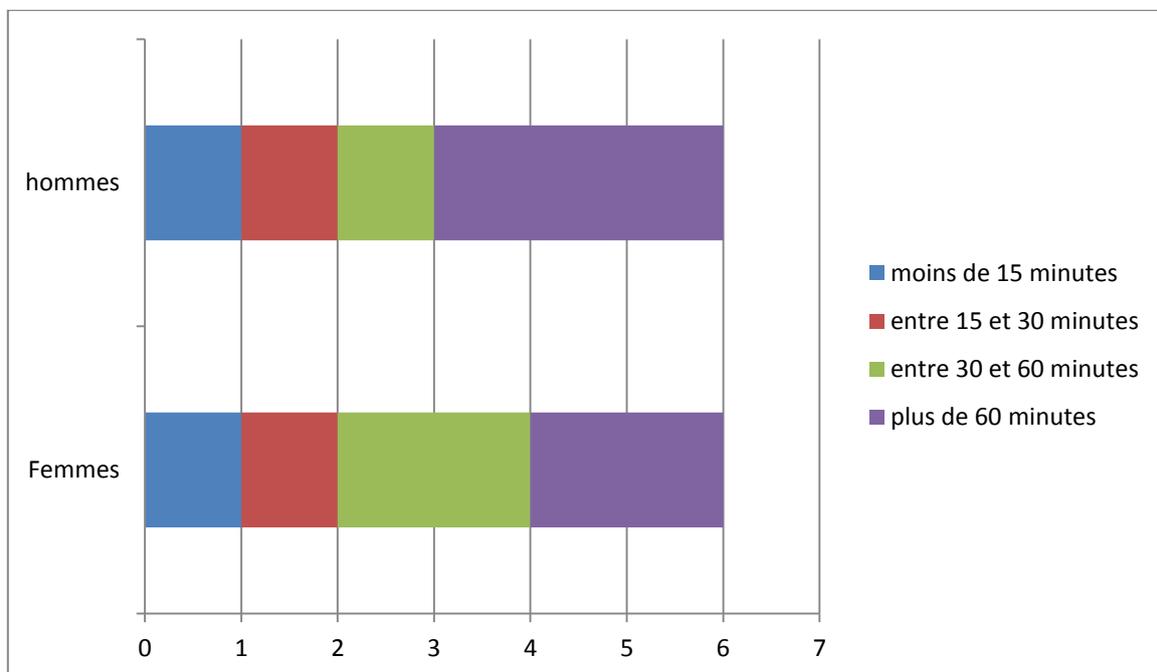


Figure 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins

médecins	sexe	âge	Année installation	Lieu exercice	Distance depuis les spécialistes de la procréation
M1	féminin	36	2009	rural	30 minutes
M2	masculin	49	2000	rural	90 minutes
M3	masculin	55	1988	rural	90 minutes
M4	masculin	55	1990	urbain	20 minutes
M5	masculin	62	1988	urbain	15 minutes
M6	masculin	49	1995	rural	45 minutes
M7	féminin	54	1991	semi-rural	70 minutes
M8	masculin	52	1994	semi-rural	90 minutes
M9	féminin	45	1997	semi-rural	60 minutes
M10	féminin	54	1988	semi-rural	90 minutes
M11	féminin	56	1992	rural	60 minutes
M12	féminin	40	2005	urbain	15 minutes

3.2 Durée de l'étude

Les entretiens ont tous été réalisés entre octobre 2013 et janvier 2014.

3.3 Analyse des données

L'analyse des entretiens a permis le découpage en différentes thématiques afin de comprendre la démarche utilisée par les médecins généralistes pendant leur consultation.

Chaque thématique se découpe en différents items permettant d'aborder toutes les dimensions perçues pendant les entretiens.

3.3.1 Thématique 1 : l'abord du couple par le médecin généraliste

- La fréquence faible des consultations pour infertilité

La plupart des médecins interrogés évoque cet aspect en premier lieu. Ils estiment ne recevoir que rarement des couples en difficultés et se sentent donc moins à l'aise dans la prise en charge de ces patients, par rapport à une pathologie plus courante.

« il faut avouer que c'est pas une pathologie qu'on rencontre tous les jours non plus.... » (M1)

« Je fais pas de gynéco, je suis pas amené à prendre en charge ce genre de problèmes souvent. » (M2)

« Je rencontre ce problème environ 2-3 fois par an, c'est tout ! » (M3)

« J'ai pas de souvenir précis » (M4)

« J'ai eu plus à résoudre des problèmes d'infertilité il y a quelques années que maintenant car ma population vieillit. » (M5)

« Les fois antérieures où j'ai été confronté à ce problème remonte à un certain temps (plusieurs années)... ! » - « J'ai pas eu à traiter le cas récemment » (M5)

« Ça fait longtemps... Je me souviens pas d'un cas précis. C'est un problème que je rencontre pas souvent » (M6)

« Je vois à peu près 2-3 couples par an pour ce type de problème ...trop peu pour être calée. » (M7)

« Depuis les cinq dernières années, j'ai eu un seul couple où j'étais le premier au courant » - « j'ai pas une expérience importante sur le sujet » (M8)

« On est très rarement confronté à ce problème », « En 25 ans de carrière, j'ai dû recevoir 5-6 couples ayant des difficultés à concevoir » « J'en vois pas assez... » « Les premières demandes sont très rares... » (M10)

« Faut avouer que j'en vois pas tous les jours non plus », « je suis pas confrontée au problème tous les jours » (M12)

Cependant, certains avouent que cette problématique est de plus en plus fréquente.

« y'a un réel problème d'infertilité de nos jours », « C'est pas si rare que ça de voir des couples en difficultés » (M2)

« la profession se féminise et le DU de gynéco a beaucoup de succès, donc on va être confronté de plus en plus à cette problématique, c'est évident. » (M9)

« mais de plus en plus souvent quand même », « C'est un problème de plus en plus fréquent » (M12)

3 médecins estiment suivre régulièrement des couples en difficultés.

« Je suis plusieurs couples en ce moment », « Je fais beaucoup de gynéco et je suis beaucoup de patients jeunes, donc je me rends compte que j'en ai pas mal en fait... » (M1)

Je vois à peu près 2-3 couples par an pour ce type de problème...Assez pour m'intéresser à la question (M7)

« On est confronté souvent à ce problème », « je rencontre ce problème 4-5 fois par an », « je fais beaucoup de gynéco dans ma pratique, du coup, je suis amenée à parler pas mal de ce problème. » (M9)

- La patiente consulte le plus souvent seule

La plupart des médecins interrogés expliquent que, le plus souvent, la patiente consulte seule pour ce genre de problème. Ils reçoivent rarement le couple en premier lieu.

« Ça m'arrive souvent de pas voir les maris. C'est souvent les femmes qui consultent », « on voit rarement les hommes » (M1)

« En général, c'est la femme qui consulte toute seule au début... c'est rarement même jamais l'homme tout seul... parfois c'est les deux, dès le début, mais c'est rare comme même ! » (M3)

« Dans 8 cas sur 10, c'est des demandes individuelles de la part des femmes » (M4)

« Dans la plupart des cas, la première demande est faite par la dame » (M5)

« Le plus souvent, c'est la femme qui consulte en premier » (M7)

« Mais le plus souvent, c'est la femme qui fait la première démarche toute seule » (M8)

« Le plus souvent, on a à faire aux femmes seules dans un premier temps » (M9)

« Les femmes consultent toujours seules. J'ai jamais vu d'homme pour ce genre de problème. » (M10)

« Et puis souvent, le questionnement passe par la femme, J'ai rarement le couple en face de moi ! » (M11)

« j'ai vu une femme il y a 15 jours-3 semaines pour ça ! » (M12)

Un médecin estime qu'il est le plus souvent confronté aux hommes par ce genre de problématique.

« A notre niveau, la demande vient plus de l'homme je trouve... c'est peut-être parce que je suis un homme ! » (M2)

- La plupart du temps, un seul membre du couple est connu du médecin

Une difficulté rencontrée par les médecins généralistes interrogés est que, le plus souvent, un seul membre du couple est connu par le médecin traitant. La prise en charge est d'autant plus difficile qu'il faut impliquer les deux membres du couple.

« Le monsieur n'était pas un de mes patients au départ mais l'est devenu par la suite. » « Ça m'arrive souvent de pas voir les maris », « Le monsieur, je l'ai vu après » (M1)

« Je suis l'homme pour une dépression [...] mais je connais pas madame », « Je me suis pas occupé d'la femme car elle était pas ma patiente » (M2)

« ... parfois c'est les deux, dès le début, mais c'est rare comme même ! » (M3)

« Dans de rares cas, je suis le médecin de l'homme et de la femme, donc là, c'est plus simple ! » (M4)

« J'essaye de voir l'homme rapidement » (M5)

« Je connais la jeune femme car c'est une de mes patientes. Par contre, son mari, je le connaissais pas avant. » (M7)

« j'essaye de voir rapidement le monsieur... au moins une fois en tous cas » (M7)

« Soit je demande à rencontrer le monsieur, soit je donne l'ordonnance à madame. », « Si je suis pas le médecin traitant de monsieur, je propose qu'il consulte son médecin pour faire les examens. »
(M9)

« Je suis pas le médecin traitant de monsieur », « J'ai pas vu le monsieur en consultation mais j'ai remis l'ordonnance du spermogramme à madame », « C'est même très compliqué de les voir à deux »
(M10)

« J'ai en ce moment deux couples dans cette situation, mais je suis que les hommes », « Je connais pas leurs femmes », « On n'a pas toujours le couple en suivi, mais souvent un seul membre du couple », « J'ai rarement le couple en face de moi ! » (M11)

« Bien souvent, on n'est pas le médecin traitant du conjoint » (M12)

Un médecin estime recevoir facilement les deux membres du couple de manière spontanée.

« Mais quand on s'oriente vers un réel problème d'infertilité, les deux membres du couple consultent naturellement, sans que je leur demande de venir à deux. » (M5)

- L'implication de l'homme

Malgré la difficulté à recevoir les deux membres du couple lors de la première consultation, les médecins généralistes ont bien conscience que l'infertilité concerne les deux membres du couple.

« J'essaye de voir l'homme rapidement pour lui faire comprendre que c'est un problème de couple. »
(M5)

« j'ai bien la notion que l'infertilité concerne le couple....et pas la femme seule. » (M6)

« Je trouve que c'est bien, ça l'implique tout de suite. C'est plus dur pour un homme de se dire que le problème peut venir de lui : c'est une atteinte à sa virilité. », « Et puis, voir les deux, ça me permet de tester le désir d'enfants chez les deux membres du couple. Je veux être sûre que le désir est partagé »
(M7)

« Ça me permet de « mouiller » les deux : je veux dire, faire comprendre à madame et monsieur que les deux sont impliqués dans ce problème. », « Le fait d'impliquer les deux rapidement permet de déculpabiliser madame et de faire entendre à l'homme que lui aussi est impliqué. », « et je sais qu'il faut s'occuper des deux. » (M8)

« Ça permet aussi d'impliquer monsieur ! » (M9)

« je me souciais toujours de rencontrer au moins une fois monsieur. », « Je veux leur faire comprendre à tous les deux que c'est une histoire de couple et que la cause peut aussi bien venir de monsieur que de madame. » (M12)

Cependant, certains sont obligés de « tricher » en délivrant des ordonnances pour le monsieur, sans le rencontrer.

« J'ai prescrit un spermogramme en discutant avec la femme. Le monsieur, je l'ai vu après » (M1)

« Soit je demande à rencontrer le monsieur, soit je donne l'ordonnance à madame. », « Souvent, les femmes apprécient que je prépare l'ordonnance pour monsieur et qu'elles leur remettent » (M9)

« J'ai pas vu le monsieur en consultation mais j'ai remis l'ordonnance du spermogramme à madame », « C'est même très compliqué de les voir à deux. C'est pour ça que je prescris le spermogramme sans voir le conjoint et c'est madame qui lui donne l'ordonnance. », « Les messieurs acceptent mieux une prescription de spermogramme venant d'un médecin qu'ils connaissent pas... » (M10)

- Motif de consultation principal rare

Les médecins généralistes constatent que l'infertilité est un motif de consultation rare. C'est un questionnement qui vient le plus souvent en fin de consultation. Ce dernier est donc souvent amené à dépister les couples en difficultés.

« ils sont venus me voir pour un renouvellement de traitement et ils en ont profité pour me parler de leurs difficultés. » (M2)

« C'était pas un couple qui venait me voir spécifiquement pour ça. » (M5)

« Une femme de 28-29 ans pour un motif X » « C'était pas le motif de départ de la consultation », « Les premières demandes sont très rares... » (M10)

« C'est rarement comme ça que ça se présente. Par contre, C'est une question qui arrive souvent en fin de consultation, comme une inquiétude » (M11)

« elle est venue me voir pour une histoire de rhinite qui trainait... Et là, elle commence à me débiller ses problèmes. » (M12)

Cependant, certains estiment que cette problématique est facilement abordée par les femmes.

« L'hypofertilité est un sujet qui est facilement abordé et je suis assez à l'aise pour en parler. » (M3)

« C'est eux qui ont abordé le sujet. Ils sont venus exprès pour ça. » (M7)

« ...donc elles abordent la question assez facilement » (M9)

- Le médecin généraliste est en première ligne.... ou non

Dans le système de soins français, le médecin généraliste est considéré comme le premier interlocuteur des patients, de par son accessibilité géographique et par respect du parcours de soins.

« La patiente que je suis depuis plusieurs années, est venue me voir il y a deux ans car elle n'arrivait pas à tomber enceinte » (M1)

« L'hypofertilité est un sujet qui est facilement abordé et je suis assez à l'aise pour en parler. », « La dernière fois, c'était un couple qui est venu me voir car ils s'impatientaient... mais ça faisait qu'un an qu'ils essayaient d'avoir un enfant » (M3)

« nous sommes en première ligne et c'est à nous que les patients posent les premières questions. » (M5)

« Le médecin généraliste est un interlocuteur important. » (M6)

« C'est plus facile, je pense, de venir voir notre médecin généraliste qui nous connaît, plutôt qu'un spécialiste en blouse blanche pour parler de ce genre de problème au début. » (M7)

« et on est probablement les mieux placés pour qu'ils nous en parlent en premier lieu. », « Les patients en parlent facilement et c'est très bien comme ça. », « Les patients abordent le problème assez vite » (M11)

« Il faut pas oublier que le médecin de proximité c'est nous. Les gens se confient pas mal.... » (M12)

Cependant, certains médecins interrogés semblent considérer que cette approche n'est pas toujours efficace.

« En général, la femme est suivie par un gynéco... elle aborde le sujet avec lui. » « On est un « guichet d'entrée » où les patients peuvent avoir des informations s'ils le souhaitent. » (M2)

« Ils choisissent eux-mêmes leur parcours et nous on les oriente. Y'a beaucoup de sources d'informations diverses (type internet) donc les patients font leur propre parcours. » (M4)

« Ils venaient pour un résultat de spermogramme qui avait été prescrit par un confrère et sur lequel y'avait « rien ». » « Ils avaient déjà consulté ailleurs... et un rendez-vous avait déjà été programmé à l'hôpital » (M5)

« L'accès direct aux spécialistes contribue sûrement à shunter le médecin généraliste... » (M6)

« ... Dans mon activité, je suis jamais le premier au courant. En général, la femme en a déjà parlé à son gynéco. » (M8)

« Mais le plus souvent, c'est la femme qui fait la première démarche toute seule en allant voir son gynéco. » (M8)

« Depuis les cinq dernières années, j'ai eu un seul couple où j'étais le premier au courant » (M8)

« J'ai eu un seul couple où j'étais le premier au courant. », « Le médecin traitant devrait être le premier interlocuteur mais il l'est pas toujours » (M8)

« En général, les patients consultent directement un spécialiste. » (M10)

« Oui, pour moi ; mais apparemment pas pour les patients car ils me consultent pas pour ça.

Ils vont voir leur gynéco. » (M10)

« Surtout, je pense que les patients estiment que c'est pas un problème de médecine générale. » (M10)

- La question du désir d'enfants

Le médecin généraliste est amené à dépister les couples en difficultés. Il se doit de poser des questions afin de les repérer, notamment la question du désir d'enfants. Cependant cette démarche n'est pas toujours évidente, principalement pour les médecins hommes.

« J'aborde facilement cette question lorsque je suis les patientes depuis longtemps »... « mais ça les surprend un peu des fois. » (M1)

« ... et là oui, je lui ai demandé où elle en était dans sa démarche. Ça me semble important... si elle veut un enfant, je vais l'inciter à y penser rapidement. » (M1)

« Sinon, dès que j'enlève un stérilet, je demande dans quel but elles veulent le retirer » (M1)

« Je l'demande pas tout l'temps. Ça dépend des rapports que je peux avoir avec chacune » (M1)

« Je n'aborde jamais cette question... c'est trop perso ! c'est trop déplacé comme question ! » (M2)

« Ça, c'est pas toujours simple...mais j'essaye. Surtout avec les femmes que je connais depuis longtemps. En général, ça se fait lors d'une consultation annuelle » (M3)

« Je leur demande où elles en sont dans cette démarche. » « Peut-être pas avec toutes mes patientes...mais la plupart en tous cas » (M3)

« je pense qu'il faut aborder la question du désir d'enfants dès lors qu'on s'trouve face à une jeune femme... Savoir où elle se situe par rapport à son désir de grossesse » (M4)

« Assez facilement. Je pose régulièrement la question... je pose très souvent la question du désir de grossesse chez mes patientes » (M5)

« J'aborde pas cette question. J'aurai l'impression d'être intrusif » (M6)

« Je me permets pas de poser cette question. Ça me regarde pas. » (M8)

« Quand je sais que mes patientes sont en couple, je leur pose la question.... Cache ! ça ne me gêne pas. » (M9)

« C'est une question que j'aborde souvent avec mes jeunes patientes, facilement en fait ! » (M11)

« Dès lors que je suis une jeune femme pour la contraception, la question vient assez facilement » (M12)

Cependant, le médecin généraliste doit savoir poser des questions afin de comprendre et d'aider au mieux ces couples. Il doit connaître les intentions et les désirs de ses patients, tout en gardant une distance raisonnable. Cet exercice semble une nouvelle fois difficile dans l'abord du couple.

« D'une manière générale, j'ai essayé de les interroger sur leur mode de vie... C'est un sujet assez délicat à aborder car on entre dans leur intimité, mais ça me semble important. » (M7)

« C'est délicat à aborder quand tout n'est pas dit dans le couple... sans avoir à leur poser la question directement. Tout le monde se sent plus à l'aise comme ça. » (M7)

« voir les deux, ça me permet de tester le désir d'enfants chez les deux membres du couple. Je veux être sûre que le désir est partagé. » (M7)

« Je leur pose pas mal de questions sur leur désir réel de grossesse et ce qu'elles savent de la fertilité » (M9)

« Je les interroge surtout sur leurs motivations réelles mais c'est tout. Si le désir est présent » (M10)

« Si par contre, je n'fais pas le suivi gynéco, j'aborde pas le sujet spontanément » (M12)

3.3.2 Thématique 2 : la préparation de la consultation spécialisée

- Bilan de première intention réalisé par le médecin généraliste – l'interrogatoire

Le médecin généraliste a pour rôle de repérer les couples en difficultés puis de commencer un bilan de première intention afin de préparer la consultation spécialisée.

Ce bilan commence par un interrogatoire des patients, le plus précis possible, en essayant d'aborder toutes les dimensions relatives à l'infertilité.

« j'interroge mes patientes avant tout : le travail qu'elles font, celui de leur conjoint, les expositions aux toxiques, l'âge, les antécédents chirurgicaux » (M1)

« Ça passe par l'interrogatoire à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux, les pathologies gynécologiques antérieures, infectieuses, chirurgicales, les traitements pris antérieurement.... » (M4)

« ... j'ai posé les questions habituelles.... Avaient-ils des rapports réguliers ? Depuis combien de temps elle avait arrêté sa contraception ? Est-ce qu'ils étaient malades l'un ou l'autre ? Est ce qu'ils avaient fait des courbes de température ? » (M5)

« Premièrement, j'interrogerai le couple sur la fréquence des rapports, leur envie d'avoir un enfant. »
« Je rechercherai des facteurs pouvant entraver la conception : tabac, toxiques, alcool, stress, mauvaise hygiène de vie, traitements médicamenteux, antécédents personnels (radiothérapie, chimiothérapie)... la notion de grossesses antérieures, antécédents familiaux d'infertilité, conduites sexuelles à risque, antécédents infections génitales, le métier de l'homme » (M6)

« Je les interroge sur leurs antécédents persos. Je cherche des maladies chroniques (diabète, hypertension ...) et les antécédents familiaux » (M7)

« J'ai commencé par l'interroger en lui demandant depuis combien de temps elle avait arrêté sa contraception, et la fréquence de leurs rapports. » (M8)

« mais j'ai en tête le schéma de consultation que je fais à chaque fois », « Je pose souvent des questions sur le métier des maris (expo à la chaleur ou aux toxiques) » (M9)

« je l'ai questionné un peu pour connaître la durée de ces cycles, la régularité... et tout » (M10)

« Je demande plutôt si elles ont des cycles réguliers, si elles ont des signes prémenstruels (tension pelvienne, tension mammaire...) » (M11)

« Je fais bien sûr un interrogatoire [...], je demande le nombre de partenaires pour d'évaluer le risque d'infections sexuellement transmissibles » (M11)

« Je questionne pas mal les hommes sur les métiers qu'ils exercent (boulangers, chaudronniers...) par rapport à une éventuelle exposition à la chaleur ». (M11)

« j'ai commencé à lui poser pas mal de questions : si elle avait déjà eu des problèmes d'ordre gynéco, son métier [...] son ami avait des problèmes de santé, des antécédents particuliers, [...] j'ai discuté avec elle de ses cycles, [...] » (M12)

Les médecins généralistes interrogés débutent donc leur prise en charge par un interrogatoire du couple. Ils les interrogent sur leurs antécédents respectifs, sur la régularité de leurs rapports et recherchent des expositions professionnelles néfastes à la conception.

Cette démarche est retrouvée chez la plupart des médecins interrogés, hommes comme femmes.

- Bilan de première intention réalisé par le médecin généraliste – l'examen clinique du couple

Une fois l'interrogatoire terminé, les médecins réalisent un examen clinique. Ils estiment que l'examen clinique de la femme, notamment sur le plan gynécologique, est plus facilement réalisable,

car il s'inscrit dans une démarche quotidienne. Les femmes consultent leur médecin traitant pour leur suivi gynécologique tandis que l'examen clinique du jeune homme est rarement appréhendé. Cette dimension se retrouve chez la plupart des médecins interrogés, hommes comme femmes.

« Je remets à jour l'examen gynéco si besoin mais en général, c'est des femmes que je suis donc, les frottis sont à jour. » « Pour l'homme, un bilan hormonal et un spermogramme. Ça s'arrête là ! » (M1)

« J'ai commencé par examiner madame. J'ai fait un examen général et gynéco, bien sûr ! » (M3)

« J'examine toujours mes patients à partir du moment où ils consultent pour ce genre de problème, les hommes comme les femmes. [...] Je fais systématiquement un examen gynéco à toutes mes patientes à la recherche d'une anomalie du col, ou une pathologie évidente. » (M5)

« Secondairement, je ferai un examen clinique : recherche de surpoids chez la femme (orientant vers un syndrome des ovaires poly kystiques), [Silence] un examen gynéco de principe et un examen génital chez l'homme.[...] Pour l'homme, c'est très difficile, même si je suis un homme ! C'est pas entré dans les mœurs. C'est plus facile d'examiner une femme. » (M6)

« Par contre, examiner un jeune homme d'une trentaine d'années... c'est beaucoup plus délicat. J'me dis que si y'avait une anomalie anatomique chez l'homme, il l'auraient vu d'eux-mêmes plus tôt.... » (M6)

« Par contre, j'examine pas forcément les messieurs que je connais pas. Je leur dis de se faire examiner par leur médecin traitant. Si c'est un patient que je suis depuis longtemps, je l'examine, bien évidemment, même sur le plan génital, ça me pose pas de problème. » (M7)

« sinon, je les examine mais je suis très bref. [...] Je fais un examen général standard. Sur le plan gynéco, je fais un toucher vaginal et c'est tout. Pour monsieur, je palpe les testicules et je m'arrête là » (M8)

« Pour les femmes, c'est assez simple ; car en général je les suis sur le plan gynéco régulièrement. Les frottis sont à jour, je fais régulièrement des touchers vaginaux et j'examine les seins. [...] Pour les hommes, c'est plus dur. J'avoue que je les examine pas, même si je suis leur médecin traitant » (M9)

« Je l'ai pas examiné sur le plan gynéco car elle avait déjà un suivi spé. [...] J'ai jamais vu d'homme... c'est pour ça que je prescris le spermogramme sans voir le conjoint » (M10)

« Chez les femmes, je fais bien sûr un interrogatoire et un examen clinique » (M11)

« pour les hommes, je vais pas forcément les examiner d'ailleurs.... même rarement » (M12)

- Bilan de première intention réalisé par le médecin généraliste – la prescription d'examens complémentaires.

Les médecins interrogés prescrivent des examens complémentaires avant d'adresser leurs patients en consultation spécialisée. Les examens prescrits sont aléatoires en fonction des médecins et certains avouent ne pas savoir interpréter les résultats.

Ils avouent ne pas avoir une démarche standardisée.

Cependant, ils ont bien conscience que les deux membres du couple sont concernés et prescrivent des examens pour l'homme et la femme.

« Je demande un bilan bio hormonal de base et une écho pour la femme. Pour l'homme, un bilan hormonal et un spermogramme. Ça s'arrête là ! » (M1)

« Ça m'arrive même de faire des courbes de température très rapidement pour les faire patienter un peu » (M1)

« J'ai fait réaliser un spermogramme à la demande du spécialiste que j'ai appelé pendant la consult' et un bilan bio (NFS, plaquettes, CRP, TSH). Je me suis pas lancé dans un bilan hormonal » (M2)

« J'ai pas envie de partir dans un bilan extensif. Je demande juste une bio pour les deux et un spermogramme pour monsieur. je fais rien de plus.... » (M2)

« J'ai prescrit une bio standard pour rechercher une maladie générale. (Diabète, dysthyroïdie...) pour elle et lui. Après, j'ai prescrit des courbes de température pour elle....sur 3 mois et une écho pelvienne. Pour le monsieur, j'ai prescrit un spermogramme... en même temps que l'écho. » (M3)

« Je m' suis un peu désengagé dans la prescription des bilans... » (M3)

« Je vais pas me lancer dans des bilans compliqués... mais je pense que des examens simples peuvent, la plupart du temps, mettre en évidence des anomalies »

« Les bilans d'infertilité sont très individuels selon moi »

« Je prescris un bilan bio de base, une écho pelvienne et une courbe de température pour la femme... et un spermogramme chez l'homme. » (M4)

« Je pense qu'y a des choses minimales à faire de notre côté : une courbe de température (sur 2-3 mois), des dosages hormonaux et une écho pelvienne à la recherche d'ovaires anormaux, un spermogramme avec une spermoculture.

Un test de hühner mais je dois avouer que je m'interrogerai pour savoir si ça existe toujours ! »

« pour moi le test de Hühner est pratique car il permet d'explorer les deux membres du couple en même temps. Le spermogramme est souvent mal vécu par l'homme. »

« Mais je réalise toujours ce bilan avant d'adresser vers une consultation spécialisée » (M5)

« je prescrirai une écho pelvienne pour la femme, un spermogramme pour l'homme, un bilan bio général pour les deux (NFS, plaquettes, CRP, glycémie, TSH), une courbe thermique chez la femme sur 2-3 mois.[...] Je pense pas prescrire un bilan hormonal car je saurai pas quoi en faire. » (M6)

« Après, la première chose que je fais, c'est prescrire une courbe de température sur 2-3 mois
Je fais aussi un bilan chez monsieur... un spermogramme, sans trop attendre » (M7)

« J'ai prescrit une bio standard sans entrer dans les détails (pas de bilan hormonal, car je saurai pas
l'interpréter... »
« j'ai demandé une courbe de température pour madame...sur trois cycles, et j'ai prescrit à monsieur
un spermogramme » (M8)

« Je leur prescris une courbe de température sur 3 mois... Si au bout de 3 mois y'a toujours pas de
grossesse, je vais leur prescrire un bilan sanguin simple. Je vais aussi proposer un spermogramme à
leur conjoint. [...] Je prescris pas d'écho chez la femme... j'estime que le gynéco en refera
certainement une » (M9)

« J'ai pas l'habitude de demander une courbe de température. j'en viens assez vite au bilan
biologique, mais ça dépend quel âge elles ont... le dosage de l'hormone mulérienne, je le fais chez une
femme autour de 35-40 ans mais pas chez une jeune. chez toutes je fais : œstradiol, FSH, LH,
prolactine. »

« Je fais pas de testostérone systématiquement si elles ont pas de problème de pilosité excessive. »

« Je recherche assez systématiquement une infection à chlamydiae »

« Chez les hommes, je demande un spermogramme et éventuellement un test de Hühner » (M11)

« En général, je prescris un bilan biologique pour madame avec NFS plaquettes, glycémie, cholestérol
et TSH et un spermogramme pour monsieur. » (M12)

- Délai avant d'adresser les couples

Les médecins respectent un certain délai avant d'adresser les couples en consultation spécialisée.

La notion d'âge de la femme est retrouvée chez la plupart des médecins interrogés, permettant de
guider leur démarche.

Cependant, ils n'ont pas tous les mêmes habitudes d'exercice.

Les médecins interrogés travaillant en campagne semblent adresser leurs patients dans des délais
plus longs que les médecins installés près d'un centre de PMA.

« On a débuté le bilan au bout de quasiment deux ans »

« ... c'était un jeune couple, ils avaient moins de 35 ans l'un et l'autre. » « Après, lorsqu'ils sont très
insistants, j'attends moins » (M1)

« ... je pense qu'il faut pas attendre plus de 6 mois, quelque-soit l'âge des gens. »

« Il faut pas attendre un an » (M2)

« J'ai appris qu'y avait pas lieu de faire des bilans avant deux ans »

« J'leur ai proposé de commencer un bilan au bout d'un an d'essais, mais parc'qu'ils étaient
impatients ! »

« Pour le délai, j'me base surtout sur l'impatience de la patiente. D'une manière générale, je débute un bilan au bout de 6 mois/1 an de rapports non contributifs » (M4)

« J'adresse les couples vers le spécialiste au bout de 6 mois de rapports sans grossesse. J'ai toujours trouvé que 1 an c'est un peu long ! »(M5)

« ... au bout de 18 mois à 2 ans. » (M6)

« En général, j'attends un an avant de débiter un bilan de base. »(M7)

« Théoriquement je sais qu'il faut attendre deux ans, mais les couples n'y arrivent pas, ils s'impatientent. Je les adresse avant deux ans » (M8)

« on arrive à un délai de 18 mois avant qu'ils consultent en centre spécialisé. »(M9)

« ça dépend de l'âge... mais si au bout d'un an, y' a toujours pas de grossesse, je vais débiter quelque-chose. » (M10)

« Pour le délai..., j'attends en général 1 an. Mais bon, je m'adapte aux gens, à leur demande et surtout à leur âge » (M12)

- L'âge maternel

Dans cette enquête, nous retrouvons que les médecins femmes semblent plus attentives face aux femmes d'âge supérieur à 35 ans et adressent plus rapidement les couples en consultation spécialisée.

« Pour le délai, ça dépend de l'âge. En général, j'attends deux ans chez une femme jeune, c'est-à-dire, moins de 35 ans. » (M1)

« j'ai notion qu'à partir de 35 ans, faut s'affoler un peu. Dans ce cas-là, j'attends pas deux ans avant de débiter un bilan, sinon, je temporise » (M3)

« Par contre, au-delà de 30 ans pour la femme, j'attends pas. C'est la limite que je me suis donné »(M4)

« Si la femme à 35 ans ou qu'elle est diabétique, je vais pas attendre pour les adresser ! » (M7)

« Je pense qu'une femme à partir de 35 ans, il faut s'en occuper s'en tarder ! »(M8)

« Par contre, plus elles vont approcher la quarantaine, plus je vais me dépêcher pour débiter un bilan. » (M9)

« Pour le délai, ça dépend de l'âge de la patiente. Si c'est une femme qu'a jamais été enceinte et qui a plus de 30 ans... je vais pas attendre » (M11)

« Si madame approche des 34-35 ans, là, je suis plus réactive.... Je sais qu'il faut pas traîner » (M12)

Les médecins généralistes interrogés ne limitent pas les patients dans leur démarche de procréation, même si l'âge de la femme est avancé.

« par contre, si une patiente de 47 ans vient me voir pour être aidée à être enceinte, je me permettrai pas d'la juger... » (M3)

« Non, je vois pas pourquoi je les limiterai, même au-delà de 40 ans » (M5)

« Non, pas de limite d'âge. » (M6)

« je me donne pas le droit de limiter les couples dans leurs démarches. » (M9)

« Je me permettrai pas de limiter les couples même s'ils ont un âge avancé » (M10)

- L'âge paternel

L'âge paternel est associé à une diminution de la fertilité spontanée, à un allongement du délai de conception et à une augmentation du risque de fausses couches spontanées (NP3).

Les résultats des traitements de l'infertilité diminuent avec l'âge paternel (NP3).

Il n'y a cependant pas de seuil précis concernant l'âge du père. Il est recommandé de discuter au cas par cas la prise en charge de l'homme infécond à partir de l'âge de 60 ans (accord professionnel) [16]

L'âge paternel n'est pas abordé dans les différents entretiens.

- Les conseils donnés par le médecin généralistes en amont de la consultation

Avant d'adresser les patients en consultation spécialisée, les médecins généralistes interrogés donnent différentes informations aux couples concernant l'hygiène de vie et prennent, pour la plupart, les précautions préalables en ce qui concerne les vaccinations obligatoires et la supplémentation en acide folique.

La question du tabac est abordée par la plupart des médecins.

Concernant les conseils vis-à-vis des différentes techniques utilisées en PMA, ces derniers avouent ne donner que des informations parcellaires, par manque de connaissances.

- Les vaccinations recommandées.

Sur les 12 médecins interrogés, 5 médecins pensent aux vaccinations recommandées avant toute prise en charge pour infertilité.

« sinon, je pense aux vaccins » (M1)

« j'essaye de penser aux vaccins. Je les vérifie souvent » (M3)

« Je regarde toujours les vaccins » (M5)

« Je vérifie les vaccins anti coqueluche et ROR chez les 2. » (M6)

« Je prescris aucun traitement ni vaccins car j'y pense pas à ce moment-là. » (M8)

« Sinon, je vérifie les vaccins régulièrement » (M9)

« Pour les vaccinations, j'y pense pas systématiquement. [...]Par contre, le statut rubéole, j'y pense » (M11)

- L'impact négatif du tabac sur l'infertilité

Les médecins interrogés ne semblent pas être sensibilisés à cette mesure. Seulement cinq médecins y pensent systématiquement avant d'adresser leurs patients en consultation spécialisée.

« je parle du tabac ! toujours. Pour madame et monsieur ! Je leur explique l'impact négatif sur la fertilité. » (M1)

« J'évalue la consommation de tabac, alcool, toxiques, de médicaments » (M4)

« J'insiste pas mal sur l'hygiène de vie : tabac, alcool, rythme des rapports... c'est pas toujours évident de leur faire entendre que le tabac a un impact sur la fertilité... surtout les hommes d'ailleurs ! » (M6)

« mais j'aborde toujours la question du tabac et de l'alcool. » (M7)

« Je parle très rapidement du tabac [...] le tabac est un frein à la conception » (M8)

« J'aborde aussi la question du tabac et de la consommation de drogues et d'alcool » (M9)

« J'aborde la question du tabac, de l'alcool, de l'exposition aux toxiques [...] mais pour la femme, pas souvent. » (M10)

« Je leur explique l'impact négatif du tabac sur la fertilité chez la femme, comme chez l'homme » (M12)

Un médecin ne connaissait pas l'impact négatif du tabac sur l'infertilité.

« Je pense pas à ça. Je savais pas que ça pouvait avoir un lien » (M11)

- La supplémentation en acide folique

Seulement cinq médecins pensent à cette supplémentation dès lors qu'un désir de grossesse est évoqué. La plupart d'entre-eux n'ont pas la notion d'un effet bénéfique sur la formation embryonnaire en amont d'une éventuelle grossesse.

« je les supplémente en acide folique, systématiquement. » (M1)

« je prescris aucun traitement. Pour moi, l'acide folique se prescrit juste avant et pendant une grossesse... » (M2)

« on va prescrire de l'acide folique derrière » (M3)

« J'informe aussi les femmes sur la nécessité de prendre de l'acide folique dès que la contraception est arrêtée. »(M4)

- « Par contre, je prescris pas systématiquement de folates » (M5)
- « Sinon, je prescris pas de traitement car j'ai pas notion que l'acide folique pris plusieurs mois avant une « éventuelle » grossesse a un intérêt. » (M6)
- « Je prescris aucun traitement ni vaccins car j'y pense pas à ce moment-là. » (M8)
- « Je leur prescris systématiquement une ordonnance de spéciafoldine » (M9)

- Les informations sur les techniques utilisées en PMA

Les médecins interrogés donnent peu d'informations aux couples sur les différentes techniques utilisées en procréation médicalement assistée.

Ces derniers estiment que ces informations seront délivrées par les médecins spécialistes et que leurs connaissances ne permettent pas de donner ces éléments.

- « S'ils sont demandeurs, je leur explique les techniques... je rentre dans les détails. », « Je leur dis à quoi ils doivent s'attendre... » (M1)
- « je leur explique rapidement ce qui les attend là-bas.... Les techniques qui existent quoi... sans rentrer dans les détails » (M2)
- « Je ne connais pas bien toutes les techniques utilisées » (M4)
- « Je suis pas technicien mais je leur en parle dans les limites de mes connaissances » (M6)
- « Je détaille pas les techniques utilisées car je les maîtrise pas bien. » (M7)
- « je leur raconte ce qu'ils veulent savoir... Je suis bien informé sur le sujet » (M8)
- « j'en donne pas vraiment car je maîtrise pas les différentes techniques. » (M9)
- « Je leur explique à quoi ils doivent s'attendre, en gros. Qu'ils vont être reçus par un spécialiste en consultation, qu'ils vont avoir des examens à réaliser et qu'on leur expliquera les différentes techniques envisageables. » (M12)

- l'infection à chlamydiae

L'infection à Chlamydia trachomatis augmente les risques de grossesses extra-utérines et d'infertilité par atteinte tubaire. Le risque d'infertilité secondaire à une salpingite est estimé à 15 %, risque d'autant plus élevé que les infections sont récidivantes. [27]

2 médecins femmes interrogées dépistent systématiquement une infection à chlamydiae dans le cadre d'une consultation pour infertilité.

- « Sinon, j'aborde la question des MST [...] Pour moi, ça fait aussi parti du bilan. » (M9)
- « Je recherche assez systématiquement une infection à chlamydiae » (M11)

- Les informations générales

- La fréquence des rapports

Une fréquence de un jour sur deux pendant la fenêtre de fertilité optimise les chances de fécondité. Une fréquence supérieure, quotidienne, est possible, mais n'augmente pas les chances de conception (NP1). [16]

La plupart des médecins évoque la fréquence des rapports sexuels comme un facteur important de fécondité. Ils encouragent leurs patients à avoir des rapports le plus fréquemment possible, sans donner de période propice.

« Ne pas se prendre la tête... ! De faire l'amour le plus souvent possible » (M1)

« Faites l'amour ! » (M2)

« J leur dis de vivre une sexualité normale... sans trop se poser de questions » (M3)

« Faites l'amour le plus souvent possible ! » (M5)

« Je leur donne peu de conseils.... A part de faire l'amour sans trop de prendre la tête ! ».(M9)

« De faire l'amour le plus souvent possible » (M10)

« Faites des projets de voyage, des travaux... etc. »(M11)

« Sinon, je leur dis de faire l'amour..... souvent » (M12)

- Le surpoids

Le CNGOF rappelle qu'un IMC élevé (> 30) est associé à des complications obstétricales importantes. Un IMC > 30 est associé à une diminution des chances de grossesse en FIV (NP2). L'obésité sévère (> 35) divise les chances de grossesse par 2 en comparaison avec des patientes à IMC normal (NP4). Les patientes obèses doivent être informées du risque de complication obstétricale avant le début de la grossesse (grade A). Il est recommandé un amaigrissement avant tout traitement de l'infertilité (grade A)

Deux médecins hommes abordent cette problématique avec leurs patientes.

« J'aborde aussi la question du poids [...] je leur dis qu'un surpoids ou une obésité peut être responsable de leurs problèmes de fertilité. » (M4)

« Je ferai un examen clinique : recherche de surpoids chez la femme » (M6)

Un médecin ne donne aucun conseil en amont d'une consultation spécialisée.

« Je suis pas convaincu que les conseils qu'on peut donner sur l'hygiène de vie soient si bénéfiques » (M2)

« J'ai pas de conseils d'hygiène de vie spécifique en tête. » (M3)

- Le métier de l'homme

Certaines professions comportent des risques plus élevés que d'autres (chauffeurs professionnels, boulangers, soudeurs). Cependant, le niveau de preuve est insuffisant pour recommander un changement de profession ou un arrêt de travail (NP3).

La littérature disponible montre un lien indirect significatif entre infertilité masculine et antécédents génitaux d'une part, et exposition environnementale et/ou professionnelle et mode de vie d'autre part (NP2), soulignant ainsi l'importance centrale de l'anamnèse dans la prise en charge de l'homme infertile et justifiant son examen clinique.

Il est recommandé de réaliser une anamnèse complète et un examen clinique de l'homme (grade B).

Trois médecins interrogés questionnent les hommes sur la profession qu'ils exercent.

« j'interroge mes patientes avant tout : le travail qu'elles font, celui de leur conjoint, les expositions aux toxiques... J'aborde aussi la question du sport, surtout chez les messieurs qui font du sport intensif. » (M1)

« y'a un réel problème d'infertilité de nos jours (peut-être à cause des expositions professionnelles ?) » (M2)

« J'ai demandé ce qu'elle et son ami faisaient comme métier » (M12)

Les autres n'abordent pas la question avec les couples.

3.3.3 Thématique 3 : les rôles perçus par les médecins généralistes

L'analyse des différents entretiens permet de souligner les rôles perçus par les médecins généralistes dans la prise en charge des couples infertiles.

La première fonction perçue semble être le dépistage des couples infertiles.

Les médecins interrogés pensent avoir un rôle diagnostic, en repérant les couples en difficultés, même en amont de leur demande. La position du médecin de famille semble plus propice au dépistage des couples car les patient(e)s consultent régulièrement leur médecin pour des pathologies courantes. Le médecin généraliste semble donc avoir sa place pour repérer les personnes en difficultés en posant les questions relatives à leur désir d'enfant, même lors d'une consultation pour un motif x.

- Dépister les couples en difficultés

« On a un rôle diagnostic, c'est évident » (M1)

« je pense que notre rôle est de répondre rapidement à la demande », « un des premiers rôles du médecin généraliste est de poser des diagnostics » (M2)

« J'veux bien débiter les choses mais passer très vite la main », « l'ouverture et la disponibilité pour accueillir et rencontrer le couple » (M3)

« La place que je m'accorde dans cette problématique, c'est « repérer, conseiller, orienter », « Il faut les repérer assez tôt, [...] « Je suis pas certain qu'il faut attendre la plainte de la patiente... », « Conseiller : il faut leur expliquer quels sont les délais « normaux » pour concevoir et surtout les prendre en charge rapidement », « La base de notre travail est d'identifier des causes évidentes d'infertilité » (M4)

« Je pense qu'ils venaient juste chercher des conseils », « on a le devoir de repérer les couples qui sont ou qui vont être en difficultés » (M5)

« le médecin a un rôle d'écoute initiale du couple en attente d'une grossesse et face à ses difficultés de procréation. » (M6)

« On débute les choses... », « Je pense que notre place est importante pour eux car on les dépiste... » (M7)

« Je me sens compétente pour débiter un bilan de débrouillage » (M9)

« Nous les généralistes, on est censé dépister les gens et ensuite les adresser » (M12)

- Orienter les couples

Une fois les couples repérés, les médecins généralistes interrogés estiment avoir un rôle dans l'orientation de ces couples.

Deux médecins généralistes (M1 et M5), adressent les couples vers un gynécologue de ville, ces derniers travaillant à proximité d'une grande ville.

« Ça dépend, je travaille avec Jules verne, une gynécologue de ville, Dr D., la PCA ou le CHU. » (M1)

« J'ai l'habitude de travailler avec un gynéco en ville. » (M5)

Les autres préfèrent les adresser vers une structure spécialisée afin que ces couples aient une prise en charge pluridisciplinaire.

« je l'ai adressé directement en consultation à la PCA à Nantes. », « Notre boulot, c'est d'orienter correctement les patients... » (M2)

« je vais m'arrêter et les adresser directement aux spécialistes », « Je veux adresser mes patients à une équipe compétente », « déterminer le choix d'un correspondant spécialiste disposant d'un plateau technique adapté » (M3)

« Orienter : nous avons le devoir d'orienter les gens quand ça va pas », « guider correctement les couples vers les centres. », « je pense que les couples ont besoin de balisage, d'être aiguillés... » (M4)

« j'adresse les couples vers le spécialiste » (M5)

« Je pense que mon rôle est de répondre à leur demande. C'est un devoir ! » « je les adresse toujours vers des centres de PMA, jamais vers des gynécos de ville. » (M6)

« Mon rôle est de pas trainer pour les adresser », « Pour les spécialistes, je les adresse à la Roche sur Yon, à la clinique à Saint-Charles ou au CHU, à l'hôpital de la mère et de l'enfant. » (M8).

« J'adresse les couples aux spécialistes. Je fais un courrier et je les adresse au gynéco », « Le plus souvent, ils préfèrent aller à Nantes d'emblée » (M9)

« J'ai préparé un courrier qu'ils sont passés prendre au cabinet », « je pense que c'est mieux de les envoyer dans une structure spécialisée directement. » (M10)

« J'adresse rarement voire jamais vers un gynéco de ville.... Je pense que c'est une perte de temps » (M12)

- Assurer la continuité des soins

Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, les médecins généralistes interrogés semblent être impliqués dans l'accompagnement des couples, sur le plan somatique et sur le plan psychologique. Ils estiment avoir un grand rôle dans le soutien moral des personnes en difficultés.

D'autre part, les médecins généralistes font face aux questionnements des couples dans les suites d'une consultation spécialisée. Ils sont présents pour répondre aux interrogations des personnes sur les différentes techniques utilisées et le déroulement des différentes procédures de procréation médicalement assistée.

« Notre place est d'accompagner ces gens et surtout de les guider dans cette aventure » (M1)

« Je pense avoir ma place pour accompagner les couples », « je dois être présent pour répondre à leurs questions tout au long du processus » (M3)

« ... et on les accompagne » (M7)

« ... et de les accompagner s'ils le souhaitent » (M8)

« je continue à suivre les femmes qui me consultent pour des problèmes X genre rhume...et ça permet de me tenir informée et de les accompagner », « J'essaye de les accompagner au mieux. » (M9)

« notre rôle est de remettre de l'humain! C'est donc expliquer, soutenir, surveiller la tolérance physique et psychologique » (M11)

« C'est aussi notre rôle de généraliste. On est là pour les accompagner » (M12)

- Traduction du jargon des spécialistes

« j'les revois juste après la première consultation spécialisée, pour « traduire » le jargon des spécialistes » (M1)

« les patients viennent pour qu'on traduise le « jargon » des spécialistes » (M3)

« on intervient plus pour donner des conseils, des explications sur les procédures... des réponses qu'elles ont pas forcément auprès de leur gynéco. » (M4)

« Très souvent je réexplique les termes du spécialiste, ce qu'ils ont pas compris » (M8)

« Je pense que j'interviens plus une fois que les couples sont pris en charge, pour leur expliquer ce qu'ils ont pas compris en consultation spécialisée. » (M10)

- Suivi des grossesses issues de procréation médicalement assistée

La plupart des médecins généralistes avouent ne pas suivre les grossesses issues de procréation médicalement assistée pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les femmes ont le plus souvent un suivi gynécologique débuté lors des procédures de PMA, et donc les grossesses sont suivies par le spécialiste.

D'autre part, ces derniers considèrent ces grossesses comme des « grossesses précieuses » et souhaitent ne pas les suivre, tout comme des grossesses à risque.

« Je les suis pas beaucoup. Non pas parce que ça fait peur, mais parce qu'elles ont débuté leur suivi ailleurs. », « Je les suis souvent jusqu'à la déclaration de grossesse puis après, je les suis conjointement avec les gynécos. » (M1)

« Non. C'est des grossesses considérées comme « grossesses précieuses »... en général, c'est les gynécos qui les suivent. » (M3)

« Oui, mais le plus souvent, elles sont suivies par les spécialistes et on intervient plus de manière conjointe. » (M4)

« Je pense pas dans ce cas-là que c'est pas à nous de les suivre. Je sais plus si c'est considéré comme une grossesse à risque » (M5)

« J'estime que c'est une grossesse facile à suivre.... Elle fait pas partie des grossesses à risque. » (M6)

« Oui, bien sûr, plusieurs mêmes. Une fois que la machine est en route, c'est pareil pour moi. » (M7)

« Je fais pas beaucoup de suivi de grossesses. » (M8)

« Je les considère plus comme des grossesses « précieuses », mais j'estime pouvoir les suivre comme les autres. Techniquement c'est la même chose » (M9)

« Oui, ça, c'est plus fréquent. Pour moi, c'est des grossesses comme les autres » (M10)

« Je travaille comme pour toute autre grossesse, je n'en fais pas plus sous prétexte qu'elle est issue de PMA... » (M12)

Quatre médecins (M6, M7, M10 et M12) estiment pouvoir suivre ces grossesses. Ils les considèrent comme des grossesses simples. Ce sont principalement des femmes ayant une pratique de gynécologie- obstétrique courante.

- L'accompagnement psychologique des couples

« Je pense qu'une grosse partie de notre travail c'est de les accompagner sur le plan psy. » (M1)

« Mais je leur dis que je suis là s'ils ont besoin de moi ! Même pour parler », « ...car il y a un accompagnement à côté qui est important, je veux dire sur le plan psy » (M1)

« Elles sont parfois un peu perdues, pas entendues, pas écoutées à mon sens. On est là pour les accompagner, les conseiller, les orienter et surtout... dédramatiser. » (M4)

« Je pense aussi qu'on doit être là pour le suivi psychologique de ces gens.... » (M4)

« on me demandait plus une aide psychologique. » (M5)

« Notre rôle est principalement de la réassurance et de l'accompagnement psycho. » (M6)

« on intervient sur le plan psychologique » (M7)

« j'estime avoir un grand rôle dans l'accompagnement moral des couples. » (M8)

Je pense que notre rôle est de les soutenir sur le plan du moral. » (M8)

« J'accompagne pas mal mes patientes sur le plan psycho. », « je pense que l'accompagnement psychologique est encore plus important pour ces femmes-là » (M9)

« ...pour être aidées sur le plan de l'anxiété ou de l'humeur... », « Notre place est essentiellement de les soutenir sur le plan psychologique. C'est tout » (M10)

« mon rôle était aussi de les accompagner psychologiquement » (M11)

« on fait le psy bien souvent ! » (M12)

- Le travail administratif

- Les arrêts de travail

Les médecins interrogés sont tous concernés par cette démarche administrative. Ils estiment devoir remplir des arrêts de travail pour la plupart de leurs patientes suivies en PMA.

« Les patientes ne sont jamais arrêtées après une FIV », « des-fois, on fait même des arrêts de travail sans les voir ! » (M1)

« Mon rôle était de remplir des arrêts de travail pour madame » (M2)

« Les patients viennent aussi nous voir pour les arrêts de travail » (M3)

« je remplis les arrêts de travail » (M8)

« elles viennent nous voir pour avoir des arrêts de travail » (M10)

« on voit les gens en consultation pour des problèmes X ou pour des arrêts de travail » (M12)

- La prise en charge à 100%

Une prise en charge à 100% par l'assurance maladie est possible dans le cadre de soins pour le diagnostic et le traitement de la stérilité. [28].

La plupart des médecins généralistes interrogés semblent méconnaître cette démarche administrative pour les couples atteints d'infertilité. La demande semble être remplie par les spécialistes de la procréation dans la majorité des cas.

« je sais que la prise en charge à 100% existe. J'en ai déjà rempli en tous cas. » (M1)

« Je crois que le médecin-conseil attribue une prise en charge à 100% pour un nombre déterminé d'essais ou une période déterminée, enfin, je suis pas sûr. Je sais que la prise en charge à 100% existe en tous cas ! » (M4)

« Oui. Y'a une prise en charge à 100%. Je me souviens avoir rempli 2 ou 3 protocoles, pas plus. » (M5)

« Non, pas du tout !, Il existe des prises en charge particulières ??? » (M6)

« Je savais même pas que ça existait ! » (M9)

« Oui. Je suis souvent amenée à remplir des protocoles de prise en charge à 100%. » (M11)

« Il y en a ? Je ne savais pas. » (M12)

3.3.4 Thématique 4 : les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

- Le manque de coordination entre généralistes et spécialistes

La première difficulté rencontrée par les médecins généralistes est le manque de coordination avec les spécialistes. Ils estiment avoir peu de retours des consultations spécialisées, ce qui rend le suivi et l'accompagnement des couples plus difficile.

« On sait pas toujours quand les patients entrent en protocole », « Y'en a certains qui nous informent où en sont nos patients, mais la plupart du temps, on ne sait pas » (M1)

« Et si on est pas informé de leur parcours, on peut pas faire notre boulot et les aider. » (M1)

« Non, on n'est jamais au courant de c'qui s'passe » (M2)

« Non...Le retour des spécialistes est pas toujours présent. Je m'attends pas forcément à un courrier à chaque fois », « je trouve que la coordination des soins est peu présente » (M3)

« On n'a pas forcément toujours les retours de la part des spécialistes » (M4)

« Non, on n'est jamais trop au courant de ce qui s'passe. On reçoit toujours le premier compte-rendu de la première consultation avec le spécialiste puis plus rien. » (M5)

« Non. Le retour d'infos de la part des spécialistes est très faible voire nul », « le monde des gynécos n'est pas très loquace et les courriers au médecin traitant sont rares » (M6)

« On est au courant de rien ! Une fois pris en charge par le spécialiste, on sait plus ce que deviennent ces couples. », « La coordination est « zéro ». » (M8)

« Non, j'ai peu de retours de la part des spécialistes. J'ai plus de nouvelles par les patientes elles-mêmes » (M10)

« Non, clairement [...] pour la plupart, on a aucune nouvelle. » (M11)

« Pas terrible.... On adresse les patients et après..... rien. On ne sait pas ce qui se passe. On n'a pas de nouvelles » (M12)

Deux médecins (M7 et M9) sont satisfaits du retour des spécialistes et estiment la coordination des soins satisfaisante.

« Je reçois toujours des nouvelles de mes patients, au moins la première consultation et les soins envisagés » (M7)

« Je reçois les courriers de la part des spécialistes », « J'estime avoir des retours assez fréquents des spécialistes. » (M9)

- Patients perdus de vue, le médecin généraliste oublié

Une fois les couples pris en charge par les médecins spécialistes de la procréation médicalement assistée, les médecins généralistes perdent de vue leurs patients. Cette dimension ajoute une difficulté supplémentaire au médecin généraliste s'il accompagne les couples, sur le plan somatique, psychologique et administratif.

« Le plus difficile pour nous, c'est qu'on suit les patients au début, on leur ouvre des possibilités de prise en charge, et après.... On les perd de vue complètement ! » (M1)

« Une fois pris en charge par les spés, nous, les médecins généralistes, on intervient plus du tout.... » (M2)

« La principale difficulté pour les médecins généralistes, c'est de garder un pied dans la prise en charge de ces gens. Les spécialistes nous oublient vite ! » (M3)

« c'est souvent des patients que je perds de vue. » (M4)

« On les perd de vue. », « Les gens ne consultent plus à partir du moment où ils ont été confiés à des spécialistes. » (M5)

« on a l'impression d'être exclus. » (M6)

« je suis jamais le premier au courant », « On sort complètement du circuit. » (M8)

« je les perds de vue » (M10)

« C'est clair que les patients nous échappent. On les voit plus pendant des mois » (M11)

« On perd de vue ces gens-là. » (M12)

- Le manque de temps

Comme dans toutes les spécialités, la notion de temps est retrouvée. Les médecins interrogés estiment manquer de temps pour se former aux nouvelles techniques de PMA afin de conseiller au mieux leurs patients.

« le temps, on en a pas forcément plus en médecine générale... », « Peut-être que c'est à moi d'aller les chercher... et que, par manque de temps, je le fais pas » (M4)

« il y a un facteur qui nous manque beaucoup : c'est le temps ! » (M4)

« Et ce qui nous manque à tous, c'est le temps ! » (M12)

- Une médecine technique, parfois difficile à suivre

L'assistance médicale à la procréation est une médecine « technique », se conformant à des protocoles bien codifiés et en évolution permanente. Elle fait appel à différentes spécialités (gynécologie, endocrinologie, biologie, psychologie...) et demande beaucoup de rigueur. Les médecins généralistes ne sont pas formés durant leur cursus médical aux différentes techniques de procréation médicalement assistée et doivent donc accompagner les patients vers un domaine qu'ils ne maîtrisent pas forcément.

Cette difficulté est donc un obstacle supplémentaire à une bonne prise en charge des couples, notamment en ce qui concerne le bilan de première intention prescrit au cabinet du médecin généraliste (prescription et interprétation) et l'accompagnement des couples (conseils, orientation, suivi...).

Tous les médecins généralistes interrogés semblent avoir le même sentiment en ce qui concerne l'interprétation des examens complémentaires prescrits et des courriers reçus par les spécialistes de PMA.

« on est très vite à la limite de notre domaine de compétences » (M3)

- L'interprétation des résultats peu évidente

« J'avoue que je sais pas bien interpréter les résultats » (M3)

« Je pense pas prescrire un bilan hormonal car je saurai pas quoi en faire. Je suis pas un spécialiste. » (M6)

« Je m'amuse pas trop à prescrire des bilans hormonaux par ce que je ne saurai pas quoi en faire ! Déjà le spermogramme, c'est un peu compliqué à interpréter », « Je ne saurai pas interpréter des bilans hormonaux complexes » (M12)

- Le manque de connaissances médicales

« je pense que je devrais certainement remettre à jour mes données. Il faut dire que les consensus évoluent très vite et que c'est pas toujours simple de se mettre à jour », « J'aimerais bien que les spécialistes l'entendent ça... » (M3)

« Le problème c'est que les courriers sont pas toujours faciles à comprendre... », « Ils utilisent des termes un peu barbares ou des abréviations que je connais pas. », « Je ne connais pas bien toutes les techniques utilisées, surtout que ça évolue très vite. » (M4)

« mais je devrai me remettre à jour sur les examens à réaliser. » (M5)

« J'ai reçu quelques courriers de la part des spécialistes [...] mais le plus souvent avec des termes ou abréviations que je connaissais pas. » (M6)

« tout ce qui est traitement d'induction de l'ovulation je maîtrise pas du tout. » (M7)

« Je suis pas gynécologue, j'ai pas de grandes connaissances », « L'infertilité fait partie du domaine de l'hyper spécialité » « On n'a jamais été formé sur ça » (M8)

« j'avoue que je les lis en diagonales car y'a beaucoup de termes techniques que je maîtrise pas. », « je maîtrise pas les différentes techniques. J'estime que c'est du domaine du spécialiste. » (M9)

« on comprend pas toujours leur jargon. », « je maîtrise pas toutes leurs techniques non plus. » (M11)

« Il faut avouer qu'on n'a jamais eu de formation là-dessus. Je sais pas vous mais moi, à la fac, j'en ai jamais entendu parler ! » (M12)

« ce qui est difficile dans ce genre de pathologie, c'est que ça reste une médecine hyper spécialisée et qu'on perd vite pied. » (M12)

- Regrets exprimés par les médecins généralistes

Pour conclure cette thématique, les médecins généralistes semblent déçus du manque de coordination avec les médecins spécialistes. Ils souhaiteraient plus de retours de la part de leurs confrères afin d'accompagner au mieux les couples en difficultés, tout en laissant la partie technique aux spécialistes. Ils souhaitent collaborer dans cette prise en charge et suivre les couples tout au long du processus (du diagnostic jusqu'à l'obtention de la grossesse).

« Et si on est pas informé de leur parcours, on peut pas faire notre boulot et les aider. » « on continue à les suivre sur le plan psychologique, car si on le fait pas, personne s'en charge ! » (M1)

« Faut pas oublier qu'on fait tout le boulot !! enfin, j'veux dire que, nous, on pose les questions qui dérangent », « Quand les spécialistes les voient, les couples ont déjà fait la démarche de se faire aider.... C'est pas pareil » (M3)

« ça serait plus simple si les spécialistes nous disaient ce qu'ils font !! » (M4)

« C'est sûr que pour les spécialistes, c'est plus simple, car le « sale boulot » a été fait par le médecin généraliste. On leur sert le problème sur un plateau » (M5)

« Par contre, une fois la grossesse débutée, « on nous refille le bébé » ! », « des progrès de communication, plus systématique, pourrait permettre au médecin traitant de mieux accompagner le couple en attente d'une aide à la procréation » (M6)

« C'est sûrement une question facile pour les spécialistes, mais pour nous, c'est moins évident » (M7)

« Ce que je regrette le plus, c'est que les spécialistes nous envoient pas de courriers pour nous impliquer dans cette prise en charge. Même si c'est seulement pour les accompagner sur le plan psychologique, c'est déjà ça ! » (M8)

« elle viennent pour être aidées sur le plan de l'anxiété ou de l'humeur... chose que les spécialistes ne font pas du tout d'ailleurs » (M10)

« La relation généralistes-spécialistes n'est pas toujours évidente... mais il faut que ça bouge. On a un travail complémentaire. » (M11)

« Vous vous rendez compte, les procédures sont souvent hyper lourdes pour les femmes et elles ne sont jamais arrêtées... » (M12)

3.3.5 Thématique 5 : les aspects positifs perçus par les médecins généralistes

- Les spécialistes sont accessibles aux questions

« On a la chance d'avoir à proximité pas mal de centres de référence. » (M4)

« Je sais que je peux appeler un centre spécialisé et leur demander de passer une journée avec eux pour me mettre à jour. » (M4)

« Je suis contente de travailler avec le CHU de Nantes. C'est une bonne structure. Je reçois toujours des nouvelles de mes patients [...] Je reçois pas un courrier à chaque tentative de FIV, mais en même temps, j'en ai pas vraiment besoin » (M7)

« y'a une bonne complémentarité avec les centres qui gèrent le côté technique et moi le côté psy » (M9)

« faut avouer que les spécialistes nous répondent assez facilement tout de même. » (M12)

- L'infertilité : une problématique de médecine générale

Les médecins généralistes interrogés pensent que la prise en charge d'un couple infertile est une problématique de médecine générale à part entière.

« Oui, c'est un sujet qui m'intéresse... [...] Je me sens concernée. » (M1)

« Oui, mais c'est une problématique à la frontière de la médecine générale. Je pense avoir ma place pour accompagner les couples... débiter les choses et passer la main dans de bonnes conditions. » (M3)

« Oui évidemment ! Dès lors qu'on s'occupe des patients dans leur globalité, cette problématique est du ressort de la médecine générale. On doit avoir une approche médicale mais aussi humaine donc on a notre place dans cette problématique. » (M4)

« Oui, car nous sommes en première ligne et c'est à nous que les patients posent les premières questions. » (M5)

« Partiellement. J'estime qu'il faut savoir passer la main rapidement. Notre rôle est principalement de la réassurance et de l'accompagnement psycho. » (M6)

« Oui, bien sûr. Au départ en tous cas. On débute les choses et on les accompagne. Après, c'est plus vraiment de notre domaine. Mais je pense qu'on a notre place. » (M7)

« Je pense que c'est une problématique de médecine générale, oui » (M9)

« J'ai assisté aux cours du DIU de gynéco l'année dernière, et je me suis rendue compte que pour le bilan de l'infertilité, c'est ce que je faisais déjà. » (M9)

« Oui, mais on est tout de même très vite limité. » (M10)

« Oui, complètement. Je le revendique. On est auprès du patient, et c'est des choses de la vie courante. L'infertilité, la sexualité, ça nous concerne et on est probablement les mieux placés pour qu'ils nous en parlent en premier lieu. » (M11)

« Complètement. A partir du moment où nos patients ont des problèmes de santé, que ce soit d'ordre gynéco, psy ou autre, je pense que nous avons notre place. » (M12)

Un seul médecin homme considère que ce problème de santé ne fait pas partie de la pratique de la médecine générale.

« Non, je vois pas cette problématique en médecine générale. J'ai peut-être tort et ça va sûrement évoluer » (M8)

- Les désirs et suggestions des médecins généralistes

« Qu'est-ce que les spécialistes voudraient qu'on prescrive avant de les adresser? ça serait pas mal d'avoir un petit résumé... histoire de pas faire n'importe quoi mais de faire quelque-chose comme même ! » (M3)

« Ça serait intéressant d'avoir un carnet de suivi, ou bien un site d'informations partagées comme le DMP » (M4)

« Je souhaiterais avoir une démarche, une conduite à tenir au moins pour le bilan de débrouillage » (M4)

« Je serai intéressé pour récupérer une conduite à tenir pour m'aider lors de ma prochaine consultation de ce type. » (M6)

« J'aimerais bien lire votre travail et savoir un peu ce que les spécialistes attendent de nous. » (M11)

« J'aimerais bien avoir une conduite à tenir de la première consultation... un guide simple et pratique » (M12)

4. DISCUSSION

- **Critiques de la méthode**

4.1 Validité interne

Cette enquête possède certains atouts

- Les critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies.
- La saturation des données a pu être obtenue du fait de la taille de l'échantillon.

Ce qui ne doit pas occulter ses faiblesses.

4.2 Les biais

4.2.1 Les biais internes

Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, l'enquêtrice ne peut pas vérifier que les personnes interrogées font ce qu'elles disent.

L'échantillon, bien que diversifié, ne concerne que des médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique et en Vendée.

Lorsque les médecins ont été contactés par email, certains n'ont pas souhaité participer à l'enquête (biais de recrutement).

Les motifs avancés étaient : un désintérêt pour le thème de l'enquête ou le sentiment de ne pas avoir d'information pertinente à apporter notamment du fait d'une faible pratique de la prise en charge des couples infertiles.

Les adresses email des premiers médecins recrutés ont été trouvées sur une liste appartenant au Département de Médecine générale de Nantes. Ces médecins sont donc, pour la plupart, enseignants à la faculté ou maîtres de stage.

Les médecins suivants ont été recommandés par les premiers, par affinité ou bonne relation de travail.

4.2.2 Biais externes

Dans un souci de commodité pour les médecins, et afin de faciliter l'inclusion, le lieu de l'entretien était, dans la plupart des cas, le cabinet médical. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives (téléphone, secrétaire...). Parfois le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens. La fatigue liée à l'activité professionnelle a pu influencer certaines réponses, en particulier lorsque l'entretien était réalisé en fin de journée.

4.2.3 Biais d'investigation

Lors du recueil des données, l'enquêtrice interrogeait l'enquêté d'une manière qui peut influencer son discours.

L'enquêtrice était de la même profession que les enquêtés. Ceci a pu faciliter le dialogue, la connivence, mais aussi provoquer une réticence à se confier de peur d'être jugé. L'enquêtrice était plus jeune et moins expérimentée que les enquêtés et, dans certains cas, le médecin interviewé a pris une position de conseil, facilitant peut-être la confiance.

4.2.4 Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par une seule et même enquêtrice. Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

- Analyse des résultats

4.3 L'abord du couple infertile

Tous les médecins interrogés ont déjà été confrontés à une consultation pour infertilité. Les médecins assurant le suivi gynécologique de leurs patientes ont logiquement été plus nombreux à faire face à cette problématique. Les médecins femmes semblent être plus impliquées dans ce problème de santé.

Il s'agit d'un motif de consultation peu fréquent en médecine générale: selon les bases de données Thalès et EPPM [29], cela correspond à 0,1-0,6% des actes. Dans notre étude, tous les médecins déclarent avoir été consultés pour ce motif seulement "*quelquefois*" et certains déclarent même ne plus se souvenir de la dernière consultation pour ce motif.

L'infertilité des couples, bien que de plus en plus fréquente, reste un problème de santé rare vis-à-vis des pathologies rencontrées en médecine générale.

Selon une thèse de médecine générale, un médecin généraliste est confronté à 2,2 motifs de consultations différents lors d'une même consultation. [55]

Cette théorie est illustrée par la loi de répartition régulière des cas. Ce concept fut énoncé par R. N. Braun en 1955 et est issu de l'analyse de son expérience personnelle. Il a été vérifié à plusieurs reprises, par Landolt-Theus [56] et Andral [57] et actuellement régulièrement par le réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale [58].

La loi de répartition régulière des cas est le contraire de la "loi des séries" qui fait que le praticien voit deux infarctus en un mois et n'en verra plus pendant les deux années suivantes. C'est pourquoi elle ne se vérifie que sur une période suffisamment longue, d'au moins 3 ans. Tout praticien exerçant la médecine générale, sous la même latitude, doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 situations cliniques, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière. Les moins fréquentes

seront observées en moyenne au moins une fois par an sur trois ans. Cela ne doit cependant pas empêcher le praticien généraliste de connaître les signes des maladies, certes rares en médecine de ville, mais potentiellement graves.

Cette loi enrichit le concept du carré de White, illustré par la figure ci-dessous.

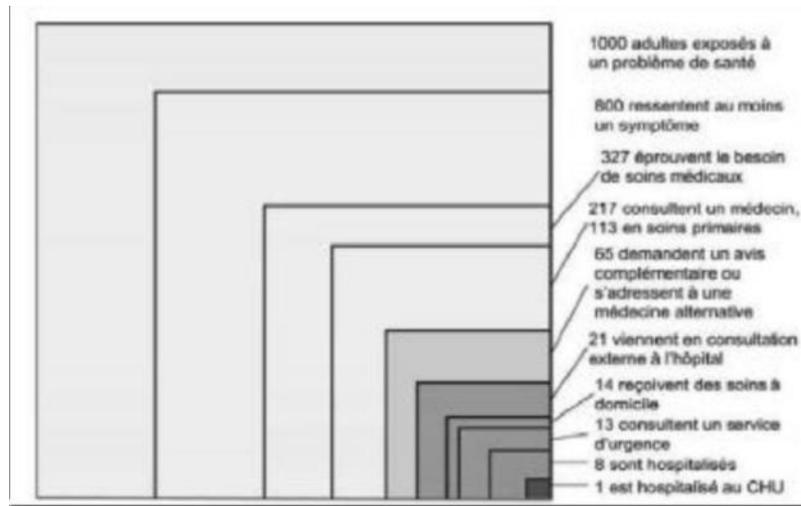


Figure 4 : le carré de WHITE

Cette figure est issue de travaux réalisés par White, Williams et Greenberg, publiés en 1961 dans un article intitulé « Ecology of Medical care ». Elle fut corrigée et affinée en 2001 par Green. (cf. figure ci-dessus). [53]

Elle illustre la réalité suivante : aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, au cours d'un mois, sur 1000 habitants exposés à un problème de santé, 750 personnes signalent des troubles, 250 parmi elles consultent un médecin, 9 sont hospitalisées, 5 sont adressées à un autre médecin, et une seule personne est hospitalisée dans un centre hospitalier universitaire.

Ces 500 personnes (750 ressentant un trouble de santé moins 250 consultant un médecin) déclarant une maladie et ne consultant pas de médecin correspondent à ce que Braun appelle le concept de maladies sans médecin. Il considérerait à partir des travaux de Horder que les médecins ne voient qu'un quart de l'ensemble des maladies et donc que tous les troubles de santé ne leur parviennent pas. Ainsi, le médecin doit pratiquer une sélection rigoureuse de problèmes de consultation car «chaque patient présente, pour peu que nous nous en occupions, des troubles et des signes de maladies variés en dehors du motif de consultation.» [54]

Elle nous fait prendre conscience que le généraliste ne rencontrera pas toutes les maladies au cours de sa carrière et que la fréquence ou répartition régulière des cas n'est pas la même en médecine générale qu'à l'hôpital, d'où un mode de raisonnement différent et la nécessité d'un enseignement particulier des médecins généralistes.

Dans notre étude, la fréquence des consultations pour infertilité semble être rare. De plus, ce motif de consultation n'est pas toujours cité en premier lieu et c'est au médecin généraliste de dépister les couples en difficultés. Les patientes consultent leur médecin pour une raison X et le problème de

l'infertilité vient souvent en fin de consultation ou bien lorsque le médecin pose des questions en rapport avec le désir d'enfants.

Nous retrouvons ce concept lorsque les médecins généralistes expriment les difficultés rencontrées lors de ces consultations. Ils estiment que la principale difficulté est de dépister les couples car la demande n'est pas toujours claire de la part des patients.

Les patientes sont-elles moins à l'aise vis-à-vis de ce problème de santé pour en discuter avec leur médecin généraliste ? Considèrent-elles leur médecin généraliste moins compétent dans ce domaine que leur confrère spécialiste ?

En France, selon les données du panel EPPM (étude permanente de la prescription médicale) de mai 2000 [29], les femmes qui consultent pour infertilité s'adressent préférentiellement aux gynécologues (92% des femmes consultent un gynécologue pour ce problème, seulement 5% consultent un médecin généraliste).

Cependant, selon une étude du CNGOF, les patientes viennent rarement parler de « leur stérilité » en consultation spécialisée. Elles expriment au contraire une plainte dans laquelle le praticien doit rechercher la stérilité. Cette dimension reste donc implicite, même chez le spécialiste.

Par contre, lorsque les patients sont adressés par un médecin généraliste ou un gynécologue en centre spécialisé, le motif de consultation semble être ciblé et les couples sont préparés aux démarches proposées.

Comme le soulignent la plupart des professionnels en santé mentale qui œuvrent dans ce domaine, l'infertilité entraîne une situation de crise chez les couples et les individus affectés. C'est un évènement stressant qui génère des réactions telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement, des problèmes sexuels, des conflits conjugaux ainsi qu'une faible estime de soi. À leur tour, ces réactions ont un effet négatif sur le fonctionnement de l'individu sur les plans personnel, interpersonnel, social et professionnel. [59]

Ainsi, nous comprenons que l'infertilité reste une question difficile à aborder pour les patientes, que ce soit avec leur médecin généraliste ou le médecin spécialiste.

De plus, il est intéressant de constater que tous les médecins interrogés déclarent que les femmes consultent le plus souvent seules pour un problème d'infertilité et qu'il est en général difficile de rencontrer les deux membres du couple.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette dimension :

- Dans la majorité des cas, le médecin généraliste n'est le médecin traitant que d'un seul membre du couple.
- La femme profite d'une consultation de gynécologie pour parler de ce problème, excluant l'homme.
- L'impact psychologique et les séquelles émotives des femmes vis-à-vis de l'infertilité semble plus douloureux que pour les hommes.

Cette situation s'explique en partie du fait que l'on considère l'expérience des deuils (de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement) plus douloureuse pour les femmes que pour les hommes en cas d'infertilité. De plus, la plupart des traitements éprouvants comme la FIV, les interventions difficiles (prélèvements des ovules, injections d'hormones...) sont pratiquées chez la femme. De surcroît, la théorie sociobiologique tient pour acquis que prendre soin d'un enfant fait davantage partie intégrante de l'identité et des besoins physiologiques de la femme que de l'homme.

En général, les professionnels en santé mentale [59] jugent que la réaction d'un homme à l'infertilité a des conséquences émotives moins sérieuses que chez sa partenaire. Sa réaction à sa propre infertilité serait souvent dépendante de celle de sa partenaire. L'homme est relégué dans un rôle de consolateur, responsable de soutenir sa partenaire au cours des démarches médicales.

Cependant, la répercussion psychologique de l'homme n'est-elle pas à prendre en compte de manière plus approfondie ?

Bien que les études psychologiques portant sur l'infertilité masculine soient peu nombreuses [60], elles s'accordent pour conclure qu'une proportion significative d'hommes infertiles est atteinte d'une myriade de blessures psychologiques. Dans une étude portant sur cent sept hommes infertiles comparés à un groupe d'hommes fertiles, Kedem a constaté que les hommes infertiles avaient une baisse de l'estime de soi, un taux d'anxiété plus élevé et davantage de symptômes psychosomatiques. [61]

Ces études renforcent l'hypothèse selon laquelle les investigations et principalement le diagnostic d'infertilité peuvent avoir des conséquences notables sur la sphère psychique et sur la sexualité des couples. La stérilité pouvant représenter une castration symbolique tant pour la femme que pour l'homme, ce qui peut expliquer l'absence des messieurs en consultation chez le médecin généraliste.

4.4 La préparation de la consultation spécialisée

Conformément aux recommandations qui préconisent de voir le couple puis chaque membre séparément [30, 31, 32, 33], la plupart des médecins interroge un seul membre du couple, le plus souvent la femme, sur les antécédents, professions et habitudes de vie de chacun.

Il s'agit le plus souvent de médecins femmes, faisant du suivi gynécologique

La littérature recommande un examen clinique des deux partenaires [30, 31, 32, 33] : la plupart des médecins interrogés ne respectent pas cette recommandation. Les hommes sont moins examinés que les femmes, voire même, ne sont pas examinés du tout.

En ce qui concerne les femmes consultant pour infertilité, l'examen médical est naturel et légitime pour les médecins généralistes assurant le suivi gynécologique de ces mêmes patientes.

En revanche, cet examen est beaucoup moins naturel pour l'homme concerné, et ce, pour plusieurs raisons :

Le plus souvent, le monsieur n'est pas un patient du médecin sollicité. L'examen général et intime n'est pas réalisé, laissant cette tâche au médecin traitant habituel ou au médecin spécialiste.

De plus, l'examen des parties génitales de l'homme jeune semble plus difficile à appréhender car ce dernier n'est pas entré dans les habitudes comme celui de la femme. Un examen des parties génitales peut être interprété comme une atteinte à son intimité, d'autant plus dans un contexte d'infertilité où l'homme se sent vulnérable et impuissant face à cette situation.

Un article adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins en 2000, rappelle les faits suivants [62] :

L'examen clinique se fait en général sur un patient dénudé et comporte des contacts intimes entre mains du praticien et régions sensibles du corps du patient: en particulier examen des parties génitales avec touchers pelviens dans les deux sexes, mais aussi autres zones érogènes selon les individus.

L'interdit de relations sexuelles entre médecin et patient relève de la même logique inhérente à "l'exception médicale" que l'interdiction de donner la mort, le secret médical ou l'interdiction de faux certificats. Son origine remonte à Hippocrate et à la fondation, par son école, d'une médecine moderne désormais basée sur une approche et une observation clinique du patient. A partir de ce moment, une bonne pratique médicale passe par un abord intime du patient qui accepte de remettre sa vie entre les mains du médecin, de se laisser examiner et de lui confier les secrets de sa vie privée.

Tous les termes de cette relation sont propres au médecin et à la pratique de la médecine et s'accompagnent du droit, dérogatoire du droit commun, donné au médecin de faire des actes autrement prohibés et réprimés. Ce droit particulier ne représente pas un "privilège" pour le médecin, mais correspond à une nécessité de la pratique médicale pour permettre aux patients de recevoir convenablement les soins que leur état requiert. Ce principe a été exprimé plus récemment dans la loi, insérée à l'article 16-3 du Code civil : "Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne".

Cependant, la représentation du corps est différente selon les individus et certains gestes résultant de l'examen clinique pourraient être mal interprétés par le patient et/ou le médecin.

De plus, une étude réalisée au Canada en 1993 rapporte que sur 599 femmes médecins interrogées, 76% ont mentionné un harcèlement sexuel de la part de leurs patients hommes. [64]

Ainsi, la tendance à la féminisation de la profession [4] confirme cette hypothèse : les médecins les plus jeunes sont en majorité des femmes et les femmes examinent moins les hommes par rapport à leurs confrères masculins.

Enfin, une autre difficulté relevée à plusieurs reprises par les médecins, est liée au manque de temps disponible pour évaluer ces couples en soins primaires. Le médecin généraliste dispose en général de créneaux de consultation plus courts que ses confrères spécialistes. Or, les consultations pour infertilité nécessitent beaucoup de temps, dans l'interrogatoire comme dans l'examen clinique. Cela rajoute une difficulté supplémentaire, faisant abandonner les médecins généralistes les moins intéressés par cette prise en charge, qui adressent rapidement à leurs confrères. En étalant les

consultations sur plusieurs rendez-vous, le médecin généraliste peut pallier ce problème, tout en permettant de faire patienter les couples les plus pressés.

4.4.1 Les examens complémentaires

L'étude allemande d'Ittner publiée en 1997 [34] montrait que la majorité des médecins allemands (2 sur 3) adressaient directement aux spécialistes, l'Allemagne disposant du même principe de parcours de soins qu'en France. [63]

Hors, la littérature insiste sur la place des soins primaires dans la prise en charge de l'infertilité [29, 30, 31, 32, 33], en particulier dans le bilan diagnostique initial. Des examens, pour la plupart simples et accessibles en ambulatoire, sont à la portée du médecin généraliste, pour faire un premier bilan de "débrouillage", en complément de l'examen clinique, permettant ainsi de repérer les couples à adresser rapidement, des couples à faire patienter.

Dans notre étude, la plupart des médecins interrogés prescrit des examens complémentaires en première intention. Un seul préfère adresser directement aux spécialistes.

Les médecins exerçant en milieu rural et ceux exerçant près des centres spécialisés semblent travailler de la même manière.

Les médecins prescrivent des bilans similaires, sans entrer dans des bilans complexes, notamment hormonaux par crainte de ne pas savoir les interpréter.

Cependant, les médecins assurant le suivi gynécologique ou ayant reçu une formation, en particulier sur l'infertilité, semblent prescrire des bilans plus poussés, probablement parce qu'ils y ont été sensibilisés ou formés, donc plus à l'aise dans leurs prescriptions. Ce sont le plus souvent des femmes.

4.4.2 Le délai de prescription

En l'absence de facteurs de risque identifiés, il est recommandé de ne commencer le bilan qu'à partir d'un an d'infertilité [16].

La plupart des médecins respecte ce délai. Cependant, certains attendent deux ans d'infertilité avant de débiter un bilan. Ce délai est trop long et peut faire perdre du temps à des couples pour qui une prise en charge spécialisée est nécessaire.

Quelques médecins prescrivent un bilan dès la première consultation, alors que le premier conseil recommandé est d'attendre, permettant d'éviter des examens angoissants, parfois contraignants et inutiles [35].

Il est recommandé de faire des investigations chez les 2 partenaires avant de prescrire des examens plus invasifs [16]. La plupart des médecins respectent les recommandations.

Certains d'entre eux ne prescrivent un bilan que pour un seul membre du couple; cette attitude s'explique peut-être par le fait que le médecin consulté est le médecin traitant d'un seul membre du couple, et non des deux.

De plus, nous retrouvons dans plusieurs entretiens que certains médecins généralistes, hommes comme femmes, prescrivent des examens aux hommes sans les rencontrer, en donnant l'ordonnance directement aux patientes.

Ce comportement semble s'expliquer par le fait que l'homme est rarement présent lors de ces consultations et conforte l'hypothèse que le fait de prescrire des examens sans les rencontrer permet d'éviter la confrontation avec le monsieur et la question de l'examen clinique.

4.4.3 Bilan complémentaire chez la femme

La majorité des médecins prescripteurs respecte les recommandations sur le bilan de première intention chez la femme (voir annexe 3) : prescription d'une échographie pelvienne et mise à jour du frottis cervical (FCV).

Concernant le bilan biologique, la majorité des médecins prescrit un bilan biologique standard à la recherche d'une pathologie chronique (recherche d'un diabète, dyslipidémie, dysthyroïdie) mais la plupart ne prescrit pas de bilan hormonal, de peur de ne pas savoir l'interpréter.

Une majorité de médecins prescrit une courbe de température alors que sa réalisation délicate, ne figure sur aucune recommandation de la littérature internationale et est même considérée comme non fiable. Seuls quelques travaux, notamment français, recommandent sa réalisation pour évaluer l'ovulation [30], alors que la majorité des recommandations internationales [32, 33] préconisent le dosage de la progestérone en milieu de phase lutéale, dosage non utilisé en France.

Cette attitude est expliquée par la plupart des médecins prescripteurs comme étant un « moyen » de faire patienter les gens et surtout de « gagner du temps » afin de remettre leurs connaissances à jour.

Deux médecins femmes recherchent une infection à chlamydiae trachomatis de manière systématique dans le cadre d'un bilan d'infertilité.

La recherche d'une infection à Chlamydia sur prélèvement (cervical ou urinaire) reste l'examen recommandé en première intention [37]. La sérologie Chlamydia est le témoin d'une infection haute, en cours ou passée, et n'a donc qu'une valeur indicative. Dans le cadre d'un bilan d'infertilité, elle peut être un marqueur, bien qu'imparfait, de lésions tubaires hautes.

Les sérologies à visée pré-conceptionnelle ne sont prescrites que par un nombre restreint de médecins interrogés : **sérologies virales** (VIH, VHB, VHC), **syphilitique** (TPHA-VDRL), **sérologie toxoplasmose et rubéole**.

L'hystérosalpingographie n'est prescrite par aucun médecin interrogé. Elle est pourtant recommandée dans le bilan de première intention par le CNGOF. Elle est considérée comme l'examen d'imagerie recommandé pour l'exploration initiale de l'appareil génital féminin dans un contexte d'infécondité (grade A) car, encore à ce jour, elle réalise le meilleur compromis innocuité/efficacité.

Une étude réalisée au Royaume Uni [38] prouve qu'un accès direct à cet examen dès le début des investigations en soins primaires, améliorerait le délai de prise en charge des patientes présentant une infertilité tubaire.

Cette réticence peut s'expliquer, outre la mauvaise connaissance de cet examen par les médecins généralistes, par son caractère invasif et son accessibilité limitée, rendant sa prescription délicate en soins primaires.

Le CNGOF reste un comité de spécialistes et les recommandations s'appliquent à la pratique clinique d'un spécialiste en gynécologie-obstétrique. Ainsi, même si l'hystérosalpingographie est recommandée dans les examens de première intention, cela semble légitime que les médecins généralistes ne prescrivent pas cet examen.

De plus, se pose aussi le problème de l'interprétation de cet examen qui n'est pas de la compétence du médecin généraliste (à l'inverse du gynécologue). Ainsi, ce dernier s'en remet à l'interprétation du radiologue et doit, par la suite, décider la conduite à tenir... Peut-il faire confiance à un médecin « tiers non spécialisé » pour son interprétation qui est déterminante pour la suite de la prise en charge ?

4.4.4 Bilan complémentaire chez l'homme

Chez l'homme, l'examen clé est le **spermogramme-spermocytogramme** et tous les médecins interrogés le prescrivent. Il faut rappeler que cet examen doit être réalisé dans un laboratoire homologué et doit être répéter au bout de 3 mois si le premier est anormal (voir annexe 3).

La spermoculture, prescrite par seulement par un médecin homme, n'est pas nécessaire en première intention en soins primaires en l'absence de point d'appel clinique ou biologique (leucospermie, nécrospermie ou asthénospermie au spermogramme) [16].

Les autres examens seront prescrits en fonction de l'examen clinique ou s'il y a une anomalie au spermogramme.

La sérologie Chlamydia chez l'homme n'est prescrite par aucun des médecins interrogés.

En effet, c'est un marqueur très imparfait de l'infection haute à Chlamydia. Il faut préférer la recherche par PCR sur le premier jet d'urines [39] ou dans le sperme [39]. Les conséquences de cette infection sur l'infertilité masculine sont controversées (oligozoospermie par atteinte de la perméabilité des voies séminales, lésions occlusives expérimentales des épидидymes, action sur la qualité du mouvement des spermatozoïdes. [40]

On ne peut donc pas recommander sa prescription en première intention en soins primaires. La recherche de cette infection sera faite dans le cadre d'un bilan spécialisé devant des anomalies au spermogramme.

Par contre, aucun médecin interrogé ne prescrit les **sérologies virales VIH, VHC, VHB** et la **sérologie syphilitique** (TPHA-VDRL) pour l'homme.

Cependant, elles font parties du bilan pré-conceptionnel [26] et doivent donc être prescrites par le médecin généraliste.

Le test post-coïtal ou test de Hühner est non recommandé en première intention. [30, 31]. Il n'est prescrit que par seulement 2 médecins, installés depuis plus de 20 ans. Il est à réserver aux centres spécialisés en infertilité [16].

4.4.5. Les conseils donnés en amont de la consultation spécialisée.

Le médecin généraliste doit informer les patientes sur les **facteurs de risque d'infertilité**, afin de préparer au mieux la consultation spécialisée et une future grossesse : l'arrêt du tabagisme et de l'alcool, lutte contre le surpoids et l'obésité, informations préconceptionnelles (vaccinations à jour, supplémentation folique). Ces conseils font partie de la prévention globale d'un bon état de santé et devraient être systématiquement délivrés aux patients.

Le tabac est délétère sur la fertilité naturelle avec comme conséquence un allongement du délai de conception et une diminution des chances de grossesse (NP1). Cet effet délétère apparaît être dose dépendant (NP3). L'association d'un tabagisme actif et passif allonge significativement les délais de conception (NP3). Toute patiente tabagique doit être incitée à un sevrage afin d'améliorer sa fertilité

naturelle (grade A). Le tabagisme exerce un effet négatif sur les résultats de la FIV (NP2). Les chances de grossesse sont diminuées de façon proportionnelle à l'importance et la durée de l'intoxication (NP4). Le sevrage tabagique, chez l'homme comme chez la femme, est recommandé avant toute AMP (grade A). [16]

Seulement cinq médecins abordent la question du tabac avec leurs patients et un médecin ne connaît pas le lien entre le tabagisme et les problèmes d'infertilité. Un des premiers rôles du médecin généraliste est de faire de la prévention en amont de la consultation spécialisée, ce d'autant plus que l'arrêt du tabac peut nécessiter un délai plus ou moins long. .

Cette démarche peut être expliquée par le fait que la question du tabac est abordée régulièrement lors de consultations pour motif X (renouvellement de traitement, certificats de sport...) et que lors d'une consultation pour infertilité, cette dimension ne leur semble pas essentielle, d'autant plus que c'est un problème qu'ils rencontrent occasionnellement.

L'arrêt du tabac est un travail qui s'échelonne sur plusieurs années, et les médecins n'attendent pas une consultation pour infertilité pour aborder ce problème.

Les anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) ont été clairement associées à un déficit en acide folique. Pour prévenir ces malformations, une prescription systématique de folates, en une prise quotidienne de 400 microgrammes et ce jusqu'à la 12^e semaine d'aménorrhée, est recommandée (grade 1), dès que la femme a un souhait de grossesse, par exemple, lors d'une consultation avant la grossesse. En effet, pour être efficace, cette supplémentation doit débuter plusieurs semaines avant la conception. [25]

Seulement cinq médecins pensent à cette supplémentation dès lors qu'un désir de grossesse est évoqué. La plupart d'entre eux n'ont pas la notion d'un effet bénéfique sur la formation embryonnaire en amont d'une éventuelle grossesse.

Les médecins généralistes interrogés semblent plus facilement penser à cette mesure lorsqu'ils sont confrontés à une jeune femme enceinte.

Nous notons tout de même que les médecins assurant de manière régulière le suivi gynécologique de leurs patientes pensent à cette supplémentation dès lors qu'un projet de grossesse est annoncé ou lorsqu'une contraception est arrêtée.

L'HAS recommande pour tout projet de grossesse de vérifier le carnet de vaccination de la femme et d'envisager avec elle les rappels ou vaccinations indispensables, en particulier tétanos-diphtérie-poliomyélite et coqueluche.

Pour la coqueluche, il est recommandé de proposer un rattrapage ou vacciner les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir.

Pour la rubéole, il convient de vacciner les femmes dont la sérologie est négative (pour les femmes nées après 1980 : vaccin trivalent - rougeole, rubéole, oreillons - au lieu d'un vaccin rubéoleux seul). Il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quelque-soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée.

En raison du risque tératogène, il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les 2 mois qui suivent la vaccination.

Pour la varicelle, il est recommandé de vacciner les femmes en âge de procréer, notamment celles qui ont un projet de grossesse et pas d'antécédent clinique de varicelle (en cas de doute, un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué). La vaccination est possible si le test de grossesse est négatif, et selon les données de l'AMM, une contraception efficace de 3 mois est recommandée après chaque dose de vaccin. [26]

Sur les 12 médecins interrogés, seulement 5 médecins pensent aux vaccinations recommandées avant toute prise en charge pour infertilité.

Cette dimension rejoint celle de l'information concernant l'arrêt du tabac. Les médecins généralistes abordent quotidiennement la mise à jour des vaccinations de leurs patients lors de consultations courantes, et ce n'est pas lors d'une consultation pour infertilité que le sujet est abordé, mais bien avant.

Un Indice de masse corporelle (IMC) élevé (> 30) est associé à des complications obstétricales importantes telles que mort fœtale *in utero* (NP2), pré éclampsie et mortalité néonatale (NP3). Il est difficile d'établir une valeur seuil d'IMC au-delà de 30 où les complications obstétricales maternelles et fœtales sont trop importantes pour contre-indiquer une grossesse. Un IMC > 30 est associé à une diminution des chances de grossesse en FIV (NP2). L'obésité sévère (> 35) divise les chances de grossesse par 2 en comparaison avec des patientes à IMC normal (NP4). Les patientes obèses doivent être informées du risque de complication obstétricale avant le début de la grossesse (grade A). Il est recommandé un amaigrissement avant tout traitement de l'infertilité (grade A). [16]

Seulement deux médecins hommes abordent la problématique du surpoids avec leurs patientes lors de ces consultations, les autres expliquant que cette problématique fait partie de leur travail quotidien.

Nous comprenons donc que tous les conseils nécessaires en amont d'une consultation spécialisée font partie du travail du médecin généraliste mais qu'il s'inscrit dans une démarche longue et ne peut être résumée en une seule consultation pour infertilité.

Les médecins généralistes font ce travail, de manière consciente ou non, de façon quotidienne et n'attendent pas ces consultations spécifiques pour aborder ces problématiques. Les spécialistes attendent probablement un résumé hiérarchisé des habitudes de vie des patients en difficulté, et même si les choses ne sont pas forcément présentées de manière synthétique, ces notions sont bien abordées en cabinet de médecine générale.

Peut-être que l'élaboration d'un courrier type pour adresser les patients serait intéressant afin que les médecins généralistes n'oublient pas de mentionner toutes les dimensions explorées ?

Dans l'étude allemande d'Ittner [34], un médecin sur deux se considérait comme une source importante d'informations et de conseils. Face à un couple consultant pour infertilité, la plupart des médecins de notre étude donne des informations et des conseils.

L'un des rôles essentiels du médecin généraliste, avec le dépistage des couples nécessitant une prise en charge spécialisée, est de délivrer une information claire sur l'infertilité, notamment sur sa **définition** et son **épidémiologie**.

Cette attitude permet le plus souvent de faire prendre conscience aux couples de leur empressement et permet de les faire patienter plus sereinement en les rassurant : près d'un couple sur deux qui a des rapports sexuels réguliers conçoit à 3 mois, deux couples sur trois à 6 mois, 90% à 1 an [35]. La plupart des médecins proposent au couple de patienter, ce qui devrait être proposé systématiquement aux couples consultant avant douze mois d'infertilité (6 mois si la femme est âgée de plus de 35 ans), en l'absence de facteurs de risque d'infertilité identifiés à l'interrogatoire ou à l'examen clinique [12, 31, 32, 33, 43].

Des rappels simples sur la **physiologie de la conception** [30, 35, 42], donnés par la plupart des médecins de l'étude, permettent de repérer les couples qui, par manque de connaissance ou connaissances erronées, compromettent leurs chances de grossesse.

Le CNGOF [16] recommande de préconiser aux couples une fréquence de rapports sexuels d'un jour sur 2 dans la période de fertilité. Dans notre étude, la fréquence de rapports sexuels conseillée par

les médecins est très hétérogène et souvent assez vague. La plupart conseille à leurs patients d'avoir des rapports le plus souvent possible, sans entrer dans les détails de la période la plus propice du cycle.

Bien que recommandé régulièrement dans la littérature [16, 30], elle peut s'avérer plus délétère que bénéfique : des erreurs de calculs sont souvent faites, la frustration des couples est souvent plus grande en cas d'échec, la sexualité ne devient plus qu'à visée procréative, pouvant altérer la relation de couple [45, 46]. Le médecin généraliste n'a pas pour rôle de fixer une fréquence, il doit simplement informer que les rapports sexuels réguliers juste avant et en milieu de cycle sont les plus favorables [33, 35, 42].

4.4.6 Délai pour adresser les couples en consultation spécialisée

Les grossesses se faisant à un âge de plus en plus tardif, il est du rôle du médecin généraliste d'éduquer les patients sur la diminution de la fertilité avec l'âge, notamment de la femme, et sur l'augmentation des risques obstétricaux et néonataux avec l'âge [16, 41].

Interroger les couples sur la question du désir d'enfants, notamment après 30 ans, peut paraître intrusif, mais est nécessaire [42] et peut permettre de faire prendre conscience aux couples de l'effet négatif de l'âge sur la fertilité.

Dans l'étude allemande de 1997 [34], 81% des médecins interrogés déclaraient ne pas avoir l'habitude de poser cette question.

Dans notre étude, les médecins femmes semblent aborder plus facilement cette question, surtout lors de consultations autour de la contraception. Pour les médecins hommes, cette question semble plus difficile à aborder avec le sentiment d'être intrusif dans la vie de leurs patientes.

Les médecins ayant suivi une formation sur l'infertilité ou pratiquant la gynécologie pensent à interroger leurs patients, plus fréquemment que les autres.

Les critères pour adresser rapidement un couple aux spécialistes sont essentiellement cliniques (infertilité ancienne, femme âgée de plus de 35 ans, troubles du cycle, anéjaculation, examen clinique anormal...) ou paracliniques (anomalies des examens complémentaires) [16, 30, 43, 44].

L'âge de la femme est retrouvé dans la plupart des entretiens, notamment chez les médecins femmes qui adressent leurs patientes plus rapidement en consultation spécialisée dès lors que la femme atteint l'âge de 35 ans.

Le CNGOF rappelle que plus de la moitié des femmes ne peuvent plus concevoir au-delà de 40 ans et la fonction de reproduction devient quasi nulle après 45 ans (NP2).

Il y a une forte diminution des chances de grossesse et surtout de grossesse avec naissance vivante chez les femmes âgées de plus de 40 ans qui ont recours à une AMP et ces chances deviennent quasi nulles à partir de 43 ans (NP1). Il est recommandé d'informer les couples de la chute de la fertilité liée à l'âge (grade A). [16]

Cependant, l'allongement des études pour les femmes et les hommes, l'obtention d'un premier emploi plus tardif et surtout la nécessité d'avoir une situation économique stable avant d'entreprendre de fonder une famille semblent des critères importants à souligner et expliquent de ce fait l'âge de plus en plus avancé d'un désir de grossesse.

A ceci s'ajoutent les conditions socioéconomiques précaires de certains jeunes couples, qui font retarder l'âge d'une première grossesse.

En effet, plus de la moitié des 15-29 ans occupent un emploi précaire contre 8 % des 30-49 ans.

12,3 % des actifs occupés sont des salariés précaires. Mais la précarité de l'emploi frappe lourdement les plus jeunes : 55,1 % des actifs âgés de 15 à 29 ans ayant un emploi, ont un contrat à durée

déterminée (CDD), un contrat aidé, sont en stage ou en apprentissage, contre 7,9 % des 30-49 ans. [65][66].

Ainsi, même si le médecin généraliste a un rôle de prévention et d'information vis à vis de ses patients et de l'infertilité, il semble parfois délicat d'aborder la question de l'âge face à un jeune couple en difficultés financières ou toujours en études supérieures.

Par ailleurs, il est recommandé de ne pas proposer de prise en charge médicale d'infécondité à une patiente au-delà de 43 ans (grade B).

Cependant, dans notre étude, les médecins, hommes comme femmes ne limitent pas les couples dans leurs démarches, quelque-soit leur âge. Ils ne souhaitent pas les restreindre par peur de juger les patientes et d'avoir un rôle moralisateur.

Un critère fréquemment cité par les médecins de l'étude pour adresser leurs patients en consultation, est la **demande des patients**. Les couples étant de plus en plus pressés d'obtenir une grossesse, cette conduite peut aboutir à une dérive et surcharger les consultations spécialisées avec des délais de plus en plus longs.

4.5 les rôles perçus par les médecins généralistes

4.5.1 L'orientation des couples

Les gynécologues et les **médecins des centres d'AMP** sont les correspondants de choix des médecins de cette étude. Les spécialistes de l'homme, les urologues, ne sont jamais cités.

Cette attitude est cohérente car ils déclarent ne pas recevoir les hommes en consultation et ne pas les examiner.

La plupart des médecins interrogés adressent leurs patients vers les centres de procréation médicalement assistée, justifiant leur choix par le fait qu'ils souhaitent que leurs patients soient suivis par une équipe pluridisciplinaire d'emblée. Un médecin travaille avec un gynécologue de ville, par habitude et bonnes relations de travail.

Dans l'étude allemande d'Ittner [34], 90% des médecins estimaient que leur principal rôle était d'orienter leurs patients vers les spécialistes.

Le code de la santé publique insiste sur le rôle de coordination du médecin généraliste entre les différents intervenants [5], grâce notamment au développement du statut du médecin traitant et du parcours coordonné de soins.

La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la médecine générale. Elle fait partie de la définition de la médecine générale-médecine de famille donnée par la WONCA en 2002 : "Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. "

La continuité des soins, en plus d'être une caractéristique est aussi un devoir du médecin généraliste, comme le rappelle la récente Loi HPST sous un chapitre intitulé : "Continuité des soins en médecine ambulatoire" : "La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances ».

En comparaison avec l'exercice hospitalier, qui se fait le plus souvent en équipe, il est habituel de considérer l'exercice du médecin généraliste comme assez solitaire, isolé dans le huis clos d'une relation duelle avec son patient.

Il est pourtant de plus en plus amené, pour prendre en charge ses patients, à être en relation avec d'autres professionnels, médicaux ou paramédicaux, que ce soit pour un avis diagnostique ou thérapeutique, des soins à réaliser...

Selon ces différents concepts, le médecin généraliste semble être le premier interlocuteur des patients en difficultés. Il se doit de dépister ces couples, les orienter et assurer la continuité des soins, en collaboration avec les médecins spécialistes.

Tous les médecins interrogés dans cette étude sont d'accord sur ces rôles et semblent vouloir les accomplir

Cependant, certains médecins interrogés estiment ne recevoir que très rarement les couples en difficultés principalement dû au fait qu'ils consultent d'emblée un gynécologue. Cette dimension est retrouvée dans l'étude réalisée par le CNGOF en 2000. [50]

Cela peut s'expliquer par le fait qu'une fois pris en charge en AMP, le médecin généraliste intervient très peu dans la prise en charge de ces couples. Les patients ayant un accès direct aux médecins spécialistes, le rôle du médecin traitant devient alors limité.

4.5.2 L'accompagnement psychologique des couples

Bien que le retentissement psychologique de l'infertilité et sa prise en charge soit largement étudié et connu [47, 48], les médecins de cette étude ne semblent pas adresser leurs patients vers des spécialistes du soutien psychologique et sexologique. La totalité des médecins interrogés assurent eux-mêmes l'essentiel du soutien psychologique de leurs patients.

En effet, le généraliste est un médecin spécialiste formé à l'approche globale des patients. Il sait aborder les problèmes de santé dans leur globalité, dans une approche holiste. Par la plainte physique, le symptôme organique, le médecin, légitimé par sa fonction biomédicale, peut alors laisser exprimer plus largement la souffrance du patient pour entrer plus en relation avec lui et tenir compte de son vécu de la maladie. Le médecin alterne une vision exogène de la maladie, le patient subissant, et un modèle endogène, le patient au cœur de son histoire pouvant s'approprier celle-ci. [67]

En 2007, une étude réalisée en Midi-Pyrénées sur environ 250 patientes suivies pour infertilité dans le service de médecine de la reproduction du CHU de Toulouse, a démontré que la majorité d'entre elles attend un soutien psychologique de la part du médecin traitant [49]. 64% des couples de l'étude de LUNION en 2006 [18] estiment qu'un des rôles du médecin traitant est l'accompagnement et le soutien psychologique. L'infertilité et le parcours en procréation médicalement assistée sont souvent vécus comme une épreuve et entraînent des perturbations psychologiques variables : stress, anxiété, dépression, altération de la vie de couple... [46, 47, 48].

Tous les médecins interrogés déclarent accompagner les patients par leur **écoute** et estiment avoir un grand rôle dans ce domaine. Certains revendiquent même cette place.

La prescription d'un "soutien" de nature médicamenteuse (anxiolytique ou antidépresseur) reste occasionnelle. L'orientation vers un psychologue ne semble pas être systématique et ce sont le plus souvent les médecins généralistes eux même qui, par leur proximité, leur empathie et leur disponibilité, sont en première ligne pour assurer le soutien et l'accompagnement des patients.

Un seul médecin déclare ne pas suivre ces patients sur le plan psychologique car il estime que la prise en charge des couples infertiles n'est pas de son domaine de compétences et laisse les centres spécialisés prendre en charge les patients dans leur globalité.

Le médecin généraliste doit savoir donner des **informations sur les investigations et les traitements** [31, 35, 42, 43]. Pour 23% des couples interrogés dans l'étude de 2006 [18], un des rôles du médecin

traitant est de reformuler les explications concernant le traitement et les procédures envisagées par les spécialistes de la procréation.

Dans notre étude, cette notion est retrouvée dans la plupart des entretiens. Les patients consultent régulièrement leur médecin traitant afin qu'il leur explique les termes utilisés par les spécialistes et qu'elles vont être les différentes étapes de la procédure.

Cependant, cette tâche semble être difficile pour la plupart des médecins généralistes car ces derniers ne maîtrisent pas toujours les procédures de PMA et ne sont pas toujours au courant de l'avancée des soins pour leurs patients, par manque de communication avec les spécialistes.

4.5.3. Le travail administratif

Nos enquêtés ont bien conscience que la prise en charge dans les centres spécialisés en AMP impose des contraintes parfois lourdes sur l'emploi du temps du couple, avec des aller-retour réguliers dans des centres parfois éloignés du domicile, pas toujours compatibles avec la vie professionnelle mais aussi familiale.

Ces derniers expliquent qu'ils jouent un grand rôle dans la prescription des arrêts de travail de leurs patientes, perçues comme contraignantes par les médecins. Cependant, ces consultations peuvent être aussi considérées comme un prétexte de la part des patientes pour maintenir un lien avec leur médecin traitant et obtenir un soutien psychologique.

Une prise en charge à 100% par l'assurance maladie est possible dans le cadre de soins pour le diagnostic et le traitement de la stérilité. [28].

Les tentatives de PMA (Insémination Intra Utérine ou Fécondation In Vitro) sont prises en charge à 100% par la sécurité sociale dans les limites suivantes :

- la femme doit être âgée de moins de 43 ans.
- le nombre maximum d'inséminations remboursées est de 6
- les tentatives de FIV sont remboursées au maximum de 4 (tout transfert d'embryons congelés n'est pas considéré comme une nouvelle tentative).

Le compteur étant remis à zéro en cas d'accouchement.

Classiquement, les protocoles de soins pour la prise en charge à 100% doivent être remplis par le médecin traitant. Par la procédure dérogatoire, ils peuvent être remplis par le médecin spécialiste pour ne pas retarder la prise en charge à 100%. Le protocole est alors valable 6 mois, à l'issue desquels un nouveau protocole de soin doit être rédigé cette fois-ci par le médecin traitant [32].

La plupart des médecins généralistes interrogés semblent méconnaître cette démarche administrative pour les couples atteints d'infertilité.

Les médecins les plus jeunes, semblent plus concernés par cette démarche.

Les médecins les plus âgés et installés depuis plus de 20 ans semblent ne pas remplir un protocole de soins de manière régulière ou bien de méconnaître cette démarche.

Cela peut s'expliquer par le fait qu'avant la loi de réforme de 2004, instaurant le statut de médecin traitant, les protocoles de soins pouvaient être rédigés par les spécialistes, ce qui était le plus

souvent le cas. La seconde hypothèse est que la patientèle des médecins les plus vieux est en général une patientèle plus âgée, donc le problème d'infertilité se pose moins.

4.5.4. Le suivi de grossesses issues de PMA

La plupart des médecins femmes estiment suivre les grossesses issues de PMA, comme des grossesses normales. Ces femmes sont le plus souvent jeunes et pratiquent la gynécologie dans leur exercice quotidien.

Les médecins hommes semblent être plus réticents au suivi de ces grossesses qu'ils considèrent comme « précieuses », et ne souhaitent pas les prendre en charge.

Ils justifient leurs démarches par le fait que bien souvent les grossesses issues de PMA sont des grossesses multiples et que les patientes elles-mêmes préfèrent un suivi spécialisé, débuté le plus souvent lors des procédures d'AMP.

Cette attitude de la part des médecins hommes peut être perçue comme un « prétexte » pour ne pas suivre ces grossesses, par manque d'intérêt ou de compétences en gynécologie obstétrique d'une manière générale.

4.6 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

La communication avec les spécialistes semble être difficile, la plupart des médecins généralistes se plaignant du manque de retours de la part de leurs confrères.

Ces derniers estiment ne recevoir que peu d'informations sur les procédures en cours pour les patients qu'ils ont eux-mêmes adressés.

Seulement deux médecins sont satisfaits du retour de la part des spécialistes sollicités et considèrent avoir de bonnes relations professionnelles.

Les médecins généralistes ne reçoivent-ils réellement aucune information ou lisent-ils que partiellement les comptes rendus reçus de la part de leurs confrères, par manque d'intérêt ou de compétences ?

En effet, certains médecins avouent ne lire que très partiellement les courriers, par manque de temps et par difficultés d'interprétation.

La plupart des médecins interrogés regrettent de perdre de vue leurs patients une fois pris en charge par les médecins spécialistes. Ils se sentent exclus de cette prise **en charge hyperspécialisée**, d'autant plus qu'ils ont peu de retours de leur part.

Cette difficulté rend d'autant plus difficile l'accompagnement psychologique des couples, lorsque ces derniers sont vus de manière ponctuelle pour un motif de consultation intercurrent ou pour la réalisation des arrêts de travail.

L'insuffisance de formation médicale est une difficulté rencontrée par la plupart des médecins.

Dans cette étude, seulement un médecin a suivi une formation complémentaire.

La majorité des médecins généralistes de cette étude considère leurs connaissances générales sur l'infertilité comme insuffisantes.

Les médecins les plus jeunes semblent plus à l'aise vis-à-vis de l'infertilité. Ces médecins sont le plus souvent des femmes qui pratiquent la gynécologie dans leur cabinet, et ont sans doute des connaissances dans ce domaine.

La mise en pratique peu fréquente de leurs connaissances (motif de consultation peu fréquent) doit être un facteur au manque de connaissances et de formations personnelles (recherche documentaire).

Cette difficulté semble intervenir dans l'interprétation des résultats des examens complémentaires prescrits par les médecins généralistes et l'interprétation des courriers reçus par les spécialistes, ce

qui explique peut-être l'absence de prescriptions d'examens détaillés et la lecture rapide des comptes rendus.

Comme le soulignent certains interviewés, la médecine de reproduction est une spécialité à part entière, exercée par des professionnels formés spécifiquement et confrontés quotidiennement au problème. Les médecins généralistes ont des compétences limitées à leur domaine d'exercice, comme tout spécialiste, et ne peuvent ni ne veulent se substituer à un médecin de PMA.

Ainsi, cette notion de manque de connaissances médicales reste discutable, la prise en charge des couples infertiles se situant à la frontière de la médecine générale et de la médecine de la reproduction.

Le manque de temps en médecine générale face à des consultations chronophages a été évoqué par plusieurs médecins.

Ces derniers expliquent que ce type de consultation nécessite du temps pour réaliser correctement un interrogatoire complet, incluant l'homme et la femme, ainsi que l'examen clinique de chacun.

De plus, ce dernier se doit de donner des informations sur le déroulement des différentes étapes, assurer l'accompagnement psychologique des couples et effectuer le travail administratif.

Ce critère non négligeable semble être un frein pour la plupart des médecins interrogés à s'investir dans la prise en charge de ce problème de santé.

De plus, l'absence de prise en considération économique peut être également un frein à un investissement cognitif de la part des généralistes. Une consultation, même longue, est rémunérée 23 euros. Est-ce réellement adapté, en comparaison aux tarifs des consultations des spécialistes ?

4.7 les aspects positifs perçus par les médecins généralistes

Malgré le manque de coordination des soins évoqué par la plupart des médecins généralistes, ces derniers estiment, pour la plupart, que les spécialistes sont accessibles aux questions et qu'ils peuvent les appeler pour poser une question sans difficulté.

Cette dimension semble intéressante à prendre en compte, notamment pour les médecins généralistes isolés, qui prescrivent plus d'examens complémentaires avant d'adresser leurs patients en consultation spécialisée.

De plus, sur les 12 médecins interrogés, onze considèrent l'infertilité comme une **problématique de médecine générale**. Ces résultats sont conformes avec ceux retrouvés dans la thèse soutenue en 2009 à Rennes [18] : 10 médecins sur les 12 interrogés voyaient dans la demande des patients une problématique de médecine générale. Au vu de ces résultats, des mesures pour améliorer la prise en charge en soins primaires paraissent justifiées.

Le médecin de soins primaires est celui qui peut donner une réponse pour 90% des patients, dans 90% des situations ; ce que la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians) définit par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels.

Le médecin généraliste est donc le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires.

La France en 2009 a voté une loi définissant les missions du médecin généraliste dans le Code de santé publique. Celles-ci sont : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Les médecins généralistes devront aussi orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins".

Ainsi, dans notre étude, tous les médecins généralistes interrogés estiment avoir un rôle de de dépistage, orientation et suivi des couples, notion de l'on retrouve dans le concept des soins primaires.

Parmi les propositions faites, la plupart des médecins interrogés souhaiteraient la mise en place d'un référentiel les guidant dans la prescription du bilan initial, qui pourrait peut-être permettre d'améliorer la qualité et la pertinence des prescriptions d'examen de première intention. L'absence d'un référentiel validé destiné aux médecins généralistes représente un vrai problème pour la prise en charge et beaucoup de médecins préfèrent encore adresser aux spécialistes. Deux études britanniques en 1993 [51] et 2001 [52] ont évalué l'impact de la diffusion de recommandations sur la prise en charge de l'infertilité auprès des médecins généralistes. Les patients dont les médecins avaient été formés bénéficiaient d'une prise en charge plus uniforme avec un bilan plus complet et une orientation vers les spécialistes à un moment approprié. Néanmoins, beaucoup d'examen avaient été répétés ou faits dans des laboratoires non agréés, avec un coût non négligeable. La mise en place d'un référentiel, élaboré en collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues et ayant prouvé son intérêt, semble être une proposition à encourager pour améliorer la prise en charge en soins primaires. Elle devra néanmoins faire l'objet d'une évaluation en termes de résultats et de coûts pour s'assurer de sa pertinence.

Ainsi, à travers cette étude, nous pouvons dégager différentes typologies de médecins généralistes en fonction de leurs attitudes face à un couple consultant pour un problème d'infertilité.

- **Le médecin généraliste désintéressé**

Ce type de professionnel se caractérise par un médecin qui estime que ce problème de santé n'est pas du domaine de la médecine générale. Il ne s'occupe pas de ces couples par manque de connaissances ou bien par désintérêt intellectuel. Il s'assure tout de même à adresser les patients dans les meilleurs délais possibles afin de vite passer la main.

Ce type de médecin généraliste est très peu illustré dans notre étude et n'est représenté que par un seul homme.

- **Le médecin généraliste attentionné vis-à-vis de ses patients mais vite limité**

Ce type de médecin généraliste est le plus représenté dans notre étude. Les médecins sont intéressés par ce sujet ou du moins ont envie d'aider leurs patients. Ils entreprennent des démarches diagnostiques actives selon leurs connaissances et assurent le suivi psychologique de leurs patients. Ils se disent vite limités dans l'interprétation des résultats et des techniques existantes mais sont présents pour les couples.

- **Le médecin généraliste investit dans ce problème de santé**

Cette catégorie de médecins est peu représentée dans notre étude mais semble vouloir croître. Elle se caractérise par une jeune femme médecin, pratiquant la gynécologie de manière courante dans son cabinet et de part de son expérience professionnelle ou personnelle, est très investie vis-à-vis de ce problème de santé.

La plupart de ces femmes ont suivies une formation en gynécologie obstétrique récente et leurs connaissances semblent plus solides.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ces médecins vont, tout comme leur patientèle, vieillir et leurs connaissances risquent d'être obsolètes dans quelques années. Cette dimension est d'ailleurs vraie quelque-soit la spécialité, chaque médecin doit savoir entretenir ses connaissances grâce à la formation continue.

5. CONCLUSION

L'infertilité des couples est un problème de santé de plus en plus fréquent, concernant une population avec un âge de plus en plus avancé.

Les médecins spécialistes de l'aide médicale à la procréation restent les référents dans la prise en charge de ces couples et semblent déçus par l'attitude de leurs confrères généralistes concernant l'orientation, l'information et la prescription du bilan de première intention.

Cette thèse a donc été réalisée afin de comprendre les attitudes des médecins généralistes face à un couple consultant pour infertilité, dans le cadre d'une première consultation et dans l'accompagnement de ces patients.

La place du médecin généraliste dans la prise en charge initiale de l'infertilité est reconnue par ses pairs et par les patients. Elle s'inscrit en amont puis en complémentarité de la prise en charge spécialisée. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des patients, de part de son accessibilité géographique et sa place dans le respect du parcours de soins.

Acteur du premier recours, il a le rôle de repérer les couples nécessitant un bilan et une prise en charge spécialisée rapide, des couples qu'il faut juste rassurer et faire patienter.

Cependant, l'abord d'un couple infertile reste une discipline peu évidente pour lui, rarement confronté à cette problématique et faisant face à une patientèle peu ou mal informée.

Les patientes consultent le plus souvent seules, le conjoint est rarement présent lors de ces consultations et le sujet n'est pas toujours abordé de manière explicite par ces dernières.

De plus, le médecin généraliste doit prescrire les premiers examens complémentaires, tout en respectant les recommandations, établies par un comité de spécialistes gynécologues-obstétriciens, pas toujours adaptées à la pratique de la médecine de soins primaires.

La médecine de la reproduction est une science technique, en perpétuelle évolution. L'avancée de la recherche fait partie des obstacles auxquels les médecins généralistes sont confrontés car les connaissances sur le sujet sont le plus souvent limitées, par manque de temps ou désintérêt de leur part.

Cependant, de plus en plus de jeunes médecins s'intéressent à la question et tendent à inverser les pratiques parfois obsolètes.

Par ailleurs, les médecins ont bien conscience de leur rôle d'accompagnement psychologique des couples et revendiquent cette place. Bien que pris en charge de manière optimale sur le plan technique par les centres de PMA, les couples semblent parfois oubliés sur le plan psychologique et se rapprochent donc de leur généraliste pour être soutenus. Cette prise en charge serait probablement plus simple avec une meilleure coordination entre les différents spécialistes intervenants auprès des patients.

Malgré une tâche administrative parfois rébarbative, les consultations de suivi permettent d'accompagner les couples tout au long de leur prise en charge et de se tenir informé de l'avancée des examens.

Cependant, les médecins généralistes de cette étude estiment que les spécialistes sont accessibles aux questions. Cette dimension semble donc pouvoir contribuer à l'amélioration des pratiques de la part des généralistes en termes de prise en charge initiale des couples, d'autant que de plus en plus de jeunes médecins s'intéressent à cette problématique.

Malgré la présence de nombreux biais dans cette étude, nous comprenons que l'abord et l'accompagnement d'un couple en difficultés fait partie intégrante du travail du médecin généraliste et que le nombre croissant de couples devrait faire évoluer les pratiques.

Les médecins de cette étude considèrent ce problème de santé comme une problématique de médecine générale à part entière.

Cependant, cette discipline reste technique et très protocolisée et le généraliste ne peut en aucun cas se substituer au spécialiste. Leur travail est complémentaire : une information claire, un bilan initial adaptés et une bonne coordination des soins serviraient aux patients mais aussi aux différents intervenants.

La diffusion d'un référentiel régional en concertation avec les spécialistes pourrait être une solution complémentaire, permettant de standardiser la prise en charge initiale et ainsi d'aider les médecins généralistes dans leur démarche et leurs prescriptions. Enfin, l'amélioration de la communication entre les différents intervenants semble incontournable pour permettre aux médecins généralistes de ne plus se sentir écartés de la prise en charge de l'infertilité.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. The epidemiology of infertility: report of a WHO Scientific group. Geneva: WHO Technical Report Series no. 582, 1975.
2. PONCELET et al. Épidémiologie de la fertilité féminine – Springer.2011.
3. Rémy SLAMA, Béatrice DUCOT, Niels KEIDING, Béatrice BLONDEL, Jean BOUYER. La fertilité des couples en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, février 2012 : n° 7-8-9
4. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2013, Tome III, Conseil National de l'Ordre des Médecins, tableau n°76 p156.
5. Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 36.
6. ATTALI C., HUEZ JF., VALETTE T., LEHR-DRYLEWICZ A.- les grandes familles de situations cliniques- Exercer 2013 ; 108 :165-9
7. SOUTER V. L., A survey of infertility practices in primary care in Scotland, British Journal of General Practice, 1997; 47, 727-728.
8. TRIMECH Adnene. Place du médecin traitant dans la prise en charge du couple infertile. 2013. Disponible sur: http://www.lehavresante.net/FMH_doc/2013/dr_trimech.pdf
9. MERVIEL P. Stérilité du couple. Conduite à tenir de la première consultation. La revue du praticien de médecine générale. 31 janv 2003;(4):429-35.
10. ANTOINE Jean Marie. Infertilité : ce que peut faire le médecin généraliste | Les Entretiens de Bichat 2012. Disponible sur: <http://www.lesentretiensdebichat.com/liste-publications-premium/gynecologie-obstetrique/infertilite-ce-que-peut-faire-le-medecin/> 2012
11. ROSSIN B. Explorations du couple infertile. 15 mars 2006;(5):479-90.
12. HERNU-DAZIRON D., Prise en charge initiale de l'infertilité en soins primaires : Revue de la littérature, Th : Méd. : Toulouse ; Septembre 2011.
13. DENIS OURGHANLIAN G. Optimisation et restauration de la fertilité: une réponse à l'hypofertilité des couples par une médecine en partie réalisable au cabinet de médecine générale. Th : Méd. Toulouse ; Juin 2011.
14. GUIBERT J. suspicion d'infertilité du couple. 24 avr 2007;(768):445-8.
15. HAS. Projet de Grossesse : informations et messages de prévention. Sept 2009
16. AMAR A, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, La prise en charge du couple infertile, Recommandations pour la pratique clinique, 2010;39:S1-S342.

17. NGUYEN NGOC N., Difficulté de la prise en charge des problèmes de fertilité en médecine générale : enquête qualitative. Th : Méd. : Rennes ; Octobre 2009.
18. LUNION A. Entre attente des couples et recommandations : quelle implication possible pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité ? Th: Med. Nantes; Décembre 2008.
19. WHITMAN-ELIA GF., A primary care approach to the infertile couple, The Journal of American Board of Family Practice, 2001; 14:33– 45.
20. AGENCE DE BIOMEDECINE. Liste des centres agréés en AMP autorisés à pratiquer au 18 novembre 2013.
Disponible sur http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/liste_ampclin_181113.pdf
21. BLANCHET A, GOTMAN A. L'entretien : l'enquête et ses méthodes - 2e éd. Paris: Armand Colin; 2007.
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
23. Eureval. Réaliser un entretien semi directif. 2010. Disponible sur:
http://www.eureval.fr/IMG/File/FT_Entretien.pdf
24. BONNEFOY V., GICQUARD N., POUPON M., SEMEOURBE F. Accès aux soins de premier recours dans les pays de la Loire. Déc. 2013 ; numéro 124
25. Folates et désir de grossesse-informer et prescrire au bon moment. INPES. 2009
26. HAS, Projet de grossesse : informations, message de prévention, examens à proposer, Document d'informations pour les professionnels. Septembre 2009.
27. CNGOF. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. Maladies sexuellement transmissibles. 2000
28. Direction de l'information légale et administrative - premier ministre. Peut-on bénéficier d'une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie ? service-public.fr. 2013
29. Observatoire Thalès et EPPM. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes en mai 2000. Consulté le 15/12/2012 sur le site du CNGOF : la Prise en charge des femmes françaises. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
30. EECKELEERS P., Bilan d' hypo (in-)fertilité du couple en médecine générale, La Revue de la Médecine Générale, 2007, volume 246, 438-445.
31. CAHILL DJ., Management of infertility, British Medical Journal, 2002; 325:28–32
32. SMELLIE WS., Best practice in primary care pathology : investigations of subfertility, J. Clin Pathol, 2006;59:898-902.

33. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems. Clinical Guidelines commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Février 2004.
34. ITTNER E., Management of involuntary childlessness in general practice: Patients' and doctors' view, *British Journal of General Practice*, 1997; 47(415):105-6.
35. GANESHSELVI P., How can infertility be managed in General Practice? a review *Obstetrics and Gynaecology*, 2005.
36. WHITMAN-ELIA GF., A primary care approach to the infertile couple, *The Journal of American Board of Family Practice*, 2001;14:33– 45.
37. HAS, Diagnostic biologique sur l'infection à Chlamydia Trachomatis, Avis sur les actes. Juillet 2010.
38. WILKES S., Patient and professional views of open access hysterosalpingography for the initial management of infertility in primary care. *British Journal of General Practice*, Mai 2009.
39. HAMDAD F., Diagnostic d'une infection uro-génitale à Chlamydia Trachomatis, Apport des techniques d' amplification génique. *Progrès en Urologie* (2005), 15, 598-601.
40. GREENDALE G.A., The relationship of Chlamydia trachomatis infection and male infertility. *Am. J. of Public Health*, July 1993 ; 83 : 996-1001.
41. LOURDELE E., MERVIEL P. Baisse de la fertilité avec l'âge. Dossier fertilité, grossesse et âge. Informer les couples. *La revue du praticien* 2010; 60: 814-819.
42. KEITH A.FREY, Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician, *Mayo Clinic Proc*, 2004;79(11):1439-1443.
43. KAMEL Remah M., Management of the infertile couple : an evidence-based control, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 2010.8:21.
44. GANESHSELVI P., How can infertility be managed in General Practice? a review; *Obstetrics and Gynaecology*, 2005.
45. OHL J *et al.* Impact de l'infertilité et de l'Assistance Médicale à la Procréation sur la sexualité. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2009 ; 37: 25-32.
46. COEFFIN-DIOL C, GIAMI A. L'impact de la fertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature. *Gyn Obst Fertil* 2004; 32: 624-637.
47. FASSINO S, Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples : a controlled study. *Hum Reprod* 2002, Nov 17(11):2986-94.
48. ALESI R., Infertility and its treatment : an emotional roller coaster, *Aust Fam Physician*. 2005 Mar;34(3):135-8.
49. MARTIN N. Infertilité : les patientes se confient-elles à leur médecin traitant ? *Th : Méd. : Toulouse*; 2008; 109.

50. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La demande de soins - infertilité, Gynécologie et santé des femmes - mai 2000.
51. EMSLIE C., Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? *British Medical Journal*, 1993, vol 360, 1728-1731.
52. MORRISSON J., Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care secondary care interface, *British Medical Journal*, 2001;322(7297):1282-4.
53. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961 ; 265 : 885-92.
54. Giet D. Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale. *Rev Med Liege* 2006 ; 61 : 5-6 : 277-284.
55. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard Lyon 1, 2006, 79 p.
56. Landolt-Theus P. Etude statistique complète des malades vus en un an dans un cabinet de médecine générale. *Allgemein medizin* 1986 ; 15 : 71-80. (traduit en français dans *Documents de Recherches en Médecine Générale* 1998, n°30).
57. Andral J. Un relevé des morbidités en médecine générale selon la « Kasugraphie » du Pr RN Braun durant les années 1994 et 1995. Groupe IMAGE, Ecole Nationale de la Santé Publique.
58. Observatoire de Médecine Générale. [en ligne]. Disponible sur : <http://omg.sfmng.org/>. Logan WP. Morbidity
59. Takefman J., Ph. D. Problèmes psychologiques liés à l'infertilité masculine, 2009
60. Schover, L. R., S. Richards & R. L. Collins. Psychological aspects of donor insemination: Evaluation and follow-up of recipient couples. *Fertil Steril*, 1992; 57: 583-90
61. Kedem P, Mikulincer M, Nathanson YE, Bartoov B. Psychological aspects of male infertility. *Br Med Psychol* 1990 ; 63 : 73-80. 18
62. Hoerni B., Pratiques médicales et sexualité, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins , décembre 2000
63. Binder-Foucard F., Systèmes de santé de l'union européenne, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, 2011
64. Phillips SP, Schneider MS, Sexual harassment of female doctors by patients –*N. Engl. J. Med.*, 1993, 329, 1936-9
65. Observatoire des inégalités. La précarité de l'emploi selon l'âge. 30 décembre 2013
66. EVRARD A., REBOUL JL, Une précarité accrue pour les jeunes sans diplôme, Insee Picardie, 2010
67. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot, 2009: 419p.

7. ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Le guide d'entretien

Sexe :

Age

Lieu d'exercice :

Année d'installation :

1) raconter moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

- *Vous a-t-on déjà consulté pour infertilité ?*
- *Comment cette consultation s'est déroulée ?*
- *Quelle est votre démarche diagnostique devant une infertilité (Interrogatoire homme /femme, Examen clinique homme/femme, Examens complémentaires)*
- *Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?*
- *Les patients viennent-ils le plus souvent à deux ou bien séparément dans le cadre d'une première demande ?*

2) que pensez-vous de la coordination et de la continuité dans ce parcours (de la demande à l'arrivée ou non d'un enfant) ?

- *Quel est selon vous le délai de prise en charge d'un couple infertile ?*
- *Vers quel(s) spécialiste(s) adressez-vous vos patients ?**
- *Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?*
- *quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques utilisées en Procréation médicalement assistée ?*
- *connaissez-vous les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité ?*

3) vous- sentez-vous compétent dans ce genre de problème de santé ?

- *Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?*

4) Selon-vous, quel est votre place dans la prise en charge de ces couples, face à cette médecine technique de PMA ?

5) Selon vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

- *Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?*

7.2 Annexe 2 : Les entretiens

7.2.1 Entretien M1

Femme- 36 ans- médecine générale- exercice rural

Durée de l'entretien : 23 minutes

Lieu de l'entretien : cabinet médical

Centre PMA le plus proche : 30 minutes

Année d'installation : 2009

1) **Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité**

Mmh... Je suis plusieurs couples en ce moment pour ça.

Le plus récent, c'est un couple avec un problème d'infertilité masculine pure.

La grossesse vient d'être obtenue par don de sperme, au bout de la troisième insémination.

- **Comment s'est déroulée la première consultation ?**

[Silence] La patiente que je suis depuis plusieurs années, est venue me voir il y a deux ans car elle n'arrivait pas à tomber enceinte. Ça faisait deux ans qu'ils essayaient.

Le monsieur n'était pas un de mes patients au départ mais l'est devenu par la suite.

On a débuté le bilan au bout de quasiment deux ans... c'était un jeune couple, ils avaient moins de 35 ans l'un et l'autre.

J'ai commencé par prescrire un bilan hormonal et une écho pour madame. Tout était normal.

J'ai prescrit un spermogramme pour monsieur. Il n'était pas bon, donc je les ai adressés vers un centre de PMA.

- **Les patients viennent-ils le plus souvent à deux ou bien séparément dans le cadre d'une première demande ?**

Ça m'arrive souvent de pas voir les maris. C'est souvent les femmes qui consultent pour des problèmes d'infertilité et on voit rarement les hommes.

J'ai prescrit un spermogramme en discutant avec la femme. Le monsieur, je l'ai vu après, pour les résultats du spermogramme car ils ont compris que c'était pas bon.

[Silence] On voit de tout en matière d'infertilité. Il y en a parfois qui viennent très tôt. J'ai vu y'a pas longtemps une jeune femme en consultation qui s'inquiétait car elle était pas tombée enceinte au bout de 2 mois. [rires]

Par contre, j'ai déjà vu une femme de 48 ans qui voulait un enfant qui n'y arrivait pas ! et là, je vous assure que c'est dur de lui dire que c'est sûrement foutu ! [rires]

[silence] On a un rôle diagnostique, c'est évident, mais, je pense qu'une grosse partie de notre travail c'est de les accompagner sur le plan psy.

[silence] Le dernier couple dont je parlais a vécu un vrai parcours douloureux. C'était très dur. La patiente même fait une conversion hystérique, sur des problèmes ORL.

[silence] Pour ce couple-là, c'était très long.

Je fais beaucoup de gynéco et je suis beaucoup de patients jeunes, donc je me rends compte que j'en ai pas mal en fait...

J'ai en ce moment trois patientes enceintes issues d'histoires très compliquées.

- **Quelle est votre démarche diagnostique lors de la première consultation ?**

En général, j'interroge mes patientes avant tout : le travail qu'elles font, celui de leur conjoint, les expositions aux toxiques, l'âge, les antécédents chirurgicaux.... etc

J'aborde aussi la question du sport, surtout chez les messieurs qui font du sport intensif.

[silence] Je demande un bilan bio hormonal de base et une écho pour la femme. Pour l'homme, un bilan hormonal et un spermogramme. Ça s'arrête là !

Sinon, je remets à jour l'examen gynéco si besoin mais en général, c'est des femmes que je suis donc, les frottis sont à jour.

- **Quel est, selon-vous, le délai de prise en charge d'un couple infertile? Vers quels spécialistes adressez-vous vos patients ?**

[silence] Ça dépend, je travaille avec Jules verne, une gynécologue de ville, Dr D. , la PCA ou le CHU.

En fait, ça dépend du couple et de leurs emplois du temps.

C'est pas toujours gérable au niveau des horaires de chacun. C'est comme même assez lourd comme emploi du temps.

Pour le délai, ça dépend de l'âge. En général, j'attends deux ans chez une femme jeune, c'est-à-dire, moins de 35 ans.

Mmh... Après, lorsqu'ils sont très insistants, j'attends moins. Ça m'arrive même de faire des courbes de température très rapidement pour les faire patienter un peu... mais c'est plus pour les rassurer.

- **Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?**

J'aborde facilement cette question lorsque je suis les patientes depuis longtemps. Je les vois pour la contraception, les suivis de frottis... donc je pose cette question... mais ça les surprend un peu des fois.[sourires]

[silence] Je pense à une patiente qui a 33-35 ans, avec un antécédent de cancer du sein chez sa mère et qui n'est toujours pas enceinte... et là oui, je lui ai demandé où elle en était dans sa démarche. Ça me semble important... si elle veut un enfant, je vais l'inciter à y penser rapidement.

[silence] Je l'demande pas tout l'temps. Ça dépend des rapports que je peux avoir avec chacune... des affinités quoi !

- Que dites –vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée? Quels conseils leur donnez-vous ?

De ne pas se prendre la tête.... ! De faire l'amour le plus souvent possible ! [rires]

Je leur dis à quoi ils doivent s'attendre.... Qu'ils vont être reçus par un médecin qui va leur poser beaucoup de questions personnelles et qu'ils vont débiter un série d'examens...

Mais je leur dis que je suis là s'ils ont besoin de moi ! Même pour parler !

[Long silence]

Sinon, dès que j'enlève un stérilet, je demande dans quel but elles veulent le retirer, et si c'est pour un désir de grossesse, je les supplémente en acide folique, systématiquement.

Mmh... sinon, je pense aux vaccins.... Souvent, c'est des patientes que je suis généralement depuis plusieurs années donc elles sont à jour en général.... comme les frottis d'ailleurs... enfin, j'essaye [rires]

[long silence]

Ah oui..... j'allais oublier ! je parle du tabac ! toujours. Pour madame et monsieur !

Je leur explique l'impact négatif sur la fertilité. J'insiste beaucoup sur ce point. Histoire de sensibiliser les deux ! [sourires]

2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?

Pas toujours. On sait pas toujours quand les patients entrent en protocole. Certains gynécos nous le disent, d'autres non.

[Silence] Les patientes ne sont jamais arrêtées après une FIV. C'est comme même une anesthésie, c'est psychologiquement compliqué. J'ai une patiente qui travaille de nuit, donc vous imaginez, elle sort de son anesthésie et elle doit aller travailler de nuit juste après ! C'est pas toujours adapté.

Non seulement on n'a pas toujours de retours et en plus ils ne les arrêtent pas ! Du coup, on s'retrouve avec une femme qui sort du bloc, qu'est pas bien et qui nous appelle car elle peut pas aller travailler....

[silence] des-fois, on fait même des arrêts de travail sans les voir !

Y'en a certains qui nous informent où en sont nos patients, mais la plupart du temps, on ne sait pas.

[silence] J'ai des nouvelles quand c'est bon, car les patientes prennent le téléphone et nous tiennent au courant. Par contre, quand ça marche pas, on n'a pas de nouvelles. C'est dommage !

C'est important pour nous de savoir car il y a un accompagnement à côté qui est important, je veux dire sur le plan psy. Et si on est pas informé de leur parcours, on peut pas faire notre boulot et les aider.

Mmh... Pour certaines, y'a une prise en charge psy organisée par les centres spécialisés, je sais pas si c'est le cas du CHU. Mais la plupart du temps, c'est très léger.

Jme souviens d'une patiente que j'ai suivie pendant plus d'un an après les échecs de tentative de FIV ; c'était purement de la psy ! C'était violent ! Elle va mieux maintenant, mais si nous les médecins généralistes on n'avait pas été là, je sais pas comment elle s'en serait sorti cette femme.

On a été obligé de décrocher du domaine spé pendant un moment car elle allait vraiment pas bien. Il fallait absolument soigner le côté psy avant de repartir dans les tentatives de FIV et tout... !

- **quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques utilisées en Procréation médicalement assistée ?**

S'ils sont demandeurs, je leur explique les techniques... je rentre dans les détails. En même temps, ils regardent beaucoup sur internet, donc ils posent beaucoup de questions... [rires]

[silence] souvent, j'les revois juste après la première consultation spécialisée, pour « traduire » le jargon des spécialistes. Faut avouer que souvent ils comprennent rien quand ils ressortent du chu ! rires

- **Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?**

Mmh... Oui et non.

Souvent, c'est des grossesses entre guillemets à risque, donc elles sont suivies par les gynécos. Quand je dis à risque, c'est qu'elles sont souvent gémellaires, donc là je ne les suis pas.

Pour les autres, je les suis souvent jusqu'à la déclaration de grossesse puis après, je les suis conjointement avec les gynécos.

En tous cas, ça me fait pas peur de les suivre.

Mais bien souvent, elles ont un pied chez les gynécologues donc elles poursuivent leur suivi de grossesse là-bas.

[silence] En fait, je les suis pas beaucoup. Non pas parce que ça fait peur, mais parce qu'elles ont débuté leur suivi ailleurs.

Par contre, je suis souvent le bébé... et là, c'est le bonheur !

3) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Oui, c'est un sujet qui m'intéresse... pour l'avoir vécu.

Ça m'intéresse sur le côté technique, car ça me parle, et sur le côté psychique... Je trouve qu'ils sont assez mauvais comme même, du moins ils l'étaient !

L'accompagnement psychologique...zéro !

Je me sens concernée.

Quand je reçois des courriers des spécialistes, je les regarde... en détails. Je suis le stade, le nombre d'embryons remplacés... ça m'intéresse vraiment.

- **Connaissez-vous les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité ?**

Oui...

je sais que la prise en charge à 100% existe. J'en ai déjà rempli en tous cas.

Mhh.. Souvent, c'est quand même fait par les gynécos.

4) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Oui, moi ça m'intéresse beaucoup, donc oui ! sans hésiter !

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?

Notre place est d'accompagner ces gens et surtout de les guider dans cette aventure. On essaye de leur donner les bonnes adresses pour la prise en charge spécialisée mais on continue à les suivre sur le plan psychologique, car si on ne le fait pas, personne s'en charge !

Le plus difficile pour nous, c'est qu'on suit les patients au début, on leur ouvre des possibilités de prise en charge, et après.... On les perd de vue complètement !

C'est un événement de vie super compliqué pour ces gens..... J'aimerais bien y participer d'avantage, mais on est tout de suite shunté !

Et puis, il faut avouer que c'est pas une pathologie qu'on rencontre tous les jours non plus.... On a peut-être pas tous les bons réflexes non plus....

- **Avez-vous des questions ? Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?**

Mhh... Faudrait qu'y ai plus de retours de la part des spécialistes pour qu'on aide les patients, qu'ils soient pris en charge dans leur globalité, et pas que sur le plan technique.

J'ai une patiente qui a récemment changé de centre car elle a l'impression d'être un numéro. Elle voulait qu'on lui explique les choses, tout simplement, ça n'a pas été fait dans le premier centre.

Des fois, les patients ressortent avec de belles ordonnances de bilans à faire et des dates de rendez-vous mais ils savent pas pourquoi, comment... les patients sont pas bêtes, ils ont juste besoin qu'on prenne du temps pour leur expliquer les choses.

[silence] En tous cas, vous avez de la chance car votre sujet est super intéressant !

Aspects non verbaux :

Médecin interrogée calme, très discrète.

Assise à son bureau, face à moi.

Les réponses étaient simples, peu développées avec nécessité d'une relance régulière.

Très agacée lorsque nous avons abordé le thème de la coordination et la continuité des soins.

Semblait en colère après le système : vécu personnel ?

7.2.2 Entretien M2

Homme- 49 ans- médecine générale- exercice rural

Durée de l'entretien : 20 minutes

Lieu de l'entretien : cabinet médical

Centre PMA le plus proche : 1h30

Année d'installation : 2000

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

[Silence] C'était en octobre 2012.

C'était un jeune couple d'une trentaine d'années...

[Silence] ils sont venus me voir pour un renouvellement de traitement et ils en ont profité pour me parler de leurs difficultés.

Je suis l'homme pour une dépression. Il est sous paroxétine mais je connais pas madame.

Je me suis pas occupé d'la femme car elle était pas ma patiente...

[Silence] J'ai fait réaliser un spermogramme à la demande du spécialiste que j'ai appelé pendant la consult' et un bilan bio (NFS, plaquettes, CRP, TSH).

Je me suis pas lancé dans un bilan hormonal à la recherche d'un panhypotuytarisme ou je ne sais quoi..., il ne faut pas exagérer.

[Silence] Je me suis posé la question de l'implication de la paroxétine dans les troubles de la fertilité. On a essayé d'arrêter le traitement pendant quelques mois mais ça a pas donné grand-chose.

[Silence] J'ai juste trouvé un effet secondaire avec diminution de la libido dans le vial.

[Silence] Le spermogramme était pas normal... je l'ai adressé directement en consultation à la PCA à Nantes.

[Silence] J'ai reçu un courrier du service il y a quelques mois... je sais qu'ils sont toujours suivis. Sa femme est en cours de traitement pour une stimulation ovarienne.

[Silence] En même temps, le bilan d'infertilité, c'est pas mon travail !

Par contre, je pense que notre rôle est de répondre rapidement à la demande... Tout c' qui est du domaine de la procréation, c'est très « touchy » et les gens nous en veulent si on réagit pas assez vite.

[téléphone]... Enregistrement interrompu

où j'en étais ? [Silence] ah oui...j'ai eu aussi à traiter un autre cas :

Une dame de 38 ans... elle avait des douleurs abdos depuis longtemps. Au bout de plusieurs examens, ça a révélé une endométriose avec une stérilité tubaire.... ! [Silence]

C'était une vraie perte de chance pour cette femme ! [Soupirs]

Je l'ai adressé en consultation pour infertilité mais ça a rien donné.

[Silence] J'ai vu un couple qui quand j'ai commencé à les prendre en charge, ils étaient déjà suivi par le centre de PMA de Nantes.

Mon rôle était de remplir des arrêts de travail pour madame.... [Soupirs] Un jour, j'en ai eu marre donc j'ai refusé. Le couple a changé de médecin traitant. [rires]

On était dans des réactions complètement excessives !

Une fois pris en charge par les spés, nous, les médecins généralistes, on intervient plus du tout... D'ailleurs je comprends pas quel est mon rôle à part faire des arrêts de travail ?

En même temps, chacun son travail. La prise en charge de l'infertilité, c'est pas mon boulot !

J'ai pas envie de partir dans un bilan extensif... les services spé ont leurs habitudes et leurs protocoles.

[téléphone]... enregistrement interrompu

Voilà, en général, je fais rien de plus.... [silence]

Je demande juste une bio pour les deux et un spermogramme pour monsieur.

[Silence] En général, la femme est suivie par un gynéco... elle aborde le sujet avec lui.

A notre niveau, la demande vient plus de l'homme je trouve... c'est peut-être parce que je suis un homme ! [rires]

Pour moi, tout se fait en milieu spécialisé. C'est une perte de temps.

Je fais pas de gynéco. Je refuse d'un point de vue médico-légal ! Du coup, je suis pas amené à prendre en charge ce genre de problèmes souvent.

- **Quel-est selon-vous, le délai de prise en charge d'un couple infertile ?**

Mmh... je pense qu'il faut pas attendre plus de 6 mois, quelque-soit l'âge des gens.

C'est politique ! Par psychologie élémentaire : Je me mets à la place des gens.

[Silence] y'a un réel problème d'infertilité de nos jours (peut-être à cause des expositions professionnelles ?)

[Silence] C'est pas si rare que ça de voir des couples en difficultés. Il faut pas attendre un an.

Ch'suis assez proactif à ce niveau-là. J'me méfie beaucoup des anciennes recos disant qu'il faut attendre 18 mois avant de lancer un bilan.

Pour moi, un des premiers rôles du médecin généraliste est de poser des diagnostics ! C'est pour ça que j'attends pas pour adresser mes patients.

- **Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? quels conseils leur donnez-vous ?**

« Faites l'amour ! »

[Silence] Le dernier couple dont j'me suis occupé avait un problème à ce niveau-là. Ils étaient pas assez actifs. D'après les confidences de monsieur, y' avait pas assez de rapports mais a priori...suffisamment pour concevoir.

Je suis pas convaincu que les conseils qu'on peut donner sur l'hygiène de vie soient si bénéfiques que ça. Je pense que c'est juste pour faire bien ! [rires]

[Silence] Sinon, je prescris aucun traitement. Pour moi, l'acide folique se prescrit juste avant et pendant une grossesse.... J'me trompe ?

[Silence] Sinon, je leur explique rapidement ce qui les attend là-bas.... Les techniques qui existent quoi... sans rentrer dans les détails car je suis pas un technicien.

[Silence] je pense que ça permet de donner un espoir aux gens, sachant qu'il faut donner un espoir « raisonnable », « nuancé ».

Je reste volontairement flou, car je veux pas que le problème retombe sur moi ! [rires]

Comment abordez-vous la question du désir d'enfants avec un couple ?

[silence]

Je n'aborde jamais cette question... c'est trop perso ! c'est trop déplacé comme question !

2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?

Non, on n'est jamais au courant de c'qui s'passe, mais c'est normal... En même temps, chacun son travail. La prise en charge de l'infertilité, c'est pas mon boulot ! [rires]

3) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Non, mais en même temps je cherche pas à l'être.

[Silence] Je pense que je suis réactif et c'est ça qui compte.

4) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Non. C'est pas not'métier.

Pour moi, la médecine générale est faite pour poser des diagnostics, mais pas ce genre de diagnostics.

Le système de santé voudrait qu'on soit le premier interlocuteur des patients mais en fait on existe car il faut des médecins de soins primaires pour les pathos courantes. Notre boulot, c'est d'orienter correctement les patients... pas d'être des spécialistes de la procréation ! [rires]

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?

Aucune ! [rires]

- Avez-vous des questions ? Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?

Non aucune... mais je vous souhaite bon courage ! [Rires]

Aspects non verbaux :

Entretien au cabinet, médecin assis face à moi.

Mal à l'aise, réponses très brèves à mes questions. N'a pas voulu entrer dans les détails.

Semblait désintéressé de la question.

A consulté son ordinateur tout le long de l'entretien, a répondu 2 fois au téléphone.

7.2.3 Entretien M3

Homme- 55 ans- médecine générale- exercice rural

Durée de l'entretien : 30 minutes

Lieu de l'entretien : domicile du médecin

Centre PMA le plus proche : 1h30

Année d'installation : 1988

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

[Silence] La dernière histoire ressemble à toutes les autres... J'ai une patientèle assez jeune et je fais pas mal de gynéco et de pédiatrie.

Je fais moins d'obstétrique qu'avant car maintenant les sages-femmes participent beaucoup au suivi des grossesses.

[Silence] L'hypofertilité est un sujet qui est facilement abordé et je suis assez à l'aise pour en parler.

[Silence] La dernière fois, c'était un couple qui est venu me voir car ils s'impatientaient... mais ça faisait qu'un an qu'ils essayaient d'avoir un enfant ! La femme avait déjà trois enfants d'une première union et elle venait de s'remarier.

[Silence] J'ai appris qu'y avait pas lieu de faire des bilans avant deux ans... du coup, j'les ai rassurés. J'leur ai proposé de commencer un bilan au bout d'un an d'essais, mais parc'qu'ils étaient impatients ! [rires]

- Quelle a été votre démarche diagnostique lors de cette première consultation ?

[Silence] Pour le bilan, j'ai tendance à en proposer moins qu'avant... je m'dis que si je les adresse à un confrère spécialiste plus compétent que moi, il risque d'y avoir redondance dans les examens. Mais je suis capable de prescrire d'avantage... même si je pense que je devrais certainement remettre à jour mes données. Il faut dire que les consensus évoluent très vite et que c'est pas toujours simple de se mettre à jour.... J'aimerais bien que les spécialistes l'entendent ça...(quelque-soit leurs domaines d'ailleurs !). [rires]

[Silence] pour eux, J'ai commencé par examiner madame. J'ai fait un examen général et gynéco, bien sûr !

J'ai prescrit une bio standard pour rechercher une maladie générale. (diabète, dysthyroïdie...)...[Silence] pour elle et lui.

Après, j'ai prescrit des courbes de température pour elle....sur 3 mois et une écho pelvienne. Je voulais rechercher maladie kystique ou une anomalie quelconque...

Chez elle, je me souviens avoir prescrit un traitement pour régulariser les cycles. Elle avait cycles très longs. J'ai mis du duphaston.... Il m' semble !

Pour le monsieur, j'ai prescrit un spermogramme... en même temps que l'écho. [Silence] J'avoue que je sais pas bien interpréter les résultats.

[Silence] Je réexplique souvent aux couples comment fonctionnent les cycles, qu'elle est la meilleure période pour avoir des rapports.

[Silence] Ça m'est déjà arrivé de prescrire un inducteur de l'ovulation... y'a longtemps, au début de mon installation. Je pense pas que je le referai aujourd'hui...

J'peux dire que j'ai pas des habitudes standardisées... si je tombe sur une anomalie aux premiers examens, je vais m'arrêter et les adresser directement aux spécialistes.

[Silence] Voilà c'que je m'autorise à prescrire, au-delà, j'estime que c'est plus de mon ressort....

- **Les patients viennent-ils le plus souvent à deux ou bien séparément dans le cadre d'une première demande ?**

[Silence] Mmh...En général, c'est la femme qui consulte toute seule au début... c'est rarement même jamais l'homme tout seul... parfois c'est les deux, dès le début, mais c'est rare comme même !

- **Quel est, selon-vous, le délai de prise en charge d'un couple infertile ? Vers quels spécialistes adressez-vous vos patients ?**

[Silence] j'ai notion qu'à partir de 35 ans, faut s'affoler un peu. Dans ce cas-là, j'attends pas deux ans avant de débiter un bilan, sinon, je tempore.

[Silence] par contre, si une patiente de 47 ans vient me voir pour être aidée à être enceinte, je me permettrai pas d'la juger...

Je pense qu'il y'a des experts qui sont là par la suite pour leur expliquer que la grossesse risque d'être plus compliquée à obtenir à 47 ans qu'à 25 ans....

[Silence]

- **et pour les spécialistes ?**

CHU ou en clinique privée... sur Nantes.

[Silence] J'ai tendance à adresser moins aux gynécos de ville car j'me dis qu'il faut une équipe derrière....

Je veux adresser mes patients à une équipe compétente. Je pense que c'est pas intéressant d'avoir un avis spé qui peut pas prendre en charge les couples derrière.

Autant faire une pierre deux coups ! [rires]

- **Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?**

Ça, c'est pas toujours simple...mais j'essaye. Surtout avec les femmes que je connais depuis longtemps. En général, ça se fait lors d'une consultation annuelle, genre, pour les certificats de sport ou la contraception.

Je leur demande où elles en sont dans cette démarche.

J'y pense car on va prescrire de l'acide folique derrière donc... ça me semble important !

[silence] Peut-être pas avec toutes mes patientes...mais la plupart en tous cas.

- 2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?**

Non...Le retour des spécialistes est pas toujours présent. Je m'attends pas forcément à un courrier à chaque fois qu'il y a une tentative non plus... mais un minimum d'infos, ça serait bien !

Dans l'ensemble, je trouve que la coordination des soins est peu présente...mais ça me dérange pas trop, car c'est plus mon domaine.

De toute façon, je vois régulièrement mes patients pour des problèmes X, du coup, je leur pose la question à ce moment-là.

[Silence] Par contre, quand une famille déménage dans une autre région ou change de médecin, on est amené en tant que médecin généraliste à regrouper le dossier médical.... Et là, les infos manquent !

- **Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?**

Non. C'est des grossesses considérées comme « grossesses précieuses »... en général, c'est les gynécos qui les suivent.

Ça me dérange pas de les suivre.... Mais en alternance et en coordination avec le gynéco.

- **Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?**

J'insiste sur leurs motivations....je leur dis que le chemin va être difficile... je veux m'assurer qu'ils sont prêts !

sinon, J'leur dis de vivre une sexualité normale... sans trop se poser de questions. C'est ça le plus dur ! [rires]

[silence] ah si, j'essaye de penser aux vaccins. Je les vérifie souvent grâce au logiciel informatique....

Du moins j'essaye ! [rires]

C'est à peu près tout.... J'ai pas de conseils d'hygiène de vie spécifique en tête.

3) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Mmh... Oui, je pense savoir débiter les choses mais il faudrait certainement que je remette mes connaissances à jour. [Silence] Je rencontre ce problème environ 2-3 fois par an, c'est tout !

Je m' suis un peu désengagé dans la prescription des bilans... j'estime que les spécialistes sont là pour ça et qu'ils font ça mieux que moi. J'me suis pas informé depuis longtemps.

[Silence] J'veux bien débiter les choses mais passer très vite la main.

4) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ? Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ?

Oui, mais c'est une problématique à la frontière de la médecine générale.

On est concerné mais on est très vite à la limite de notre domaine de compétences.

[Silence] On est compétent, on sait faire des choses mais on doit être en coordination avec les spécialistes.

Je pense avoir ma place pour accompagner les couples... débiter les choses et passer la main dans de bonnes conditions.

Et puis, je dois être présent pour répondre à leurs questions tout au long du processus.

Très souvent les patients viennent pour qu'on traduise le « jargon » des spécialistes. [rires]

[Silence] Les patients viennent aussi nous voir pour les arrêts de travail...[rires] c'est pas le côté le plus sympathique !! [rires]

La principale difficulté pour les médecins généralistes, c'est de garder un pied dans la prise en charge de ces gens. Les spécialistes nous oublient vite !

Faut pas oublier qu'on fait tout le boulot !! enfin, j'veux dire que, nous, on pose les questions qui dérangent ! « comment faites-vous l'amour, ou, voulez-vous des enfants ou jour.... ? »

Quand les spécialistes les voient, les couples ont déjà fait la démarche de se faire aider.... C'est pas pareil !

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?

Pour moi, c'est très simple:

Avoir l'ouverture et la disponibilité pour accueillir et rencontrer le couple, qu'il puisse (séparément ou ensemble) accueillir cette difficulté et pouvoir en parler.

Faire le point de la situation, ce qui a été fait et par qui, ce qui reste à faire, ce qu'ils souhaitent. Etre apte à prescrire un bilan de première intention.

Enfin, déterminer le choix d'un correspondant spécialiste disposant d'un plateau technique adapté

- **Avez-vous des questions ? Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?**

Oui... Qu'est c'que les spécialistes voudraient qu'on prescrive avant de les adresser ?.... y'a des recos officielles ? ça serait pas mal d'avoir un petit résumé... histoire de pas faire n'importe quoi mais de faire quelque-chose comme même !

Et sinon... lire la thèse ! [rires]

Aspects non verbaux :

Entretien au domicile du médecin, assis l'un en face de l'autre sur un canapé.

Médecin à l'aise, prenant du temps pour réfléchir à mes questions avant de répondre.

Médecin détendu, souriant.

7.2.4 Entretien M4

Homme-55 ans- médecine générale- exercice urbain- périphérie de grande ville.

Durée de l'entretien : 30 minutes

Lieu de l'entretien : cabinet médical

Centre PMA le plus proche : 20 minutes

Année Installation : 1990

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

J'ai pas de souvenir précis... mais j'ai réfléchi à votre question avant notre entretien.

La place que je m'accorde dans cette problématique, c'est « repérer, conseiller, orienter ».

Repérer : je pense qu'il faut aborder la question du désir d'enfants dès lors qu'on s'trouve face à une jeune femme. Ça peut se faire dans le cadre d'une consultation autour de la contraception par exemple... Savoir où elle se situe par rapport à son désir de grossesse.

[Silence] Il faut les repérer assez tôt pour pouvoir rester dans des délais appréciables et pertinents.

Je suis pas certain qu'il faut attendre la plainte de la patiente...

[Silence]

Conseiller : il faut leur expliquer quels sont les délais « normaux » pour concevoir et surtout les prendre en charge rapidement. On peut toujours leur donner des conseils sur la fréquence des rapports, les cycles... et tout ça. je pense qu'y a beaucoup d'infos à leur donner.

[Silence]

Orienter : nous avons le devoir d'orienter les gens quand ça va pas. Je pense qu'on peut débiter un bilan d'approche pour ces couples infertiles.

[Silence]

J'insiste sur le terme « couple » car ça va de soi qu'à partir du moment où il y a une demande pour prise en charge d'une infertilité, il faut impliquer le partenaire tout de suite...

[Silence] Je vais pas me lancer dans des bilans compliqués... mais je pense que des examens simples peuvent, la plupart du temps, mettre en évidence des anomalies.

[Silence] J'me souviens d'un cas où l'homme avait été oublié et on avait mis des traitements inutiles chez la femme... alors qu'il y avait une asthéo-spermie chez l'homme ! c'est dommage comme-même !

[Silence] Les bilans d'infertilité sont très individuels selon moi. Tout dépend de l'âge de la patiente, sa demande, son impatience, ses antécédents...

Certaines s'impatientent au bout de 2-3 mois d'essais : dans ce cas-là, on a un rôle de temporisation. La base de notre travail est d'identifier des causes évidentes d'infertilité. Ça passe par l'interrogatoire à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux, les pathologies gynécologiques antérieures, infectieuses, chirurgicales, les traitements pris antérieurement....

[Silence]

- **Quelle est votre démarche lors d'une première consultation ?**

Mmh... Je prescris un bilan bio de base, une écho pelvienne et une courbe de température pour la femme... et un spermogramme chez l'homme.

Avec ces résultats, ça permet déjà d'avoir une première idée et de guider correctement les couples vers les centres.

- **Vers quels spécialistes adressez-vous vos patients ? dans quels délais ?**

[Silence] Le plus souvent pour moi, c'est la maison de la naissance à la clinique Jules Verne et le centre de PMA du CHU.

On a la chance d'avoir à proximité pas mal de centres de référence.

Certaines femmes ont déjà un suivi gynéco. Dans ce cas-là, on intervient plus pour donner des conseils, des explications sur les procédures... des réponses qu'elles ont pas forcément auprès de leur gynéco.

[Silence]

Elles sont parfois un peu perdues, pas entendues, pas écoutées à mon sens. On est là pour les accompagner, les conseiller, les orienter et surtout... dédramatiser. Peut-être que c'est lié au manque de temps en consultation de gynécologie... ? [rires] vous me direz, le temps, on en a pas forcément plus en médecine générale... [rires]

[Silence] Pour le délai, j'me base surtout sur l'impatience de la patiente.

Si elle est très forte, on peut débiter des choses simples rapidement. D'une manière générale, je débute un bilan au bout de 6 mois/1 an de rapports non contributifs.... mais ma démarche est à chaque fois individualisée.

Par contre, au-delà de 30 ans pour la femme, j'attends pas. C'est la limite que je me suis donné.

- **Les patients viennent-ils le plus souvent à deux ou bien séparément dans le cadre d'une première demande ?**

[Silence] Dans 8 cas sur 10, c'est des demandes individuelles de la part des femmes. Dans de rares cas, je suis le médecin de l'homme et de la femme, donc là, c'est plus simple !

Le plus difficile c'est de récupérer les infos de l'un et l'autre... surtout pour le monsieur.

[Silence] En général, les hommes sont plus difficiles à sensibiliser car ils pensent que le « problème vient de madame ».

Pourtant, on voit de plus en plus de problèmes d'infertilité masculine.

2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?

[Silence] On n'a pas forcément toujours les retours de la part des spécialistes. Peut-être que c'est à moi d'aller les chercher... et que, par manque de temps, je le fais pas.

Le problème c'est que les courriers sont pas toujours faciles à comprendre... Ils utilisent des termes un peu barbares ou des abréviations que je connais pas. Je suis obligé de me constituer un glossaire et ça prend du temps !

[Silence] Je pense que je devrais me former un peu plus sur les différentes techniques de PMA pour mieux suivre ces couples. C'est un effort à faire de ma part, je l'avoue ! [rires]

[Silence] Parfois, les patientes nous demandent ce qui les attend et j'avoue que je sais pas leur répondre.

Je suis pas au niveau optimal de connaissances dans ce domaine, je l'avoue.

Le retour d'infos est pas toujours présent et c'est souvent des patients que je perds de vue.

[Silence]

Peut-être que ça serait intéressant d'avoir un carnet de suivi, ou bien un site d'informations partagées comme le DMP (dossier médical partagé) qu'on attend toujours d'ailleurs... ! [rires]

- Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?

Oui, mais le plus souvent, elles sont suivies par les spécialistes et on intervient plus de manière conjointe.

D'un point de vue pratique, que ce soit une grossesse issue de PMA ou non, ne change pas grand-chose. On peut considérer ces grossesses comme normales. La surveillance échographique est peut-être plus étroite mais le suivi est le même pour moi.

En même temps, le plus souvent, c'est des grossesses gémellaires, donc la surveillance est du ressort du spécialiste. Dans ce cas-là, on intervient plus pour les problèmes quotidiens en ayant toujours une main sur le téléphone si y'a un souci... et pour éviter des co-prescriptions.

- donnez-vous des conseils/informations à vos patients en amont de la consultation spécialisée (vaccinations, supplémentation en acide folique...) ?

oui, mais c'est des infos que je donne au moment des consultations pour la contraception.... J'évalue la consommation de tabac, alcool, toxiques, de médicaments....

[Silence]

On essaye toujours d'anticiper et de relater les comorbidités liées à l'infertilité. Y'a un flot important d'infos à donner aux patients et je sais pas s'ils enregistrent tout... en tous cas, on essaye !

[Silence]

J'informe aussi les femmes sur la nécessité de prendre de l'acide folique dès que la contraception est arrêtée.

[Silence]

J'aborde aussi la question du poids avec les femmes et je leur dis qu'un surpoids ou une obésité peut être responsable de leurs problèmes de fertilité.

C'est des notions que j'aborde très tôt et j'attends pas d'avoir programmer un rendez-vous avec le centre pour en parler.

3) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Oui évidemment !

Dès lors qu'on s'occupe des patients dans leur globalité, cette problématique est du ressort de la médecine générale.

On doit avoir une approche médicale mais aussi humaine donc on a notre place dans cette problématique.

4) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Je pense que j'ai ma place dans le rôle « repérer, conseiller, orienter » et si j'arrive à faire ça, je pense que c'est pas mal.

Y'a certainement un besoin de s'approprier les techniques actuelles, au moins de se mettre à jour, sans entrer dans les protocoles techniques.

A mon avis, les techniques évoluent très vite, mais il faut pas attendre que ça me tombe dessus. C'est un effort à faire de ma part.

Je sais que je peux appeler un centre spécialisé et leur demander de passer une journée avec eux pour me mettre à jour.

[Silence]

Après il y a un facteur qui nous manque beaucoup : c'est le temps !

- Quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques proposées en AMP ?

Je peux les informer à hauteur de mes connaissances, mais elles sont parcellaires.

Je ne connais pas bien toutes les techniques utilisées, surtout que ça évolue très vite.

J'essaye surtout de dédramatiser et de ne pas présenter ça comme un « parcours du combattant ».

Je leur dis que c'est un parcours qui peut être éprouvant, surtout pour la femme car c'est le plus souvent elle qui subit les contraintes.

Mais en général, quand la volonté de l'enfant est bien présente, les femmes ont cette capacité à tolérer beaucoup de choses ! [rires]

- Connaissez-vous les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité ?

Pas vraiment. Il me semble qu'il existe une prise en charge à 100%, non ?

[Silence]

Je crois que le médecin-conseil attribue une prise en charge à 100% pour un nombre déterminé d'essais ou une période déterminée, enfin, je suis pas sûr.

Je sais que la prise en charge à 100% existe en tous cas !

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA ?

Comme je l'ai dit tout à l'heure, notre rôle est de repérer les couples en difficultés, les conseiller de notre mieux et les orienter dans de bonnes conditions.

Si déjà, on arrive à faire ça, on a tout gagné je pense.

Je pense aussi qu'on doit être là pour le suivi psychologique de ces gens.... Mais ça, ça serait plus simple si les spécialistes nous disaient ce qu'ils font !!

- **Le parcours que suivent les couples infertiles vous paraît-il adapté?**

Oui, je pense que les couples ont besoin de balisage, d'être aiguillés...

Qu'ils entrent par la porte « médecin généraliste », « gynécologue » ou autre, relève plus de la vision qu'ils ont des choses.

Ils choisissent eux-mêmes leur parcours et nous on les oriente.

Y'a beaucoup de sources d'informations diverses (type internet) donc les patients font leur propre parcours.

On est un « guichet d'entrée » où les patients peuvent avoir des informations s'ils le souhaitent.

Le principal est qu'on est une bonne adresse pour les adresser dans de bonnes conditions.

Très souvent, les patientes qui sont très impliquées se sont renseignées avant de nous consulter et connaissent parfois plus de choses que nous.

- **Avez-vous des questions ? Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?**

Oui. Quand organiserez-vous une formation ? (rires)

[Silence]

Je souhaiterais avoir une démarche, une conduite à tenir au moins pour le bilan de débrouillage. Je me vois pas me lancer dans des bilans hyper complexes non plus.

Je pense qu'on peut apprendre des choses simples comme repérer une anovulation, un problème chez monsieur...

C'est un sujet difficile mais intéressant.

Aspects non verbaux :

Entretien au cabinet, médecin assis face à moi.

Médecin m'a avoué qu'il avait préparé son discours avant de me recevoir. Très sympathique et souriant, semblait à l'aise avec les questions posées.

Entretien dynamique avec un médecin qui parlait beaucoup.

7.2.5 Entretien M5

Homme- 62 ans- médecine générale- périphérie de grande ville- exercice urbain

Durée de l'entretien : 35 minutes

Lieu de l'entretien : domicile du médecin

Centre PMA le plus proche : 15 minutes

Année d'installation : 1988

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

[Silence] C'était pas un couple qui venait me voir spécifiquement pour ça.

C'était une patiente accompagnée de son mari qui venaient parce qu'ils étaient pas bien sur le plan psychologique : ils venaient pour un résultat de spermogramme qui avait été prescrit par un confrère et sur lequel y'avait « rien ».

[Silence] J'ai eu plus à résoudre des problèmes d'infertilité il y a quelques années que maintenant car ma population vieillit.

[Silence]

Le spermogramme a déjà été prescrit et il n'y avait quasiment « rien » et un rendez-vous avait déjà été programmé à l'hôpital... la personne voulait savoir si y' avait quelque chose de spécial à faire en attendant et souhaitait surtout un soutien moral.

[Silence]

Ils avaient déjà consulté ailleurs et venaient d'emménager à Nantes.

- **La patiente avait-elle eu un bilan de prescrit ?**

Oui, elle avait eu une échographie, et je dois dire que je me souviens pas ce qu'elle avait eu car c'est pas moi qui avait débuté le bilan ... et je me suis pas occupé de savoir ce qu'elle avait fait, du moins j'ai pas vérifié ce qu'elle avait eu. Moi, on me demandait plus une aide psychologique.

Ils voulaient savoir si y'avait un petit espoir et moi je leur en ai pas laissé beaucoup. Je leur ai dit qu'on sait jamais et que je pouvais pas donner de réponse positive et que le centre spécialisé leur apporterait les réponses. En fin de compte, tout s'est bien fini.

Leur demande était de savoir ce qui pouvait s'passer avec un spermogramme nul. C'était des gens assez «cortiqué » qui avaient compris d'eux-mêmes que les chances de grossesse étaient faibles.

[Silence]

Sinon, les fois antérieures où j'ai été confronté à ce problème remonte à un certain temps (plusieurs années)... !

J'me souviens d'un jeune couple qui avait déjà eu un enfant et après une période de plusieurs années n'arrivaient pas à en avoir un deuxième.

- **Qu'avez-vous fait dans ce cas précis ?**

Ça faisait que 3-4 mois qu'ils essayaient d'avoir un enfant... j'ai posé les questions habituelles.

« Avaient-ils des rapports réguliers ? Depuis combien de temps elle avait arrêté sa contraception ? Est-ce qu'ils étaient malades l'un ou l'autre ? Est ce qu'ils avaient fait des courbes de température ? Ce qui n'était pas le cas...

Du coup, on avait discuté dans un premier temps de la manière dont je voyais les choses et qu'on parlait d'infertilité qu'au-delà de 1 an donc pour moi il fallait pas se presser.. Ce d'autant que si on regardait les mois qui étaient passés, c'était pas évident qu'y ai eu fécondation de par la fréquence faible des rapports et les absences de l'un et l'autre.

Je pense qu'ils venaient juste chercher des conseils et on avait convenus de se revoir au bout de 2-3 mois avec réalisation de courbes de température.

[Silence]

Ils sont revenus au bout de 2 mois avec des courbes correctes mais sans grossesse de débutée.

J'avais donc prescrit un test de hühner qui était normal (bonne glaire et bonne concentration de spermatozoïdes) et en fait la grossesse a débuté dans le mois qui a suivi.

Sinon, on avait prévu une écho dès le début de la prise en charge qui était normale et à l'époque on avait programmé une hystérosalpingographie qui n'a pas eu lieu.

[Silence] J'examine toujours mes patients à partir du moment où ils consultent pour ce genre de problème, les hommes comme les femmes.

Je fais systématiquement un examen gynéco à toutes mes patientes à la recherche d'une anomalie du col, ou une pathologie évidente.

J'ai notion qu'il faut explorer les deux membres du couple et pour moi le test de Hühner est pratique car il permet d'explorer les deux membres du couple en même temps.

Le spermogramme est souvent mal vécu par l'homme et il y a souvent une petite réticence à le réaliser. Par contre le test de Hühner est souvent bien accepté.

[Silence]

J'essaye de voir l'homme rapidement pour lui faire comprendre que c'est un problème de couple.

[Silence]

J'ai eu un cas de stérilité où la patiente d'une trentaine d'années souffrait de ménopause précoce. Elle avait un enfant et venait me voir effondrée car un confrère lui avait annoncé qu'elle n'aurait plus d'enfant.

J'ai prescrit des dosages hormonaux pour vérifier et la ménopause s'est avérée.

Mon rôle était de la rassurer et je l'ai orienté vers une adoption....

[Silence] J'ai fait beaucoup de gynéco et j'ai l'habitude d'interpréter des résultats. En plus, un spermogramme c'est pas bien compliqué à interpréter.

[Silence] A l'époque je faisais moi-même les injections de clomid... mais je le referai pas !

Maintenant, je fais le premier bilan et j'adresse les couples vers le spécialiste au bout de 6 mois de rapports sans grossesse.

J'ai toujours trouvé que 1 an c'est un peu long !

- **Les patients viennent-ils le plus souvent à deux ou bien séparément dans le cadre d'une première demande ?**

Mmh... Dans la plupart des cas, la première demande est faite par la dame qui consulte au bout de quelques mois de non conception... avant un an en général.

Mais quand on s'oriente vers un réel problème d'infertilité, les deux membres du couple consultent naturellement, sans que je leur demande de venir à deux.

- **Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?**

Assez facilement.

Je pose régulièrement la question car c'est moi qui assure en général la contraception de la femme et je pose très souvent la question du désir de grossesse chez mes patientes.

C'est rare que les couples attendent deux ans avant de poser des questions concernant un problème à concevoir. J'ai jamais vu !

[Silence]

Le plus souvent, c'est au bout de deux à trois mois sans grossesse qu'ils consultent.

- **Vers quel(s) spécialiste(s) adressez-vous un couple infertile ? et dans quels délais ?**

[Silence] J'ai appris qu'il fallait attendre un an sans grossesse avant de parler d'infertilité mais j'ai jamais attendu un an avant de commencer un bilan.

[Silence]

Je pense qu'y a des choses minimales à faire de notre côté : une courbe de température (sur 2-3 mois), des dosages hormonaux et une écho pelvienne à la recherche d'ovaires anormaux, un spermogramme avec une spermoculture.

Un test de hühner mais je dois avouer que je m'interrogerai pour savoir si ça existe toujours !

Si un élément du bilan est négatif (courbe de température plate, des dosages hormonaux négatifs, un spermogramme anormal...) j'adresse aussitôt vers une consultation spécialisée sans attendre un an. Mais je réalise toujours ce bilan avant d'adresser vers une consultation spécialisée.

J'ai l'habitude de travailler avec un gynéco en ville.

2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?

Non, on est jamais trop au courant de ce qui s' passe. On les perd de vue.

On reçoit toujours le premier compte-rendu de la première consultation avec le spécialiste puis plus rien.

Le seul moment où on peut les revoir et leur demander où ils en sont, c'est s'ils viennent nous consulter pour un problème X ou Y.

[Silence]

Les gens consultent plus à partir du moment où ils ont été confiés à des spécialistes.

- Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?

[Silence] Très peu.

Je pense pas dans ce cas-là que c'est pas à nous de les suivre. Je sais plus si c'est considéré comme une grossesse à risque mais généralement c'est les spécialistes qui suivent ces grossesses.

[Silence]

Je considère ces grossesses comme des grossesses à risque.

Je pense que les couples préfèrent être suivis par le spécialiste dans ce cas-là

- Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?

« faites l'amour le plus souvent possible ! » [rises]

Non.... Je leur dis surtout de ne pas trop se prendre la tête, même si je sais que c'est pas forcément facile.

[Silence] sinon, j'essaie de penser aux aspects plus médicaux...

Je regarde toujours les vaccins. En général, ils sont à jour. Quand on parle avec un couple d'infertilité, je m'assure de la mise à jour des vaccins et des sérologies toxo, rubéole et le groupe sanguin.

[Silence]

Par contre, je prescris pas systématiquement de folates car ça existe depuis quelques années seulement et que j'ai pas ce réflexe.

- Et lorsque vous retirez un stérilet à une patiente, pensez-vous à cette supplémentation ?

Non, quand je le retire, les femmes sont plus en âge d'avoir des enfants ! [rises]

- connaissez-vous les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité ?

[Silence] Oui. Y'a une prise en charge à 100% non ? Je me souviens avoir rempli 2 ou 3 protocoles, pas plus.

C'est une notion que j'ai en tête, mais c'est souvent les gynécos qui les remplissent quand même.

[Silence]

Dans une patientèle de médecins généralistes, on a quelques infertilités mais très peu de stérilités.

3) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Oui.

Oui, car nous sommes en première ligne et c'est à nous que les patients posent les premières questions. En plus, avec la féminisation du corps médical et le manque de gynécos, y' a une recrudescence du suivi gynécologique par le médecin généraliste et donc c'est une demande inhérente à la pratique de la gynécologie par le médecin généraliste.

4) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Mmh... Dans la première approche « oui », mais je devrai me remettre à jour sur les examens à réaliser.

Je pense que je prescrirai une courbe de température pour avoir le temps de remettre à jour mes connaissances !

J'ai pas eu à traiter le cas récemment donc je me suis pas informé. J'irai pas directement sur les recommandations mais plutôt vers une lecture d'articles.

La conduite à tenir a certainement dû changer car quand j'me suis installé, l'échographie existait à peine et on faisait juste une hystérosalpingographie, une bio et un spermogramme !

- quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques utilisées en Procréation médicalement assistée ?

S'ils me demandent, je leur explique c'que je sais même si mes connaissances sont peut-être erronées mais c'est rare qu'ils posent ce genre de questions.

Ce n'est pas facile d'expliquer aux gens les techniques qui existent sans avoir posé un diagnostic précis d'infertilité.

Je pense pas que les gens sont pas prêts à entendre « FIV, adoption... » alors qu'on est seulement à 6 mois ou 1 an d'infertilité.

Le plus souvent, j'adresse les couples sans trop attendre (maximum 1 an) vers une consultation spécialisée et donc c'est trop tôt pour parler des techniques.

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?

Je pense que notre rôle est avant tout de les repérer.... C'est sûr que pour les spécialistes, c'est plus simple, car le « sale boulot » a été fait par le médecin généraliste. On leur sert le problème sur un plateau... non, ce que je veux dire, c'est qu'on a le devoir de repérer les couples qui sont ou qui vont être en difficultés, en posant les questions qui dérangent.

Après, le côté technique, c'est plus notre travail. Les spécialistes sont là pour ça. Après, je pense qu'on peut les aider un peu en prescrivant des examens simples de débrouillage.... Pour ne pas perdre de temps, surtout.

- Selon vous, y-a-t-il un âge limite pour adresser les couples vers une consultation spécialisée ?

Non, je vois pas pourquoi je les limiterai, même au-delà de 40 ans.

- Avez-vous des questions ? Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?

Non... j'me rends compte que ma population vieillit que je fais de moins en moins de gynéco.

Les pratiques ont bien changées... [rires]

Je pense que je suis moins confronté à ce problème au vu de mon âge et ma patientèle qui vieillit. Je suis peu de grossesses (3-4/an)

Aspects non verbaux :

Entretien au domicile du médecin, assis autour d'une table.

Médecin très posé, essayant de répondre le plus précisément possible à mes questions.

Entretien détendu.

Médecin me regardant très peu dans les yeux.

7.2.6 Entretien M6

Homme- 49 ans- médecine générale- exercice rural

Durée de l'entretien : 30 min

Lieu de l'entretien : domicile du médecin

Centre PMA le plus proche : 45 minutes

Année d'installation : 1995

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

Mmh...Ça fait longtemps...

Je me souviens pas d'un cas précis. C'est un problème que je rencontre pas souvent.

J'ai plutôt une patientèle âgée.

- Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?

J'aborde pas cette question. J'aurai l'impression d'être intrusif dans la vie de mes patients, même si je suis les patientes sur le plan gynécologique.

- Quelle serait votre attitude devant un couple qui consulte pour difficultés à concevoir ?

Premièrement, j'interrogerai le couple sur la fréquence des rapports, leur envie d'avoir un enfant.

Je rechercherai des facteurs pouvant entraver la conception : tabac, toxiques, alcool, stress, mauvaise hygiène de vie, traitements médicamenteux, antécédents personnels (radiothérapie, chimiothérapie)... [Silence] notion de grossesses antérieures, antécédents familiaux d'infertilité, conduites sexuelles à risque, antécédents infections génitales, le métier de l'homme. [Silence]

Secondairement, je ferai un examen clinique : recherche de surpoids chez la femme (orientant vers un syndrome des ovaires poly kystiques), [Silence] un examen gynéco de principe et un examen génital chez l'homme.

Pour l'homme, c'est très difficile, même si je suis un homme ! C'est pas entré dans les mœurs.

C'est plus facile d'examiner une femme.

Le toucher rectal est plus réalisable car il s'adresse à une patientèle plus mûre et informée sur la nécessité de ce geste. Par contre, examiner un jeune homme d'une trentaine d'années... c'est beaucoup plus délicat.

C'est pas quelque-chose que je fais d'emblée.

Par contre, j'ai bien la notion que l'infertilité concerne le couple...et pas la femme seule.

J'me dis que si y'avait une anomalie anatomique chez l'homme, il l'auraient vu d'eux-mêmes plus tôt... [rires]

après, je prescrirai une écho pelvienne pour la femme, un spermogramme pour l'homme, un bilan bio général pour les deux (NFS, plaquettes, CRP, glycémie, TSH), une courbe thermique chez la femme sur 2-3 mois.

[Silence]

Je pense pas prescrire un bilan hormonal car je saurai pas quoi en faire. Je suis pas un spécialiste. Souvent, j'ai tendance à prescrire un bilan standard pour gagner du temps et réfléchir au bilan recommandé.

- **Y-a-t-il un âge limite pour entreprendre ces examens ?**

Non, pas de limite d'âge.

J'ai notion que la fertilité diminue avec l'âge mais je pense pas changer mes habitudes.

- **Vers quels spécialistes adressez-vous vos patients ? et dans quels délais ?**

La Roche sur Yon- Clinique Saint Charles [Silence]

CHU Nantes [Silence]

Clinique à Rezé (NCN) [Silence]

Si c'est moi qui adresse les patients en centre spécialisé, je les adresse toujours vers des centres de PMA, jamais vers des gynécos de ville.

Souvent, les patientes ont un suivi par un gynéco en ville, du coup je leur demande de passer par leur spécialiste.

[Silence]

- **et pour le délai ?**

Mmh... au bout de 18 mois à 2 ans.

2) **Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?**

Non.

Le retour d'infos de la part des spécialistes est très faible voire nul et on a l'impression d'être exclus.

Par contre, une fois la grossesse débutée, « on nous refile le bébé » ! [rires]

Du coup, c'est « ni formateur ni motivant pour nous ». C'est habituel mais regrettable.

J'ai reçu quelques courriers de la part des spécialistes expliquant « qu'après X échecs, on en reste là », mais le plus souvent avec des termes ou abréviations que je connaissais pas.

- **connaissiez-vous les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité?**

Non, pas du tout !

Il existe des prises en charge particulières ??? [rires]

- **Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?**

J'insiste pas mal sur l'hygiène de vie : tabac, alcool, rythme des rapports... c'est pas toujours évident de leur faire entendre que le tabac a un impact sur la fertilité... surtout les hommes d'ailleurs !

Sinon, je prescris pas de traitement car j'ai pas notion que l'acide folique pris plusieurs mois avant une « éventuelle » grossesse a un intérêt.

[Silence]

Je vérifie les vaccins anti coqueluche et ROR chez les 2. [Silence]

Je vérifie les antécédents de varicelle et les sérologies toxo et rubéole pour la femme.

- **quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques utilisées en Procréation médicalement assistée ?**

Je suis pas technicien mais je leur en parle dans les limites de mes connaissances, surtout pour les rassurer ; leur faire entendre qu'il existe des solutions.

Je rentre pas dans les détails mais je pense qu'il est important de leur donner de l'espoir.

- **Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?**

Oui. En ce moment même ! [rires]

[Silence]

J'estime que c'est une grossesse facile à suivre.... Elle fait pas partie des grossesses à risque.

- 3) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?**

Oui, je me sens compétent pour débiter le bilan si les patients s'adressent à moi. Je pense que mon rôle est de répondre à leur demande. C'est un devoir !

Le médecin généraliste est un interlocuteur important.

Mais, je suis pas un technicien et je pense qu'il faut savoir passer la main rapidement.

- 4) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?**

Oui.... [Silence] Partiellement. j'estime qu'il faut savoir passer la main rapidement.

[Silence]

Notre rôle est principalement de la réassurance et de l'accompagnement psycho.

J'me souviens d'un couple qui a subi plusieurs FIV sans succès. Mon rôle était de les accompagner sur le plan moral essentiellement... mais je pense que ma participation était nécessaire.

- 5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?**

A mon sens, le médecin a un rôle d'écoute initiale du couple en attente d'une grossesse et face à ses difficultés de procréation.

Il doit orienter vers une structure spécialisée avec laquelle il collabore habituellement.

Il devrait (j'insiste sur le devrait...) être tenu régulièrement au courant du bilan et de la progression de la prise en charge, étant donné qu'il est le plus apte à répondre à une pathologie interférente nécessitant une prescription médicamenteuse, ou l'intervention d'un confrère d'une autre spécialité sans gêner la PMA en cours.

Cela-dit, le monde des gynécos n'est pas très loquace et les courriers au médecin traitant sont rares (peut-être du fait de l'accès direct du patient à cette spécialité? Je sais pas. Cet accès direct contribue sûrement à shunter le médecin généraliste...)

Bref, des progrès de communication, plus systématique, pourrait permettre au médecin traitant de mieux accompagner le couple en attente d'une aide à la procréation et peut-être d'en améliorer les résultats.

- **Avez-vous des questions ? Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?**

Oui, je serai intéressé pour récupérer une conduite à tenir pour m'aider lors de ma prochaine consultation de ce type.

Aspects non verbaux :

Entretien au domicile du médecin, assis l'un en face de l'autre autour d'une table.

Médecin paraissant un peu stressé par mes questions. Peur de donner des mauvaises réponses ?

Prenait du temps pour répondre.

7.2.7 Entretien M7

Femme-54 ans-médecine générale- exercice semi rural

Durée de l'entretien : 30 minutes

Lieu de l'entretien : cabinet médical

Centre PMA le plus proche : 1h10 minutes

Année d'installation : 1991

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

Ça tombe bien car je suis actuellement un couple en difficultés.

C'est un jeune couple, la femme a 27 ans et l'homme 30 ans. Ça fait 2 ans qu'elle a arrêté sa contraception mais y'a toujours pas eu de grossesse. Ils sont venus me voir au bout de 2 ans d'essais.

[Silence]

Je connais la jeune femme car c'est une de mes patientes. Par contre, son mari, je le connaissais pas avant.

[Silence]

C'est eux qui ont abordé le sujet. Ils sont venus exprès pour ça.

C'est une jeune femme sans antécédents particuliers. Lui, je sais pas.

D'abord, pour ce couple, mais aussi d'une manière générale, j'ai essayé de les interroger sur leur mode de vie... C'est un sujet assez délicat à aborder car on entre dans leur intimité, mais ça me semble important.

[Silence]

Je les interroge sur leurs métiers. Par exemple, je sais que ce jeune homme est amené à faire beaucoup de déplacements professionnels. C'est un point qui me semble important à prendre en compte car ils peuvent pas faire l'amour comme ils veulent !

[Silence]

Je les interroge sur leurs antécédents persos. Je cherche des maladies chroniques (diabète, hypertension ...) et les antécédents familiaux. On commence à voir des couples dont les parents ont pu être concernés par ce problème.

[Silence]

C'est sûr qu'y a 20-30 ans en arrière, on parlait pas de ces choses-là, c'était tabou. Maintenant, ça se « démocratise ».

J'essaye aussi de savoir si ces patients ont déjà eu des enfants d'une précédente union (ou des grossesses débutées). C'est délicat à aborder quand tout n'est pas dit dans le couple.

[Silence]

Après, la première chose que je fais, c'est prescrire une courbe de température sur 2-3 mois. J'en profite pour leur réexpliquer le principe des cycles et surtout les moments les plus propices pour avoir des rapports.

Je trouve que c'est un outil pratique. Les gens notent sur la courbe le moment des rapports, ça me permet de voir s'ils font l'amour régulièrement sans avoir à leur poser la question directement. Tout le monde se sent plus à l'aise comme ça.

Et puis, ça m' permet de gagner du temps et de réfléchir.

Je fais aussi un bilan chez monsieur... un spermogramme, sans trop attendre. Je trouve que c'est bien, ça l'implique tout de suite. C'est plus dur pour un homme de se dire que le problème peut venir de lui : c'est une atteinte à sa virilité.

J'insiste sur le fait que si le spermogramme est pas normal, il sera refait de manière systématique dans quelques mois.

Après j'ai en gros deux lignes de conduite :

- Soit le spermogramme est normal mais la courbe de température montre des anomalies : dans ce cas, je les adresse plutôt vers un gynéco en ville pour faire le bilan de madame (écho et bio)
- Soit le spermogramme est anormal, dans ce cas, j'attends pas et je les adresse tout de suite vers une consultation spécialisée à Nantes.

Je pense qu'on peut faire quelques examens pour madame en ville avant de s'affoler (écho pour voir la réserve ovarienne et une bio). Je fais toujours ça en collaboration avec un gynéco car tout ce qui est traitement d'induction de l'ovulation je maîtrise pas du tout.

Par contre, si le problème vient de monsieur, j'estime qu'il faut les adresser tout de suite à Nantes.

[Silence]

C'est à peu près comme ça que je travaille...

En même temps, je m'adapte aussi à l'âge des patients et à leurs antécédents. Si la femme à 35 ans ou qu'elle est diabétique, je vais pas attendre pour les adresser !

[Silence] En général, j'attends un an avant de débiter un bilan de base.

Sinon, j'aborde toujours la question de l'adoption, surtout s'ils ont un âge avancé (38-40 ans pour la femme). Je leur dis qu'un dossier d'adoption ça prend 9 mois. Je leur souhaite que la grossesse réussisse mais j'ouvre une autre porte en abordant la question, histoire qu'ils l'aient déjà entendu une fois.

- **Les patients viennent-ils le plus souvent à deux ou bien séparément dans le cadre d'une première demande ?**

Mmh... Le plus souvent, c'est la femme qui consulte en premier. Je fais pas mal de gynéco dans ma pratique du coup, c'est une question qu'elles abordent assez facilement.

Par contre, j'essaie de voir rapidement le monsieur... au moins une fois en tous cas.

[Silence]

Par contre, j'examine pas forcément les messieurs que je connais pas. Je leur dis de se faire examiner par leur médecin traitant. Si c'est un patient que je suis depuis longtemps, je l'examine, bien évidemment, même sur le plan génital, ça me pose pas de problème.

Et puis, voir les deux, ça me permet de tester le désir d'enfants chez les deux membres du couple. Je veux être sûre que le désir est partagé.

- 2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?**

Oui, plutôt.

Je suis contente de travailler avec le CHU de Nantes. C'est une bonne structure. Je reçois toujours des nouvelles de mes patients, au moins la première consultation et les soins envisagés. Je reçois pas un courrier à chaque tentative de FIV, mais en même temps, j'en ai pas vraiment besoin.

Je vois assez régulièrement mes patients pour savoir où ils en sont.

- **Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?**

Oui, bien sûr, plusieurs mêmes.

Une fois que la machine est en route, c'est pareil pour moi.

[Silence]

Et puis je trouve ça gratifiant que les patients reviennent vers nous après être passés entre les mains des spécialistes.

- **Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?**

Je leur explique ce qui les attend là-bas.

Je détaille pas les techniques utilisées car je les maîtrise pas bien.

[Silence]

J'aborde le parcours auquel ils vont être confrontés. En même temps je leur en dis pas trop car je veux leur donner un message d'espoir.

Je veux pas les décourager. Je pense que notre rôle passe aussi par ça. Quand on peut plus répondre d'un point de vue médical car ça devient trop technique, on intervient sur le plan psychologique.

[Silence] Ah oui, j'ai oublié de le dire tout à l'heure mais j'aborde toujours la question du tabac et de l'alcool. Pas uniquement dans le domaine de l'infertilité d'ailleurs.

C'est un réflexe !

3) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Oui, bien sûr. Au départ en tous cas.

On débute les choses et on les accompagne. Après, c'est plus vraiment de notre domaine. Mais je pense qu'on a notre place.

C'est plus facile, je pense, de venir voir notre médecin généraliste qui nous connaît, plutôt qu'un spécialiste en blouse blanche pour parler de ce genre de problème au début.

4) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Oui, en tous cas, j'essaye.

Je pense avoir l'ouverture d'esprit suffisante pour les entendre et les comprendre. J'ai sûrement des choses à améliorer dans ma pratique, la perfection n'existe pas.

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA ?

Au départ, avec bien sûr une bonne connaissance des réseaux, on les écoute et les conseille. Ensuite ce n'est pas, à mon avis, notre rôle si ce n'est de rassurer le couple si problème. Ils sont souvent demandeurs de notre avis en tant que médecin traitant et mieux nous connaissons les circuits mieux nous pourrions les aider

Sinon sur le plan des protocoles nous n'avons rien à dire mais les connaître c'est mieux.

- **Avez-vous des questions ? Avez-vous des suggestions pour améliorer votre pec ?**

Non mais j'aimerais bien lire votre travail.

C'est sûrement une question facile pour les spécialistes, mais pour nous, c'est moins évident. Je vois à peu près 2-3 couples par an pour ce type de problème. Assez pour m'intéresser à la question mais trop peu pour être calée.

En même, je pense que notre place est importante pour eux car on les dépiste et on les soutient.

Aspects non verbaux :

Entretien au cabinet, médecin assise en face de moi.

Très dynamique, souriante et réponses très spontanées. Médecin semblant intéressée par la question et essayant de répondre le plus honnêtement possible.

Sympathique et détendue. M'a proposé un café en début d'entretien

7.2.8 Entretien M8

Homme- 52 ans- médecine générale- exercice semi rural

Durée de l'entretien 25 min

Lieu de l'entretien : cabinet médical

Centre PMA le plus proche : 1h30

Année d'installation : 1994

1) Racontez-moi votre dernière consultation pour infertilité.

Mmh... Dans mon activité, je suis jamais le premier au courant. En général, la femme en a déjà parlé à son gynéco. [rires]

Au début, on était même pas du tout au courant des démarches.

[Silence]

Depuis les cinq dernières années, j'ai eu un seul couple où j'étais le premier au courant.

C'était une jeune femme de 35 ans qui est venue me consulter avec son nouvel ami pour difficultés à concevoir au bout d'un mois.

elle avait déjà eu quatre enfants de relations précédentes.

J'ai commencé par l'interroger en lui demandant depuis combien de temps elle avait arrêté sa contraception, et la fréquence de leurs rapports.

J'ai prescrit une bio standard sans entrer dans les détails (pas de bilan hormonal, car je saurai pas l'interpréter... [rires]).

[Silence]

Après, j'ai demandé une courbe de température pour madame...sur trois cycles, le b.a.-ba selon moins. C'est rarement bien fait. J'ai beau expliquer aux couples qu'il faut prendre la température à la même heure tous les jours et réaliser une courbe sur du papier millimétré... les résultats sont pas toujours interprétables. [soupirs]

Dans ce ca-là, la courbe semblait normale, du coup, j'ai prescrit à monsieur un spermogramme.

Et on s'est rendu compte que le problème venait de lui !

[Silence] Le plus souvent, faire réaliser la courbe de température me permet de gagner du temps.

Dès qu'un couple vient me voir, quelque-soit le délai, je prescris rapidement la courbe de température et le spermogramme.

En plus, ça me permet de « mouiller » les deux : je veux dire, faire comprendre à madame et monsieur que les deux sont impliqués dans ce problème.

J'ai eu plusieurs fois le cas de patientes en syndrome dépressif... [Silence] Le fait d'impliquer les deux rapidement permet de déculpabiliser madame et de faire entendre à l'homme que lui aussi est impliqué.

[Silence]

Mais le plus souvent, c'est la femme qui fait la première démarche toute seule en allant voir son gynéco.

En général, il s'occupe dans un premier temps de madame seulement !

Pour ma part, même si j'ai pas une expérience importante sur le sujet, je connais tout de même le circuit et je sais qu'il faut s'occuper des deux.

[Silence] sinon, je les examine mais je suis très bref.

Je fais un examen général standard. Sur le plan gynéco, je fais un toucher vaginal et c'est tout.

Pour monsieur, je palpe les testicules et je m'arrête là.

J'ai jamais rien trouvé d'exceptionnel d'ailleurs. Et puis, je sais que ça sera refait après donc j'insiste pas trop.

- **aviez-vous prescrit d'autres examens à part la courbe de température et le spermogramme ?**

[Silence] Non, après, je passe la main aux spécialistes.

Pour ce couple, j'avais mis le point sur une anomalie donc j'ai pas cherché plus loin.

Je sais que les gynécos font différemment. Celle avec qui j'ai l'habitude de travailler prescrit une courbe de température et va très vite au test de Hühner, il me semble. Moi, je fais pas ça... c'est plus mon domaine !

- **Quel est selon vous le délai de prise en charge d'un couple infertile ? Vers quel(s) spécialiste(s) adressez-vous vos patients ?**

Théoriquement je sais qu'il faut attendre deux ans, mais les couples n'y arrivent pas, ils s'impatientent. Je les adresse avant deux ans.

Je suis pas gynécologue, j'ai pas de grandes connaissances et je préfère pas perdre de temps.

Je pense qu'une femme à partir de 35 ans, il faut s'en occuper s'en tarder !

La fertilité diminue avec l'âge, j'en suis bien conscient !

Je connais bien les statistiques sur le sujet et j'explique à mes patientes que à partir de 35 ans....c'est beaucoup plus difficile d'avoir des enfants. Il faut pas traîner.

Pour les spécialistes, je les adresse à la Roche sur Yon, à la clinique à Saint-Charles ou au CHU, à l'hôpital de la mère et de l'enfant.

- **Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?**

Pas grand-chose...

Je prescris aucun traitement ni vaccins car j'y pense pas à ce moment-là.

Téléphone... enregistrement interrompu

Je parle très rapidement du tabac par contre. Je leur dit clairement que le tabac est un frein à la conception.

- *Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?*

Je me permets pas de poser cette question. Ça me regarde pas.

[Silence]

- **Avez-vous déjà suivi des grossesses issues de PMA ?**

Oui et non...

C'est-à-dire que je les ai accompagnées. Je fais pas beaucoup de suivi de grossesses.

En général, elles ont un suivi gynéco et moi j'interviens pour les petits maux de grossesses, des consultations intercurrentes quoi.

Je me sentirai capable de les suivre, tout comme une grossesse normale d'ailleurs.

2) **Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?**

Pas du tout !

On est au courant de rien ! Une fois pris en charge par le spécialiste, on sait plus ce que deviennent ces couples. On sort complètement du circuit.

La coordination est « zéro ».

J'ai jamais de nouvelles !

3) **Selon vous, est-ce une problématique de médecine générale ?**

Non.

Je vois pas cette problématique en médecine générale. J'ai peut-être tort et ça va sûrement évoluer. Je suis un homme, je fais peu de gynéco et les femmes s'adressent pas à moi en premier lieu pour parler de ça. [Silence] Les hommes viennent pas me voir pour ça non plus.

Les femmes s'adressent à leurs gynécos.

Le contact avec un médecin femme est sûrement très différent.

Moi, j'ai un rôle auxiliaire.

[Silence]

L'infertilité fait partie du domaine de l'hyper spécialité. Y'a des médecins qui ne font que ça !

Le médecin traitant devrait être le premier interlocuteur mais il l'est pas toujours... [souplesse]

- **quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques utilisées en Procréation médicalement assistée ?**

je leur raconte ce qu'ils veulent savoir...

Je suis bien informé sur le sujet et j'estime avoir un grand rôle dans l'accompagnement moral des couples. [Silence]

Très souvent je réexplique les termes du spécialiste, ce qu'ils ont pas compris. [Silence]

J'estime que les gynécos de ville font pas assez ce travail.

Souvent, je remplis les arrêts de travail... [Silence] je suis le syndrome dépressif... [Silence] je reçois les couples démunis face aux échecs

« C'est un chemin de croix pour eux et moi je marche un peu avec eux »

4) **Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?**

Oui.

Je pense avoir de bonnes notions, je m'y suis beaucoup intéressé.

Mon rôle est de pas trainer pour les adresser et de les accompagner s'ils le souhaitent.

C'est quand les couples ont débutés leurs suivis que je tiens à me tenir au courant.

5) **Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA ?**

Je pense que notre rôle est de les adresser le plus rapidement possible et surtout de les soutenir sur le plan du moral.

Je ne pense pas que nous devons avoir des notions très techniques.... Ça servirait à rien. On n'a jamais été formé sur ça et on n'a pas à l'être. On doit juste les guider et les accompagner. Je ne sais pas si les spécialistes attendent quelque-chose de particulier de notre part, mais j'estime que notre rôle s'arrête là ! les guider et les accompagner.

Dépister telle ou telle anomalie ne servirait pas à grand-chose selon moi car on ne saurait pas quoi en faire.

- **Avez-vous des questions ?**

Non. Pas vraiment [Silence]

Ce que je regrette le plus, c'est que les spécialistes nous envoient pas de courriers pour nous impliquer dans cette prise en charge. Même si c'est seulement pour les accompagner sur le plan psychologique, c'est déjà ça !

Si ils veulent qu'on s'implique plus, qu'ils fassent en sorte que ça soit possible !

Aspects non verbaux :

Entretien au cabinet du médecin, assis l'un en face de l'autre autour du bureau.

Entretien débuté avec beaucoup de retard...médecin agacé, qui regardait sans cesse sa montre.

Réponses brèves. Idées très arrêtées.

A reçu un coup de téléphone et a répondu.

7.2.9 Entretien M9

Femme- 45 ans- médecine générale- exercice semi rural

Durée de l'entretien : 25 minutes

Lieu de l'entretien : cabinet médical

Centre de PMA le plus proche : 1 heure.

Année d'installation : 1997

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité.

[Silence] Précisément non, mais j'ai en tête le schéma de consultation que je fais à chaque fois.

Le plus souvent, on a à faire aux femmes seules dans un premier temps. C'est des femmes que je suis sur le plan gynéco donc elles abordent la question assez facilement. [Silence]

Je leur pose pas mal de questions sur leur désir réel de grossesse et ce qu'elles savent de la fertilité...

Je leur réexplique le schéma du cycle menstruel, que la fertilité est maximum autour du 14^{ème} jour du cycle (3 jours avant- 3 jours après environ) et j'insiste sur la nécessité d'avoir des rapports réguliers avec leur conjoint.

Parfois on a des petites surprises car on apprend que certains couples ont des rapports que deux fois par mois...[rires]

Après, je leur dit qu'on va se donner quelques mois en respectant ces règles simples. Je leur prescris systématiquement une ordonnance de spéciafoldine en leur expliquant à quoi ça sert. Je leur demande de revenir dans 3 à 6 mois si y'a toujours pas de grossesse débutée.

[Silence]

Lors d'une seconde consultation, si y' a toujours pas de grossesse, je leur prescris une courbe de température sur 3 mois en leur expliquant la démarche et l'intérêt. (Je leur donne des feuilles toutes prêtes). [Silence]

Si au bout de 3 mois y'a toujours pas de grossesse, je vais leur prescrire un bilan sanguin simple pour vérifier que tous les « étages sont fonctionnels ». (Bilan standard et endocrino).

[Silence]

Sinon, j'aborde la question des MST (maladies sexuellement transmissibles). Pour moi, ça fait aussi parti du bilan.

[Silence]

Je vais aussi proposer un spermogramme à leur conjoint. Soit je demande à rencontrer le monsieur, soit je donne l'ordonnance à madame.

Si je suis pas le médecin traitant de monsieur, je propose qu'il consulte son médecin pour faire les examens.

[Silence]

Souvent, les femmes apprécient que je prépare l'ordonnance pour monsieur et qu'elles leur remettent.

Après, si la grossesse a toujours pas débutée, je demande à recevoir les deux membres du couple en consultation avec les différents résultats. Ça permet aussi d'impliquer monsieur !

En général, les résultats bio sont normaux et le spermogramme montre quelques anomalies, non majeures.

Dans ce cas-là, j'adresse les couples aux spécialistes. Je fais un courrier et je les adresse au gynéco.

[Silence]

Deux cas de figures : soit je les adresse aux gynécologues en ville en leur expliquant que si y'a nécessité d'une aide médicale il faudra forcément aller sur Nantes par la suite, soit je les adresse d'emblée au CHU. On aborde la question ensembles.

Le plus souvent, ils préfèrent aller à Nantes d'emblée.

[Silence]

Je prescris pas d'écho chez la femme... j'estime que le gynéco en refera certainement une, donc ça multiplie les examens pour rien

- **Examinez-vous vos patients sur le plan général ? génital ?**

Oui, bien sûr.

Pour les femmes, c'est assez simple ; car en général je les suis sur le plan gynéco régulièrement. Les frottis sont à jour, je fais régulièrement des touchers vaginaux et j'examine les seins.

[Silence]

Je pose souvent des questions sur le métier des maris (expo à la chaleur ou aux toxiques).

J'aborde aussi la question du tabac et de la consommation de drogues et d'alcool facilement. J'ai pris l'habitude d'en parler ouvertement donc mes patients sont habitués.

[Silence]

Pour les hommes, c'est plus dur. J'avoue que je les examine pas, même si je suis leur médecin traitant.

- **Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?**

Quand je sais que mes patientes sont en couple, je leur pose la question.... Cache ! ça ne me gêne pas.

[Silence]

2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?

Je reçois les courriers de la part des spécialistes mais j'avoue que je les lis en diagonales car y'a beaucoup de termes techniques que je maîtrise pas.

[Silence]

Par contre, je lis toujours les conclusions pour me tenir informée de l'évolution de la prise en charge de ces couples.

Souvent, je continue à suivre les femmes qui me consultent pour des problèmes X genre rhume...et ça permet de me tenir informée et de les accompagner.

[Silence]

J'accompagne pas mal mes patientes sur le plan psycho. Je fais de l'homéopathie... je les aide dans les moments de stress.

[Silence]

J'estime avoir des retours assez fréquents des spécialistes.

- Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?

Je leur donne peu de conseils... A part de « faire l'amour sans trop de prendre la tête ! ».

Sinon, je vérifie les vaccins régulièrement. C'est mon travail quotidien en fait ! [rires]

On a souvent abordé la question du tabac, de l'alcool, du cannabis... avant, pendant les premières consultations.

- Selon vous, y-a-t-il un âge limite pour adresser les couples vers une consultation spécialisée ?

Non.

Je me souviens d'une consultation où une femme de 50 ans est venue me voir pour avoir recours à un don d'ovocytes à l'étranger... mais cette femme était ménopausée ! [sourires] C'est une situation qui m'a mise vraiment mal à l'aise.

J'ai essayé d'être à son écoute et surtout je me suis pas donné le droit de la juger, car c'est pas mon rôle. [Silence]

Donc non, je me donne pas le droit de limiter les couples dans leurs démarches. J'essaie de les accompagner au mieux.

Par contre, plus elles vont approcher la quarantaine, plus je vais me dépêcher pour débiter un bilan. En général, je me laisse un an avant de débiter quelque-chose. Le plus souvent, quand je débute la procédure, les femmes tombent enceintes. Pour les autres, on arrive à un délai de 18 mois avant qu'ils consultent en centre spécialisé.

[Silence]

J'ai bien conscience que la fertilité diminue avec l'âge !

- Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?

Mmh...Oui. Plusieurs fois.

Je les considère plus comme des grossesses « précieuses », mais j'estime pouvoir les suivre comme les autres.

Techniquement c'est la même chose. Et puis de toute façon, au moindre problème, on les adresse aux spécialistes, comme les autres.

En plus, à partir du moment où le centre spécialisé nous fait confiance pour suivre la grossesse, c'est que ça va bien.

Par contre, je pense que l'accompagnement psychologique est encore plus important pour ces femmes-là.

- **quelles informations donnez-vous aux couples sur les différentes techniques utilisées en Procréation médicalement assistée ?**

j'en donne pas vraiment car je maîtrise pas les différentes techniques.

J'estime que c'est du domaine du spécialiste.

Par contre, je m'intéresse à ce que les femmes ont subi, je leur demande de me raconter leur parcours (examens, injections...) pour appréhender au mieux les futures...

J'essaie plus de les accompagner sur le plan psy, je laisse la technique aux spécialistes...

Je leur dis que les spécialistes seront bien plus compétents que moi pour parler de ça.

Par contre, je leur dis qu'il existe des choses pour leur donner un peu d'espoir... mais pas trop comme même !

3) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

[Silence] Oui, on est confronté souvent à ce problème.

Pour ma part, je rencontre ce problème 4-5 fois par an, donc je pense que c'est une problématique de médecine générale, oui

4) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

[Silence] Oui, pour le moment. Je me sens pas dépassée.

J'ai le sentiment que mes patients sont satisfaits de mon approche. J'aurai sûrement des choses à apprendre mais j'estime en savoir suffisamment.

En plus, y'a une bonne complémentarité avec les centres qui gèrent le côté technique et moi le côté psy : ça me va bien comme ça !

Je sens compétente pour débiter un bilan de débrouillage et les accompagner, en complémentarité avec les spécialistes.

- **connaissez-vous les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité ?**

Non, pas du tout. Y'a une prise en charge à 100% pour ça ?

- **Oui**

Je savais même pas que ça existait ! C'est étonnant d'ailleurs car en règle générale, pour les autres pathologies prises en charge à 100%, l'hôpital nous envoie les protocoles à remplir... mais j'ai jamais reçu des protocoles pour ce problème-là.

Par contre, si c'est quelque-chose d'officiel, ça me gênera pas de le faire, au contraire.

Je pense que c'est donné de l'importance au problème pour les patients, c'est comme une reconnaissance de la société !

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?

Pour moi la place du médecin généraliste est d'accompagner les couples dans cette difficile épreuve, de trouver la juste mesure entre les encourager et ne pas les bercer d'illusions.

[Silence] C'est aussi d'être attentif à un éventuel épuisement physique ou psychologique. C'est de les encourager à poser des questions aux spés s'ils en ressentent le besoin ou de faire l'intermédiaire si nécessaire.

C'est de les encourager à écouter leur corps et leur psyché afin de rester en équilibre et de les aider si besoin avec nos outils les plus adaptés.

C'est d'être tout simplement présent comme dans les autres épreuves de la vie qui peuvent faire trébucher.

Toute la partie technique... Je la laisse aux spé ...

- Avez-vous des questions ?

Mmh...Non.

J'ai hâte de lire votre travail.

Je pense que l'expérience est importante... plus on a de la bouteille, plus on est à l'aise.

J'ai assisté aux cours du DIU de gynéco l'année dernière, et je me suis rendue compte que pour le bilan de l'infertilité, c'est ce que je faisais déjà.

En plus, je fais beaucoup de gynéco dans ma pratique, du coup, je suis amenée à parler pas mal de ce problème.

[Silence]

Et puis, la profession se féminise et le DU de gynéco a beaucoup de succès, donc on va être confronté de plus en plus à cette problématique, c'est évident.

Aspects non verbaux :

Entretien au cabinet du médecin, dans la salle de pause.

Médecin sympathique et souriante. Réponses spontanées.

Médecin à l'aise avec les questions. Réponses rapides.

7.2.10 Entretien M10

Femme – 54 ans- médecine générale- exercice semi rural

Durée de l'entretien : 25 minutes

Lieu de l'entretien : cabinet

Centre PMA le plus proche : 1h30

Année d'installation : 1988

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

[Silence] J'ai reçu une femme de 28-29 ans pour un motif X, et pendant l'examen, elle m'a dit qu'elle et son conjoint essayaient d'avoir un enfant depuis plus de deux ans.

C'était pas le motif de départ de la consultation. [Silence]

Je lui ai dit qu'il fallait peut-être envisager des examens. Elle m'a avoué qu'elle avait déjà consulté son gynéco pour ça. Il lui avait prescrit des courbes de température mais elle avait pas envie de les faire. Ça lui semblait trop compliqué !

Du coup, je l'ai questionné un peu pour connaître la durée de ces cycles, la régularité... et tout

Je l'ai pas examiné sur le plan gynéco car elle avait déjà un suivi spé.

[Silence]

Je lui ai expliqué que son conjoint devait réaliser un spermogramme. Je suis pas le médecin traitant de monsieur.

Elle m'a avoué qu'elle avait peur qu'il refuse.... Finalement il l'a fait.

[Silence]

J'ai pas vu le monsieur en consultation mais j'ai remis l'ordonnance du spermogramme à madame.

[Silence]

On est très rarement confronté à ce problème. En général, les patients consultent directement un spécialiste. En 25 ans de carrière, j'ai dû recevoir 5-6 couples ayant des difficultés à concevoir.

[Silence]

Je suis plus des patients déjà pris en charge par les centres spécialisés. Ils me consultent pour des problèmes x ou pour les accompagner (arrêts de travail, soutien moral...)

- **Avez-vous prescrit des examens pour cette patiente ?**

Non, rien du tout.

C'est le gynécologue qui a géré.

J'ai reçu le résultat du spermogramme au cabinet. Y'avait des anomalies.

Du coup, j'ai appelé les gens en expliquant qu'il fallait consulter un spécialiste de l'infertilité.

J'ai préparé un courrier qu'ils sont passés prendre au cabinet. Je leur ai dit qu'il fallait prendre un rendez-vous en expliquant leurs problèmes.

- **Quel est selon vous le délai de prise en charge d'un couple infertile ? Vers quel(s) spécialiste(s) adressez-vous vos patients ?**

Mmh... en fait, ça dépend de l'âge... mais si au bout d'un an, y' a toujours pas de grossesse, je vais débiter quelque-chose.

J'ai notion que la fertilité diminue avec l'âge.

Je me permettrai pas de limiter les couples même s'ils ont un âge avancé. Je les interroge surtout sur leurs motivations réelles mais c'est tout. Si le désir est présent, je rentre pas dans le débat de l'âge.

Sinon, je les envoie vers le CHD, à la Roche.

J'envoie pas mes patients en ville...je pense que c'est mieux de les envoyer dans une structure spécialisée directement.

- **Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?**

Je leur dis de mener une vie la plus normale possible. Souvent, ils se focalisent sur le moment de l'ovulation pour avoir des rapports.

Je leur dis d'oublier cette théorie et de faire l'amour le plus souvent possible. [Silence]

Rien de plus.

[Silence]

Ah si.... J'aborde la question du tabac, de l'alcool, de l'exposition aux toxiques, des professions de chacun... au début. J'aborde surtout le sujet pour le monsieur si y'a un problème sur le spermogramme. Pour la femme, pas souvent.

- **Comment abordez-vous la question du désir d'enfants pour les couples ?**

C'est une question que j'aborde souvent avec mes jeunes patientes, facilement en fait !

Je fais des suivis gynécos. Mais le plus souvent, c'est moi qui fais la première prescription de pilule après, je les perds de vue. Elles préfèrent un suivi spécialisé.

Par contre, je revoie ensuite les femmes plus âgées, en période de péri ménopause et de ménopause.

- **Les patients viennent-ils le plus souvent à deux ou bien séparément dans le cadre d'une première demande ?**

[Silence] Les femmes consultent toujours seules.

J'ai jamais vu d'homme pour ce genre de problème.

C'est même très compliqué de les voir à deux. C'est pour ça que je prescris le spermogramme sans voir le conjoint et c'est madame qui lui donne l'ordonnance.

[Silence]

Souvent, les messieurs acceptent mieux une prescription de spermogramme venant d'un médecin qu'ils connaissent pas... plutôt que de leur propre médecin traitant.

2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?

Non, j'ai peu de retours de la part des spécialistes. J'ai plus de nouvelles par les patientes elles-mêmes quand elles viennent pour autre chose.

Souvent, elles viennent nous voir pour avoir des arrêts de travail, ou pour être aidées sur le plan de l'anxiété ou de l'humeur... chose que les spécialistes ne font pas du tout d'ailleurs ! [rires]

- **Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?**

Oui, ça, c'est plus fréquent. [Silence]

Pour moi, c'est des grossesses comme les autres et ça me fait pas peur de les suivre.

Et puis, au moindre souci, je les adresse aux spécialistes comme pour toutes les autres grossesses.

3) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Oui, pour moi ; mais apparemment pas pour les patients car ils me consultent pas pour ça.

Ils vont voir leur gynéco.

Quand les jeunes femmes sont en âge de procréer, elles ont un suivi gynéco. C'est assez systématique.

[Silence]

- **Seriez-vous intéressée pour suivre plus de couples présentant des problèmes d'infertilité ?**

Oui, mais on est tout de même très vite limité.

Ça me plairait mais je pense que j'ai pas la patientèle en face.

Surtout, je pense que les patients estiment que c'est pas un problème de médecine générale.

[Silence]

Les seuls patients que je reçois pour ce problème sont ceux qui ont des parcours erratiques... ils ont consulté un gynéco qui leur a prescrit des examens, mais ils les ont pas fait pour je ne sais quelle raison, puis ils ont consulté un autre médecin qu'il leur a dit d'attendre, puis ils arrivent vers moi, un peu perdus... [rires]

4) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Oui, plus ou moins. J'en vois pas assez...

Je pense que j'interviens plus une fois que les couples sont pris en charge, pour le suivi psychologique ou pour leur expliquer ce qu'ils ont pas compris en consultation spécialisée.

C'est beaucoup plus fréquent. [Silence]

Les premières demandes sont très rares...

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?

Notre place est essentiellement de les soutenir sur le plan psychologique. C'est tout ! tout le reste est fait avec les spécialistes.

- Avez-vous des questions ?

Non. Pas vraiment.

Aspects non verbaux :

Entretien au cabinet, assis l'une en face de l'autre.

Entretien entre deux patients. Le médecin avait oublié notre rendez-vous mais a pris le temps de me recevoir.

Semblait peu intéressée par mon sujet, réponses brèves.

Souriante et détendue

7.2.11 Entretien M11

Femme- 56 ans- médecine générale - exercice rural

Durée de l'entretien : 30 minutes

Lieu de l'entretien : cabinet médical

Centre PMA le plus proche : 60 minutes

Année d'installation : 1992

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour une infertilité

[Silence] C'est rarement comme ça que ça se présente. Par contre, C' est une question qui arrive souvent en fin de consultation, comme une inquiétude. [Silence]

J'ai en ce moment deux couples dans cette situation, mais je suis que les hommes. Je connais pas leurs femmes. [Silence] On a pas toujours le couple en suivi, mais souvent un seul membre du couple. C'est pas vraiment mon rôle d'intervenir auprès de la femme dans ce cas-là.

Et puis souvent, le questionnement passe par la femme. Mais, dans les deux cas récents, j'ai pas vu la femme .

J'ai rarement le couple en face de moi !

[Silence]

Si je connais la femme, je démarre, ou pas, un bilan ; et je lui demande de revenir avec son compagnon. Par contre, si je connais que l'homme, je vais pas forcément demander à voir sa femme, qui le plus souvent son propre suivi.

C'est rarement une consultation pour ce motif là.... C'est souvent à l'issue d'une consultation.... Les personnes sont prêtes à partir et « ah, au fait, je voulais vous dire que nous avons quelques soucis pour avoir un enfant, ça fait deux ans qu'on essaie... qu'en pensez-vous ? ».

L'autre cas de figure : c'est les femmes assez jeunes qui viennent me voir en me disant qu'elles viennent juste d'arrêter la pilule, depuis quelques mois et qui sont inquiètes car la grossesse n'arrive pas. Dans ce cas-là, j'ai plutôt tendance à les rassurer. [Silence]

Mais en ce moment, les deux que je suis sont des hommes, assez jeunes, et leurs femmes ont un suivi ailleurs.

J'ai pas eu récemment de femmes pour bilan d'infertilité.

Ah si... j'ai eu récemment une patiente de 32 ans qui a un problème de fertilité. Elle a déjà eu deux enfants, et veut un troisième, mais ça vient moins vite cette fois-ci !

J'ai pas cherché de causes chez les deux membres du couple, car ils sont ensemble depuis longtemps et le couple est fertile puisqu'ils ont déjà eu deux enfants. [Silence]

Médecin piannote sur son ordinateur

Je lui ai retiré son stérilet en avril 2013... et elle est venue me voir en novembre parce que ses cycles sont plus courts. Elle a réalisé d'elle-même des tests d'ovulation (« vous savez les tests qu'on achète dans le commerce ») et selon elle, il n'y aurait pas d'ovulation ?!?

L'examen clinique était normal, le frottis était récent, j'ai donc diagnostiqué une insuffisance lutéale simple en la rassurant.

Pour moi, c'est pas une infertilité mais une hypofertilité qui devrait être réversible. [Silence]

Quand un couple consulte, et que la femme a arrêté sa pilule récemment je fais pas de bilan particulier et je les rassure. Je temporise et souvent la grossesse arrive. J'ai pas notion que la pilule prise plusieurs années retarde la reprise des cycles ovulatoires une fois arrêtée.

[Silence]

J'ai pas l'habitude de demander une courbe de température car j'ai pas tellement envie de les stresser en leur disant de repérer le moment le plus propice dans le cycle et de faire l'amour qu'à ce moment-là.

Je demande plutôt si elles ont des cycles réguliers, si elles ont des signes prémenstruels (tension pelvienne, tension mammaire...)

Après, je vérifie qu'il y a pas de problème de galactorrhée. [Silence]

Ensuite, j'en viens assez vite au bilan biologique, mais ça dépend quel âge elles ont...

Par exemple, le dosage de l'hormone mulérienne, je le fais chez une femme autour de 35-40 ans mais pas chez une jeune.

chez toutes je fais : œstradiol, FSH, LH, prolactine.

Je fais pas de testostérone systématiquement si elles ont pas de problème de pilosité excessive.

[Silence]

Je fais bien sûr un interrogatoire et un examen clinique. Si elle a jamais été enceinte, ça m'intrigue un peu plus.

Dans ce cas-là, je demande le nombre de partenaires pour d'évaluer le risque d'infections sexuellement transmissibles. Je recherche assez systématiquement une infection à chlamydiae. Si c'est une patiente qui a eu une vie sexuelle à risques, je pense que j'irai assez vite vers des examens complémentaires type hystérosalpingographie. [Silence]

En général, je pousse un peu les bilans avant d'envoyer chez les spécialistes. [Silence]

Chez les hommes, je demande un spermogramme et éventuellement un test de Hühner si y'a pas d'anomalies évidentes. [Silence]

Je me souviens aussi d'une patiente de 38 ans, hypofertile qu'a eu recours à un don d'ovocytes en Espagne. Son AMH était très basse. Elle avait déjà eu un enfant d'une première union. Du coup, elle a eu recours à un don d'ovocytes mais avec le sperme de son nouveau conjoint. Elle a accouché de jumeaux, donc dans l'absolu, c'est une histoire sympa ! Sauf que psychologiquement « c'était chaud ! ». Le couple a vécu un parcours du combattant, d'autant plus qu'un des jumeaux était malade. Et là, mon rôle était aussi de les accompagner psychologiquement.

- *Quel est selon vous le délai de prise en charge d'un couple infertile ? Vers quel(s) spécialiste(s) adressez-vous vos patients ?*

Dans un service hospitalier... soit Nantes, soit la Roche sur Yon, public ou privé, peu importe. Pour le délai, ça dépend de l'âge de la patiente. Si c'est une femme qu'a jamais été enceinte et qui a plus de 30 ans... je vais pas attendre. Il semble que la fertilité de l'espèce humaine diminue avec l'âge donc j'attends pas.

Le délai, c'est très contextuel. Une femme de 35 ans, j'attends pas, une petite jeune de 25 ans, je temporise.

Ca dépend aussi de la demande : si je sens qu'il y a un désir très fort, j'attends moins. [Silence]

Si c'est un jeune couple un peu stressé, j'essaye de les rassurer et leur dire d'arrêter de se focaliser sur la chose. J'hésite pas à réexpliquer les cycles pour qu'ils se donnent le plus de chances possibles mais j'essaye aussi de dédramatiser... chose qui n'est pas toujours évidente ! [rires]. Je leur dis « faites des projets de voyage, des travaux... etc. »

Et puis, le souci que j'ai aussi, d'un point de vue médical, c'est que les traitements proposés en PMA sont « hyper lourds » et que j'ai peur de toutes les hormones qu'on leur balance. C'est peut-être pour ça que je les envoie pas si vite. [Silence]

J'aimerais savoir quel est le pourcentage d'hypofertilité psychogène. Si on peut éviter de leur balancer toutes ces hormones, lorsque moi intuitivement, j'ai vraiment l'impression que la cause est psychogène, je les envoie d'abord chez le psy... ça m'est déjà arrivé.

D'ailleurs, souvent, une fois qu'elles ont eu un enfant, elles sont de nouveau enceintes, un ou deux ans après.

C'est pas rare. Une fois qu'elles ont été rassurées, ça vient tout seul.

Donc quand elles sont pas vieilles, je les envoie pas vite, car j'ai peur que ce soit trop médicalisé.

2) Une fois les couples pris en charge par le spécialiste, considérez-vous la coordination et la continuité des soins adaptée ?

Non, clairement.

Certains services, comme ceux de la Polyclinique de l'Atlantique, nous envoient un courrier à chaque fois qu'ils font une réimplantation, ou autre geste. Mais pour la plupart, on a aucune nouvelle.

Ce qui me semble important, c'est de recevoir un courrier de synthèse de la première consultation pour connaître leurs démarches et les soins envisagés. Ça serait bien qu'on ait au moins leur analyse de la situation. Je pense qu'ils peuvent faire l'effort !

C'est normal qu'on reçoive pas un courrier à chaque tentative de FIV et puis entre nous, on comprend pas toujours leur jargon.

C'est clair que les patients nous échappent. On les voit plus pendant des mois.
On est même pas forcément au courant qu'ils sont en procédure de FIV. S'ils viennent pas pour un autre problème.... On sait pas !

- **Que dites-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ? Quels conseils donnez-vous à vos patients souffrant d'infertilité ?**

Je questionne pas mal les hommes sur les métiers qu'ils exercent (boulangers, chaudronniers...) par rapport à une éventuelle exposition à la chaleur. J'essaye de repérer des facteurs limitant, quand j'ai un spermogramme perturbé. [Silence]

Sinon, j'insiste pour qu'ils aient des rapports réguliers, au moins tous les 2-3 jours.

J'essaye de repérer les couples qui se voient que le week-end, et y'en a quelques-uns. Ça diminue les chances comme même !

Pour les vaccinations, j'y pense pas systématiquement pendant ces consultations. Souvent, c'est des patients que je suis depuis longtemps donc c'est une chose que j'ai vérifié avant.

A chaque consultation globale (renouvellement de traitement ou certificat de sport), j'en profite pour vérifier ce genre de choses ; du coup, j'y pense pas forcément lors de ces consultations pour infertilité : c'est pas un réflexe.

Par contre, le statut rubéole, j'y pense. Je suis un peu obsessionnelle là-dessus ! [rires]

- **Abordez-vous la question du tabac ?**

Ah non, en effet !

Je pense pas à ça. Je savais pas que ça pouvait avoir un lien.

- **connaissiez-vous les démarches administratives possibles dans le cadre d'une prise en charge pour infertilité ?**

Oui. Je suis souvent amenée à remplir des protocoles de prise en charge à 100%. Ça fait de l'administratif en plus mais ça fait partie de notre travail.

- **Avez-vous déjà suivi des grossesses résultant de PMA ?**

Oui, pourquoi ?

Je les considère comme des grossesses normales... « une fois que c'est parti, c'est parti ! »

3) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Oui, complètement. Je le revendique.

On est auprès du patient, et c'est des choses de la vie courante. L'infertilité, la sexualité, ça nous concerne et on est probablement les mieux placés pour qu'ils nous en parlent en premier lieu.

Les patients abordent le problème assez vite. Par exemple, le papa des jumeaux dont je vous ai parlé tout à l'heure, il a abordé ses problèmes sexuels assez facilement.

Les patients en parlent facilement et c'est très bien comme ça.

4) Vous sentez-vous compétent dans ce domaine ?

Oui.

J'estime faire du travail en amont. Je fais beaucoup de consultations en lien avec la contraception et de l'orthogénie donc je me sens impliquée.

J'insiste auprès de mes internes pour mon obsession pour traquer le chlamydiae.

Je trouve exorbitant les prises en charge pour infertilité et je me demande combien on aurait pu en éviter si on avait dépisté le chlamydiae plus tôt. [Silence]

Je pense que c'est énorme le nombre d'hypofertilité en lien avec le chlamydiae.
Dépister et traiter la moindre vaginite me semble essentiel et simple à réaliser. On vient de recevoir des kits d'auto prélèvements pour dépister le chlamydiae donc je pense qu'on va en dépister encore plus.... Enfin j'espère ! [rires]
On a le souhait de le dépister encore plus.

5) Quelle est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prise en charge des couples, face à cette médecine technique de PMA?

La réponse est dans la question.

Puisque la PMA est une médecine technique, notre rôle est de remettre de l'humain!

C'est donc expliquer, soutenir, surveiller la tolérance physique et psychologique.

- Avez-vous des questions ?

Non

J'aimerais bien lire votre travail et savoir un peu ce que les spécialistes attendent de nous.

Je pense que notre rôle est important mais j'ai l'impression qu'on fait tous un peu notre cuisine... ça dépend sûrement de nos habitudes et de notre pratique au quotidien. Moi, je me sens impliquée dans ce genre de problèmes donc je fais ce qui me semble adapté... peut-être que je me trompe. J'ai l'impression de débiter un travail mais de ne pas le terminer. En même temps, je maîtrise pas toutes leurs techniques non plus.

La relation généralistes-spécialistes n'est pas toujours évidente... mais il faut que ça bouge. On a un travail complémentaire.

Aspects non verbaux :

Entretien au cabinet du médecin, en présence d'un étudiant en médecine.

Médecin sympathique, souriante, à l'aise. Réponses spontanées.

Vive, me regardant dans les yeux. Elevait facilement la voix lorsqu'elle voulait insister sur un point.

7.2.12 Entretien M12

Femme- 40 ans- médecine générale- exercice urbain

Lieu de l'entretien : cabinet du médecin

Durée de l'entretien : 28 minutes

Centre de PMA le plus proche : 15 minutes

Année installation : 2005

1) Racontez-moi votre dernière expérience de consultation pour infertilité ?

Et bien, ça tombe bien, j'ai vu une femme il y a 15 jours-3 semaines pour ça !

Elle a 28 ans et elle est venue me voir pour une histoire de rhinite qui traînait... pendant mon examen, j'ai bien senti qu'elle n'avait pas trop le moral... du coup, je lui ai demandé si elle avait des soucis d'ordre professionnel ou perso...

Et là, elle commence à me débiter ses problèmes.

Elle est en couple depuis plusieurs années avec un homme de son âge et ça fait 7 mois qu'elle a arrêté sa pilule, mais y'a toujours pas de grossesse débutée.

Elle me dit que ça commence sérieusement à l'inquiéter et qu'elle ne pense plus qu'à ça.
Elle a regardé sur internet le fonctionnement des cycles et tout ça et du coup, elle arrive même à se forcer à avoir des rapports au moment de l'ovulation.

Elle était en pleurs devant moi.

Du coup, j'ai sorti une boîte de mouchoirs [rires] et j'ai commencé à lui poser pas mal de questions. J'ai demandé ce qu'elle et son ami faisaient comme métier.... Elle a paru étonnée de ma question mais m'a dit qu'elle travaillait dans une agence d'intérim en tant que chargée de recrutement et que lui était mécanicien.

Après je lui ai demandé si son ami avait des problèmes de santé, des antécédents particuliers... elle m'a répondu que non.

Elle, je l'a connais depuis quelques années seulement. Je l'ai vu quelques fois pour des certifs de sport et des pathos courantes mais c'est pas moi qui l'a suit sur le plan gynéco.

[Silence]

Après, j'ai discuté avec elle de ses cycles. Je voulais savoir si ils étaient réguliers ou non, si elle avait déjà eu des problèmes d'ordre gynéco avant. Apparemment, elle n'avait pas de souci particulier.

Je me rends compte que je pose pas mal de questions en fait, ça m'intéresse bien ce domaine.

En même temps, je suis pas super calée mais j'aime bien, ça change de notre petit quotidien.

Faut avouer que j'en vois pas tous les jours non plus, mais de plus en plus souvent quand même, je trouve.

[silence]

- **Qu'avez-vous fait pour cette jeune patiente ?**

Pour elle, et bien, je voyais qu'elle était super stressée du coup je lui ai prescrit une courbe de température... à faire sur 2-3 mois.

J'aurai probablement pas fait la même chose si elle n'était pas stressée, mais là, vu le contexte, j'me suis dit que ça permettra de temporiser un peu en lui montrant que je ne faisais pas rien non plus.

J'ai quand même essayé de la rassurer en lui disant que le délai était normal et qu'on ne s'affolait pas avant un an de rapports infructueux.

Mais en même temps, je crois qu'elle avait besoin de ça..... c'était comme une sorte d'écoute et de soutien je crois.... Du moins, c'est comme ça que je l'ai compris. [sourire]

du coup, je lui ai dit de faire sa courbe de température et de revenir au bout de 2-3 mois avec son ami, si possible....

Comme ça, ça permet de le mouiller tout de suite lui aussi ! [rires]

Elle m'a semblé « un peu » soulagée.

[silence]

Voilà, c'est à peu près comme ça que je fonctionne.... Je les interroge pas mal mais je ne me lance pas dans des bilans tout de suite, je temporise assez....

Mais en même temps, ça dépend du contexte aussi....

Si madame approche des 34-35 ans, là, je suis plus réactive.... Je sais qu'il faut pas traîner

Par contre, si c'est une petite jeune sans soucis particulier, je me laisse un an avant de débiter des bilans.... Sauf, si encore une fois, les gens sont super stressés... je m'adapte à eux en fait .

J'ai pas une démarche caricaturale !

Par contre, je me soucis toujours de rencontrer au moins une fois monsieur.

Bien souvent, on n'est pas le médecin traitant du conjoint, du coup, c'est pas si simple de les faire venir. Mais en expliquant bien les choses, ça se passe bien.

Je veux leur faire comprendre à tous les deux que c'est une histoire de couple et que la cause peut aussi bien venir de monsieur que de madame.

Je vais pas forcément les examiner d'ailleurs.... même rarement, mais c'est pour le discours que je tiens à ce qu'ils viennent.

[silence]

- **Quel bilan avez-vous l'habitude de prescrire ?**

[rires]

Alors là, c'est tout le problème.

Je prescris un bilan mais je ne suis même pas sûre que ça soit adapté !! je fais ma petite cuisine, et je suis pratiquement sûre que personne ne fait pareil.

Il faut avouer qu'on a jamais eu de formation là-dessus. Je sais pas vous mais moi, à la fac, j'en ai jamais entendu parler !

J'ai regardé sur internet savoir si il y avait une conduite à tenir mais j'ai pas trouvé grand chose.... En même temps, j'ai pas trop cherché non plus car je suis pas confrontée au problème tous les jours.

Mais du coup, pour la jeune patiente que j'ai vu, je vais peut-être chercher un peu plus.

Y'a des recos ? quelque-chose d'officiel ?

- *Il existe une conduite à tenir sur le site du CNGOF, consultable en ligne, datant de 2008.*

Ah d'accord.... J'irai voir alors.

En même temps, je sais que ça m'est déjà arrivé d'appeler un gynéco en ville et qu'il me dise quoi prescrire.... Mais comme bien souvent, je n'ai pas noté tout de suite, du coup, j'ai un peu oublié.

Mais bon, faut avouer que les spécialistes nous répondent assez facilement tout de même.

[silence]

En général, je prescris un bilan biologique pour madame avec NFS plaquettes, glycémie, cholestérol et TSH et un spermogramme pour monsieur.

Je m'amuse pas trop à prescrire des bilans hormonaux par ce que je ne saurai pas quoi en faire !

Déjà le spermogramme, c'est un peu compliqué à interpréter. Pour l'instant, j'ai jamais rien trouvé d'exceptionnel.

Après, je passe la main aux spécialistes qui font ça beaucoup mieux que moi....

- **Vers quels spécialistes adressez vous vos patients ? et dans quel délai ?**

-

Je travaille beaucoup avec Brétéché car c'est pas loin de mon cabinet et je trouve que c'est une bonne structure... du moins, mes patients sont satisfaits.

J'adresse rarement voire jamais vers un gynéco de ville.... Je pense que c'est une perte de temps car de toute façon, les gens finissent en centre spécialisé par la suite.

[...]

Pour le délai, comme je disais tout à l'heure, j'attends en général 1 an. Mais bon, je m'adapte aux gens, à leur demande et surtout à leur âge.

- **Comment abordez-vous la question du désir d'enfants avec vos patients ?**

-

Euh.... Assez facilement en fait.

Dès lors que je suis une jeune femme pour la contraception, la question vient assez facilement.

Si par contre, je fais pas le suivi gynéco, j'aborde pas le sujet spontanément.... C'est un peu trop intime comme question je trouve.

Mais sinon, je pose la question cache..... c'est plus simple d'en parler quand elles viennent pour un renouvellement de pilule ou un frottis.

2) **Que pensez-vous de la coordination et de la continuité des soins avec les spécialistes ?**

Honnêtement ?

Pas terrible.... On adresse les patients et après..... rien

On ne sait pas ce qui se passe. On n'a pas de nouvelles. De temps en temps, on voit les gens en consultation pour des problèmes X ou pour des arrêts de travail, du coup, ils nous donnent des nouvelles, mais sinon..... on n'en a pas.

On perd de vue ces gens là.

Par contre, pour faire les arrêts, les patients sont bien contents de nous trouver ! [rires]. Vous vous rendez compte, les procédures sont souvent hyper lourdes pour les femmes et elles ne sont jamais arrêtées...

Du coup, on les récupère, fatiguées ou complètement stressées... on fait le psy bien souvent !

En même temps, c'est aussi notre rôle de généraliste. On est là pour les accompagner... mais ça serait plus facile et plus gratifiant si les spécialistes nous donnaient quelques infos.

Quand on adresse un patient chez un spécialiste, quelque-soit le domaine d'ailleurs, on fait un courrier non ? Et bien là, c'est pareil !

Désolée, je m'emporte un peu mais je tenais à le dire.

Nous les généralistes, on est censé dépister les gens et ensuite les adresser mais on n'a pas le droit d'en savoir plus... vous me direz, ils ne sont pas tous comme ça non plus, mais c'est encore trop souvent.

- **Quels conseils donnez-vous à vos patients en amont d'une consultation spécialisée ?**

Humm... c'est une bonne question.

Je leur explique à quoi ils doivent s'attendre, en gros. Qu'ils vont être reçus par un spécialiste en consultation, qu'ils vont avoir des examens à réaliser et qu'on leur expliquera les différentes techniques envisageables.

Je veux essayer de rester positive pour leur donner de l'espoir... mais pas trop comme même !

Sinon, je leur dis de faire l'amour..... souvent [rires], mais ça, en général, ils le savent déjà.

Quoique des fois, on peut être surpris... je me souviens d'un couple qui était en difficultés, et en les interrogeant, je me suis rendue compte qu'ils avaient des rapports 3-4 fois dans le mois !! Et ça, je m'en suis rendue compte bien après !

[...]

Ah si, j'allais oublié l'essentiel.

J'essaye de les sensibiliser à avoir une bonne hygiène de vie... notamment concernant le tabac et l'alcool. Je leur explique l'impact négatif du tabac sur la fertilité chez la femme, comme chez l'homme et je les incite à arrêter tous les deux, en même temps.

Voilà, sinon, je ne donne pas d'autres conseils.

- **Connaissez-vous les démarches administratives possibles dans la prise en charge d'un couple ?**

-

Euh.... Non

Il y en a ? Je ne savais pas.

3) Vous sentez-vous compétent vis-à-vis de ce problème ?

Oui et non...

C'est-à-dire que je me sens compétente pour débiter des choses et je souhaiterai même en faire un peu plus... par contre, je pense qu'il faut savoir passer la main dès que le délai de 1 an est dépassé... pour ne pas faire perdre de chance aux patients.

Je ne saurai pas interpréter des bilans hormonaux complexes correctement je pense, mais je pense pouvoir prescrire un bilan de débrouillage et surtout orienter et conseiller les gens.

- Avez-vous déjà suivi des grossesses issues de PMA ?

Ah oui, plusieurs... je trouve ça gratifiant même que les patientes reviennent vers nous après être passées dans les mains des spécialistes.

Je travaille comme pour toute autre grossesse, je n'en fais pas plus sous prétexte qu'elle est issue de PMA...

et puis, de toute façon, si il y a un problème, je les oriente vers les spécialistes concernés.

4) Selon-vous, est-ce une problématique de médecine générale ?

Complètement.

[silence]

A partir du moment où nos patients ont des problèmes de santé, que ce soit d'ordre gynéco, psy ou autre, je pense que nous avons notre place.

Après, ce qui est difficile dans ce genre de pathologie, c'est que ça reste une médecine hyper spécialisée et qu'on perd vite pied.

Si déjà on arrive à dépister nos patients, les orienter et les suivre, je pense que c'est bien non ?

[...]

Je pense qu'on pourrait faire un peu plus en termes de débrouillage mais pour cela, je souhaiterai savoir ce que les spécialistes attendent des médecins généralistes.... A part prescrire des arrêts de travail ! [rises]

Je pense qu'on peut être complémentaire. Je n'ai pas la prétention de dire que je connais leur travail car c'est pas vrai du tout, bien au contraire ; mais peut-être que si on avait plus de retours de leur part, on s'investirai d'avantage et du coup on prescrirait plus de choses en amont.... Histoire de faire gagner du temps à tout le monde.

C'est un problème de plus en plus fréquent et je pense que les patients s'y intéressent de plus en plus.

Ils lisent beaucoup de choses sur internet.... A nous de faire le tri et de bien les conseiller.

Mais pour ça, il faudrait que moi aussi je me forme plus, c'est évident. Et ce qui nous manque à tous, c'est le temps ! [rises]

Les spés, ils font ça toute la journée...nous c'est un peu plus rare comme même.

5) Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste face au spécialiste de la PMA ?

Et bien, on sert de tremplin au patient, et, dans le meilleur des cas, d'interlocuteur par la suite.

Il faut pas oublier que le médecin de proximité c'est nous. Pour ma part, c'est moins vrai car j'exerce dans une grande ville mais pour mes confrères qui travaillent dans des coins isolés, je pense que c'est encore plus vrai.

Les gens se confient pas mal.... Du coup on les oriente et puis après, on les perd de vue.... C'est frustrant comme sentiment.

Je pense que notre place peut être importante si on veut bien s'intéresser un minimum au problème.

- **Avez-vous des questions ?**

Oui, j'aimerais bien avoir une conduite à tenir de la première consultation... un guide simple et pratique, histoire de ne rien oublier mais en même temps de ne pas faire de choses inutiles.

Vous pensez que c'est possible ?

En tous cas, votre sujet est très intéressant. C'est rare qu'on nous demande notre point de vue... surtout sur ce genre de sujet complexe mais à la fois de plus en plus fréquent...

Aspects non verbaux :

Femme très sympathique et souriante. Semblait à l'aise pour répondre à mes questions. Réponses spontanées.

7.3 Annexe 3 : Synthèse de la littérature/ conduite à tenir face à un couple consultant pour infertilité

« Traiter la stérilité, cela signifie traiter le couple. Ce n'est pas la femme ou l'homme qui est stérile, c'est le couple qui ne peut pas avoir d'enfants. »

Cette exploration doit obéir à certains critères qui s'inscrivent dans une stratégie logique et progressive.

C'est la prise en charge d'un couple et non d'individus séparément. Elle est basée sur une relation de confiance.

Cette prise en charge comporte une exploration clinique et para clinique. Il ne faut pas oublier que les causes peuvent être intriquées.

Le médecin généraliste est largement impliqué dans la prise en charge initiale des couples infertiles et dans la prise en charge ultérieure, en collaboration avec le spécialiste [9]

L'interrogatoire du couple précise :

* **âge** des conjoints et notamment l'âge de la partenaire :

La fertilité d'une femme de 38 ans est réduite de moitié par rapport à celle d'une femme de 25 ans et est inférieure à 5 % au-delà de 40 ans. La fécondité maximale est observée à 28 ans.

* **durée de vie commune**

* **fréquence et qualité des rapports sexuels** (érection, éjaculation) – utilisation de lubrifiants (qui peuvent altérer la qualité du sperme)

* **la date d'arrêt** de tout moyen contraceptif

* **travail et rythme professionnel** (exposition à des toxiques ? chaleur?)

* s'il s'agit d'une première union, on définira **le caractère primaire ou secondaire** de l'infertilité au sein du couple

* le nombre de **grossesses antérieures**.

* on demandera s'il y a des difficultés de conception dans la fratrie/ antécédents familiaux d'anomalies génétiques.

* existe-t-il un passé de prise en charge d'infertilité ? (traitements et résultats)

Interrogatoire de la femme :

* **antécédents médicaux** en particulier les maladies générales (HTA, diabète, maladies cardiovasculaires, lupus, phlébites, tuberculose, VIH, hépatites...)

* **traitements en cours**

- stéroïdes, cytotoxiques.

- Les neuroleptiques, antidépresseurs, traitements hypotenseurs, traitements pour troubles gastro-intestinaux peuvent entraîner une hyperprolactinémie.

- radiothérapie ou chimiothérapie antérieure.

* **Immunité** toxoplasmose, rubéole, Hépatite B, Virus Immunodéficience Humaine (VIH).

* **antécédents chirurgicaux** : chirurgie abdomino-pelvienne

* **conditions de vie** : profession (expositions à des toxiques : les solvants organiques utilisés en agriculture peuvent être responsables de troubles de la fertilité), stress, alimentation sélective, régime restrictif, activité sportive intense (compétition), addictions : tabac ++, alcool, cannabis, marijuana, cocaïne, jogging)...

* **antécédents gynécologiques** :

- les épisodes marquants de sa vie génitale: ménarche, durée et régularité des cycles antérieurs, dysménorrhée, dyspareunies, syndrome prémenstruel, durée des règles et leur abondance, présence de caillots, bouffées de chaleur (évoque une hyperoestrogénie), galactorrhée spontanée (évoque une hyperprolactinémie).

- manœuvres intra-utérines, curetages, contraception par Dispositif Intra Utérin (DIU), primo-infection tuberculeuse.

- Infections Sexuellement Transmissibles (IST) responsables d'infections génitales récurrentes, Grossesse Extra Utérine (GEU), plastie tubaire, kyste ovarien, endométriose pelvienne, fibrome, malformations utérines, synéchie utérines, conisation (facteur de risque d'altération de la glaire cervicale).

* **antécédents obstétricaux** : grossesses antérieures et leurs évolutions

* **antécédents familiaux** : exposition au distilbène in utéro, stérilité dans la famille, ménopause précoce

* **allergies**

* **Son désir d'enfant**: anxiété et réalité.

Interrogatoire de l'homme :

*** profession, exposition à la chaleur, éloignement du domicile conjugal**

* **exposition à des toxiques** (pesticides, plomb, solvants organiques, rayons ionisants, insecticides, matières plastiques...), **alcool, tabac, cannabis** pouvant altérer la spermatogénèse.

*** activité physique : vélo**

* **enfants avec autre conjointe** (infertilité secondaire)

*** antécédents médicaux :**

- maladie générale (diabète, obésité, tuberculose, insuffisance rénale, affection neurologique, bronchopathie chronique à la recherche d'un syndrome de Kartagener (dyskinésies ciliaires), d'un syndrome de Young (association d'une azoospermie obstructive et d'infections respiratoires) ; d'une dilatation des bronches, une mucoviscidose pouvant se manifester par une agénésie bilatérale des déférents.
- affection néoplasique : cancer testiculaire, hémopathie (dans ce contexte, il faut s'interroger sur l'autoconservation du sperme : CECOS)
- maladie infectieuse/ oreillons avec orchite à la puberté
- traitement en cours pouvant retentir sur la qualité du sperme (stéroïdes, corticostéroïdes, alpha bloquants, antidépresseurs (classe des Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase), colchicine, spironolactone, fibrates (hypospermie).
- chimio ou radiothérapie (à partir de 6 Grays : azoospermie définitive)
- traumatisme médullaire

*** antécédents urogénitaux :**

- ectopie testiculaire (uni ou bilatérale, migration)
- chirurgie d'une hernie inguinale (section du déférent)
- torsion testiculaire
- traumatisme testiculaire
- varicocèle uni ou bilatéral
- antécédents infectieux : orchi-épididymite, prostatite, urétrite, infection urinaire (Gonocoque, oreillon, tuberculose...)

* **Son désir d'enfant:** anxiété et réalité

Examen Physique:**La Femme***** examen général**

- morphotype avec calcul de l'Indice de masse corporelle (poids/taill²)
- TA, pouls,
- signes d'hyperandrogénie (acné, séborrhée et/ou hirsutisme) qui font évoquer un syndrome des ovaires poly kystiques.
- palper de la thyroïde
- examen abdominal (cicatrices ?, masse ?)

*** examen gynécologique**

- Examen des seins : recherche d'un écoulement lactescent : galactorrhée ?, masse ?
- Examen de la vulve : anomalie du clitoris ? (hyper androgénie), imperforation hyménale ?
- Examen au Spéculum: permet l'examen du col, on note l'état de la glaire si on est au milieu du cycle, recherche une cervicite, malformation
- Le Toucher Vaginal: volume de l'utérus, sa position antéversée ou rétro versée, l'existence ou non d'une masse annexielle.

Cet examen permet d'orienter vers une cause évidente, mais le plus souvent, il est normal.

L'Homme

* **Le morphotype:** poids, taille, calcul de l'IMC (une variation de 3 points de l'IMC / référence entre 20 et 22 peut être à l'origine d'une infertilité).

* **Caractères sexuels secondaires :** pilosité pubienne, axillaire, gynécomastie

***Examen des organes génitaux:**

- examen du pénis, incluant la localisation du méat urétral (hypospadias) ;
- la palpation des testicules et la mesure de leur taille (cancer du testicule, hypotrophie, cryptorchidie, atrophie post orchépididymite ou post orchite ourlienne)
- On recherche des cicatrices de cure d'hernie ou cryptorchidie
- la présence et la consistance des déférents et épидидymes (recherche des signes obstructifs de la voie génitale). *Le diagnostic d'agénésie congénitale bilatérale des déférents (ACBD) est établi par l'examen physique et ne nécessite pas d'exploration chirurgicale.*
- la recherche de varicocèle ;
- le toucher rectal s'il existe un facteur de risque d'infection chronique (apprécie l'état de la prostate et des vésicules séminales).

Un petit volume testiculaire, une gynécomastie, des organes génitaux externes infantiles (micro pénis), une pilosité rare, associés ou non à une hypo- ou anosmie doivent orienter vers un syndrome de Kallman (syndrome très rare associant un hypogonadisme hypo gonadotrope par déficit en GnRH et hypo-anosmie par hypo/aplasie des bulbes olfactifs). L'incidence est de 1/10000 garçons et 1/50000 filles). La plupart des cas sont sporadiques mais quelques formes familiales ont été décrites.

Au total, une question se pose : L'infertilité est-elle réelle ?

- > 1 an
- D'emblée à partir de 35 ans
- Cause évidente (ATCD, aménorrhée...) quelque-soit le délai
 - Si oui débiter bilan complet
 - Si non rassurer

3) Examens complémentaires de première intention réalisés par le médecin généraliste.

L'exploration d'un couple infertile doit donc être menée parallèlement chez les 2 partenaires (cf. figure 1) et il ne faut pas attendre d'avoir conclu à la normalité de l'exploration de la femme pour demander un spermogramme au partenaire. [11]

A entreprendre après 1 an de rapports sexuels réguliers, non protégés sauf si :

- Femme de plus de 35 ans
- Troubles du cycle patent
- Pathologie connue touchant l'appareil génital féminin et/ou masculin.

Pour la femme :

a) Bilan hormonal

Il doit être réalisé à **J3** du cycle et comprend :

- Follicle Stimulating Hormone (FSH) : un taux supérieur à 8UI/l traduit une mauvaise réserve folliculaire ovarienne. Si le taux de FSH est supérieur à 20UI/l, la probabilité de débuter une grossesse est quasi nulle.
- Hormone Lutéinisante (LH)
- E2 (oestradiol : œstrogène endogène),
- Prolactine: en cas d'hyperprolactinémie, il faut confirmer le résultat par un autre dosage et rechercher une cause médicamenteuse. Une imagerie de la loge pituitaire sera à réaliser (macro-micro adénome ?)
- en cas d'hirsutisme ou d'acné, faire un dosage des androgènes (testostérone, déhydroépiandrostéronesulfate et 17 hydroxyprogestérone).
- Thyroid Stimulating Hormon (TSH)
- Hormone anti mullérienne (AMH): après 35 ans, si les cycles sont courts (moins de 27 jours, avec un décalage précis dans le cycle) afin de rechercher une insuffisance ovarienne débutante.
- sérologies rubéole, toxoplasmose et chlamydiae trachomatis, hépatite B et C, Virus Immunodéficiences Humaines (accord de la patiente). [16]

b) Courbe température

Elle se réalise sur 2-3 mois maximum. Elle consiste en une prise de la température tous les matins au réveil, avant le lever.

Lors d'un cycle normal, la température après les règles est de l'ordre de 36,5°C, puis on assiste à une augmentation brusque post ovulatoire d'environ 5/10èmes (action de la progestérone lutéale). Puis, c'est le « plateau thermique » durant 12 à 14 jours. Enfin, la température s'abaisse au moment des règles.

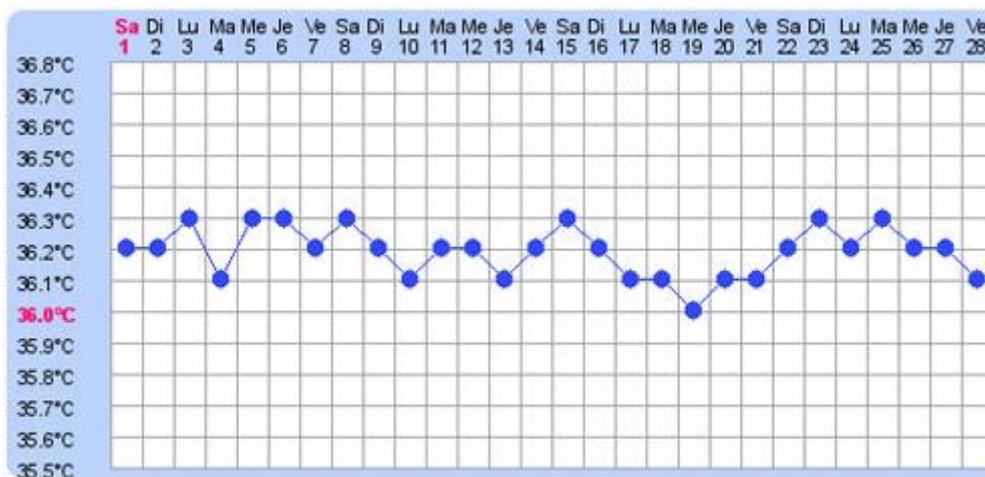
Le jour de l'ovulation correspond au point le plus bas avant le plateau thermique. La période fertile correspond aux 2-3 jours précédant le décalage.

L'établissement de la courbe de température n'a d'intérêt que si la femme a des cycles réguliers.

Cet examen se perd de plus en plus dans la pratique clinique, laissant place aux examens biologiques et d'imagerie.



Exemple de courbe de température normale (cycle ovulatoire)



Exemple de courbe de température anormale (cycle anovulatoire)

En cas de difficultés d'interprétation de la courbe, on peut s'aider du dosage de la progestéronémie au 20^{ème} jour du cycle.

Un taux de progestérone supérieur à 3ng/l correspond à une ovulation. Cependant, ce taux n'est pas suffisant pour assurer une ovulation de qualité.

Un taux de progestérone supérieur à 10ng/l traduit un corps jaune de qualité.

Interprétations des résultats biologiques :

Classification des différents cas d'anovulation par l'OMS

Système de classification des anomalies ovulatoires par l'OMS		
Groupe	Diagnostic	Description
I	Déficience hypothalamo-hypophysaire	Aménorrhée sans production apparente d'œstrogènes endogènes ; taux de prolactine normales, faibles taux de FSH (hypogonadisme hypogonadotrophique) et absence de tumeur décelable dans la région hypothalamo-hypophysaire.
II	Dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire	Divers troubles du cycle menstruel (par ex., déficiences de la phase lutéale, cycles anovulatoires, syndrome des ovaires polykystiques anovulatoire ou aménorrhée) avec production apparente d'œstrogènes endogènes et taux de prolactine et de FSH normaux.
III	Déficience ovarienne	Aménorrhée sans production apparente d'hormone ovarienne et avec des taux élevés de FSH mais des taux normaux de prolactine.
IV	Anomalie congénitale ou acquise des voies génitales	Aménorrhée sans saignement à l'arrêt d'un traitement répété par œstrogènes.
V	Infertilité hyperprolactinémique avec tumeur de la région hypothalamo-hypophysaire	Divers troubles du cycle menstruel (par ex., déficiences de la phase lutéale, cycles anovulatoires ou aménorrhée) avec taux de prolactine élevés et tumeur apparente dans la région hypothalamo-hypophysaire.
VI	Infertilité hyperprolactinémique sans tumeur décelable dans la région hypothalamo-hypophysaire	Identique au groupe V sauf qu'il n'existe pas de masse décelable.

VII	Aménorrhées avec taux de prolactine normaux et tumeur apparente dans la région hypothalamo-hypophysaire	Faible production d'œstrogènes endogènes, taux de prolactine et de FSH normaux ou
-----	---	---

c) Echographie pelvienne

Si possible par voie endovaginale, elle précise la taille et l'aspect des ovaires, permet d'évaluer le compte des follicules pré antraux lorsque réalisée à J3 du cycle (facteur pronostic : < 5, mauvais ; entre 5 et 10 follicules/ovaire : bon ; > 10/ovaire : syndrome des ovaires polymicrokystiques).

Elle permet aussi de mesurer l'épaisseur de la muqueuse utérine et de confirmer la présence de myomes/fibromes.

Elle permet de détecter une malformation utérine.

d) Hystérosalpingographie

L'hystérogographie précise l'intégrité et la perméabilité de l'utérus et des trompes. Elle peut rechercher des images endo utérines (cloisons, polypes, fibromes, adénomyose), des signes d'endométriose (aspect de segmentation en ligne brisée de l'utérus).

Elle doit être obligatoirement effectuée en dehors de toute infection génitale évolutive (risque d'endométrite ou de salpingite) et après avoir écarté une grossesse.

Elle est réalisée en phase folliculaire moyenne vers les 8 ème-10 ème jours du cycle. Elle permet d'apprécier la cavité utérine l'état et la perméabilité des trompes ainsi que le passage plus ou moins facile du produit de contraste dans la cavité péritonéale.

Elle sera réalisée de façon systématique avant tout traitement inducteur de l'ovulation.

Les contre-indications : allergie à l'iode, contexte infectieux génital en cours. [59]

Pour l'homme :

a) Spermogramme

C'est l'examen fondamental chez l'homme. Il tient la première place dans le bilan d'une infertilité masculine. Mais cet examen doit être interprété de façon critique.

En effet, l'extrême variabilité des paramètres, à la fois inter et intra-individuelle, rend difficile l'établissement de critères précis de normalité. Les conditions de recueil doivent être soigneusement contrôlées.

Il permet d'analyser :

- La couleur du sperme (normal : opalescent). Si la couleur est anormale, il faudra prévoir une spermoculture.
- La viscosité (hyperviscosité en cas d'insuffisance prostatique)

- Le PH (normal entre 7,2 et 8)
- La numération (20 à 250 millions de spermatozoïdes par millilitre)
- La mobilité des spermatozoïdes (normale > 50%)
- La vitalité (pourcentage de spermatozoïdes vivants : normale > 50%)
- La recherche d'éventuels agglutinats spontanés, qui traduiraient la présence d'anticorps anti spermatozoïdes. (cf tableau 1)

Le sperme doit être émis au laboratoire, par masturbation, après 3 à 5 jours d'abstinence.

Lorsqu'il apparaît pathologique, le spermogramme doit être recontrôlé 3 mois plus tard. *Une affection même bénigne et de courte durée, tel un épisode grippal, est susceptible de retentir sur les caractéristiques du sperme émis 2 à 3 mois plus tard en raison de la durée de 74 jours du cycle de la spermatogénèse.*

Le sperme se compose d'un liquide sécrété par les vésicules séminales (65%), d'un liquide d'origine prostatique (30%) et de spermatozoïdes (5%).

Le Tableau 1 résume les valeurs de références (OMS 1999)

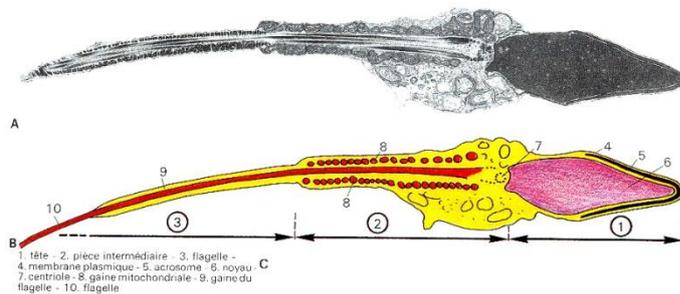
Paramètres spermatiques seuils	Valeurs	
Délai d'abstinence jours	3—5	
Volume éjaculé	2—6 ml	
Numération par ml	> 20 millions	
Numération par éjaculat millions	>	40
Mobilité	> 50 %	
Vitalité	> 50 %	
Pourcentage de formes normales (selon OMS)	>	30 %
(selon Kruger)	>	15 %
Leucocytes	< 1 million	

Tableau 1 : Paramètres spermatiques normaux

Les anomalies du spermogramme :

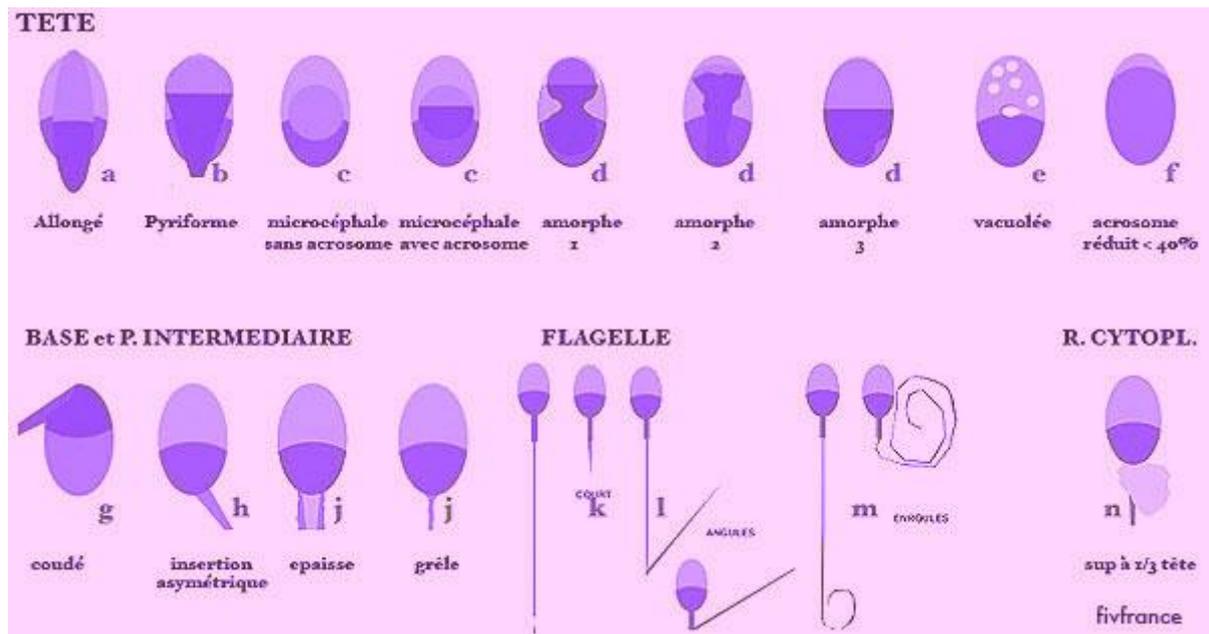
Hypospermie	Volume éjaculat < 2ml
Hyperspermie	Volume éjaculat > 6ml
Polyspermie	Numération > 250 millions/ml
Oligospermie	Numération < 20 millions/ml
Azoospermie	Absence totale de spermatozoïdes : - Sécrétoire (pathologie testiculaire) - Excrétoire (obstacle sur les voies excrétrices)
Asthénospermie	Moins de 40% de spermatozoïdes mobiles
Tératospermie	Moins de 70% de spermatozoïdes normaux
Nécrospermie	Plus de 30% de spermatozoïdes morts.

b) Le spermocytogramme

La structure du spermatozoïde

C'est l'analyse de la morphologie des spermatozoïdes, elle permet de dénombrer le pourcentage de spermatozoïdes normaux (typiques) dans un échantillon de sperme et représente un des éléments majeurs de l'analyse du sperme en première intention. **C'est la méthode recommandée aujourd'hui dans la cinquième édition de l'OMS (2010)** mais un certain nombre de laboratoires francophones continuent, pour un temps, d'utiliser la classification de David Modifiée

L'analyse s'effectue généralement sur 100 ou 200 spermatozoïdes, fixés et colorés sur lame au grossissement X1000.



b) Un bilan biologique

Il doit comprendre au moins un **dosage de la testostérone totale et de la FSH.**

Il s'impose s'il y a :

- Une concentration de spermatozoïdes anormalement basse, notamment au-dessous de 10 millions/ml;
- Une dysfonction sexuelle;
- Des signes et/ou symptômes suggérant une endocrinopathie.

Un taux de FSH élevé traduit une probable altération de la spermatogénèse.

La prolactine doit être mesurée en cas de dysfonction sexuelle ou de gynécomastie non expliquée.

En cas de résultat anormal du dosage de testostérone totale, il est conseillé d'effectuer sur un nouveau prélèvement un dosage de la testostérone totale et de la *sex hormone binding globulin* (SHBG).

De plus, les sérologies VIH, VHB-VHC, rubéole seront contrôlées.

c) Échographie des voies génitales

- L'échographie transrectale

L'échographie transrectale est indiquée chez les patients azoospermes chez lesquels on suspecte une cause excrétoire. Certains experts recommandent une échographie transrectale chez les patients

oligospermiques avec faible volume éjaculé, déférents palpables, volume testiculaire normal, pour déterminer s'il existe une obstruction des canaux éjaculateur.

- L'échographie scrotale

La plupart des pathologies scrotales sont palpables. L'échographie scrotale est indiquée chez les patients chez qui l'examen scrotal est difficile ou chez qui une masse testiculaire est suspectée. Certains experts recommandent la réalisation d'une échographie scrotale chez les patients infertiles s'il existe des facteurs de risque de cancer testiculaire (cryptorchidie, antécédents de cancer du testicule, testicule atrophique), voire de façon systématique en raison du lien étroit entre infertilité masculine et cancer du testicule.

En revanche, il n'y a pas d'indication à réaliser un dépistage de la varicocèle infraclinique par échographie scrotale.

Pour le couple :

Le test post coïtal de Hünher

Il n'a aucun intérêt pronostique après 3 ans d'infécondité.

Il est réalisé en pré ovulatoire immédiat vers J12 (ou si l'on s'aide de l'échographie, dès que le follicule sera > à 17mm) ; 8 à 12 heures après un rapport sexuel.

2 à 3 jours d'abstinence sont nécessaires avant la réalisation du test. Toute toilette vaginale après le rapport est proscrite. Ce test n'a de signification que si le spermogramme est normal.

Ce test permet d'analyser la qualité de la glaire cervicale (abondance, filance) sur un prélèvement réalisé au niveau de l'endocol. Il explore le comportement des spermatozoïdes dans la glaire cervicale et quantifie le pourcentage de spermatozoïdes progressifs et non progressifs.

De plus, il explore la qualité de l'ovulation car la glaire est oestrogène-dépendante.

Par ailleurs, il permet de détecter des incompatibilités liées à la présence d'anticorps anti spermatozoïdes dans la glaire ou dans le sperme. Cela se traduit par une mobilité sur place des spermatozoïdes.

L'utilité du test post coïtal dans l'exploration d'une infertilité de cause inconnue est débattue depuis une vingtaine d'années. Il a été **supprimé des recommandations** mais continue à être prescrit par certains médecins. Ces derniers estiment que cet examen peu invasif et peu coûteux permet d'apporter des éléments essentiels au diagnostic et à la prise en charge de l'infertilité. De plus, certaines équipes décrivent un effet thérapeutique existe lorsque le Test Post coïtal se fait avec stimulation de la glaire : des grossesses ont été obtenues dans des couples infertiles.

Cependant, plusieurs études Anglo saxonnes réfutent cette hypothèse, le Test Post Coïtal n'aurait pas de valeur pronostique et aucun intérêt pratique.

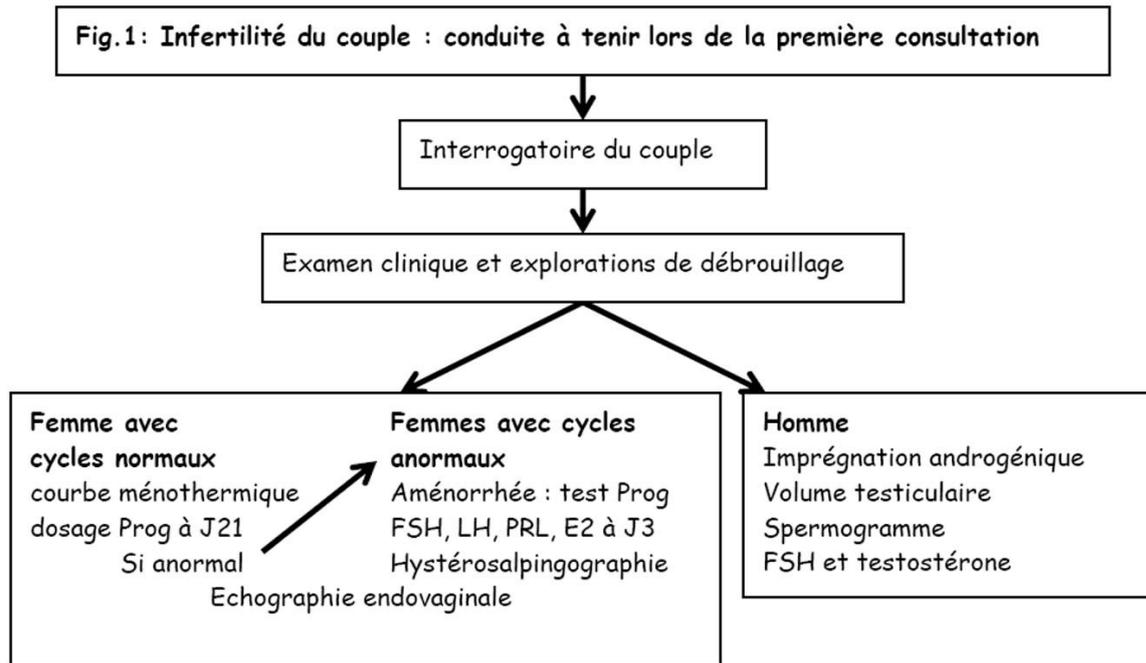


Figure 1 : infertilité des couples- conduite à tenir lors de la première consultation.

Rôles du médecin généraliste dans la prévention de l'infertilité.

- **1er Rôle du généraliste** : informer sur l'urgence liée à l'âge

L'avancée en âge s'accompagne d'une réduction des chances de grossesse et d'une augmentation des fausses couches :

- principalement liées à l'altération quantitative et qualitative de la réserve ovarienne
- au vieillissement utérin, plus tardif et d'effets plus limités,
- à l'âge du partenaire masculin
- la réduction de la fréquence des rapports.

- **2ème rôle du généraliste** : établir un premier bilan

Prise en charge à 100% pour tous les examens et traitements de l'infertilité hors AMP.

Nécessite l'établissement d'un protocole de soins à 100% :

- pour chacun des membres du couple
- par le médecin traitant ou par le gynécologue

Réponse écrite de l'assurance maladie (Durée variable : 6 mois à plusieurs années)-peut être renouvelée après une nouvelle demande

- **3^{ème} rôle du généraliste** : prévention et prise en charge
 - Perte de poids si nécessaire
 - Arrêt du tabac chez les deux partenaires
 - Normalisation de la fonction thyroïdienne,
 - Equilibration d'un diabète,
 - Vaccination anti rubéolique des femmes séronégatives, mise à jour des vaccinations anti coqueluche chez les deux parents.
 - Elimination d'une cause médicamenteuse d'hyperprolactinémie.
 - Traitement des infections génitales
 - Supplémentation en acide folique des femmes avant une éventuelle grossesse.
 - Soutien psychologique des couples

- **4^{ème} rôle du généraliste** : orienter vers un spécialiste les cas qui le nécessitent
 - Infertilité supérieure à 1 an
 - Femme de plus de 35 ans et/ou présentant des signes d'insuffisance ovarienne débutante, Fausses couches spontanées à répétition, Obturation tubaire, pathologie endo-utérine, endométriose...
 - Insuffisance spermatique sévère
 - Couple infecté par le VIH, les hépatites B ou C.

BESNARD KOSCIELNIAK

Anne

**Le problème de l'infertilité : comment le médecin généraliste aborde et
accompagne les couples en difficultés ?
Enquête qualitative autour de 12 médecins généralistes des Pays de Loire.**

Résumé :

Un couple sur sept souffre d'infertilité. La littérature accorde une place importante aux soins primaires dans leur prise en charge mais peu d'études ont évalué la place et les rôles que s'accordent les médecins généralistes face à cette problématique.

Objectif de l'étude : enquête pour comprendre les attitudes des médecins généralistes recevant un couple en difficulté.

Méthode : Enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes libéraux des Pays de Loire, réalisée par entretiens semi-directifs, basée sur un guide d'entretien préalablement établi.

Résultats : les médecins interrogés sont unanimes sur la place importante qu'occupe la médecine générale dans la prise en charge des couples infertiles. Toutefois, cette approche reste difficile de par son dépistage, sa prise en charge initiale et son suivi, face à une médecine technique qu'est la médecine de la reproduction.

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

MOTS - CLES

infertilité, couple, médecine générale, soins primaires, dépistage, orienter, accompagnement psychologique, coordination des soins, compétences, procréation médicalement assistée.