

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les femmes et leur fertilité :
Quelle place pour les médecins généralistes dans cette éducation ?**

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre à 16h
au Pôle Formation
par **Roxane CLAQUIN**

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseur :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Eric LEGRAND

**Travail de la Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé de
L'Institut Catholique de Lille**

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

LISTE DES ABREVIATIONS

ASALEE	Action de Santé Libérale En Equipe
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CRDMM	Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DU	Diplôme Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
MOC	Méthode d'Observation du Cycle
MSU	Maître de Stage des Universités
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
SPM	Syndrome Pré-Menstruel

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHODES	3
I. Choix de l'étude	3
II. Population étudiée	3
III. Recrutement de l'échantillon	3
IV. Déroulement du recueil de données	4
V. Analyse des données	4
VI. Cadre réglementaire	5
RESULTATS	6
I. Description des médecins interrogés.....	6
II. La physiologie de la fertilité	7
A. Contenu de l'information transmise.....	7
1) Rappels d'anatomie.....	7
2) Le déroulement du cycle féminin.....	7
3) Les modifications des sensations de la femme au fil du cycle	12
4) La fertilité du couple	12
5) Rappels généraux sur la fertilité	12
6) Adaptation de l'information à la patiente	13
7) Peu d'informations transmises sur la fertilité en consultation.....	13
B. Moments pour en parler	14
1) Lors de la prescription de la contraception.....	14
2) Lors du début de la vie sexuelle	17
3) Lors des consultations de gynécologie classique.....	17
4) Lors de l'expression d'un désir de grossesse.....	17
5) En cas de difficultés de conception	18

C.	Les bénéfices attendus d'informer les patientes	21
1)	Pour les patientes.....	21
2)	Pour les médecins.....	24
III.	Les aides pour aborder le sujet en consultation	26
A.	Les aides liées au sujet même de la fertilité	26
B.	Les aides provenant des patientes	26
1)	Les connaissances préalables des patientes.....	26
2)	Un bon niveau de compréhension par les patientes	26
3)	L'aisance des patientes à aborder ce sujet intime.....	27
4)	Les questions posées par les patientes	27
5)	Le refus de la contraception hormonale	28
C.	Les aides liées au médecin	28
1)	Influence de la vie personnelle du médecin	28
2)	Influence de l'approche de la gynécologie par le médecin.....	29
3)	Les supports écrits	30
D.	Le rôle facilitateur du contexte de consultation	30
1)	Première rencontre.....	30
2)	Connaître la patiente au préalable	31
3)	Une relation de confiance entre le médecin et la patiente.....	31
4)	Prévoir une consultation dédiée	32
E.	L'influence sociétale.....	32
1)	Le rôle des médias	32
2)	Le recours à Internet	32
3)	La place des applications	33
4)	La recherche d'alternatives « naturelles » pour la contraception	34
F.	Aides à développer ?	34
1)	L'inclure dans la base de la formation des étudiants.....	34

2) La promotion de la richesse du cycle menstruel	35
3) Des supports écrits	35
4) Des outils informatiques	36
5) Des sites internet.....	37
IV. Les freins retrouvés à l'évocation de la fertilité.....	37
A. Les freins liés au sujet même de la fertilité	37
1) Sujet intime.....	37
2) Tabou	37
3) Sujet complexe.....	38
B. Les freins provenant des patientes	38
1) Peu de consultations à l'âge où on pourrait en parler	38
2) Manque de connaissances.....	38
3) Peu d'attentes à ce sujet	39
4) Dégoûtées par l'évocation du mucus cervical.	40
5) Un non-sujet ?	40
6) Nomadisme médical	40
C. Les freins liés au médecin	41
1) Influence de la vie personnelle des médecins.....	41
2) La formation médicale valorise peu la physiologie	41
3) La physiologie du cycle est peu claire pour eux.	42
4) Patientèle peu concernée par la physiologie de la fertilité	43
5) Les médecins n'ont pas toujours l'occasion d'aborder le sujet.....	43
D. Les freins liés au contexte de la consultation	44
1) La consultation première contraception.....	44
2) De multiples motifs de consultation	45
3) La présence d'un tiers en consultation	46
4) Manque de confiance dans la relation médecin-malade	46

5) Manque de valorisation de la gynécologie en ambulatoire.....	46
E. L'influence sociétale.....	47
1) Le rôle d'internet.....	47
2) Un excès d'informations ?	48
V. La posture du médecin vis-à-vis de la physiologie de la fertilité.....	48
1) Parcours personnel	48
2) Intérêt personnel pour la fertilité	48
3) Importance de la promotion de l'autonomie du patient.....	49
4) Perception du rôle du médecin généraliste concernant la fertilité	49
5) L'incertitude quant à la physiologie	49
6) L'auto-observation des signes de fertilité	50
7) Abord de la fertilité en consultation	52
DISCUSSION	53
I. Validité de l'étude	53
A. Forces de l'étude.....	53
1) Son originalité.....	53
2) Choix de la méthode.....	53
3) Critères de scientificité	53
B. Limites et biais	54
1) Biais d'investigation.....	54
2) Biais d'interprétation	54
3) Biais de sélection.....	55
4) Biais d'influence.....	55
II. Principaux résultats	55
A. La connaissance de la physiologie de la fertilité	55
B. L'infertilité	58
C. Les aides et freins pour aborder la fertilité en consultation	61

1) Les freins	61
2) Les aides	63
D. Bénéfices attendus pour les patientes.....	67
CONCLUSION.....	69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
ANNEXES	77

RESUME

Contexte :

Les femmes connaissent mal la physiologie du cycle menstruel. Une bonne connaissance de celui-ci est une aide dans la concrétisation d'un projet de grossesse. Or, l'hypofertilité est un problème croissant, touchant près d'un quart des couples. Le médecin généraliste est un des interlocuteurs privilégiés en matière de gynécologie. Comment s'implique-t-il dans l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité ? Quels sont les aides ou au contraire les freins dans la transmission d'informations sur la physiologie de la reproduction ?

Méthode :

Une étude qualitative observationnelle, avec analyse thématique, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, a été réalisée. Les médecins interrogés étaient installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. Leur recrutement a été fait en variation maximale, jusqu'à suffisance des données. Une triangulation des chercheurs a été effectuée.

Résultats :

Dix-sept entretiens ont été réalisés. L'abord de la fertilité était variable d'un médecin à l'autre. Les médecins constataient le manque de connaissance du cycle par les femmes. La prescription de contraception n'était pas toujours l'occasion de présenter la physiologie de la fertilité. En effet, au cours de ces consultations il y avait trop d'informations à transmettre sur la contraception elle-même. L'observation des signes cliniques de fertilité était peu expliquée ou encouragée auprès des patientes. Les médecins déploraient leur manque de connaissances approfondies sur le sujet. La consultation d'internet et l'usage d'applications mobiles étaient de plus en plus répandus. Les médecins orientaient leurs patientes vers ces outils. Cela nécessitait un accompagnement des patientes car les informations trouvées étaient de fiabilité variable. Les médecins étaient en demande de supports écrits pour faciliter l'évocation de la fertilité en consultation.

Conclusion :

La physiologie de la fertilité était peu abordée par les médecins généralistes interrogés. Une meilleure compréhension de leur corps par les femmes serait utile dans la prise en charge de l'infertilité. Des aides pour inciter à aborder le sujet en consultation de médecine générale restent à développer. Elles vont du support écrit, aux outils numériques en passant par une valorisation du temps médical dédié à l'éducation en santé.

INTRODUCTION

Un rapport sur l'infertilité a été récemment demandé par nos décideurs politiques (1). Problème de santé croissant (2), les autorités sanitaires s'en saisissent progressivement (3).

Le constat est régulièrement fait que la population générale connaît mal la physiologie de la fertilité et les facteurs de risque d'infertilité (4). Depuis le début du vingtième siècle, différentes approches de l'observation du cycle ont été développées. Leur but était la régulation des naissances. Certaines ont été abandonnées. D'autres, comme l'observation de la modification de la glaire cervicale et de la température au cours du cycle, gardent encore un intérêt clinique (5). Une bonne connaissance de leur cycle par les femmes les aiderait à concevoir. En effet de nombreux cas d'infertilité sont liés à une mauvaise temporalité des rapports sexuels (6). Le monitoring de la période fertile augmente les chances de conception (6,7).

Que disent les médecins généralistes de la physiologie de la fertilité à leurs patientes ? Quelles difficultés rencontrent-ils pour les éduquer dans le domaine de la fertilité ? Quels éléments les aident dans cette démarche ? Ces questions n'ont pas encore été explorées en France.

L'objectif principal de notre étude était donc d'étudier l'approche de l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Les objectifs secondaires étaient de deux ordres. En premier lieu elle cherchait à mettre en évidence les aides et les freins dans ce domaine. En second lieu elle ouvrait sur les aides à développer pour faciliter la pratique quotidienne des médecins généralistes autour de la fertilité.

MATERIELS ET METHODES

I. Choix de l'étude

L'objectif du travail de recherche était l'étude des pratiques des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, concernant l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité. Le but était d'étudier leur vision, leurs attitudes, leurs ressentis à l'égard du sujet de la fertilité. Pour cela nous avons choisi une étude observationnelle, qualitative avec analyse thématique. Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

II. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin libéral installé ou remplaçant, d'exercer dans le Nord ou le Pas-de-Calais et d'avoir signé le formulaire d'information concernant la participation à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient le fait d'être encore interne, de ne pas exercer dans le Nord ou le Pas-de-Calais et de refuser de participer à l'étude.

III. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement a été réalisé en variation maximale : sexe, mode d'exercice, mode et zone d'installation, ancienneté de la pratique et statut de « maître de stage universitaires » des médecins. Les médecins ont été recrutés par différents canaux : connaissance préalable par l'investigatrice, réseaux sociaux, méthode boule de neige et enfin consultation de l'annuaire téléphonique en ligne (PagesJaunes®).

IV. Déroulement du recueil de données

Le recueil de données a été fait à l'aide d'entretiens semi-dirigés. La grille d'entretien (Annexe A) a été développée à partir des recherches bibliographiques. Elle prévoyait 5 questions principales et des questions de relance possibles. La grille d'entretien a été amenée à évoluer en fonction des entretiens.

Les entretiens ont été réalisés entre le 22 avril 2021 et le 13 juillet 2022, par l'investigatrice. Les entretiens se sont faits soit en présentiel au cabinet ou au domicile du médecin, soit par visioconférence, via le logiciel Zoom®.

La réalisation de *focus group* aurait été intéressante, mais n'a pas été possible au vu du contexte sanitaire encore fortement marqué par l'épidémie de Covid-19.

Chaque médecin était invité à signer une fiche d'information et de consentement (Annexe B) avant le début de l'entretien. Les dix-sept entretiens réalisés ont duré entre 16 et 51 minutes, avec une moyenne de 32 minutes

V. Analyse des données

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS, modèle VN-8500PC DNS. Ils étaient ensuite retranscrits sur Word365®. L'analyse des entretiens a été réalisée grâce au logiciel d'analyse qualitative NVivo1.6.2®.

Chaque retranscription était renvoyée au médecin interrogé.

Une analyse thématique des entretiens a été réalisée. Celle-ci passe par une lecture attentive de la retranscription de chaque entretien pour en saisir le sens précis. L'analyse des entretiens permet ainsi d'extraire des grands thèmes et des sous-thèmes. Ceux-ci permettent de répondre à la question de recherche de l'étude, en s'appuyant sur les *verbatim* issus des entretiens.

Une triangulation des chercheurs a été permise grâce au concours d'un autre médecin, ayant l'expérience des analyses qualitatives.

Les résultats de l'étude étaient ensuite confrontés aux données de la littérature afin d'en vérifier la cohérence.

VI. Cadre réglementaire

La grille d'étude ainsi que le guide d'entretien ont été validés par la *Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique* (CRDMM) de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été faite avant le début de l'étude.

Chaque médecin participant à l'étude signait une fiche de consentement avant la réalisation de l'entretien individuel (Annexe B).

RESULTATS

I. Description des médecins interrogés

	Sexe	MSU	Type de patientèle*	Formation complémentaire en gynéco	Age patientèle	Pratique de la gynécologie	Installation	Mode d'exercice	Durée entretien
MG1	Femme	Non	Semi urbaine	DU gynéco	Jeune	Importante	4 ans	Maison de santé	21 min
MG2	Homme	Oui	Urbaine	Personnelle	Tous les âges	Peu	27 ans	Cabinet seul	35 min
MG3	Homme	Oui	Semi rurale	Non	Jeune	Pas	20 ans	Maison de santé	46 min
MG4	Femme	Non	Urbaine	Non	Tous les âges	Oui	1 an	Cabinet de groupe	34 min
MG5	Femme	Non	Urbaine	DU gynéco incomplet	Jeune	Importante	1 an	Maison de santé	44 min
MG6	Femme	Non	Semi rurale	Non	Jeune	Oui	3 mois	Maison de santé	16 min
MG7	Homme	Oui	Semi rurale	Non	Tous les âges	Non	7 ans	Maison de santé	21 min
MG8	Femme	Non	Urbaine	Oui Naprotechnology	Jeune	Oui	Remplaçante (régulière)	Cabinet de groupe	51 min
MG9	Homme	Non	Semi rurale	Non	Tous les âges	Non	35 ans	Cabinet seul	23 min
MG10	Homme	Oui	Semi rurale	Non	Tous les âges	Non	29 ans	Cabinet seul	19 min
MG11	Femme	Non	Semi rurale	DU gynéco incomplet	Jeune	Oui	2 mois	Maison de santé	27 min
MG12	Femme	Non	Semi rurale	Non	Tous les âges	Oui	31 ans	Maison de santé	38 min
MG13	Homme	Non	Rurale	Non	Tous les âges	Peu	6 mois	Maison de santé	37 min
MG14	Femme	Non	Rurale	Non	Agée	Oui	1 an	Maison de santé	36 min
M15	Homme	Oui	Semi-rural	Non	Tous les âges	Non	12 ans	Maison de santé	26 min
M16	Homme	Non	Urbaine	Non	2 extrêmes	Non	7 ans	Cabinet seul	26 min
M17	Femme	Non	Urbaine	Oui (réalisation frottis)	Tous les âges	Peu	3 ans (20 ans auparavant)	Cabinet de groupe	41 min

* Nous avons gardé le type de patientèle déclaré par le médecin, même si elle ne correspondait pas toujours aux définitions objectives.

II. La physiologie de la fertilité

A. Contenu de l'information transmise

1) Rappels d'anatomie

Des médecins s'aidaient de dessins pour expliquer l'anatomie du système génital féminin.

MG11 « Donc du coup je leur fais un bel utérus. [rires, en dessinant un triangle] Avec les trompes, et puis la muqueuse »

2) Le déroulement du cycle féminin

a) Une présentation générale

Une présentation globale, peu détaillée du déroulement du cycle est volontiers faite au cours des consultations par les médecins.

MG2 « J'explique le cycle comment ça marche. »

MG3 « On évoque le déroulement d'un cycle, l'ovulation »

Les explications restaient basées sur une durée de cycle de 28 jours.

MG9 « on explique [...] le cycle théorique [...] tout simple avec les 28 jours »

b) Explication sur le rôle des hormones

Des médecins rentraient plus dans le détail du fonctionnement hormonal sous-jacent.

MG1 « Je leur explique le coup de l'hypophyse, qui sécrète de la FSH, LH, sur les ovaires, le fonctionnement des ovaires. »

c) Les menstruations

L'élément central évoqué par les médecins, lorsqu'il s'agit de parler de fertilité, était les menstruations.

MG4 « Donc c'est vrai qu'on va être plutôt centrées sur leurs règles surtout. »

MG11 « Au fur et à mesure du cycle la muqueuse augmente et que les règles, c'est parce que ça saigne. »

d) L'ovulation et la période fertile

(i) Situation dans le cycle

La période fertile est située dans le temps par rapport aux menstruations.

MG17 : « Il y a le milieu du cycle, le début du cycle, de 28 jours ou plus [...] les milieux du cycle pour être, [...] fertile »

Des médecins la situaient en comptant les jours du cycle et en situant le milieu de celui-ci.

MG7 « je leur dis que c'est à peu près [...] au 15ème jour du cycle, éventuellement un petit peu avant »

MG13 : « [silence] je me base uniquement sur la chronologie quoi ! Vous prenez vos règles, vous prenez au milieu »

Les irrégularités de menstruations mettaient donc les médecins en difficulté pour situer la période de fertilité.

MG13 « enfin la difficulté, c'est celles qui ont des règles irrégulières, donc là c'est vrai que c'est plus difficile »

Elle était décrite comme non prévisible.

MG6 « on peut pas forcément savoir à l'avance mais si elles sont régulières ça tombe à peu près à cet endroit-là... »

Les médecins notaient que sa temporalité était variable d'une femme à l'autre

MG7 « mais que ça dépendait aussi finalement de chaque patiente »

D'autres médecins détaillaient plus précisément la temporalité de l'ovulation dans le cycle. Ils insistaient sur la variabilité d'une femme à l'autre.

MG2 « Après il y a une autre période variable plus longue qui arrive »

MG8 « il y a que 13 ou 14% des femmes qui ovulent au 14e jour sur un cycle de 28 jours donc c'est quand même pas énorme »

(ii) Signes permettant de reconnaître la période fertile

- La glaire cervicale : plus ou moins évoquée

La glaire cervicale est exposée aux patientes.

MG5 « tout ce qui est analyse de la glaire cervicale [...] peut permettre de déterminer certaines périodes fertiles »

D'autres médecins ne l'évoquaient pas ou peu, voire refusent d'en parler.

MG4 « mais c'est vrai que bon, c'est pas quelque chose que je vais évoquer spontanément (génée). »

MG10 « Non, ça j'en parle pas. »

MG12 « la glaire cervicale, j'avoue que c'est pas un, c'est pas un truc auquel je m'attarde... »

Pour certains seulement en cas de questions

MG12 « Si elles me posent la question, je veux bien leur répondre... »

Le caractère cyclique de cette période était mis en avant.

MG6 « quand ça revient tous les mois, à la même date, souvent elles comprennent que [...] c'est cyclique (sourire, silence). »

D'autres médecins rentrent dans les détails du rôle de la glaire.

MG2 « Lorsque c'est la période sèche, c'est que le col de l'utérus est fermé, et que si des spermatozoïdes arrivent dans le vagin, ils meurent environ en 1/2h, parce que le vagin est très acide et c'est un milieu hostile pour les spermatozoïdes. Mais dès que les glaires arrivent les spermatozoïdes peuvent vivre, [...], longtemps dans la glaire, peuvent se nourrir dans la glaire, ils peuvent progresser et monter jusqu'à l'ovule grâce à la glaire. »

- L'élévation de la température

L'augmentation de la température corporelle au moment de l'ovulation était aussi citée.

MG3 « qu'il y avait un petit pic de température, [...] au moment de l'ovulation »

Mais elle était rarement évoquée.

MG3 « quand elles prennent la température, pour le peu de fois où je l'ai indiqué »

Elle était plutôt conseillée dans le cadre du désir de grossesse.

MG9 : « quand elles sont vraiment demandeuses de grossesse »

MG10 : « je leur fais prendre ça [...] pour rechercher l'ovulation. »

Elle était jugée comme facile à mettre en œuvre par des médecins

MG9 « c'est l'un des signes [...] les plus évidents pour elles, à appréhender et à mettre en œuvre, c'est pas compliqué [silence] »

- Autres signes cliniques de fertilité évoqués

D'autres signes de fertilité comme la tension mammaire ou les douleurs abdominales étaient évoqués, souvent rapportés par les patientes elles-mêmes.

MG1 « la tension mammaire, [...], la douleur abdominale »

MG13 « il y a certaines femmes qui ont mal quand elles ovulent »

- Des examens paracliniques étaient cités comme aide au repérage de l'ovulation

Des médecins avaient recours à l'échographie afin de repérer la date d'ovulation.

MG12 : « je leur fais faire des écho, à J12, je vois un petit peu à quel moment ça peut se passer en fonction de la taille du follicule »

D'autres connaissent les tests d'ovulation, sans pour autant les évoquer en consultation.

MG14 : « je pense aux tests d'ovulation [...], peut-être, que c'est possible que je leur [...] conseillerais ce genre de tests. »

Des médecins ne voyaient pas de signe de l'ovulation à apprendre à repérer à leurs patientes. Ils semblaient troublés par la question.

MG13 : « J'avoue que ça, je l'évoque pas, maintenant si on me demandait, je dirais qu'effectivement, il y a [...] des femmes [...] qui, ont des douleurs au moment de l'ovulation »

MG15 : « J'ai sûrement eu connaissances de symptômes particuliers... Mais pas que je transmette de façon, de façon régulière à mes patientes... »

MG16 « Non j'aurais pas, pas spécialement d'indicateur à leur fournir là-dessus... »

3) Les modifications des sensations de la femme au fil du cycle

Des médecins développaient les modifications des sensations de la femme au cours du cycle, en lien avec celles de la glaire.

MG4 « [...] je leur réponds que physiologiquement sur le cycle il y a un changement d'aspect, de la glaire »

4) La fertilité du couple

Des médecins entraient dans le détail de la fertilité physiologique du couple, avec le comportement des spermatozoïdes en fonction des périodes du cycle féminin.

MG1 « Que les spermatozoïdes vivent sept jours dans le corps humain. »

MG11 : « Tu as l'ovulation et les spermatozoïdes ils vivent 3 jours donc [...] tu as 6 jours [...] 3 jours avant et 3 jours après. »

5) Rappels généraux sur la fertilité

Des médecins rappelaient le lien entre relation sexuelle et possibilité de concevoir.

MG2 « Qu'il y a un rapport entre union sexuelle et grossesse possible. »

Une information était nécessaire quant aux conditions d'obtention d'une grossesse.

MG17 « A quel moment on l'est pas [fertile], est-ce qu'on peut avoir des rapports pendant les règles ? Est-ce qu'on peut tomber enceinte comme ça ? Ca aussi, oui, ça je leur dis, que même sans pénétration on peut tomber enceinte [...] »

Une déconstruction de certaines idées reçues à ce sujet était jugée nécessaire.

MG17 « je vais pas aller dire que si elle est assise sur le cabinet des toilettes elle va être enceinte [...], je défais vraiment les idées reçues. »

D'autres rappelaient la beauté de la fertilité et de la spécificité de la capacité du corps de la femme de donner la vie.

MG8 « Que le corps de la femme est [...] quand même fait pour donner la vie. Aujourd'hui, voilà, on a cette chance-là, [...] et que et que si globalement t'as un cycle et surtout si ton cycle il est régulier, il y a quand même plus de chances [...] que ça fonctionne bien. »

6) Adaptation de l'information à la patiente

Certains médecins disaient volontairement ne pas trop rentrer les détails par souci de clarté.

MG11 « c'est très, c'est très basique mais en soi, au final ça suffit pour qu'elles comprennent. »

MG15 « progresser vers une connaissance plus fine des cycles, mais vraiment y aller progressivement, parce que je suis convaincu que les gros blocs d'un coup [...] il y a une grosse partie qui est oubliée »

Ils veillaient également à partir de ce que savaient déjà les patientes pour se baser sur leurs connaissances préalables.

MG5 « Leur apporter les informations soit qu'elles avaient pas, soit [...] compléter les informations qu'elles avaient déjà »

7) Peu d'informations transmises sur la fertilité en consultation.

Des médecins exprimaient qu'ils délivraient peu d'informations et de détails concernant la physiologie de la fertilité.

MG14 « mais en tous cas je leur explique pas, je rentre pas dans le détail. [silence] »

Des médecins insistaient sur la nécessité d'une information la plus simple possible.

MG5 « J'essaie de pas trop dire d'informations parce qu'après ça devient trop technique »

MG9 « Il faut rester le plus [...] simple possible (rire) »

B. Moments pour en parler

1) Lors de la prescription de la contraception

La prescription de la contraception était évoquée comme un moment opportun pour expliquer la physiologie de la fertilité aux femmes.

a) Première consultation contraception

La première consultation de prescription de contraception était un moment privilégié pour expliquer le fonctionnement gynécologique global. La physiologie du cycle sert de support à l'explication du fonctionnement de la contraception.

MG1 « Par exemple la consultation première contraception j'ai mon schéma [...] pour qu'elles comprennent comment fonctionne la contraception »

MG5 « Je me base en fait sur la physiologie de la reproduction pour expliquer à l'adolescente comment sa pilule elle va fonctionner. »

C'est également l'occasion pour les médecins de vérifier ce que les jeunes femmes connaissent dans ce domaine.

MG4 « Quand on commence une contraception [...] on va faire le point avec elles, voir un peu ce qu'elles savent déjà ou pas. »

Cette consultation correspondrait au moment où la physiologie gynécologique serait étudiée au lycée. Ces informations servaient de base de discussion en consultation.

MG6 « Elles sont en train de le faire au lycée, donc [...] c'est à ce moment-là que j'en parle »

b) Autres consultations de prescription de contraception.

Toute consultation de prescription de contraception peut être l'occasion d'aborder la physiologie du cycle pour certains médecins. En expliquant le fonctionnement de la contraception, ils abordaient la physiologie.

MG1 « Cette histoire de rétrocontrôle négatif quand t'apportes les hormones au niveau extérieur, ça j'explique assez régulièrement, une consultation sur deux quasiment. »

c) Lorsque la contraception est mal tolérée

Lorsque les patientes consultent pour des effets secondaires de la pilule, c'est l'occasion pour des médecins d'aborder l'observation du cycle par les patientes.

MG8 « il y a quand même beaucoup de femmes qui se rendent [...] compte qu'en fait c'est pas quelque chose [...] qui leur convient bien, donc je leur dis "bah y a d'autres méthodes [...] on parle d'observation et du coup je leur explique qu'il y a des périodes fertiles, des périodes infertiles dans le cycle et on peut parler de ça. »

d) En vue d'un espacement « naturel » des naissances

Les consultations pour contraception sont aussi l'occasion de donner des conseils généraux pour éviter une grossesse non-désirée. Des médecins donnaient des informations en vue d'espacer les naissances selon les phases du cycle féminin.

MG2 « si elles veulent utiliser cette méthode-là pour ne pas avoir d'enfant, [...] les unions sont possibles pour ceux qui ne veulent pas d'enfant pendant la période sèche de la première partie du cycle plutôt un jour sur deux, que le soir, et une fois que la période humide est passée, il faut attendre 3 jours et il y a possibilité d'avoir des unions sexuelles à ce moment-là. »

MG2 « Quand le dernier jour humide passe, [...], le lendemain, il y a une période, tout de suite ça redevient sec, c'est parce que le col se ferme. »

e) Temps peu propice pour des explications sur la physiologie

Les consultations de contraception ne permettaient pas à tous les médecins d'aborder la physiologie.

(i) Présentation des différents modes de contraception

D'autres médecins exprimaient qu'il n'y a pas une mais des contraceptions.

MG17 : « Je parle des différentes contraceptions. »

(ii) Conseils dans le choix du type de contraception

Des médecins orientaient vers le mode de contraception qui leur semblait le plus adapté à la patiente.

MG17 « quelqu'un qui oublie tout le temps je lui dis faites l'implant. [...], quelqu'un qui ne veut pas d'hormones je lui dis stérilet en cuivre »

(iii) Trop d'informations à délivrer sur le fonctionnement de la contraception

La consultation de prescription de contraception impliquait déjà beaucoup d'informations concernant le fonctionnement de celle-ci. Cela ne laissait pas le loisir d'aborder la physiologie du cycle.

MG11 « y a tellement de choses à expliquer pendant l'instauration d'une contraception que... déjà, si elles ont compris qu'il faut pas l'oublier, que si elles l'oublent, il faut faire ça dans tel délai »

MG15 « C'est vrai que je me concentre plutôt sur le [...] mode de fonctionnement de la contraception »

2) Lors du début de la vie sexuelle

En vue des premiers rapports certaines jeunes filles venaient poser des questions à leur médecin.

MG13 « c'est plutôt les jeunes filles qui vont avoir des rapports qui me demandent »

3) Lors des consultations de gynécologie classique

Les questions autour de l'irrégularité du cycle était source de questionnement des patientes. Cela survenait surtout au deux extrêmes de la vie génitale de la femme.

a) A la ménarche

Les irrégularités des premiers cycles étaient citées comme une occasion pour le médecin de donner des explications.

MG5 « elles sont réglées depuis 2-3 ans, de savoir si c'est normal, savoir si c'est des cycles normaux ou savoir [...] si y a un souci derrière, si faut faire des examens »

b) A la ménopause

A l'approche de la ménopause le rythme des cycles redevenait fluctuant.

MG5 « elles parlent souvent des problèmes justement de cycles [...] qui se rapprochent ou qui deviennent irréguliers ou qui sont plus comme d'habitude. »

4) Lors de l'expression d'un désir de grossesse

Certaines patientes viennent demander des informations en amont, lors du désir de grossesse.

MG4 « quand vraiment y a un désir de grossesse [...] on en rediscute »

5) En cas de difficultés de conception

L'hypofécondité entraîne des questions des patientes qui permettent aux médecins d'aborder la physiologie de la fertilité.

MG1 « Il y a plein de gens qui viennent te voir parce qu'ils arrivent pas avoir d'enfant »

Les situations d'infertilité poussaient également les médecins à aborder le sujet spontanément.

MG8 « Les couples qui parfois galèrent un peu à avoir des enfants, je peux en parler.»

Cela donne lieu à la délivrance d'informations plus spécifiques par les médecins.

a) Approfondissement du déroulement du cycle

Des médecins donnaient plus d'explications concernant le déroulement du cycle féminin.

MG5 « j'essaie juste de lui ré-expliquer le cycle normal [...] en moyenne [...] c'est 21 à 35 jours [...] avec une période de règles qui dure entre 5 à 6 jours [...] va y avoir 2 phases, donc y a une phase où les ovules [...] vont grandir, que après y aura [...] un pic d'hormones, qui va [...] déclencher [...] une deuxième phase. [...] S'il y a fécondation ça va enchaîner sur telle chose, s'il n'y en a pas [...] les règles vont arriver. »

b) Informations sur les facteurs environnementaux impactant la fertilité

Des médecins abordaient les facteurs environnementaux pouvant influencer la fertilité actuelle ou future de leurs patients.

MG6 « Ca permet d'aborder aussi l'aspect des autres facteurs qui agissent [...], sur la fertilité. »

c) Conseils quant à la temporalité des rapports sexuels en vue d'une conception

Des médecins donnaient des conseils concernant la fréquence des rapports en vue de concevoir.

MG15 : « A priori au moins des rapports 3 fois/semaine »

MG17 : « Il faut par exemple au moins pour pouvoir dire qu'on est infertile c'est d'avoir au moins des rapports sexuels tous les jours. »

Ils conseillaient également sur le moment où avoir des rapports au cours du cycle.

MG1 « Que il faut qu'elles aient des rapports avant l'ovulation [...] une semaine avant et [...] une semaine après, je vois large et je leur dis que ces 15 jours vous y allez »

MG3 « en général, l'ovulation se fait 14 jours [...] tu ovules, ça peut être 2 jours avant ou 2 jours après »

Des médecins apprenaient à leurs patientes à reconnaître leur période fertile.

MG1 « L'ovulation [...] c'est qu'il y a vraiment beaucoup plus de glaire à ce moment-là et que c'est les jours où dans ce cas-là il faut essayer de favoriser les rapports sexuels. »

MG2 « Elles utilisent cette méthode là pour avoir des enfants [...], elles peuvent attendre un peu l'arrivée de l'humidité et avoir des unions sexuelles pendant la période humide »

d) Relais aux professionnels de l'infertilité

(i) Des médecins adressaient rapidement

Des médecins partageaient réorienter vite les patients consultant pour infertilité aux spécialistes.

MG14 « Je passe assez vite la main, même quand y a un problème d'infertilité »

(ii) D'autres initiaient un bilan

D'autres médecins prescrivait des bilans plus poussés avant d'adresser leurs patients.

MG7 « ils font un premier bilan avant de voir le gynéco »

(iii) La collaboration avec les professionnels de la fertilité

- Facilité par le réseau du médecin

Les médecins travaillaient facilement avec des gynécologues qu'ils connaissaient.

MG4 « certaines gynéco [...] avec qui je vais plus facilement travailler, parce que je les connais un petit peu. »

MG7 « des gynécologues de l'hôpital, notamment une de ma promo [Prénom, Nom], qui s'est installée en ville et qui est très bien »

- Délais importants

D'autres médecins soulignaient des délais de prise en charge en AMP assez longs.

MG10 « adressage assez rapide puisque les délais de prise en charge sont super longs. »

- Parfois complexe

Des médecins, qui allaient plus loin dans l'accompagnement des couples hypo-féconds, étaient parfois en difficulté pour trouver des correspondants. Il était

notamment déploré la difficulté de réaliser certains examens complémentaires spécialisés.

MG12 « Mais comme je vous le disais tous les gynéco le font pas. »

C. Les bénéfices attendus d'informer les patientes

1) Pour les patientes

a) Une meilleure connaissance d'elles-mêmes

L'éducation à la connaissance de la physiologie de la fertilité permet aux femmes une meilleure connaissance de leur corps et de leur fertilité.

MG17 : « C'est notre corps, ça nous appartient, faut savoir comment ça fonctionne, c'est toujours constructif »

Des médecins évoquaient même la possibilité de redonner le pouvoir aux patientes

MG15 « quel est le pouvoir que les patientes ont sur leur propre [...] corps. Enfin quelle est la connaissance qui va leur permettre d'être autonome là-dessus ? »

b) Être actrice de leur santé

Cette connaissance améliorée de leur fertilité leur permet d'être plus actrice de leur santé.

MG8 « Pour ne plus subir les choses, mais pour être aussi acteur »

MG17 « qu'ils puissent déjà gérer leur... leur vie. »

L'information large au sujet de la fertilité était citée par les médecins comme un levier pour permettre aux femmes un choix éclairé dans le domaine de la contraception.

MG2 « Je pense que c'est important [...] qu'ils aient le choix et puis qu'après ils choisissent, en connaissance de cause. »

c) Rassurer des patientes inquiètes

Des médecins disaient informer leurs patientes pour les rassurer. Ils considéraient que bien informées elles pouvaient faire la distinction entre ce qui était normal et ce qui ne l'était pas.

MG14 « De rassurer, je pense qu'à partir du moment, où on connaît, c'est plus rassurant puisqu'on... sait interpréter les choses dans ce sens-là »

MG17 « ça permet de ne pas avoir cette ignorance et de ne pas avoir peur [...] parce que quand on sait, on n'a pas peur. »

Cela permettait aussi de rassurer les patientes en désir de grossesse.

MG5 « Je leur explique comment ça va fonctionner et [...] que de toutes façons [...] ça se fait sur plusieurs années, donc [...], ça se fait pas en 6 mois »

d) Réguler les naissances

Pour certains médecins, connaître la physiologie et apprendre à reconnaître la période fertile était un outil utile pour espacer les naissances.

MG8 « Retrouver un peu connaissance de son corps pour gérer son cycle, [...] sa fertilité, [...] ses rapports quand on est, quand on est en couple, pour pas risquer de tomber enceinte n'importe quand. [...], pour ceux qui veulent éviter la contraception, c'est hyper important »

e) Favoriser la survenue d'une grossesse

Dans le cadre de l'infertilité la connaissance de la physiologie était considérée comme une chance supplémentaire de concevoir.

MG7 « ça va leur permettre de mettre toutes les chances de leur côté, pour, pour pouvoir tomber enceinte. »

MG16 : « ce qui peut être intéressant c'est [...] notamment dans le cadre d'un désir de grossesse finalement »

Des médecins considéraient que connaître leur physiologie leur permettrait de choisir le moment des unions pour favoriser une conception.

MG8 « Je pense que ça peut être proposé à toutes les personnes qui veulent faire, enfin avoir un enfant et qui, qui ont, qui ont du mal ou pas d'ailleurs ! [...] parfois on explique les choses et le cycle d'après elles sont enceintes, donc c'est qu'ils ont bien compris et que tout fonctionne »

Des médecins notaient que cela augmentait les chances pour le couple de concevoir dans l'intimité.

MG8 « Dans mon approche de la fertilité, le but est de pouvoir au maximum concevoir dans l'intimité. »

f) Un outil pour améliorer la santé globale

La connaissance de la physiologie de la fertilité par les patientes étaient vue comme un moyen d'améliorer leur santé globale, selon des médecins.

MG8 « je veux dire santé globale quoi, c'est important. [...] il y a déséquilibre hormonal qui peut, qui peut être constaté et, et travaillé »

MG8 « dépression du post partum, [...] il y en a plusieurs où on s'est rendu compte qu'en fait peut-être que si leur cycle avait été mieux au départ, on aurait pu traiter ça et éviter après qu'il y ait cette dépression qui arrive »

2) Pour les médecins

- a) Obtenir une meilleure observance dans le cadre de la contraception

Certains médecins exprimaient qu'expliquer le fonctionnement de la contraception aux patientes permettait une meilleure observance

MG13 « on a toujours une meilleure observance [...] quand les gens ont compris comment les choses fonctionnaient. »

- b) Eviter des remarques incongrues de la part des patientes

Des médecins estimaient qu'informer leurs patientes éviteraient des demandes étonnantes de la part de leurs patientes.

MG14 « Ce serait intéressant de leur expliquer, ça éviterait peut-être ce genre de, [rires] ce genre de propos qui n'ont pas lieu d'être effectivement,... »

- c) Lever une forme de pudeur autour de ce sujet

Des médecins estimaient que parler de fertilité permettait de lever le tabou qui l'entoure.

MG17 « Et quand on sait que quand on parle, peut-être ça enlèvera la barrière de la pudeur.»

- d) Trouver des causes d'infertilité

L'interrogatoire simple permettrait déjà de dépister des causes facilement réversibles d'infertilité, comme une faible fréquence d'unions.

MG1 « y a des gens qui viennent te voir parce qu'ils arrivent pas avoir d'enfant, ils ont des rapports 2 fois/mois. »

e) Orienter les bilans

Des médecins trouvaient que la connaissance de son corps par la femme permettait d'orienter plus facilement les bilans complémentaires.

MG4 « nous orienter d'avantage dans un diagnostic et tout ça quand eux ils sont bien (silence) [...] au courant d'eux-mêmes, enfin quand ils se connaissent. »

L'observation du cycle permettrait de réaliser les dosages hormonaux au bon moment du cycle.

MG8 « un dosage de progestérone en phase ta lutéale si on le fait [...] alors que la femme n'a pas encore ovulé ça sera mal interprété, si on fait trop tard dans le dans la phase lutéale, pareil, on va croire qu'il y a un déficit de progestérone, alors qu'en fait pas du tout. »

D'autres médecins avaient une approche plus systématique des bilans.

MG1 « Et de toutes façons avec tous mes troubles du cycle, les cycles irréguliers je fais des bilans hormonaux très facilement. »

f) Dépister plus facilement des pathologies impactant la fertilité

L'observation du cycle permet également le diagnostic de certaines pathologies gynécologiques.

MG8 « y a des femmes, c'est parce qu'on étudie leur cycle, qu'on va découvrir, qu'elles ont un syndrome des ovaires polykystiques »

g) Faciliter la prise en charge de certaines pathologies

Les pathologies diagnostiquées par l'observation du cycle peuvent permettre au praticien une prise en charge plus simple de certaines causes d'infertilité.

MG8 : « Parfois il suffit de pas grand-chose pour que la glaire soit de meilleure qualité. Parfois [...] juste avec des fluidifiants bronchiques comme de l'Exomuc ça va améliorer

la glaire et ça va permettre de, d'avoir [...] une meilleure chance de fertilité dans ce domaine-là. »

III. Les aides pour aborder le sujet en consultation

A. Les aides liées au sujet même de la fertilité

La stabilité des connaissances dans le domaine de la fertilité était citée comme une aide pour aborder le sujet par les médecins.

MG16 « on a quand même [...] des faits qui restent [...] stables et bien établis »

B. Les aides provenant des patientes

1) Les connaissances préalables des patientes

Les médecins s'appuyaient sur les connaissances des patientes, qui étaient une aide pour aborder le sujet de la fertilité.

MG4 « ça facilite bien les choses, qu'elles soient déjà un peu au courant »

MG11 « les femmes maintenant elles sont plus au courant »

2) Un bon niveau de compréhension par les patientes

La compréhension par la patiente était un moteur cité pour les médecins pour donner des explications sur la fertilité.

MG12 : « quand on a une fille qui est un petit peu cortiquée et qui comprend bien, c'est beaucoup plus facile... (rires) »

MG13 « le bon, on va dire le niveau intellectuel, [...] y en a qui percutent »

3) L'aisance des patientes à aborder ce sujet intime.

Le fait que les patientes soient à l'aise était cité comme une aide pour aborder le sujet par les médecins.

MG4 « qu'elles soient à l'aise avec le sujet [...] ça facilite bien les choses »

4) Les questions posées par les patientes

(i) Des questions générales sur la physiologie

Des médecins partageaient que c'étaient souvent les patientes qui venaient leur poser des questions sur la fertilité.

MG4 « c'est vrai que c'est plutôt les patientes qui m'en parlent, me posent des questions »

MG12 « ils posent plein de questions »

(ii) Des questions en lien avec la contraception

Des médecins partaient des interrogations des patientes pour aborder le sujet.

MG13 « c'est au moment de, souvent de la prescription de pilule où elles me posent des questions »

(iii) Des questions dans le cadre de l'infertilité

La confrontation à l'infertilité poussait les patientes à poser des questions à leur médecin.

MG1 « Elles viennent nous demander quand il y a un problème « j'arrive pas à avoir un enfant. » »

MG5 « Elles viennent plus dans l'autre sens, c'est-à-dire si y a un souci de problème de fertilité, et [...] elles remettent en question leur physiologie et du coup elles se posent des questions »

(iv) Abordée essentiellement en cas de question

Pour certains médecins le sujet de la fertilité était abordé uniquement en cas de question de la patiente

MG5 « c'est pas spontanément moi forcément qui vais aborder le sujet, mais si on aborde le sujet, je réponds »

5) Le refus de la contraception hormonale

Des médecins partageaient que le refus de contraception hormonale par certaines patientes était l'occasion de donner des explications sur la fertilité.

MG8 « Le côté « je veux plus d'hormones », ça va faciliter d'en parler et donc du coup d'essayer d'expliquer tout ça. »

C. Les aides liées au médecin

1) Influence de la vie personnelle du médecin

a) Le sexe du médecin

Des médecins trouvaient que les femmes étaient plus enclines à parler de sujets gynécologiques avec des médecins femmes.

MG13 « Je suis un médecin femme et il y en a pas beaucoup dans le coin donc en fait forcément, je suis très sollicitée pour des problèmes uniquement gynéco, même si je suis pas le médecin traitant. »

b) Avoir été confronté personnellement à l'infertilité

Des médecins interrogés avaient eux-mêmes fait l'expérience de l'infertilité, voire de l'AMP. Cela était cité comme une aide pour accompagner les patients.

MG5 « Alors je suis sensibilisée de par mon expérience personnelle, déjà, parce que, [...], j'ai eu un parcours de procréation médicalement assistée »

MG12 « Comme je connais le sujet, j'dirais [...] peut-être je prends plus de temps, qu'un médecin qui, qui a jamais vu ça pour leur expliquer les choses, parce que je sais bien comment ça va commencer, comment ça va se finir si, si on s'en occupe pas sérieusement »

2) Influence de l'approche de la gynécologie par le médecin.

a) L'intérêt du médecin pour la gynécologie

Le goût du médecin pour la pratique de la gynécologie était cité comme facteur favorisant pour aborder le sujet.

MG1 « J'adore la gynéco et du coup je m'investis »

b) Avoir une activité gynécologique importante

Des médecins pensaient qu'avoir une activité gynécologique développée aidait à aborder le sujet de la fertilité.

MG3 « Je pense que des médecins qui font beaucoup de gynéco et qui du coup ont sûrement plein de petits conseils, plein de petits trucs »

c) L'importance accordée aux explications

Des médecins disaient entrer dans le détail des informations données sur la contraception car cela leur tenait à cœur.

MG16 « Quelque chose [...] qu'il m'importe d'expliquer »

3) Les supports écrits

a) Des dessins fait par les médecins eux-mêmes

Des médecins dessinaient volontiers un schéma en consultation pour expliquer la physiologie de la fertilité à leur patiente.

MG1 « mon schéma que je me suis fait je pense qu'il regroupe tout (sourire), il parle vraiment de l'hypophyse [...] jusqu'aux règles. »

MG8 : « Oui, je fais un petit dessin des organes [...] et puis j'explique un peu ça et après je fais une ligne avec le cycle, avec les règles d'un côté et la flèche jusqu'aux prochaines règles »

b) Des supports écrits externes.

D'autres s'appuyaient sur des supports pédagogiques fournis par des laboratoires ou autres, avec une volonté de simplicité.

MG9 « avec un schéma le plus simple possible. »

Certains avaient même un livret explicatif de la physiologie de la fertilité ouvert sur leur bureau. Notamment chez le MG2, il était ouvert sur un coin de son bureau de consultation, avant que j'arrive pour l'entretien. Il m'expliquait au cours de celui-ci le déroulement du cycle, avec son livret :

MG2 « il y a une période, où la femme sent une sensation de sécheresse, période variable, qui peut être 4 jours comme c'est indiqué sous le schéma. »

D. Le rôle facilitateur du contexte de consultation

1) Première rencontre

Des médecins trouvaient que l'abord de la question de la fertilité était facilité par l'interrogatoire systématique lors d'une première consultation. Des médecins interrogeaient sur la présence d'une enfant ou pas dans la famille.

MG7 « quand ils viennent pour la première fois, je leur demande s'ils ont des enfants [...] c'est là où souvent, [...], on en parle. »

D'autres interrogeaient plus le moyen de contraception lors de cette première rencontre.

MG13 : « De façon générale, toute patiente qui vient me voir [...] quand je crée le dossier [...] je demande toujours si y a une contraception... »

2) Connaître la patiente au préalable

D'autres médecins trouvaient plus facile d'aborder le sujet de la fertilité avec des patientes qu'ils connaissaient.

MG4 : « chez des patients qu'on connaît bien [...], qu'on suit déjà depuis quelque temps c'est toujours plus simple pour elles et pour nous [...] d'échanger plus librement »

MG12 : « en médecine générale [...] moi je les ai connues petites [...], le contact est déjà fait puisque on se connaît depuis très longtemps donc, [...] il n'y a pas vraiment de barrière, ni dans le langage, ni dans l'examen, [...] même si je leur fais un examen gynéco, ça les choque pas puisque je les ai déjà vues auparavant... »

3) Une relation de confiance entre le médecin et la patiente

Les médecins remarquaient que la confiance dans la relation médecin-malade facilitait l'échange autour de la fertilité.

MG5 « si le contact se passe bien, [...] il se sent suffisamment à l'aise pour me poser des questions. »

MG12 « c'est parce que je crois qu'ils nous font confiance »

4) Prévoir une consultation dédiée

Des médecins repropoisaient une consultation dédiée pour pouvoir approfondir le sujet de la fertilité lorsque la consultation comportait plusieurs motifs.

MG4 « souvent quand je vois que vraiment elles ont besoin d'en parler, [...] je leur dis qu'il faudra qu'on se revoie, pour discuter que de ça, refaire le point ensemble »

MG5 « Revenez, on en rediscutera vraiment et on se concentrera que là-dessus, on en rediscutera calmement en face à face sur une chaise »

Car ils constataient qu'il était plus facile d'approfondir le sujet lors qu'une consultation dédiée.

MG5 « quand elles viennent sur une consultation vraiment dédiée que là-dessus, effectivement on va prendre le temps d'en discuter »

MG8 « Ce qui va faciliter ça peut être de dédier des consultations spéciales pour ça »

E. L'influence sociétale

1) Le rôle des médias

La médiatisation du sujet permettrait de faire passer des messages que les médecins peinent à transmettre sans l'aide médiatique.

MG2 « je pense que dès que les médias en parlent, [...] ça c'est facilitateur. »

2) Le recours à Internet

a) Fréquent chez les patientes

Les médecins constataient que les patientes se renseignaient volontiers sur internet.

MG9 « Je me suis rendu compte qu'elles vont, elles sont toutes sur internet »

MG10 « tout le monde regarde sur internet avant de venir »

Ce recours à internet leur permettrait d'être bien informées.

MG12 « Je pense qu'avec Internet les gens sont quand même très au courant »

Les médecins notaient que la consultation d'internet pouvait être le support de discussion ensuite en consultation.

MG9 « quand il y en a une incompréhension, elles viennent nous demander »

b) Cité comme support pédagogique

Les médecins exploitaient les ressources d'Internet pour informer leurs patientes.

MG7 « y a choisisacontraception y a [...], j'aioubliemapilule, enfin c'est des sites que j'utilise, que je montre aux patientes »

MG11 : « l'avantage maintenant, c'est qu'avec Internet on a des belles vidéos, qui sont bien faites. [rires] »

3) La place des applications

Les applications étaient notées comme une évolution importante dans la pratique. Elles étaient aujourd'hui largement utilisées par les patientes pour suivre leur cycle.

MG1 « Elles ont toutes une application, elles savent toutes quand elles ovulent, elles sont assez au taquet là-dessus, via la technologie en fait. »

Les patientes se basaient fortement sur leurs applications, le fonctionnement de celles-ci était prédictif.

MG1 « Elles rentrent leur date de règles et en fonction de leur date de règles, et il cible l'ovulation [...] C'est plutôt prédictif. »

Les applications n'étaient pas gage d'une meilleure connaissance de leur corps, mais plus un support de l'information.

MG1 « elles font vraiment par rapport à la technologie. »

Des médecins recommandaient leur utilisation à leurs patientes pour suivre leurs cycles.

MG5 « en tous cas en outils qu'elles peuvent utiliser moi j'avoue que je les oriente pas mal sur les appli. »

4) La recherche d'alternatives « naturelles » pour la contraception

Les patientes rechercheraient des alternatives non hormonales dans le domaine de la contraception.

MG7 « y a un courant aussi aujourd'hui au niveau de la contraception, on veut une contraception non-hormonale »

MG13 « On a quand même maintenant de plus en plus de patientes qui ne veulent pas d'hormones »

Quand d'autres médecins ne trouvaient pas que ces demandes augmentaient.

MG17 « pour moi c'est pareil [...] c'est pas plus, c'est pas moins »

F. Aides à développer ?

1) L'inclure dans la base de la formation des étudiants

Inclure la physiologie dans l'enseignement pratique de la gynécologie était évoqué comme pouvant être une aide pour aborder la physiologie de la fertilité.

MG3 « il faut que [...] les gynéco formateurs, aient en tête que tout, chaque étudiant qui sort de leur service doit, avoir fait la base, le basique de ça »

2) La promotion de la richesse du cycle menstruel

Des médecins suggéraient qu'une communication positive soit faite autour du cycle féminin.

MG8 « qu'il y ait de la pub qui soit fait dans la société pour dire que le cycle de la femme c'est quelque chose de chouette »

3) Des supports écrits

a) A destination des patientes

Des médecins suggéraient de développer des documents d'information sur la fertilité pour les patientes.

MG16 « Y a beaucoup de choses qui sont dites et qui sont aussi vite oubliées, donc un support écrit ça peut être [...] une bonne alternative »

MG17 « Parce qu'ils reçoivent des informations de partout, donc ça je trouve que ça c'est plus, plus lisible » (en montrant les flyers)

b) A destination des médecins

(i) Des documents d'informations pour les médecins

D'autres proposaient de développer des documents d'information à destination des professionnels de santé.

MG3 « si on avait à notre disposition, tous les généralistes, un outil simple [...] de signes, d'explications, en disant « Voilà en effet, tu es, tu as un trouble de la fertilité, [...] pourquoi, qu'est-ce qui peut donner ça, qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il faut surveiller ? » »

(ii) Un guide pour la consultation

Des médecins suggéraient d'avoir un fil conducteur pour guider le déroulement d'une consultation sur la fertilité.

MG15 « ce serait bien d'avoir une trame »

(iii) Des supports pédagogiques

Des médecins trouvaient des documents à visée pédagogique utiles comme support d'information en consultation.

MG2 « le fait d'avoir des documents comme ça (montre livre ouvert sur le bureau) à montrer, des images, ça facilite. »

c) Les doutes sur l'utilité des supports écrits

D'autres encore étaient sceptiques quant à l'utilité de tels outils.

MG11 « Bon après des petits flyers, ça peut toujours... 'fin... Pff, 'fin je sais même pas en fait, non je sais pas... »

4) Des outils informatiques

Des médecins suggéraient de développer des outils informatiques pour repérer la période fertile.

MG3 « peut-être des outils informatiques qui pourraient [...] aider pour, [...], des applications [...] qui pourraient leur donner, [...] avec plus de précision [...] une zone de fertilité »

Ils proposaient d'envisager une alarme avertissant de la période fertile.

MG3 « Tu pourrais très bien imaginer qu'il puisse y avoir une alerte, en disant « Attention ! Zone de fertilité » qui apparaîtrait sur un smartphone ou sur une montre [...] en fonction d'un certain nombre de critères que tu as donnés [...] ça pourrait être très intéressant, facilitateur pour les femmes, et les hommes, [...] de savoir éventuellement quelle est la zone de fertilité. »

5) Des sites internet

Des médecins disaient s'appuyer facilement sur des sites internet d'information médicale au quotidien. Il semble qu'il n'en existe pas dans le champ de l'hypofertilité.

MG7 « je me sers beaucoup, enfin facilement du « kit médical » sur internet pendant mes consultations [...] alors sur l'hypofertilité, je n'ai pas regardé, mais je sais qu'il y justement [...] Gestaclic »

IV. Les freins retrouvés à l'évocation de la fertilité

A. Les freins liés au sujet même de la fertilité

1) Sujet intime

Le sujet de la fertilité était jugé comme un sujet intime, difficile à aborder en consultation.

MG6 « le fait que ça touche aussi un peu la sexualité, en partie, donc ça aussi, c'est pas facile à évoquer. »

MG17 « Y a toujours je pense, cette histoire de pudeur, qui fait qu'on en parle pas... »

2) Tabou

La gêne à aborder ce sujet, pouvait aller jusqu'à le considérer comme tabou.

MG5 « J'avoue que '[...] c'est tabou après peut-être qu'on le rend tabou aussi mais [...] c'est compliqué quand même »

MG6 « parce que y en a pour qui ça va être un sujet un peu délicat, donc qui vont pas forcément vouloir l'aborder »

3) Sujet complexe

Le sujet était jugé par des médecins comme trop complexe pour être bien abordé de façon simple en consultation.

MG5 « les limites que nous on peut avoir [...] c'est que sans s'en rendre compte même en essayant de vulgariser ou de donner des exemples ou même des explications assez, [...] accessibles, on pourra pas s'empêcher de rentrer dans les détails très techniques »

D'autres jugeaient que les éléments d'observation du cycle étaient trop contraignants.

MG6 « c'est quand même contraignant de prendre sa température tous les jours, avant de se lever »

B. Les freins provenant des patientes

1) Peu de consultations à l'âge où on pourrait en parler

Des médecins notaient qu'adolescence, moment où ils aborderaient plus facilement la question, les patientes les consultent peu.

MG15 « Mais sachant que c'est pas forcément des âges [...] où les adolescentes consultent beaucoup, ... »

2) Manque de connaissances

Des médecins considéraient que les femmes connaissaient mal la physiologie de la fertilité.

MG1 « $\frac{3}{4}$ des patientes elles savent pas ce que c'est que des règles ! »

MG17 : « le frein aussi c'est ça, c'est l'ignorance en fait »

Les patientes étaient décrites comme ayant l'impression de se connaître, sans que cela soit toujours vérifié.

MG1 « Elles ont l'impression de gérer. »

MG8 « Que les femmes, elles pensent que si elles ont leurs règles, elles peuvent avoir un bébé et que en fait c'est pas ça d'être fertile, »

Les médecins décrivaient de fausses croyances à déconstruire.

MG14 « une femme me disait que [...] à part l'alcool, le, le placenta du coup filtrait tout [...] heureusement qu'elle en a parlé, pour qu'on puisse rectifier puisque évidemment c'est pas moi qui lui aurais dit ça spontanément, puisque ça me paraît être évident, mais comme quoi, non ! [silence] »

MG17 « Des idées reçues en fait ! Moi en ce moment je suis un peu en train, de,... défaire les idées reçues sur les contraceptions »

Les médecins jugeaient que la glaire cervicale intéressait peu les patientes.

MG1 « La glaire cervicale, quelques-unes sont un peu plus alertes mais pour le reste pas tellement »

3) Peu d'attentes à ce sujet

Des médecins trouvaient que leurs patientes n'étaient pas en demande d'informations au sujet de la fertilité.

MG11 « Après faire une consultation juste pour ça, alors qu'elles sont pas demandeuses... Elles vont pas être réceptives. [silence] »

MG15 « le manque d'implication aussi de certaines patientes, y en a qui ont pas envie de, de s'embêter avec ça... »

4) Dégoûtées par l'évocation du mucus cervical.

Les médecins constataient que les femmes étaient peu à l'aise avec la glaire cervicale, voire dégoûtée par l'évocation de celle-ci.

MG17 : « Et j'ai dit les gens, quand vous leur dites de voir un peu la glaire, euh ils vont dire « c'est sale » [sourire] ils vont dire les pertes blanches plus que des glaires. »

Des médecins notaient que les jeunes filles étaient plus dégoûtées que les femmes plus âgées par l'évocation de la glaire cervicale.

MG8 « Une jeune fille de 16-17 ans qui se pose des questions, quand je lui parle de la glaire, souvent elles sont un peu "Oulala mais c'est moche, sale" »

5) Un non-sujet ?

Des médecins disaient ne pas avoir de question à ce sujet, ce qui n'aidait pas à aborder la fertilité.

MG17 « ils ne posent jamais les questions ».

6) Nomadisme médical

Des médecins soulignaient le nomadisme médical de certaines patientes qui rendait plus difficile le suivi dans le cadre de l'infertilité.

MG17 « c'était pas vraiment des patientes fixes aussi... [...] donc ils viennent ici juste un peu comme ça, parce que, ils sont inquiets de ne pas avoir d'enfant. »

C. Les freins liés au médecin

1) Influence de la vie personnelle des médecins

a) Le sexe des médecins

Le fait d'être un homme serait un frein à la pratique de la gynéco et à l'abord de la fertilité.

MG1 « qu'il y ait encore beaucoup de médecins hommes encore, [...] je pense que ça c'est limitant quand même ».

MG10 « Moi, alors je suis un mec, donc j'en vois moins »

b) L'âge des médecins

Des médecins citaient l'âge avancé comme un frein potentiel pour aborder le sujet de la physiologie de la fertilité.

MG1 « l'âge des médecins »

c) Le manque d'intérêt pour la gynécologie

Des médecins exprimaient être peu intéressés par la gynéco donc n'approfondissaient pas le sujet avec leur patiente. Ils les envoyaient plus rapidement vers des spécialistes.

MG10 « c'est pas mon dada [...] donc je débrouille et j'envoie »

MG11 « il faut que ça intéresse aussi, quelqu'un qui ne s'intéresse pas du tout à la gynéco ne va pas être réceptif... »

2) La formation médicale valorise peu la physiologie

a) La formation initiale universitaire

La formation médicale initiale, très vaste, parle peu de la physiologie de la fertilité.

MG2 « Alors sur les bancs de la fac les méthodes naturelles c'était pas tellement enseigné »

MG5 « on parle, mais on en parle pas beaucoup, c'est noyé dans le lot de connaissances de la gynécologie »

Notamment la glaire cervicale était exposée comme obsolète selon les médecins.

MG11 : « (rire, gênée ?) en cours de gynéco et de toutes façons c'était obsolète mais complètement obsolète... »

b) Les formations spécialisées de gynécologie

Selon des médecins ayant fait le DU de gynécologie, l'observation de la glaire cervicale ne serait pas conseillée.

MG11 « En DU de gynéco, [...], la glaire cervicale, [...] c'est bien mais [...] ça ne marche pas plus que ça.[...] Ils conseillent plus du tout de le faire... »

3) La physiologie du cycle est peu claire pour eux.

Les médecins reconnaissent manquer de connaissances et de compétences dans le domaine de la fertilité.

MG6 « Il y a pas mal de médecins qui oublient facilement après ce qui se passe [dans le domaine de la fertilité]. »

MG15 « Sur la fertilité en particulier [...] Je sens que je manque de... (rires) de pratique et de connaissances [...] sur la fertilité (ouvre de grands yeux) »

La physiologie de la fertilité ne représentait que de lointains souvenirs, ce qui rendait difficile l'abord de la question en consultation.

MG15 « un autre frein, c'est la limite de mes connaissances à moi (rires), qui effectivement nécessitent sûrement un peu de, un peu de réactualisation de ce côté-là »

Les modifications du mucus cervical au cours du cycle étaient mal maîtrisées par les médecins.

MG4 « faudrait que je revoie un petit peu à quel moment, c'est vrai que comme je l'évoque plus, je l'ai appris mais c'est vrai que depuis j'en parle plus donc non faudrait que je revoie les changements. »

MG11: « Il faut savoir comment, c'est à quel moment [...], pour que la femme sache, à quel moment c'est... Plus élastique ou plus ou moins [silence] »

4) Patientèle peu concernée par la physiologie de la fertilité

Des médecins notaient que l'âge de la patientèle conduisait plus ou moins à aborder la physiologie de la fertilité. En étant peu confrontés à la question, ils se sentent moins capables d'en parler.

MG16 : « c'est le type de patientèle qu'on va recevoir, c'est sûr que si on n'a que des personnes de plus de 65 ans, on va être moins... moins aptes à l'aborder. »

5) Les médecins n'ont pas toujours l'occasion d'aborder le sujet

a) La question de la fertilité n'est pas abordée régulièrement

(i) L'occasion ne se présente pas

Des médecins disaient que l'occasion ne s'était pas présentée à eux d'aborder le sujet de la fertilité.

MG3 « j'ai rarement, [...] l'occasion d'aborder ce sujet [...], voire jamais je dirais »

(ii) La fertilité n'est pas un sujet abordé en interrogatoire

Les médecins ne pensent pas à interroger leurs patientes sur leur éventuel désir de grossesse ou leur fertilité.

MG6 « Je pense pas à aborder si elles viennent pas en rapport avec la gynéco. »

MG13 « Je vais pas avoir, j'aurais pas forcément le réflexe »

(iii) Lorsque la fertilité était abordée, la glaire ne l'était pas forcément.

Des médecins disaient ne pas penser à évoquer la glaire cervicale lorsqu'ils parlaient de la physiologie de la fertilité.

MG1 « ça ne me vient pas à l'esprit du tout. »

b) Manque de pratique

Des médecins partageaient qu'ayant peu été confronté au sujet de la fertilité, ils manquaient de compétence dans le domaine de la gynécologie.

MG7 « le fait ne pas en faire beaucoup, forcément je me sens moins à l'aise »

MG10 « Et puis après, c'est tout, je ne suis pas capable »

D. Les freins liés au contexte de la consultation

1) La consultation première contraception

a) Elle est peu réalisée en pratique

Cette première consultation était rarement faite ou pas aux âges où elle peut être cotée comme une consultation dédiée.

MG1 « c'est nul, parce que c'est entre 15 et 18 ans et t'en as plein que tu fais avant 15 ans et plein que tu fais après 18 en fait. Je la cote pas, je la cote une fois sur quatre. »

MG3 « la première consultation de contraception c'est pas fréquent que je la fasse »

b) Elle ne serait pas le moment adapté

La consultation de première prescription de contraception ne serait pas le moment opportun pour aborder la physiologie de la fertilité. Notamment car c'est plutôt la suspension de la fertilité qui est recherchée.

MG3 « Mais c'est très, très rare qu'on parle de la, à ce moment-là, de la fertilité, parce qu'elles viennent plutôt puisque cette fertilité les embête [...] »

c) La gêne liée à la présence d'un parent en consultation

Au cours de cette consultation, les jeunes filles sont généralement accompagnées par leurs parents, ce qui peut constituer un obstacle à la transmission d'une partie de l'information, ou orienter fortement la consultation.

MG13 « en contraception, pour moi, le plus gros frein, ça reste quand même quand vous êtes avec les parents »

d) La gêne des jeunes patientes

Les médecins trouvaient que leurs jeunes patientes étaient gênées d'aborder le sujet de la fertilité.

MG4 « Donc après c'est souvent c'est difficile parce qu'elles [...] vont facilement se bloquer et puis pas trop parler de effectivement de sexualité ou de fertilité »

2) De multiples motifs de consultation

Il était difficile d'aborder le sujet de la fertilité lorsque celle-ci était la dernière question de la consultation posée par la patiente.

MG5 « elles en parlent, à la porte, sur un coin de table, en disant « hé au fait, j'ai oublié de vous poser cette question-là » ».

Les multiples motifs de consultations rendaient compliqué l'approfondissement du thème de la fertilité.

MG14 « ça prend un temps fou si on veut bien faire [...] et c'est ça qui coince, donc on est parfois obligé de faire des choix... »

3) La présence d'un tiers en consultation

Certaines patientes viennent accompagnées de leurs enfants ce qui était cité comme obstacles par les médecins pour aborder la fertilité.

MG4 « ils viennent, avec leurs enfants ou je sais pas, là c'est un peu plus compliqué je trouve de parler de ça. »

MG13 « Je pense que c'est... le frein, c'est [...] l'accompagnant. »

4) Manque de confiance dans la relation médecin-malade

Si un climat de confiance n'est pas instauré, les patientes n'oseront pas aborder le sujet de la fertilité selon les médecins.

MG6 « la relation, si on n'a pas une bonne relation de confiance avec son médecin, je pense que ça, t'as pas forcément envie de lui parler »

5) Manque de valorisation de la gynécologie en ambulatoire

Des médecins jugeaient chronophage l'exercice de la gynécologie. Ils décrivaient comme peu rentable d'aborder en détails la fertilité.

MG1 « Coupe ton micro (+ geste de la main). C'est pas du tout rentable la gynécologie. »

MG8 « Il n'y a pas que le côté temps et argent, mais c'est vrai que dans notre pratique où on a plein de gens à voir, ça a un impact [...] [qui est quand même important...voix plus basse] »

E. L'influence sociale

1) Le rôle d'internet

a) Le premier interlocuteur

Les patientes se tournent en priorité vers la recherche Internet, avant de se tourner vers leur médecin pour avoir des explications.

MG9 « elles essaient de trouver leurs réponses, plus sur internet plutôt que nous nous en parler. Ça, c'est une évolution, depuis une dizaine d'années [rire]. »

b) La fiabilité de l'information trouvée

(i) Information considérée comme assez fiable

Des médecins trouvaient que les informations trouvées par leurs patientes sur internet étaient assez fiables. Cela diminue donc les discussions autour de la fertilité avec le médecin.

MG9 : « l'enseignement qu'elles retirent [...] de la connexion internet, c'est que c'est relativement fiable, elles ont bien compris [...] ce qu'il en est. »

(ii) Information jugée peu fiable

D'autres médecins mettaient en garde contre le contenu que leurs patientes pouvaient trouver sur internet.

MG5 « je dis toujours internet c'est bien mais y a à prendre et à laisser... »

MG10 « "Doctissimo" sur la fertilité... ça doit être l'horreur ! (rires) »

2) Un excès d'informations ?

Des médecins jugeaient que l'accès une trop grande masse d'informations pouvaient desservir l'information médicale.

MG11 « Le trop d'informations sur Internet. (rires) »

MG17 « Maintenant les gens ils sont connectés [...] par le téléphone, mais maintenant est-ce que trop d'informations ne va pas tuer l'information ? »

V. La posture du médecin vis-à-vis de la physiologie de la fertilité

1) Parcours personnel

Comme cela a déjà été évoqué, des médecins interrogés ont été à titre personnel touchés par l'infertilité. Ils étaient ou avaient été en parcours de procréation médicalement assistée. Certains me l'ont partagé uniquement hors micro.

La résonance de ces sujets n'était pas la même pour eux. Certains se disaient plus investis dans la prévention de l'infertilité et dans l'information au sujet de l'hypofertilité et des parcours de l'AMP.

MG5 « Ca va forcément réveiller plus de choses et ça va plus m'interpeler [...] parce que je suis passée par là personnellement »

2) Intérêt personnel pour la fertilité

Des médecins trouvaient le sujet important à titre personnel. Ils projetaient que cela intéresserait leurs patientes.

MG2 « Si pour moi personnellement c'est important je pense que ça peut être important aussi pour d'autres »

3) Importance de la promotion de l'autonomie du patient

Des médecins partageaient l'importance qu'ils accordaient au fait de valoriser l'autonomie de leurs patients. Il était important pour eux qu'ils soient acteurs de leur santé.

MG15 « C'est quelque chose [...] qui me tient à cœur en général que les patients soient [...] acteurs aussi, qu'ils comprennent ce qu'ils [...] font et [...] ce qu'on leur propose, et [...] que ce soit quelque chose de compris pour eux et [...] sur lequel ils sentent qu'ils peuvent agir »

4) Perception du rôle du médecin généraliste concernant la fertilité

Des médecins estimaient que les médecins généralistes avaient leur place à prendre dans l'accompagnement du désir de grossesse.

MG6 « je pense qu'on a notre rôle à jouer dans tout ça »

5) L'incertitude quant à la physiologie

a) Incertitude quant aux connaissances.

L'évocation des signes de fertilité laissait les médecins perplexes.

MG3 « Ecoute c'est je, je, j'ai du mal à te répondre »

MG5 « moi les signes de la période fertile [...] je ne les ai pas intégrés »

Des médecins semblaient peu assurés dans leurs connaissances au sujet de la fertilité du couple.

MG1 « Oui les spermatozoïdes peuvent rester 7 jours dans le corps humain, est-ce en fonction du cycle ? Peut-être ! »

b) Incertitude quant au discours des patientes

Des médecins semblaient douter des symptômes décrits par leurs patientes.

MG1 : « peut-être que probablement, elles sentent, que là, dans le bas-ventre, y a éventuellement [...], j'en sais rien. [ton dubitatif]. »

c) Incertitude quant aux symptômes de fertilité.

Des médecins n'étaient pas convaincus des signes monitorés par les méthodes d'observation du cycle.

MG3 « mais bon, [...], la température elle peut varier pour d'autres raisons »

MG12 « elles ne prennent rien comme contraception et qu'elles veulent être maîtres de leur fertilité... je dirais que je n'y crois pas beaucoup... »

d) Difficultés personnelles à reconnaître les signes de fertilité

Des médecins ne parvenaient pas à repérer la modification de la glaire sur elles-mêmes. Cela leur semblait donc difficile de l'expliquer aux patientes.

MG4 « Je trouve que c'est pas le symptôme le plus facile [...] à expliquer et à soi-même se rendre compte »

6) L'auto-observation des signes de fertilité

a) La température

Des médecins jugeaient la courbe de température trop contraignante pour leurs patientes.

MG3 « Mais c'est pas toujours facile de prendre la température avant de se lever le matin, tout le temps à la même heure... »

MG6 « Ils peuvent toujours faire une courbe de température [...] mais bon c'est un peu plus trop contraignant. [silence] »

b) La glaire

(i) Projection que le sujet mettrait la patiente mal à l'aise

Les praticiens imaginaient qu'aborder le sujet de la glaire serait gênant pour la patiente, donc l'évoquaient peu.

MG5 « Je trouve que ça rentre vraiment dans l'intimité personnelle [...] Je pense que je pourrais les gêner en fait du coup limite à parler de ça »

Des médecins projetaient que l'auto-observation de la glaire nécessitait une aisance avec son corps qui n'est pas universelle.

MG5 « La femme doit être suffisamment à l'aise avec son corps pour faire ça, donc je vais pas forcément l'expliquer à tout le monde [...] parce qu'il faut qu'elle soit suffisamment [...] à l'aise avec son propre corps pour pouvoir oser le faire [long silence]. »

(ii) Gêne des médecins lors des entretiens

Eux-mêmes semblaient gênés, notamment de parler de la glaire cervicale.

MG6 « on va peut-être éviter de leur dire d'analyser leur glaire cervicale [rires] »

MG5 : « Alors si, je sais qu'il y a le signe de la glaire cervicale bon après [...], je l'ai jamais expliqué en consultation (gênée) »

MG14 : « Il faut quand même, [...] aller regarder, effectivement le côté transparent, le côté filant, donc du coup ça impose quand même de toucher de... Bah, [...] Ouais,

alors je me demande même s'ils seraient pas capables de venir me ramener leurs échantillons... (air effrayé) Moi même, je serais peut-être embêtée (rire) »

c) La planification des rapports en vue de la conception

Des médecins jugeaient le fait de programmer les rapports sexuels pour concevoir était mauvais pour la vie de couple.

MG11 « même pour l'entente du couple, je pense que focaliser toujours, avoir des rapports que pour faire des bébés... C'est pas non plus (silence) »

Cela était perçu comme un poids supplémentaire pour les femmes essayant de concevoir.

MG11 « Mais pour celles qui ont des difficultés [...] qui pensent déjà au fait qu'elles ont du mal à avoir un enfant, rajouter une pression supplémentaire »

7) Abord de la fertilité en consultation

a) Uniquement en cas de question

Des médecins ne parlaient de la fertilité que lorsqu'ils étaient interrogés.

MG14 : « Globalement, je réponds à la question si je sais [...] (rire) »

b) Questionnement régulier

D'autres abordaient plus systématiquement la question avec les patientes en âge de procréer.

MG12 : « "Attention à vous parce que l'horloge tourne et, et que vous n'aurez peut-être pas un enfant sur commande comme vous avez eu le premier" »

Le sujet était notamment abordé en prévention de l'infertilité liée à l'âge.

MG12 « je leur dis : "Vous avez réfléchi, [...] vous avez 32 ans, est-ce que vous souhaitez des enfants un jour... ?" »

DISCUSSION

I. Validité de l'étude

A. Forces de l'étude

1) Son originalité

L'infertilité concerne entre 15 et 25% des couples (8). Une meilleure connaissance de la fertilité augmente les chances de concevoir (9). En outre, les femmes connaissent mal la physiologie gynécologique. Nous nous sommes donc intéressés à la part que les médecins généralistes prenaient dans cette éducation à la fertilité. Ce thème ne semble pas avoir été abordé dans la littérature française.

2) Choix de la méthode

L'objectif de l'étude était d'étudier l'implication des médecins généralistes dans l'éducation des femmes à la connaissance de la fertilité. Pour cela une étude qualitative avec une approche thématique semblait la méthode la plus adaptée. Elle permettait en effet d'objectiver différents éléments influençant l'approche par les médecins généralistes de la fertilité féminine.

3) Critères de scientificité

Dans la réalisation de l'étude nous avons veillé à garantir sa validé interne et sa validité externe.

La validité interne de l'étude, c'est-à-dire la vérification que les données de l'étude sont conformes à la réalité, est assurée par :

- La rétroaction : les entretiens retranscrits ont été soumis aux médecins interrogés afin qu'ils confirment les données recueillies.
- La suffisance des données, atteinte après 15 entretiens, a été vérifiée par 2 entretiens supplémentaires.

- La triangulation des chercheurs a été réalisée grâce au concours d'un autre médecin, initié aux études qualitatives,

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes.

- Le recrutement a été réalisé en variation maximale : la diversité était recherchée au niveau du sexe, du mode d'exercice, de la démographie du lieu d'exercice et de l'engagement dans la formation universitaire des médecins recrutés, afin de s'approcher au mieux de la diversité des réalités d'exercice des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Les différents modes de recrutements ont participé à cette diversité.
- Les résultats ont été confrontés aux données de la littérature.

Au total, ces différents éléments permettent à notre étude de respecter les critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research, Annexe C) .

B. Limites et biais

1) Biais d'investigation

L'investigatrice était débutante dans la recherche qualitative. Cela a pu engendrer un biais dans la conception du guide d'entretien et dans la conduite des entretiens. Les entretiens ont permis à l'investigatrice d'acquérir de l'expérience au fil du temps. Le guide d'entretien a pu être remodelé et affiné au fil du temps.

2) Biais d'interprétation

Les éléments non-verbaux étaient retranscrits. Cependant, les entretiens n'étaient pas filmés, des données intéressantes ont donc pu être perdues.

L'analyse des données faisait appel à l'interprétation du chercheur, avec une part de subjectivité inévitable. Néanmoins, la triangulation des chercheurs permet d'atténuer ce biais.

3) Biais de sélection

Certains médecins généralistes ont été recrutés à partir des connaissances de l'investigatrice. Cela a pu influencer le déroulé de l'entretien.

La participation à l'étude requerrait de la motivation du médecin pour prendre le temps de répondre au questionnaire. Cela participe au biais de sélection, notamment de médecins intéressés par le sujet de la fertilité.

4) Biais d'influence

Les médecins généralistes interrogés savaient que l'étude portait sur l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité. Par ailleurs, la fiche de consentement, que les médecins devaient signer avant de participer à l'étude, contenait quelques éléments de contextualisation de l'étude. Les médecins ont donc pu réfléchir avant l'entretien au sujet. Leurs réponses ont pu être influencées par le fruit de cette réflexion et de la lecture de la fiche d'information.

II. Principaux résultats

A. La connaissance de la physiologie de la fertilité

Les médecins constataient le manque de connaissances de leurs patientes concernant leur cycle menstruel. Cela était également constaté dans la littérature. Une étude portant sur 1000 femmes en âge de procréer aux Etats-Unis retrouve que 40% des femmes connaissent mal le cycle menstruel. Les lacunes constatées concernaient aussi bien le déroulement du cycle, la période de l'ovulation que les facteurs altérant la fertilité (10). A titre d'exemple, moins de 10% des femmes savaient qu'il fallait que le rapport sexuel ait lieu avant l'ovulation pour qu'il y ait des chances de conception.

Une étude portugaise de 2017 portant sur 2404 personnes, âgées de 18 à 45 ans fait part de résultats similaires. Par exemple, près de 70% des interrogés

estimaient qu'un couple en bonne santé avait 50% de chance de concevoir à chaque cycle (11). Ou encore, 45% pensaient que la moitié des couples en AMP concevront.

Le même constat était fait chez des lycéens Suédois. Ils sous-estimaient l'impact des différents facteurs influençant la fertilité (obésité, infections sexuellement transmissibles, tabac, alcool...) (12). La méconnaissance de la physiologie gynécologique était également constatée en France dans plusieurs thèses d'exercice, notamment une datant de 2019 (13).

Une revue de la littérature a été réalisée sur 71 études évaluant la connaissance de la fertilité (4). Elle conclut que les patients du monde entier ont une connaissance faible à moyenne de la fertilité (physiologie, facteurs de risque d'infertilité...).

Les médecins interrogés dans notre étude décrivaient beaucoup de fausses croyances ou d'idées reçues à reprendre avec les patientes. Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature. L'étude menée aux Etats-Unis en 2019 évaluait quelques idées reçues chez les femmes en âge de concevoir (10). Elle retrouvait que 40% des femmes ayant répondu pensaient que la production de nouveaux ovocytes se poursuivait tout au long de la vie. 50% des femmes considéraient qu'avoir plus d'un rapport par jour augmentait les chances de concevoir. 60% des femmes estimaient qu'un rapport 2 jours après l'ovulation pouvait conduire à une grossesse.

Ces études concluent donc à la nécessité, notamment pour les médecins généralistes, d'informer leurs patients au sujet de la fertilité. Elles encourageaient également à reprendre les connaissances préalables des patients sur la fertilité (10)(11)(13).

Les médecins de notre étude considéraient que les femmes étaient peu intéressées par la physiologie de leur cycle et l'observation du cycle. Ceci détonne avec les résultats de l'étude australienne de 2015 (14). Elle retrouvait que plus d'un tiers des femmes consultant chez le médecin généraliste cherchaient à augmenter leur connaissances sur la physiologie de la fertilité (14). Cet intérêt pour l'observation et la connaissance de leur cycle augmente chez les patientes en situation d'infécondité. Les patientes interrogées étaient plus de 90% à estimer qu'une information sur la

connaissance de la fertilité devrait leur être délivrée dès la première consultation pour hypofertilité (14).

Dans notre étude, les médecins se basaient sur une durée de cycle de 28 jours. C'est d'ailleurs ainsi qu'il est présenté par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (15). La longueur des cycles d'une femme à l'autre et au cours de la vie est pourtant très variable (16). Une étude portant sur plus de 600 000 cycles retrouvait une longueur moyenne de 29 jours (17). Elle approchait les 31 jours dans une autre étude récente portant sur près de 2500 cycles (18).

Les médecins de notre étude situaient une ovulation au 14^{ème} jour et la période fertile quelques jours avant et après. Le CNGOF situe également l'ovulation au 14^{ème} jour (15). Cela contraste avec d'autres données de la littérature sur la temporalité de la période fertile et de l'ovulation, qui est très variable. Seules 8,6% des ovulations avaient lieu le 14^{ème} jour et 11% au jour 15 (18). L'ovulation n'avait lieu au 14^{ème} jour que chez 10% des femmes ayant un cycle de 28 jours (16)(19). Il est évaluée qu'elle a lieu entre le jour 10 et le jour 22 du cycle (19).

La période fertile ne se situe entre le jour 10 et le jour 17, comme cela est communément admis, que chez 30% des femmes (19). Elle est d'une durée généralement évaluée à 6 jours dans la littérature (20)(21). L'ovulation marquerait la fin de cette période fertile selon la société Américaine pour la médecine reproductive (22).

La glaire cervicale était peu évoquée spontanément par les médecins interrogés dans l'étude. Celle-ci était mal connue par les médecins, comme les méthodes d'observation du cycle. Les études portant sur les connaissances de ces méthodes par les médecins généralistes constatent également cette méconnaissance (23)(24). Selon les études seuls 36 à 37% des médecins ayant répondu parlaient des méthodes d'observation de la glaire aux patients cherchant à concevoir (23)(24). Ce résultat est également retrouvé dans plusieurs thèses d'exercice en France.

Les médecins interrogés jugeaient l'observation du cycle contraignante et difficile à mettre en œuvre. Cela contraste avec les résultats d'une étude de 2014, dans laquelle il était fourni une simple fiche d'explications aux participantes. Grâce à celle-ci les femmes apprenaient facilement à repérer les modifications de leur glaire cervicale et donc leur période de fertilité (25). Une autre étude de 2011 évaluait l'efficacité d'un programme de formation en ligne par une infirmière aux méthodes d'observation du cycle. Une amélioration de la connaissance de la fertilité était constatée le premier mois de formation (26).

B. L'infertilité

Des médecins interrogés au cours de mon étude étaient surpris par mon sujet. Ils m'ont demandé, en dehors de l'entretien, pourquoi je réalisais ma thèse sur la fertilité, n'en voyant pas l'intérêt immédiat. En effet l'infertilité n'était pas une problématique courante. Ils avaient eu tout au plus 2 cas dans toute leur carrière, longue pour certains.

Cela contraste avec la littérature. En effet, l'infertilité est considérée comme un problème de santé publique par l'OMS (8). Elle concerne 48 millions de couples et 186 millions de personnes à travers le monde. L'infertilité tend à augmenter à travers le monde. Une analyse systématique évalue une augmentation de la prévalence de près de 15% entre 1990 et 2017. Cela correspond à une augmentation moyenne de 0,37% par an, à l'échelle mondiale (2).

En France elle touche entre 20 et 25% des couples à un an et 8 à 11% après deux ans de tentatives (27). Elle concernerait 3,3 millions de personnes en France, selon le récent rapport sur les causes de l'infertilité (1). Il est évalué que plus d'une femme sur cent entre 20 et 49 ans a recours à l'AMP (28) en 2017 en France. Ces chiffres ne concernent que les femmes traitées pour infertilité puisqu'elle est antérieure à la légalisation de la PMA pour toutes les femmes, datant de septembre 2021.

Le contraste entre les taux d'infertilité et leur perception par les médecins peut être lié au fait que les patientes en parlent peu (11). Cette étude évalue que seuls 18% des patients avaient déjà abordé le sujet de la fertilité avec un médecin. Parmi eux,

seuls 34,6% en avaient parlé à leur médecin généraliste et 48,1% à leur gynécologue (11).

Nous préciserons que cette perception de l'infertilité était variable d'un médecin à l'autre. Si certains m'interrogeaient sur l'intérêt de mon étude, d'autres étaient conscients de l'enjeu et suivaient des couples en situation d'infertilité. Le recours direct aux gynécologues peut expliquer cette variabilité. Les femmes peuvent en effet choisir de ne pas aborder le problème avec leur médecin généraliste et de consulter directement un gynécologue à ce sujet.

Des médecins interrogés lors notre étude partageaient le constat d'un recul de l'âge de la maternité. Cela concorde avec la littérature montre une augmentation de l'âge des primipares. L'INSEE évalue en effet à 28,5 ans l'âge maternel à la naissance du premier enfant en 2015, soit un recul de 4,5 ans en 40 ans (29). Des données plus récentes de l'INSEE confirment cette tendance, avec un âge moyen à 30,9 ans en 2021 (30).

Des médecins constataient que leurs patientes sous estimaient l'impact de l'âge sur la fertilité et le risque d'infertilité en général. L'avancée en âge des femmes souhaitant concevoir est reconnu comme un facteur majeur de déclin de la fertilité. Cela est rappelé dans la revue de littérature du groupe de travail de l'ESHRE (Société Européenne de la Reproduction Humaine et d'Embryologie) (31).

Il est également mis en évidence dans la littérature une méconnaissance de l'impact de l'âge sur les possibilités de concevoir. Cela était retrouvé chez les étudiants danois qui sur-estimaient les chances de conception. Ils envisageaient d'avoir des enfants à l'âge où la fertilité décroît : 40% d'entre eux projetaient de devenir parents après 35 ans (32). Une étude similaire portant sur 367 étudiants Chinois retrouvaient que 92% surestimaient l'âge de déclin de la fertilité (33).

La diminution de la fertilité avec l'âge était également sous-estimée par les étudiants en médecine, dans une étude sur 239 internes de gynécologie obstétrique (34). Un tiers surestiment l'âge de début de déclin de la fertilité et 46,5% l'âge de déclin majeur de celle-ci. Cela est aussi retrouvé dans une étude menée aux Etats-Unis portant sur la population générale (127 femmes) et des internes en médecine (118 internes). La fertilité à 30 ans était sur-estimée par 54% des femmes issue de la

population générale et par 43% des internes (35). Plus de 55% des deux groupes surestimaient la fertilité à 40 ans.

Le rapport de l'INED (28), basé sur l'analyse des données de l'Assurance Maladie des femmes âgée de 20 à 49 ans (36), fait état d'une augmentation de 24% du recours à l'AMP au-delà de 34 ans entre 2008 et 2017.

Des médecins interrogés dans notre étude tentaient de prévenir ce facteur de risque d'infertilité qu'est le vieillissement. Pour cela ils interrogeaient quasi-systématiquement leurs patientes en âge de procréer sur leur désir de grossesse. Cela va dans le sens de la conclusion de certaines études sus-citées. Elles recommandent d'informer les patients des différents facteurs de risques pour qu'ils puissent construire leur projet familial en connaissance de cause (10)(11)(34)(36). Cette éducation nécessite une grande délicatesse car peut confronter douloureusement les patientes à l'absence de partenaire (34).

Dans notre étude, les jeunes patientes semblaient plus intéressées par la contraception que par la fertilité. Cela contraste avec les résultats d'une revue de la littérature de 2016 qui retrouvait que les adolescents étaient intéressés par les discussions autour de la sexualité et de la reproduction (37).

Par ailleurs, le récent rapport sur l'infertilité encourage à aborder la question de fertilité avec les adolescents pour prévenir les risques d'infertilité (1)

L'importance de l'information précoce des jeunes au sujet de la fertilité et de son déclin après 35 ans est d'ailleurs recommandée dans la littérature. C'est notamment une piste encouragée en conclusion de l'étude suédoise auprès de lycées (12). Une étude Américaine étudiant la connaissance de la fertilité par les étudiants va dans le même sens de la nécessité d'une information des jeunes adultes (38).

Il semble que cela peine à être mis en place en pratique. Les médecins interrogés dans notre étude remarquaient en effet que les jeunes adultes les consultaient peu. Cela rendait donc plus difficile l'information au sujet de la fertilité dans cette population. Cette constatation va dans le sens de la littérature. En effet, la revue de littérature de 2016 estimait que 20 à 40% des jeunes filles ayant une activité sexuelle ne voient pas de médecin tous les ans (37).

Des médecins interrogés dans notre étude jugeaient négativement le fait de cibler la période fertile pour avoir des unions intimes, dans le but de concevoir. Ceci semble aller à l'encontre de certaines données de littérature qui poussent à conseiller de cibler cette période pour maximiser les chances de conception. En effet, dans une étude, la chance de conception est évaluée à 0% les jours sans sécrétion. Elle passe à 30% lorsque le rapport a lieu les jours où la glaire cervicale est perçue (39).

Une autre étude portant sur 7288 cycles met en évidence que les chances de conception étaient plus importantes lorsque l'union avait lieu les jours d'observation de glaire fertile (7). La récente revue de littérature sur les MOC allait dans le même sens (5). L'avis des comités de la société Américaine de médecine reproductive et le la société d'endocrinologie reproductive et de l'infertilité de janvier 2022 recommande de conseiller les rapports tous les 1 à 2 jours en période fertile (22).

D'autres articles confirment la perception négative de la programmation des unions par les médecins de notre étude. Certains appellent à la vigilance quant aux conseils donnés concernant la temporalité des rapports sexuels (40). Cela pourrait en effet ajouter un stress supplémentaire sur les couples essayant de concevoir. Alors que les couples et plus spécifiquement les patientes sont souvent fragilisées psychologiquement par l'expérience de l'hypofertilité (41)(42).

C. Les aides et freins pour aborder la fertilité en consultation

1) Les freins

Dans notre étude des médecins trouvaient que donner des informations sur la fertilité était trop chronophage. Le manque de temps est à nuancer, car il est généralement le reflet d'un arbitrage nécessaire. En effet, dans une consultation le médecin doit choisir de s'attarder sur tel ou tel sujet soulevé par le patient. Cet obstacle temporel était également cité dans l'étude australienne de 2016 comme l'un des principaux freins à l'éducation à la fertilité (43).

La contrainte du temps est également liée aux motifs multiples de consultation, rapportés par les médecins interrogés. Cette multiplicité de motifs ne laissait pas

l'occasion d'approfondir le sujet de la fertilité. Cet obstacle était également évoqué par les médecins et les infirmiers australiens (43).

Le manque de valorisation du temps passé à informer les femmes sur le fonctionnement de leur corps était déploré. Des résultats similaires se trouvaient chez les participants de l'étude australienne (43). Les médecins notaient également ce manque de valorisation.

Des médecins adressaient rapidement les patients au spécialiste au sujet de la fertilité. Le même constat était fait en Australie, le recours au spécialiste était jugé trop rapide par les infirmières interrogées (43). Le manque de valorisation du temps dédié à la « pédagogie » autour de la fertilité peut expliquer la rapidité du relais. Cet élément peut jouer sur leur motivation à prendre le temps d'entrer dans des explications détaillées, selon leur appétence naturelle pour le sujet.

Le manque d'intérêt personnel et de connaissances au sujet de la fertilité étaient des freins exprimés par les médecins interrogés. Cela concorde avec les résultats d'Hampton, les médecins constataient également que leur connaissance de la fertilité était basique (43).

Les médecins de notre étude abordaient donc rarement la fertilité de façon spontanée, mais seulement lorsqu'elle posait problème. Elle était donc surtout abordée lorsque les patientes posaient des questions à ce sujet. Une attitude similaire était retrouvée chez les médecins australiens (43). Ils attendaient que le sujet de la fertilité soit abordé par la patiente.

Cette tendance est retrouvée dans l'étude portugaise. Elle constatait que les discussions sur la fertilité étaient initiées par les patients dans 71,5% des cas (11). Cette étude notait que seuls 18% des patients interrogés avaient déjà abordé la question avec leur médecin (11).

D'autres travaux de thèses et de mémoires retrouvent ces difficultés des patientes à aborder le sujet de la physiologie gynécologique.

Si les patientes n'interrogent pas toujours leur médecin au sujet de leur fertilité, elles s'informent sur Internet. Les médecins constataient ce recours grandissant comme source d'informations, non sans souligner la fiabilité inconstante des informations retrouvées. Cela concorde avec les études sur le sujet. 46% des patients interrogés consultaient Internet au sujet de la physiologie gynécologique (11). Les sites spécialisés étaient une référence pour 42% des patientes (10).

Par ailleurs, seules 35% d'entre elles considéraient le médecin généraliste comme premier interlocuteur au sujet de la fertilité (10). L'étude portugaise de 2017 décrit la même tendance puisque seuls 29% des répondants se tournaient vers leur médecin généraliste ou leur gynécologue sur les questions de fertilité (11).

Les médecins de notre étude déploraient le manque de supports écrits à destination des patients au sujet de la physiologie de la fertilité. Le même constat était fait par les médecins et infirmiers australiens (43). Des médecins interrogés dans notre étude suggéraient d'en développer pour faciliter l'abord de la question avec leurs patientes.

Des outils d'information émergent à destination du grand public sur la physiologie du cycle menstruel. On peut noter la publication récente du livre *Cycle féminin au naturel* (44), co-écrit par une sage-femme et un médecin généraliste. Jusqu'alors les livres et sites spécialisés abordant ce sujet semblaient plutôt portés par des associations non professionnelles (45)(46). Cependant les supports pour transmettre des informations sur la physiologie de la fertilité en consultation semblent toujours manquer.

2) Les aides

L'aide principale, retrouvée par l'étude australienne (43), qui facilitait l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité était le recours à des infirmières formées aux méthodes d'observation du cycle. La gynécologie ne fait actuellement pas partie des missions confiées aux infirmières en France, ni les IDE ASALEE ni les infirmières en pratiques avancées. En revanche le suivi gynécologique rentre dans le champ des compétences des sages-femmes depuis 2009 (47).

L'augmentation du nombre de sages-femmes en ambulatoire était un élément souligné par les médecins de l'étude. Cela va dans le sens des estimations de la littérature qui évaluent que le nombre de sages-femmes installées en ambulatoire aurait quadruplé entre 1995 et 2015 (48). Cette tendance risque de se poursuivre dans les années à venir puisque le rapport de la DREES de 2021 modélise une augmentation de 70% des sages-femmes en ambulatoire d'ici 2050 (49) .

L'augmentation des sages-femmes en ambulatoire avait modifié la pratique des médecins interrogés. En général, ils constataient que cela avait diminué leur pratique de la gynécologie. Certains étaient plutôt soulagés par ce nouveau relais, d'autres déploraient d'avoir moins l'occasion de pratiquer. Ces constats en demi-teinte corroborent le rapport de l'Observatoire National de la démographie des Professions de Santé ONPS de 2021(50) . Celui-ci décrit des relations très variables entre les médecins généralistes et les sages-femmes en ambulatoire. Certains médecins étaient soulagés de ne plus avoir à s'occuper des suivis gynécologiques et des actes techniques liés. D'autres avaient plus de mal à mettre en place une collaboration avec les sages-femmes en ambulatoire (50).

Il était déploré au cours des entretiens le manque de relais auprès de professionnels formés aux méthodes d'observation du cycle dans le Nord et le Pas-de-Calais. Cela est difficile à évaluer objectivement. Une tentative de registre de professionnels de santé formés à ces méthodes en France en retrouve quatre dans le Nord et le Pas-de-Calais (51).

Des médecins interrogés n'ont jamais bénéficié de formation médicale continue portant sur la fertilité. Des formations se développent progressivement sur le sujet. A l'Université de Lyon 1 existe le Développement Professionnel Continu (DPC) « Restauration de la fertilité » (52). Des structures spécialisées voient le jour comme l'Institut de Formation à la Fertilité (53). Ces deux formations se basent essentiellement sur les méthodes d'observation du cycle dans leur approche de la fertilité. Le rapport sur la fertilité recense 22 DU et DIU en lien avec la fertilité en France (1).

Le développement de formations universitaires complémentaires sur la fertilité fait partie des mesures proposées par le récent rapport sur l'infertilité (1). Cependant le mot « glaire cervicale » n'apparaît qu'une fois, dans les 137 pages de ce rapport,

pour expliquer que les spermatozoïdes doivent la traverser pour aller féconder l'ovule. L'observation de la glaire n'y est pas évoquée. Il est donc fort peu probable que l'observation du cycle fasse partie des programmes des formations à venir.

Les médecins de notre étude disaient aborder le sujet de la physiologie lorsque certaines patientes étaient en recherche de contraception non-hormonale. Ils notaient que ce type de demandes était de plus en plus fréquent. L'alternative à la contraception hormonale est devenue un sujet de société (52)(53). L'étude « Fécond » retrouve une augmentation de 3% entre 2010 et 2013 chez les femmes de 15 à 49 ans de l'utilisation de méthodes non hormonales. A cela s'ajoute une augmentation 3% du recours au préservatif seul (56). Le Baromètre Santé 2016 de Santé Publique France tend à confirmer la tendance. L'usage du préservatif passant de 10,8 à 15,5% entre 2010 et 2016. Cependant, l'usage des autres méthodes non hormonales se stabilise (57) : Après une augmentation significative de son usage de 1,3% entre 2010 et 2014, le taux revenait 4,6% des utilisatrices en 2016 (57).

Une étude Américaine retrouve des résultats similaires. La proportion d'utilisateurs de méthodes non-hormonales de contraception entre 2012 et 2014 a augmenté de 3% (58). Cependant cette augmentation est à nuancer car elle n'est pas statistiquement significative sur la période 2008-2014.

Cette demande d'alternative non-hormonale pouvait mettre des médecins de notre étude en difficulté. En effet, ils partageaient ne pas avoir d'autre chose à proposer. Ils citaient le DIU au cuivre, qui était parfois contre-indiqué chez les patientes en demande d'alternative. Les différents moyens de contraception sont exposés sur le site gouvernemental « questionsexualite.fr ». Les seules techniques non hormonales et réversibles sont le DIU au cuivre et les méthodes locales (préservatifs féminin et masculin, diaphragme, cape cervicale et spermicides) (59). Ces dernières ont une efficacité très contrastée (60). Cela ne pousse pas les médecins à les conseiller.

Sur ce site, remarquons que certaines MOC sont présentées très brièvement et à part, dans l'onglet « contrôle de la fertilité » (61). On peut y déplorer qu'elles y soient présentées pêle-mêle avec d'autres techniques surannées sur le plan médical telles le retrait ou la méthode Ogino.

Les médecins s'appuyaient volontiers sur Internet dans leur discussion avec les patientes. Nous avons parcouru les sites cités les médecins, comme « choisiracontraception » (59). Il ne comporte, à ce jour, pas d'informations générales sur la physiologie de la fertilité ou l'anatomie des organes génitaux (62). Une des propositions faites dans la synthèse du rapport sur les cause de l'infertilité de février 2022 est de développer des supports numériques (1).

Les applications étaient citées par les médecins de notre étude comme une aide à la connaissance du cycle pour les femmes. Cette connaissance restait dépendante de la technologie. Cette tendance va dans le sens que l'étude portugaise, déjà évoquée, où près de 32% des femmes avaient recours aux applications mobiles (11). Une vigilance particulière est nécessaire à ce sujet. En effet, la majorité de ces applications sont prédictives, et non basées sur des observations quotidiennes. Elles risquent donc d'être imprécises et d'induire les femmes en erreur quant à la situation de leur période fertile. C'est ce que confirme une étude évaluant leur efficacité (63). 74 à 75% des jours que les applications déclaraient fertiles se trouvaient effectivement en période fertile (63). Seules 4 des 20 applications étudiées dans cette étude prédisaient la période fertile avec précision (63). Une proportion similaire de 19% des applications qui étaient ajustées dans une autres études évaluant les applications mobiles (64).

La prudence est donc de mise dans leur utilisation tant pour favoriser une grossesse que pour l'éviter. Leur usage devrait être éclairé et accompagné par les professionnels de santé. Cela est rappelé dans deux revues de littérature, une axée sur les MOC (5), l'autre sur les études évaluant les applications (65).

Dans le domaine des applications, celles qui accompagnent un changement des habitudes et une amélioration de la nutrition semblent avoir un impact positif sur la fertilité. Cela a été retrouvé dans une étude Hollandaise de 2017 (66). Dans ce sens ce type d'applications pourrait être utile à conseiller pour accompagner un ajustement des habitudes de vie des couples essayant de concevoir.

D. Bénéfices attendus pour les patientes

Des médecins de notre étude partageaient que l'observation du cycle pouvait être un outil de santé global pour les femmes. Ils constataient qu'elle était sous utilisée par les professionnels de santé. Une récente revue de la littérature, étudiant l'ensemble des méthodes modernes d'observation du cycle, concluait sur le même constat (5).

Des médecins estimaient que l'observation des changements de la glaire autour du cycle pouvait être un outil de prise en charge de l'infertilité. Cela va dans le sens de la conclusion de plusieurs articles (21)(65). L'article 2006 de la société Américaine pour la médecine reproductive rappelle la précision du monitoring de la glaire cervicale et de la température pour dater l'ovulation. Il énonce également le bénéfice que pourraient tirer les couples hypoféconds d'être orientés vers les MOC (21). L'article Allemand propose même un parcours pour les couples en situation d'hypofertilité. En premier lieu, il propose de faire un bilan basique d'infertilité pour évaluer le pronostic. En fonction de celui-ci et de l'âge de la femme (moins de 35 ans) un parcours basé sur les MOC pourrait être raisonnablement proposé aux couples infertiles (67).

Les médecins de notre étude parlaient peu des méthodes d'observations du cycle. Cela contraste avec des données Américaines où il est évalué que 75% des femmes essayant de concevoir aux Etats-Unis et au Canada utiliseraient des MOC (5). Il ne semble pas que cet usage ait été étudié chez les patientes françaises.

Les médecins de notre étude qui parlaient de la fertilité à leurs patientes, le faisaient pour augmenter les chances de concevoir. L'observation de l'apparition de glaire fertile serait un des meilleurs prédicteurs de conception selon une étude portant sur 7288 cycles menstruels (7). La probabilité de grossesse pouvait passer de 10 à 30% selon la qualité de la glaire observée. (7)(68).

Une étude française de 2015 portant sur 326 cycles menstruels suggère que l'observation de glaire « fertile » et l'augmentation de la température seraient les meilleurs indicateurs cliniques de fertilité (69).

Plusieurs études montrent que l'observation de la qualité de la glaire cervicale était associé à un taux plus élevé de conception (67)(68). Dans l'étude de 2013, les femmes qui observaient leurs cycles avaient 2,29 fois plus de chance de concevoir que celle qui ne s'observaient pas. Cette probabilité de conception était d'autant plus grande que les femmes observaient régulièrement leur cycle (70).

Ces différentes études (7)(66–68) concluent que l'observation des signes de fertilité pourrait aider les couples essayant de concevoir pour cibler cette période pour les unions. En effet, la probabilité de conception augmente les jours où la glaire de type « fertile » est perçue également chez les couples hypoféconds (72). La probabilité de conception reste cependant plus faible que chez les couples qui ne sont pas connus pour avoir des troubles de la fertilité.

Un suivi basé sur les MOC est la première étape proposée dans la prise en charge de l'hypofertilité dans différents articles cités précédemment (67)(68). Cette étape d'observation du cycle est abordable par tous. Des participantes de certaines études l'apprenaient facilement (7)(25). Elle est d'autant plus intéressante à conseiller en premier lieu aux couples hypofertiles que les parcours d'AMP ont un lourd coût psychologique et sociétal. C'est ce que souligne la conclusion de l'étude Américaine qui explore la connaissance du cycle chez les femmes essayant de concevoir (73).

D'autres données de la littérature sont plus nuancées quant à l'efficacité de cibler la période fertile pour les unions sexuelles. La revue de littérature de 2015 de la Cochrane estime que les données disponibles sont de trop faible qualité (74). Celles-ci ne permettent donc pas conclure à un bénéfice certain à cibler la période fertile. Les auteurs invitent donc les praticiens à la prudence. Car cibler la période fertile peut être anxiogène pour le couple pour un bénéfice non garanti au vu des données analysées (74).

CONCLUSION

La physiologie de la fertilité est inégalement évoquée en consultation par les médecins généralistes. Certains médecins sont très investis dans l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité. D'autres sont beaucoup moins à l'aise pour aborder cette question avec leurs patientes.

L'observation du cycle, avec notamment le monitoring de la glaire et de la température est rarement promue en consultation. Alors que cela est reconnu comme pouvant favoriser la conception.

Les principaux obstacles relevés pour aborder ces points étaient le manque de connaissances par les médecins et le peu d'intérêt que les patientes porteraient à ce sujet. Le manque de supports pédagogiques, de temps et de valorisation des consultations étaient également cités. En outre, le sujet de la fertilité était toujours perçu comme tabou, mettant mal à l'aise les médecins. Ceux-ci tendent projeter leur malaise sur leurs patientes alors que celles-ci seraient plutôt en attente d'explications.

Le récent rapport sur l'infertilité de février 2022 attend des médecins généralistes une sensibilisation des patients aux risques d'infertilité. Il suggère justement des pistes pour remédier au manque de valorisation et de temps invoqués par les médecins. Cela passerait notamment par le développement de consultations longues dédiées à l'éducation autour de la sexualité chez les jeunes.

Le développement d'aides à la consultation et de supports écrits ou numériques reste encore un vaste champ de travail. Cela peut être une clef de voûte pour la prise en charge des patients en situation d'hypofertilité en soins primaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hamamah PS, Berlioux MS. Rapport sur les causes d'infertilité. :137.
2. Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990–2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging*. 2 déc 2019;11(23):10952-91.
3. Infertilité [Internet]. WHO. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
4. Pedro J, Brandão T, Schmidt L, Costa ME, Martins MV. What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. *Ups J Med Sci*. juin 2018;123(2):71-81.
5. Duane M, Stanford JB, Porucznik CA, Vigil P. Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning. *Front Med [Internet]*. 2022 [cité 21 sept 2022];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.858977>
6. Robinson JE, Ellis JE. Mistiming of intercourse as a primary cause of failure to conceive: results of a survey on use of a home-use fertility monitor. *Curr Med Res Opin*. 1 févr 2007;23(2):301-6.
7. L. Bigelow J, B. Dunson D, B. Stanford J, Ecochard R, Gnoth C, Colombo B. Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse. Vol19, No4. *Human Reproduction*. 2004;889±892.
8. Infertilité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/infertilite>
9. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
10. Lundsberg LS, Pal L, Garipey AM, Xu X, Chu MC, Illuzzi JL. Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: a population-based survey among reproductive-age United States women. *Fertil Steril*. mars 2014;101(3):767-774.e2.
11. Almeida-Santos T, Melo C, Macedo A, Moura-Ramos M. Are women and men

well informed about fertility? Childbearing intentions, fertility knowledge and information-gathering sources in Portugal. *Reprod Health*. 4 août 2017;14(1):91.

12. Ekelin M, Åkesson C, Ångerud M, Kvist LJ. Swedish high school students' knowledge and attitudes regarding fertility and family building. *Reprod Health*. déc 2012;9(1):6.

13. Marchand, Julie. Que savent les femmes? : évaluation du niveau de connaissance des femmes âgées de 18 à 65 ans sur la physiologie gynécologique : étude qualitative. 2019.

14. Hampton K, Mazza D. Fertility-awareness knowledge, attitudes and practices of women attending general practice. 2015;6.

15. Le cycle [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/cycle-menstruel/296-le-cycle>

16. Mihm M, Gangooly S, Muttukrishna S. The normal menstrual cycle in women. *Anim Reprod Sci*. 1 avr 2011;124(3):229-36.

17. Bull JR, Rowland SP, Scherwitzl EB, Scherwitzl R, Danielsson KG, Harper J. Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *NPJ Digit Med*. 27 août 2019;2:83.

18. Najmabadi S, Schliep KC, Simonsen SE, Porucznik CA, Egger MJ, Stanford JB. Cervical mucus patterns and the fertile window in women without known subfertility: a pooled analysis of three cohorts. *Hum Reprod Oxf Engl*. 15 mai 2021;36(7):1784-95.

19. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 18 nov 2000;321(7271):1259-62.

20. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation — Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby. *N Engl J Med*. 7 déc 1995;333(23):1517-21.

21. Brosens I, Gordts S, Puttemans P, Campo R, Gordts S, Brosens J. Managing infertility with fertility-awareness methods. *Sex Reprod Menopause*. mai 2006;4(1):13-6.

22. Optimizing natural fertility: a committee opinion. *Fertil Steril*. janv 2022;117(1):53-63.

23. Stanford J. Physicians? knowledge and practices regarding natural family

- planning1, *1. *Obstet Gynecol.* nov 1999;94(5):672-8.
24. Choi J, Chan S, Wiebe E. Natural Family Planning: Physicians' Knowledge, Attitudes, and Practice. *J Obstet Gynaecol Can.* juill 2010;32(7):673-8.
25. Porucznik CA, Cox KJ, Schliep KC, Stanford JB. Pilot test and validation of the Peak Day method of prospective determination of ovulation against a handheld urine hormone monitor. *BMC Womens Health.* 8 janv 2014;14(1):4.
26. Fehring RJerome, Schneider M, Raviele K. Pilot Evaluation of an Internet-Based Natural Family Planning Education and Service Program. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* mai 2011;40(3):281-91.
27. Slama R. La fertilité des couples en France. :5.
28. Ben Messaoud K, Bouyer J, de La Rochebrochard E. Infertility Treatment in France, 2008–2017: A Challenge of Growing Treatment Needs at Older Ages. *Am J Public Health.* sept 2020;110(9):1418-20.
29. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. INSEE; 2017 mars [cité 31 août 2022]. Report No.: 1642. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
30. Âge moyen de la mère à l'accouchement | Insee [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
31. ESHRE Capri Workshop Group. Fertility and ageing. *Hum Reprod Update.* 24 mars 2005;11(3):261-76.
32. Sørensen NO, Marcussen S, Backhausen MG, Juhl M, Schmidt L, Tydén T, et al. Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reprod Health* [Internet]. 13 déc 2016 [cité 23 nov 2020];13. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5154162/>
33. Chan CHY, Chan THY, Peterson BD, Lampic C, Tam MYJ. Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. *Hum Reprod.* 1 févr 2015;30(2):364-72.
34. Yu L, Peterson B, Inhorn MC, Boehm JK, Patrizio P. Knowledge, attitudes, and intentions toward fertility awareness and oocyte cryopreservation among obstetrics and gynecology resident physicians. *Hum Reprod.* 17 déc 2015;dev308.
35. Kudesia R, Chernyak E, McAvey B. Low fertility awareness in United States

reproductive-aged women and medical trainees: creation and validation of the Fertility & Infertility Treatment Knowledge Score (FIT-KS). *Fertil Steril*. 2017;108(4):711-7.

36. Infertility Treatment in France, 2008–2017: A Challenge of Growing Treatment Needs at Older Ages [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://ajph.aphapublications.org/doi/epdf/10.2105/AJPH.2020.305781>

37. Fertility Awareness Counseling for Adolescent Girls: Guiding Conception - the Right Time, Right Weight and Right Way. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016;

38. Peterson BD, Pirritano M, Tucker L, Lampic C. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Hum Reprod*. 1 mai 2012;27(5):1375-82.

39. Scarpa B, Dunson DB, Colombo B. Cervical mucus secretions on the day of intercourse: An accurate marker of highly fertile days. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. mars 2006;125(1):72-8.

40. Thurston L, Abbara A, Dhillo WS. Investigation and management of subfertility. *J Clin Pathol*. sept 2019;72(9):579-87.

41. Andrews FM, Abbey A, Jill Halman L. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril*. juin 1992;57(6):1247-53.

42. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. mars 2018;20(1):41-7.

43. Hampton KD, Newton JM, Parker R, Mazza D. A qualitative study of the barriers and enablers to fertility-awareness education in general practice. *J Adv Nurs*. juill 2016;72(7):1541-51.

44. Vallet M, Saab-Tsnobiladzé S. cycle féminin au naturel. Editions Leduc; 2022. (Le Grand Livre).

45. Cycle menstruel : les 4 grandes phases qui rythment notre fertilité [Internet]. *Emancipées*. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.emancipees.com/cycle/>

46. Méthode Billings WOOMB - site officiel France méthode Billings™ [Internet]. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.methode-billings-woomb.fr/>

47. Article L4151-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892639/2009-07-23/

48. DOUGUET F, VILBROD A. L'exercice du métier de sage-femme libérale dans une organisation pluridisciplinaire : quels effets sur les coopérations interprofessionnelles ? 2019.
49. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2021.
50. Touzé E. La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2021.
51. Carte de des professionnels de Santé ouverts ou formés aux méthodes de régulations naturelle des naissances [Internet]. Google My Maps. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1oYU_0mNm3A9-ZEb7jKTGAXDSTFs
52. L'offre de formations continues et en alternance à Lyon 1 [Internet]. FOCAL - Formation continue et alternance à l'Université Claude Bernard Lyon 1. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: https://focal.univ-lyon1.fr/formations/rechercher-une-formation/loffre-de-formations-continues-et-en-alternance-a-lyon-1?FORM_ID=763#PRESENTATION
53. Institut de Formation à la Fertilité • Accueil [Internet]. Marion Vallet. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: <https://institut2f.com/>
54. J'arrête la pilule – Site d'information autour de la contraception par la journaliste indépendante Sabrina Debusquat [Internet]. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <https://jarretelapilule.fr/>
55. Debusquat, Sabrina. J'arrête la pilule. J'ai Lu. 2018. (Documents, numéro 12306).
56. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? : Popul Sociétés. 2 mai 2014;N° 511(5):1-4.
57. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
58. Kavanaugh ML, Jerman J. Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S001078241730478X?token=D705C1F9F7E5D8E56E4171C43CA11E94E1973A5D6DFAA654BFEBEF266FF732765B245DD810323380771C9B980EFD584E&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220926101713>

59. Choisir sa contraception | QuestionSexualité [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>
60. Robin G, Letombe B. La contraception non-hormonale. *Revue du Praticien*. 2008;29-40.
61. Qu'est-ce que la contraception naturelle ? [Internet]. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/controle-de-la-fertilite2/qu-est-ce-que-la-contraception-dite-naturelle>
62. Tout savoir sur la sexualité | QuestionSexualité [Internet]. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/>
63. Setton R, Tierney C, Tsai T. The Accuracy of Web Sites and Cellular Phone Applications in Predicting the Fertile Window. *Obstet Gynecol*. juill 2016;128(1):58-63.
64. Moglia ML, Nguyen HV, Chyjek K, Chen KT, Castaño PM. Evaluation of Smartphone Menstrual Cycle Tracking Applications Using an Adapted APPLICATIONS Scoring System. *Obstet Gynecol*. juin 2016;127(6):1153-60.
65. Earle S, Marston HR, Hadley R, Banks D. Use of menstruation and fertility app trackers: a scoping review of the evidence. *BMJ Sex Reprod Health*. avr 2021;47(2):90-101.
66. van Dijk MR, Koster MPH, Willemsen SP, Huijgen NA, Laven JSE, Steegers-Theunissen RPM. Healthy preconception nutrition and lifestyle using personalized mobile health coaching is associated with enhanced pregnancy chance. *Reprod Biomed Online*. oct 2017;35(4):453-60.
67. Gnath C, Frank-Herrmann P, Freundl G. Opinion: Natural family planning and the management of infertility. Vol. 267. 2003. 67 p.
68. Mu Q, J. Fehring R. Efficacy of Achieving Pregnancy with Fertility-Focused Intercourse. *he American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2014;
69. Ecochard R, Duterque O, Leiva R, Bouchard T, Vigil P. Self-identification of the clinical fertile window and the ovulation period. *Fertil Steril*. mai 2015;103(5):1319-1325.e3.

70. Evans-Hoeker E, Pritchard DA, Long DL, Herring AH, Stanford JB, Steiner AZ. Cervical mucus monitoring prevalence and associated fecundability in women trying to conceive. *Fertil Steril.* oct 2013;100(4):1033-1038.e1.
71. Stanford JB, Willis SK, Hatch EE, Rothman KJ, Wise LA. Fecundability in relation to use of fertility awareness indicators in a North American preconception cohort study. *Fertil Steril.* 1 nov 2019;112(5):892-9.
72. Stanford J. Vulvar mucus observations and the probability of pregnancy. *Obstet Gynecol.* juin 2003;101(6):1285-93.
73. Perez Capotosto M, Jurgens CY. Exploring Fertility Awareness Practices Among Women Seeking Pregnancy. *Nurs Womens Health.* 1 déc 2020;24(6):413-20.
74. Manders M, McLindon L, Schulze B, Beckmann MM, Kremer JA, Farquhar C. Timed intercourse for couples trying to conceive. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 22 oct 2022];(3). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd011345.pub2>

ANNEXES

ANNEXE A : Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN

1. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

Comment décririez-vous votre patientèle ?

2. Si je vous parle de connaissance de leur fertilité, à quoi pensez-vous ?

Relance : dans quelle mesure vous sentez-vous sensibilisé à cette question ?

3. Dans quelles circonstances abordez-vous la physiologie de la fertilité avec vos patients ?

Relances :

- comment ?
- consultation "1ère contraception" ?
- Infertilité ? (jusqu'où allez-vous dans le bilan ? Détaillez SVP)
- évolution au cours de la carrière ?

4. Quelles informations vous semblent pertinentes à transmettre à vos patientes pour leur apprendre à reconnaître leur période fertile ?

Relances possibles :

- Quelles connaissances spécifiques vous semblent importantes à avoir, pour les praticiens, au sujet de la physiologie de la fertilité pour pouvoir le transmettre à leurs patientes ?
- Symptômes/signes physiques informent sur la période fertile ?
- Jusqu'où allez-vous, quelle est la limite pour vous ?
- Connaissance de relais : associations/SF ?
- Evolution de la pratique dans le temps ?

5. Selon vous, dans quelle mesure est-il intéressant (ou pas), d'éduquer les femmes à la connaissance de leur fertilité dans le cadre d'une consultation ?

- Relances :
- Quelles sont les demandes/attentes de vos patientes à ce sujet ?
 - Quels bénéfices attendez-vous plus précisément pour vos patientes en leur en parlant ?
 - Bénéfices pour les femmes essayant de concevoir ?
 - Quelles ont été les évolutions que vous auriez pu constater quant à ses attentes ?

6. Quels facteurs facilitent ou entravent en médecine générale la transmission de la connaissance de la physiologie de la fertilité ?

Relances possibles :

- Motivations/émotions/expérience des praticiens,
- Suggestions de système facilitateur ?

ANNEXE B : fiche information et consentement participation à l'étude



ETUDE QUALITATIVE SUR L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES ET DES SAGES-FEMMES DANS LA FORMATION DES FEMMES A LA CONNAISSANCE DE LEUR FERTILITE NOTE D'INFORMATION

Responsable du traitement de données:	Université Catholique de Lille Faculté de médecine et de maïeutique 56 Rue du Port- 59000 – Lille
Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données :	Docteur Eric LEGRAND, médecin généraliste, directeur de thèse, dr.elegrand@wanadoo.fr
Etudiant réalisant son travail de thèse	Roxane Claquin, interne de médecine générale, rclaquin@wanadoo.fr , 0637808597

Madame, Monsieur,

Je suis Roxane Claquin, interne en médecine générale.

Dans le cadre de la fin de mes études, je réalise un mémoire sur le thème de la formation des femmes à la connaissance de leur fertilité : je suis à la recherche de médecins généralistes et de sages-femmes libéraux qui accepteraient de participer à cette étude.

Cette lettre d'information détaille ce projet de recherche et les modalités de participation : n'hésitez pas à me contacter.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'hypofertilité est un problème courant (15 à 25% des couples). Plusieurs études montrent qu'une bonne connaissance de leur fertilité (reconnaissance de la période fertile par l'observation de la glaire cervicale), par les femmes aide la conception.

Or, il est souvent constaté que les femmes connaissent mal leur cycle et leur fertilité.

L'éducation et la prévention font partie des missions du médecin généraliste et de la sage-femme. Ils ont donc un rôle à jouer dans l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité pour prévenir des difficultés à concevoir.

En pratique, les professionnels éduquent-ils les femmes à la connaissance de la fertilité ? Quels sont les aides/freins ? Une étude Australienne s'intéresse à cette question. A ce jour je n'ai pas trouvé d'étude s'intéressant à l'implication des médecins généralistes dans l'éducation des femmes à la connaissance de leur propre fertilité en France.

L'objectif de cette étude est d'étudier les aides et les obstacles à l'implication des médecins généralistes et des sages-femmes dans l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité.

Le fondement juridique de cette étude est l'exercice d'une mission d'intérêt public.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à accepter de participer à un entretien individuel, à un groupe de discussion autour de ce sujet en face à face ou par l'intermédiaire d'un logiciel de visioconférence, et d'accepter que cet entretien soit enregistré.

DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision.

- ▶ Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, veuillez ne pas tenir compte de ce courrier
- ▶ Si vous acceptez de participer à la recherche, je vous invite à me contacter pour convenir ensemble des modalités de l'entretien.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

➤ Recueil et utilisation des données (Données codées)

L'étude est réalisée à partir de données recueillies au cours de plusieurs entretiens individuels que je serai seul à mener.

Chaque entretien est enregistré, puis retranscrit et pseudonymisé sur le logiciel WORD.

- ⇒ L'enregistrement est supprimé dès sa retranscription.
- ⇒ L'analyse des données se fait à partir de ce document écrit.

Afin de protéger votre vie privée, cette retranscription sera pseudonymisée, c'est-à-dire identifié par un numéro et vos initiales (sans votre nom, ni prénom). Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera apparente sur ce document.

Les données collectées pendant l'entretien seront utilisées dans le cadre de la présente étude, et pourront également être utilisées dans des publications relatives à cette même étude. Elles resteront codées **sans que jamais** votre identité n'apparaisse dans un rapport d'étude ou une publication.

➤ Vos droits concernant vos données

En application du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1^{er} aout 2018, vous disposez :

- D'un droit d'accès à vos données personnelles,
- D'un droit de rectification de vos données,
- Du droit de demander la limitation du traitement dans certains cas,
- Du droit de demander l'effacement de vos données,
- D'un droit à la portabilité de vos données dans certains cas (c'est-à-dire que vous pouvez demander à récupérer vos données afin qu'elles soient transmises à un autre responsable de traitement),
- Du droit de vous opposer à tout moment au traitement de ces données

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit dont vous disposez d'une part de retirer votre consentement initialement donné pour la récolte et le traitement de vos données et, d'autre part, le droit de vous opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées.

Certains des droits listés ci-dessus, peuvent ne pas pouvoir s'appliquer dans le cadre de la présente étude.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à toute donnée de l'étude vous concernant en application des dispositions L.1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.

Vos droits concernant vos données s'exercent auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université Catholique de Lille (coordonnées ci-dessous).

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le protocole de recherche est conforme à la méthodologie de référence MR 004 édictée par la CNIL concernant le traitement des données.

➤ **La durée de conservation des données**

La retranscription de l'entretien et les autres données relatives à cette étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de 20 ans après la fin de la recherche conformément à la réglementation.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois l'ensemble des entretiens retranscrits, ils seront analysés. La confidentialité des données sera toujours respectée.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé des résultats globaux de l'étude, lorsque ceux-ci seront disponibles, en vous adressant à moi (rclaquin@wanadoo.fr).

CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas !

Vous pouvez vous adresser à :

- Roxane Claquin, rclaquin@wanadoo.fr
- Docteur Eric Legrand, dr.elegrand@wanadoo.fr
- Délégué à la Protection des données (DPO) de l'Université Catholique de Lille:
Mme Anne BUYSSCHAERT
Data Protection Officer de l'Institut Catholique de Lille
60 boulevard Vauban-59016 Lille cedex - dpo@univ-catholille.fr

✂.....

ETUDE QUALITATIVE SUR L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES ET DES SAGES-FEMMES DANS LA FORMATION DES FEMMES A LA CONNAISSANCE DE LEUR FERTILITE

Je, soussignée Mme, Mr _____
consens à participer à l'étude, à l'enregistrement audio / visio et à la retranscription anonyme des données recueillies au cours de l'entretien/du groupe mené par Roxane Claquin.

Date : _____

Signature :

« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre à l'Université Catholique de Lille de traiter votre consentement. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».

Si vous acceptez que vos données soient utilisées pour cette étude, merci de retourner ce coupon à l'adresse ci-contre

ETUDE QUALITATIVE SUR L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES ET DES SAGES-FEMMES DANS LA FORMATION DES FEMMES A LA CONNAISSANCE DE LEUR FERTILITE.
rclaquin@wanadoo.fr

ANNEXE C : critères COREQ

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

AUTEUR : Nom : CLAQUIN Prénom : Roxane

Date de Soutenance : 24 novembre 2022

Titre de la Thèse : Les femmes et leur fertilité : quelle place pour les médecins généralistes dans cette éducation ?

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Physiologie de la fertilité, Médecins Généralistes, Infertilité

Résumé :

Contexte : Les femmes connaissent mal la physiologie du cycle menstruel. Une bonne connaissance de celui-ci aide à la concrétisation d'un projet de grossesse. Or, l'hypofertilité est un problème croissant, touchant près d'un quart des couples. Le médecin généraliste est un des interlocuteurs privilégiés en matière de gynécologie. Comment s'implique-t-il dans l'éducation des femmes à la connaissance de leur fertilité ? Quels sont les aides ou au contraire les freins dans la transmission d'informations sur la physiologie de la reproduction ?

Méthode : Une étude qualitative observationnelle, avec analyse thématique, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, a été réalisée. Les médecins interrogés étaient installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. Leur recrutement a été fait en variation maximale, jusqu'à suffisance des données. Une triangulation des chercheurs a été effectuée.

Résultats : Dix-sept entretiens ont été réalisés. L'abord de la fertilité était variable d'un médecin à l'autre. Les médecins constataient le manque de connaissance du cycle par les femmes. La prescription de contraception n'était pas toujours l'occasion de présenter la physiologie de la fertilité. En effet, au cours de ces consultations il y avait trop d'informations à transmettre sur la contraception elle-même. L'observation des signes cliniques de fertilité était peu expliquée ou encouragée auprès des patientes. Les médecins déploraient leur manque de connaissances approfondies sur le sujet. La consultation d'internet et l'usage d'applications mobiles étaient de plus en plus répandus. Les médecins orientaient leurs patientes vers ces outils. Cela nécessitait un accompagnement des patientes car les informations trouvées étaient de fiabilité variable. Les médecins étaient en demande de supports écrits pour faciliter l'évocation de la fertilité en consultation.

Conclusion : La physiologie de la fertilité était peu abordée par les médecins généralistes interrogés. Une meilleure compréhension de leur corps par les femmes serait utile dans la prise en charge de l'infertilité. Des aides pour inciter à aborder le sujet en consultation de médecine générale restent à développer. Elles vont du support écrit, aux outils numériques en passant par une valorisation du temps médical dédié à l'éducation en santé.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseur : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Eric LEGRAND