



**UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2022

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Identifier les difficultés et les obstacles au diagnostic
du syndrome des ovaires polykystiques
Enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 18 Octobre 2022 à 16 heures
Au Pôle Formation

Par Pauline DEFRANCE

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Madame le Docteur Anne-Lise BRUNEL-DEGREMONT

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Jeanne RENOUF

Avertissement

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admise dans l'intérieur des maisons
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les Hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée
de mes Confrères si j'y manque.

GLOSSAIRE

ACTH	<i>Adreno CorticoTropic Hormone</i>
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMH	<i>Anti-Müllerian Hormone</i>
ASRM	<i>American Society for Reproductive Medicine</i>
AUEC	Attestation Universitaire d'Etude Complémentaire
β-HCG	<i>β Human Chorionic Gonadotropin</i>
CBG	<i>Corticosteroid- binding globulin</i>
CFA	Comptage des follicules antraux
DGS	Direction générale de la santé
DHEA	Déhydroépiandrosterone
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
DRC	Dictionnaire des Résultats de Consultation
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme universitaire
ESHRE	<i>European Society of Human Reproduction and Embryology</i>
FAI	<i>Free androgen index</i>
FCU	Frottis cervico-utérin
FG	Ferriman et Gallwey
FMC	Formation médicale continue
FSH	<i>Follicle Stimulating Hormone</i>
GEU	Grossesse extra-utérine
GnRH	<i>Gonadotropin-Releasing Hormone</i>
GO	Gynécologie-obstétrique
HAS	Haute Autorité de Santé
HGPO	Hyperglycémie provoquée par voie orale
HSPT	Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » publié en 2009
IGF-1	<i>Insulin-like Growth Factor</i> de type 1
IR	<i>Insulin Resistance</i>
IRM	Imagerie de Résonnance Magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
LH	<i>Luteizing Hormone</i>
MG	Médecin généraliste
MST	Maladie sexuellement transmissible
MSU	Maitre de stage universitaire
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PCOM	<i>Polycystic Ovarian Morphology</i>
PMA	Procréation médicalement assistée
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SDHEA	Sulfate de déhydroépiandrosterone
SF	Sage-femme
SHBG	<i>Sex Hormone Binding Globuline</i>
SIU	Système Intra-Utérin
SOPK	Syndrome des Ovaires Polykystiques
T	Testostérone
TSH	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
17OHP	17- Hydroxyprogestérone

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : CONSEQUENCES DE L'ELEVATION DU TAUX D'AMH SUR LE DEVELOPPEMENT FOLLICULAIRE.....	15
FIGURE 2: HYPOTHESES PHYSIOPATHOLOGIQUES DU SOPK	16
FIGURE 3 : MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES AU COURS DU CYCLE MENSTRUEL DES TAUX DES PRINCIPALES HORMONES IMPLIQUEES, DE LA TEMPERATURE CORPORELLE, DU FOLLICULE ET DE L'ENDOMETRE UTERIN	18
FIGURE 4 : SCORE DE FERRIMAN ET GALLWEY	20
FIGURE 5 : DIFFERENTS STADES DE L'ECHELLE DE LUDWIG	21
FIGURE 6 : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA BIODISPONIBILITE DE LA TESTOSTERONE.	22
FIGURE 7 : DIFFERENCES MORPHOLOGIQUES ENTRE UN OVAIRE NORMAL ET UN OVAIRE POLYKYSTIQUE.....	23
FIGURE 8: ASPECT ECHOGRAPHIQUE D'OVAIRES POLYKYSTIQUES (46).....	24
FIGURE 9 : PHENOTYPES DU SOPK.....	25
FIGURE 10 : ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE AMENORRHEE SECONDAIRE	27
FIGURE 11: ARBRE DECISIONNEL DIAGNOSTIC EN FONCTION DU TAUX DE TESTOSTERONE TOTALE.....	27

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : STADES D'EVOLUTION DE L'ACNE D'APRES LA SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE -----	20
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES GENERALES DES MEDECINS GENERALISTES PARTICIPANT A L'ETUDE -----	33
TABLEAU 3 : PARCOURS DE FORMATION DES MEDECINS INTERROGES -----	34

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	4
RESUME	10
INTRODUCTION	11
I. GENERALITES	12
II. EPIDEMIOLOGIE	13
III. PHYSIOPATHOLOGIE	14
1. Modification de la GnRH et des gonadotrophines	14
2. Rôle de l'AMH	14
3. Physiopathologie ovarienne primaire	15
4. Résistance à l'insuline	16
IV. DIAGNOSTIC	17
1. Troubles du cycle	18
2. Hyperandrogénie	19
3. Anomalie échographique	23
V. PHENOTYPES	25
VI. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	26
MATERIEL ET METHODE	28
I. OBJECTIF	28
II. TYPE D'ETUDE	28
III. POPULATION ETUDIEE	28
1. Échantillonnage	28
2. Caractéristiques de l'échantillon	29
3. Prise de contact	29
IV. RECUEIL DE DONNEES	29
1. Méthode utilisée	29
2. Contexte	30
3. Matériel utilisé	30
4. Guide d'entretien	30
5. Nombre d'entretiens	31
V. TRAITEMENT DES DONNEES	31
1. Retranscription	31
2. Analyse des données	31
3. Triangulation des données	31
VI. RECHERCHES ET SUPPORTS BIBLIOGRAPHIQUES	32

RESULTATS	33
I. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES	33
II. PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE EN LIBERAL	35
1. Fréquence des consultations	35
2. Gynécologie	37
3. Obstétrique	39
4. Aspect varié des consultations	40
5. Place centrale du médecin généraliste	40
6. Points positifs pour la pratique	40
7. Points négatifs pour la pratique	42
III. LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE	45
1. Motifs de consultation	45
2. Type de population rencontré	50
3. Interrogatoire	51
4. Etiologies évoquées	53
5. Prise en charge	55
6. Adapter la prise en charge	61
IV. IMPLICATION DES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	62
1. Confrère médecin généraliste	62
2. Gynécologue médical/Gynécologue-Obstétricien	62
3. Sage-femme	63
4. Endocrinologue	64
5. Autres spécialistes d'organes	65
V. CONNAISSANCES DU MEDECIN GENERALISTE CONCERNANT LE SOPK	65
1. Pendant les études médicales	65
2. Prévalence	66
3. Profil de patiente	67
4. Critères diagnostiques	68
5. Mise à jour des connaissances	69
VI. DIAGNOSTIC DU SOPK EN MEDECINE GENERALE	70
1. Prévalence	70
2. Eléments favorisant le diagnostic	71
3. Profil des patientes atteintes	74
4. Examen	75
5. Diagnostics différentiels	77
6. SOPK, une pathologie multifactorielle	78
7. Acteurs du diagnostic	79
8. Délai au diagnostic	79

VII. FREINS POTENTIELS	81
1. Liés au médecin	81
2. Liés à la patiente	88
3. Liés à la démarche diagnostique	91
4. Liés aux confrères	93
5. Au niveau organisationnel	95
6. Défaut d'information	97
VIII. PERSPECTIVES D'AMELIORATION DU DIAGNOSTIC	98
1. Aucune solution apportée	98
2. Sensibiliser les médecins généralistes	99
3. Sensibiliser les patientes	107
4. Coordination des soins	107
IX. THERAPEUTIQUE ET SUIVI	108
1. Thérapeutiques	108
2. Surveillance au long court	112
DISCUSSION	113
I. DISCUSSION DE LA METHODE	113
1. Forces de l'étude	113
2. Limites et biais	114
II. DISCUSSION DES RESULTATS	116
1. Rôle de coordinateur du parcours de soin	116
2. Des recommandations mal connues	117
3. Freins liés aux professionnels de santé	119
4. Freins liés aux patientes	124
5. Les mesures envisagées	126
CONCLUSION	133
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	135
ANNEXES	146
Annexe 1 : Grille COREQ	146
Annexe 2 : Guide d'entretien définitif	150
Annexe 3 : Les freins au diagnostic du SOPK – Carte mentale	151
Annexe 4 : Arbre de codage NVIVO	152

RESUME

CONTEXTE - Décrit pour la première fois en 1935, le syndrome des ovaires polykystiques touche en moyenne une femme sur dix en France. Syndrome complexe et multifactoriel, il est la première cause de troubles du cycle, d'infertilité féminine et d'hyperandrogénie. Son diagnostic repose aujourd'hui encore sur la mise en évidence des critères de Rotterdam, établis en 2003. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les freins rencontrés pour établir le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques en médecine générale. Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux des pratiques cliniques en soins primaires et de proposer des mesures visant à faciliter le diagnostic en milieu libéral.

METHODE - Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 14 médecins généralistes (MG) du Nord-Pas-De-Calais. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

RESULTATS - Les critères de Rotterdam restent peu connus des MG. Les freins évoqués sont plurifactoriels : relatifs aux médecins eux-mêmes en fonction de leurs caractéristiques personnelles, manque de formation, défaut d'accès aux nouvelles recommandations, manque d'intérêt et d'investissement dans la recherche du diagnostic. Les MG jugent qu'ils ne sont pas assez confrontés à cette pathologie, d'où leur manque d'automatisme à évoquer le diagnostic. On note ensuite des obstacles liés aux patientes tels que le défaut de plainte exprimée, la normalité des symptômes, le refus d'un examen gynécologique par le MG et le nomadisme médical. Le déploiement des sage-femmes en libéral serait également un frein avec un échappement des consultations liées à la gynécologie. Pour améliorer le diagnostic, il est proposé de sensibiliser les patientes, de développer l'accès aux formations et l'immersion sur le terrain, de travailler en collaboration et d'exploiter les outils numériques. La mise en place de RCP et la création de centres de référence SOPK sont des domaines à explorer.

CONCLUSION – Le délai au diagnostic du SOPK ne peut être réduit que par une meilleure connaissance des symptômes par les professionnels de santé. Les généralistes ont conscience de leurs lacunes et de leur manque d'intérêt. Ils sont en demande de moyens destinés à les informer, à sensibiliser les patientes et à développer le travail en réseau. Le médecin généraliste a un rôle central à jouer dans le diagnostic du SOPK afin de pallier aux effets néfastes de cette pathologie sur la santé des patientes.

Mots clés : syndrome des ovaires polykystiques, médecine générale, diagnostic, dystrophie ovarienne, syndrome de Stein-Leventhal.

INTRODUCTION

Le syndrome des ovaires polykystiques est une pathologie complexe. Il possède des caractéristiques reproductives, métaboliques et psychologiques avec des répercussions variables, encore mal connues de la population générale et des soignants. Il souffre aussi d'un important retard diagnostic, pour une pathologie pourtant fréquente.

Il existe une variation interindividuelle considérable dans la présentation des symptômes cliniques et métaboliques, selon les groupes ethniques et les régions géographiques notamment.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. La pratique de la gynécologie-obstétrique fait partie de ses compétences, même si chaque praticien peut s'y investir à des degrés variables. Dans un contexte de carence démographique en gynécologues, il a ainsi un rôle principal à jouer dans le diagnostic et la prise en charge initiale du SOPK, en soins primaires. D'où notre interrogation : le médecin généraliste est-il suffisamment à l'aise avec cette pathologie qui, encore récemment, ne faisait l'objet que de quelques lignes dans les cours de gynécologie-obstétrique du cursus médical initial ?

Pour cette étude, nous avons réalisé un état des lieux des connaissances et des pratiques à partir d'un échantillon de médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais, concernant la prise en charge diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques en soins primaires.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les freins rencontrés par les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais dans l'établissement du diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les critères retenus pour effectuer le diagnostic du SOPK en soins primaires et de mettre en exergue les mesures apportées pour faciliter ce diagnostic en cabinet libéral.

I. GENERALITES

Le syndrome des ovaires polykystiques est la maladie hormonale la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. (1,2) Le SOPK est une affection endocrinienne complexe et hétérogène. (3) Il s'agit d'une maladie chronique qui se manifeste tout au long de la vie et qui représente un fardeau sanitaire et économique majeur. (4)

Le syndrome a été décrit pour la première fois par les Drs Stein et Leventhal en 1935, d'où il tire son nom initialement. (5) Le terme que l'on lui connaît aujourd'hui doit son nom de « polykystique » à un aspect bosselé des ovaires, observé au cours des explorations chirurgicales (6), correspondant à des follicules pré-antraux qui n'arriveront pas à maturation complète.

Le SOPK a des répercussions variées chez les patientes (7) :

- D'ordre psychologique : anxiété, dépression, détérioration de l'image corporelle.
- D'ordre gynécologique : cycle irrégulier ou absent, hirsutisme, infertilité, grossesses à risques.
- D'ordre métabolique : insulino-résistance, prédiabète, diabète de type II, risques cardio-vasculaires, obésité.

Le SOPK se définit par une combinaison de signes et de symptômes d'excès d'androgènes et de dysfonctionnement ovarien en l'absence d'autres diagnostics spécifiques. (8) Le SOPK se révèle le plus souvent à l'adolescence, participant paradoxalement au délai diagnostic puisque les caractéristiques peuvent être similaires au développement pubertaire normal (9) : Acné, hyperpilosité et irrégularité des règles. Cependant l'hyperandrogénie (acné, hyperpilosité) peut être d'emblée sévère révélant plus rapidement le diagnostic.

Si l'hyperandrogénie est modérée, le diagnostic est souvent plus tardif. La patiente consultant alors pour une infertilité. (10)

Aux Etats-Unis, le SOPK est la première cause d'infertilité. Des associations de patientes atteintes ainsi que des personnalités publiques militent pour faire reconnaître le SOPK et améliorer la prise en charge globale. (11)

II. EPIDEMIOLOGIE

Le syndrome des ovaires polykystiques est l'endocrinopathie la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. Il touche environ 1 femme sur 10 en France (10) et entre 5 et 20 % des femmes dans le monde (1,11) dont 6 à 18 % sont des adolescentes. (13)

L'âge moyen des patientes au moment du diagnostic est de 24 ans avec des extrêmes variant de 15 à 43 ans. (14)

La majorité des patientes touchées par le SOPK présentent un dysfonctionnement ovarien. 70 % à 80 % des femmes atteintes présentent une oligoménorrhée ou une aménorrhée. Parmi les personnes souffrant d'oligoménorrhée, 80 % à 90 % recevront un diagnostic de SOPK. Parmi les personnes victimes d'aménorrhée, seulement 40 % recevront un diagnostic de SOPK car le dysfonctionnement hypothalamique est une cause plus fréquente.

Il s'agit de la première cause d'infertilité féminine anovulatoire en France (15) et on estime entre 2,8 et 7,2 millions le nombre de femmes infertiles dans le monde en lien avec un SOPK. (16) Toutes personnes touchées par le SOPK n'ont pas de problème d'ovulation puisque 20 % d'entre-elles ont des cycles ovulatoires. (10,16) Chez les patientes atteintes de SOPK et d'infertilité, 90 % sont en surpoids. (4)

Le SOPK est une cause fréquente d'hirsutisme, survenant dans environ 60% des cas.(4)

Les motifs de consultation sont par ordre de fréquence (14) :

- L'hirsutisme à 74 %,
- Les spanioménorrhées à 33 %,
- L'infertilité à 15%,
- L'aménorrhée secondaire à 14,2%
- Exceptionnellement, l'aménorrhée primaire à 1,58%.

III. PHYSIOPATHOLOGIE

L'étiologie exacte du SOPK est inconnue et est vraisemblablement multifactorielle : génétique, épigénétique et environnementale.

Le SOPK est lié à une anomalie ovarienne primitive, dépendant de facteurs environnementaux (8) et des antécédents familiaux (surrisque d'environ 30% de développer la maladie). (10)

La fréquence des formes familiales de SOPK suggère l'existence d'une prédisposition génétique, avec une possible transmission liée à l'X (18), mais aucun gène responsable de façon certaine n'a été retenu aujourd'hui. (19,20)

1. Modification de la GnRH et des gonadotrophines

La pulsatilité accrue de la GnRH (hormone hypothalamique) provoque une élévation anormale du taux de LH (hormone hypophysaire). Cette dernière, entraînant la production d'androgènes (20), provoque une altération du processus de sélection du follicule dominant nécessaire à l'ovulation (1, 20), d'où l'absence de pic cyclique de LH, une anovulation et une diminution de la sécrétion de progestérone.

Le rapport FSH / LH est inversé. (22) La LH est augmentée tandis que le taux de FSH est dans la norme. Il existe une hyperoestrogénie relative non compensée associée à une hyperplasie endométriale. (19)

2. Rôle de l'AMH

L'AMH est principalement connue pour son rôle dans la différenciation sexuelle masculine. L'AMH est exprimée chez la femme dans la folliculogenèse et le développement des follicules primordiaux. Elle est utilisée pour mesurer la réserve ovarienne en follicule. En conséquence, dans le SOPK, elle est augmentée (23) en raison d'un grand nombre de follicules présents. La valeur seuil varie d'un auteur à l'autre entre 6 et 7 ng/ml (24) mais l'hétérogénéité des techniques de dosage ne permet pas de retenir l'AMH dans les critères de diagnostic. (3)

L'augmentation de l'AMH contribue à augmenter la pulsatilité de la GnRH et donc l'hypersécrétion de LH. (1)

Plus l'AMH est élevée, plus le SOPK est sévère, avec une hyperandrogénie ou une oligo-anovulation plus marquées. Par une analyse en composantes principales, il a été montré qu'un taux sérique élevé d'AMH peut être considéré comme un marqueur substitutif de l'oligo-anovulation ou de l'hyperandrogénie dans la classification de Rotterdam (25), à condition toujours que d'autres troubles spécifiques aient été exclus. (21) Certains auteurs proposent donc la stratégie suivante : pour le diagnostic de SOPK, il faut d'abord rechercher l'hyperandrogénie et l'oligo-anovulation, après avoir exclu tous les diagnostics alternatifs. S'il en manque un, un comptage des follicules antraux et/ou un dosage d'AMH élevé peut être utilisé à la place.

3. Physiopathologie ovarienne primaire

L'origine du syndrome des ovaires polykystiques résulte d'un dérèglement hormonal d'origine ovarienne et/ou centrale. Le SOPK fait partie du spectre de l'anovulation normo-œstrogénique normo-gonadotrope. (26)

Le SOPK se caractérise par une sécrétion excessive d'androgènes ovariens et/ou surrénaliens observée chez environ 60 à 80 % des patientes atteintes de ce syndrome. Ce phénomène provient d'un défaut d'aromatisation des androgènes en œstrogènes.

Dans le SOPK, l'équilibre entre les androgènes, l'AMH et la FSH est perturbé, ce qui entraîne, premièrement, une croissance folliculaire précoce et excessive et, deuxièmement, un arrêt folliculaire et une inhibition du follicule dominant (phénomène de *follicular arrest*). (21)

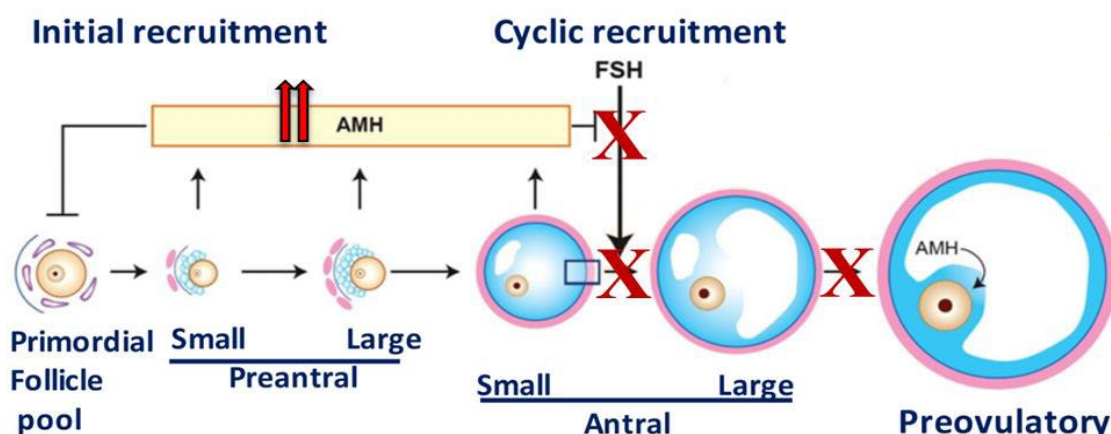


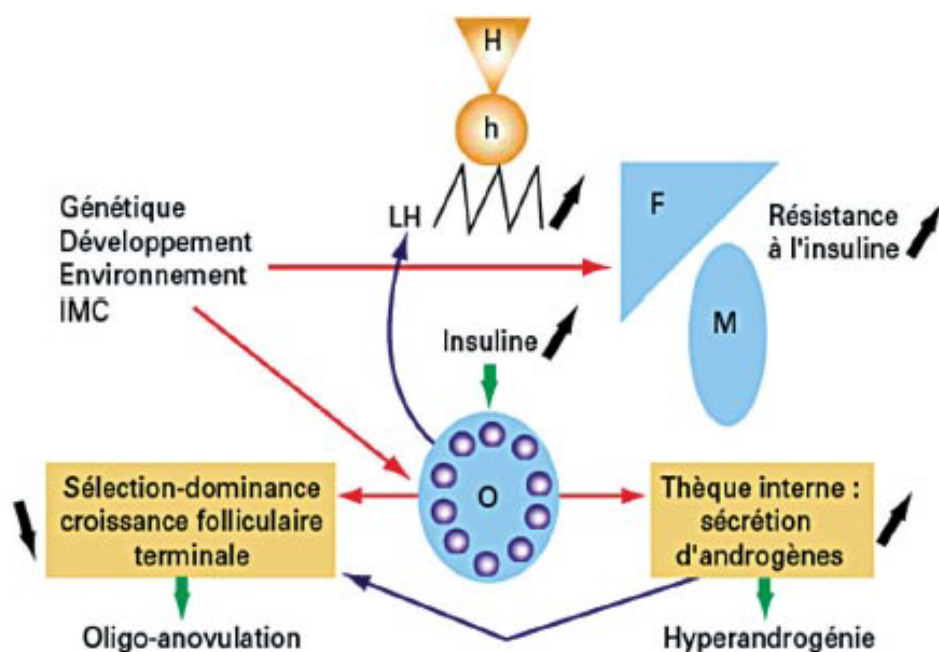
Figure 1 : Conséquences de l'élévation du taux d'AMH sur le développement folliculaire (27)

4. Résistance à l'insuline

L'augmentation de la synthèse des androgènes dans le SOPK est en lien étroit avec le degré d'hyperinsulinémie, la résistance à l'insuline et l'obésité que présentent les patientes. (9)

On constate l'insulinorésistance chez 75 % des femmes atteintes du SOPK et, à partir de 40 ans, ce sont environ 50 % des femmes qui présentent une intolérance au glucose ou un diabète de type 2, ceci indépendamment de leur poids. En effet, 20 à 24 % des femmes atteintes de SOPK ont un IMC normal. (2)

L'hyperinsulinisme secondaire à l'insulinorésistance pourrait ainsi jouer un rôle pathogène dans le SOPK. L'hyperinsulinisme, sous l'effet stimulateur de la LH, est un facteur d'excès de la stéroïdogénèse (19), d'où une aggravation de l'hyperandrogénie (1) qui se manifeste cliniquement par un *acanthosis nigricans*.



Facteurs étiologiques pouvant être impliqués dans la pathogénie des ovaires polykystiques. H : hypothalamus ; h : hypophyse ; F : foie ; M : muscle ; O : ovaire ; IMC : indice de masse corporelle

Figure 2: Hypothèses physiopathologiques du SOPK (28)

IV. DIAGNOSTIC

La première définition du SOPK fût établie par le *National Institutes of Health (NIH)* en 1990, lors de la conférence de Bethesda dans le Maryland. Elle reposait sur (26) une anovulation chronique et une hyperandrogénie, avec exclusion d'autres étiologies.

C'est à partir de 2003 qu'une deuxième définition fut proposée par l'*European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)* et l'*American Society for Reproductive Medicine (ASRM)*, définissant les critères de Rotterdam qui sont toujours utilisés aujourd'hui pour permettre le diagnostic. (3,29,30)

Les critères de Rotterdam reposent sur les caractéristiques suivantes :

- Des troubles du cycle à l'origine d'une dysovulation voir d'une anovulation.
- Une hyperandrogénie clinique ou biologique.
- L'aspect morphologique des ovaires à l'échographie par voie vaginale (présence d'au moins 12 follicules mesurant 2 à 9 mm de diamètre dans chaque ovaire, et/ou un volume ovarien augmenté ≥ 10 ml, ce qui correspond à une surface ovarienne $\geq 5,5$ cm²).

La présentation d'au moins deux de ces trois critères conduit à poser un diagnostic de SOPK. (15)

En 2009, les critères de la société *Androgen Excess-PCOS* ont proposé de diagnostiquer le SOPK avec une hyperandrogénie et un dysfonctionnement ovarien. (18) En conséquence, l'hyperandrogénie était considérée comme le critère prédominant.

Enfin, après la classification élargie proposée par le *NIH* en 2011, les critères ont été révisés en 2018 suite à la conférence de l'*ESHRE* (16, 30) qui propose une nouvelle définition échographique du SOPK mentionnant 20 follicules par ovaire disposés plutôt en couronne.

1. Troubles du cycle

On retrouve dans la définition de trouble du cycle : les cycles longs (> 35 jours), la spanioménorrhée (moins de 8 cycles par an ou des cycles > 45 à 90 jours) et l'aménorrhée secondaire (au moins 3 mois sans épisode menstruel en dehors d'une grossesse).(1,19)

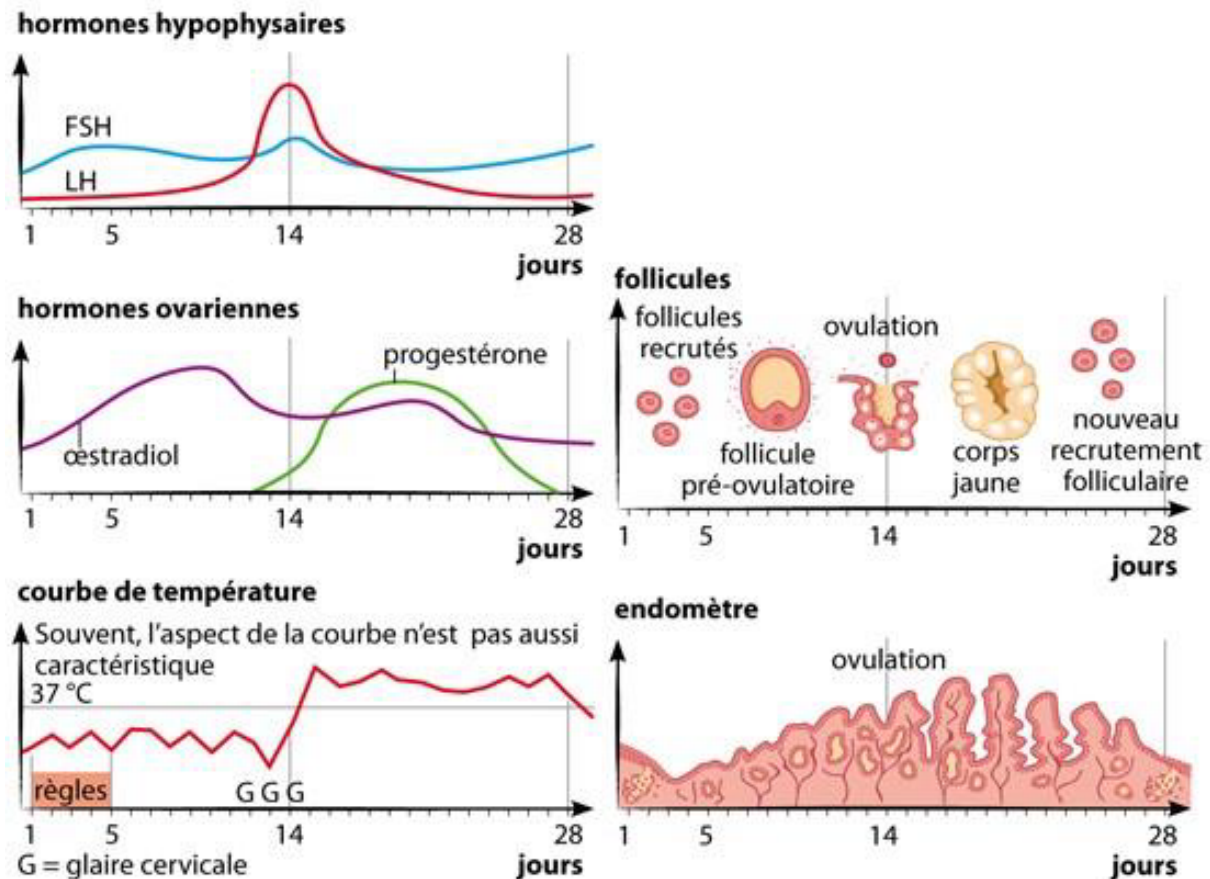


Figure 3 : Modifications physiologiques au cours du cycle menstruel des taux des principales hormones impliquées, de la température corporelle, du follicule et de l'endomètre utérin (32)

La définition des troubles du cycle doit être adaptée à l'âge de la puberté. Elle a fait l'objet d'un consensus international de l'*ESHRE* en 2018, où l'anomalie du cycle est définie en fonction des premières règles. (2)

Durant les deux premières années de la puberté, les cycles peuvent être irréguliers. Environ 85 % des cycles sont anovulatoires la 1ère année après la ménarche, 59 % la 3ème année et 25 % la 6ème année. (20)

Les cycles menstruels sont définis comme pathologiques quand ils sont (12) :

- Courts ou longs dès 3 ans après la ménarche jusqu'à la péri-ménopause,
- Plus de 90 jours dès 1 an après la ménarche quel que soit le cycle,
- Aménorrhée primaire à 15 ans ou plus de 3 ans après la télarche.

Les troubles du cycle menstruel résultent d'une dysovulation, voire d'une anovulation.(33) Un dysfonctionnement ovulatoire peut survenir avec des cycles réguliers.(34) Les cycles menstruels chez les femmes atteintes du SOPK peuvent gagner en régularité avec l'avancée en âge. (35)

Le bilan biologique de trouble du cycle (hors bilan d'hyperandrogénie) s'effectue entre le 2^e et le 5^e jour du cycle et comprend : FSH / LH / Estradiol / TSH / prolactine. (36)

2. Hyperandrogénie

A. Hyperandrogénie clinique

Les manifestations cliniques de l'hyperandrogénie comprennent : l'hirsutisme, l'acné, la séborrhée, l'alopecie androgénique, la virilisation, ainsi que d'autres signes d'insulinorésistance comme l'*acanthosis nigricans*. (28,36)

a) Hirsutisme

L'hirsutisme se définit comme une pilosité excessive (20) qui apparaît dans un schéma de type masculin. C'est la manifestation clinique la plus couramment relevée dans l'hyperandrogénie. (29,36)

Le diagnostic d'hirsutisme est principalement basé sur l'utilisation du score de Ferriman et Gallwey (FG) à partir de l'âge de 15 ans. (20) Le score n'a pas été validé chez la femme ménopausée. (38) Il consiste en une gradation visuelle de la pilosité sur une échelle allant de 0 à 4. 9 zones corporelles sont reconnues sensibles aux androgènes (lèvre supérieure, menton, poitrine, abdomen supérieur, abdomen inférieur, bras, cuisse, haut du dos et bas du dos). L'hirsutisme se définit par un score de FG > 7. (1) L'hirsutisme est d'autant plus important que le score est élevé.

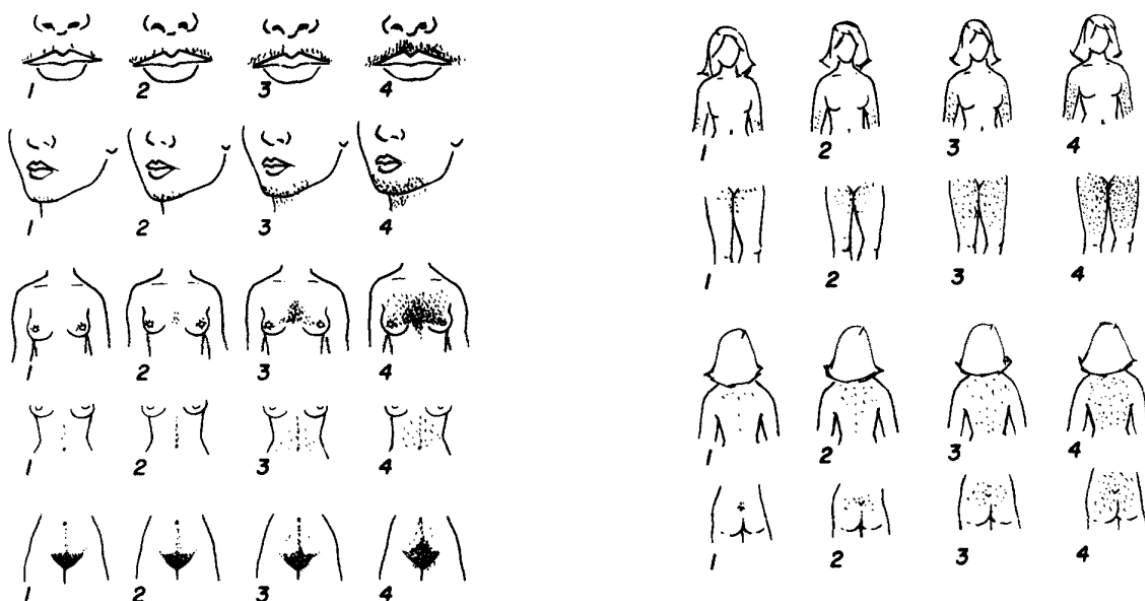


Figure 4 : Score de Ferriman et Gallwey (39)

b) Acné / Séborrhée

L'acné est inflammatoire, sévère, à topographie masculine et touche au moins deux sites différents parmi le menton, le cou, le haut du dos et le thorax. (19,40)

Elle est fréquente pendant l'adolescence. Ainsi, ce symptôme ne doit pas être utilisé isolément pour définir l'hyperandrogénie chez les adolescents . (30)

0	Pas de lésion	Pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents
1	Pratiquement pas de lésion	Rares comédons ouverts ou fermés dispersés et rares papules
2	Légère	Quelques comédons ouverts ou fermés et quelques papulo-pustules Moins de la moitié du visage est atteinte
3	Moyenne	Nombreuses papulo-pustules. Nombreux comédons ouverts ou fermés Un nodule peut être présent Plus de la moitié du visage est atteinte
4	Sévère	Nombreux papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules. Tout le visage est atteint.
5	Très sévère	Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules

Tableau 1 : Stades d'évolution de l'acné d'après la Société Française de Dermatologie (41)

c) Alopécie androgénique

Les femmes atteintes peuvent avoir un aspect plus ou moins clairsemé du vertex. L'alopécie peut aller jusqu'à la calvitie complète. (40) Le score visuel de Ludwig est plébiscité pour évaluer le degré et la distribution de l'alopécie. Celui-ci comprend trois stades. (12)



Figure 5 : Différents stades de l'échelle de Ludwig (42)

B. Hyperandrogénie biologique

La Société européenne d'endocrinologie propose uniquement le dosage de la testostérone totale en première intention. (3,19,40,41) Il s'agit en effet du principal androgène actif circulant, dont les taux varient peu au cours du cycle. (19)

La testostérone totale comprend la testostérone libre et la testostérone liée à la SHBG et à l'albumine. Cependant, dans les dernières recommandations de 2019 regroupant des sociétés savantes et des organisations scientifiques, l'hyperandrogénie biologique s'établit sur le dosage de la testostérone libre calculée. (28, 33)

Ibáñez et Al soulignent bien, dans la conférence de consensus internationale de 2017, qu'aucun seuil précis de testostéronémie n'a pu être retenu. (20)

On complète le diagnostic par le dosage de l'androsténone ou sulfate de DHEA si la testostérone totale ou libre est normale. (34)

La mesure de la SHBG plasmatique (hormone produite par le foie) permet de calculer un index de testostérone libre (FAI) très utilisé ($T/SHBG \times 100$) (19). Le FAI est probablement la mesure la plus sensible pour l'évaluation de l'hyperandrogénie dans le SOPK. (12)

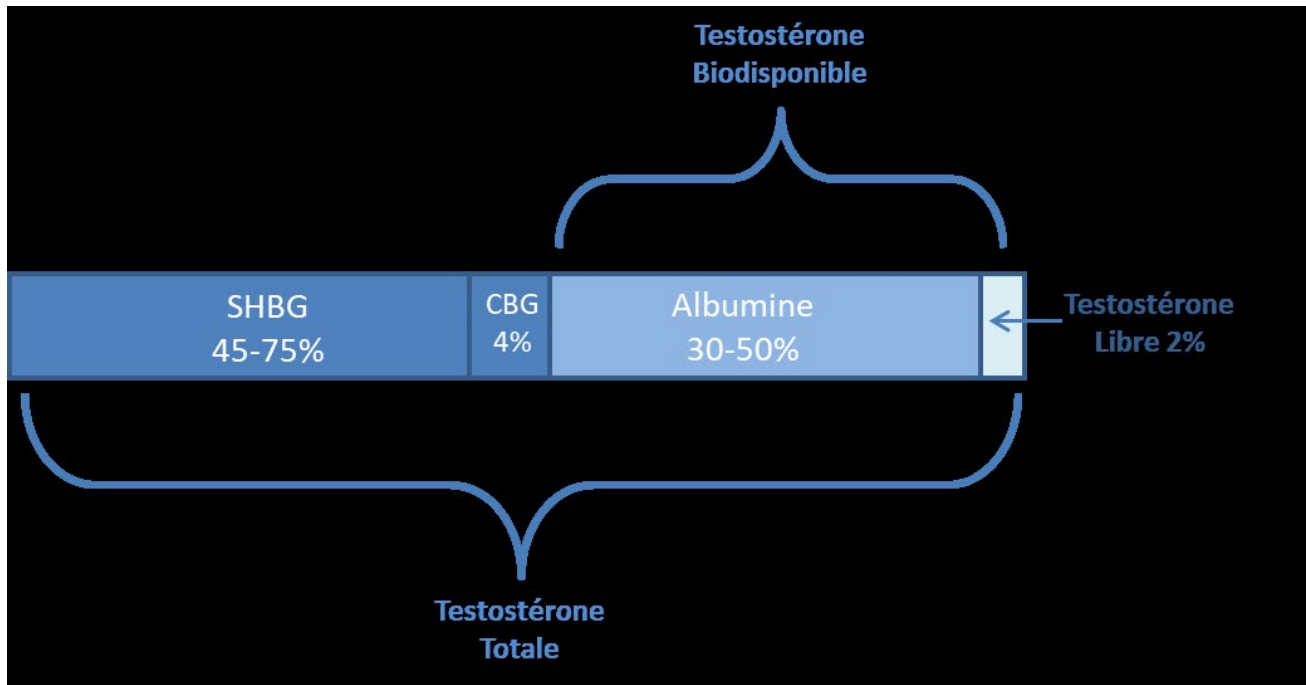


Figure 6 : Représentation schématique de la biodisponibilité de la testostérone.
Adapté d'après Tostain et al (43)

Le bilan d'hyperandrogénie comprend :

L'axe gonadotrope :

- FSH / LH / Estrogènes / AMH,
- La testostérone totale ou libre,

Si la testostérone totale ou libre est normale :

- La delta 4 androsténone et/ou le Sulfate de DHEA,

En début de cycle :

- La 17 hydroxy progestérone,
- Prolactine,
- L'ACTH et la cortisolémie à 8h.

On peut y ajouter dans le cadre de la recherche du syndrome métabolique (10) :

- La glycémie,
- L'insulinémie,
- L'exploration d'une anomalie lipidique.

En cas de SOPK, les résultats montrent une inversion du rapport FSH/LH et une élévation des androgènes (> 0.6 ng/ml pour la testostérone totale) (24), une tendance au diabète et à l'hyperinsulinémie. (15)

3. Anomalie échographique

La présence d'ovaires hypertrophiés avec un stroma accru et de multiples petits kystes périphériques est connue sous le nom de PCOM.

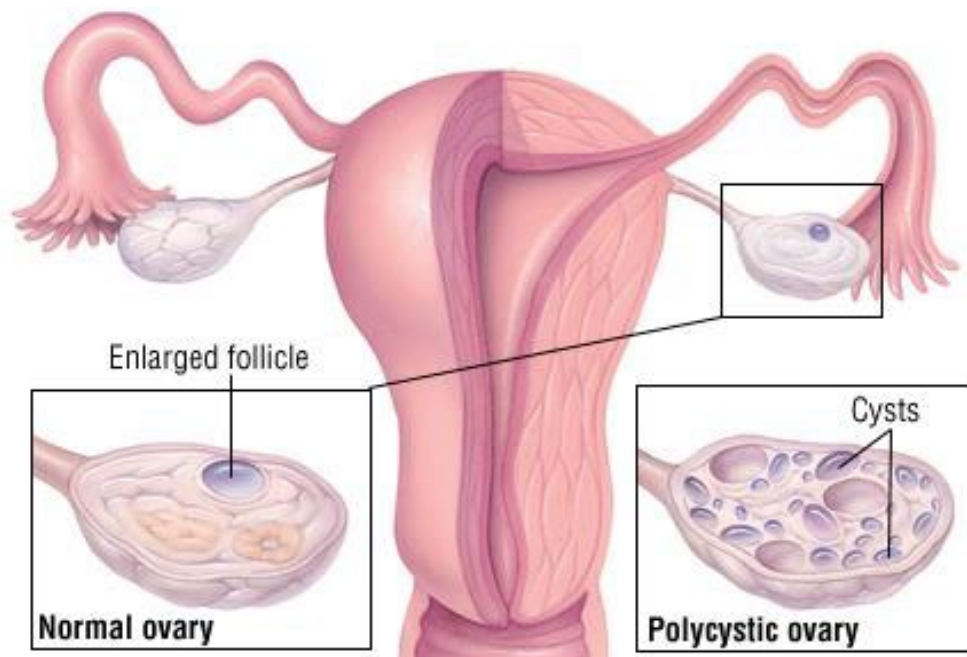


Figure 7 : Différences morphologiques entre un ovaire normal et un ovaire polykystique (44)

D'après les critères de Rotterdam de 2003, on retient (45) :

- La présence de 12 follicules ou plus dans chaque ovaire mesurant 2 à 9 mm de diamètre,
- Une augmentation du volume ovarien de plus de 10 ml.

Par la suite, les recommandations de l'*ESHRE* en 2018 (31) soulignent qu'en cas de SOPK, l'échographie pelvienne par voie transvaginale retrouve au moins 20 à 25 follicules de diamètre entre 2 et 9 mm (23, 44), et/ou un volume ovarien ≥ 10 ml sur un des deux ovaires, et/ou une surface ovarienne $\geq 5,5$ cm² (46), sans présence de kyste, de corps jaune ni de follicule dominant. (15)

Le parenchyme ovarien est épaissi, d'aspect hyperéchogène et hypervascularisé au doppler (6), avec une disposition parfois contigüe des follicules, situés en périphérie des ovaires. (46) De manière générale, les follicules disposés en périphérie sont de même taille. Un seul ovaire correspondant à cette définition est suffisant pour diagnostiquer l'ovaire polykystique. (26)

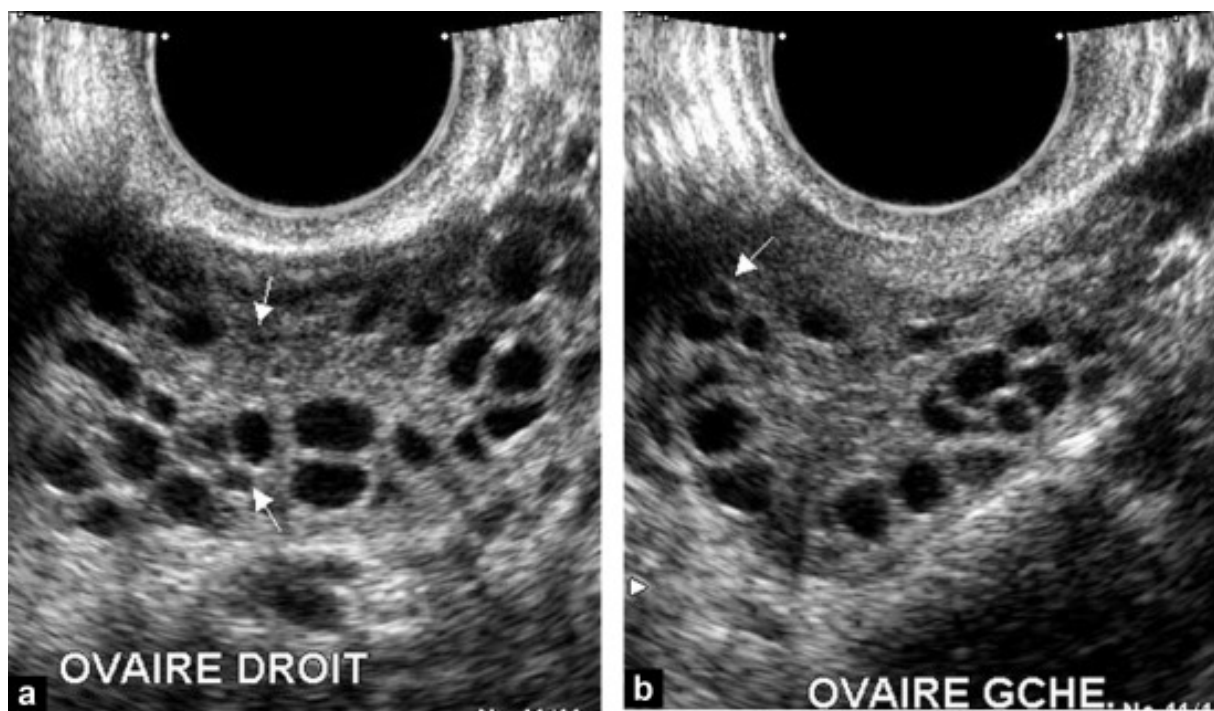


Figure 8: Aspect échographique d'ovaires polykystiques (46)

Si le CFA est impossible par cette voie d'abord, la réalisation d'une IRM pelvienne peut être une alternative chez l'adolescente ou en cas d'impossibilité d'utiliser l'échographie par voie vaginale. (2)

Néanmoins, une échographie normale n'élimine pas un SOPK d'après les critères de Rotterdam. (31)

V. PHENOTYPES

Selon les critères diagnostiques de la *National Institutes of Health* en 2012 , on peut subdiviser le SOPK en quatre phénotypes principaux (3,9), grâce à l'évolution de l'échographie (47) :

- Phénotype A : Les trois critères sont présents, à savoir : l'hyperandrogénie, l'oligo/anovulation, la morphologie ovarienne polykystique.
- Phénotype B : Oligo/anovulation et hyperandrogénie.
- Phénotype C : Hyperandrogénie et morphologie ovarienne polykystique.
- Phénotype D : Oligo/anovulation et morphologie ovarienne polykystique.

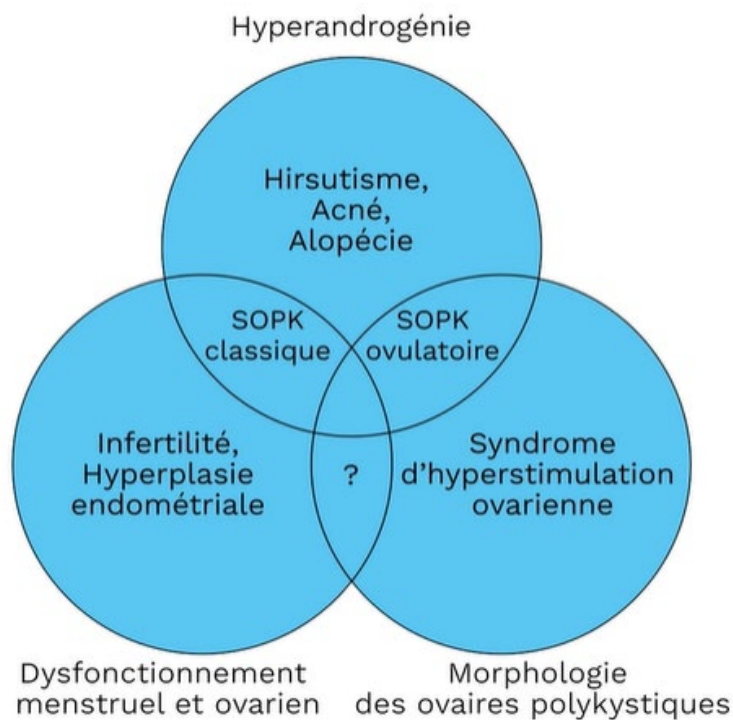


Figure 9 : Phénotypes du SOPK (48)

Les femmes peuvent passer d'un phénotype à un autre en fonction de leur exposition à plusieurs facteurs (augmentation du poids corporel, apport alimentaire, exercice physique et résistance à l'insuline). (3, 4)

VI. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Les variabilités de phénotypes, la non-spécificité des critères diagnostiques retenus et l'absence d'étiologie claire font avant tout du SOPK un diagnostic d'exclusion.

Il est donc capital d'exclure d'autres troubles pouvant présenter des tableaux cliniques similaires comme (49) :

- L'hyperplasie congénitale des surrénales par bloc en 21-hydroxylase,
- L'hyperplasie des surrénales non classique (NCAH),
- Le syndrome de Cushing,
- Les tumeurs sécrétant des androgènes (hyperthécose ovarienne, tumeurs surrénaliennes ou ovariennes virilisantes),
- Les dysthyroïdies,
- L'hyperprolactinémie,
- L'acromégalie,
- L'insuffisance ovarienne précoce,
- L'aménorrhée hypothalamique ou fonctionnelle,
- Le développement pubertaire normal chez l'adolescente. (18)

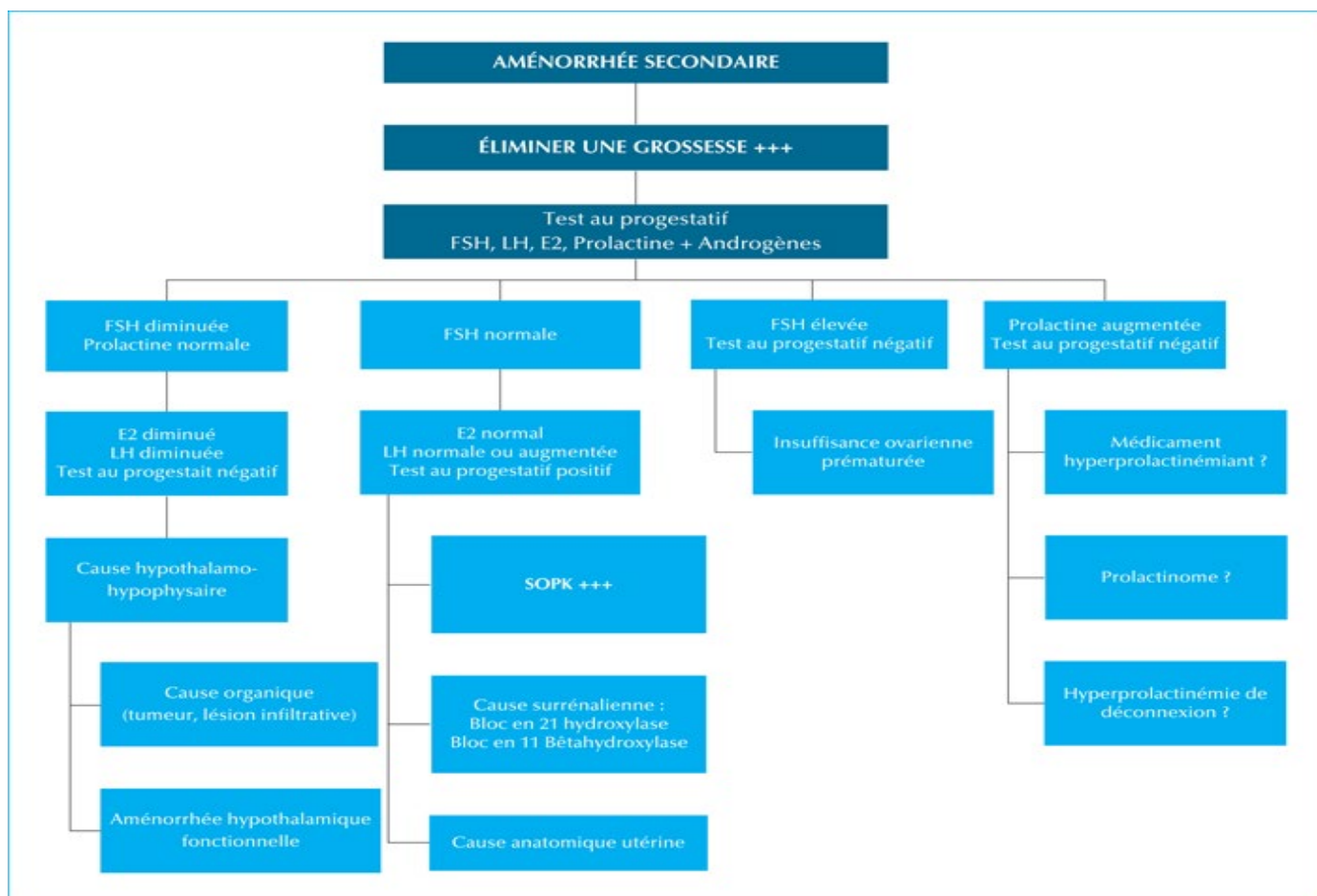


Figure 10 : Orientation diagnostique devant une aménorrhée secondaire (36)

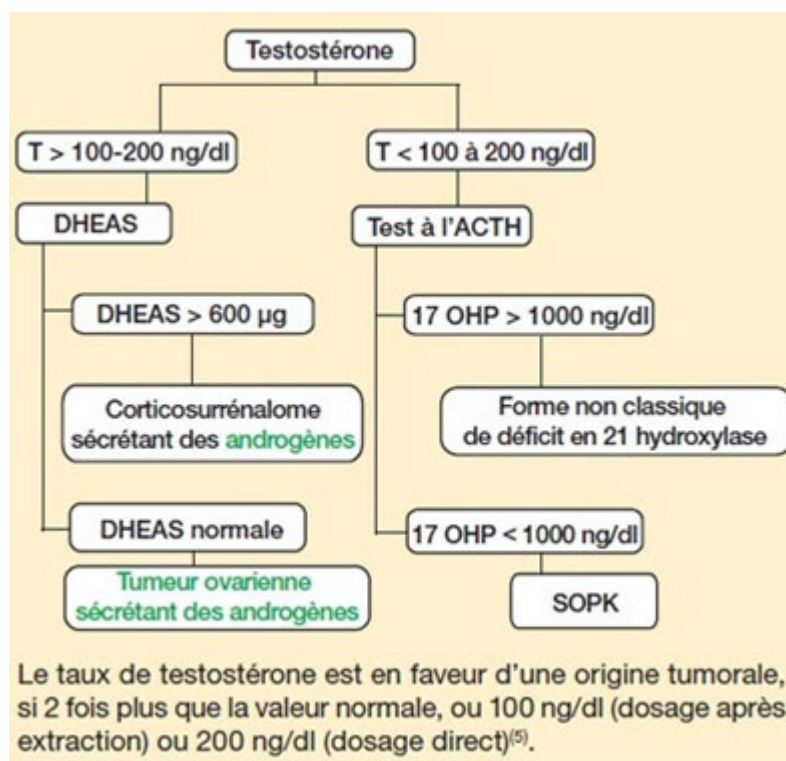


Figure 11: Arbre décisionnel diagnostique en fonction du taux de testostérone totale (28)

MATERIEL ET METHODE

I. OBJECTIF

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les freins à la réalisation du diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires sont :

- Mettre en évidence les critères retenus par les médecins généralistes pour la réalisation du diagnostic.
- Proposer des solutions et alternatives visant à améliorer le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques, qui semble insuffisant à la vue des données dont nous disposons actuellement.

Les critères de restitution d'une étude qualitative ont été suivis selon la grille COREQ.(50)

II. TYPE D'ETUDE

Cette étude est issue d'une recherche qualitative par entretiens semi dirigés afin d'analyser des données descriptives, telles que les paroles et les comportements des médecins interrogés.

III. POPULATION ETUDIEE

1. Échantillonnage

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant une activité libérale dans le Nord-Pas-De-Calais. Le réseau de connaissance a été utilisé en premier lieu, puis élargi, répondant à un échantillonnage par effet boule de neige.

L'échantillonnage est à variation maximale, permettant d'assurer une diversité des participants.

Ils répondent ainsi à des caractéristiques variées concernant le sexe, l'âge, la localité et le milieu d'exercice. Ces caractéristiques (Tableau 2) ont été détaillées dans la partie RESULTATS.

15 médecins ont été inclus dans l'étude. 1 médecin n'a pas honoré le rendez-vous par visioconférence. 1 médecin a été exclu de l'étude car ne répondant pas aux critères du lieu d'exercice des médecins interrogés (Département 78).

Finalement, 14 médecins ont participé à l'étude.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques suivantes : sexe, âge, localité, milieu d'exercice, mode d'installation et le parcours de formation (maitre de stage universitaire, participation aux congrès, possession de DU-DIU) ont été relevées oralement par un court questionnaire en début d'entretien.

3. Prise de contact

Les médecins ont été joints par entretiens téléphoniques, SMS quand nos relations le permettent, ou courriers électroniques. L'investigatrice a brièvement exposé le thème de son étude, les objectifs, la méthode utilisée et a insisté sur le respect de l'anonymat.

Lorsque le premier contact a été effectué par le biais d'un secrétariat, l'investigatrice a brièvement présenté le sujet à la/le secrétaire qui a proposé un relevé des coordonnées pour être recontactée ultérieurement. L'entretien a été réalisé dans les 3 semaines suivant le premier contact.

IV. RECUEIL DE DONNEES

1. Méthode utilisée

La méthode des entretiens individuels semi-dirigés a été retenue pour permettre une plus grande liberté d'expression et recueillir le point de vue ainsi que la pratique des médecins sur le sujet.

2. Contexte

11 entretiens se sont déroulés dans les cabinets respectifs de chacun des médecins interrogés. 3 entretiens ont été réalisés en visioconférence, répondant au souhait du médecin interrogé.

La date, la tranche horaire et le lieu ont été définis en concertation avec le médecin interrogé. Les entretiens se sont déroulés entre février et mai 2022.

Chaque entretien a été précédé d'une présentation du thème de la thèse, de ses objectifs principaux et secondaires. Il a été rappelé qu'il ne s'agit pas d'une évaluation des connaissances mais d'un recueil d'opinion. Le consentement écrit libre a été recueilli pour l'enregistrement des données. La notion d'anonymat a été rappelée oralement à chaque début d'enregistrement et figure également dans le document de consentement. Une copie de chaque consentement est disponible auprès de l'investigatrice sous format papier.

Le tutoiement a été utilisé quand nos relations l'ont permis.

3. Matériel utilisé

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique de la marque EVISTR 16Go®, sous format WAV.

4. Guide d'entretien

Un guide d'entretien composé pour commencer de 5 questions ouvertes, selon la méthode semi-dirigée, a été utilisé. Finalement, le guide définitif a été élaboré après le troisième rendez-vous pour permettre la modification et la création de nouvelles questions (Annexe 2). Celui-ci a été construit à partir de revues de la littérature. Pendant l'échange, l'investigatrice a pu effectuer des relances dans le cas où le contenu apporté était pauvre.

Aucun entretien test n'a été réalisé au préalable.

5. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini préalablement. Le recueil des données s'est arrêté lorsque l'analyse de ceux-ci ne débouchait plus sur l'apparition de nouvelles notions, correspondant à la suffisance des données. Cette dernière a été obtenue à l'entretien E12, confirmée par 2 échanges supplémentaires dits de consolidation, n'apportant pas de nouvelles notions.

V. TRAITEMENT DES DONNEES

1. Retranscription

Les retranscriptions ont été effectuées mot à mot, constituant un corpus de VERBATIM, disponible sous format CD ci-joint. En police italique ont été signalés les attitudes, les émotions, les silences.

Les erreurs de syntaxe et de vocabulaire ont été corrigées pour la plupart. Les éléments pouvant nuire à l'anonymat des médecins et de leur entourage ont été censurés. La retranscription a duré entre 3 et 4 heures par entretien.

Chaque entretien est identifié par les abréviations « E1 » à « E14 », chacune correspondant à un médecin rendu anonyme, identifié par les appellations « P1 » à « P14 » pour « participant ».

2. Analyse des données

Les fichiers audios ont été transférés sur ordinateur, puis retranscrits mot à mot sous format texte grâce au logiciel WORD®. Une fois les documents textuels obtenus, ceux-ci ont été analysés via le logiciel NVIVO pour Windows®. Les entretiens ont été codés au fur et à mesure du recueil de données. L'arbre de codage a été détaillé (Annexe3).

3. Triangulation des données

La technique de triangulation des données a été utilisée pour éviter les biais d'interprétation et permettre une analyse croisée des éléments.

Les entretiens ont été analysés par l'investigatrice et par un médecin généraliste thésé exerçant dans le Pas-De-Calais.

VI. RECHERCHES ET SUPPORTS BIBLIOGRAPHIQUES

La méthodologie de ce présent travail a été étayée par des ouvrages tels que *Initiation à la recherche qualitative en santé*, *Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire* (51), *Endocrinologie en gynécologie et obstétrique* (1), et *Référentiel des collèges de Gynécologie Obstétrique édition 2021*. (49)

Les recherches bibliographiques ont été réalisées dès juillet 2021. Le premier guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue de la littérature. Le guide définitif a été établi en fonction des résultats du codage des deux premiers échanges.

Les mots-clefs utilisés ont été : syndrome des ovaires polykystiques, médecine générale, diagnostic, dystrophie ovarienne, syndrome de Stein-Leventhal.

La gestion des sources documentaires a été réalisée grâce au logiciel ZOTERO. Le référencement a été rédigé selon le style Vancouver.

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES

L'étude a été menée auprès de 14 médecins généralistes comprenant une équité parfaite de 7 hommes et 7 femmes. L'âge des participants s'inscrit entre 31 ans et 65 ans, comprenant un âge moyen de 51 ans. 21 % des professionnels exercent dans le département du Nord et 79 % dans celui du Pas-De-Calais. 79 % sont installés en milieu semi-rural et 21% en milieu urbain. 79% des praticiens exercent en cabinet de groupe, 14 % sont installés seuls et 7% exercent en maison de santé pluridisciplinaire.

PARTICIPANT	SEXE	AGE	LIEU EXERCICE	MILIEU EXERCICE	MODE INSTALLATION
P1	F	53 ans	Tèteghem-Coudekerque (59)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P2	F	56 ans	Nœux-Les-Mines (62)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P3	F	55 ans	Laventie (62)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P4	H	50 ans	Haillicourt (62)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P5	F	50 ans	Haillicourt (62)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P6	H	59 ans	Bersée (59)	Semi-rural	Maison de santé pluridisciplinaire éclatée
P7	H	33 ans	Lillers (62)	Urbain	Cabinet de groupe
P8	H	65 ans	Estrée-Cauchy (62)	Semi-rural	Seul
P9	F	51 ans	Cambrin (62)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P10	F	57 ans	Béthune (62)	Urbain	Cabinet de groupe
P11	H	60 ans	Lens (62)	Urbain	Seul
P12	H	50 ans	Salomé (59)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P13	F	31 ans	Hersin-Coupigny (62)	Semi-rural	Cabinet de groupe
P14	H	50 ans	Bruay-La-Buissière (62)	Semi-rural	Cabinet de groupe

Tableau 2 : Caractéristiques générales des médecins généralistes inclus dans l'étude

79% des médecins interrogés sont maîtres de stages universitaires dont 64% à la Faculté de Médecine et Maïeutique-Université catholique de Lille et 36% à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille Henri Warembourg. Tous participent à des congrès, le plus souvent ceux de médecine générale, à des formations médicales continues ou valident les formations au sein de leur développement professionnel continu. 36% des participants possèdent un ou plusieurs Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire contre 64% qui n'en possèdent pas.

PARTICIPANT	MAITRE DE STAGE UNIVERSITAIRE	REALISATION DE FMC	OBTENTION DE DIU/ DU
P1	OUI (FMM)	FMC en gynécologie 1 à plusieurs fois par an	Maladies infectieuses Maladie du sport
P2	NON	FMC en pédiatrie, dernière il y a 2 ans	/
P3	OUI (FMM)	FMC Armentières pour les médecins généralistes JGOG 2022	/
P4	NON	Formation avec le Conseil de l'Ordre des Médecins	/
P5	OUI (Lille 2)	Congrès et formations pour les MSU Inscrite au DPC Pas de FMC local	DU de gériatrie pendant 1 an, arrêté pour raisons personnelles
P6	OUI (FMM)	Organisateur de FMC. Dernière FMC : IST / Ecran chez les adolescents et risque cardio-vasculaire Congrès de médecine générale	Médecin coordinateur Stress et anxiété Nutrition Mésothérapie Recherche clinique Apnée du sommeil BPCO
P7	OUI (FMM)	Congrès de médecine générale Formation (A Villeneuve d'Ascq) DPC	/
P8	OUI (Lille 2)	DPC dans tous les domaines	Acupuncture Hypnose /Relaxation Auriculothérapie Ostéopathie Homéopathie Phytothérapie
P9	OUI (FMM)	FMC en présentiel et E-Learning avec Eduprat Dernier congrès > 4 ans	Diplôme d'approfondissement des études médicales
P10	NON	FMC une fois par mois à Béthune	/
P11	OUI (FMM)	Formations au travers du DPC Formations en gynécologies et en échographie	Médecin coordinateur Gériatrie Soins palliatifs Infections rhumatologiques et maladies rares MICI
P12	OUI (FMM)	FMC sur Lens auparavant Actuellement formation DPC par un organisme privé	/
P13	OUI (Lille 2)	Congrès de médecine générale pendant l'internat Formation pour être maître de stage universitaire en 2022	/
P14	OUI (Lille 2)	Soirées formations organisées par les laboratoires Disparition FMC locale	/

Tableau 3 : Parcours de formation des médecins interrogés

II. PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE EN LIBERAL

Avant d'entrer dans le thème de l'étude et d'aborder les freins au diagnostic du SOPK, nous interrogeons d'abord les médecins généralistes sur leur expérience concernant la gynécologie et l'obstétrique en pratique courante.

1. Fréquence des consultations

La fréquence des consultations en gynécologie-obstétrique varie d'un extrême à l'autre selon les médecins. Pour certains médecins, la quantification est difficile à déterminer :

- | | |
|------------|---|
| <i>P1</i> | <i>« Après savoir le pourcentage que ça représente, j'en fais régulièrement mais je suis incapable de quantifier. »</i> |
| <i>P4</i> | <i>« Alors c'est vrai qu'en médecine de ville ou en médecine libérale/générale, c'est quand même quelque chose que l'on voit fréquemment la gynéco. »</i> |
| <i>P10</i> | <i>« Alors je ne vais pas te dire un pourcentage, je n'en sais rien mais je fais la gynécologie quand même oui. »</i> |

On peut trouver une place qualifiée d'importante de la gynécologie-obstétrique dans la pratique de quelques-uns :

- | | |
|------------|--|
| <i>P9</i> | <i>« Bah c'est fréquent quand même. C'est vrai que c'est assez prépondérant quand même la gynéco. »</i> |
| <i>P11</i> | <i>« J'en ai quand même pas mal. Je pense que je suis à peu près une dizaine de grossesses. Donc dire que ... est ce que la gynécologie est une part importante ? Bah ce n'est quand même pas négligeable. »</i> |
| <i>P13</i> | <i>« On va dire que la gynéco finalement ça ... ça occupe pas mal de mes consultations. »</i> |

Qu'elle soit de manière quotidienne :

- | | |
|------------|---|
| <i>P5</i> | <i>« Une heure par jour, au moins ouais, j'en fais un peu tous les jours. »</i> |
| <i>P9</i> | <i>« De toute manière voilà examen en tant que tel mais de toute manière tous les jours il y a une question gynécologique on va dire. »</i> |
| <i>P13</i> | <i>« Par exemple aujourd'hui j'en ai déjà eu une (sourit) pour un soucis gynéco. Je dirais du coup peut-être quand même une à deux par jour. Oui, notamment aujourd'hui. Du coup ça faisait trois en fait aujourd'hui finalement. »</i> |

Ou encore hebdomadaire :

P10 « Tous les jours ? Nan, nan. Je ne sors pas un spéculum tous les jours, par exemple. Ça c'est quand même un signe ... je vois un peu ma consommation. Mais chaque semaine, ça c'est sûr. Chaque semaine c'est sûr. Encore ce matin j'ai fait tu vois. »

Les consultations peuvent aussi être un peu plus espacées et avoir lieu de manière mensuelle :

P9 « Effectivement après les frottis c'est vraiment très variable, je peux quelque fois en réaliser 10 et puis quelque fois 2 fin voilà par mois, ça dépend. »

Ou encore annuelle :

P1 « Si je quantifie ce n'est pas toutes les semaines, ce n'est pas tous les mois c'est Par an, c'est peut-être 3-4 cas par an, ce n'est pas ... Que je suis, pour lesquelles je commence à faire des bilans. »

Enfin, la demande peut aussi être très occasionnelle :

P6 « Pas grand-chose. Il n'y en a pas tant que ça. »

P7 « Pas beaucoup, très franchement depuis le début. Les gens sont encore assez accés : la gynéco c'est le gynécologue quoi. Je n'en ai pas fait beaucoup du coup. »

P12 « Donc bon après ça reste épisodique comme ça quoi. »

P14 « Pas beaucoup. J'en fais peu. J'en fais peu. Je n'en fais pas beaucoup ».

Il est rapporté une diminution de la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique par rapport au début de l'activité libérale. L'échappement des motifs de consultation se fait au profit de l'installation des sage-femmes et des gynécologues en libéral :

- P2 « J'en fais de moins en moins par rapport ... à mes débuts. Au début j'en faisais quand même beaucoup plus. Voilà, mais moins qu'au début. »
- P3 « Je continue à en faire régulièrement mais ... c'est moins ... Moins fréquent qu'avant je vais dire. »
- P10 « Avant je faisais plus, maintenant ça va beaucoup plus vite chez le spécialiste. Au début je suivais les grossesses jusque 5-6 mois, maintenant non, la vie a changé. »
- P12 « J'ai quand même de plus en plus de ... suivi gynéco-obstétrique qui a vraiment glissé vers les sage-femmes, depuis qui en a beaucoup plus en libéral. Je me rends compte que je fais encore moins de ... de suivi gynécologique qui a encore 5-6 ans quoi. Les suivis de grossesse par exemple, je fais de moins en moins parce qu'en fait ils m'échappent. C'est plus moi qui les fais quoi mais ça je faisais avant. »

2. Gynécologie

L'examen gynécologique de base pour les médecins interrogés passe par un examen sénologique et la pose d'un spéculum.

Les praticiens s'attachent au dépistage du cancer du col de l'utérus par la réalisation du frottis cervico-vaginal, qui peut également être pratiqué par les internes en formation au cabinet :

- P2 « S'il faut faire des frottis, je fais des frottis aussi hein, j'y vais. S'ils ne sont pas à jour tout ça, je fais des frottis. »
- P6 « Les frottis c'est mes étudiants qui font par exemple. Je leur dis si elles veulent faire, elles peuvent faire. Donc elles s'organisent des trucs ou je leur organise des rendez-vous. »
- P7 « Il y a quelques patientes qui m'ont demandé si je voulais bien faire leur frottis, bien sûr j'ai dit oui, ça ne me dérange pas. »
- P11 « Je m'aperçois que quand j'ai une interne fille, on fait plus de frottis. Je ne sais pas si ..., c'est vrai on fait plus de frottis. »
- P12 « Là ce matin j'ai fait ... un frottis tout simple quoi, enfin un suivi classique. »
- P13 « Alors je devais ... enfin ce que je souhaiterai c'est de mettre en place des frottis. Ça ne fait pas très longtemps que je suis installée, il faut encore que je trouve l'organisation. J'aimerais développer ça par la suite notamment en accueillant des internes, je trouve que ça peut être intéressant. »

Des prélèvements vaginaux peuvent aussi être réalisés en fonction du contexte clinique ainsi que pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles :

P3 « Voilà après je fais des prélèvements si nécessaire. »

P7 « Je dépiste quand même facilement les MST. »

Enfin, les actes techniques réalisés par les médecins en cabinet sont principalement la pose et/ou le retrait d'implant et de stérilet :

P3 « Je pose les implants. »

P7 « Alors, les implants je les mets. »

P8 « Donc avant c'était, bon comme j'ai travaillé avec mon épouse qui est sage-femme, on travaillait en service de gynéco-obstétrique et donc stérilet tout. »

P9 « Alors moi je mets les implants, je les enlève. [...] J'enlève les stérilets. »

P12 « Alors je pose les implants. Je pose et je retire les implants. »

Alors que d'autres ont banni les gestes techniques de leur activité. Les raisons évoquées sont le manque de pratique, la mauvaise expérience clinique (malaise vagal lors de la pose de stérilet) ou l'absence de matériel adapté :

P7 « Stérilet je ne fais pas. J'avoue j'en avais mis un ou deux à l'époque de l'internat et j'avoue je n'ai pas eu l'occasion d'en remettre après. Donc là j'avoue que je me sens moyen chaud pour me relancer. Donc pas trop pour le moment. »

P9 « Les stérilets nan je n'en mets pas. En fait j'ai eu peut-être une mauvaise expérience de malaise au départ. Je trouve que je ne suis pas équipée. En tout cas, je n'ai pas non plus le matériel pour tout ce qui est aller chopper le col donc voilà. »

P12 « Le stérilet, je ne le fais pas parce que j'ai eu très peu l'occasion de le faire. Donc je pars du principe que ce que je ne fais pas beaucoup je ne le fais pas forcément bien donc je ne préfère pas le faire. »

3. Obstétrique

La pratique de l'obstétrique consiste en la réalisation de consultations prénatales au sein du cabinet. Des grossesses d'âges différents sont répertoriées. En effet, les médecins peuvent être amenés à prendre en charge un début de grossesse comme une grossesse menée à terme :

- P1 « Je fais du suivi de femmes enceintes. »*
- P6 « Suivi de grossesse ... je le fais ponctuellement et quasiment plus. »*
- P10 « Le suivi de tout début de grossesse. »*
- P11 « Après c'est quand même dans une zone plus ou moins défavorisée donc on trouve quelque fois des grossesses à un stage tardif. Et pour la dernière d'ici, c'est il y a 3 semaines, c'est une grossesse qui est arrivée déjà au 3eme trimestre. »*

Sont également examinées les pathologies chirurgicales nécessitant un traitement rapide pour ne pas compromettre la vie de la patiente et du fœtus :

- P11 « La dernière dame que j'ai vu tout à l'heure, elle venait pour un tire lait. C'est un truc assez ... elle est venue pour un tire lait et en fait elle est ... parce qu'en échographie les diagnostics d'appendicite ce n'est pas forcément évident, surtout quand on a une femme enceinte. Donc il s'est avéré que cette dame-là était à 40 ans, elle avait déjà plusieurs grossesses. Elle avait une douleur dans le ventre. Elle est allée aux urgences et aux urgences ils ont dit bah voilà c'est une infection urinaire et en fait je l'ai examinée et tout et j'ai dû la renvoyer parce que je trouvais que le ventre était ... il y avait une contracture et en échographie je voyais un plastron. C'était une péritonite appendiculaire. Donc, la dame a quand même poursuivi sa grossesse. Elle a pu poursuivre quand même et ça, c'est arrivé au 2eme trimestre. »*

Il peut également s'agir de désagréments liés à la grossesse, comme la survenue de contractions :

- P11 « Quand elle a des contractions. »*

Ou de métrorragies :

- P11 « Je vais dire quand une femme saigne. »*

Les accouchements au cabinet du médecin généraliste peuvent encore avoir lieu de nos jours, dans les zones isolées notamment, par défaut d'un hôpital à proximité :

P11 « On a encore eu des accouchements, même ici. »

4. Aspect varié des consultations

Les médecins mettent en avant l'aspect varié et diversifié des consultations de médecine générale, et plus spécifiquement celles qui relèvent d'un motif gynécologique ou obstétrique, bien que certains ne voient pas l'intérêt de cette pratique ou ne prennent pas le temps de s'y intéresser :

P3 « Ouais c'est très varié. »

P11 « J'ai déjà discuté avec certain confrère qui me disent : « Pourquoi tu fais des frottis ? Façon on n'a pas que ça à faire. » Alors je lui dis c'est quand même un élément de la médecine, où on peut ... on est généraliste. C'est quand même la variété de cette activité, c'est de pouvoir suivre un peu tout quoi et ... J'ai eu des réflexions comme ça. Et ça, ça commence à s'ancrer très profondément, je ne pense pas que ... toi tu as fait des stages avec d'autre maître de stage, je ne sais pas si tous font des frottis ? Je trouve qu'en a de moins en moins. »

5. Place centrale du médecin généraliste

Malgré tout, le médecin généraliste a une place prépondérante auprès des patientes, que ce soit pour le suivi clinique, biologique ou la réévaluation d'un traitement. Il reste le coordinateur principal du parcours de soin :

P4 « Moi je dis ça en médecine générale, en tout cas ma médecine générale où on fait plus du suivi on va dire que du diagnostic. »

P7 « Moi c'était pour un renouvellement de traitement, pour le suivi, pour être sûr qu'au niveau biologique il n'y est pas d'anomalie notamment. »

P8 « On a dit la complexité du fonctionnement hormonal chez une femme. Evidemment quand ça ne va pas, on va aller voir son médecin quand même. Voilà, la place prépondérante du médecin traitant aussi. »

6. Points positifs pour la pratique

Plusieurs points positifs de la médecine générale sont mis en avant par les praticiens interrogés. En effet, certaines situations permettent de faciliter les demandes des patientes et favorisent ainsi la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique au cabinet.

A. Être une femme médecin

En premier lieu, être à la fois un médecin et une femme facilite la verbalisation des plaintes des patientes, diminue la gêne et les tabous, met à l'aise la patiente lors de l'examen gynécologique :

- P3 « Il y en a souvent parce que avant j'étais toute seule ... j'étais femme toute seule dans mon cabinet, dans le cabinet de groupe ... je faisais plus de gynéco. »
- P4 « On va dire tout ce qui est un peu plus gynéco médical, frottis ... infections, que sais-je, c'est SL (initiales du médecin pour respecter l'anonymat) qui va gérer parce que les dames vont directement s'orienter vers ... vers SL, c'est naturel. »
- P9 « Moi je suis une femme donc c'est vrai que c'est plus facile aussi. Je reçois les jeunes filles, elles s'en plaignent plus facilement peut-être parce que je suis une femme. »
- P10 « Alors je suis généraliste donc je fais un peu de tout, tu as remarqué dans ma clientèle mais moi j'ai quand même une place en tant que femme médecin. »
- P13 « Vu que je suis une femme il y a quand même plus de ... parfois les patientes du cabinet dès qu'elles ont un souci gynéco, elles viennent plutôt me voir. Que ce soit ... voilà parce que les trois autres ... c'est des hommes. Donc du coup voilà, si elles ont un soucis gynéco, elles viennent plus me voir parce qu'elles sont plus à l'aise. »

B. Compétence en échographie

Le fait d'avoir des compétences en échographie et de posséder le matériel adapté sur le lieu d'exercice permet déjà un premier bilan et par la suite un diagnostic préliminaire et une prise en charge plus rapide :

- P11 « Depuis quelques temps, depuis quelques temps comme j'approfondi mes connaissances sur les problèmes gynécologique et que j'ai l'appareil d'écho et puis c'est simple quoi. [...] Souvent disons quand c'est possible je fais une écho pour voir déjà. [...] C'est un avantage. »

C. Crise Sanitaire depuis 2019

Depuis la pandémie COVID-19, l'affluence et la diversité des motifs de consultation ont augmenté en milieu libéral. Les patientes sont plus facilement venues consulter leur médecin généraliste plutôt que les autres spécialistes, réduisant ainsi le délai au diagnostic :

P11 « Les consultations avec le COVID disons que ça n'a pas été facile donc on a été amené à vraiment consulter pas mal quoi. »

D. Manque de gynécologue

La diminution du nombre de gynécologues en ville et à l'hôpital est profitable aux médecins généralistes pour l'exercice et l'acquisition de nouveaux domaines de compétences :

*P13 « Alors aux alentours il n'y a plus beaucoup de gynéco. (Rires)
Du coup, j'ai quand même beaucoup de patientes qui sont en demande. »*

E. Collaboration avec le gynécologue

Malgré un manque de gynécologues croissant, la collaboration de ces spécialistes avec les généralistes reste indispensable. L'accès facilité des avis téléphoniques est un confort dans l'exercice du médecin généraliste. De la même façon, la continuité des soins est préservée :

P2 « Mme Renouf oui, quand elle part en vacances en général ... s'il y a un problème gynéco, elles viennent ici. »

P12 « Je pense qu'effectivement, assez facilement j'ai tendance au moins, au terme de l'arrivée du diagnostic, j'ai tendance au moins à partager ça un peu peut-être avec le gynéco mais oui c'est une façon de faire comme ça. [...] Mais, bon là on en a juste sur La Bassée donc, oui je peux prendre mon téléphone et l'avoir au bout du fil facilement quoi, oui. »

7. Points négatifs pour la pratique

A. Être un homme médecin

Le fait d'avoir un médecin de genre masculin peut être un frein chez certaines patientes qui n'osent alors pas évoquer leurs problèmes d'ordre gynécologique :

P11 « Moi je suis un homme donc c'est sûr que c'est plus délicat. Je m'aperçois que quand j'ai un interne fille, on fait plus de frottis. »

B. Exercer en cabinet de groupe

Le fait d'exercer en cabinet collectif engendre une orientation de la pratique professionnelle, ayant pour conséquence une répartition catégorisée des motifs de consultation au sein du cabinet :

- P3 « Maintenant on est deux donc c'est vrai que j'en fais ... enfin un petit peu moins, tout est relatif. »*
- P4 « Ce qui fait que bah petit à petit moi je suis devenu l'urologue du cabinet et SL la gynéco du cabinet quoi. C'est un peu comme ça mais je pense que c'est ... bon on ne l'a pas fait volontairement quoi. [...] Je fais plus du tout du tout, moi j'ai plus aucune demande et puis comme SL (initiales du médecin pour respecter l'anonymat) ça l'arrange d'avoir ce côté un peu gynéco en plus, un peu comme toi, tu as choisi de faire un DU. »*
- P14 « Bah en fait mon associé AB (initiales du médecin pour respecter l'anonymat) a un DU de gynéco. Donc dans le cabinet, la gynéco c'est plus lui qui gère. »*

C. Pratique des prédécesseurs

La sédation ou la reprise d'activité font que les motifs de consultation sont déjà codifiés et standardisés :

- P7 « Alors je ne sais pas si c'est le secteur, les gens qui n'en faisait pas beaucoup. »*

D. Influence des autres professionnels sur la pratique

Les autres professionnels de santé jouent un rôle sur la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique par les médecins généralistes libéraux. C'est le cas des sage-femmes, par leur droit de prescription et leur liberté d'installation qui ne cessent d'évoluer, permettant leur indépendance d'un point de vue médical :

- P3 « On a une sage-femme en plus donc c'est vrai que ... on va dire que la gynéco ne se reporte plus ... enfin ne se reporte pas que sur moi. Donc ça dispatch un petit peu les choses. »*
- P10 « Au début je suivais les grossesses jusque 5-6 mois, maintenant non, la vie a changé. Il y a les sage-femmes aussi qu'il n'y avait pas à l'époque. »*
- P11 « Toute cette pathologie là aujourd'hui elle nous échappe d'une certaine façon, parce que la contraception on ne suit plus vraiment. Les sage-femmes ont, aujourd'hui la possibilité de prescrire au niveau de la contraception. Donc on ne voit plus vraiment ça, sauf quand ça les dépasse ! C'est-à-dire que les femmes enceintes qui ont une douleur au niveau du mollet, ça elles ne savent pas quoi en faire. Donc, là faut voir votre médecin. Il m'est déjà arrivé de prendre en charge des ... des patientes qui avaient mal au mollet et qui devaient partir en vacances quand c'est le 30 juin, le soir du 30 juin et qui disent « Docteur, j'ai mal au mollet et j'dois prendre le train demain. Qu'est c'que vous en pensez ? Ma sage-femme m'a dit de venir vous voir ». Donc ça j'avoue que c'est quand même un peu cocasse quoi. »*
- P12 « J'ai quand même de plus en plus de ... suivi gynéco-obstétrique qui a vraiment glissé vers les sage-femmes, depuis qu'il y en a beaucoup plus en libéral. Les suivis de grossesse par exemple, je fais de moins en moins parce que en fait ils m'échappent. C'est plus moi qui les fais quoi mais ça je faisais avant. »*

C'est le cas également des gynécologues libéraux installés à proximité des médecins généralistes :

- P7 « Je sais que à Lillers il y a une gynécologue, ce qui est quand même ... entre guillemets assez rare pour la popu ... enfin la taille de la ville en tout cas. Donc je sais que les gens sont plutôt habitués à voir la gynécologue. Les gens sont encore assez accés, la gynéco c'est le gynécologue quoi. »*
- P9 « Ça dépend après des jeunes femmes et des femmes, il y a des femmes qui vont voilà chez le gynéco. »*

Tout cela a pour conséquence une impression, chez les médecins généralistes, que les consultations en gynécologie obstétrique leur échappent avec un glissement vers les autres professionnels cités. Un médecin aimerait un continuum sur le suivi médical en passant par toutes les étapes de la vie ; l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte :

P11 « Alors par contre, si je peux placer des idées ? Ce que je ressens sur l'évolution aujourd'hui, c'est qu'aujourd'hui malheureusement, j'ai fait un stage de gynécologie à l'hôpital de Lens où on apprend en tant qu'interne à suivre les grossesses et ce qu'on doit faire au 1^{er}, 2^{eme} et 3^{eme} trimestre. Toute cette pathologie là aujourd'hui elle nous échappe d'une certaine façon. [...] Voilà donc l'évolution aujourd'hui en médecine générale c'est que cette partie-là nous échappe de plus en plus, ce qui est dommage. Parce que les enfants on les suit, donc savoir que l'accouchement était normal, comment s'est passée la grossesse, si madame a allaité etc ... c'est quand même ... c'est des gens que l'on suit quand même de la naissance pratiquement jusqu'à ce qui grandissent et deviennent indépendant. Donc c'est dommage de pas suivre une grossesse quoi. »

E. Mauvaise configuration du cabinet

Une mauvaise configuration du cabinet est aussi un frein à la pratique de la gynécologie. Le manque d'espace dédié à cette activité et l'absence d'équipement (table de gynécologie, pince de pozzi ...) par exemple, sont néfastes :

P4 « Moi, disons que je suis restreint ... c'est plutôt le côté mécanique parce que le fauteuil gynéco c'est de l'autre côté ... tout est dans ... Le cabinet est fait comme ça. C'est une pièce qui est là-bas et c'est SL (initiales du médecin pour respecter l'anonymat) qui gère du coup pour le côté gynéco. [...] Je n'ai pas le matériel on va dire nécessaire. »

P9 « Je trouve que je ne suis pas équipée en tout cas, je n'ai pas non plus le matériel pour ce qui est aller chopper le col. »

III. LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE

1. Motifs de consultation

A. Trouble du cycle

Différentes catégories de trouble du cycle sont relevées par les médecins interrogés lors des consultations. On peut d'abord citer l'aménorrhée, qui est le trouble le plus souvent rencontré :

P2 « Elles ont des troubles du cycle parce qu'elles ont des aménorrhées. »

.P5 « Souvent, le plus souvent c'est aménorrhée. »

P11 « C'est un trouble du cycle mais c'est une dame qui n'a pas eu ses règles depuis un petit moment. »

Ensuite, les cycles irréguliers font partie des maux cités, qu'ils soient longs ou courts :

- P6 « Ça dépend ce que l'on appelle le trouble du cycle. Si c'est des règles irrégulières ... »*
- P13 « Alors ce matin j'ai eu une patiente une ... jeune hein de 25 ans qui présente des cycles anormalement longs donc son dernier cycle c'était 79 jours, quand même. (Rires) [...] Les cycles qui sont anormalement longs ou des choses comme ça. Après dès fois c'est court mais le plus souvent c'est plus en longueur que des cycles courts. »*

Enfin, il est également fait mention des hyperménorrhées, des métrorragies, du syndrome prémenstruel et des troubles du cycle liés à la péri-ménopause :

- P2 « Bah c'était tout ce qui est problème gynéco, des métrorragies, des choses comme ça. »*
- P6 « Moi je m'occupe principalement des syndromes prémenstruels. »*
- P10 « Si on est autour de la ménopause aussi. Trouble du cycle ça peut être ça aussi, ça dépend à quel âge on se situe. »*

B. Hyperandrogénie

Plusieurs patientes semblent être victimes d'hyperandrogénie.

On trouve, parmi les symptômes les plus constatés, l'hirsutisme ou l'excès de pilosité au niveau des différentes zones du visage :

- P5 « Comme ce matin j'en ai vu une, elle avait un hirsutisme typique. C'était plutôt au visage. Et elle a baissé son masque et elle me dit j'en ai marre. C'était au cou, au niveau d'ici. (Me montre la partie du menton avec sa main droite) ».*
- P13 « Là par exemple la patiente était vraiment embêtée par ... justement par une hyperandrogénie avec un hirsutisme important. »*
- P14 « Mais c'est ... c'était un cas, c'est caricatural. Elle mettait l'écharpe comme ça (Me montre avec ses mains comment la jeune fille mettait l'écharpe, c'est-à-dire juste sous la bouche) tellement elle avait de la barbe. Sous le ... et puis elle avait fait la chose à ne jamais faire, pour l'enlever, elle s'était rasée. Donc là c'était mort. »*

Sont également citées l'acné et la séborrhée, faisant partie des caractéristiques de l'hyperandrogénie :

P9 « Tout de suite quoi, ils s'en plaignent tout de suite hein quand les gens viennent pour l'acné. Donc c'est plus comme avant, je vais dire où on voyait, un terrain assez ... voilà. Maintenant tout de suite ils viennent et effectivement tout de suite ils sont pris en charge, assez vite on va dire donc assez vite. »

P10 « Séborrhée. Souvent c'est ça. »

Parfois, certains médecins relèvent l'absence de ce motif de consultation depuis le début de leur carrière :

P4 « L'hyperandrogénie je n'ai pas ça, on ne fait pas du tout. »

P7 « Je n'ai pas eu d'hyperandrogénie. »

P10 « Hyperandrogénie, ça peut arriver bon c'est rare quand même. »

C. Infertilité

Parmi les consultations concernant l'infertilité, les médecins sont confrontés au désir de grossesse de la femme ou du couple :

P2 « Parce que moi quand je l'ai connu cette demoiselle en 2018, c'était ça, elle avait été en couple donc elle voulait ... elle avait un désir de grossesse, c'était ça. »

P10 « Quand on parle d'infertilité c'est que ça fait déjà des mois que ça pose problème, je veux dire on ne vient pas pour infertilité si ça n'a pas marché ce mois-ci. »

P11 « Parce que l'infertilité j'ai eu plusieurs fois le tour et des couples. Et donc elle, c'était ... elle voulait un enfant. »

P13 « Donc, elle a un désir de grossesse alors pas tout de suite mais elle aimerait bien l'année prochaine donc là ça commence à l'inquiéter quand même. »

Il s'agit ensuite d'orienter, et de prendre en charge, si nécessaire, cette infertilité au travers de l'aide médicale à la procréation - qu'il s'agisse d'un couple hétérosexuel ou homosexuel :

P12 « J'ai des couples qui sont dans des parcours, des PMA des choses comme ça... pour une infertilité. Bon là comme ça précisément je ne me souviens plus trop de cas mais, oui je sais que j'ai des personnes qui sont ... en démarche là-dessus quoi. »

P13 « Après je suis aussi des patientes qui sont en ... en demande de PMA. Alors plus par rapport à leur ... on va dire, parce qu'elles sont avec des femmes par exemple. Aussi, ça j'en ai quand même deux, trois dans mes patientes. »

D. Douleurs d'origine gynécologique

Les douleurs d'origine gynécologique peuvent être de localisation variée.

Les plus fréquentes, selon les participants de l'étude, seraient les dysménorrhées :

P5 « Après il y a aussi les gens qui ont des dysménorrhées. »

P6 « Bah dysménorrhée oui, c'est plus de la clinique simple. »

P14 « Les dysménorrhées tout ça je gère. »

On trouve également des douleurs au niveau vaginal et des douleurs pelviennes :

P2 « Parce qu'elle avait des ... des douleurs au niveau vaginale. Elle avait fait une... cystoscopie quelques jours auparavant, quelques semaines auparavant et ... elle avait des ... des douleurs vaginales. »

P11 « Mais, les gens qui viennent pour, une infertilité et des douleurs pelviennes. Il y en a pleins. Et après j'ai eu le cas d'une autre patiente là elle s'appelle ... mais c'est un cas bizarre. Donc en fait cette dame, elle se plaignait toujours de douleurs pelviennes. »

Ainsi que des maux localisés au niveau abdominal :

P11 « Tu vois, scanner abdomino-pelvien. Donc en fait « bilan de douleurs en fosse iliaque droite », tu vois ... j'étais en vacances donc douleurs en fosse iliaque droite, 51 ans. »

E. Infections vaginales

Les patientes peuvent se présenter avec une plainte au niveau vulvaire ou vaginal. Une infection génitale peut être décelée après examen gynécologique :

P5 « Après tous les petits bobos du quotidien : les infections génitales. »

P13 « Alors voilà elles ont des désagréments, faut qu'on jette un petit coup d'œil. Des choses comme ça. »

F. Sénologie

L'examen sénologique est pratiqué si nécessaire, et en cas de plainte importante de la part de la patiente :

P14 « Si, les trucs tout bête je fais, une dame qui vient me voir pour une masse mammaire ou quoi c'est moi qui gère. »

G. Le post-partum

Le post-partum peut être une période propice aux questions. Les patientes se tournent alors vers leur médecin traitant pour tenter d'y répondre :

P7 « Il y a beaucoup de questions sur le post-partum, c'est à dire retour de couche, les règles un petit peu anarchiques. »

H. La péri ménopause / Ménopause

Le médecin doit également gérer les aléas cliniques en période de péri-ménopause ou de ménopause :

P7 « Fameuse consultation on va dire de période préménopause. »

I. Contraception

Les différents types de traitements hormonaux sont abordés en consultation, à savoir la contraception oestro-progestative et les progestatifs seuls :

P1 « Je fais des prescriptions d'oestro-progestatifs. »

P7 « Donc beaucoup de questions sur les progestatifs, sur les spottings. Beaucoup de consultations là-dessus. »

Le motif principal peut être une première prescription de contraception :

P3 « Ça peut être une première consultation pour pilule. »

P5 « Première contraception. »

Ou un renouvellement, une réévaluation, le suivi du traitement hormonal :

P2 « Je fais des suivis de pilule, des renouvellements de pilule. »

P4 « Donc du coup, ma part gynécologique à moi, c'est plutôt une part ... ouais, contraceptive. Maintenant c'est plus des renouvellements de pilule en fait. »

P7 « Il y a beaucoup de gens aussi qui changent de contraception. »

P13 « Enfin c'est surtout pour nous les renouvellements de pilule. »

J. Médecin généraliste, premier recours avant le gynécologue

Le médecin généraliste est plus facile d'accès et est donc consulté en premier lieu.

Cela lui permet d'initier différents examens complémentaires avant de passer le relais à son confrère gynécologue :

P13 « Elle était dans le souhait de faire un bilan au moins hormonal parce que pareil au niveau consultation gynéco elle n'arrivait pas trop à avoir de RDV avant au moins le mois d'août. Donc, c'est un petit peu compliqué. Donc elles viennent en médecine générale pour qu'on les aide un petit peu à avancer ... avant le RDV gynéco. »

2. Type de population rencontré

Un terrain plutôt jeune est rencontré pour les motifs d'ordre gynécologique en libéral.

Aucune tranche d'âge n'est définie par les médecins interrogés mais elle concerne principalement les adolescentes et les adultes d'âge jeune :

P7 « Ça dépend vraiment ... le ... le terrain on va dire. Enfin chez les femmes jeunes. »

P9 « C'est vrai qu'il y a beaucoup de jeunes filles quand même. »

P13 « Alors ce matin j'ai eu une patiente une ... jeune hein de 25 ans. »

P14 « La gynécologie que moi je pratique ici, ça va être plutôt la femme jeune. »

3. Interrogatoire

A. Antécédents

Les médecins généralistes s'attachent à explorer les antécédents de leurs patientes, aussi bien personnels (au niveau médical, chirurgical et obstétrical) que familiaux :

- P2 « Je vais d'abord déjà faire l'interrogatoire, voir un petit peu au niveau des antécédents familiaux ce qui se passe. [...] Dans ses antécédents, il y a le syndrome des ovaires polykystiques et il y a une infertilité. »*
- P5 « Surtout qu'elle m'a dit : ma mère était comme ça et ma grand-mère aussi. »*
- P7 « Ça dépend vraiment je pense des antécédents des gens, s'ils ont déjà fait des fausses couches, s'ils ont déjà eu des GEU, s'ils ont déjà eu des MST »*
- P9 « D'abord je reviens un petit peu quand même ... alors ça dépend l'âge quand même, chez les jeunes, je reviens un petit peu quand même sur les parents. Voilà comment ça se passait chez maman tout ça, sur les antécédents, voilà. »*
- P11 « De voir un peu si elle a déjà eu des enfants. Après si c'est des plus âgées qui ont des troubles du cycle, alors ça dépend si c'est 40 ans ou 45 ans. Il faut demander les antécédents familiaux. »*

B. Caractériser les plaintes

Il s'agira pour le médecin de bien caractériser les cycles en fonction de leur régularité avec et sans traitement hormonal et du caractère cyclique ou non des symptômes rencontrés. Un calendrier menstruel peut être un outil utile au diagnostic de cycle irrégulier :

- P4 « Est-ce qu'elles ont déjà une contraception ? »*
- P5 « Je leur demande de revenir avec un calendrier. [...] Elles avaient des cycles bien réguliers. »*
- P9 « Les femmes un petit peu plus âgées je reviens sur le parcours initial c'est-à-dire comment été les règles tout au début, avant qu'on mette des pilules en route avant qu'on mette Première chose, je fais ça. »*
- P11 « Quelqu'un qui a des troubles du cycle c'est souvent rythmé par les cycles en fait. Je revois dans un deuxième temps si c'est rythmé par le cycle en fonction de sa douleur. »*
- P12 « Bien sûr voire un peu la ... s'il y a une contraception en même temps, si ça peut interférer avec ça. »*

La durée d'évolution des symptômes et leurs caractères primaire et secondaire doivent également être évoqués :

P8 « Comme n'importe quel acte de médecine générale on va dire. Interrogatoire important, voir un petit peu le contexte. Depuis quand ? Comment ? »

P11 « Si c'est primaire – secondaire. »

P12 « On refait un peu ... un peu l'historique, de comment ... à quoi ... de quand ça remonte. Euh, si c'est ... si c'est finalement quelque chose d'assez récent ou si c'est finalement quelque chose qui existe depuis un bout de temps, quelque fois ça arrive. »

C. Signes associés au trouble du cycle

Les médecins généralistes interrogés s'attachent à rechercher les signes associés au trouble du cycle comme les douleurs, les métrorragies, les troubles du comportement alimentaire :

P7 « Enfin chez les femmes jeunes je commence toujours par poser la question s'il y a des troubles du comportement alimentaire. Bon généralement ça se voit assez facilement puis c'est quand même on va dire la consultation la plus amenée par généralement les comportements du trouble alimentaire plus que par le problème d'aménorrhée secondaire. »

P9 « Je regarde s'il y a beaucoup de douleurs. »

P10 « Si c'est associé à d'autre signe comme les douleurs ou des métrorragies »

D. Investigations antérieures effectuées

Les investigations antérieures et, le cas échéant, leurs résultats doivent être recherchés. Cela évite la perte des données, la perte de temps, la multiplicité des examens et limite les coûts :

P9 « Ensuite je vois un petit peu si le suivi a été fait : frottis, écho. »

P12 « Voir s'il y a ... s'il y avait déjà eu des ... des examens, des choses de faites auparavant. Quelque fois on se rend compte qu'il y a des trucs qui avaient déjà été faits il y a 10 ans et elles ont un peu oublié puis ça revient quoi. »

4. Etiologies évoquées

A. Absence d'étiologie évoquée

Aucune étiologie n'est évoquée de manière systématique. Cela dépend du contexte, du terrain, des plaintes exprimées par la patiente :

P7 « Je n'ai pas de ... ça dépend vraiment de l'interrogatoire, du terrain. Je n'ai pas d'étiologie, je ne focus pas forcément sur une étiologie. Non je n'ai pas d'étiologie. »

P9 « Si ça fait un an qu'ils ont pas de bébé voilà évidemment on va faire le bilan mais il n'y a rien qui me vient en particulier on va dire. Mais voilà là c'est plutôt général, bilan général. »

B. Devant des douleurs pelviennes

L'endométriose est souvent évoquée parmi les médecins interrogés faisant face à des douleurs pelviennes exprimées par les patientes :

P5 « Je vois beaucoup plus d'endométriose que de syndrome des ovaires polykystiques. »

P6 « J'ai pas mal d'endométriose par le recrutement de la micro nutrition. »

P7 « Bon il y a l'endométriose quand même qui revient, je ne vais pas dire à la mode, mais les gens se posent de plus en plus la question et je pense les consultations ... il y a quand même beaucoup de consultations qui commencent par : « Est ce que je n'ai pas de l'endométriose parce que j'ai ça comme symptômes ? » »

P9 « Je vais dire en gros, je vais simplifier mais douleurs je vais plus être endométriose. »

On retrouve également l'ovulation comme étiologie de douleurs pelviennes :

P11 « A plusieurs reprises j'ai trouvé pour ces jeunes filles qui s'étaient plaintes : un corps jaune. »

L'appendicite fait partie des étiologies susceptibles d'être confondues avec une origine gynécologique :

P11 « Parce que pareil l'appendice : douleur appendiculaire et douleur gynécologique. »

C. La grossesse

Le diagnostic premier à éliminer devant des troubles du cycle est, selon les médecins, la présence d'une grossesse :

P4 « La médecine générale c'est souvent ça ... faut d'abord faire au plus simple (Rires) Donc ... troubles du cycle, pour moi en numéro un c'est la grossesse quand même et de loin, et de loin. »

P5 « Bah déjà éliminer une grossesse. »

D. Pathologies endocriniennes

Parmi les pathologies endocriniennes mises en avant par les participants, on retrouve le syndrome des ovaires polykystiques. Celui-ci est évoqué notamment en fonction du poids de la patiente et de la présence de pilosité :

P9 « Après si jamais pilosité et le poids parce que ça, ça fait partie ... voilà, pilosité, le poids, le syndrome des ovaires polykystiques effectivement. »

P10 « Alors en tant que généraliste c'est toujours difficile, le plus fréquent je pense que c'est quand même le syndrome des ovaires polykystiques on va dire. »

P14 « Bah là c'est pareil ... justement dans ces cas-là on essaye de voir s'il n'y a pas un SOPK. »

Les autres étiologies qui composent les pathologies endocriniennes sont issues des surrénales :

P7 « Enfin j'en ai eu une ou deux fois mais c'était vraiment des causes endocriniennes. C'était tout ce qui était pathologies surrénaliennes principalement. Tout ce qui est maladie d'Addison notamment, enfin toutes les lésions surrénaliennes. »

5. Prise en charge

A. Trouble du cycle

a) Examen gynécologique

La consultation se poursuit par un examen gynécologique qui se déroule de manière plus ou moins standardisée :

- P1 « Pour tout ce qui est trouble menstruel, il y a déjà un examen clinique. Je n'ai pas un examen bien standardisé. »*
- P2 « Après je fais un examen gynéco si je peux faire un examen gynéco. Beaucoup d'interrogatoire quand même et puis si je peux un examen gynéco succinct. »*

b) Bilan biologique

Un bilan biologique est le plus souvent réalisé dans le cadre de trouble du cycle :

- P4 « S'il faut il y a du para clinique derrière que ce soit un bilan sanguin ou autre. »*
- P11 « En tout cas les troubles du cycle, je fais un bilan biologique. C'est un des minimums. Après en fonction de la conversation, alors ça peut être fait chez les jeunes avec la mère. »*
- P13 « Elle était dans le souhait de faire un bilan au moins hormonal. »*

La recherche de B HCG plasmatique permet dans un second temps d'exclure la présence d'une grossesse :

- P4 « Nous ça va du B HCG chez celle qui va nous certifier qu'elle a ... qui a aucun risque et puis bon bien sur bingo en général c'est ça. »*
- P14 « Bah en règle générale, test de grossesse. (Rires) »*

Le pratiquant s'attache aussi à rechercher une éventuelle anémie :

- P9 « Puis l'hémoglobine si jamais ... si c'est des hémorragies. Donc ouais quand même il y a quasiment toujours un bilan à la fin de ... de l'examen, enfin s'ils viennent pour ça. »*

Le bilan biologique demandé par les médecins généralistes vise également à explorer l'axe gonadotrope aussi bien au niveau central (FSH/LH) que périphérique (17- β -œstradiol/ Progestérone/ Testostérone) mais aussi l'axe thyroïdienne et l'axe lactotrope :

- P4 « Donc voilà, surtout des 17 bêta et FSH et à partir de ça on voit un petit peu où on va quoi. Et donc oui voilà, bilans hormonaux mais ça peut être plus général ... ça peut être un bilan thyroïdien. »*
- P7 « Un bilan hormonal pour être sûr qu'il n'y est pas non plus de chose qui pourrait orienter vers quelque chose de périphérique dans un premier temps. »*
- P9 « Oui, généralement oui je fais un bilan s'il n'a pas été fait parce que je dois quand même regarder la thyroïde déjà souvent. »*
- P10 « Parfois le bilan hormonal de base : œstradiol, progestérone, FSH, LH. »*
- P14 « Le bilan de base quoi : FSH / LH. Œstradiol. C'est sûr que la biologie moi quand j'ai des patientes qui ont des problèmes de cycle c'est vrai que la testo je la demande dans quasi ... enfin pas systématiquement mais presque. »*

c) Examen d'imagerie

L'examen d'imagerie le plus souvent prescrit est l'échographie pelvienne, soit par voie vaginale, quand les conditions le permettent, ou par voie sus-pubienne chez une jeune fille vierge. Elle est parfois pratiquée par le médecin généraliste qui possède une formation en échographie :

- P2 « Dans les troubles des cycles, ça oui je vais peut-être demander une échographie oui. »*
- P7 « Sinon je fais quand même assez rapidement une échographie, pour être sûr qu'il n'y est pas de problème effectivement utérin ou au niveau ovarien. Voilà, donc l'écho assez rapidement quand même en première intention. »*
- P11 « Souvent l'échographie je le fais, ça dépend de l'urgence mais souvent je la fais dans un deuxième temps. Si c'est une jeune, tu sais que c'est souvent sus-pubien. [...] Qu'est-ce que j'ai en ce moment ? C'est un trouble du cycle mais c'est une dame qui n'a pas eu ses règles depuis un petit moment donc je dois la revoir en écho mais ce n'est pas un problème d'infertilité, c'est un problème de règle. Je crois que je lui ai fait une écho par voie intra vaginale, je pense que je lui ai fait. Je ne me souviens plus. On en voit quand même ici en gynéco. »*

d) Aides complémentaires pour la prise en charge

La formation à des pratiques médicales spécifiques ou l'aide de confrères généraliste et/ou spécialistes d'organes sont des atouts pour une prise en charge satisfaisante des patientes atteintes de troubles du cycle :

P4 « C'est quelque chose de classique quoi on va dire, de basique : interrogatoire, para clinique et puis en fonction de ... on oriente, soit effectivement vers le gynéco soit vers SL (initiales du médecin pour respecter l'anonymat) si c'est des choses plus classiques mais non non ... c'est ... ce qui est fonctionnel on va dire, c'est géré comme ça. Il n'y a pas d'examen bien spécifique. »

P6 « Je fais de la mésothérapie et de la micro nutrition, donc pour les troubles du cycle ça joue. »

B. Hyperandrogénie / Hyperpilosité / Acné

a) Bilan biologique

Dans le cadre de l'hyperandrogénie, les médecins généralistes recherchent l'apparition d'une anomalie lipidique ou glucidique :

P3 « Après je demande : glycémie, un bilan lipidique classique. »

P5 « Enfin j'ai fait un petit bilan complet à côté aussi pour rechercher ... un bilan lipidique. »

P6 « Bilan complet classique avec la glycémie, l'insulinémie, l'HOMA test. »

Tout comme dans le trouble du cycle, les axes gonadotrope et thyroïdienne sont explorés :

P1 « Le bilan hormonal classique + une testo. Estradiol/ Testostérone. Après TSH. »

P10 « Aussi peut-être effectivement la biologie justement avec la testostérone en plus peut-être. »

P13 « J'ai demandé tout ce qui est LH, FSH. Estradiol, progestérone. Je crois que j'ai dû mettre la testostérone et puis après j'ai mis ... c'est tout je crois. »

Enfin, le bilan biologique est complété par l'exploration du bilan hépatique à la recherche de complications, type stéatose, et du bilan surrénalien :

- P5 « Donc j'ai demandé ... 17 OH progestérone ... Delta 4 euh ... Sulfate de DHA. »*
- P6 « Puis bilan transaminases, souvent il y a une stéatose hépatique associée. »*
- P7 « Je vais faire un bilan, on va dire, un bilan endocrinologique complet enfin un bilan hormonal complet avec la cortisolémie. »*

Cependant dans un cas d'acné, l'étude met en évidence que les médecins ne prescrivent pas de bilan biologique systématique si la plainte reste isolée :

- P7 « Donc de façon isolée ... le bilan d'acné ... enfin je ne fais jamais de bilan pour de l'acné de base. S'il y a que l'acné, j'avoue je ne me lancerai pas dans un bilan biologique. »*
- P10 « Non, pas d'emblée. Non. Non s'il n'y a pas de plainte au niveau menstruation, des cycles, douleurs pelviennes etc ... si c'est purement dermato je vais dire, je ne fais pas d'emblée un bilan. »*

b) Examen d'imagerie

Dans le cadre d'une hyperandrogénie, les examens complémentaires s'orientent vers la réalisation d'une échographie pelvienne, et parfois vers un scanner abdominal pour éliminer une pathologie surrénalienne :

- P1 « Après il y a des bilans biologiques et des échographies. »*
- P3 « C'est un bilan sanguin et puis une échographie pelvienne. »*
- P7 « Je vais rapidement à l'échographie pareil, en fonction du terrain plus ou moins, scanner abdominal d'emblée pour regarder au niveau surrénalien »*
- P10 « Une échographie évidemment pelvienne. Evidemment. »*

C. Infertilité

a) Examen gynécologique

La prise en charge de l'infertilité passe d'abord par un examen gynécologique, par la réalisation d'une courbe de température et la recherche d'une pilosité excessive :

P1 « Tout ce qui est infertilité en fait, je vérifie bon déjà, je vous dis il y a un examen gynécologique. »

P6 « Au niveau clinique avec les poils. [...] Courbe de température. »

b) Bilan biologique

Est ensuite fait un bilan biologique type qui comprend : une biologie dite générale sans plus de précision, une exploration des surrénales et une prolactinémie.

P4 « Si c'est des bilans d'infertilités, oui on fait une prolactinémie au labo. Prolactinémie, enfin le bébé quoi on va dire pour ... pas passer à côté des choses les plus évidentes. »

P6 « Le cortisol, le stress au niveau des surrénales. »

P7 « Et puis je fais quand même un bilan biologique on va dire assez standard. Je n'inclue pas tout ce qui est pathologie endocrinologique, enfin pathologie surrénalienne en tout cas et rénale dans mon bilan initial on va dire d'infertilité ou de trouble du cycle. Je pense plus à quelque chose de gynécologique d'abord en premier lieu. »

c) Examen d'imagerie

Des examens d'imageries peuvent avoir lieu, parmi lesquels on peut relever l'échographie pelvienne et l'hystérosalpingographie à la recherche d'une étiologie évidente :

P4 « Tout dépend le contexte qu'on est mais si c'est un contexte d'infertilité, souvent le médecin généraliste, enfin en tout cas moi, je prescris l'écho. C'est fait d'emblée quoi ... pour ne pas perdre de temps. »

P7 « Je fais une échographie pour être sûr qu'il n'y n'est pas de chose évidente à éliminer dans un premier temps. »

P9 « Voilà et après je m'arrête un petit peu c'est à dire qu'en général je passe la main avant de faire l'hystérosalpingographie parce que chacun à un petit peu ses habitudes. »

d) Conjoint inclus dans la prise en charge

Il est nécessaire d'inclure le conjoint dans la prise en charge. Celui-ci doit participer aux consultations afin de dépister toute pathologie susceptible d'expliquer l'infertilité du couple. Des examens complémentaires sont donc à réaliser chez le partenaire, notamment un spermogramme :

- P1 « Il y a un spermogramme aussi en général chez le partenaire parce que souvent on a tendance à l'oublier. »*
- P7 « J'invite fortement à faire venir le partenaire pour discuter un peu, voir si lui n'a pas d'antécédent. Réaliser un spermogramme si besoin. »*
- P11 « En fait on a fait un spermogramme et il y a un problème au niveau des spermatozoïdes. »*

e) Initiation et suivi

Le médecin généraliste peut choisir d'initier les premiers examens complémentaires du bilan d'infertilité, dit « bilan de débrouillage », puis d'assurer le suivi de 6 mois à 1 an et demi selon les pratiquants, avant de diriger les patientes vers un gynécologue.

Cependant, s'il se sent incapable de gérer la situation ou se trouve non-compétent, il les adresse directement au spécialiste d'organe. En effet, une consultation pour motif d'infertilité renvoie, pour certains, directement à une prise en charge médicalement assistée et donc à un domaine en dehors de leurs compétences.

- P1 « En général le suivi pour tout ce qui est infertilité, on peut le faire pendant aller ... bon déjà il faut vraiment diagnostiquer l'infertilité et il y a un suivi pendant 6 mois et si vraiment ça ne fonctionne pas après c'est adresser vers un spécialiste. »*
- P7 « J'adresse assez rapidement parce que je trouve c'est assez ... Les bilans qui sont généralement assez compliqués. Mais sinon c'est vrai que je passe facilement la main pour tout ce qui est ... en vue d'une PMA notamment, je passe la main assez rapidement. »*
- P9 « Il m'arrive de mettre un traitement. On va dire que je gère jusqu'à un an, un an et demi l'infertilité. J'essaie d'avancer un petit peu là-dessus. [...] Mais sinon c'est vrai que je fais le dépistage du début on va dire. »*

D. Dysménorrhées / Douleurs pelviennes

En présence de dysménorrhées, un traitement médicamenteux est initié en première intention, par antalgiques de palier I ou anti-inflammatoires non stéroïdiens. Si celui-ci n'est pas efficace, le médecin peut être amené à initier un traitement hormonal.

Dans le cadre de douleurs pelviennes, des examens complémentaires seront réalisés : échographie pelvienne voire IRM pelvienne.

P3 « Si ça marche bien avec le traitement médicamenteux, je n'irais pas plus loin. Par contre si ... le traitement médicamenteux ne marche pas ou si les douleurs sont de plus en plus intenses, j'irais demander des examens complémentaires. [...] En première intention, souvent les mamans elles ont déjà donné DOLIPRANE et SPASFON donc moi je passe sur ... l'ANTADYS ou PONSTYL. Et après, on peut passer sur un ... tout dépend de l'âge hein, après on peut passer sur une contraception. »

P5 « Après des échos pelviennes, on en demande régulièrement pour les dames qui ont des douleurs. »

P7 « Façon je prescris une écho et je prescris une IRM si besoin en fonction du terrain. »

6. Adapter la prise en charge

A. En fonction de l'âge

Le prise en charge des plaintes exprimées par les patientes est réalisée en fonction de la situation de la patiente, notamment de son âge :

P3 « Tout dépend si ... c'est des jeunes filles, si c'est des femmes. Alors ça dépend l'âge quand même. »

P10 « Ça dépend à quel âge on se situe, un trouble du cycle à 20 ans ou un trouble du cycle à 50 ans ce n'est pas pareil évidemment. »

P11 « Déjà ça dépend quel âge quoi. Parce que ... bon là j'en ai vu certaines ces temps derniers, c'était entre 14 et 16 ans. »

B. En fonction du médecin généraliste

La prise en charge gynécologique se fonde sur l'avis du médecin généraliste mais également sur la relation médecin-patient :

P8 « C'est vraiment en fonction de ce qui est déclaré, de la pathologie et puis du ressenti, notre ressenti. Et je vais dire, comme à chaque fois, la complicité qui existe entre le patient et le médecin pour moi est crucial. C'est le gage du mieux-être. Pas toujours de la guérison mais du mieux-être. Donc euh, si on est bien en phase avec notre patiente, il y a des choses qui marquent. »

IV. IMPLICATION DES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

1. Confrère médecin généraliste

Les médecins interrogés orientent parfois leurs patientes vers des confrères généralistes qui ont une formation complémentaire ou un diplôme plus spécifique en gynécologie :

- P2 « C'était mon collègue surtout qui faisait beaucoup, beaucoup de gynéco, elle posait les stérilets et tout. Mais qui a pris sa retraite ici au 1^{er} janvier. Donc là je travaille avec quelqu'un qui normalement devrait reprendre le ... la suite. »*
- P6 « Fonction des questions, je complémente plus ou moins mais même chose ça, j'en fais de moins en moins parce que j'ai un pote qui fait plus que ça et donc je lui envoie. Maintenant il est uniquement micro nutritionniste, il fait plus de médecine générale. J'ai pas mal d'endométriase par recrutement de la micro nutrition mais maintenant j'en ai de moins en moins parce que je lui envoie. »*
- P14 En fait mon associé AB (initiales du médecin pour respecter l'anonymat) a un DU de gynéco. Donc dans le cabinet la gynéco c'est plus lui qui gère. Mais quand c'est de la gynéco vraiment pure et dure c'est lui qui gère. »*

2. Gynécologue médical/Gynécologue-Obstétricien

La plupart des médecins de cette étude orientent d'emblée ou après avoir initié certains examens leurs patientes vers les gynécologues. Sont cités des gynécologues-obstétriciens ou des gynécologues médicaux qui travaillent en cabinet libéral ou en milieu hospitalier :

- P4 « L'infertilité, on réoriente très très vite, alors il faudra voir avec mon épouse, vers les gynéco qui sont un peu plus spécialisés là-dedans comme le CH peu importe. Pour le coup là ça va être plus une orientation de spécialité. C'est vraiment du suivi hospitalier. »
- P5 « Moi si j'ai une patiente qui a un problème d'infertilité, je l'adresse au spécialiste. Le bilan d'une aménorrhée tu vois je peux y aller, le bilan d'un hirsutisme je commence et puis je dis vous verrez le gynéco avec les résultats donc on gagne du temps. [...] J'adresse assez rapidement parce que je trouve que c'est assez ... Les bilans qui sont généralement assez compliqués. Mais sinon c'est vrai que je passe facilement la main pour tout ce qui est ... en vue d'une PMA notamment, je passe la main assez rapidement. Bah oui moi je dis : je ne trouve pas, j'adresse au gynécologue assez rapidement je ... si je trouve c'est bien, si je ne trouve pas je ne vais pas faire patienter les gens 50 ans, je ne vais pas leur raconter d'histoires non plus donc c'est vrai que j'adresse assez rapidement. J'adresse au gynéco soit où les gens ont déjà un suivi, soit le gynécologue du coin qui s'occupe de tous les problèmes gynéco en général. »
- P8 « Et dès le moment où c'est plus compliqué, pas hésiter à passer la main à nos confrères et consœurs spécialistes. Donc faut rassurer et je crois qu'il faut prendre tous les moyens. Donc la prise de tous les moyens c'est chacun sa spécialité. J'envoie la patiente, la plupart du temps, chez une spécialiste ou un spécialiste gynéco. C'est lui le professionnel le plus habile, le plus savant dans le domaine. »
- P10 « Bon après j'envoie chez le gynéco quand on a ce genre de diagnostic, c'est quand même ... On a la chance d'être en ville ici. »
- P14 « Par contre si j'ai besoin d'un avis gynéco, je bosse avec les gynécos du secteur. Après Mme RENOUF c'est déjà arrivé, je crois que j'ai déjà envoyé du monde. »

3. Sage-femme

A. Elargissement de leur domaine de compétences

Les sage-femmes ont vu leur domaine de compétences s'élargir, notamment dans le droit de prescription de la contraception et d'examens biologiques :

- P1 « Après il y a des sages -femmes aussi qui font des bilans. »
- P11 « Les sage-femmes ont aujourd'hui la possibilité de prescrire au niveau de la contraception. »

B. Installation en libéral

Le nombre de sage-femmes libérales a considérablement augmenté ces dernières années. Cela facilite l'accès des patientes à un suivi gynécologique et obstétrique :

- P1 « Il y a de plus en plus de sage-femmes installées donc ... elles font aussi ... elles sont d'accès plus facile comme elles sont plus nombreuses. »
- P10 « Il y a les sage-femmes aussi qu'il n'y avait pas à l'époque. C'est mieux, c'est leur métier bien sûr. »
- P12 « J'ai quand même de plus en plus de ... suivi gynéco-obstétrique qui a vraiment glissé vers les sage-femmes hein, depuis qu'il y en a beaucoup plus en libéral. »

4. Endocrinologue

Les médecins font souvent appel à l'endocrinologue devant une hyperpilosité ou une hyperandrogénie. Les examens complémentaires plus poussés comme une échographie centrale ou l'instauration d'un traitement en conséquence restent à l'appréciation du spécialiste :

- P2 « Heu ... pilosité, oui ça met déjà arriver. Bon je fais un bilan ... biologique de départ. Puis bon après j'avoue que j'envoie à l'endocrino en fait. Ouais, je les envoie. Si elle vient pour une hyperpilosité je pense que je l'enverrai chez l'endocrino. »
- P7 « Après c'est pareil, une fois que l'on a le diagnostic c'est généralement facilement orienté vers l'endocrinologue pour faire le bilan complémentaire et puis instaurer le traitement. En général, on trouve assez vite le diagnostic si c'est bien ça. Si ce n'est pas ça, c'est vrai que l'écho centrale j'adresse plutôt secondairement à l'endocrinologue quoi. Tout ce qui est central, un peu plus compliqué, un peu plus rare, c'est vrai que je passe la main assez facilement quoi. [...] Ça dépend un peu les symptômes au premier plan parce que tout ce qui était pilosité etc c'était plutôt l'endocrinologue pour lequel ça avait été adressé. »
- P13 « Hyperandrogénie, j'en ai aussi dans mes patientes qui ... qui en souffrent. Il y en a une qui est suivie par l'endocrinologue justement et chez qui a été introduit l'Aldactone. Là par exemple la patiente était vraiment embêtée par ... justement par une hyperandrogénie avec un hirsutisme important. »

5. Autres spécialistes d'organes

Certains praticiens considèrent l'aide du radiologue aussi importante que celle des spécialistes. En effet, grâce à l'échographie, l'examen permet de confirmer ou d'infirmer une hypothèse diagnostic. Pour d'autres, le recours au gynécologue reste néanmoins nécessaire.

Le dermatologue est souvent sollicité par la patiente ou son médecin, notamment dans les cas d'acné et d'hirsutisme.

Un cas exceptionnel a été relaté par l'un des professionnels interrogés, avec nécessité d'un recours au rhumatologue en raison de troubles de la marche liés à des douleurs pelviennes.

P6 « Tout à fait, c'est le radiologue qui fait le diagnostic, ce n'est pas nous quoi. Ou il valide ce que l'on pense mais ce n'est pas nous qui le faisons. »

P8 « Quand je demande une échographie comme je dis tout le temps ce n'est pas le radiologue. Le radiologue il est comme moi, il est généraliste sur toutes les radios. [...] Elle avait du mal à déambuler. J'ai eu beaucoup de mal à l'examiner et on s'est orienté sur un plan rhumatologique. J'ai passé la main à un confrère rhumatologue qui tout de suite a dit « Oulala ça a l'air d'être compliqué ». »

P9 Très vite je vais dire peut-être le relais, enfin ce n'est pas que le relais je le passe, c'est qui vont voir eux même le dermato. Voilà, je trouve mais voilà... après c'est peut-être un biais, mais je vois beaucoup moins de jeunes qui ont de l'acné, parce que très vite ils vont voir le dermato, enfin très vite ils consultent au niveau spécialisé quoi.

V. CONNAISSANCES DU MEDECIN GENERALISTE CONCERNANT LE SOPK

1. Pendant les études médicales

Les différents entretiens mettent en évidence que certains médecins ont commencés leur formation il y a environ 40 ans, avec pour conséquences une instruction faible sur le thème du SOPK, faute de connaissances sur le sujet, avec par la suite une évolution des méthodes d'enseignement.

Les jeunes médecins récemment installés, quant à eux, relatent l'instruction de ce syndrome pendant la période de l'externat, mais avec peu d'observation pratique et d'hypothèses diagnostic formulées pendant l'internat :

- P1 « Déjà du temps où je faisais mes études, le syndrome des ovaires polykystiques au niveau bio je ne suis pas sûre qu'il y avait ... qu'on nous apprenait beaucoup de choses. »*
- P7 « C'est vraiment tous les symptômes qu'on a appris à la fac dans les bouquins tout d'un coup, sinon ce serait trop facile. »*
- P9 « C'est-à-dire que moi mes études datent d'avant ... (Rires) avant 2003 donc du coup nous effectivement on procédait par triade et on avait beaucoup moins de, on va dire on avait beaucoup moins de ... de ... de ... d'échelle enfin de score. »*
- P13 « Après je trouve qu'on est quand même ... alors pendant l'externat en tout cas on nous en parle, en tout cas assez régulièrement après ...pendant l'internat ... C'est pendant les stages qu'on voit plutôt un peu mais pas énormément quoi. Heureusement qu'il y a la formation quand même pendant l'externat. »*

2. Prévalence

Avant de porter à la connaissance des médecins la prévalence du SOPK en France, aucun n'avait la réponse. Certains, loin de la réalité, pensent que le SOPK est une maladie rare, pour d'autres elle serait sous-estimée sans en avoir le chiffre exact :

- P4 « Ce que je n'ai pas en tête c'est la fréquence par contre. Est-ce qu'on ne le sous-estime par justement ? C'est possible. »*
- P6 « Je ne sais pas ce que ça donne en prévalence mais ça ne doit pas être des caisses ? C'est quoi la prévalence ? »*
- P7 « C'est quand même quelque chose de relativement rare par rapport à toutes les autres étiologies qui peuvent donner des infertilités, des troubles du cycle ou éventuellement une hyperpilosité juste isolée en tout cas. »*

Après avoir exposé le chiffre d'une femme sur dix atteintes en France, les médecins interrogés ont tous été surpris. Ils prennent conscience que le SOPK est une maladie fréquente, sous-diagnostiquée et peu médiatisée en comparaison au nombre de patientes touchées. Certains avouent avoir été négligents face au diagnostic et avoir des patientes qui en sont probablement atteintes sans le savoir :

- P3 « Ah, ça voudrait pouvoir dire que je suis passée à côté de plusieurs SOPK alors. Je suis surprise de la ... de la proportion de 1 femme sur 10 en fait. Je ne pensais pas que c'était aussi fréquent. »
- P4 « [...] Effectivement c'est plus fréquent que ce que l'on peut penser ou voir ici sur le terrain. A priori ce qu'il faut retenir c'est que c'est sous-estimé »
- P5 « Moi j'aurais dit une femme sur cent. Mais vraiment, je suis pas du tout dans ... dans le vrai là. »
- P6 « Ah ouais ! Je devrais en avoir tout plein quoi. C'est marrant une sur dix c'est énorme par rapport à l'endométriose et alors que l'endométriose tout le monde en parle quoi. Entre le test salivaire pour l'endométriose qui va sortir et l'OPK personne n'en parle. »
- P9 « ça peut jouer quand même de savoir qu'il y en a beaucoup tu vois, parce que on a l'impression que c'est quand même plus ... Alors c'est peut-être bête mais j'aurais dit plus une femme sur cent tu vois. Donc un sur dix c'est énorme parce que ça veut dire que je passe à côté de neuf sur dix [...] Donc du coup 90 % des syndromes... Nan mais voilà, faudrait que je sois effectivement plus vigilante. »
- P12 « Ce qui est quand même énorme. Donc c'est que c'est probablement sous diagnostiqué finalement. Ouais c'est pour ça, ça peut être intéressant finalement de parler de ce sujet-là. »
- P14 « Ça ne m'étonne pas parce que si on regarde comme ça ... enfin si on voit celles qui sont diagnostiquées, on se dit il y en a une sur 300, sur 400. Mais ouais je me doute, je me doute. J'allais dire 5 sur 100. Mais 10 sur 100. »

3. Profil de patiente

A. Poids

Pour les médecins interrogés, les patientes atteintes ont une tendance au surpoids et à l'obésité :

- P2 « Bah en fait c'est une dame qui ... il y a une obésité. »
- P9 « Alors si je ne me trompe pas, il y a le poids qui est dans les signes, nan ? Ou je me trompe complètement ? »

B. Age

Les participants ont conscience que le diagnostic doit être effectué de façon la plus précoce qu'il soit, tout en ignorant la tranche d'âge où il se révèle :

- P3 « Et c'est diagnostiqué à quel âge en général ? »
- P5 « Donc ouais, faudrait que ça soit évoqué de façon précoce.

4. Critères diagnostiques

A. Signes d'appel

Quand nous interrogeons les médecins sur leurs connaissances concernant les signes d'appel au diagnostic du SOPK, sont principalement cités : l'hirsutisme, l'hyperpilosité, les troubles du cycle ainsi que le morphotype (surpoids/obésité). Un arbre décisionnel est parfois utilisé pour permettre d'établir le diagnostic.

Au contraire, l'alopecie et l'acné de manière isolées ne sont pas retenues parmi les signes d'appel :

- | | |
|-----|---|
| P1 | <i>« C'est plus le morphotype surpoids / obésité puis avec des troubles menstruels. »</i> |
| P5 | <i>« J'ai un petit arbre décisionnel dans ma tête et puis voilà je le suis. »</i> |
| P6 | <i>« Bah l'hyperandrogénie, la rondeur ou l'obésité ... les troubles du cycle, l'hyperpilosité. »</i> |
| P7 | <i>« L'alopecie, j'avoue que je ne m'en rappelais pas non plus de ça. Dans le SOPK il y a l'alopecie ? Ok alors hirsutisme oui mais alopecie là par contre euh ... [...] Alors l'acné ça j'avoue que l'acné isolée jamais de la vie je ne penserai à un SOPK. Après trouble du cycle, je me dis que l'on fait quand même l'échographie, on fait le bilan biologique. Donc tomber dessus indirectement ... J'avoue que ... enfin je ne penserai pas à un SOPK en première intention, du coup je ne me dirai pas : « Ah il y a de l'acné du coup ça rentre peut-être dans un SOPK. » C'est vrai que franchement je n'y penserai pas. [...] L'hirsutisme, oui. L'alopecie, franchement je n'y aurai pas pensé au SOPK mais bon ça m'aurait quand même choqué d'avoir de l'alopecie jeune, j'aurai quand même cherché quelque chose mais j'avoue que je n'aurai pas pensé au SOPK en premier. »</i> |
| P9 | <i>« Je vais d'abord chercher quelque chose et je vais aller vers autre chose si jamais ... voilà. »</i> |
| P13 | <i>« L'hirsutisme et puis euh d'autre mais qui ne me viennent pas tout de suite. »</i> |

B. Critères de Rotterdam

En fin d'entretien, les participants étaient interrogés sur leurs connaissances concernant les critères de Rotterdam. La plupart n'en connaissait pas l'existence parce que leurs études médicales se sont terminées avant la publication des critères et qu'aucune communication n'a été faite les concernant.

En revanche, les médecins âgés d'une trentaine d'année en ont pris connaissance à un moment donné de leurs études, mais ne sont plus capables de les restituer :

- P3 « Alors après non, le diagnostic précis je ne sais pas s'il y a des critères particuliers ou pas. »
- P5 « Ah je n'étais pas née. Tu vois on a fini en 95. Rotterdam donc nan ... Non parce qu'il y a d'autres ... d'autres scores que l'on sait bien calculer qui n'existaient pas quand on était des étudiants et voilà ... pour l'angine, pour l'entorse, tout ça je sais mais Rotterdam pas du tout. »
- P7 « Je me rappelle de nom mais ... alors je serais incapable de les reciter. Ça c'est des choses qu'on ne révise pas et puis même quand on voit sur un compte rendu, j'avoue je n'ai pas re-regardé à quoi ça correspond. »
- P9 « Non je ne connaissais pas. Bon on n'est pas tout à fait loin tout compte fait, mais c'est vrai qu'on ne fonctionne pas par score quoi donc, je ne savais pas qu'il y en avait un pour le SOPK. »
- P10 « Je ne savais pas que ça existait. Donc je n'ai pas dû avoir de formation sur ça. »
- P11 « J'ai cru les lire quelque part mais je ne m'en souviens plus. »
- P13 « Ça remonte. (Rires) Ça me parle. Ça me parle, mais je ne m'en souviens plus. (Rires) »
- P14 « J'ai déjà vu ça. Je ne savais pas que ça s'appelait comme ça. »

5. Mise à jour des connaissances

Les participants ont été intéressés et motivés pour mettre à jour leurs connaissances sur le sujet.

Tous ont été curieux de connaître la composition des critères de Rotterdam, autant sur l'aspect échographique que sur le détail d'un bilan biologique standard. L'investigatrice a donc procédé à leur explication.

Finalement, ils se sont rendu compte qu'ils connaissaient les différentes catégories de façon isolée mais sans savoir qu'elles se regroupaient dans un score diagnostic :

- P3 « Puis de toute façon voilà ... faire des rappels ou faire des formations c'est toujours intéressant donc ..., parce que on ne pratique pas ou ... parce qu'il y a des nouvelles choses qui sortent ou des choses à un moment donné qui spontanément nous intéressaient pas et qui après peuvent nous interpeller. [...] Mais c'est bien de ... comme ça tu m'as rappelé les critères, ce qui est très bien, ça permet de ... voilà. »
- P4 « Donc 2 critères sur ces 3 mesures là suffisent à poser le diagnostic SOPK ? »
- P5 « Mais du coup quand tu as un gros ovaire tu as le diagnostic ? Enfin tu as un des critères diagnostiques ? »
- P7 « Je ne connaissais pas du tout l'histoire des volumes. Et du coup il y'a un bilan standard recommandé ou ... dans la suspicion de SOPK ou ... ? »
- P8 « Je pense que ça va nous aider tous hein pour construire quelque chose d'un petit peu plus costaud vis-à-vis de ce fameux diagnostic d'ovaires polykystiques. Donc oui, je suis très intéressé. »
- P9 « C'est bien j'ai appris quelque chose aujourd'hui. »
- P11 « 20 follicules sur un des deux ovaires ? Je croyais que c'était 11. J'ai fait une formation en écho il n'y a pas si longtemps que ça et ça a déjà changé. Si c'était 11 et toi tu me dis 20. [...] Bah écoutes merci de m'avoir rappelé. Je crois qu'on l'a dit dans les cours en échographie l'année dernière, mais je n'ai pas pu tout retenir. Honnêtement je dirais qu'en bilan biologique standard, voilà si tu me disais voilà : « Est-ce qu'il y a un bilan standard et quel est-il ? » Je ne serais pas trop répondre quoi. »
- P12 « C'est ... ouais je n'avais pas l'énoncé si clairement définit comme tu l'as fait là mais oui effectivement d'accord. Donc c'est les critères de Rotterdam ? Bon après c'est assez simple finalement, c'est facile à retenir. »

VI. DIAGNOSTIC DU SOPK EN MEDECINE GENERALE

1. Prévalence

L'étude révèle que le syndrome des ovaires polykystiques a été peu diagnostiqué parmi les patientes des médecins interrogés. On chiffre le nombre à deux voire trois personnes parmi la patientèle des praticiens. Ils n'ont même, pour certains, jamais été confrontés au syndrome.

Il serait plus fréquent de suivre une patiente avec de l'endométriose qu'un SOPK.

- P4 « J'ai tendance à dire oui mais on parle de 20 ans là, ce n'est pas quelque chose de récent. Donc actuellement et sur les dix dernières années on va dire non, ça c'est sûr. Peut-être qu'il y a bien longtemps en début d'installation j'ai pu voir ça, mais bon sans certitude. Dans tous mes bilans d'infertilité, parce que là j'en ai quand même quelques-uns, je n'ai pas cette notion d'ovaires polykystiques quoi, récent. »*
- P5 « Après moi le syndrome des ovaires polykystiques, j'en ai vu un en vingt ans peut-être tu vois. Je n'ai pas de recrutement, pourtant je fais de la gynéco mais ... Je te dis je n'en ai pas dans mes patientes actuellement. »*
- P6 « Autant j'ai des endométrioses, nan SOPK je n'ai pas. »*
- P7 « Je n'ai pas vu nan, je n'ai pas vu une seule patiente avec un SOPK. »*
- P11 « Donc entre les deux, pour moi jusqu'à présent j'ai vu plus d'endométriose que d'ovaires polykystiques. »*

2. Eléments favorisant le diagnostic

A. Antécédents personnels

La présence d'un trouble des conduites alimentaires et certains traitements agressifs comme la radiothérapie ou la chimiothérapie peuvent être un terrain propice au développement du SOPK :

- P2 « Elle est suivie donc heu ... chez monsieur LAURENT à Beuvry. Qui a des troubles psychologiques aussi. Je n'ai pas de diabète mais qui a des comportements ... des troubles des comportements alimentaires quoi en fait ... »*
- P7 « Il y a des choses un peu plus rares, tout ce qui va être antécédents de radiothérapie, chimiothérapie qui peuvent jouer un petit peu. »*

B. Antécédents familiaux

La présence du syndrome des ovaires polykystiques chez les ascendants permet de confirmer l'hypothèse diagnostic en présence de symptômes typiques :

- P5 « Surtout qu'elle m'a dit : « ma mère était comme ça et ma grand-mère aussi. » Ah ! Donc voilà. »*
- P7 « Bah les antécédents familiaux généralement, c'est quand même déjà pas mal là-dessus. »*

C. Signes d'appels

a) Trouble du cycle

L'aménorrhée secondaire, les cycles longs ou irréguliers sont autant de symptômes que peut présenter la patiente atteinte de SOPK :

- P1 « Enfin moi tous les cas que j'ai eu, c'était ça en fait, ils avaient ... il y a eu des aménorrhées. »*
- P13 « Il y a des anomalies de cycle des choses comme ça. [...] Les anomalies de cycles, si la patiente présente des cycles longs. »*
- P14 « Bah la clinique. Les cycles irréguliers. »*

b) Hyperandrogénie

Parmi les symptômes d'hyperandrogénie qui doivent faire rechercher un SOPK, on retrouve : l'hirsutisme, la pilosité et dans une moindre mesure l'acné.

- P1 « L'acné je n'y pense pas régulièrement sauf s'il y a un contexte autre, parce que l'acné c'est quand même assez classique à l'adolescence. »*
- P2 « Il y a certain type de personne aussi dans les ovaires polykystiques. Faut y penser dans ... un hirsutisme. »*
- P3 « Moi c'est plus sur un hirsutisme. Elle avait un petit peu d'hirsutisme, ce n'était pas fla ... ce n'était pas énorme mais voilà il y avait ça. »*
- P4 « On va dire le ... le diagnostic, il est souvent posé dans ces bilans-là, dans le cadre de l'hirsutisme. »*
- P9 « Une des consultations, les premières c'était un petit peu de pilosité euh anormale, enfin qu'elle trouvait anormale et puis elle avait trouvé, enfin dans la nuque que ses cheveux avaient poussés. »*

c) Association de symptômes

Ce peut être aussi lors de l'association de symptômes que le diagnostic de SOPK est évoqué. On retrouve par exemple l'association : trouble du cycle et pilosité ou l'association infertilité et trouble du cycle ou encore trouble du cycle et dysménorrhée.

- P1 « Ouais, en fait les jeunes filles qui ont, bah qui ont des troubles des règles, des dysménorrhées. »
- P7 « Après effectivement c'est tout ce qui va être hyperpilosité avec troubles du cycle associé.
Il n'y a quand même pas beaucoup de pathologie où il y a une hyperpilosité avec des troubles du cycle associés. [...] Donc c'est vraiment je pense la pilosité qui fait penser à un problème endocrinologique et associé à un trouble gynécologique qui va faire penser au SOPK mais moi je ne vois pas d'autres symptômes évidents on va dire de ... où on y pense très facilement au cours de la première consultation en tout cas. »
- P14 « Voilà infertilité, cycles irréguliers. »

d) Infertilité

Pour les médecins participant à l'étude, le diagnostic de SOPK est souvent réalisé au cours de la mise en évidence d'une infertilité du couple devant un désir de grossesse :

- P2 « Dans ses antécédents, il y a un syndrome des ovaires polykystiques et il y a une infertilité. »
- P4 « On va dire le ... le diagnostic, il est souvent posé dans ces bilans là, dans le cadre de l'infertilité. »
- P14 « Parce qu'en règle générale c'est dans l'infertilité qu'on les trouve. C'est surtout là qu'on les trouve. »

e) Douleurs de localisations diverses

Parmi les douleurs, celles qui peuvent être rencontrées dans le SOPK sont des dysménorrhées, des douleurs pelviennes et des douleurs projetées d'origine abdominale :

- P3 « Une femme si ... il y a des douleurs pendant les règles. Si des douleurs pelviennes importantes voilà. Ouais, souvent c'était ça. Ses douleurs pelviennes qui étaient importantes. »
- P8 « Bah j'oserai dire que la pathologie la plus fréquemment rencontrée, c'est quand même les douleurs. [...] Voilà, elle vient me voir, 34 ans, un petit bébé 2 mois et demi et elle vient me voir avec deux cannes. Elle déambule comme elle peut, en se déhanchant. Mais c'est une dame qu'on n'arrivait pas à allonger sur la table d'examen tellement les douleurs étaient fortes. Mais les douleurs projetées existent. Ce n'est pas toujours au niveau de l'ovaire que l'on a les douleurs. »
- P9 « Des douleurs on va dire ouais douleurs pelviennes, je dirais en tout cas si j'ai ça, je me poserai la question. »

D. Signes cliniques

Lors de l'examen clinique, les signes à type de buffalo-neck, de vergetures, d'*acanthosis nigricans* (marqueur d'hyperinsulinisme) et le syndrome métabolique sont le plus souvent retrouvés par les médecins et peuvent orienter le diagnostic :

*P1 « Après il y a l'acanthosis nigricans aussi qui est souvent associé. Donc souvent c'est avec un hyperinsulinisme.
Moi souvent le signe clinique que je retrouve c'est l'acanthosis nigricans ... quand il y a ça ... ce n'est pas forcément pathognomonique mais il faut y penser quoi. »*

E. Faisceau d'arguments

Certains médecins considèrent que le diagnostic de SOPK ne se fonde pas sur un critère unique mais sur un faisceau d'arguments. Celui-ci comprend des symptômes (troubles du cycle, hirsutisme, acné) et des signes physiques (*acanthosis nigricans*), des dosages hormonaux perturbés et des éléments d'orientation en échographie

P12 « Que ce soit l'ensemble des examens complémentaires, que ce soit les ... les troubles du cycle, les ... les dosages hormonaux perturbés ou l'écho. Enfin c'est le faisceau ... le faisceau d'arguments un petit peu qui conduit à ça quoi. »

P13 « Après bon ce n'est pas non plus un diagnostic « il y a ça = ça » c'est ... faut faire ... Voilà des petites choses qui font qu'on s'oriente vers ça. [...] Là c'est plusieurs choses qui vont nous faire remonter vers un ... vers un SOPK. »

P14 « C'est sûr que si cliniquement on a un hirsutisme, un acanthosis ou ... et puis que l'on voit, comment dire ... Et de l'acné et puis que l'on fait un bilan, qu'il y a une testo qui est élevée, on fait l'écho pelvienne. Si à l'écho pelvienne il nous répond, les ovaires sont fortement évocateur bon là on a quand même des éléments. »

3. Profil des patientes atteintes

A. Age

Les patientes atteintes semblent avoir un profil assez jeune. Les médecins évoquent plutôt des adolescentes ou des patientes de moins de 30 ans :

P2 « C'était une jeune demoiselle d'une vingtaine d'année. »

P3 « Elle était jeune. Elle avait une vingtaine d'année, ouais 20-23 ans. »

P5 « Mais oui effectivement, si je vois une jeune qui a vraiment le profil type euh... pourquoi pas hein. »

P14 « Bon elle était jeune à l'époque, je crois qu'elle avait 15-16 ans. »

B. Poids

Pratiquement tous les médecins sont en accord pour dire qu'il existe une relation entre le SOPK et le facteur poids. Le plus souvent, il est constaté un surpoids ou une obésité chez les patientes atteintes.

Le morphotype de la population évolue, avec une tendance à la prise de poids et donc une augmentation du risque d'atteinte au SOPK.

- P1 « Il y a plusieurs... plusieurs morphotypes. Après il y a aussi des jeunes filles qui sont en surpoids, en obésité. Vu l'évolution des morphotypes de la population surtout en post-covid avec la prise de poids, on a tous étaient concernés par une prise de poids et les ados ... ils ont tous pris entre 5 et 10 kilos donc nos adolescentes elles sont plus à risque de tout ça. »*
- P2 « Il y a certain type de personne aussi dans les ovaires polykystiques. Il faut y penser dans une obésité, des choses comme ça. »*
- P3 « Si c'est une personne qui est ... comment dire, qui est légèrement en surpoids ou surpoids voilà il y a pas mal de facteurs qui font penser plus ou moins à ça. »*
- P11 « Par contre il y a des profils. Ma femme est un peu enveloppée donc en fait les ovaires polykystiques, je pense qu'il y en a qui disent que c'est aussi en rapport avec le poids. »*
- P13 « Après on suspecte souvent ... Bon il doit y avoir un syndrome des ovaires polykystiques chez certaines patientes parce que bon il y a un surpoids. »*

4. Examen

A. Examen clinique

L'examen clinique reste important dans la pratique des médecins généralistes. Certains ne se basent que sur celui-ci pour effectuer le diagnostic :

- P1 « Moi je suis plus clinicienne. »*
- P14 « Après cliniquement, voir si on a des choses qui peuvent nous orienter. Voilà en fait, tout va dépendre un peu de l'interrogatoire et l'examen clinique de départ. »*

B. Examen complémentaire

a) Biologie

En ce qui concerne le bilan biologique, les praticiens prescrivent divers dosages pour permettre de poser le diagnostic et surveiller les complications éventuelles.

Sont notamment explorés : l'axe gonadotrope, au niveau centrale (LH/ FSH) et périphérique (Œstradiol, progestérone, testostérone) ; l'axe lactotrope (prolactine) ; l'axe thyroïdienne (TSH) ; les surrénales (testostérone) ; le métabolisme du sucre et du cholestérol et la réserve ovarienne (AMH).

- P7 « Je fais quand même estradiol, progestérone quand même pour voir si ça ne vient pas au niveau ovarien ou utérin. »*
- P10 « Parfois le bilan hormonal de base euh, œstradiol, progestérone. Aussi peut être effectivement la biologie justement avec la testostérone en plus peut être. »*
- P11 « Souvent je demande quand même la FSH, LH. Là je vais demander la prolactine. Après tu dis hyperandrogénie ... parce que cette dame dont je parle il y avait quand même une pilosité qui était quand même assez prononcée donc je crois que j'ai dû tester la testostérone. »*
- P13 « J'ai demandé tout ce qui est LH, FSH, œstradiol. Après j'ai mis l'AMH aussi parce que ça on oublie de le mettre. »*
- P14 « Donc en fait quand elle a fait son bilan, elle avait une testo élevée. Je fais une glycémie, je fais des choses comme ça pour voir un peu s'il n'y a pas ... s'il n'y a pas d'autres choses à voir. »*

b) Imagerie

L'examen d'imagerie le plus effectué par les praticiens en première intention est l'échographie pelvienne. Elle peut être réalisée par le radiologue à la recherche d'éléments évocateurs du diagnostic ou par le médecin généraliste au cabinet. Certains ont d'ailleurs mis en évidence l'aspect kystique des ovaires en échographie puis leur disparition signant leur caractère fonctionnel.

Puis, l'IRM pelvienne peut dans certaines situations être réalisée, quand il subsiste un doute sur l'aspect ovarien après l'échographie.

- P3 « J'ai demandé une écho et puis euh Il y avait des ovaires polykystiques. »
- P4 « Tout dépend le contexte qu'on est mais si c'est un contexte d'infertilité, souvent le médecin généraliste, enfin en tout cas moi, je prescris l'écho. C'est fait d'emblée quoi ... pour ne pas perdre de temps. »
- P9 « On a été jusqu'à une IRM ensuite. Il y avait un kyste qu'il ne voyait pas bien apparemment donc bon, voilà l'IRM qui a été faite. »
- P10 « Une échographie évidemment pelvienne. Evidemment. Ça met sûrement arriver de voir revenir une échographie avec une suspicion. Mais oui, j'ai déjà dû avoir des diagnostics revenus sur échographie avec ça. Le diagnostic c'est effectivement plus les examens d'imageries quand même. »
- P11 « Disons que la polykystose je n'ai pas forcément ... c'est plutôt en écho où je vois quand même qu'il y a pas mal de kystes et, après souvent je passe la main sur ce sujet-là parce que euh, je ne me sens pas assez fort en échographie pour faire ce diagnostic-là à moi tout seul. [...] Mais pour l'instant, j'avoue que moi mon expérience je n'ai pas vu des gens qui en avaient 20. Je voyais deux, trois à un moment donné et après ça disparaît. Donc c'est fonctionnel quoi. »
- P14 « On fait l'écho pelvienne. Si à l'écho pelvienne il nous répond : « Les ovaires sont fortement évocateur », bon là on a quand même des éléments. »

5. Diagnostics différentiels

Les principaux diagnostics différentiels évoqués par les médecins s'intègrent dans deux catégories :

- Aménorrhée : exclure une grossesse ou un adénome à prolactine,
- Douleurs pelviennes : exclure une endométriose, un kyste ovarien ou une torsion d'annexe.

- P4 « J'en ai peut-être plus en ce moment, mais j'ai déjà eu 2-3 adénomes à prolactines enfin des ... voilà, c'est des choses qu'on peut voir en médecine générale et qu'on peut dépister facilement quoi. [...] Si c'est dans le cadre de complications, que ce soit ... rupture, torsion. »
- P5 « Bah déjà éliminer une grossesse. [...] Franchement, je crois que j'ai vu plus de personne qui était en aménorrhée avec un adénome à prolactine, j'en ai diagnostiqué au moins trois depuis que je suis à Haillicourt que des ovaires polykystiques. »
- P8 « J'ai parlé d'endométriose et ça me va bien le comparatif. [...] Elle avait du mal à déambuler. J'ai eu beaucoup de mal à l'examiner et on s'est orienté sur un plan rhumatologique. Il y avait eu des rhumatismes comme ça au jeune âge qui faisaient penser à un rhumatisme chronique, mais il n'y avait pas du tout les éléments au niveau de la bio. Donc ça ne confortait pas le rhumatologue, qui l'a envoyé, en voyant quelqu'un de jeune, 34 ans, qui l'a envoyé être hospitalisée pour être bilantée par ses confrères et consœurs. Mais moi pour moi, je n'étais pas orienté gynéco. J'étais euh ... moi on vient me voir, je n'arrive plus à marcher, j'ai une grosse douleur qui me donne dans les deux fesses, voilà. »
- P11 « Parce que ce n'est pas évidemment entre l'endométriose et les ovaires polykystiques. Parce que on a à la fois une infertilité et on a des douleurs pelviennes. »

6. SOPK, une pathologie multifactorielle

Le SOPK est considéré comme vaste et multifactoriel étant donnée la diversité des présentations cliniques. Selon les médecins, il existe différents stades dans la maladie :

- P3 « Une femme si ... il y a des douleurs pendant les règles si ... voilà c'est multifactoriel. »
- P4 « Je n'ai pas le souvenir quoi de gens qui font des bilans plus poussés pour ça, pour un syndrome des ovaires polykystiques sauf certainement à des stades très avancés où il y a déjà des complications mécaniques quoi on va dire, au niveau ovarien avec ... avec des douleurs, des choses comme ça. »
- P8 « Bah les ovaires polykystiques ça peut être vraiment, de moultes facettes. Donc les moultes facettes font en sorte que quand on y pense, on fait ce qu'il faut et ce n'est pas toujours évident. [...] Il n'y a rien de stéréotypé. Donc c'est un truc très vaste les ovaires polykystiques. »

Il peut subvenir une association de syndrome, par exemple SOPK et polykystose rénale :

P4 « Euh ... des polykystoses, non. Parce que je réfléchis, j'ai eu des rénales où il n'y avait pas trop d'atteinte ... parce que des fois dans les rénales on a une atteinte utérine ou autre, là qui était purement rénale. »

7. Acteurs du diagnostic

Le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques est un diagnostic d'élimination.

Les médecins interrogés déclarent ne pas avoir fait eux même le diagnostic de SOPK. En général, ils ont une forte suspicion en fonction de l'interrogatoire et de l'examen clinique mais le diagnostic final est porté soit par le radiologue après réalisation de l'échographie pelvienne, soit par le gynécologue ou l'endocrinologue après réorientation de la patiente.

Un seul praticien nous a déclaré avoir réalisé le diagnostic de façon fortuite alors que les symptômes n'étaient pas orientés vers la sphère gynécologique.

P3 « Alors euh ... comme je te le disais tout à l'heure, moi la seule fois où j'ai eu un diagnostic posé, ce n'est pas moi qui l'ai posé au final ... moi, on avait juste une suspicion d'un syndrome des ovaires polykystiques. Ce n'était pas de mon chef, de mon propre chef, je n'ai pas de souvenir là-dessus. »

P6 « Ce n'est pas moi qui fais le diagnostic quoi en gros. C'est le radiologue qui fait le diagnostic, ce n'est pas nous quoi. Ou il valide ce que l'on pense mais ce n'est pas nous qui faisons. »

P7 « Mais c'est vrai que je ne pense pas avoir fait le diagnostic de SOPK depuis la fin de mon internat. Nan je ne pense pas. Alors j'avoue que quand j'étais remplaçant c'était ... de souvenir c'était surtout ... oui ... la moitié du temps à peu près c'était soit le gynéco soit l'endocrinologue. »

P8 « Moi je crois que j'ai fait un beau diagnostic franchement ... au tir à l'arc hein. Et je suis convaincu que ceux sont des ovaires polykystiques »

8. Délai au diagnostic

Le SOPK est qualifié de pathologie fréquente pour certains, bien qu'il reste pourtant complexe à diagnostiquer et mal dépisté.

- P2 « Je pense que c'est difficile quand même à diagnostiquer. Faut faire tout un bilan quand même avant, c'est assez complexe. »
- P8 « Alors moi j'estime que c'est très fréquent les ovaires polykystiques. [...] Mais c'est mal dépisté. Voilà mon ressenti. »
- P10 « Alors en tant que généraliste c'est toujours difficile, le plus fréquent je pense que c'est quand même le syndrome des ovaires polykystiques on va dire. Je pense que c'est le plus fréquent, dans ce domaine-là. C'est ce que l'on doit rechercher en priorité évidemment c'est pour ça que l'échographie est quand même intéressante. [...] Ce n'est pas un diagnostic tout simple. Ce n'est pas aussi simple qu'on peut le penser. Si, si. Si moi je dirais que ce n'est pas toujours facile. »

Pour d'autres médecins, le SOPK est plutôt sous-diagnostiqué. Un dépistage précoce est donc préconisé (dès l'adolescence ou le jeune adulte) afin de réduire l'écart entre le début des symptômes et le diagnostic final :

- P1 « Moi les cas que j'ai eu et que j'ai, c'est souvent un diagnostic assez précoce quand même. C'est fait C'est fait à l'adolescence ou lors de l'âge adulte assez jeune. »
- P7 « Donc en pratique il y a quand même un retard diagnostic, enfin je pense qu'avec l'aide du spécialiste on arrive quand même à trouver le diagnostic, parce que généralement ça arrive quand même assez fréquemment. Je pense que lui, il est assez à même de faire le diagnostic rapidement. Mais je pense qu'il y a quand même quelques mois avant que l'on finisse par faire le diagnostic entre le moment où les gens sont venus en consultation parce qu'ils avaient des symptômes et où on fait le diagnostic. »
- P9 « Oh bah il n'y en a pas. Il n'y en a pas beaucoup. Alors peut être certainement pas assez diagnostiqué mais c'est vrai qu'il n'y en a pas beaucoup. Nan ça passe à la trappe donc je pense du coup qu'il y a un ... qu'il y a un ...une hypo enfin, on ne diagnostique pas assez. Ou alors je suis passée à côté sans ... (Rires) sans le savoir. »
- P12 « C'est ce qui est probablement sous diagnostiqué finalement, ouais. Ouais c'est pour ça, ça peut être intéressant finalement de parler de ce sujet-là. »
- P14 « Je pense qu'il y en a pas mal qui passent ... qui passent à travers les mailles du filet. »

VII. FREINS POTENTIELS

1. Liés au médecin

A. Aucun frein

Le plus fréquemment, les médecins insistent sur le fait de ne pas avoir de freins à titre personnel :

- P1 « Je n'ai pas l'impression que ce soit très très complexe à diagnostiquer mais bon après je me trompe peut-être. Moi je ne vois pas d'obstacles mais bon ... »*
- P3 « Pour moi non, pas trop compliqué non. A priori non. Le diagnostic, il n'est pas ... pas trop difficile. »*
- P4 « Alors oui, je pense qu'il est facile à faire (sourit) parce que à priori en échographie on a déjà une bonne approche. Donc non je dirais qu'au niveau diagnostic ce n'est pas quelque chose qui me semble... qui me semble compliqué quoi. »*
- P14 « Bah disons quand c'est assez caricatural (Silence) [...] Ce n'est pas compliqué quand on a une patiente qui vient nous voir : « voilà je suis embêtée parce que j'ai du duvet qui pousse puis j'ai des cycles irréguliers ». Voilà le cas caricatural ça va. »*

B. Manque d'automatisme

Ils évoquent néanmoins le défaut d'automatisme au diagnostic du SOPK comme l'une des limitations. Le SOPK est peu rencontré dans leur pratique clinique, d'où un diagnostic non-évoqué en première intention :

- P1 « Mais c'est vrai que dans l'hyperandrogénie je ne vais pas forcément penser en premier lieu à un problème des ovaires polykystiques en fait. Ouais parce que ce n'est pas un automatisme en fait. »
- P2 « Il y a certain type de personnes aussi dans les ovaires polykystiques. Il faut y penser dans ... un hirsutisme, une obésité, des choses comme ça. Ça peut être que l'on n'y pense pas, systématiquement. »
- P4 « S'il y a peu ou pas de clinique, effectivement ce n'est pas quelque chose qui va nous faire « tilt » spontanément quoi. »
- P5 « Mais comme c'est quelque chose que tu n'as pas l'habitude de voir, tu n'as pas les automatismes hein, ça c'est sûr. »
- P6 « C'est parce que l'on n'y pense pas, c'est très simple. On trouve que ce que l'on cherche. »
- P7 « Enfin moi personnellement je n'y pense pas ... je n'y pense pas en premier quoi. C'est sûr. Ce n'est pas quelque chose auquel je pense en première intention parce que ce n'est pas quelque chose de fréquent. »
- P10 « C'est juste qui faut peut-être y penser effectivement, on n'est pas toujours tout de suite dans le diagnostic. C'est quand il y a l'association des symptômes qu'on y pense. Après le diagnostic effectivement on est aidé par la paraclinique ... Et oui, ce n'est pas un diagnostic que l'on fait comme ça dans le cabinet simplement. Ça c'est sur oui. Faut déjà aller chercher le diagnostic, y penser et aller le chercher. »

C. Cas concrets en pratique clinique

Ce manque d'automatisme au diagnostic peut s'expliquer par le manque de cas clinique concrets dans la pratique :

- P4 « Je n'en ai pas en tête là aujourd'hui et ... auparavant ce n'est pas moi qui gérais et si j'en ai eu une, c'était il y a vraiment longtemps. Ce que je disais, à part toi, ça fait tellement longtemps qu'on n'en a pas causé. »
- P5 « Après moi le syndrome des ovaires polykystiques, j'en ai vu un en vingt ans peut-être tu vois. Je n'ai pas de recrutement, pourtant je fais de la gynéco mais ... »
- P10 « Je ne saurais pas te dire. Je n'ai pas d'exemple récent. En fait je n'ai pas d'exemple récent du tout. C'est vrai que je n'en ai pas eu récemment. »
- P13 « Après de tête comme ça je n'en ai pas forcément dans mes patients qui ont été diagnostiqués, en tout cas avec moi. »

D. Manque de confiance

Un manque de confiance en soi des médecins généralistes est exprimé. La prise en charge de l'hyperandrogénie et de l'infertilité est souvent déléguée aux gynécologues. Les praticiens interrogés s'estiment non compétents pour le comptage folliculaire en échographie et pour affirmer le diagnostic de SOPK :

- P5 « Je ne vais pas faire le bilan d'infertilité ! Le bilan d'une aménorrhée tu vois je peux y aller, le bilan d'un hirsutisme je commence et puis je dis vous verrez le gynéco avec les résultats donc on gagne du temps. Mais non un bilan d'infertilité je ne le fais pas. C'est pas du tout dans mes cordes. »*
- P6 « Je pense ... enfin je ne suis pas assez bon ...enfin je ne me vois pas en médecine générale dire que c'est ... c'est ça quoi. »*
- P9 « L'hyperandrogénie je passe peut-être plus vite le relais. Je suis moins à l'aise, voilà, je suis moins à l'aise dans le bilan de façon générale. »*
- P11 « Je ne m'estime pas assez compétent pour calculer exactement le nombre de kystes, etc. ... moi après la sonde gynécologique pour les femmes plus âgées, je l'ai depuis le mois de juin l'année dernière. Je ne pense pas que je l'avais quand tu étais là ?
C'est plutôt en écho où je vois quand même qu'il y a pas mal de kystes et, après souvent je passe la main sur ce sujet-là parce que, je ne me sens pas assez fort en échographie pour faire ce diagnostic-là à moi tout seul. »*

E. Défaut de formation

Que ce soit pendant les études médicales ou lors des formations continues, l'information sur le SOPK fait défaut. Les thèmes proposés sont souvent redondants :

- P4 « On n'y est peut-être pas sensibilisé énormément pendant notre cursus, je n'en sais rien. Pas beaucoup, en tout cas pas dans le sens où j'ai retenu que c'était une patiente sur dix ou que ça pouvait correspondre à une patiente sur dix. »
- P9 « Tu vois par exemple ce n'est pas une des FMC que j'ai fait récemment. Alors que voilà, j'ai fait des frottis, j'ai fait un jour sur l'implant parce qu'il fallait changer la position ... enfin voilà sur l'endométriome aussi. L'endométriome j'en ai déjà fait deux. Alors qu'en fait c'est vrai que ça, je n'ai pas fait de formation récente. Voilà. C'est peut-être aussi notre frein. Parce que quand je regarde les formations continues, je m'aperçois que c'est souvent les mêmes ... Les mêmes titres et puis qu'à un moment donné, enfin voilà on en fait une, on en fait deux, on en fait trois ... »
- P10 « Je n'ai pas dû avoir de formation sur ça. On n'a pas eu de formation gynéco depuis longtemps je pense. »
- P14 « Et voilà c'est pareil les FMC, avant quand j'allais à la FMC à Bruay c'était je ne sais pas ... il y en avait quoi 10 sessions par an. En 10 sessions, il faut avoir du bol pour tomber sur le SOPK. C'est toujours pareil. Le problème c'est toujours le même. Il faudrait avoir des formations sur toutes les spécialités. C'est impossible. C'est impossible. »

Un manque de formation à l'échographie ressort également, ce qui limite les investigations :

- P1 « Nan, moi je ne fais pas d'écho. »
- P3 « Pas de formation pour. Donc voilà. »

Les médecins interrogés évoquent aussi leur méconnaissance des nouvelles recommandations relatives au syndrome des ovaires polykystiques, notamment dans la recherche des critères de Rotterdam :

- P4 « Ce n'est pas quelque chose qui ... qui nous fait « tilt » nous tout de suite. Souvent nous quand on annonce syndrome des ovaires polykystiques, on estime que ce n'est pas du quotidien pour nous, enfin j'imagine. »
- P11 « La preuve en est c'est que moi j'ai fait une formation en écho il n'y a pas si longtemps et ça a déjà changé. Si c'était 11 et toi tu me dis 20. »
- P12 « Je ne suis peut-être pas très au fait de tout ce qui ... des dernières choses qui ... qui ont été mises en évidence là-dessus peut-être pour faciliter le diagnostic. Je ne sais pas, ça se trouve j'ai ... j'ai peut-être des lacunes là dessus. »

F. Les facteurs intrinsèques au professionnel

La pratique de la gynécologie et donc l'éventualité d'un diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques en médecine générale est remise en question en fonction du genre du médecin généraliste. En effet, les résultats montrent que les médecins hommes sont moins intéressés et pratiquent moins la gynécologie en libéral.

P3 « Comme la population de médecins généralistes qui fait de la gynéco c'est surtout à mon avis, beaucoup de femmes qui font ça et peu d'hommes, les hommes ne sont pas toujours très intéressés par le sujet. »

P11 « Moi je suis un homme donc c'est sûr que c'est plus délicat. »

Le facteur générationnel est également évoqué comme une des limitations :

P4 « Parce que c'est un peu ancien aussi pour moi. Je pense, c'est ce que les médecins doivent te dire, peut être les plus jeunes, ça leurs parlent plus qu'à nous quoi et encore ... Je pense que ça leur causera peut-être plus mais nous on fait partie de cette génération qui n'a pas été sensibilisé là-dessus. Bah à l'époque, les problèmes gynéco c'était les gynéco et point barre. »

P5 « Tu vas avoir des médecins installés depuis moins de cinq ans et ils les connaissent peut-être. »

P6 « Ma formation, elle a plus de 35 ans si ce n'est pas 40. »

P11 « Tu es plus jeune que moi. Je dirais que tu es plutôt l'avenir d'une certaine façon. (Rires) Parce que moi j'ai quand même 60 ans, tu m'as demandé mon âge. Depuis moi, aujourd'hui et ce que j'ai connu, il y a quand même un tournant. »

Les réponses apportées mettent en évidence que la pratique de la gynécologie, les actes techniques réalisés comme les prélèvements cervico-vaginaux, l'annonce d'une infertilité et, le cas échéant, la mise en place d'un traitement ne font pas partie des domaines de compétences des médecins généralistes interrogés.

- P6 « Je ne suis plus assez bon donc j'envoie à quelqu'un qui est ... voilà je considère que si on ne fait pas bien quelque chose, il ne faut pas le faire. »
- P7 « Avant de me lancer dans un bilan hormonal, qui je pense sont plus compliqués et qui sont plus forcément de mon ressort, et puis surtout c'est des choses que je maîtrise un peu moins bien donc je n'aime pas faire des demi-bilans qui finalement sont refaits une deuxième fois après par le spécialiste. Je trouve que c'est un peu une perte de temps, une perte d'argent pour les gens. »
- P10 « Alors là je ne suis pas une grande spécialiste, je ne suis pas gynéco non plus. C'est toujours compliqué la médecine générale c'est tellement vaste qu'on ne peut pas être à fond dans tout, tout le temps à chaque personne. »
- P11 « C'est-à-dire que même si j'ai un doute, je ne suis pas gynécologue, je suis généraliste donc, après c'est un ... pour moi ça m'oriente mais euh, si c'est une femme qui désire des enfants, je vais dire je ne suis pas compétent pour... pour lui donner un traitement vraiment spécifique dont je m'estime. Ce n'est peut-être déjà pas mon rôle d'annoncer la chose à la patiente. Je ne suis pas spécialiste du domaine. »
- P12 « Donc je pars du principe que ce que je ne fais pas beaucoup je ne le fais pas forcément bien donc je ne préfère pas le faire. Après le frein, je ne suis pas non plus un spécialiste de ça. »

Un seul médecin se dit être compétent pour prendre en charge une étiologie d'origine périphérique :

- P7 « On va dire que je suis plutôt assez à l'aise avec tout ce qui est périphérique. »

La notion de réassurance envers la patiente ou le couple est évoquée. Certaines pathologies sont émotionnellement complexes à prendre en charge, les médecins se sentent donc parfois désarmés face à l'aspect psychologique :

- P2 « Quand il y a un désir de grossesse, c'est encore plus compliqué. Ce n'est pas évident de trouver les mots. C'est surtout ça. »
- P8 « Parce que souvent quand on voit arriver la dame ou le couple, il y a quand même beaucoup d'attentes, beaucoup d'espoirs, beaucoup d'angoisses. Donc il faut rassurer et je crois qu'il faut prendre tous les moyens. Donc là prise de tous les moyens c'est chacun sa spécialité. »

Le manque d'intérêt pour le sujet se fait ressentir, aussi bien dans les formations que dans la pratique :

P3 « Je sais qu'à la FMC par exemple c'est quelque chose qu'on n'aborde pas souvent parce que tout le monde n'est pas intéressé par le sujet après ...Enfin ... comme la population de médecins généralistes qui fait de la gynéco c'est surtout à mon avis, beaucoup de femmes qui font ça et peu d'hommes, les hommes ne sont pas toujours très intéressés par le sujet. Même si ça leur ... enfin ... ça ne devrait pas les empêcher d'y penser, ils ne sont pas toujours très intéressés par le sujet. »

P4 « Nan je te dis, à part suite à une FMC un jour sur l'ovaire polykystique mais ce n'est pas ce que les médecins généralistes réclament en premier toute façon. »

G. Habitudes de pratique

Certains médecins déplorent l'absence de réalisation d'échographie au cabinet. D'autres évoquent une évolution des pratiques médicales en matière d'imagerie, avec la prescription d'IRM pelvienne de manière plus systématique :

P3 « Faudrait en faire régulièrement pour pouvoir être performant et comme on en ferait, enfin On n'en ferait pas si souvent que ça ... voilà, je n'en fais pas. »

P5 « Bah maintenant je trouve que par rapport à ma pratique il y a 10 ou 15 ans, je demande plus facilement une IRM pelvienne pour faire le diagnostic. »

Un praticien décrit son habitude à la prescription d'examens biologiques :

P7 « Mais sinon non, si c'est juste gynécologique isolé, je ne ferais pas le ... enfin je n'ai pas l'habitude en tout cas de faire un bilan endocrino. A tort peut être. Mais je n'ai pas l'habitude de faire un bilan endocrinologique complet. »

Un autre aborde ses usages en matière de prescription de thérapeutique :

P10 « Non alors ça a pu arriver une fois ou deux qu'on me demande de renouveler parce que l'on n'a pas pu aller chez le gynéco ou parce que le gynéco n'a pas pu recevoir dans les temps et voilà. Ça peut arriver mais en général non c'est pas du tout l'habitude. »

H. Interrogatoire clinique

Le manque d'interrogatoires approfondis à la recherche de plaintes ou de symptômes anormaux est évoqué comme frein par les personnes interrogées :

P14 « La patiente à qui on va juste prendre la tension et puis on ne va pas aller chercher plus loin. Donc là effectivement ça peut être un frein. Après je pense que dans ces cas-là c'est sans doute un peu notre faute aussi. Dès fois il faut prendre le temps de discuter avec la patiente et d'aller chercher un petit peu plus loin. »

P9 « On est obligés d'aller chercher quelque fois des ... des questions, parce que c'est vrai, elles ne vont pas venir et s'en plaindre. Donc c'est vrai que quelque fois elles pourraient se plaindre que d'avoir une douleur et puis c'est tout quoi. C'est vrai qu'il faut aller chercher quelque fois. »

2. Liés à la patiente

A. Refus

Le refus de la patiente d'être examinée au niveau gynécologique est une des limitations exprimées par les médecins généralistes :

P2 « Si elle accepte aussi, parce que ce matin par exemple, j'ai eu quelqu'un qui a refusé, pas pour ça hein mais qui a refusé que je lui fasse un examen gynéco quoi. Voilà je lui ai proposé de mettre un spéculum mais elle ne voulait pas ... »

P12 « Quelle place ? Bah... (Rires) Celle que les femmes veulent bien me confier. »

Les patientes peuvent témoigner une gêne à évoquer l'aspect intime de leur problème devant leur médecin de famille, qu'elles connaissent parfois depuis leur enfance :

P11 « Peut-être que les femmes n'osent pas trop en parler non plus. C'est quelque chose qui touche à leur intimité et peut être que ... parce que les ovaires polykystiques c'est une morphologie souvent, je pense qu'il y a un surpoids et ces femmes-là elles n'osent pas trop en parler. [...] Moi je suis généraliste aussi, je les connais déjà depuis quelques fois leur enfance ou un certain nombre d'années et qui ne souhaitent pas trop non plus aborder le sujet avec moi. »

P13 « Le fait qu'elles n'en parlent pas parce que dès fois elles ne vont pas parler de ça bah peut-être parce qu'elles sont gênées ou qu'elles n'osent pas. »

B. Suivi irrégulier

Un obstacle à prendre en considération dans le diagnostic du SOPK est le nombre de patientes perdues de vue :

P3 « Et c'est vrai ... je sais qu'elle a été mise sous ... enfin sous traitement hormonal et après je ne l'ai pas ... je l'ai perdue de vue. Donc je ne sais pas. Après elle est partie voir une gynéco donc c'est vrai je n'ai pas eu beaucoup la suite. Puis après je l'ai perdue de vue donc je ne sais pas ce que c'est devenu. »

P6 « Parce que c'est quand même une population qu'on ne voit pas hein. »

P11 « Donc c'est une dame qui n'est psychologiquement pas toujours facile et très vite ça prend des proportions, je crois que je ne la vois plus pour ça depuis quelques temps parce que en fait elle s'est faite opérée et on lui a dit que c'était bénin. Elle n'a pas été facile à cadrer. La preuve en est c'est que je crois qu'elle est partie voir quelqu'un d'autre. »

Les patientes ne consultent pas leur médecin généraliste de façon systématique, surtout l'adulte jeune. Les symptômes orientant vers le SOPK ne peuvent donc pas être repérés. :

P5 « C'est une dame qui ne consulte jamais, ça fait trois ans qu'elle n'était pas venue, donc voilà. »

P6 « Parce que c'est quand même une population que l'on ne voit pas hein. La jeune femme passée l'adolescence la boîte de pilule c'est pour un an quoi. Donc s'il y a des problèmes entre temps, on ne la voit pas trop quoi. »

P13 « Les jeunes filles on ne les voit peut-être pas, enfin après ... Parce que bon je pense que l'on diagnostique quand même dans ... au départ et on ne les voit pas forcément beaucoup, elles ne consultent pas beaucoup donc ça aussi ça peut être un frein parce qu'elles ne consultent pas. [...] Bah on ne les voit pas forcément, par exemple entre 18 et 25 ans dès fois quand on les appelle pour faire leur rappel (Rires) à 25 ans pour le vaccin mais c'est vrai qu'elles ne sont pas souvent malades donc à voir pour des certificats médicaux des choses comme ça mais dès fois on ne les voit pas. Donc ça je pense que ça peut être un frein le fait qu'on ne les voit pas. »

Un médecin évoque même le phénomène de nomadisme médical :

P3 « A cet âge-là les jeunes bougent beaucoup donc ... (Rires) C'est compliqué parfois de les suivre un long moment. »

C. Délai de consultation

La mise en évidence du diagnostic du SOPK repose sur le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation médicale :

P7 « Il y a beaucoup de difficultés au diagnostic en médecine générale de façon globale. Je pense que ça dépend vraiment de quand est ce que les gens consultent. Je pense c'est toujours pareil enfin ... si c'est des ... si les gens se présentent très très tôt avec la symptomatologie, je pense c'est des diagnostics qui ne sont pas évident à faire. »

D. Exigence de prise en charge

Les médecins soulignent le fait que certaines patientes ont une exigence de prise en charge importante. Dès l'apparition des premiers symptômes, elles consultent immédiatement avec déjà une idée bien définie des traitements ou examens qu'elles voudraient se voir prescrire :

*P9 « L'acné, alors c'est quand fait l'acné maintenant ça fait partie des consultations vraiment très tout de suite quoi. Ils s'en plaignent tout de suite quand les gens viennent pour l'acné. Donc c'est plus comme avant je vais dire où on voyait, un terrain assez ... voilà, maintenant tout de suite ils viennent et effectivement tout de suite ils sont pris en charge, assez vite on va dire donc assez vite ils ont ... Mais c'est vrai que maintenant les jeunes, ils ont trois boutons ils viennent donc euh ...
Après effectivement c'est ... les troubles du cycle pareil, je pense que là actuellement, en tout cas les jeunes, les jeunes jeunes consultent beaucoup plus vite je dirais pour les troubles du cycle. Je pense qu'avant les mamans disaient : « Bon tu es jeune, ça va se mettre en place machin et tout. » Et il y a des discours comme ça. Alors qu'en fait, je pense qu'actuellement ils ... ils consultent un petit peu plus rapidement. »*

P11 « Ce n'est pas des gens faciles non plus à prendre en charge parce que cette fille-là par exemple ... C'est des gens j'ai lu ci, j'ai lu là sur mes douleurs, j'ai vu ça sur internet. Donc déjà ce n'était pas évident de la suivre parce que faudrait me faire tel examen, faudrait que je vois ci, faudrait que je vois ça. Elle n'a pas été facile à cadrer. Donc est ce que ce n'est pas un peu de la psy etc ... La façon dont elle présentait les choses, les gens l'ont pris pour une psy quoi. Elle s'est fait jeter partout. »

E. Symptomatologie

Le syndrome ne peut être évoqué si les plaintes de la patiente ne sont pas exprimées :

- P8 « Parce qu'il y avait quand même des choses qui n'avaient pas été dites dès le début, quand on ne se connaît pas. »*
- P13 « Il y a le fait qu'elles n'en parlent pas. Elles ne vont pas forcément venir nous en parler si ça ne les embête pas. En tout cas pas de plainte tant que ça. »*
- P14 « La difficulté ça peut être je ne sais pas, l'interrogatoire, la plainte de la patiente, la patiente qui vient juste pour renouveler une pilule et qui ne se plaint de rien. »*

Certaines patientes perçoivent leurs symptômes (trouble du cycle notamment) comme normaux et ne pensent pas qu'ils pourraient révéler une situation pathologique :

- P9 « J'ai posé la question sur le cycle et en fait ... en fait, enfin elle ne m'en avait pas parlé parce que pour elle c'était normal. Elle avait toujours un cycle irrégulier donc voilà. C'était comme ça. Ce qui peut être compliqué c'est qu'effectivement les plaintes ... il y a des moments voilà, ce qui peut paraître normal pour une jeune fille, une jeune fille ne va pas se plaindre de son trouble du cycle en fait, si ça a toujours été comme ça. »*

Les plaintes ne sont pas exprimées car elles n'engendrent pas d'atteinte sur la qualité de vie :

- P13 « Bah certaines patientes ne parlent pas forcément de leur cycle parce que dès fois ils sont longs et ça ne les embêtent pas plus que ça en fait. C'est vrai qu'elles ne vont pas forcément parler de ça si elles ne sont pas plus embêtées quoi. »*
- P14 « Nan elle ne m'en parlait pas. Moi elle me parlait juste de ses irrégularités des cycles comme plein de ... plein de jeunes femmes. En règle générale pilule et ça se passe. En plus elle avait une volonté de contraception et c'est tout quoi. »*

3. Liés à la démarche diagnostique

La présence de symptômes isolés ou le manque de signes cliniques sont considérés comme un frein au diagnostic :

- P4 « Ouais c'est sûr et certain là pour le coup (Rires) que ... s'il y a peu ou pas de clinique, effectivement ce n'est pas quelque chose qui va nous faire « tilt » spontanément quoi. »*
- P6 « Cliniquement il n'y a pas suffisamment de problèmes pour qu'on y pense quoi. »*
- P7 « C'est à dire un SOPK au tout début, au stade initial, s'il y a que des symptômes de ... on va dire d'infertilité, de troubles du cycle, je pense que c'est quand même compliqué à diagnostiquer comme ça de premier abord. Après effectivement s'il y a tout le cortège de symptômes associés, on arrive un peu plus vite au diagnostic. Si on n'a pas tout le tableau clinique, on ne va pas y penser en première intention donc je pense que le retard diagnostic ne sera pas forcément très très long parce que en faisant les examens on tombe assez facilement, façon de parler, assez facilement sur le diagnostic. »*

Manquent également les preuves pour appuyer la certitude diagnostique :

- P6 « On a des faisceaux d'arguments mais il faut des preuves derrière quoi. C'est un peu comme le cancer, on est quasiment sûr que c'est un cancer mais tant que l'on n'a pas fait l'anapath, on ne dit pas que c'est un cancer. Voilà c'est le même principe. »*

Le SOPK ne peut pas se diagnostiquer en se fondant uniquement sur des arguments cliniques. Ce diagnostic passe aussi par la réalisation d'un bilan biologique, ce qui le rend complexe à établir :

- P2 « Je pense que c'est difficile quand même à diagnostiquer. Il faut faire tout un bilan quand même avant. C'est assez complexe. »*

L'échographie montre également des limites. Elle peut être non contributive avec des difficultés de visualisation ou d'interprétation des images :

- P8 « Mais s'il n'a pas vu au niveau de l'échographie, s'il n'a rien vu, il dit peut-être ce n'est pas ça ou ce n'est pas ça mais on va quand même voir »*
- P10 « Et puis on n'a pas toujours la réponse noire sur blanc dès la première échographie. Ce n'est pas aussi facile que ça hein effectivement. »*

4. Liés aux confrères

A. Médecin généraliste

Avec la multiplication des cabinets de groupes, chaque médecin peut développer son propre domaine de compétence. Ainsi, un des obstacles présentés par les participants est le glissement de la gynécologie vers d'autres confrères médecins généralistes :

P3 « Maintenant on est deux donc c'est vrai que j'en fais ... enfin un petit peu moins, tout est relatif. »

B. Gynécologue

La désertification médicale en gynécologue-obstétricien ou en gynécologie médicale est devenue un problème majeur dans notre région. Les patientes attendent plusieurs mois avant d'avoir un rendez-vous, ce qui peut provoquer un allongement du délai au diagnostic de certaines pathologies comme le SOPK :

P2 « Avant oui on en avait deux, maintenant on en a plus qu'une. C'est difficile la gynéco... en ville. C'est de plus en plus compliqué quand même. Ça aussi ... on est une région où ce n'est pas facile. »

P3 « Des gynéco med il y en a plus, c'est catastrophique. Les dernières elles sont parties à la retraite donc maintenant ça devient très très compliqué. »

P4 « Il manque tellement des gynéco quoi c'est ... Je ne vais pas dire c'est l'horreur parce qu'il manque encore d'autres choses pires que les gynéco quoi mais pour les dames ça peut être très très compliqué d'avoir un suivi on va dire correct. C'est vrai aussi que, de façon générale, la gynéco elle est entrain de ... de translater un petit peu vers la médecine générale faute de spécialiste quoi ... c'est tellement compliqué quand les patientes nous expliquent pour avoir un ... un contrôle. »

P9 « Après c'est vrai qu'avant on avait des rendez-vous quand même beaucoup plus vite aussi que maintenant. »

P11 « Disons qu'ici on est à Lens. Donc à Lens les consultations en gynécologie-obstétricale, il n'y en a pas tant que ça de gynéco-obstétricien. »

P13 « Alors aux alentours il n'y a plus beaucoup de gynéco. Parce que pareil au niveau consultation gynéco elle n'arrivait pas trop à avoir de RDV avant au moins le mois d'août. »

Le seul reproche qui peut être fait aux gynécologues de la part des médecins généralistes libéraux est leur manque de communication. En effet, un courrier n'est envoyé au médecin traitant seulement si une prise en charge chirurgicale a été réalisée. Pour un suivi gynécologique (frottis) ou un avis du médecin traitant concernant la prise en charge d'une pathologie gynécologique, aucun retour n'est effectué. Le manque de comptes-rendus des consultations gynécologiques est déploré par les libéraux.

P4 « C'est vrai, il y a quelques spécialités où ils n'écrivent pas systématiquement, les gynéco en font partis. Nous des fois quand on dit à notre patiente « Et votre frottis ? », « Oh bah j'le fais tous les ans », on n'a rien. Alors j' imagine qu'il n'écrit pas parce que tout va bien. Mais c'est rarissime d'avoir un courrier de gynéco quand on est généraliste sauf si pareil, si c'est un centre hospitalier, clinique ou autre mais si c'est du libéral, on n'a pas systématiquement de courrier gynécologique quoi. »

P10 « Les gynéco ne sont pas ceux qui écrivent le plus. C'est ... pas toujours. C'est vrai que c'est un peu le reproche que je ferais au gynéco, c'est que l'on a ... moi je fais un courrier systématiquement. Si c'est moi qui envoie je fais un courrier, je n'envoie jamais sans courrier. Je n'ai pas toujours de retour. Pas toujours. Alors si, s'il y a une chirurgie évidemment on va avoir un courrier parce que on envoie au chirurgien par exemple, je parle en gynéco en général. Mais si c'est juste un traitement médical, je n'ai pas toujours de retour des gynéco. Donc il faut que la personne revienne et me raconte elle ce qui lui est arrivée. Ce qui arrive toujours, les gens reviennent (Rires) heureusement. Mais oui c'est vrai que quelque fois j'aimerais être tenu au courant dans le sens ou moi j'ai fait un courrier et j'aimerais avoir une réponse. »

P11 « Donc aujourd'hui les gynécologues, ils ne nous envoient plus forcément les comptes-rendus quand ils voient quelqu'un. Là par exemple j'ai vu une patiente tout à l'heure, je lui dis : « Bah écoutez je n'ai pas votre frottis. » « Ah bah j'l'ai fait l'année dernière. » Donc, mais si elle venait pour une douleur pelvienne, me voir moi aujourd'hui parce qu'elle ne sait pas avoir rendez-vous avec son gynécologue avant septembre, je n'ai pas son frottis. »

C. Sage-femme

L'installation grandissante des sage-femmes en libéral explique également le glissement de la gynécologie vers ces autres professionnels de santé. Le SOPK peut donc également être diagnostiqué par les sage-femmes et représente donc une fréquence de diagnostic plus rare pour les médecins généralistes :

P3 « On a une sage-femme en plus donc c'est vrai que ... on va dire que la gynéco ne se reporte plus ... enfin ne se reporte pas que sur moi. Donc ça dispatch un petit peu les choses. La chose qui joue aussi, c'est que l'on est plusieurs et qu'il y a une sage-femme qui fait du suivi gynéco aussi et donc de ce fait-là peut être qu'elle, elle a un peu plus de ... comment dire ... de suspicion de SOPK que moi. Voilà. Comme moi je suis dans une maison médicale, enfin on est en groupe et il a des ... une sage-femme, ça peut peut-être influencer aussi sur la prise en charge. [...] Elles vont AUSSI voir la sage-femme. »

D. Radiologue

Un médecin déclare une certaine dépendance vis-à-vis du radiologue dans le diagnostic du SOPK. Cette dépendance est expliquée par le délai d'attente afin de pouvoir accéder aux examens d'imageries :

P10 « Le diagnostic c'est effectivement plus les examens d'imageries quand même. Donc ce n'est pas trop à notre portée ça, on ne décide pas du délai du diagnostic. »

E. Des interlocuteurs différents

Un frein énoncé par les médecins interrogés est la difficulté de synthèse après consultation et avis auprès des différents professionnels de santé. La complexité est également de retracer l'historique médical concernant la pathologie :

P11 « Pour le généraliste aujourd'hui je trouve que la prise en charge de ce patient ce n'est déjà pas facile souvent il y a d'autres médecins, d'autres confrères qui ont déjà pris en charge le patient et faire la synthèse entre l'un et l'autre ce n'est pas toujours évident. »

5. Au niveau organisationnel

A. Charge de travail

Du fait de la charge de travail et à la suractivité des médecins, les patientes ne sont pas revues de manière systématique en consultation de synthèse pour le résultat des examens complémentaires effectués :

P1 « Moi je reçois les examens en fait, ... on a tellement une suractivité que ... revoir les gens que pour un examen, un résultat d'examen ce n'est pas forcément le cas. Donc je les revois en cas de besoin. »

Le facteur temps est un obstacle pour une formation de qualité des médecins généralistes. Certains évoquent leur souhait de réaliser plus de formations entre confrères et d'autres aimeraient faire des stages en milieu hospitalier pour approfondir leurs connaissances :

P5 « Difficile de travailler plus quand tu fais 70 heures par semaines. Mais voilà, on essaye de se tenir informé des choses récentes mais ce n'est pas vraiment ... on n'a pas beaucoup le temps quoi pour ça. On pourrait se dire bah tient tous les jeudis soir on se fait une petite soirée et on invite des internes, des spécialistes tu vois. Dans le temps on faisait une fois par mois et puis ça c'est perdu parce qu'on est tellement peu nombreux qu'on n'a pas le temps de faire ce genre de choses. »

P11 « En ce qui me concerne j'aurais bien aimé faire un stage il y a des moments ... dans un service de gynéco-obstétrique ou de la stérilité donc ... parce que là tu es en direct et tu retiens mieux. Plus en face à Lens pour moi, ça m'aurait plu. Le problème c'est le temps mais ça m'aurait plu. »

B. Charges administratives

Un médecin dénonce des charges administratives trop lourdes dans la pratique. Elles engendrent une perte de temps importante et se font au détriment de la clinique et des formations médicales :

P5 « La piste c'est sûrement de dégager du temps médical pour ne pas être obligé de faire pleins de corvées administratives débiles. [...] Mais après il a fallu déposer un dossier d'agrément à l'ARS pour que NOTRE FMC soit reconnue en tant que structure agréée pour la formation médicale continue et puis l'agence nationale du DPC elle nous fait faire un truc en 17 exemplaires, enfin c'était complètement ... Complètement impossible. Donc on a tous baissés les bras et puis on a dit bah on va se former comme ça quoi. Chacun dans son coin. »

C. Accès aux soins

On retrouve actuellement une difficulté d'accès aux soins dans notre territoire, en comparaison à nos aînés.

En fonction du nombre de départ de médecins généralistes ou de gynécologues, les zones sont plus ou moins défavorisées médicalement parlant. Cela pèse sur la qualité de la prise en charge des patients.

P4 « A l'époque, les problèmes gynéco c'était les gynéco et point barre. Il n'y avait pas de soucis d'accès aux soins quoi ... mais maintenant c'est un peu plus compliqué. »

P11 « Disons qu'ici on est à Lens. Après c'est quand même dans une zone plus ou moins défavorisée. »

D. L'installation en libéral

L'installation récente en milieu libéral ainsi que le faible taux de SOPK rencontré dans la pratique sont des raisons suffisantes pour ne pas intégrer le SOPK comme étiologie potentielle :

P13 « Ça ne fait pas longtemps que je suis installée. Moi après ça ne fait pas non plus super longtemps que je suis installée donc c'est peut-être un biais aussi. »

6. Déficit d'information

A.auprès des médecins

Les médecins relatent le déficit d'information à leur égard concernant le syndrome des ovaires polykystiques et ce depuis leur sortie des études médicales. Les critères de Rotterdam ne sont pas connus pour la plupart. Le SOPK ne serait pas assez médiatisé.

P5 « Nan, pas du tout parlé, tu vois on a fini en 95. Rotterdam donc nan ... Non parce qu'il y a d'autres ... d'autres scores que l'on sait bien calculer qui n'existaient pas quand on était étudiants et voilà ... pour l'angine, pour l'entorse, tout ça je sais mais Rotterdam pas du tout. Après tu sais, ça va toujours être le déficit d'information ou ... de formation quoi. Voilà, c'est ça qui est dur en médecine générale c'est se tenir informé de De beaucoup de choses. Voilà il y a des trucs mais pour l'instant ils n'ont pas parlé du SOPK.

P9 « Nan, ça ne me dit rien. Alors ça a peut-être été diffusé mais en tout cas effectivement ce n'est pas resté dans ma tête. Nan. Pas facile quand même. Pas facile parce qu'il n'est pas à la mode. Il n'y a pas ouais ... enfin je veux dire par rapport à l'endométriose par exemple, enfin voilà il n'est pas à la mode. »

P12 « Je ne suis peut-être pas très au fait de tout ce qui ... des dernières choses qui ... qui ont été mises en évidence là-dessus peut-être pour faciliter le diagnostic. Je ne sais pas, si ça se trouve j'ai ... j'ai peut-être des lacunes là-dessus. Ça serait peut-être ça le frein finalement quoi. »

Les résultats nous montrent que les informations atteignent difficilement les médecins généralistes. Elles ne sont pas toujours relayées auprès de ces professionnels de santé. Les praticiens en ont conscience mais ne savent pas comment résoudre ce problème.

P3 « Après le seul souci, c'est qu'il faut trouver la manière dont diffuser l'information. Alors là, à toi de voir comment on peut divulguer l'information. C'est plus difficile. [...] Bon après toucher les médecins ce n'est pas facile. Honnêtement je ne sais pas comment tu peux faire pour ... »

P9 « C'est vachement dur je pense pour nous atteindre. Ouais, nan c'est vachement dur pour nous atteindre, je le sais mais ... mais voilà. Mais de toute manière pour nous atteindre voilà ... On en a parlé il n'y a pas longtemps, parce qu'il fallait que je fasse mes choix là sur la formation, et c'est vrai que voilà quand il y a une info qui doit passer à tous les médecins, je ne sais même pas comment on pourrait faire. Parce que ça c'est un grand déficit mais c'est vrai, c'est réel. S'il y'a quelqu'un, enfin voilà si d'un seul coup en France, on doit nous informer tous à ce sujet-là ... [...] Mais c'est vrai qu'il n'y a pas de ... ouais ... je ne sais pas comment tu vois, on pourrait être informé en disant : « Bah tient, il y a une nouveauté là-dedans, ça serait intéressant quand même que tous les médecins sachent. » »

Certaines informations échappent aussi aux médecins généralistes, impactant la qualité de prise en charge :

P11 Je trouve que la partie gynécologique, aujourd'hui elle nous échappe donc, si bien que j'ai des fragments d'informations, c'est compliqué.

B.auprès des patientes

Les patientes ne seraient pas non plus suffisamment informées des critères diagnostiques de ce syndrome. Les symptômes pouvant orienter vers le SOPK sont perçus comme normaux pour la plupart d'entre-elles :

P6 « Après ce n'est peut-être pas suffisamment ... si c'est une sur dix, les femmes ne sont peut-être pas au courant non plus des symptômes donc elles pensent que c'est normal quoi. »

VIII. PERSPECTIVES D'AMELIORATION DU DIAGNOSTIC

1. Aucune solution apportée

A la question concernant les solutions à apporter pour permettre d'améliorer le diagnostic du SOPK en milieu libéral, certains médecins généralistes sont restés sans réponse, n'ayant, à ce moment-là, aucune perspective visant à améliorer leur propre diagnostic ou celui de leur confrère :

- P2 « Après je ne sais pas ce qui pourrait être modifié pour une prise en charge plus facile. Je ne sais pas. »
- P7 « C'est une bonne question. J'avoue que je n'en sais rien. Mais ... très franchement je n'en sais rien. Je ne vois pas ce qui pourrait m'y faire penser en premier lieu. Quelque chose qui me ferait le diagnostiquer plus tôt, je ne vois pas ce que ça pourrait être. »
- P10 « Ce qui pourrait nous aider à faire le diagnostic ? Je ne vois pas ce qui pourrait nous aider. »

2. Sensibiliser les médecins généralistes

A. Modifier sa pratique

a) Adapter l'outil de travail informatique

Il est proposé la mise en place d'outils au travers des logiciels médicaux que chaque médecin possède au cabinet.

Il est par exemple cité, un questionnaire ou une échelle d'évaluation diagnostique du SOPK permettant d'établir un score pronostic de la pathologie :

- P6 « Une échelle d'évaluation par exemple à la mise en place de pilule, avec un questionnaire clinique branché OPK avec les gros trucs. Il y a peut-être des marqueurs comme la polyarthrite ou la spondylarthrite. Des faisceaux d'arguments : quand on a ça plus ça plus ça on doit y penser. Ça peut être facile. On a tous des logiciels donc ce n'est pas dur. Et qui nous donnerait un score, et qui nous dirait : oui il y a aucune chance, il y a peut-être des chances ou c'est quasiment sûr que c'est ça quoi. »
- P10 « Pourquoi pas instaurer une espèce d'échelle de décision par rapport au diagnostic et aux répo ... aux symptômes, pardon, et aux réponses par rapport et faire une, effectivement, une échelle de décision. Pourquoi pas. »

b) Privilégier le temps clinique

Il pourrait être utile de dédier plus de consultations aux motifs gynécologiques. Le médecin généraliste a aussi un rôle de prévention :

- P12 « Dans l'heure de consultation plus dédiée gynéco, sur la contraception, sur le suivi ou quoi. Peut-être plus facilement poser des questions pour voir si ... si elles ne sont pas dans ce cadre-là quoi. »

Une des pistes évoquées est d'augmenter la part du temps médical par rapport aux tâches administratives :

P5 « La piste c'est sûrement de dégager du temps médical pour ne pas être obligé de faire pleins de corvées administratives débiles. »

Le médecin doit s'attacher à poser les bonnes questions pour faire ressortir les non-dits et pratiquer un examen clinique complet afin de rechercher des signes évocateurs de SOPK, comme l'acné ou l'hirsutisme :

P8 « Bah tout ce qui peut ressembler à des troubles bien-sûr hormonaux. On a parlé de pilosité, on a parlé de trouble des règles, on a parlé de fertilité. Tout ce qui peut cafouiller doit nous faire creuser et penser à des ovaires polykystiques.

P14 « Je ne sais pas au niveau de l'interrogatoire, oui c'est sûr, c'est sûr si on fait les choses bien je pense que l'on ... je pense que l'on enfin on en rate beaucoup moins quoi. Mais je pense effectivement, faut prendre le temps d'examiner ... enfin d'examiner bien la patiente et puis de faire un bon interrogatoire. Je pense que là on peut effectivement, en trouver plus. Parce que je pense qu'il y en a pas mal qui passent ... qui passent à travers les mailles du filet. C'est ce que je disais tout à l'heure, le truc c'est quand on fait bien gaffe à l'interrogatoire si on examine un minimum, hirsutisme, l'acné on peut voir. »

c) Relation médecin-patient

L'écoute et la confiance sont indispensables pour cerner les plaintes et les attentes de la patiente :

P8 « Et puis, on écoute la patiente, c'est ce que je vous disais tout à l'heure. La communion entre le patient et le médecin, si on veut bien être à l'écoute. Ma réponse sera toujours pareille. Si vous êtes à l'écoute de votre patiente et que vous la connaissez, vous savez bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas. »

P11 « Alors prendre une patiente comme ça, qui n'ose pas en parler, comment débloquer ... comment au cours de l'examen clinique comment au cours de l'interrogatoire ou de l'examen clinique, comment faire en sorte de l'aider à se confier ou tout au moins comment peut-on lui tendre la main pour qu'elle aborde le sujet ? »

P14 « C'est vrai que ... il faut bien écouter la patiente. Quand elle dit : « voilà j'ai des cycles hyper longs », voilà là c'est un truc il faut se dire: Là il faut que j'y pense. »

d) Face à face avec l'incertitude diagnostic

En médecine générale l'incertitude est fréquente. S'y confronter et chercher à poursuivre les investigations sont des clefs gagnantes dans le diagnostic de SOPK :

- P8 « Moi je dirais c'est un peu comme beaucoup de pathologie, surtout gynéco. Bon l'endométriase c'est pareil aussi, il faut s'y acharner. D'accord ? Pas sur la dame, sur la pathologie. Si la patiente nous revoit, c'est qu'il y a quelque chose à faire, on ne peut pas dire : « Bah, voilà, ça va s'améliorer tout seul. » Donc oui, il faut creuser. Il n'y a rien de simple en médecine générale. Et même s'il n'y a rien de simple, quand on trouve on est encore plus content. »*
- P9 « Mais ça vaut peut-être le coup de faire plus facilement le, encore ... le bilan et l'écho peut être dans les cas où la plainte n'est pas vraiment importante, où l'on n'a pas vraiment bien analysé la pilosité. »*
- P11 « Je fais plus attention à ce qu'elle me dit et je considère qu'elle avait raison et je ne trouve pas la cause de sa douleur. Donc j'ai quand même regardé, j'ai continué, j'ai insisté. On a fait d'autres examens, on a fait un scanner et puis après au scanner ils ont demandé une IRM qui a vraiment confirmé. Si bien qu'elle a vu un chirurgien. »*

B. Outils à intégrer à la pratique

a) Au niveau des symptômes cliniques

L'aide d'un tableau récapitulatif des symptômes du SOPK associé à leurs fréquences de diagnostic peut être un des outils utiles pour les médecins généralistes :

- P13 « Après peut-être un ... un tableau avec les fréquences de certains signes qui devraient nous faire orienter vers un SOPK, je ne pense pas que ça existe. Je n'en sais rien mais je ne pense pas, je n'ai jamais vu. Tu sais un petit tableau avec les fréquences. Penser au SOPK s'il y a ça, ça, ça et puis en termes de fréquence à la rigueur. Un petit récap quoi. »*

D'autres évoquent une fiche synthèse avec des questions fermées et stéréotypées à poser à la patiente concernant les symptômes présentés, afin d'en déduire la marche diagnostic à suivre :

- P12 Comme je disais tout à l'heure, si on avait un petit outil qui ... (Rires) une check list, un petit peu pour être sûr de rien oublier nous dans ... dans ce que l'on demande, oui pourquoi pas ça peut être quelque chose qui serait utile dans la pratique, ça c'est vrai. Sur l'ensemble du bilan à faire ou sur des symptômes qui pourraient nous y faire penser, auxquels on ne penserait pas forcément.*
- P13 S'il y a une fiche synthèse ou quelque chose comme ça (Rires). Bon en vrai ça peut toujours être une aide de dire : « bah voilà il y a ça, on peut penser à ça. »*

b) Au niveau du bilan biologique

Une fiche type avec un bilan standard à prescrire dans la recherche de SOPK pourrait être un des outils et permettrait de réduire le délai au diagnostic :

P7 Peut-être penser à inclure systématiquement dans le bilan d'infertilité ou de trouble du cycle un bilan plus exhaustif incluant le SOPK, ce qui n'est pas ... à mon sens ce que l'on ne fait pas nécessairement à chaque fois. [...] Bah peut être un bilan ... ou une fiche avec un bilan standard à réaliser devant toute infertilité ou trouble du cycle incluant justement tout ce qui pourrait faire évoquer le SOPK, ce que je ne fais pas nécessairement. [...] Peut-être raccourcir le délai entre le moment où les gens s'en plaignent et où on fait le diagnostic c'est-à-dire inclure peut-être tout ce qui est dosage évocateur d'un SOPK en première intention.

C. Informer les médecins généralistes

a) Rappeler les recommandations

Pour améliorer le diagnostic du SOPK, il est indispensable que le médecin soit informé aux mieux des recommandations.

Le format papier provoque des divergences chez les médecins interrogés :

P3 « Le flyer, le papier ce n'est pas une bonne idée parce que en général on les lit et ça va à la poubelle. Enfin moi je les lis des fois et ... alors ça m'intéresse je le garde sous la main pour le relire un peu plus tard et m'en souvenir mais sinon ... »

P5 « Après ... les revues qu'on lit « Prescrire » c'est bien mais c'est beaucoup de la pharmaco, de la thérapeutique et « Exercer » c'est des articles faits par des médecins généralistes qui sont chercheurs et enseignants »

P9 « Je ne suis pas très magazine, enfin je suis pas du tout magazine donc tout ce qui est info dans magazine je ne lis pas. Je vois les vieux médecins, là comme mon associé, il lisait encore ... enfin le quotidien médecin, voilà il lisait. Moi je lis plus. »

Pour l'un des praticiens, le mailing ne semble pas non plus être un bon moyen d'accéder à l'information :

P9 « Moi je sais que je suis très peu informatique donc voilà. J'ai déjà trop de mail donc je n'aimerais pas, voilà recevoir des mails d'info parce que je ne les lirai pas. Actuellement ça marche avec les vaccinations, tu vois parce que l'on reçoit des DGS urgents mais effectivement voilà, encore qu'il faille que le médecin est fait la démarche de s'inscrire. Parce que je me rends compte effectivement que les mails, peu les lisent. Je m'en suis rendu compte en tant que chef du centre, après ouais la lecture on prend de moins en moins. »

b) Formations complémentaires

La formation médicale continue est de loin le mode d'information le plus plébiscité :

- P4 « On parlait de FMC tout à l'heure, c'est sûr que nous c'est dans ce cadre-là. C'est vrai, comme je disais la FMC bon il y en avait une sur Bruay qui n'existe plus. Mais y penser plus, à part être sensibilisé c'est-à-dire en parler en FMC. »
- P5 « On pourrait se dire bah tiens tous les jeudis soir on se fait une petite soirée et on invite des internes, des spécialistes tu vois. Dans le temps on faisait une fois par mois et puis ça s'est perdu parce qu'on est tellement peu nombreux qu'on n'a pas le temps de faire ce genre de choses. Jusqu'il n'y a pas très longtemps, on faisait une formation médicale continue tous les ... un jeudi par mois et donc on avait des thèmes bien quoi. »
- P8 « On n'en sait jamais assez. Et, quand on est passionné, on est toujours avide d'apprendre et de se former, de se réévaluer. »
- P9 « Que ce soit dans les formations continues. Parce que quand je regarde les formations continues, j'aperçois que c'est souvent les mêmes ... Les mêmes titres et puis que à un moment donné, enfin voilà on en fait une, on en fait deux, on en fait trois, fin voilà. Sur le plan gynéco, par exemple je n'ai pas fait de formation gynéco parce que voilà, parce qu'il y a les frottis, parce qu'il y a l'endométriose j'ai déjà fait donc du coup ça ne m'a pas ... Donc du coup effectivement, la formation ... ouais la formation, surtout ça. Du coup les infos je vais aller chercher et choisir dans les formations continues. »

Les journées de formations avec des thèmes de médecine générale sont appréciées :

- P3 « Toute façon voilà ... faire des rappels ou faire des formations c'est toujours intéressant. »
- P9 « Après j'ai fait des ... Des journées générales, de médecine générale en septembre. Enfin voilà, c'était bien parce que y'avait des thèmes et quelques fois il y a des comme ça, des informations tout venantes et ça c'était pas mal. C'était pas mal, voilà. »

Les médecins réclament plus d'informations sur des thèmes gynécologiques :

- P3 « Ça peut être un sujet qui peut être revu éventuellement effectivement dans des formations. Je sais qu'aux journées de gynécologie ça fait un petit moment que ça n'a pas été fait pour moi. »
- P4 « C'est vrai qu'une fois qu'on y a pensé, après suffit d'orienter ses ... ses examens ... je pense que la meilleure façon d'y penser ouais c'est le ... la formation, à mon avis. Donc pour ça, y penser par le côté formation professionnelle. »
- P11 « Après il peut avoir aussi des formations. Peut-être des formations qui sont plus rattachées à ça pour les dépister. »

Savoir prendre en charge le versant psychologique est également important pour un des médecins interrogés :

P2 « Je pense que le côté psychologique, il est quand même prépondérant. »

Confier ses plaintes intimes et savoir se livrer sans tabou à son médecin peut être déstabilisant pour certaines patientes. L'un d'eux réclame une formation sur le sujet :

P11 « Alors prendre une patiente comme ça, qui n'ose pas en parler, comment débloquer ... comment au cours de l'examen clinique comment au cours de l'interrogatoire ou de l'examen clinique, comment faire en sorte de l'aider à se confier ou tout au moins comment peut-on lui tendre la main pour qu'elle aborde le sujet ? C'est aussi quelque chose qui pourrait être abordé ou tout au moins avoir une formation complémentaire. »

c) Immersion sur le terrain

La possibilité de faire des stages en milieu hospitalier serait bénéfique pour la formation des médecins selon eux. Se confronter à la pathologie permettrait au praticien d'être plus à l'aise dans l'élaboration du diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques :

P3 « C'est des choses rares mais quand tu les as vu une fois ou deux, après tu y penses forcément. »

P4 « Ce n'est pas forcément que la formation, parce qu'après on apprend sur le terrain. »

P11 « En ce qui me concerne, j'aurais bien aimé faire un stage il y a des moments, dans un service de gynéco-obstétrique ou de la stérilité donc ... parce que là tu es en direct et tu retiens mieux. Plus en face, à Lens pour moi, ça m'aurait plu. Mais le système aujourd'hui est fait que les généralistes font de moins en moins de ça donc ... je pense être atypique sur ce sujet-là. »

d) Industrie pharmaceutique

Le retour des visites par les délégués médicaux fait partie des offres :

- P1 « On a des dames de la sécu qui viennent nous voir régulièrement pour nous parler ... plutôt que de nous parler des antibiotiques dans une angine où ils nous en ont déjà parlé 20 fois, ça serait peut-être bien de nous parler du SOPK aussi et puis du diagnostic, de l'examen pratique. »
- P3 « On a des ... des délégués qui passent et qui nous font des informations sur certaines choses mais ... souvent c'est beaucoup plus généraliste et c'est ... enfin ... ce n'est pas toujours ... c'est sur des domaines qui les intéresse en fait de faire de la prévention et de faire de ... de rationaliser un petit peu les soins dans certaines choses donc de ce fait-là Je ne suis pas sûre que l'intermédiaire de la sécurité sociale soit une bonne solution. »
- P9 « Je reçois la visite médicale quelques fois quand même. Mais bon il n'y a pas vraiment de traitement ... enfin voilà ils n'en parlent pas. Enfin les laboratoires. Je reçois les labo mais c'est pas pareil. Ça ils n'en parlent pas. »
- P13 « Parfois on a des petites choses par l'assurance maladie mais là on n'a pas. Pour le SOPK on n'a rien eu. (Rires) Voilà, on a des petits rappels pour l'hypertension, des choses comme ça. C'est ça des fois ils nous remettent des petites choses, après je ne sais pas, je pense que ça ne s'est pas encore fait. Après il y a des labo qui Les labo, pareil je n'ai pas le souvenir que l'on ait eu quelque chose ... Ils nous parlent voilà des pilules mais c'est vrai que c'est rarement abordé.
Donc à partir du moment où il n'y a pas de traitement, les labo ils ne vont pas nous en parler. »

D. Mise à jour des connaissances acquises

Les médecins peuvent s'appuyer sur les connaissances acquises au cours de leur cursus médical. Quelques fois cependant, des recherches bibliographiques sur le sujet ainsi qu'une mise à jour des connaissances s'imposent :

- P5 « Si je devais prendre ça en charge, il faudrait que je révise un peu. »
- P7 « Maintenant, peut-être qu'il faut réviser un peu les cours d'infertilité (Rires) et puis réinclure des choses qui inclurait le SOPK dedans mais ça j'avoue que je n'y pense pas forcément en première intention. Faut que je révise un petit peu. »
- P10 « C'est à nous à y penser devant les symptômes c'est vrai. Oui c'est à nous à y penser alors c'est toujours compliqué la médecine générale c'est tellement vaste que l'on ne peut pas être à fond dans tout, tout le temps à chaque personne. Mais oui c'est à nous à y penser. »
- P12 « De mon côté ça peut être, de peut-être plus avoir effectivement dans l'esprit cette pathologie-là. Ça peut être intéressant finalement de parler de ce sujet-là. »

E. S'appuyer sur les pouvoirs publics

a) Campagne d'information

La diffusion d'une campagne d'information nationale par les pouvoirs publics, en prenant exemple sur l'endométriose, pourrait permettre une meilleure communication du syndrome des ovaires polykystiques auprès des médecins généralistes :

- P1 « Peut-être faire des informations auprès des MG pour en parler ça pourrait être pas mal. Une campagne d'information. Ouais auprès des médecins généralistes, je pense que ça peut être bien. Là je vois qui a ... qui a toute une campagne qui apparaît sur l'endométriose mais peut-être en parler au même titre du SOPK parce que je pense sous-diagnostiquer quand même. Peut-être une campagne ... comme il y a l'endométriose-là qui devient une cause nationale. »*
- P4 « C'est vrai que l'endométriose, on est hyper ... sensibilisé et puis même sollicité parce que là c'est carrément les patientes qui viennent nous dire : « vous ne pensez pas que j'ai d'endométriose, j'ai mal au ventre ? ». C'est sûr que ... l'endométriose, on y pense pour le coup-là à chaque fois. »*

b) Plateforme de l'assurance maladie

La diffusion d'informations ou de recommandations au travers de la plateforme AMELI PRO peut être un bon moyen de toucher un maximum de praticiens :

- P9 « On est tous obligés quasiment de passer par AMELI PRO. Si jamais AMELI PRO ... alors pas trop d'info parce que trop d'info, tue l'info mais si, si voilà, si AMELI PRO décidé de faire je ne sais pas, un paragraphe, un machin en disant tu vois les choses importantes sur la médecine, ça pourrait Il y aurait des choix à faire ... Mais je pense que ça pourrait être voilà ... parce que c'est la seule chose, je pense, si on réfléchit, que chacun doit aller quasiment dessus tous les jours quoi. »*

La création d'un espace d'échange sur AMELI PRO destiné uniquement aux médecins généralistes pourrait simplifier la communication entre les professionnels et faciliter la diffusion des nouvelles recommandations :

- P9 « Il faudrait faire un réseau social peut-être. Un réseau social exprès. Mais pourquoi pas. C'est un peu ce qui veulent faire avec l'espace santé et les communications entre les médecins. Tu vois peut-être qu'il y aura des choses comme ça qui seront ... parce que voilà ... par AMELI ça passerait. On est tous obligés quasiment de passer par AMELI PRO. »*

3. Sensibiliser les patientes

Cette sensibilisation passe notamment par la mise en avant de l'importance de la verbalisation de toutes les plaintes, et notamment en matière de trouble du cycle. Un travail d'éducation et d'information est nécessaire de la part des médecins :

P12 « Après ce que j'ai tendance à imaginer c'est que c'est peut-être ... même peut-être la part des femmes. Penser à éventuellement parler de choses qui ... qui ne vont pas justement dans leur cycle, dans ... et ou à la limite elles n'imaginent pas forcément nous en parler, c'est choses-là quoi. »

P13 « Après il faudrait parler de toutes les ... enfin des anomalies de cycle a beaucoup de nos patientes sinon comment ça se passe. Après j'essaye de savoir un peu s'il y a des anomalies de cycle tout ça ... »

Elle passe aussi par la délivrance d'informations sur l'hygiène de vie et la prise de poids :

P1 « Vu l'évolution des morphotypes de la population surtout en post-covid avec la prise de poids, on a tous étaient concernés par une prise de poids et les ados ... ils ont tous pris entre 5 et 10 kilos donc nos adolescentes elles sont plus à risques de tout ça. »

Il arrive aussi que des patientes viennent avec un diagnostic préconçu, où les informations sont tirées d'internet :

P3 « Bah en général, maintenant avec les ... les jeunes femmes elle sont assez bien informées donc ... je sais parfois c'est elles qui me posent la question. Bah elles regardent sur internet, voilà. Voilà tout simplement. »

4. Coordination des soins

A. Avoir une attitude commune

Le discours de tous les professionnels de santé devrait être harmonisé afin d'apporter une continuité des soins et faciliter la prise en charge des patientes :

P2 « Avoir un dialogue peut-être avec des gynéco ... pour une prise en charge conjointe. Ça peut être pas trop mal ça. »

P5 « Et donc il y a beaucoup de domaines comme ça où quand il y a des choses nouvelles ... en fait nous j'ai l'impression que ce qui nous tient informés c'est voilà, si on a une patiente qui est suivie pour tel truc, on voit à ce moment-là comment elle est prise en charge, ce qui est fait. »

B. S'entourer des autres spécialistes

Les gynécologues ainsi que les endocrinologues sont des acteurs essentiels pour beaucoup de MG, par leurs connaissances plus affûtées. Ceci pourrait jouer un rôle de rappel et/ou d'informateurs à travers les avis téléphoniques et l'envoi de compte rendu :

- P3 « Mais j'ai eu un courrier disant que c'était un syndrome des ovaires polykystiques. »
- P5 « Dans les courriers on apprend des choses en fait. »
- P7 « Et pas hésiter à les appeler s'il y a un souci aussi toute façon quoi. Mais généralement c'est assez cadré, parce que dans les courriers soit du gynéco soit dans les courriers de l'endocrinologue, c'est généralement entre guillemets marqué ce qu'il faut suivre et donc à revoir. »
- P11 « Disons que j'avoue vaut mieux avoir un correspondant pour ... quand on suspecte cette pathologie-là, c'est bien d'avoir un correspondant. »

Certains évoquent même la mise en place d'un gynécologue référent pour le SOPK :

- P7 « Bah oui moi je dis je ne trouve pas, j'adresse au gynécologue assez rapidement je ... si je trouve c'est bien, si je ne trouve pas je ne vais pas faire patienter les gens 50 ans, je ne vais pas leur raconter d'histoires non plus donc c'est vrai que j'adresse assez rapidement. Après oui est ce qu'il faudrait pas un gynécologue référent spécialisé dans le trouble du cycle ? Possible mais en pratique localement je n'ai pas de gynécologue on va dire attiré pour tel ou tel type de pathologie donc j'adresse au gynéco soit où les gens ont déjà un suivi soit le gynécologue du coin qui s'occupe de tous les problèmes gynéco en général mais oui peut-être avoir un référent gynécologue assez facilement joignable pour les troubles de l'infertilité. Mais je pense que généralement les gens vont voir le gynécologue et lui réadresse s'il a vraiment besoin, s'il ne se sent pas capable de gérer ça, ce qui est quand même rarement le cas. »

IX. THERAPEUTIQUE ET SUIVI

1. Thérapeutiques

A. Absence

Les médicaments introduits se veulent d'abord symptomatiques. Aucun traitement n'est prescrit à l'aveugle. L'attente d'une étiologie sûre est préférable.

P7 « Je mets rarement le traitement d'emblée sans avoir eu le résultat d'examen pour m'orienter vers tel ou tel type de pathologie. Je ne suis pas trop ... de façon générale en pratique, je ne suis pas trop à sauter sur les médicaments tant que je n'ai pas de ... d'étiologie. Sauf traitement symptomatique, on soulage les gens bien sûr. »

Le problème de l'observance thérapeutique se pose chez certaines patientes :

P14 « Bah le problème c'est qu'elle a un peu arrêté tous ses traitements. C'était compliqué. [...] Nan elle n'était pas observante. Puis après il y a eu d'autre problème de santé. Elle a fait un syndrome de la queue d'cheval et tout. Enfin des gros problèmes de rachis. Je pense qu'elle a laissé un peu tomber ça. »

B. Dysménorrhée

La prise en charge des dysménorrhées passe en premier lieu par un traitement antalgique de palier I associé si besoin à un AINS. Puis en deuxième intention, un traitement hormonal peut être mis en place, le plus souvent à type de pilule chez les jeunes filles. La prescription est adaptée en fonction du niveau de plainte et de maturité.

P3 « En première intention, souvent les mamans elles ont déjà donné DOLIPRANE et SPASFON donc moi je passe sur ... l'ANTADYS ou PONSTYL. Et après, on peut passer sur un ... tout dépend de l'âge, après on peut passer sur une contraception. [...] Ça dépend des personnes, ça dépend des jeunes filles. Il y en a qui vont être ... si les douleurs sont vraiment intenses et si ... voilà ... elles veulent vraiment enfin ... si c'est vraiment très intense et que les parents sont compliants, on peut commencer vers 15-16 ans une contraception. Avant, moi je trouve, enfin ... avant pour les parents et même pour la jeune fille c'est un peu compliqué. »

P9 « Bon après il y a la mise sous pilule. [...] D'abord parce que la plainte elle est aussi un petit peu plus importe, un petit peu comme l'acné. Je pense que l'on traite des acnés que l'on ne traitait pas avant. »

P11 « Donc quelque fois ça m'a amené à mettre une contraception, une pilule pour réduire la douleur. »

C. Trouble du cycle

Devant un trouble du cycle, la mise en place d'un traitement hormonal peut être bénéfique. Il peut être proposé une contraception oestro-progestative de 2ème génération ou un progestatif seul :

- P2 « Elle était sous MINIDRIL. Et elle voulait reprendre ça : MINIDRIL quoi en fait. »*
- P3 « Si c'est par exemple une jeune fille qui commence à être réglée et qui ... je vais lui proposer un traitement médicamenteux d'abord. »*
- P8 « Elle ne se souvenait plus du type de la pilule. Obésité machin bon, on est plus porté par donner, un versus progestatif. On est d'accord ? »*

Il est aussi évoqué la possibilité d'effectuer un test à la progestérone (test au DUPHASTON). Le DUPHASTON peut aussi être utilisé pour déclencher les menstruations lors des aménorrhées prolongées :

- P1 « Ça dépend des des Des jeunes filles en fait parce qu'il y en a qui sont en aménorrhée donc dans ces cas-là oui on peut ... on peut mettre un traitement pour déclencher les règles. En général du DUPHASTON. »*
- P2 « Elle est obligée de ... de prendre un progestatif pour déclencher ses règles. Là elle ne doit pas être ... elle a un progestatif tout le temps qui a été prescrit par le gynéco, qu'elle prend quand ses règles ... quand son cycle s'éternise. Elle prend son DUPHASTON et puis voilà ...c'est tout quoi. »*
- P5 Ça m'arrive encore de prescrire des tests à la progestérone.*

D. Hyperandrogénie

La prise en charge de l'hyperandrogénie passait auparavant par la mise en place d'un traitement hormonal anti-androgénique à base d'Ethinylestradiol et d'Acétate de Cyprotérone.

Mais en raison de nombreux effets secondaires (méningiome, hépatite, accident thrombo-embolique), d'autres traitements sont actuellement proposés, comme la pilule au Norgestimate.

L'ALDACTONE a aussi une action anti-androgénique, bien qu'il appartienne à la classe des diurétiques épargneur de potassium. Ces prescriptions sont généralement mises en place par le gynécologue ou l'endocrinologue.

- P1 « S'il y a ou pas un hirsutisme ou une hyperandrogénie associée, dans ces cas-là ... je sais qu'il y a des gynéco qui donnaient des pilules style Diane des choses comme ça. Diane 35. C'est ... (hésitation) la cyprotérone diane ? Je pense. »
- P13 « Il y en a une qui est suivie par l'endocrinologue justement et chez qui a été introduit l'Aldactone. Donc après au niveau l'effet, c'est moyen. Mais l'endocrino a essayé. »
- P14 « Je ne me souviens plus. Je ne me souviens plus. Au départ elle avait eu une pilule, je crois que c'était sous DIANE 35. Ça doit être celle-là. »

E. Infertilité

Dans le cadre de l'infertilité, la grossesse peut survenir de manière spontanée. Un traitement par progestatif ou CLOMID (analogue des œstrogènes) peut parfois se révéler nécessaire :

- P9 « Voilà donc au départ traitement par progestatif, par contre c'est vrai que ça m'est arrivée rarement de mettre CLOMID en traitement. »
- P14 « Nan mais je crois qu'elle n'avait même pas eu de traitement pour ... quand elle a eu son désir de grossesse, je crois que ça avait marché. Je crois qu'elle n'a pas eu. »

F. Education thérapeutique

Le rappel des règles hygiéno-diététiques fait partie du traitement du SOPK, tout comme le fait d'avoir une alimentation équilibrée et de réduire les sucres rapides. La perte de poids joue aussi un rôle majeur :

- P1 « Et après, comme je vous le disais en préambule, il y a souvent un problème diététique associé. Donc je pense que l'éducation thérapeutique, le ... le fait de perdre du poids ça rentre à part entière dans le traitement. »
- P6 « Et puis le sucre, le sucre, le sucre quoi. Au niveau alimentaire. Alors pas le sucre ... le pain, les pâtes, les pommes de terre, les conserves, les plats préparés, tout ça c'est du sucre, c'est pas le ... quand je dis sucre c'est pas les morceaux de sucre. C'est le sucre caché, où les gens ne savent pas ce qu'ils mangent quoi. [...] Premier truc c'est de supprimer les sucres et puis en général on a des résultats qui sont étonnants quoi mais bon toutes les femmes sont d'accord, mais sont gênées, sont d'accord mais ne font pas elles ont plus de problème entre guillemets parce qu'elles ont perdu du poids et ça va mieux. Ce n'est pas parfait mais ça va mieux. »
- P11 « Il y en a certains qui disent que, les douleurs augmente et que si les gens ont les met au régime et qu'ils mangent moins de sucreries etc ... on peut diminuer les douleurs. [...] Il y en a qui disent qu'une fois que les femmes ont perdu du poids, c'est le traitement de la douleur. »

2. Surveillance au long court

Les médecins s'attachent à vérifier l'absence d'apparition de complications cliniques ou biologiques à long terme. L'amélioration des symptômes est également recherchée chez la patiente :

P7 « Surtout au niveau biologique qui n'est pas d'anomalie, au niveau hormonal qui n'est pas d'anomalie et puis au niveau clinique que tous les symptômes périphériques s'améliorent entre guillemets et qu'il n'y est pas non plus de douleurs abdominales, qu'il n'y est pas de ... au niveau des règles que ça se régularise un peu quoi. Mais non, je n'ai pas de choses particulières ... je n'ai pas souvenir de quelque chose, d'une complication particulière à surveiller ou quoi que ce soit. »

P11 « Il m'est déjà arrivé de voir plusieurs kystes, souvent je les revois à un mois ou deux pour voir un peu l'évolution quoi. »

DISCUSSION

I. DISCUSSION DE LA METHODE

1. Forces de l'étude

A. Validité interne

Il s'agissait d'explorer les connaissances et les pratiques cliniques des médecins généralistes concernant le syndrome des ovaires polykystiques.

Le but de l'étude était de comprendre les freins au diagnostic perçus par ces praticiens et d'en tirer des perspectives d'amélioration. L'intérêt porté aux obstacles n'avait pas encore été abordé à notre connaissance. Les études relatent principalement les critères au diagnostic du SOPK ainsi que la thérapeutique.

La méthode qualitative est donc particulièrement adaptée puisque les données sont difficilement quantifiables et subjectives. En effet, il s'agissait de recueillir les différentes opinions concernant les freins au diagnostic du SOPK ainsi que les différents ressentis, et comprendre ce phénomène dans son contexte.

L'analyse des données s'est faite sans idées préconçues permettant de rentrer dans une démarche hypothético-déductive : c'est le phénomène de la théorisation ancrée.(52) La suffisance des données, par les entretiens semi-dirigés, a été atteinte avec le 12^e entretien et consolidée par 2 entretiens supplémentaires. La triangulation des données d'analyse par une investigatrice externe à l'étude a permis de limiter les biais d'interprétation.

L'anonymisation des données des médecins interrogés a permis une liberté d'expression plus importante.

Afin de juger du caractère reproductible de cette étude, la grille méthodologique COREQ (53), adaptée à la recherche qualitative, a été suivie (Annexe 1). Le travail semble remplir 30 items sur les 32. En effet, le guide d'entretien n'avait pas été testé au préalable (item 17) et nous n'avons pas proposé aux participants un retour des retranscriptions (item 23).

Tout ceci a permis de garantir la fiabilité des résultats présentés.

B. Validité externe

La validité externe renvoie à la possibilité de généraliser les résultats. La recherche qualitative n'a pas pour but d'avoir un échantillon représentatif de la population. Il s'agit d'étayer des concepts théoriques plus généraux, de comprendre les processus décisionnels et d'analyser la pratique des médecins dans notre cadre.

L'échantillonnage initialement basé sur le réseau de connaissance s'est associé à un échantillonnage raisonné à variation maximale afin de garantir la plus grande diversité sur les critères suivants : sexe, âge, lieu et milieu d'exercice.

L'étude n'a pas pour vocation d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes, en raison notamment d'un faible nombre d'entretiens.

Chaque professionnel est libre de se positionner dans sa pratique face à l'annonce des résultats.

2. Limites et biais

A. Biais de recrutement

Le recrutement a été effectué auprès des médecins généralistes thésés et installés dans le Nord et le Pas-De-Calais. Les médecins ont été choisis en fonction du réseau de connaissance de l'interne et de la directrice de thèse.

Effectuant des remplacements en cabinet libéral dans le Pas-De-Calais pendant la durée de l'internat, l'investigatrice avait déjà un carnet de contacts dans la sphère généraliste.

Secondairement, un mail général destiné aux maitres de stages universitaires de la Faculté de Médecine et de Maïeutique a permis le recrutement du reste des médecins.

Un médecin ne s'est pas présenté à l'entretien qui devait se dérouler en visioconférence, selon son souhait. Les raisons en sont inconnues. Nous n'avons pas cherché à le recontacter.

Un médecin a été exclu de l'étude malgré sa volonté de participer. Son exercice libéral se situe dans le département 78.

B. Biais d'échantillonnage

L'âge moyen des médecins interrogés est de 51 ans. La grande majorité des praticiens avaient entre 50 et 60 ans. Peu de médecins en dessous de cette tranche d'âge ont voulu participer à l'étude.

11 des 14 médecins interrogés exercent dans le Pas-De-Calais, les trois autres dans le Nord. 11 pratiquent en milieu semi-rural. Les catégories concernant le lieu et le milieu d'exercice n'ont donc pas été établies de manière équitable.

C. Biais d'interprétation

Le sens des questions a pu être mal compris ou interprété par le médecin interrogé lors de l'entretien. Des reformulations ont parfois été effectuées afin de s'assurer que les questions avaient bien été comprises.

Cependant, ils ont pu être influencés par certaines relances même si celles-ci étaient peu fréquentes et les plus neutres possible.

Même si nous nous faisons notre propre opinion des freins rencontrés en milieu libéral pour le diagnostic du SOPK, nous avons tenté de limiter le biais d'interprétation au maximum en restant objectif dans nos reformulations. En effet, certains praticiens évoquent l'absence de freins au diagnostic du SOPK et ceux même après reformulation de la question.

D. Biais d'investigation

Il est évoqué le manque d'expérience et de formation de l'investigatrice à l'entretien semi-dirigé, amélioré au fur et à mesure de l'investigation. Les rencontres se sont déroulées dans des structures de soins qui impliquaient malgré elles, un encadrement de la parole.

E. Biais de désirabilité sociale

Les participants ont pu se sentir jugés ou évalués en fonction des réponses au questionnaire de l'entretien que tenait l'investigatrice de l'étude sur ses genoux. Pour limiter ce biais, il a été rappelé en début d'entretien qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation des connaissances ni un jugement des pratiques professionnelles.

La présence du dictaphone a également pu limiter les réponses spontanées. Il était autant que possible excentré du bureau.

F. Biais extérieurs

On relève la présence de biais externes. En effet, certains entretiens ont été interrompus par une tierce personne, des appels téléphoniques ou encore des bruits de circulation importants ou des cris d'enfants provenant de la salle d'attente. Ces interventions ont été signalées dans les verbatim.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Rôle de coordinateur du parcours de soin

Les résultats de l'étude montrent que sa proximité et sa disponibilité font du médecin généraliste un pilier majeur et le place au centre du parcours de soin. Son rôle serait alors de centraliser les informations médicales du patient et d'articuler les différents acteurs du système de soin (gynécologue ou endocrinologue). Il fait le lien entre les examens, les soins et la vie quotidienne du patient. (54) En juillet 2009, le code de santé publique (article L4130-1) rappelle suite à la loi dite « HPST », relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires, que le médecin généraliste a un rôle de premier recours et se doit d'assurer la coordination des soins et les soins de prévention. (55)

La continuité des soins entre le généraliste et les spécialistes est de mise. Il s'agira pour le médecin traitant de reprendre les différents examens effectués et d'en faire la synthèse pour permettre une articulation correcte des différents intervenants auprès de la patiente.

Les médecins interrogés semblent s'intégrer davantage dans la prise en charge des patientes atteintes de SOPK. Ils mettent en avant toutes les qualités d'un médecin que recherche les patientes : Ecoute, Empathie, Patience, Partage et Confiance. Ce rôle s'inscrit dans la relation médecin-patient.

L'article L4130-1 du Code de la santé publique stipule dans les missions du médecin généraliste, entre autres, la possibilité de contribuer à l'offre de soin ambulatoire, l'orientation des patients selon les besoins dans le système de soin et le secteur médico-social, le fait de s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients et de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé. (55)

D'après l'article R.4127-33 du Code de Déontologie médical (55) : « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

2. Des recommandations mal connues

La connaissance du SOPK se réduit à celle enseignée lors des études médicales, qui était relativement pauvre il y a 40 ans (selon les médecins les plus âgés) mais qui le reste également aujourd'hui (selon les praticiens les plus jeunes).

Dans les esprits, le SOPK reste une pathologie rare et sous-diagnostiquée. Pourtant, les derniers chiffres relatent que le SOPK toucherait 10% des femmes en âge de procréer (57) avec tout de même un sous-diagnostic puisque 50 % des femmes atteintes du SOPK seraient non-diagnostiquées. (58) Il existe également une sous-médiatisation du syndrome. Les médecins avouent avoir été négligents, ce qui a pour conséquence un échappement des patientes face au diagnostic.

Aucun médecin n'a su énoncer les critères de Rotterdam, pourtant établis récemment en 2003, lorsque la question leur a été posée, soit par oubli, soit par manque d'informations sur leur existence. Tous étaient intéressés par l'apprentissage de leur composition et par la mise à jour de leurs connaissances sur le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques.

Pourtant, pris isolément, chaque symptôme a été cité comme élément d'orientation au diagnostic : les troubles du cycle, l'hyperandrogénie, l'infertilité (59) et les associations de symptômes (trouble du cycle et pilosité ou infertilité et trouble du cycle). En revanche, les critères échographiques ne sont pas pris en compte dans le diagnostic. Ils constituent pourtant un des points importants selon le *NIH* et l'*ESHRE*. Le nombre de follicules pris en compte pour tirer une conclusion a évolué, passant de 12 en 2003 (45) à au moins 20-25 follicules en 2018 selon l'*ESHRE*. (31)

Seul un nombre très restreint de médecins s'accordent pour diagnostiquer le SOPK sur un faisceau d'argument regroupant des plaintes de patientes, des signes physiques, des dosages hormonaux perturbés et des éléments d'orientation sur l'échographie pelvienne.

Dans une étude menée en Amérique du Nord en 2015-2016 auprès de 630 médecins pratiquant la gynécologie ou l'endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité, seulement 68,3% des endocrinologues et 41,2 % des gynécologues appliquent les critères de Rotterdam définis par le *NIH*. 27,7% ont déclaré ne pas savoir quels critères ils utilisaient pour poser le diagnostic de SOPK. (47)

Il existerait, selon les praticiens interrogés, différents stades d'évolution de la maladie. En effet, comme nous l'avons vu en introduction, le SOPK se compose de quatre phénotypes. Les patientes peuvent passer d'un phénotype à l'autre en fonction de certains facteurs environnementaux. (3,4) Selon certaines sources, les patientes atteintes du phénotype A ou B auraient des symptômes plus invalidants et seraient plus sujettes aux complications que les patientes atteintes du phénotype D. (60)

Seul un médecin a évoqué une association entre le SOPK et la polykystose rénale. Aucune de nos recherches ne relate ces propos. Il semblerait que dans l'esprit de certains médecins, le SOPK soit en relation avec la présence de kystes ovariens, ce qui conduirait à intégrer ce syndrome avec ceux de la polykystose hépatique et rénale.(61) Dans l'étude menée en Amérique du Nord décrite précédemment, 68,3 % des gynécologues et 35,1 % des endocrinologues ont associé le SOPK a des « kystes sur les ovaires ».(47)

Il s'agit d'un syndrome hétérogène qui doit son nom de « polykystique » à un aspect bosselé des ovaires observé à l'époque où l'on pratiquait des explorations chirurgicales. On sait à présent que cette appellation est impropre et qu'il s'agit d'ovaires multifolliculaires composés de follicules pré-antraux qui n'arriveront pas à maturation complète. Il aurait été plus juste de parler « d'ovaires multifolliculaires », mais le nom « polykystique » a perduré. (15,19)

Notre impression finale concernant les recommandations du SOPK se porte sur le fait que les médecins généralistes interrogés semblaient déconcertés, perdus face au diagnostic. Leur stratégie diagnostique n'est pas stéréotypée, ni codifiée.

3. Freins liés aux professionnels de santé

Notre objectif principal était d'identifier les freins au diagnostic de SOPK en médecine générale. Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes sont nombreux et variés d'après les résultats de notre étude clinique.

A. Démographie médicale dans le Nord-Pas-De-Calais

La pénurie de médecins, aussi bien généralistes que spécialistes peut avoir des conséquences non négligeables sur la prise en charge des patientes.

La collaboration entre gynécologues et médecins généralistes reste pourtant indispensable pour permettre le dépistage de cette pathologie de l'ombre qu'est le SOPK.

En 2015, on compte 3 706 médecins généralistes en activité régulière (hors activité intermittente, hors retraité ayant conservé une activité médicale, hors retraité sans activité) dans le Nord-Pas-De-Calais (62) contre 3 788 actuellement selon la carte départementale actualisée le 01 juin 2022. (63)

Pourtant, le nombre de médecins généralistes a baissé de 9% depuis 2010 et de 0.9% depuis 2020. La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025. Le Nord-Pas-De-Calais n'échappe pas à la règle avec une variation de - 23,8% entre 2010 et 2020. Depuis, ces deux départements inversent la tendance avec une augmentation de 1,9 % entre 2020 et 2021. (64)

En ce qui concerne les gynécologues médicaux, l'effectif est en diminution de 17,1% sur la période 2008 à 2015 avec une persistance attendue ces prochaines années.(65)

En 2020, la densité des gynécologues-obstétriciens dans le Nord-Pas-De-Calais était de 16,75 pour 100 000 habitants, la densité moyenne nationale étant de 17,6. L'évolution pour l'horizon 2030 s'oriente vers une baisse de 15% des effectifs de cette spécialité. (66)

Pour certains généralistes, la baisse de densité des gynécologues autour du cabinet leur est profitable. Elle permet une augmentation des demandes de consultation pour motif gynécologique et le déploiement de nouveaux domaines de compétences.

L'étude relève un point positif, celui de la féminisation et du rajeunissement de la pratique de la médecine générale, ce que confirme le dernier atlas de démographie médicale paru en 2021, où les femmes représentent 51,5 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière, dont 65 % avaient moins de 40 ans en 2021 (64) contre 47% en 2015. (65) 31 départements ont une majorité de médecins femmes actuellement. Nous pouvons donc supposer dans cette mesure que la prise en charge gynécologique des femmes par leur médecin traitant va augmenter.

L'âge moyen des médecins généralistes observe un rajeunissement. La moyenne d'âge des médecins actifs réguliers exerçant dans le Pas-De-Calais était de 49,2 ans et de 47,4 dans le Nord pour une moyenne d'âge en France de 49,9 ans en 2021 (64) contre respectivement 52 ans et 51 ans en 2015 (65), ce qui correspond à la moyenne d'âge de notre étude qui est de 51 ans. D'après notre étude, cela faciliterait la verbalisation des plaintes des patientes, permettrait de lever les tabous et de mettre plus à l'aise les patientes lors de l'examen gynécologique afin d'identifier les critères potentiels du SOPK.

B. Modification de la pratique libérale

a) Echappement des consultations de gynécologie

Les médecins les plus âgés nous ont évoqué une certaine « sectorisation de la médecine » il y a une quarantaine d'années.

En effet, les patientes s'attachaient à consulter un gynécologue si leur problème était d'ordre gynécologique et leur médecin traitant pour les autres motifs. Les médecins n'avaient alors pas de regard sur le suivi et la prise en charge gynécologique.

L'étude démontre qu'aujourd'hui, la plupart des médecins généralistes interrogés intègrent la gynécologie dans leur pratique libérale. Ils aiment l'aspect varié et diversifié permis par ce type de consultation.

Ils déplorent cependant un échappement des consultations pour motif gynécologique ou obstétrique bien que les effectifs des gynécologues médicaux ne cessent de décroître dans notre région, comme nous l'avons vu précédemment. (67)

La raison principale de ce glissement des consultations est l'augmentation de l'installation en libéral des sage-femmes. Selon les derniers chiffres dont nous disposons, on dénombre en 2017 1 576 sage-femmes dans le Nord-Pas-De-Calais dont 192 en milieu libéral. (68) Grâce aux aides versées par l'ARS, par l'intermédiaire du contrat d'aide à l'installation, du contrat d'aide au maintien, l'attractivité pour le secteur libéral est grandissante. (69) On estime qu'une sage-femme sur trois exercera en milieu libéral d'ici 2030.

Depuis la loi HSPT du 21 juillet 2009, les sage-femmes ne sont plus limitées aux consultations prénatales. Elles peuvent assurer des consultations de gynécologie préventive (dépistage des IST) et de contraception. Leur droit de prescription pour les médicaments et les dispositifs médicaux a été élargi depuis le décret publié au Journal Officiel en mars 2022. (70) Les SF peuvent pratiquer des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des patientes (FCU, DIU, implant, échographie etc ...).(71) Le 22 juin 2016, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, rappelle que les sage-femmes libérales peuvent facturer leurs actes médicaux comme les médecins.(72)

b) Exercice de groupe

A l'heure actuelle, l'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe est devenu une évidence. La plupart des médecins recrutés pour notre travail de thèse sont d'ailleurs installés de cette façon. Cela permet une entraide et une orientation de la pratique professionnelle avec une répartition différente des motifs de consultation.

Certains généralistes hommes de notre enquête expliquent la diminution du nombre de leurs consultations gynécologiques par la présence d'une femme au sein de leur cabinet.

D'après le quatrième panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale mis en place par la DREES, les observatoires régionaux de la santé et les unions régionales des professionnels de santé médecins libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire, réalisé auprès de 3 304 praticiens en 2019, 61% des médecins généralistes libéraux exercent en groupe (ils étaient moins de 30 % dans les années 1980, 43 % en 2001 (73) et 54% en 2010 (74)). Parmi eux, 94 % exercent avec au moins un autre généraliste dans le cabinet. L'exercice en groupe est surtout choisi par les médecins les plus jeunes, 81% des moins de 50 ans contre 44 % pour les 60 ans et plus, et dans une moindre mesure, par les femmes. Comme nous l'avons démontré dans ce travail de thèse, les avantages sont nombreux : cadre propice à des pratiques innovantes, collaboration entre professionnels pour une prise en charge coordonnée du patient, échanges facilités avec les confrères, lutte contre l'isolement, meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle. (75)

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, publié en mai 2021 son rapport sur les enjeux des relations entre généraliste, sage-femme et gynécologue. Il est mis en avant que les médecins généralistes exerçant au sein de cabinets de groupe adressent régulièrement leurs patientes à un confrère ou à une consœur du même cabinet, qui s'est formé et spécialisé dans le domaine de la gynécologie. (76)

c) Manque de confiance pour établir le diagnostic

Le principal obstacle au diagnostic de SOPK exprimé par les médecins interrogés est le défaut de sensibilisation. Le manque de cas pratiques cliniques rencontrés ainsi que le manque de formation et d'information tout au long de leur carrière participent au manque d'intérêt pour le SOPK. On note une difficulté au repérage des critères pour poser le diagnostic et rassurer la patiente. Un bilan initial est donc effectué (biologie/échographie) mais rapidement la prise en charge s'arrête à ce stade pour le généraliste. Les patientes sont alors orientées vers un spécialiste, gynécologue ou endocrinologue en fonction de la plainte principale.

L'ONDPS évoque dans son rapport de mai 2021 les obstacles à la réalisation du suivi de grossesse et à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes. Il est cité le manque de formation et de pratique des généralistes dans ce domaine ainsi que l'absence ou la faible demande des patientes. (76)

d) Facteur intrinsèque au médecin

L'étude montre que le facteur « genre », notamment le fait d'être un homme, est un argument recevable pour dire que le SOPK est difficile à établir en médecine générale. Pour certains médecins hommes de cette étude, il y a un moins grand intérêt et une moins grande motivation à la pratique de la gynécologie en libéral, d'où de faibles chances de diagnostiquer un SOPK. L'interrogatoire approfondi à la recherche de critères évoquant le diagnostic semble limité. Cela ne fait pas partie de leurs compétences et n'entre pas dans leurs habitudes de pratique. Ils préfèrent donc déléguer la situation en orientant vers un confrère plus spécialisé dans le domaine.

Dans sa thèse concernant la pratique de la gynécologie-obstétrique (GO) chez les médecins généralistes d'Ile-De-France, Sabrina DIAS soulève une différence significative selon le sexe du médecin dans la pratique de la gynécologie-obstétrique : 79,2 % des femmes pratiquent la GO à plus de 10% de leur activité globale contre 18,4 % des hommes. Les femmes réalisaient en moyenne 12,6% d'actes de GO et les hommes 4,8%. (77) Cependant, Gwenola LEVASSEUR, dans son étude intitulée « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne », ne retrouvait pas de différence significative entre le sexe du médecin et l'activité de gynécologie-obstétrique. (78)

Une étude parue dans la Revue Médicale Suisse en 2010 (79), montre que les femmes médecins posent plus de questions, à la fois d'ordre psychosocial et médical et reçoivent plus d'informations de la part de leurs patientes. Si les informations supplémentaires recueillies sont pertinentes, les femmes médecins seraient plus renseignées sur leurs patientes que les médecins hommes, d'où un impact sur la précision du diagnostic. Les médecins femmes auraient une manière de communiquer plus participative et un comportement non-verbal plus chaleureux que les médecins hommes. Les médecins femmes surestiment la gravité des problèmes médicaux des patientes alors que les hommes médecins la sous-estiment.

Dans son étude, R. CHAMPEAUX (80) nous montre que les médecins de moins de 50 ans, représentés en majorité par des femmes, ont un intérêt plus grand pour la gynécologie. Elles ont, en général, un contact et une approche plus aisés facilitant ces consultations.

Le genre du médecin peut ainsi retentir sur la relation médecin-patient. (81)

4. Freins liés aux patientes

Outre les freins liés aux médecins généralistes, l'étude démontre également de nombreux obstacles du côté des patientes.

a) Gêne envers leur médecin de famille

Le refus des patientes d'être examinée au niveau gynécologique par un homme ou par leur médecin traitant, qu'elles connaissent parfois depuis plusieurs années, est un obstacle important à prendre en considération.

Les résultats soulèvent la complexité à devoir dévoiler son intimité, tant au niveau de l'examen gynécologique que dans les plaintes exprimées. La sexualité reste encore aujourd'hui un tabou pour les patientes. L'allongement du délai au diagnostic peut être une conséquence de la gêne exprimée par les patientes.

Les plaintes physiques non exprimées, qualifiées de normales ou par absence d'impact sur la qualité de vie, participent également à un délai plus long apporté au diagnostic. Certaines patientes ont beaucoup de difficultés à comprendre de quoi elles sont atteintes.

L'ONDPS relate la crainte et le malaise des patientes d'être suivies et examinées par leur médecin traitant, leur méconnaissance des compétences des médecins généralistes et leur préférence pour le recours aux gynécologues. (76)

V. MEGRET révèle dans son étude : « Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale » menée en 2010 auprès de 37 médecins généralistes et 334 patientes (82), que 11 % des femmes interrogées ressentent une forme de pudeur et de honte à demander de telles consultations à leur médecin de famille. S. HUREAU révèle dans son étude menée en 2008 (83) que les femmes bordelaises sont plus gênées à évoquer leurs problèmes intimes avec des médecins hommes, ce que confirme également R. CHAMPEAUX dans son travail de recherche. Il existe une différence statistiquement significative de la réticence des patientes à la pratique d'un examen gynécologique par un homme (68,2 %) plutôt que par une femme (41,4%).(80)

D'après un sondage réalisé par l'Institut BVA en 2008 auprès de 1030 femmes âgées de 15 à 75 ans, 85% des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique dont 70 % par un gynécologue et 15 % par un médecin généraliste. Le suivi peut être réalisé par un gynécologue médical pour 47 % des femmes ou par un gynécologue obstétricien pour 23 % d'entre elles. Ces chiffres s'expliquent par une confiance plus importante accordée aux gynécologues, qui auraient des niveaux de compétences supérieurs à ceux des généralistes pour le suivi et la prise en charge dans ce domaine.(84) Une étude a montré que les difficultés d'accès à l'examen gynécologique pour les patientes sont la gêne liée à un aspect tabou de l'examen, la perception d'une relation trop familière avec leur généraliste, la difficulté d'accès à un gynécologue. (85) Les patientes préfèrent par pudeur consulter un gynécologue qui reste plus objectif à leurs yeux. Dans l'esprit des patientes, le médecin généraliste demeure le praticien référent uniquement pour les pathologies dites « courantes ».

b) Nomadisme médical

Le manque de suivi régulier, les patientes perdues de vue, parfois même le nomadisme médical, sont autant de freins générés par les patientes dans l'élaboration du diagnostic du SOPK. De plus, cela conduit à un allongement du délai au diagnostic. Dans une étude menée en 2018, la justification du nomadisme médical passe par un manque de confiance envers le médecin traitant.

La patiente recherche spontanément un nouvel avis devant l'absence d'amélioration ou la récurrence de symptômes et s'adresse pour cela à un médecin inconnu, majoritairement un spécialiste et dans un tiers des cas à un autre généraliste que son médecin traitant.(86)

Ce nomadisme médical a pour conséquence, outre les risques de iatrogénie, une absence de communication entre les différents praticiens. Le plus souvent, ils ne savent pas que d'autres confrères interviennent parallèlement, ce qui peut conduire à une véritable errance diagnostique : les informations étant connues de certains praticiens et pas d'autres, la prise en charge est nécessairement chaotique avec un risque de retard diagnostique que les praticiens peuvent se voir imputer. (87)

5. Les mesures envisagées

A. Travailler davantage avec les gynécologues

Le médecin généraliste est en partie dépendant de ses confrères pour l'élaboration du diagnostic : le radiologue dans la réalisation des examens complémentaires et notamment de l'échographie pelvienne, l'endocrinologue dans le cadre d'hirsutisme invalidant et le gynécologue quand le domaine de compétence dépasse celui du médecin.

S'entourer des spécialistes en gynécologie est une mesure envisagée. Les généralistes adressent prioritairement leurs patientes à des gynécologues hospitaliers. On peut justifier cette orientation par la forte diminution du nombre de praticiens spécialistes exerçant en secteur libéral, qu'ils soient obstétriciens et plus encore médicaux. L'orientation des patientes vers le gynécologue est indiquée pour réaliser des actes chirurgicaux ou des gestes techniques, des examens spécifiques ou encore pour instaurer un traitement complexe. Puis, le problème de la patiente ne relevant pas ou plus de leur spécialité, ce dernier va alors réorienter ces femmes vers leurs confrères généralistes en charge de l'organisation du parcours de soin. (76)

Il pourrait être bénéfique pour le généraliste de travailler en équipe avec des gynécologues et des endocrinologues de proximité afin d'apporter la cohérence et la sécurité aux patientes. Une solution envisagée pourrait être le travail d'équipe au travers de rassemblement de divers professionnels de santé : radiologue, gynécologue, généraliste, endocrinologue etc ... afin de discuter de cas complexes.

Cette méthode est déjà utilisée dans le domaine de la cancérologie gynécologique et de l'endométriose. A notre connaissance, il n'existe pas à ce jour de réunion de concertation pluridisciplinaire se rapportant au syndrome des ovaires polykystiques dans le Nord-Pas-De-Calais.

Il existe seulement en hôpital de jour à Jeanne de Flandre, des réunions entre gynécologues et internes d'endocrinologie pour discuter de dossiers relevant de pathologies au croisement de ces deux spécialités. Certes, c'est encore un temps supplémentaire à consacrer à ces rassemblements alors qu'ils ne sont pas rémunérés, mais ils pourraient permettre de développer l'assurance et la confiance du généraliste concernant le SOPK et ainsi le mettre en avant auprès des patientes.

Les médecins interrogés déplorent le manque de communication entre généralistes et gynécologues. Un point est mis en exergue : les courriers qui leur sont adressés concernent les patientes sortant d'hospitalisation après chirurgie mammaire ou pelvienne. Ils aimeraient également recevoir les courriers de suivi gynécologique, surtout en cas de diagnostic de SOPK. Ils sont favorables à une collaboration interprofessionnelle dont on sait qu'elle reste insuffisante avec un cloisonnement ville-hôpital persistant. La prise en charge conjointe de la patiente atteinte de SOPK se veut plus centrée sur l'envoi systématique de courrier explicatif après toute consultation chez le gynécologue pour permettre une information sur le diagnostic et un suivi de qualité.

D'après l'article R.4127-64 du Code de Déontologie (88) : « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

Il pourrait être intéressant selon les praticiens participant à l'enquête d'avoir un gynécologue référent pour le SOPK dans la région, joignable facilement pour une demande d'avis. Dans certains territoires de l'hexagone sont également mis en place un numéro unique où l'appel des généralistes est filtré par une secrétaire médicale qui bascule la communication vers le gynécologue de garde dans le secteur en fonction du degré d'urgence. Ont également lieu des réunions pluridisciplinaires en gynécologie intégrant volontiers des généralistes. (76)

La création de parcours territoriaux de soins avec au moins un centre référent et d'expertise identifié par région pourrait être une piste à explorer afin de véhiculer la formation et la diffusion des connaissances en ville et à l'hôpital.

Dans une étude, il est observé que les rapports entre généralistes et gynécologues sont facilités dès lors qu'il y a partage de caractéristiques communes. Le fait d'appartenir à la même génération, d'avoir approximativement le même âge, d'être de la même promotion ou d'être passé par les mêmes lieux de formation facilite la communication et la collaboration entre médecins. (76)

B. Amplifier la formation des médecins

La médecine générale est une spécialité très vaste. Les généralistes ne peuvent en maîtriser tous les domaines. La formation, la mise à jour de leurs connaissances et compétences sont une nécessité qui se renouvelle sans cesse.

La formation des médecins sur le SOPK durant le cursus médical semble insuffisante. Cette information est notamment corrélée par les médecins les plus âgés. Cela pourrait s'expliquer par le peu de formations qu'offraient les facultés il y a 20 ou 30 ans dans l'enseignement de la gynécologie. Dans sa thèse menée auprès de 170 généralistes d'Ile-De-France, Sabrina DIAS révèle que 17,4% des médecins estimaient ne pas avoir reçu de formation à la faculté, dont 58 % des médecins âgées de 50 ans ou plus. (77)

Les médecins sont difficiles d'atteintes en matière d'information et de nouvelles recommandations. Pourtant, les résultats montrent qu'ils demandent explicitement des rappels sur le SOPK. Le format papier comme le mailing peut être un moyen d'y remédier, mais cela provoque des opinions divergentes parmi les personnes interrogées.

La formation en gynécologie des généralistes est trop succincte. Compléter leur formation serait indispensable pour renforcer leurs acquis, remettre à niveau les plus anciens et gagner en assurance vis-à-vis des patientes.

L'accès aux formations médicales continues, à condition que les thèmes soient variés (médecine générale, gynécologie, aspect psychologique), semble un moyen unanime d'information médicale. Selon l'affinité des médecins pour la discipline et leur niveau d'exigence, des formations plus ou moins longues peuvent être proposées comme c'est actuellement le cas à la Faculté de Médecine de Lille (89) au travers de FMC :

AUEC, DU, DIU, congrès, certificat universitaire, certificat de capacité, séminaire, E-learning ou du DPC. Encore faut-il pouvoir se dégager du temps libre afin de se former et réduire le temps administratif pour y accéder. Un obstacle financier s'oppose aux formations médicales : l'absence de compensation financière reversée aux médecins libéraux en contre partie du temps consacré aux formations. Dans son étude publiée en 2005, Gwénola LEVASSEUR démontre que seulement 22% des médecins participaient à des FMC en gynécologie. (78) Dans la thèse de Sabrina DIAS publiée en 2010, ce sont 53,2% des médecins qui ne suivent pas de FMC en gynécologie.(77)

Il pourrait être intéressant de proposer aux médecins de ville des stages ou journées d'observation en milieu gynécologique hospitalier afin de compléter leurs connaissances et acquis. Dans notre étude, un médecin soulevait sa volonté de participer à un stage d'observation dans un service de gynécologie hospitalier. D'après la thèse de N.MAURAN intitulée « Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique » menée auprès de 161 généralistes Landais, certains des médecins interrogés avaient enrichi leur formation eux-mêmes « sur le terrain » ou par des stages spontanés en gynécologie. (90)Cependant, la non- rémunération et le temps pris sur la vie personnelle ou sur les consultations au cabinet en feraient vite une proposition vouée à l'échec.

La formation sur le sujet peut aussi passer par la communication entre confrères généralistes. CLAVILIER A, dans sa thèse intitulée « Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale » (91) publiée en 2021, évoque une communication entre confrères au sein d'un même cabinet ou lors de réunions en groupe de pairs afin de partager les doutes et les incertitudes de chacun. Le bénéfice attendu est une intelligence collective et une réassurance sur la prise en charge des patientes.

C. Se confronter à l'incertitude diagnostique

Nous avons mis en évidence au travers de cette étude que le SOPK peut apparaître au cœur de l'incertitude diagnostique dans le sens où les symptômes peuvent être atypiques, absents, incomplets ou non exprimés par la patiente. Ces phénomènes sèment le doute dans l'esprit du médecin, qui s'interroge alors sur la plausibilité du diagnostic. L'incertitude diagnostique occupe une place importante dans l'exercice du médecin généraliste. Chaque médecin y est confronté plusieurs fois par jour et ce tout au long de sa carrière.

On estime que 20 à 74 % des symptômes sont inexpliqués lors d'une consultation de médecine générale. (92)

Dans *Le Dictionnaire des Résultats de consultation*, La Société Française de Médecine Générale a édité un abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique. Le médecin généraliste est confronté au quotidien à plusieurs contraintes (93) :

- Il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution. Tous les signes de la maladie peuvent ne pas être encore apparus.
- Sans plateau technique, il a des moyen diagnostiques limités.
- Il est amené à prendre des décisions dans un temps court (le temps moyen d'une consultation en médecine générale est de 18 minutes).

Le concept de position diagnostique est l'axe principal de la théorie professionnelle du Dr BRAUN et permet de qualifier le degré d'ouverture diagnostique de la situation clinique. Il en existe 4 :

- A : Symptômes : c'est le symptôme saillant qui servira de dénomination
- B : Syndromes ou groupe de symptômes : ensemble de signes, de symptômes, de modifications morphologiques ou fonctionnelles formant une entité reconnaissable, dont il n'est pas possible au moment de la consultation de caractériser l'étiologie.
- C : Tableau de maladie : Maladie fortement évoquée par le regroupement de signes cliniques ou paracliniques mais sans preuve étiologique.
- D : Diagnostic certifié de façon certaine devant l'origine des troubles présentés.

Persévérer dans sa recherche de diagnostic, poursuivre les investigations, ne pas s'arrêté au premier obstacle venu, font la renommée du médecin. Un bon médecin est un praticien qui connaît ses domaines de compétences et ses limites, il sait se remettre en question et sait tirer le bénéfice de ses erreurs. Une rétrospection est recommandée après un épisode d'incertitude, seul ou avec l'aide de confrères, pour permettre de réfléchir et d'analyser sa pratique afin de l'améliorer lors de situations similaires. (94)

Dans sa thèse intitulée : « Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale », CLAVILIER A. met en avant l'intérêt de la communication à la fois entre patients mais aussi entre médecins pour permettre d'enrichir la situation, de faciliter la prise en charge et parler d'incertitudes dans la démarche diagnostique.(91)

Il est également important de pouvoir aborder le phénomène d'incertitude diagnostique pendant les études médicales et d'organiser des formations récurrentes pour les médecins généralistes. Cette formation commence à s'intégrer dans les enseignements des cours de médecine depuis quelques années.

D. La révolution du numérique

L'une des difficultés est de savoir évoquer le diagnostic de SOPK. Les médecins ont volontiers proposé de recourir à l'outil informatique.

Tous les médecins libéraux sont aujourd'hui équipés d'un logiciel médical informatique afin de garantir la sécurisation des données et faciliter la prescription médicale. Cependant, les outils informatiques sont insuffisamment exploités. Une des pistes envisagées serait d'intégrer au logiciel un questionnaire, une échelle d'évaluation diagnostique du SOPK, voire un score pronostique. L'outil exact n'est pas encore bien défini.

La société française de médecine générale, comme nous l'avons vu précédemment, a développé un logiciel : le *Dictionnaire des Résultats de Consultation*. (93) Il permet la gestion de l'incertitude diagnostique, facilite la démarche diagnostique et réduit le risque d'erreur.

Dans la thèse de Sabrina DIAS en 2010, il est soulevé que 41,3% des médecins utilisaient internet pour se former et s'informer des nouvelles recommandations de bonnes pratiques médicales, notamment sur le site de l'HAS. (77)

Outre leur fonction pour former et mettre à jour les connaissances, les outils informatiques peuvent servir de communication plus sécurisée entre professionnels de santé. L'aide de la sécurité sociale par la plateforme AMELIPRO peut être un moyen d'échanges entre l'administration et les médecins, voire entre les médecins généralistes eux-mêmes, au travers d'un espace dédié à cet effet dans le portail personnel.

L'étude sur la prise en charge gynécologique commanditée par l'URPS de Nouvelle Aquitaine publiée en mai 2021, pointe que les nouveaux outils numériques restent peu perçus spontanément comme levier d'amélioration des coopérations interprofessionnelles.

Les divers dispositifs numériques comme les messageries sécurisées ou autres outils de coordination permettant d'y intégrer les plans personnalisés de soins, sont assez peu évoqués par les professionnels comme des solutions pour améliorer les coopérations, en partie à cause d'échanges d'informations et de documents ne pouvant se faire qu'à sens unique (gynécologue vers généraliste) via une messagerie électronique sécurisée. (76)

E. Un sujet d'avenir

Les patientes sont parfois à l'initiative du diagnostic du SOPK mais cette attitude reste rare, étant généralement peu informées sur le sujet. Aujourd'hui, il n'existe pas, à notre connaissance, de campagne à grande échelle concernant le SOPK. Pourtant, ces méthodes informatives sont largement utilisées par la caisse primaire d'assurance maladie, comme cela a pu être le cas avec l'endométriose.

La campagne d'information nationale sur l'endométriose lancée en mars 2020 par O. VERAN, ministre des Solidarités et de la Santé, a permis une explosion de la prévalence de la pathologie. Les médecins généralistes ainsi que les patientes sont sensibilisés aujourd'hui à la recherche de l'endométriose devant des symptômes typiques. (95,96)

Ce même engouement devrait être transposable au diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques afin que les patientes prennent connaissance des symptômes types et consultent rapidement leur médecin traitant pour initier les premiers examens, réduire le délai au diagnostic et éviter l'apparition de complications à l'aide d'un dépistage précoce.

Depuis le phénomène inédit de pandémie COVID-19, qui a duré 3 ans et qui persiste encore, des modifications sur les habitudes de vie ont été observées chez les patientes. Le changement de régime alimentaire, la sédentarité liée au confinement et la prise de poids ont augmenté la vigilance des médecins vis-à-vis du diagnostic du SOPK.

CONCLUSION

Pour conclure, le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques est peu réalisé par les médecins généralistes inclus dans notre étude. Non évoqué en partie par la croyance d'une pathologie rare. Il serait pourtant dommage de ne pas l'évoquer tant les bénéfices apportés à la patiente sont importants. Le délai diagnostic s'étend de plusieurs mois à plusieurs années.

Etant donné que la qualité de vie est liée aux caractéristiques cliniques, le dépistage du SOPK doit pouvoir être effectué par tous professionnels de santé. Son diagnostic permet la mise en place de thérapeutique afin de réduire les plaintes exprimées par la patiente.

Outre les critères cliniques (aménorrhée, oligo-spanioménorrhée, hirsutisme, acné, séborrhée, alopécie, infertilité) le SOPK entraîne des complications à long terme qui peuvent être nombreuses et avoir de lourdes conséquences. Il faut donc les dépister de manière systématique pour pouvoir les prendre en charge précocement. Parmi les complications, on peut citer (97) : le surpoids/l'obésité, l'intolérance aux hydrates de carbones, le diabète de type II, la dyslipidémie, le syndrome métabolique, la stéatose hépatique, les maladie cardio-vasculaires, le cancer de l'endomètre (conséquence d'une hyperestrogénie relative sur anovulation), le cancer du sein, l'infertilité, le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles de la sexualité, les troubles d'ordre psychologique (anxiété, dépression), les troubles alimentaires (boulimie, hyperphagie, anorexie), les complications obstétricales (diabète gestationnel, pré-éclampsie). (98)

Malgré les nombreux freins rencontrés par les professionnels de santé (désertification médicale, habitudes de pratique, manque d'automatisme etc ...) mais aussi par les patientes (refus de l'examen gynécologique, plaintes non exprimées, nomadisme médicale etc ...), le généraliste conserve une place centrale dans le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques. Qualifié de médecin de famille, il est le premier témoin des changements physiologiques et/ou pathologiques de ses patientes, qu'il a vu grandir pour certaines. Par son accessibilité et la relation de confiance, les patientes se tournent en premier lieu vers leur généraliste devant des symptômes qu'elles jugent anormaux. Libre ensuite à lui en fonction de ses capacités et de son niveau d'aisance, d'adresser la patiente à un confrère pour établir le diagnostic de SOPK.

De ce fait, il est important de privilégier la formation continue ainsi que la relation entre confrères au travers du travail en réseau dans l'intérêt de la patiente. La communication interprofessionnelle prend toute son importance pour faciliter l'établissement du diagnostic du SOPK en raison de son aspect multifactoriel.

Certaines patientes ont beaucoup de difficultés à comprendre de quoi elles sont atteintes, les symptômes étant perçus comme anormaux sans en comprendre la cause. Le médecin se doit d'être bien informé afin de répondre aux questions et aux inquiétudes des patientes.

Les pistes de réflexion à explorer pourraient être le développement d'établissements de référence et d'expertise dans le Nord et le Pas-De-Calais ainsi que la création de réunion de concertation pluridisciplinaire sur le SOPK incluant les médecins généralistes, les gynécologues, les endocrinologues, les radiologues. Ceci permettrait d'informer, de former, d'organiser le diagnostic, de soigner en orientant les cas complexes vers un centre de référence.

Nos données reflètent un besoin urgent de diffuser des informations concernant l'utilisation uniforme des critères de Rotterdam pour le diagnostic du SOPK, ce qui permettrait aux médecins de s'aligner sur les directives nationales et internationales. Une des pistes envisagées pour y parvenir selon les médecins de cette étude serait l'élaboration d'un questionnaire type intégré aux logiciels médicaux, regroupant les critères et symptômes du SOPK. Ce questionnaire pourrait être exposé à toute patiente présentant des facteurs de risques, lors d'une consultation de prévention ou de dépistage et ce aux différentes étapes de la vie.

Notre travail de recherche démontre le rôle premier du médecin généraliste dans le dépistage du SOPK. Par son titre de médecin de famille, il est l'acteur principal qui permet de repérer précocement les signes d'alertes. La levée des freins permettrait la possibilité d'un diagnostic du SOPK à chaque étape de la vie d'une femme : à l'adolescence lors de trouble du cycle, d'acné ou d'hirsutisme, à l'âge adulte lors de la mise en évidence d'une infertilité et en péri-ménopause par le dépistage du syndrome métabolique et des cancers gynécologiques. C'est une maladie qui peut s'exprimer à n'importe quel moment de la vie d'une femme en utilisant des symptômes diversifiés. Grâce à ses connaissances et ses formations, le généraliste pourra effectuer le diagnostic dans les meilleurs délais possibles afin d'éviter les effets néfastes du SOPK sur la qualité de vie des patientes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LETOMBE B, CATTEAU-JONARD S, ROBIN G. Endocrinologie en gynécologie et obstétrique. 2e Edition. Elsevier. Sous l'égide du CNGOF.; 2019. 330 p. (Elsevier Masson). Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/endocrinologie-en-gynecologie-et-obstetrique-9782294759659.html>
2. Ovaire polykystique : bien le définir sans en voir partout. Gynécologie Obstétrique Pratique. 2020. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/005341-ovaire-polykystique-bien-definir-en-voir-partout>
3. Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Franks S, Gambineri A, et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. Eur J Endocrinol. 1 oct 2014;171(4):P1-29.
4. Teede H, Deeks A, Moran L. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. BMC Med. 30 juin 2010;8:41.
5. Azziz R, Adashi EY. Stein and Leventhal: 80 years on. Am J Obstet Gynecol. févr 2016;214(2):247.e1-247.e11.
6. Dewailly D, Lujan ME, Carmina E, Cedars MI, Laven J, Norman RJ, et al. Definition and significance of polycystic ovarian morphology: a task force report from the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Hum Reprod Update. 1 mai 2014;20(3):334-52.
7. BRAMI Charles. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome d'ovaire polykystique | Gynéco Online. 2019. Disponible sur: <https://www.gyneco-online.com/fertilite/recommandations-pour-le-diagnostic-et-la-prise-en-charge-du-syndrome-dovaire-polykystique>
8. Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. Nat Rev Endocrinol. mai 2018;14(5):270-84.
9. Witchel SF, Oberfield SE, Peña AS. Polycystic Ovary Syndrome: Pathophysiology, Presentation, and Treatment With Emphasis on Adolescent Girls. J Endocr Soc. 1 août 2019;3(8):1545-73.

10. Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) · Inserm, La science pour la santé. Inserm. 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/syndrome-ovaires-polykystiques-sopk/>
11. Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) - Problèmes de santé de la femme. Manuels MSD pour le grand public.. Disponible sur: <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/troubles-menstruels-et-anomalies-du-saignement-vaginal/syndrome-des-ovaires-polykystiques-sopk>
12. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome†‡. Hum Reprod. 1 sept 2018;33(9):1602-18.
13. Peña AS, Witchel SF, Hoeger KM, Oberfield SE, Vogiatzi MG, Misso M, et al. Adolescent polycystic ovary syndrome according to the international evidence-based guideline. BMC Med. 24 mars 2020;18:72.
14. Imaouen M, Ameziane Hassani F, El Ouahabi H. Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) : caractéristiques cliniques, hormonales et métaboliques (à propos de 63 cas). Ann Endocrinol. 1 sept 2017;78(4):380-1.
15. Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) · Inserm, La science pour la santé. Inserm.. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/syndrome-ovaires-polykystiques-sopk/>
16. Rojas J, Chávez M, Olivar L, Rojas M, Morillo J, Mejías J, et al. Polycystic Ovary Syndrome, Insulin Resistance, and Obesity: Navigating the Pathophysiologic Labyrinth. Int J Reprod Med. 2014;2014:719050.
17. PCOS_Evidence-Based-Guidelines_20181009.pdf. Disponible sur: https://www.monash.edu/__data/assets/pdf_file/0004/1412644/PCOS_Evidence-Based-Guidelines_20181009.pdf
18. Cırık DA, Dilbaz B. What do we know about metabolic syndrome in adolescents with PCOS? J Turk Ger Gynecol Assoc. 1 mars 2014;15(1):49-55.

19. Bachelot A. Le syndrome des ovaires polykystiques : diagnostic clinique et biologique. *Ann Biol Clin (Paris)*. 2016;74(6):661.
20. Oberfield SE, Chang RJ, Witchel S, Auchus RJ, Codner E, Ibanez L, et al. An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence - FullText - Hormone Research in Paediatrics 2017, Vol. 88, No. 6 - Karger Publishers. *Horm Res Paediatr*. déc 2017;88(6). Disponible sur: <https://www.karger.com/Article/FullText/479371>
21. Jonard S, Dewailly D. The follicular excess in polycystic ovaries, due to intra-ovarian hyperandrogenism, may be the main culprit for the follicular arrest. *Hum Reprod Update*. 1 mars 2004;10(2):107-17.
22. Syndrome des ovaires polykystiques, traiter au-delà de l'infertilité. *Gynécologie Obstétrique Pratique*. 2020. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/005593-syndrome-ovaires-polykystiques-traiter-dela-linfertilite>
23. Tata B, Mimouni NEH, Barbotin AL, Malone SA, Loyens A, Pigny P, et al. Elevated prenatal anti-Müllerian hormone reprograms the fetus and induces polycystic ovary syndrome in adulthood. *Nat Med*. juin 2018;24(6):834-46.
24. Jamin C. SOPK : mieux comprendre pour mieux traiter. *REVUE GENESIS*. 2021. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/sopk-mieux-comprendre-pour-mieux-traiter/>
25. Dumont A, Robin G, Catteau-Jonard S, Dewailly D. Role of Anti-Müllerian Hormone in pathophysiology, diagnosis and treatment of Polycystic Ovary Syndrome: a review. *Reprod Biol Endocrinol RBE*. 21 déc 2015;13:137.
26. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 1 janv 2004;81(1):19-25.
27. van Houten ELAF, Themmen APN, Visser JA. Anti-Müllerian hormone (AMH): Regulator and marker of ovarian function. *Ann Endocrinol*. 1 mai 2010;71(3):191-7.

28. Syndrome des ovaires polykystiques : intérêt et limite des explorations | Gynécologie Obstétrique Pratique. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/007415-syndrome-des-ovaires-polykystiques-interet-et-limite-des-explorations>
29. Syndrome des ovaires polykystiques : quoi de neuf ? Revue Medicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-477/syndrome-des-ovaires-polykystiques-quoi-de-neuf>
30. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. déc 2013;98(12):4565-92.
31. Polycystic Ovary Syndrome. Disponible sur: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Polycystic-Ovary-Syndrome>
32. Larousse É. cycle menstruel – Média LAROUSSE. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/cycle_menstruel/1313347
33. Syndrome des ovaires polykystiques (Stein-Leventhal) et mode de vie. Médecins francophones du Canada. 2021 Disponible sur: <https://www.soscuisine.com/blog/bien-manger-sopk/?lang=fr>
34. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 1 août 2018;110(3):364-79.
35. The Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS)†. Hum Reprod. 1 janv 2012;27(1):14-24.
36. Huyghe L, Catteau-Jonard S, Robin G. Troubles du cycle, aménorrhée et syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) chez l'adolescente. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 1 avr 2018;21(2):76-88.
37. Yildiz BO. Diagnosis of hyperandrogenism: clinical criteria. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 1 juin 2006;20(2):167-76.

38. Hyperandrogénie postménopausique . Gynécologie Obstétrique Pratique. 2016. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/0014330-hyperandrogenie-postmenopausique>
39. Hatch R, Rosenfield RL, Kim MH, Tredway D. Hirsutism: implications, etiology, and management. Am J Obstet Gynecol. 1 août 1981;140(7):815-30.
40. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W, Glueck JS, Legro RS, Carmina E. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: Guide to the Best Practices in the Evaluation and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome - Part 1. Endocr Pract. 1 nov 2015;21(11):1291-300.
41. SFD | Scores et échelles. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/page-27-scores-et-echelles>
42. Yildiz BO. Diagnosis of hyperandrogenism: clinical criteria. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. juin 2006;20(2):167-76.
43. Tostain J, Rossi D, Martin PM. [Physiology of androgens in adult men]. Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol. nov 2004;14(5):639-60.
44. Polycystic Ovary Syndrome. Harvard Health. 2019. Disponible sur: https://www.health.harvard.edu/a_to_z/polycystic-ovary-syndrome-a-to-z
45. Dewailly D, Lujan ME, Carmina E, Cedars MI, Laven J, Norman RJ, et al. Definition and significance of polycystic ovarian morphology: a task force report from the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Hum Reprod Update. 1 mai 2014;20(3):334-52.
46. Aspects échographiques des ovaires polykystiques | Gynéco Online. Disponible sur: <https://www.gyneco-online.com/sage-femme/aspects-echographiques-des-ovaires-polykystiques>
47. Dokras A, Saini S, Gibson-Helm M, Schulkin J, Cooney L, Teede H. Gaps in knowledge among physicians regarding diagnostic criteria and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 1 juin 2017;107(6):1380-1386.e1.
48. Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. Nat Rev Endocrinol. mai 2018;14(5):270-84.

49. Deruelle P, Grasslin O, Bonneau C, Huissoud C, Robin G, Fauvet R. Référentiel des collèges Gynécologie Obstétrique édition 2021. 5eme Edition. Elsevier. Sous l'égide du CNGOF.; 2021. 43-58 p. (Elsevier Masson). Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/etudes-de-medecine/referentiel-des-colleges-gynecologie-obstetrique-edition-2021>
50. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
51. Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire.. CNGE Productions et GMSanté; 2021. 189 p. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/librairie/produits/produit/89>
52. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exerc* 2009. (88):106-12.
53. King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiother Can*. 2019;71(3):222-30.
54. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
55. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Médecin généraliste de premier recours. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
56. Article 33 - Diagnostic. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-33-diagnostic>
57. Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) · Inserm, La science pour la santé. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/syndrome-ovaires-polykystiques-sopk/>

58. Les Symptômes du SOPK. Association Esp'OPK.. Disponible sur: <https://www.esp-opk.org/sopk-symptomes>
59. Masson E. Le syndrome des ovaires polymicrokystiques (SOPMK). EM-Consulte.. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/244220/le-syndrome-des-ovaires-polymicrokystiques-sopmk>
60. Khan MJ, Ullah A, Basit S. Genetic Basis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): Current Perspectives. Appl Clin Genet. 24 déc 2019;12:249-60.
61. Connaître la Polykystose – Association PolyKystose France . Disponible sur: <https://www.polykystose.org/la-polykystose/connaitre-la-polykystose/>
62. Recensement régional des médecins généralistes France 2015. Statista.. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/503922/nombre-medecins-generalistes-liberal-mixte-regions-france/>
63. Nombre de médecins généralistes libéraux - Cartes - Ordre National des Pharmaciens. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux>
64. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
65. Démographie médicale en région Nord-Pas-De-Calais. Situation en 2015. Avec la participation de Francione et Bissonnier. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1uldddeg/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf
66. Chiffres clés : Gynécologue-obstétricien. Profil Médecin. 2020. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>
67. cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf. Disponible sur: https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
68. Données démographiques de la profession. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>

69. Publication du nouveau zonage des sages-femmes libérales. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/publication-du-nouveau-zonage-des-sages-femmes-liberales-1>
70. Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire. 2022-325 mars 5, 2022.
71. Suivi gynécologique et contraception. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
72. Sages-femmes : relayer la campagne de communication nationale. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/article/relayer-la-campagne>
73. Cabinet de groupe ou Maison de Santé pluriprofessionnelle ? - Libizi.. Disponible sur: <https://www.libizi.fr/exercer-en-liberal/installation/32/cabinet-de-groupe-ou-maison-de-sante-pluriprofessionnelle/article>
74. MACSF. Cabinets de groupe et MSP : les chiffres clés de l'installation libérale - MACSF. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/s-installer/chiffre-cle-installation-liberale-msp-cabinet-de-groupe>
75. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
76. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) - Ministère de la Santé et de la Prévention. Mai 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>
77. Sabrina D. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-De-France. [Thèse d'exercice]. [2009-2010 France]: Université Paris Diderot-Paris7; 2010.

78. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique*. 2005;17(1):109-19.
79. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Revue Medicale Suisse*. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-257/les-medecins-hommes-et-femmes-interagissent-de-maniere-differente-avec-leurs-patients-pourquoi-s-en-preoccuper>
80. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2013. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/18222>
81. médicales F des maisons. Genre et santé. Fédération des maisons médicales. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/-Genre-et-sante-.html>
82. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Limoges; 2010. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-39177>
83. Hureau S. Le suivi des femmes enceintes: parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2008.
84. BreakingWeb. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. BVA Group. Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/ressenti-des-femmes-a-legard-du-suivi-gynecologique/>
85. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin [Thèse d'exercice]. [Saint-Étienne, France]: Université Jean Monnet; 2010.
86. Grandperrin T. Évaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical dans un service d'urgences [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01977887>

87. MACSF. Nomadisme médical du patient - MACSF. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/nomadisme-medical-patient>
88. Article 64 - Exercice collégial. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-64-exercice>
89. Formation Continue - Faculté de Médecine Henri Warembourg. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/formation-continue>
90. Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique: enquête auprès de médecins landais [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2006.
91. Clavilier A. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique [Thèse d'exercice]. [Auvergne]: Clermont; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280540>
92. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. juin 2003;23(3):226-31.
93. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Kandel O, Desessarts YT. Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique. 2010;48.
94. Savage C. Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M033.pdf
95. Lancement d'une stratégie nationale contre l'endométriose. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/lancement-d-une-strategie-nationale-contre-l-endometrioise>

96. Endométriose - Ministère de la Santé et de la Prévention. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/endometriose>
97. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Oxf Engl.* sept 2018;33(9):1602-18.
98. Lee I, Cooney LG, Saini S, Smith ME, Sammel MD, Allison KC, et al. Increased risk of disordered eating in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 1 mars 2017;107(3):796-802.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille COREQ

GRILLE METHODOLOGIQUE COREQ

DOMAINE 1 : EQUIPE DE RECHERCHE ET DE REFLEXION

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

N°	Item	Description	Réponse
1	Enquêteur	Quel acteur a mené l'entretien individuel ?	DEFRANCE Pauline
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne, DES de médecine générale
3	Activités	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne médecine générale 3 -ème année
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expériences et formations	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation en médecine générale Première étude qualitative

RELATION AVEC LES PARTICIPANTS

N°	Item	Description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissant avant le commencement de l'étude ?	Oui
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquête	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne ou remplaçant de médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalisées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine générale réalisant une thèse d'exercice

DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ETUDE

CADRE THEORIQUE

N°	Item	Description	Réponse
9	<i>Orientation méthodologique et théorie</i>	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

SELECTION DES PARTICIPANTS

N°	Item	Description	Réponse
10	<i>Echantillonnage</i>	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné, effet boule de neige
11	<i>Prise de contact</i>	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone, SMS Courrier électronique
12	<i>Taille de l'échantillon</i>	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15
13	<i>Non-participation</i>	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	1, rendez-vous visioconférence non honoré

CONTEXTE

N°	Item	Description	Réponse
14	<i>Cadre de la collecte des données</i>	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail ou visioconférence par souhait du participant
15	<i>Présence de non participants</i>	Y avait-il d'autres personnes présentes, autres les participants et les chercheurs ?	Lors de l'entretien n°8 et n°11 : épouse présente sur une partie de l'entretien
16	<i>Description de l'échantillon</i>	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont précisées dans le tableau 2 et 3

RECUEIL DES DONNEES

N°	Item	Description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien en Annexe 2 Absence d'entretien test
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio par dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, mais non retranscrit dans cette étude
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Le plus court est de 15 minutes et 12 secondes. Le plus long est de 1 heure, 03 minutes et 32 secondes. Moyenne de 24 minutes et 30 secondes.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 12 ^{ème} entretien, confirmé par 2 entretiens supplémentaires
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non

DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTATS

ANALYSE DES DONNEES

N°	Item	Description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codés les données ?	Deux personnes : l'investigateur et un médecin généraliste remplaçant, externe à l'étude
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui, en annexe 3
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A l'analyse des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas, échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

REDACTION

N°	Item	Description	Réponse
29	<i>Citations présentées</i>	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes /résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatim anonymes numérotés de E1 à E14
30	<i>Cohérence des données et des résultats</i>	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	<i>Clarté des thèmes principaux</i>	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	<i>Clarté des thèmes secondaires</i>	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 2 : Guide d'entretien définitif

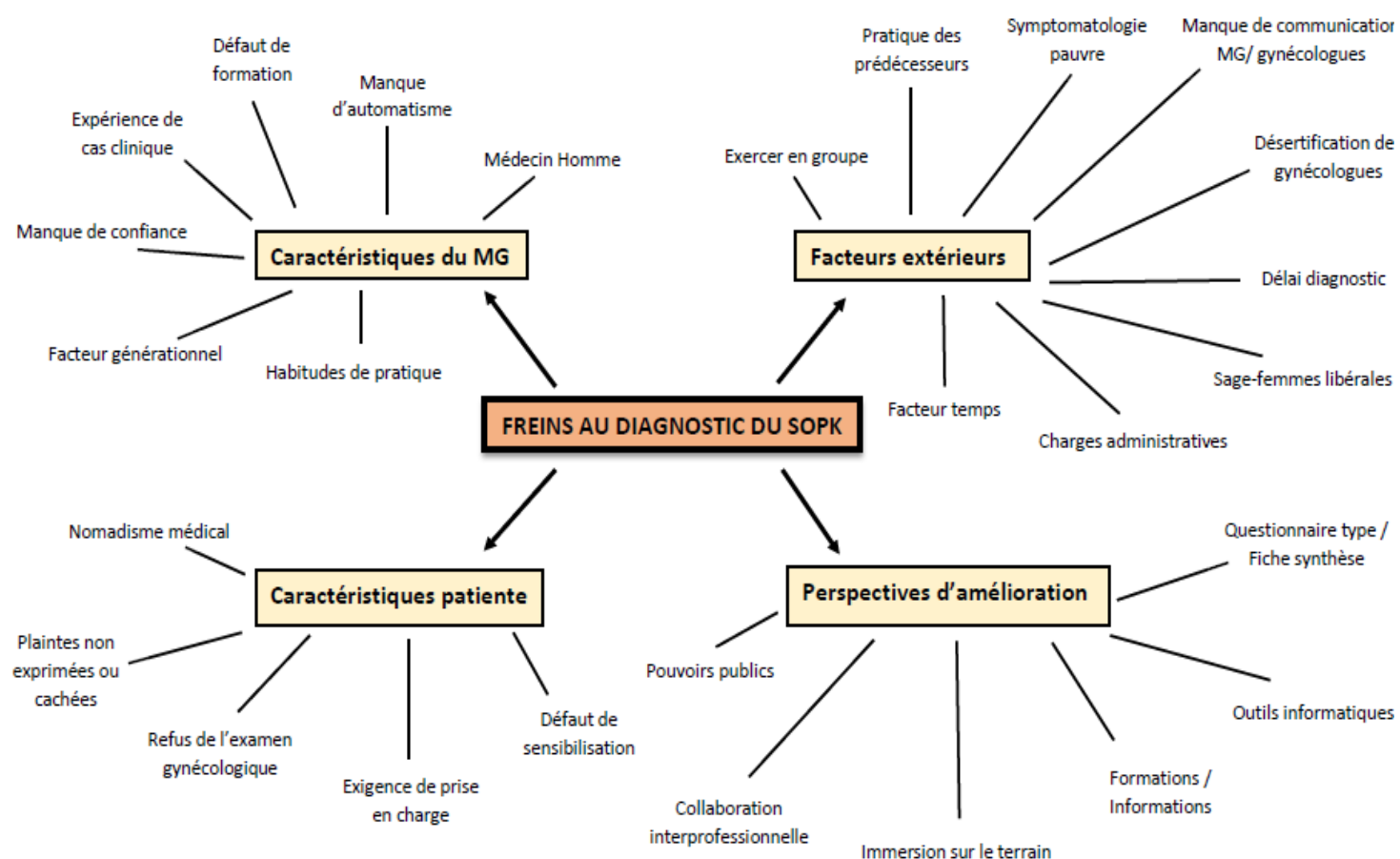
RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES

- Age
- Milieu d'exercice : Rural, Semi-rural, Urbain
- Mode d'installation : seul, en cabinet de groupe, en MSP, autre
- MSU ?
- Réalisation de formations universitaires complémentaires en gynécologie (DU ; DIU ...) ou autres
- Participation à des formations médicales continues en gynécologie (FMC, Congrès ...) ou autres

GUIDE D'ENTRETIEN

- Quelle place accordez-vous à la gynécologie dans votre exercice libéral ?
- Comment gérez-vous une consultation devant les motifs suivants : Trouble du cycle ? Hyperandrogénie ? Infertilité ?
- Avez-vous une expérience professionnelle sur le sujet que vous voudriez me faire partager ?
- Que pensez-vous personnellement de la réalisation du diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques en médecine générale ?
- Pensez-vous que le SOPK est difficile à diagnostiquer en médecine générale ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le diagnostic du SOPK et palier à ces difficultés éventuelles ?
- Connaissez-vous les critères de Rotterdam ? Si non, pensez-vous qu'il serait intéressant de les connaître pour aider votre pratique ?

Annexe 3 : Les freins au diagnostic du SOPK – Carte mentale



Annexe 4 : Arbre de codage NVIVO

☐ ○	1 - Parcours de formation du médecin généraliste	9
☐ ○	1-1 DU - DIU	0
☐ ○	Maladies infectieuses	1
☐ ○	Médecine du sport	1
☐ ○	Absence	5
☐ ○	Gériatrie	2
☐ ○	Médecin coordinateur	2
☐ ○	Stress et anxiété	1
☐ ○	Nutrition	1
☐ ○	Mésothérapie	1
☐ ○	Pratique et recherche clinique	1
☐ ○	BPCO	1
☐ ○	Apnée du sommeil	1
☐ ○	Acupuncture	1
☐ ○	Auriculothérapie	1
☐ ○	Relaxation	1
☐ ○	Hypnose	1
☐ ○	Ostéopathie	1
☐ ○	Homéopathie	1
☐ ○	Phytothérapie	1
☐ ○	Soins palliatifs	1
☐ ○	Infections Rhumatologiques	1
☐ ○	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	1
☐ ○	Echographie en gynécologie pour les MG	1
☐ ○	1-2 FMC	0

☐	Gynécologie	3
☐	Pédiatrie	1
☐	Thème non précisé	7
☐	Absence	3
☐	Organisateur de FMC	2
☐	Obstétrique	2
☐	Nutrition	1
☐	Echographie	1
☐	☐ 1-3 Congrès	0
	☐ Thème non précisé	1
	☐ Journées de Gynécologie-Obstétrique	1
	☐ Médecine générale	3
	☐ Assiduité de participation	2
	☐ Absence	1
☐	1-4 Maître de stage universitaire	5
☐	1-5 Conseil de l'Ordre des Médecins	1
☐	1-6 Développement professionnel continu	5
☐	1-7 Formations pratiques	1
☐	1-8 Diplôme d'approfondissement études médicales	1
☐	1-9 Matinée thèse à la faculté	1
☐	1-10 Exercice en milieu hospitalier	1
☐	1-11 Formations organisées par les laboratoires	1
☐	☐ 2- Pratique de la Gynécologie-Obstétrique en libérale	6
☐	☐ 2-1 Gynécologie	0
	☐ ☐ 2-1-1 Dépistage	0

☐	Frottis	11
☐	Sénologie	2
☐	Infections sexuellement transmissibles	1
☐	Prélèvements vaginaux	1
☐	2-1-2 Examen gynécologique	5
☐	2-1-3 Actes techniques	0
☐	Stérilet	5
☐	Implant	7
☐	2-2 Obstétrique	0
☐	Consultations pré natales	8
☐	Accouchement au cabinet	1
☐	COVID et grossesse	1
☐	Infection urinaire de la femme enceinte	1
☐	Contractions	1
☐	Métrorragies pendant la grossesse	1
☐	Chirurgie et grossesse	1
☐	2-3 Fréquence des consultations	0
☐	Quantification impossible	4
☐	En pourcentage	1
☐	Diminution de la fréquence des consultations	6
☐	Quotidienne	5
☐	Hebdomadaire	1
☐	Mensuelle	1
☐	Annuelle	1
☐	Très occasionnelle	5

☐	Place importante dans la pratique	4
☐	2-4 Diversité des consultations	2
☐	2-5 Coordinateur du parcours de soin	4
☐	2-6 Evolution des pratiques médicales	1
☐	☐ 2-7 Points positifs pour la pratique	0
	☐ Etre une femme médecin	6
	☐ Relation médecin- patient	3
	☐ Travail en collaboration avec le gynécologue	2
	☐ Pandémie COVID	1
	☐ Compétence en échographie	1
	☐ Manque de gynécologues	1
☐	☐ 2-8 Points négatifs pour la pratique	0
	☐ Cabinet de groupe	3
	☐ Sage-femme	6
	☐ Pratique des prédécesseurs	1
	☐ Gynécologue à proximité	3
	☐ Etre un médecin homme	1
	☐ Echappement de certaines consultations	1
☐	☐ 3- La consultation de gynécologie en médecine générale	0
☐	☐ 3-1 Motif de consultation	0
☐	☐ 3-1-1 Trouble du cycle	0
	☐ Aménorrhée	4
	☐ Hyperménorrhée	1
	☐ Cycles irréguliers	2
	☐ Métrorragies	1

	☐	Syndrome pré-menstruel	1
	☐	Péri-ménopause	1
☐	☐	3-1-2 Hyperandrogénie	1
	☐	Absence de demande	3
	☐	Pilosité	2
	☐	Acné	2
	☐	Hirsutisme	4
	☐	Séborrhée	1
☐	☐	3-1-3 Infertilité	0
	☐	Aide médicale à la procréation	3
	☐	Désir de grossesse	4
	☐	Etiologies différentes	1
☐	☐	3-1-4 Douleurs	0
	☐	Douleurs vaginales	1
	☐	Dysménorrhées	5
	☐	Douleurs pelviennes	1
	☐	Douleurs abdominales	1
	☐	3-1-5 Infections génitales	2
☐	☐	3-1-6 Contraception	0
	☐	Première consultation de contraception	2
	☐	Renouvellement - Suivi contraception	3
	☐	Type de contraception	0
	☐	Oestro-Progestatif	1
	☐	Progestatif	1

	○ Contraception de manière générale	1
	○ Effets indésirables	1
	○ 3-1-7 Trouble du post-partum	1
	○ 3-1-8 Péri ménopause- Ménopause	2
	○ 3-1-9 Distinction fonctionnelle - organique	1
	○ 3-1-10 Senologie	1
	○ 3-1-11 Bilan complémentaire avant la consultatio	1
□	○ 3-2 Interrogatoire	0
	○ Sans précision	4
	○ Contraception	3
	○ Desir de grossesse	1
	○ Durée d'évolution des symptômes	4
	○ Déréglement hormonal	1
	○ Signes associés	3
	○ Investigation antérieure	2
	○ Trouble du comportement alimentaire	1
□	○ Antécédents	0
	○ Antécédents personnels	4
	○ Antécédents familiaux	4
□	○ Caractéristique du cycle	0
	○ Calendrier des règles	2
	○ Régularité du cycle	2
	○ Caractère cyclique	1
□	○ 3-3 Type de population rencontrée	0
	○ Adolescente	1

	☐ Femme jeune	4
☐	☐ 3-4 Etiologie évoquée	0
	☐ Absence	2
	☐ Grossesse	2
	☐ Dérèglement hormonal	1
	☐ Pathologie endocrinienne	1
	☒ Endométriose	5
	☐ Syndrome des ovaires polykystiques	3
	☐ Ovulation	1
	☐ Appendicite	1
	☐ Infertilité	1
☐	☐ 3-5 Prise en charge	0
	☐ 3-5-1 En cas d'acné	2
	☒ 3-5-2 En cas de dysménorrhées	2
	☐ 3-5-3 En cas de douleurs pelviennes	4
	☐ 3-5-4 Prise en charge non standardisée	1
☐	☐ 3-5-5 En cas de trouble du cycle	0
	☐ Examen clinique gynécologique	2
☐	☐ Biologie	0
	☐ Bilan biologique sans précision	4
	☐ Recherche de grossesse	2
	☐ Recherche d'une anémie	1
☐	☐ Axe gonadotrope	0
	☐ Au niveau central	2
	☐ Au niveau périphérique	2

	○	Exploration de l'axe complet	1
	○	Exploration de la thyroïde	2
	○	Axe Lactotrope	1
☐-	○	Examens d'imageries	0
	○	Echographie pelvienne	7
	○	Echographie centrale	1
	○	Aides complémentaires	2
☐-	○	3-5-6 En cas d'hyperandrogénie	0
	○	Biologie	0
	○	Sans précision	5
	☐-	Exploration de l'axe gonadotrope	0
	○	Au niveau central	5
	○	Au niveau périphérique	8
	○	Exploration de la thyroïde	4
	○	Recherche de diabète	4
	○	Exploration d'une anomalie lipidique	2
	○	Numération formule sanguine	1
	○	Exploration des surrénales	2
	○	Bilan hépatique	1
	○	Recours au gynécologue	2
☐-	○	Examens d'imageries	0
	○	Scanner abdominale	1
	○	Echographie pelvienne	6
☐-	○	3-5-7 En cas d'infertilité	0

	☐	Absence de prise en charge	1
☐	☐	Examen clinique gynécologique	2
	☐	Courbe de température	1
☐	☐	Bilan biologique	0
	☐	Biologie en générale	1
	☐	Axe lactotrope	1
	☐	Au niveau des surrénales	1
	☐	Prise en charge du poids	1
☐	☐	Conjoint inclus dans la prise en charge	0
	☐	Examens complémentaires du conjoint	4
	☐	Antécédents	1
	☐	Suivi par le médecin généraliste	3
☐	☐	Recours au gynécologue	0
	☐	De la part du médecin généraliste	7
	☐	De la part des patientes	3
☐	☐	Examens d'imageries	0
	☐	Echographie pelvienne	5
	☐	Hystérosalpingographie	1
☐	☐	3-5-8 Problème de pilosité	0
	☐	Biologie	0
	☐	Bilan biologique de base	1
	☐	Exploration de la thyroïde	1
	☐	Exploration des surrénales	1
	☐	Bilan hormonal	1

	☐ Echographie pelvienne	1
	☐ Orientation vers l'endocrinologue	1
☐	☐ 3-6 Adapter la prise en charge	1
	☐ En fonction de l'âge	5
	☐ En fonction des réticences de la patiente	1
	☐ En fonction de la durée d'évolution des symptôm	1
	☐ En fonction des cycles	1
	☐ En fonction de la prise d'une contraception	1
	☐ En fonction du ressenti du médecin	1
☐	☐ 4- Implication des autres professionnels de santé	0
	☐ 4-1 Sans précision	1
	☐ 4-2 Confrère médecin généraliste	4
☐	☐ 4-3 Gynécologue	0
	☐ Mode d'installation non précisé	13
	☐ Gynécologue libéral	6
	☐ Gynécologue hospitalier	4
☐	☐ 4-4 Sage-femme	0
	☐ Augmentation du nombre d'installation en libéral	4
	☐ Elargissement des compétences	2
	☐ Etre épouse et sage-femme	1
	☐ 4-5 Endocrinologue	3
	☐ 4-6 Radiologue	5
	☐ 4-7 Dermatologue	1
	☐ 4-8 Rhumatologue	1

☐	☐	5- Connaissances du médecin généraliste	0
	☐	5-1 Pendant les études médicales	8
☐	☐	5-2 Prévalence	0
	☐	Méconnaissance de la prévalence	8
	☐	Réaction face aux données	8
	☐	5-3 Physiopathologie	2
☐	☐	5-4 Critères	0
	☐	Critères diagnostiques en général	2
	☐	Critères de Rotterdam	13
	☐	Liés à l'échographie	5
	☐	Arbre décisionnel diagnostic	2
	☐	5-5 Sous estimation	2
	☐	5-6 Signes d'appels	5
☐	☐	5-7 Profil de patiente	3
	☐	Poids	3
	☐	Age	2
	☐	5-8 Biologie	2
	☐	5-9 Mise à jour des connaissances	7
☐	☐	5-10 Thérapeutique	0
	☐	Rôle de l'alimentation	1
	☐	Prise en charge des dysménorrhées	0
	☐	Contraception	1
	☐	Antalgiques de palier I	1
	☐	Prise en charge de trouble du cycle	2

☐	☐	☐ Prise en charge de l'hyperandrogénie	0
		☐ Biologie	3
		☐ Thérapeutique	1
	☐	Demande d'informations sur la thérapeutique	1
☐	☐	6- Diagnostic du SOPK en médecine générale	0
	☐	☐ 6-1 Prévalence	0
		☐ Au niveau de la patientèle	7
	☐	☐ 6-2 Signes d'appels	0
	☐	☐ 6-2-1 Trouble du cycle	0
		☐ Aménorrhée secondaire	1
		☐ Aménorrhée	1
		☐ Trouble du cycle en général	6
		☐ Cycles longs	1
		☐ Irrégularité	1
	☐	6-2-2 Infertilité	6
	☐	☐ 6-2-3 Hyperandrogénie	5
		☐ Acné	2
		☐ Hirsutisme	6
		☐ Pilosité	3
	☐	6-2-4 Dysménorrhée	2
	☐	6-2-5 Douleurs pelviennes	4
	☐	6-2-6 Douleurs projetées	1
	☐	6-2-7 Vergetures	1
	☐	6-2-8 Acanthosis nigricans	2

☐	6-2-9 Buffalo-neck	1
☐	6-2-10 Syndrome métabolique	1
☐	6-2-11 Faisceau d'argument	3
☐	6-2-12 Association pilosité ET troubles du cycle	1
☐	6-2-13 Antécédents familiaux	2
☐	6-2-14 Association infertilité ET troubles du cycle	1
☐	6-3 Profil	0
☐	Age	4
☐	Poids	10
☐	Aspect psychologique	1
☐	Antécédents personnels	1
☐	Antécédents familiaux	1
☐	6-4 Examen clinique	2
☐	6-5 Examens complémentaires initiés par le MG	0
☐	6-5-1 Non systématique	1
☐	6-5-2 Echographie pelvienne	13
☐	6-5-3 IRM pelvienne	1
☐	6-5-4 Biologie	0
☐	Pas de bilan réalisé	1
☐	Bilan biologique sans précision	8
☐	Biologie standard	2
☐	Axe gonadotrope	0
☐	Au niveau central	6
☐	Au niveau périphérique	8
☐	Axe lactotrope	1

☐	Exploration de la thyroïde	2
☐	Exploration des surrénales	4
☐	Exploration d'une anomalie lipidique	1
☐	Exploration de la glycémie	3
☐	Réserve ovarienne	1
☐	Bilan hormonal	1
☐	☐ 6-6 Délai au diagnostic	0
	☐ Complexité du diagnostic	5
	☐ Mal dépisté	3
	☐ Notion de retard diagnostic	3
	☐ Sous diagnostiqué	4
	☐ Diagnostic précoce	4
☐	6-7 Pathologie fréquente	3
☐	6-8 Stades différents	1
☐	☐ 6-9 Diagnostics différentiels	0
	☐ Sans précision	2
	☐ Endométriose	2
	☐ Adénome à prolactine	2
	☐ Grossesse	1
	☐ Kyste ovarien	1
	☐ Torsion d'annexe	1
	☐ Pathologie rhumatologique	1
☐	6-10 Pathologie multifactorielle	2
☐	6-11 Diagnostic d'élimination	1
☐	6-12 Association avec d'autres syndromes	1

○	6-13 Acteurs du diagnostic	9
○	7- Freins potentiels	0
○	7-1 Defaut d'information	0
○	Auprès des médecins	7
○	Auprès des patientes	2
○	Echappement des informations	1
○	7-2 Freins liés au médecin	0
○	7-2-1 Absence de frein	6
○	7-2-2 Méconnaissance de la pathologie	3
○	7-2-3 Manque de formation	0
○	Défaut de formation	0
○	Pas de formation échographie	2
○	Les études médicales	3
○	Formations continues	4
○	Formation par spécialités	1
○	Pathologie non évoquée	9
○	Manque expérience de cas cliniques	11
○	7-2-4 Facteur générationnel évoqué	4
○	7-2-5 Habitudes de pratique	0
○	En fonction du motif	1
○	Au niveau de la réalisation d'échographie	1
○	Prescription de biologie	1
○	Renouvellement de traitement	1
○	Evolution de la pratique	1

☐	7-2-6 Difficulté de réassurance	2
☐	7-2-7 Manque d'interet pour le sujet	3
☐	☐ 7-2-8 Oublis d'informations	0
	☐ Nombre de follicules en échographie	1
	☐ Régularité des cycles	1
	☐ Plaintes présentées	1
	☐ Thérapeutique	1
☐	7-2-9 Interrogatoire non approfondi	2
☐	7-2-10 Manque de confiance	5
☐	7-2-11 Domaine de compétence	6
☐	7-2-12 Fonction du sexe du médecin généraliste	2
☐	7-2-13 Absence de regard sur la thérapeutique	2
☐	7-2-14 Infertilité = motif trop complexe	3
☐	7-2-15 Mise à jour des critères diagnostiques	1
☐	☐ 7-3 Freins liés à la patiente	0
	☐ 7-3-1 Refus	2
	☐ 7-3-2 Perdues de vue	3
	☐ 7-3-3 Nomadisme médical	1
	☐ 7-3-4 Absence de suivi régulier	3
	☐ 7-3-5 Suivi récent de la patiente	1
	☐ 7-3-6 Délai de consultation	1
	☐ 7-3-7 Exigence d'une prise en charge	2
	☐ 7-3-8 Manque de demande	1
☐	☐ 7-3-9 Issu de la pathologie	0
	☐ ☐ Au niveau diagnostic	1

	☐ Manque de symptômes	3
	☐ Bilan complet	1
	☐ Manque de preuve diagnostic	1
☐	☐ Au niveau de la prise en charge	0
	☐ Sans précision	1
	☐ Aspect thérapeutique	3
	☐ Aspect psychologique	2
☐	☐ 7-3-10 Critère d'âge	3
☐	☐ 7-3-11 Evolution du morphotype de la population	1
☐	☐ 7-3-12 Normalité des symptômes	2
☐	☐ 7-3-13 Evénements de vie	1
☐	☐ 7-3-14 Gêne envers le médecin de famille	2
☐	☐ 7-3-15 Pas de retentissement sur la qualité de vie	2
☐	☐ 7-3-16 Absence de plaintes évoquées par la patie	4
☐	☐ 7-4 Freins liés aux confrères	0
	☐ 7-4-1 Médecin généraliste	1
☐	☐ 7-4-2 Gynécologue	0
	☐ Désertification médicale	7
	☐ Défaut de communication	4
	☐ Propos contradictoires	1
☐	☐ 7-4-3 Sage-femme	1
☐	☐ 7-4-4 Radiologue	1
☐	☐ 7-4-5 Interlocuteurs divers dans la prise en charge	1
☐	☐ 7-5 Organisationnels	0

☐	Facteur temps	4
☐	Manque de matériaux adaptés	2
☐	Configuration du cabinet	1
☐	Charge de travail des médecins généralistes	1
☐	Accès aux soins	1
☐	Sectorisation de la médecine	1
☐	Travail administratif	1
☐	Situation géographique	1
☐	Installation récente	1
☐	Frein économique	1
☐	7-6 Limite de l'échographie	2
☐	7-7 Effet de mode	1
☐	8- Perspectives d'amélioration du diagnostic	0
☐	8-1 Absence de proposition	7
☐	8-2 Sensibiliser les médecins généralistes	0
☐	Journées à thème	1
☐	Accès au FMC	6
☐	Formations professionnelles	0
☐	De manière générale	1
☐	Gynécologie	4
☐	Prise en charge psychologique des patientes	1
☐	Congrès de gynécologie-obstétrique	1
☐	Campagne d'information	1
☐	S'aider des symptômes	1
☐	Accès à l'échographie	1

☐	Connaissances lors des études médicales	1
☐	Remise en mémoire de la pathologie	3
☐	Consultations dédiées à la gynécologie	1
☐	Informations papier	4
☐	Mailling	1
☐	Outils informatiques	3
☐	Questionnaire d'évaluation	1
☐	Score diagnostic SOPK	1
☐	Marqueurs biologiques	1
☐	Consultations clefs dans la vie de la patiente	1
☐	Check List	1
☐	Echelle de décision	1
☐	AMELI PRO	1
☐	Création d'un réseau social	1
☐	Favoriser la communication autour du sujet	2
☐	Recours aux visites des délégués médicaux	4
☐	Rôle de la HAS	3
☐	S'aider de l'expérience pratique	1
☐	Se confronter à la pathologie	2
☐	Immersion au coeur de la pratique	1
☐	Augmenter la part du temps médical	1
☐	Relation médecin - patient	3
☐	Réduire le délai diagnostic	1
☐	Perseverer dans la recherche du diagnostic	3
☐	Comparaison avec l'endométriose	2
☐	Fiche standardisée de prise en charge	1

	☐ Tableau récapitulatif	1
	☐ Privilégier le temps clinique	1
☐	☐ 8-3 Sensibiliser les patientes	0
	☐ Internet	1
	☐ Exposer les plaintes	2
	☐ Prise de poids	1
☐	☐ 8-4 S'aider des confrères	0
	☐ Courrier	5
	☐ Avis téléphonique	2
	☐ Prise en charge commune	2
	☐ Gynécologue référent	1
	☐ Coordination médecin généraliste et sage-femme	1
	☐ 8-5 Evolution des pratiques médicales	1
☐	☐ 9- Thérapeutique- Suivi	0
☐	☐ 9-1 Thérapeutiques	0
	☐ 9-1-1 Absence de thérapeutique	2
	☐ 9-1-2 Thérapeutique non communiquée	2
	☐ 9-1-3 Traitements symptomatiques	1
☐	☐ 9-1-4 Traitement hormonal	1
	☐ Adapter en fonction du niveau de maturité	1
	☐ Adapter en fonction du niveau de plainte	2
☐	☐ 9-1-5 Pour dysménorrhées	0
	☐ Contraception	1
	☐ Antalgiques de Palier I	1

☐	☐ 9-1-6 Pour trouble du cycle	0
	☐ Traitement médicamenteux sans précision	1
	☐ ☐ Traitement hormonal	0
	☐ Contraception sans précision	1
	☐ Contraception oestro-progestative	1
	☐ Test thérapeutique à la progestérone	3
	☐ 9-1-7 Pour l'hyperandrogénie	3
	☐ 9-1-8 Pour l'infertilité	2
☐	☐ 9-1-9 Education thérapeutique	0
	☐ Perte de poids	3
	☐ Règles hygiéno-diététiques	3
	☐ 9-1-10 Défaut d'observance	1
☐	9-2 Difficulté de prise en charge	1
☐	9-3 Surveillance au long court	2

AUTEURE : Nom : DEFRANCE

Prénom : Pauline

Date de soutenance : 18 Octobre 2022

Titre de la thèse : Identifier les difficultés et les obstacles au diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Syndrome des ovaires polykystiques, Médecine générale, Diagnostic, Dystrophie ovarienne, Syndrome de Stein-Leventhal.

Résumé :

CONTEXTE - Décrit pour la première fois en 1935, le syndrome des ovaires polykystiques touche en moyenne une femme sur dix en France. Syndrome complexe et multifactoriel, il est la première cause de troubles du cycle, d'infertilité féminine et d'hyperandrogénie. Son diagnostic repose aujourd'hui encore sur la mise en évidence des critères de Rotterdam, établis en 2003. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les freins rencontrés pour établir le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques en médecine générale. Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux des pratiques cliniques en soins primaires et de proposer des mesures visant à faciliter le diagnostic en milieu libéral.

METHODE - Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 14 médecins généralistes (MG) du Nord-Pas-De-Calais. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

RESULTATS - Les critères de Rotterdam restent peu connus des MG. Les freins évoqués sont plurifactoriels : relatifs aux médecins eux-mêmes en fonction de leurs caractéristiques personnelles, manque de formation, défaut d'accès aux nouvelles recommandations, manque d'intérêt et d'investissement dans la recherche du diagnostic. Les MG jugent qu'ils ne sont pas assez confrontés à cette pathologie, d'où leur manque d'automatisme à évoquer le diagnostic. On note ensuite des obstacles liés aux patientes tels que le défaut de plainte exprimée, la normalité des symptômes, le refus d'un examen gynécologique par le MG et le nomadisme médical. Le déploiement des sage-femmes en libéral serait également un frein avec un échappement des consultations liées à la gynécologie. Pour améliorer le diagnostic, il est proposé de sensibiliser les patientes, de développer l'accès aux formations et l'immersion sur le terrain, de travailler en collaboration et d'exploiter les outils numériques. La mise en place de RCP et la création de centres de référence SOPK sont des domaines à explorer.

CONCLUSION – Le délai au diagnostic du SOPK ne peut être réduit que par une meilleure connaissance des symptômes par les professionnels de santé. Les généralistes ont conscience de leurs lacunes et de leur manque d'intérêt. Ils sont en demande de moyens destinés à les informer, à sensibiliser les patientes et à développer le travail en réseau. Le médecin généraliste a un rôle central à jouer dans le diagnostic du SOPK afin de pallier aux effets néfastes de cette pathologie sur la santé des patientes.

Composition du Jury :

Président : Pr Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Dr Maurice PONCHANT, Dr Anne-Lise BRUNEL-DEGREMONT

Directeur de thèse : Dr Jeanne RENOUF