

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1.1. Critères d'inclusion
- 1.2. Stratégie de recherche bibliographique
- 1.3. Sélection des études
- 1.4. Evaluation de la qualité des études
- 1.5. Collecte et analyse des données

RÉSULTATS

1. Etat des lieux

- 1.1. Le suivi gynécologique, une mission du généraliste
- 1.2. Les motifs de recours
- 1.3. Etat des lieux du suivi gynécologique en chiffres

2. COTE PATIENTES

- 2.1. Connaissance des femmes à propos de l'organisation du suivi gynécologique
- 2.2. Choix du praticien
 - 2.2.1. Le gynécologue
 - 2.2.2. Le médecin généraliste
- 2.3. En bref, les compétences gynécologiques du MG vues par les femmes...

3. COTE MEDECINS

- 3.1. Etat des lieux
 - 3.1.1. Matériel à disposition
 - 3.1.2. L'activité gynécologique des MG
 - 3.1.3. La formation
- 3.2. Freins à la pratique de la gynécologie
 - 3.2.1. Freins liés à la formation
 - 3.2.2. Autres freins techniques
 - 3.2.3. Freins liés aux patientes
 - 3.2.4. Freins liés aux autres professionnels de santé
 - 3.2.5. Freins liés au MG lui-même
- 3.3. Leviers à la pratique de la gynécologie
 - 3.3.1. Intérêt personnel
 - 3.3.2. Mission du généraliste et réponse aux besoins des patientes
 - 3.3.3. Elargissement de la patientèle

4. Propositions d'amélioration

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites de l'étude

- 1.1. Les limites
- 1.2. Les forces

2. Discussion des résultats

3. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES
ANNEXES

INTRODUCTION

Le MG est un acteur majeur de santé publique. Selon la WONCA, la Société Européenne de Médecine Générale, le MG est le professionnel que les patients consultent en première ligne quel que soit leur âge, leur sexe et leur problème de santé (1).

Ce rôle central s'est renforcé suite à la loi du 13 août 2004 qui place le MG au centre de la coordination des soins (dispositif de déclaration du Médecin Traitant) et par la loi dite « HPST », relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires, promulguée en juillet 2009.

Le MG assure une prise en charge globale et multidisciplinaire. Dans le domaine de la gynécologie il exerce des missions de prévention comme la contraception ou les dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus. Mais les autres motifs de recours, qu'ils soient aigus ou chroniques, sont nombreux (troubles de la ménopause, troubles de la fertilité, de la sexualité, dysménorrhées, vulvo-vaginites, douleurs pelviennes, pathologies mammaires, etc.)

L'étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale (ECOGEN) réalisée en 2011 par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) évaluait la distribution des motifs de consultation en médecine générale sur 128 centres nationaux. Parmi les 20 781 consultations analysées, environ 4% d'entre elles correspondaient à un motif gynécologique (2).

Contrairement à certains pays européens, comme le Royaume Uni ou les Pays Bas, qui ont fait le choix d'un suivi gynécologique des femmes assuré par le médecin généraliste (MG)

sans accès direct possible au spécialiste, la France a gardé sa spécificité du libre choix du praticien.

Ainsi les femmes françaises peuvent choisir entre les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes ou les sages-femmes, pour assurer leur suivi gynécologique.

En 2017 la France comptait 102 250 médecins généralistes, 2978 gynécologues médicaux et 4869 obstétriciens (3), soit une densité de respectivement 152, 10.5 et 17 praticiens pour 100.000 habitants. Selon les estimations ces chiffres s'annoncent à peu près stables à l'horizon 2030 (4).

Pourtant d'après un sondage réalisé en 2008 pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (5) trois quarts des femmes considèrent que les gynécologues médicaux ne sont pas assez nombreux en France et elles sont la même proportion à penser qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous pour une consultation gynécologique.

Ce déficit ressenti est multifactoriel. Parmi les pistes évoquées on cite notamment un phénomène de surspécialisation de la gynécologie (assistance à la procréation, échographie pré natale, etc). Le développement de ces sous-spécialités induisant une baisse de l'offre de soins concernant les consultations gynécologiques « de base » (6).

Par ailleurs le Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français précise que « les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause » (7).

Actes de prévention, prise en charge de pathologies aiguës courantes ou suivi de traitements chroniques, la légitimité du médecin généraliste n'est donc plus à prouver dans le suivi gynécologique des femmes.

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale en France.

L'objectif secondaire est de décrire l'activité gynécologique des médecins généralistes français.

MÉTHODES

Une revue de la littérature a été conduite en utilisant les lignes directrices PRISMA (8).

1.1. Critères d'inclusion

Types d'articles : revues systématiques de littérature, articles originaux et travaux de thèse francophones

Date de publication : entre 1er janvier 1998 et mars 2018

Langue : français

Populations étudiées : femmes de plus de 15 ans et Médecins Généralistes, en France

Critères d'analyse : publications rapportant au rôle du MG dans le suivi gynécologique en France.

Critères d'exclusion : problématiques et suivis obstétricaux et post partum, prévention secondaire des cancers gynécologiques, médecins généralistes à activité exclusivement gynécologique.

1.2. Stratégie de recherche bibliographique

Les bases de données les plus pertinentes concernant la thématique ont été interrogées.

Les équations de recherches ont été adaptées au thesaurus de chacune d'entre elles :

- Lissa : « (gynécologie OU examen gynécologique OU frottis vaginal OU contraception) ET (médecine générale OU médecins généralistes OU médecine de famille OU médecins de famille) »

- Cairn : « suivi gynécologique » ; pas de sortie pertinente lorsque la notion de MG est introduite
- BDSP : « ([gynécologie] OU [frottis] OU [contraception]) ET ([médecin généraliste] ET [médecine générale]) », hors thèses
- PubMed (MeSH): "(gynecology OR gynecological examination OR vaginal smears OR vaginal exam* OR pelvic exam* OR contraception) AND (general pract* OR physicians family OR family medicine OR family pract*) AND France"
- Sudoc : « (gynécologie OU examen Gynécologique) ET (médecine générale OU médecin généraliste) »

Les sous thèmes du suivi gynécologique ne font pas l'objet de mot clés spécifiques à l'exception du frottis et de la contraception, considérant qu'il s'agit de catégories majeures du suivi gynécologique puisqu'ils concernent la quasi-totalité des femmes (contrairement aux IST, THS, troubles de la sexualité etc)

D'autres bases de données ont été interrogées (Cismef, Docdoc Pro, Persee, ...) mais au regard du manque de pertinence des références obtenues, celles-ci n'ont pas été retenues pour ce travail de recherche.

La sélection des bases de données et les algorithmes de recherche ont été effectués avec l'aide des bibliothécaires de la BU Santé de Caen afin de s'assurer de l'exhaustivité des résultats.

Les résultats ont été enrichis de sources trouvées indirectement, notamment par le biais de bibliographies d'articles référencés.

1.3. Sélection des études

Une première sélection a été effectuée par l'auteure d'après les titres et résumés issus des moteurs de recherche, puis une seconde sélection d'après les titres et résumés a été réalisée par un second chercheur (Dr A-V. Fayolle).

En cas de divergence, les articles concernés ont fait l'objet d'une discussion entre les 2 chercheurs jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Après réévaluation il a finalement été jugé peu pertinent de retenir les études datées de plus de 10 ans, celles-ci reflétant mal l'état actuel de la pratique de la gynécologie en Médecine Générale. Seules les références postérieures à décembre 2007 ont donc été gardées.

1.4. Evaluation de la qualité des études

Afin de pouvoir comparer les études, chacune a été notée en se basant les lignes directrices COREQ (pour les études qualitatives) et STROBE (pour les études observationnelles /quantitatives). La note obtenue a ensuite été recalculée sur 100.

1.5. Collecte et analyse des données

Les données de chaque référence ont été collectées dans un tableur Word. Les fiches-résumés ainsi obtenues ont ensuite servi de base à une analyse thématique manuelle.

RÉSULTATS

I - Sélection des références

Les étapes de sélection des études sont résumées dans le diagramme de flux :

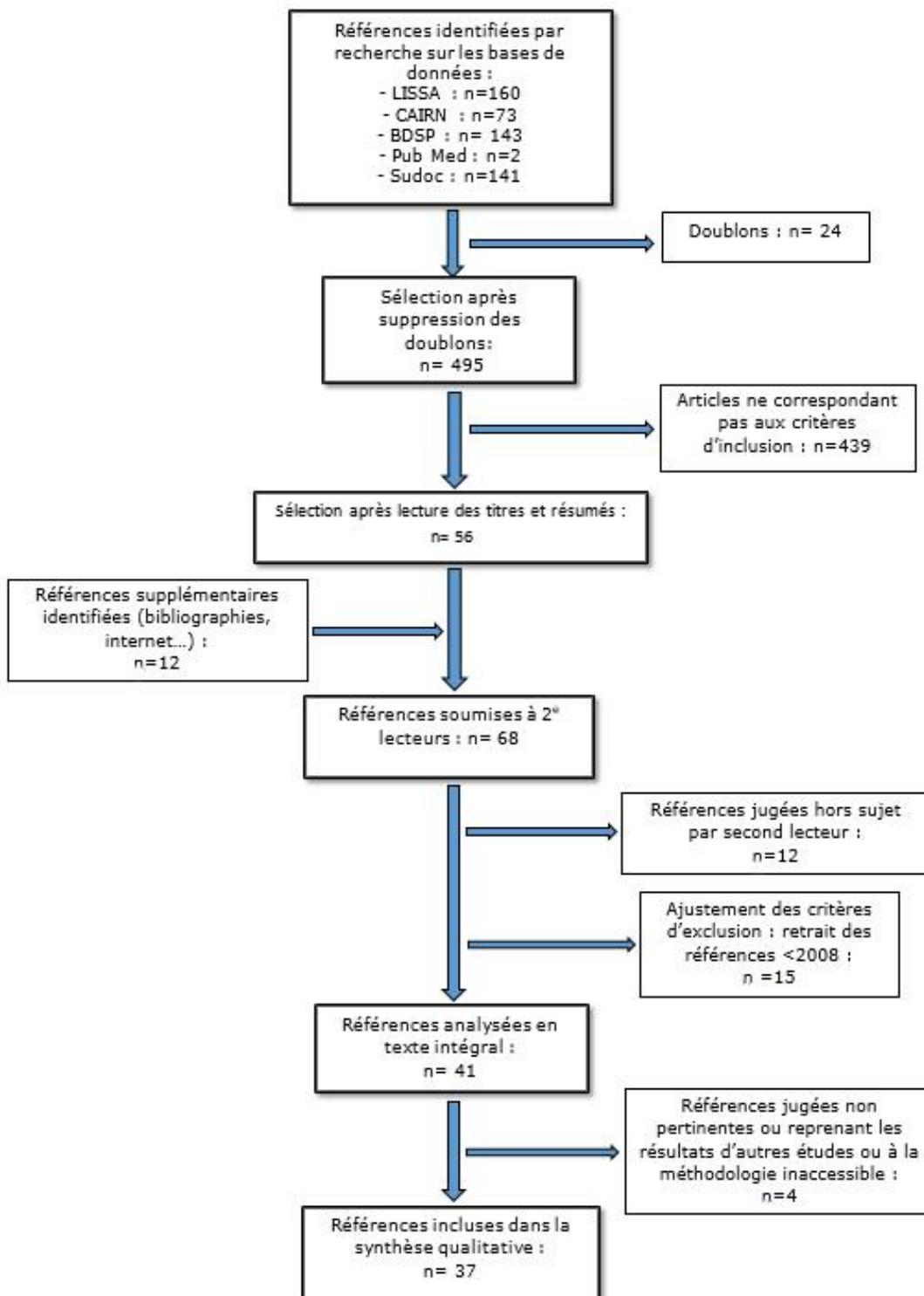


Fig 1. Diagramme de flux PRISMA

37 études ont donc été retenues pour être analysées : 10 articles et 27 thèses. Leurs principales caractéristiques sont résumées dans le tableau suivant :

<u>Titre</u>	<u>Ann. de par.</u>	<u>Auteurs</u>	<u>Type de document</u>	<u>Nature de l'étude</u>	<u>Pop. étudiée</u>	<u>Méthode</u>	<u>Score</u>
Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes (9)	2013	FAYOLLE E, VALLEE J.	Article de périodique	Etude qualitative	15 MG de Loire	Entretien semi-dirigés	COREQ= 72%
Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le FCU (10)	2011	GAMBIEZ-JOUMARD A., VALLEE J.	Article de périodique	Etude qualitative	14 femmes issues de patientèles de MG	Entretiens semi-dirigés	COREQ= 63%
Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes (11)	2014	GARNIER F. et al.	Article de périodique	Etude qualitative	12 MG du Rhône et de la Loire	Entretiens semi-dirigés	COREQ = 63%
Le médecin généraliste et l'oubli de pilule (12)	2010	BERTIN-STEUNOU V. et al.	Article de périodique	Etude qualitative	25 MG de Sarthe	Entretiens semi-dirigés	COREQ = 50%
Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans (13)	2012	BADET-PHAN A. et al.	Article de périodique	Etude qualitative	22 MG de Rhône-Alpes	Entretiens en focus groupe	COREQ= 73%
Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi (14)	2013	CARLES FEIRREIRA K.	Thèse d'exercice de Médecine	Enquête qualitative	43 femmes d'Alpes Maritimes	Entretiens semi-dirigés	COREQ = 61%
Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical (15)	2013	DIEN-BERGEARD B.	Thèse d'exercice de Médecine	Enquête qualitative	10 MG d'Indre et Loire	Entretiens semi-dirigés	COREQ = 75%
Consultation pour motif gynécologique : perceptions d'adolescentes et de médecins généralistes, en région parisienne, en 2012 (16)	2014	TASSY F.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude qualitative	15 adolescentes de 16 à 18 ans	Entretiens semi-dirigés	COREQ = 66%
Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de Médecine générale ? (17)	2016	Caroline TERRIS	Thèse d'exercice de Médecine	Observationnelle qualitative	12 patientes	Entretiens semis dirigés	COREQ = 75%
Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du DES de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de	2016	Matthieu COLCHEN M.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude qualitative	10 MG de Picardie n'ayant pas effectué de stage de gynécologie dans leur	Entretiens semi-dirigés	COREQ= 73%

jeunes médecins installés en Picardie (18)					maquette de DES		
Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne (19)	2014	LAGEYRE K.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude qualitative	15 MG de la région agenaise	Entretiens semi-dirigés	COREQ = 80%
Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites (20)	2016	CHERON C.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude qualitative	20 MG de Haute Normandie	Entretiens semi-dirigés	COREQ = 69%
Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité : Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste (21)	2014	JOSEPH J-P et al.	Article de périodique	Etude qualitative + quantitative	43 patientes en situation de précarité issues de 43 cabinets MG de Gironde	1 questionnaire par MG qui lui-même interrogeait 1 patiente	NA
Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes (22)	2013	BERNARD E. et al.	Article de périodique	Transversale observationnelle	117 femmes de 25 à 65 ans du Val d'Oise	Enquête téléphonique	STROBE = 89%
L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste (23)	2009	LARTIGUE S., BERNARD P.	Article de périodique	Etude observ. transversale	465 élèves de term. Issues de 5 lycées du Puy de Dôme	Enquête par auto-questionnaires	STROBE = 64%
Vision de la consultation de gynécologie par les patientes dans le cabinet de médecine générale (24)	2010	MEGRET V.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude observationnelle transversale	337 femmes issues de 100 cabinets de Midi-Pyrénées	Enquête par questionnaires	STROBE = 72%
Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale: pratiques, freins et difficultés (25)	2009	CHARIER Y.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	158 MG de Corrèze	Enquête par questionnaires	STROBE = 53%
Facteurs déterminants le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique (26)	2014	CRETIN - BEN HAYOUN F.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	109 Femmes d'Ile de France	Enquête par auto questionnaires	STROBE = 80%
Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire (27)	2016	BOURNOT M-C et al.	Publication d'une enquête épidémiologique	Observationnelle transversale	437 MG des Pays de la Loire	Enquête par questionnaires	
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 (28)	2013	CHAMPEAU X R.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	97 MG + 70 femmes de Haute Vienne	Enquête par questionnaire	STROBE = 75%
Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale (29)	2013	BROSSET M.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle + qualitative	160 MG d'Indre et Loire	Enquête par auto-questionnaires	STROBE = 80%

L'information des femmes sur leur suivi gynécologique en Médecin Générale (30)	2009	LEOTY M.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	Patientes issues de 2 cabinets de MG à Toulouse et en Ariège	Enquête par questionnaires	STROBE = 61%
Le suivi gynécologique en Midi Pyrénées : Médecin Généraliste ou Gynécologue ? Les raisons du choix des femmes (31)	2012	MAZAN M.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	Patientes issues de cabinet de MG en région Midi Pyrénées	Enquête par questionnaires	STROBE = 53%
État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie (32)	2017	BONHOMME I. MORETTI C.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	226 MG de Savoie et Haute Savoie	Enquete par auto-questionnaires	STROBE = 72%
Impact du suivi du Diplôme Inter Universitaire de Gynécologie Obstétrique sur la pratique des Médecins Généralistes du Nord Pas de Calais (33)	2013	COUVREUR L., FREHAUT A.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude observationnelle transversale	MG du Nord Pas de Calais (23 MG avec DIU GO, 23 MG sans)	Enquete par questionnaires	STROBE = 55.5%
Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre (34)	2013	DESMOND L.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	177 MG d'Indre	Enquête par auto-questionnaires	STROBE = 83%
Les consultations de gynécologie-obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes Maritimes et Alpes de Haute-Provence : Analyse des pratiques (35)	2016	LAGNEAU A.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	70 MG des Alpes Maritimes et Alpes de Haute Provence	Enquete par auto-questionnaires	STROBE = 66.5%
Pratique de la gynécologie par les Médecins généralistes libéraux bourguignons : état des lieux, analyse et éléments de réflexion (36)	2012	ANDRE R.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude transversale observationnelle	MG bourguignons	Enquête par questionnaires	STROBE = 83%
L'acceptation par les femmes des gestes techniques courants de gynécologie médicale en Médecine Générale (37)	2013	DAVEAUX S.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude transversale observationnelle	655 femmes recrutées via des forums de gynécologie	Questionnaires diffusés sur des forums internet grand public traitant de gynécologie	STROBE = 75%
La première consultation en gynécologie. Pourquoi n'est-elle pas faite par le Médecin Généraliste ? (38)	2011	LOEFFLER A.	Mémoire de DIU gynéco	Transversale observationnelle	Femmes travaillant en Pédiatrie à l'Hôpital M-M de Forbach	Enquete par questionnaire	STROBE = 24%
Connaissance des femmes sur les compétences de leur médecin généraliste dans la prescription et le suivi d'une méthode contraceptive. (39)	2015	VARACHE M.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	220 patientes d'Ile et Vilaine	Enquete par auto-questionnaires	STROBE = 75%
Evaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale. Enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus	2018	GUILLAUME C-E	Thèse d'exercice de Médecine	Observationnelle transversale	206 MG issus des promo 2012-2013 de Bordeaux	Enquete par auto-questionnaires	STROBE = 72%

des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux (40)							
Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formations identifiés (41)	2010	LAUCHET N.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude transversale observationnelle	82 MG de Haute Vienne	Enquete par questionnaires	STROBE = 53%
Avenir Jeunes Médecins Généralistes : la pratique gynécologique des médecins généralistes entrés dans le cursus de médecine générale en 2007 en Ile de France (42)	2017	KHAU C.-T.	Thèse d'exercice de Médecine	Etude transversale observationnelle	110 MG d'Ile de France	Enquete par autoquestionnaires	STROBE = 75%
Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes (43)	2016	SAIDANI M.	Thèse d'exercice de Médecine	Transversale observationnelle	21 MG + 88 patientes (sur 120MG et 600 femmes)	Enquete par questionnaires	STROBE = 64%
Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en Médecine Générale en France (44)	2013	DARRIAU S.	Thèse d'exercice de Médecine	Observationnelle transversale	Femmes issues des patientèles de 252 MG maitres de stage de toute la France	Recueil de données issues des bases ECOGEN en 2011-2012	STROBE = 89%
Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales (45)	2016	MALMARTE L A., RIGAL L.	Article de périodique	Etude observationnelle transversale	1092 femmes >40 ans issues de 52 cabinet de MG maitres de stage d'Ile de France	Données issues de l'étude transv. Prev Quanti (2008-2009)	STROBE = 78%

Tab1. Etudes sélectionnées pour analyse

II – Analyse des résultats

1. Etat des lieux

1.1. Le suivi gynécologique, une mission du généraliste

Les travaux qui ont interrogé les médecins à ce sujet (9,15,19,20,27,28,32,36) sont unanimes : la quasi-totalité des MG interrogés considèrent le suivi gynécologique comme faisant partie intégrante de leur mission. Seules deux études (27,32) nuancent cette « unanimité » puisque selon elles seuls 56% à 58% des MG au niveau national (77% en Pays de la Loire) considèrent cet exercice comme faisant partie de leur mission.

Ces disparités peuvent s'expliquer notamment par un problème de définition du suivi gynécologique. En effet celui-ci n'étant pas soumis à proprement parler aux recommandations officielles - en dehors du dépistage du cancer du sein et celui du col de l'utérus - se pose la question de son contenu. A ce sujet les études divergent et interrogent le plus souvent les MG sur leur pratique de la gynécologie selon un listing de motifs et de gestes déjà préétablis et pouvant varier d'une étude à l'autre.

1.2. Les motifs de recours

Les principaux motifs gynécologiques de recours au MG évoqués sont, par ordre globalement décroissants (17,27,35,36,41) :

- Initiation/renouvellement d'une contraception
- Prévention du cancer du col de l'utérus

- Infections génitales basses et symptomatologies pelviennes
- Pathologies mammaires
- Gestion d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS)
- Troubles de la sexualité
- Troubles de la fertilité

Les gestes techniques évoqués sont (9,27,35,36,40):

- Pose de spéculum
- Toucher vaginal
- Examen des seins
- Frottis cervico-utérin (FCU)
- Prélèvement cytobactériologique vaginal (PV)
- Pose de retrait de dispositif intra-utérin (DIU)
- Pose et retrait d'implant sous cutané

1.3. Etat des lieux du suivi gynécologique en chiffres

Selon les études les femmes de plus de 15 ans sont entre 80 et 91% à avoir un suivi gynécologique régulier (26,28,31,37,45).

Ce suivi est assuré entre 72 et 92% par le gynécologue (26,28,31,37) et entre 8 et 23% par le MG (26,28,31,37,45), le plus souvent sans préciser s'il s'agit de leur MG ou d'un autre. La part du suivi par la sage-femme semble négligeable (2% dans l'étude (37))

La répartition entre les professionnels qui assurent le suivi semble soumise notamment: à l'âge des patientes pour les études des Dr Cretin (26) et Varache (39), dont les conclusions semblent s'opposer à ce sujet, et à la catégorie socio professionnelle (CSP) pour les études des Dr Malmartel (45) et Terris (17), qui semblent associer une position sociale basse à un suivi par le MG, contrairement aux études des Dr Cretin (26) et Varache (39) qui ne montrent pas de lien entre la CSP et le professionnel qui assure le suivi.

On notera que le fait d'avoir un médecin traitant semble associé à un meilleur suivi gynécologique (80,5% vs 65,5% (37)), par contre si c'est ce dernier qui assure le FCU, celui-ci est plus rarement « à jour » (92% vs 81%, RS (45)).

Pourtant plusieurs études notent que le FCU est souvent fait plus fréquemment que ce que préconisent les recommandations HAS (9,21,25), notamment lorsque les femmes sont suivies par un gynécologue (17).

2. COTE PATIENTES

2.1. Connaissance des femmes à propos de l'organisation du suivi gynécologique

Les femmes se sentent globalement bien informées (17) notamment sur des sujets comme la contraception (23) ou les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus par le FCU (30).

Pourtant plusieurs études mettent en évidence des représentations erronées de l'intérêt du suivi gynécologique avec le plus souvent la nécessité de présenter des besoins (20) une pathologie (13,17,20) ou des conduites à risque (21) pour consulter.

Les rôles et enjeux du FCU notamment sont obscures pour les patientes, il est fréquemment associé au dépistage des infections sexuellement transmissibles ou mycoses (10,21,30) et sa fréquence est mal connue (30).

Et pour cause, dans l'étude des Dr Bernard et Saint-Lary qui interrogent 117 femmes de 25 à 65 ans (22), 64% des interrogées déclarent qu'aucun MG n'avait abordé, au cours de leur vie, la question du dépistage par frottis.

Selon les travaux, seules entre 12 et 43% des femmes savent que les MG réalisent des consultations de gynécologie (22,24,26,38); entre 12 et 53% pensent qu'ils n'en réalisent pas (22,24,38) et entre 11 et 66% ne savent pas (22,24,26,38)

Qu'il véhicule une image positive, associée à la démarche de dépistage (21) ou au contraire une image négative, associé à une contrainte (21) ou à la peur du résultat (14,21), le suivi

gynécologique interroge les femmes et celles-ci sont demandeuse d'informations sur ses modalités et les personnes qui le pratiquent (10,14,17).

2.2. Choix du praticien

2.2.1. Le gynécologue

Comme évoqué précédemment trois quarts des femmes sont suivies par un gynécologue.

Les principaux facteurs évoqués pour expliquer cette préférence sont :

- Compétence (10,21,26,28)
- Spécialisation (10,28)
- Notion d'habitude notamment « générationnelle » (21,31)
- Réputation (28)
- Equipement adapté (28)
- Idée d'une meilleure prise en charge (28)

Toutefois, lui sont reprochés :

- Inaccessibilité géographique et/ou temporelle (9,10,28,31)
- Désintérêt pour les « cas standards » (17)
- Freins financiers (17)

2.2.2. Le médecin généraliste

Ses atouts identifiés :



- Accessibilité géographique / temporelle (10,11,14,17,19,21,26,28,39)
- Confiance/ qualité de la relation médecin-malade (14,17,20,21,28,39)
- Connaissance du dossier médical / des antécédents (10,14,39)
- Compétence (17,28)
- Accessibilité financière (17)
- Possibilité de « relance » (10)
- Habitude (31)

Toutefois plusieurs freins sont explicitement rapportés :

- Pudeur / malaise (17,20,21,24,26,28,31), impression de jugement (17), peur du non-respect médical (notamment pour les adolescentes) (11,16)
- Défaut de proposition du MG (10,22,28) ou ignorance de cette compétence (10,17,20,22,26,28)
- Incompétence supposée dans le domaine de la gynécologie (16,17,21,26,38)
- Manque de matériel (17,21)
- Désintérêt du MG pour la discipline (17)
- Freins financiers (16)

D'autres facteurs influençant (ou non) le choix du praticien sont évoqués:

- Sexe du praticien : préférence pour un médecin femme (9,17,20,21,23,26,28,37,39) ; sans influence (10,17,19,24,26)
 - A noter : les études (9), (20) et (19) interrogent des MG et non des patientes, ils évoquent donc des facteurs d'influence *supposés*

- Age du praticien : celui-ci est évoqué (17,20,28,37) même s'il ne semble pas y avoir de consensus à ce sujet (17); l'ancienneté du praticien semble associée à l'expérience et la compétence, tandis que le jeune âge est plutôt associé à une meilleure formation.
- Prix de la consultation : influençant le choix (17), sans influence (26)
- Réputation /bouche à oreille (17,20)

On notera que plusieurs études rapportent le besoin pour certaines femmes, d'une « tierce personne » pour le suivi gynécologique (9,10,17,20), qu'il s'agisse d'un spécialiste ou simplement d'un autre MG.

Rentrent également en considération tous les facteurs et notamment les freins au suivi gynécologique en général (gêne/pudeur du sujet et de la nudité, position, douleur liée à l'examen, peur du résultat, négligence dans le suivi médical...(9,13,14,21)) Mais cette thématique sortant du contexte de la question de recherche, elle ne sera pas développée.

2.3. En bref, les compétences gynécologiques du MG vues par les femmes...

Les femmes sont globalement partagées sur la compétence du MG en matière de gynécologie. Elles semblent toutefois lui accorder leur confiance dans les domaines de la contraception - hors geste technique - (26,31,39), de la gestion d'un THS (26,31), ou des pathologies mammaires (14,31).

Mais les avis divergent dès que l'on évoque la réalisation de gestes techniques. Si certaines femmes sont favorables à ce que les MG réalisent des FCU (14,21,22) d'autres ont un avis

partagé sur la question (31,37,39). Cette réserve est encore plus forte concernant la pose de DIU pour laquelle le MG est souvent jugé incompétent (31,37,39).

Si les femmes sont parfois réticentes à ce que le MG assure leur suivi gynécologique, elles plébiscitent toutefois un rôle de « coordination » (10,14) avec la possibilité de les « relancer » sur leurs examens à faire (même si ce n'est pas eux qui le font). Elles évoquent également l'importance d'un partenariat avec les gynécologues afin d'obtenir un avis spécialisé rapidement en cas de besoin (17).

3. COTE MEDECINS

3.1. Etat des lieux

3.1.1. Matériel à disposition

Peu d'études évoquent l'équipement gynécologique du cabinet. Dans ses travaux, le Dr André énonce que 83% des MG ont une table adaptable de gynécologie, 95% des speculums jetables/ stérilisables (idem étude (24)), 82% du matériel pour FCU sur lame, 59% pour FCU en phase liquide, 54% du matériel à PV. Selon elle les MG ruraux sont globalement mieux équipés que les urbains (36).

3.1.2. L'activité gynécologique des MG

La gynécologie est une discipline pratiquée par le plus grand nombre puisque 64 à 96% des MG déclarent avoir une activité gynécologique (28,34,42)

Toutefois lorsque l'on évoque la fréquence de cette activité les disparités augmentent puisque selon les études entre 30 et 77% des MG déclarent voir des patientes pour motif gynécologique au moins une fois par semaine (27,29,41). Le Dr Lauchet va jusqu'à retrouver 70% des MG qui abordent la gynécologie >10 fois /semaine (41).

Concernant le détail de cette activité on notera que si la quasi-totalité des MG renouvelle une contraception orale mais seuls 78% l'initient (42). Pour le traitement hormonal substitutif de

la ménopause ces chiffres passent respectivement à 83% (34) pour le renouvellement, et 39% pour l'initiation (42).

Entre 93 et 98% des praticiens déclarent réaliser l'examen des seins (25,34,40). 92% participent aux campagnes de dépistage (25) et plus de 96% déclarent prescrire également des mammographies à titre individuel si cela s'avère nécessaire (25,34).

Les disparités s'accroissent lorsque l'on aborde les gestes techniques puisque selon les études le FCU est pratiqué par 28 à 92% des MG (21,25,28,34,35,40,42,45).

Pour l'implant, entre 9 et 47% des praticiens les posent (25,28,35,36,40,42); les chiffres concernant le retrait sont moins nombreux, seule l'étude du Dr Khau (42) évoque un geste réalisé par 26% d'entre eux (pour 29% qui le posent). Toutefois on peut supposer que les médecins qui proposent la pose de ces dispositifs ne le feraient pas s'ils n'étaient pas en mesure de les enlever.

Enfin en ce qui concerne le DIU, entre 8 et 35% des MG les posent (25,28,36,40,42) et entre 18 et 49% les retirent (25,40,42).

L'IVG quant à elle reste très marginale en cabinet de médecine générale puisque moins de 10% des MG la pratiquent (35,42).

On remarquera que les MG jeunes sont plus concernés par la gestion de la contraception (30) et pratiquent donc plus de pose et retrait d'implant que leur aînés (23), tandis que ces derniers semblent plus sollicités pour des problématiques en lien avec la ménopause (23, 27, 30). Ce constat est probablement à mettre en relation avec les âges de leurs patientèles respectives.

Les importantes disparités observées dans les données chiffrées sont sans doute le résultat de plusieurs facteurs. L'un des facteurs principaux est le sexe du praticien.

En effet une partie des études a fait le distinguo entre hommes et femmes et les différences observées sont édifiantes avec des résultats significatifs pour quasiment toutes les catégories. En ressort donc qu'à activité médicale égale les femmes ont une activité gynécologique plus élevée que les hommes (36,42), chiffrée à environ 11% versus 7% dans les études des Dr Champeaux (28) et Desmond (34). Cette différence se retrouve surtout dans la réalisation des gestes techniques (40) avec des résultats significatifs concernant le FCU (27,34,35) et le TV (27,34).

Entre autre facteur identifié modulant l'activité gynécologique on notera l'influence de la **densité** locale en gynécologue (27,42) tandis que la **proximité** de ces derniers ne semble pas forcément avoir d'influence (32,34).

Autre phénomène observé, 44% des MG en groupe ou maison de santé déclarent un professionnel s'occupant plus particulièrement des consultations à motif gynécologique (27). Ces derniers sont majoritairement des femmes (76% des cas) et sont 2 fois plus nombreux à avoir une formation complémentaire en gynécologie (27).

La réalisation ou non d'une formation complémentaire en gynécologie est également un facteur d'influence (cf chap 3.1.3).

3.1.3. La formation

Beaucoup de médecins considèrent le socle théorique des connaissances gynécologiques globalement acquis en fin de de second cycle du cursus médical (18).

Toutefois des inégalités apparaissent dès le 3^e cycle puisque dans le cadre de l'internat certains étudiants font le choix d'effectuer un stage en pédiatrie et ne bénéficient donc pas de stage en gynécologie. C'est le cas notamment de la population étudiée par le Dr Colchen : ce choix semble plus motivé par l'impression de la nécessité de connaissances en pédiatrie que par désintérêt pour la gynécologie, et la plupart des jeunes médecins interrogés regrettent de ne pas avoir pu bénéficier des 2 formations (18). Cette critique est retrouvée dans les travaux du Dr Dien-Bergeard (15).

Selon les publications entre 26 et 74% des étudiants ont effectués un stage de gynécologie durant leur cursus médical (29,32,36,42). Pourtant entre 53 et 68% pensent que formation initiale en gynécologie est insuffisante (32,36).

Parmi les critiques, en dehors du choix pédiatrie/gynécologie, on retrouve le manque de mise en pratique et un stage chez le praticien montré du doigt, la formation en gynécologie y semblant très inhomogène (18). Le Dr Guillaume (40), qui interroge dans son étude de jeunes généralistes, affirme que les internes formés uniquement en médecine libérale effectuent moins de gestes techniques que leurs confrères formés en hospitalier. La capacité de formation de ces consultations hospitalières est également relevée par l'étude des Dr Fayolle et Vallée (9), même si celle du Dr Dien-Bergeard (15) en déplore le trop petit nombre de bénéficiaires.

L'impact de cette formation initiale est toutefois à relativiser puisque d'après les Dr Bonhomme et Moretti (32) aucune différence dans l'activité gynécologique globale n'est observée selon le niveau cet apprentissage.

Si la formation initiale est critiquée, beaucoup ont fait le choix de compléter leurs connaissances de la discipline.

Parfois par le biais de la littérature médicale, internet, etc. (18,34) mais également par des congrès ou des journées de formation médicale continue (FMC) (15,18,29,32,34). Selon le Dr Brosset (29), 70% des MG déclarent avoir bénéficié de formations par ces biais. Si la FMC semble intéressante et adaptée (15), on lui reproche toutefois le manque de pratique associée, engendrant une perte de la compétence (15).

Une autre possibilité de formation est l'obtention d'un diplôme universitaire complémentaire à orientation gynécologique (Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Gynécologie Obstétrique pour les médecins généralistes, Diplôme Universitaire (DU) de régulation des naissances, DIU de contraception et orthogénie...). Selon les études entre 6 et 25% des MG sont titulaires de l'un de ces diplômes (29,34,36,40,42), avec, là encore, une nette prédominance féminine (RS pour les études (27,32,40)).

Les médecins qui ont bénéficié de ces formations complémentaires ont une activité gynécologique plus importante (33) et effectuent plus de gestes techniques (33,40,42) que leurs confrères.

L'évaluation des compétences/ connaissances réelles des MG n'est pas l'objet de ce travail mais on retiendra que selon leurs déclarations, les MG se sentent plutôt à l'aise avec les motifs de consultations suivants : contraception (primo prescription et renouvellement) (11,27,36), les pathologies mammaires et intérêt du dépistage associé (27,36,40), les troubles de la ménopause et traitements substitutifs associés (27,36), les dysménorrhées, douleurs pelviennes et infections génitales (36); ils semblent également à l'aise avec les actes suivants : le FCV, le PV, le retrait de DIU (36,40). Les résultats sont mitigés concernant la réalisation du TV (40).

Certains MG relatent que la gynécologie devient plus aisée avec l'expérience (9) notamment concernant les actes techniques (36).

On notera tout de même que dans l'étude du Dr Guillaume (40), parmi les médecins qui déclarent retirer des DIU, un quart n'est pas à l'aise avec ce geste, on atteint 41% en ce qui concerne la pose de DIU, toujours parmi les médecins qui la pratiquent !

3.2. Freins à la pratique de la gynécologie

3.2.1. Freins liés à la formation

En lien avec le chapitre précédent, le défaut de formation est très souvent évoqué comme étant l'un des principaux freins à la pratique de la gynécologie (13,16,19,21,24,25,28,29,32,34,41), générant une impression d'incompétence dans le domaine gynécologiques (9,15,19,20,29); ces difficultés sont souvent associées aux gestes techniques (18,19,24,25,40,41), en lien notamment avec un manque de pratique de ces gestes (19,20,25,41). Certains MG s'interrogent alors sur l'utilité d'une pratique gynécologique sans actes techniques (15,19).

3.2.2. Autres freins techniques

- Le manque de matériel ou le cout de celui-ci est régulièrement cité (9,15,28,29,35), sans toutefois ressortir comme un frein majeur.

- A contrario, un obstacle qui semble partagé par tous est le caractère chronophage des consultations gynécologiques (13,15-21,25,27,29,34,41), lié au temps incompressible nécessaire à la délivrance de messages de prévention notamment, mais également à l'examen et à la réalisation des actes techniques.
- Frein financier : une majoration d'honoraires est prévue pour compenser le surcout lié au temps passé et au matériel nécessaire. Toutefois celle-ci semblent insuffisante pour beaucoup de MG (9,13,15,21,29,36)
- De façon plus marginale sont également citées les difficultés logistiques, notamment concernant l'acheminement des prélèvements au laboratoire (13,15).

3.2.3. Freins liés aux patientes

- Un autre frein majeur est le manque de demande de la part des patientes (17,19,21,25,28,32,34,41), notamment par méconnaissance des compétences du MG dans le domaine (cf chap 2.1 et 2.2.2). On notera que selon le Dr Lageyre (19), ce sont principalement les MG pratiquant justement peu la gynécologie qui mettent en avant cet obstacle.
- Le refus/ la réticence des patientes sont également évoqués (9,21,24,29,35), mais les études ne distinguent généralement pas clairement s'il s'agit d'une réticence envers la pratique de la gynécologie par le MG ou envers la gynécologie en générale.
- Est régulièrement évoqué également le « manque de discipline » des patientes avec un motif gynécologique arrivant en fin de consultation ou noyé dans une liste d'autres motifs (13,15,20,21), volontairement ou non.

- Dans le même ton, la présence d'un tiers lors des consultations est également un élément déclaré gênant (15,21,29), même si celui-ci sert justement parfois « d'alibi » pour échapper à l'examen gynécologique (15).

3.2.4. Freins liés aux autres professionnels de santé

- Le fait qu'une patiente soit suivie par un autre professionnel au niveau gynécologique est vécu par le MG comme un frein à sa pratique dans le domaine (15,17,29,35), même si ce dernier n'est pas toujours le gynécologue, puisque la seule présence d'un confrère MG au sein du cabinet, plus « spécialisé » en gynécologie, justifie une moindre activité dans le domaine (28,35).

- Toutefois la proximité d'un gynécologue est également incriminée (20,21,25,32,34).

- Les relations, parfois difficiles, avec ce dernier semblent d'ailleurs ne pas faciliter l'exercice (15,19,29).

- Sans compter que la multiplicité des professionnels compétents est source de confusion pour les patientes (15)

3.2.5. Freins liés au MG lui-même

- Un frein majeur rapporté est l'inconfort voire la gêne du MG générée par ces consultations (9,13,15,16,19,20,29,35).

- Parmi les peurs du MG on retrouve également la peur des complications, notamment au décours de gestes techniques (15) et le risque médico-légal encouru (15,18,35). On relèvera

également le rôle que peuvent jouer parfois les expériences personnelles négatives dans le domaine (19).

- Le genre masculin du médecin est régulièrement cité par ces derniers (9,13,15,17,21), auquel s'ajoute parfois la peur de l'accusation d'attouchements (15).

- Enfin le dernier grand frein à évoquer est simplement le manque d'intérêt pour la discipline (13,16,28,34,41).

3.3. Leviers à la pratique de la gynécologie

3.3.1. Intérêt personnel

En miroir du dernier frein cité, le gout pour la discipline est bien sûr un facteur de motivation majeur (18,28,32), notamment pour les femmes médecins (32), avec une nette influence de l'histoire personnelle du praticien (rôle de la parentalité, vécu personnel, etc.) (18-20).

La pratique de gestes techniques, qui pour certains est un frein (cf 3.2.1) peut, pour d'autres au contraire, faire partie des atouts de la discipline (28,42).

3.3.2. Mission du généraliste et réponse aux besoins des patientes

Comme évoqué dans le 1^{er} chapitre, la gynécologie est unanimement reconnue comme l'une des missions du généraliste. Il est donc cohérent de retrouver cet item cité comme facteur de motivation à la pratique de la gynécologie (15,20,28,32) ; cet argument est avancé en particulier par les hommes (32).

Le Dr Lageyre (19) va même plus loin en évoquant une véritable théorisation de ce qu'est, ou doit être la MG en tant que spécialité, à savoir une médecine de 1ere recours et multidisciplinaire ; ce « devoir » passant avant l'intérêt, ou non, pour une discipline.

Sans en arriver à cette approche quasi idéologique, la notion de « service rendu aux patientes » (15), et la reconnaissance de celles-ci (28) semblent être des facteurs motivationnels.

En ce sens la durée de relation avec le MG semble également avoir une influence (20).

3.3.3. Elargissement de la patientèle

La pratique de la gynécologie est également perçue comme une occasion de diversifier sa patientèle (28,32).

En aparté : l'étude des Dr Joseph et al. (21), une expérience révélatrice

Dans cette étude 43 patientes âgées de 25 à 65 ans et en situation précarités (bénéficiaires de la CMUc ou AME) sont interrogées par leur MG dans le cadre de l'enquête. Parmi elles 26 % n'ont jamais effectué de FCV ou ne sont pas à jour.

Parmi les médecins 63 % ne réalisent jamais de frottis. Les motifs principaux invoqués sont : la présence d'un gynécologue à proximité (74 % des réponses), l'absence de demande des patientes (67%), le refus ou les réticences de la patiente (49%).

Pourtant dans le cadre de l'étude, lorsque les médecins ont posé la question « accepterez-vous si je vous propose de réaliser prochainement un frottis de dépistage ? », les réponses des patientes ont été favorables à 72 %, 100 % chez celles n'ayant jamais bénéficié de FCU.

Les généralistes attendaient que les patientes le demandent, ces dernières que leur médecin le propose...

4. Propositions d'amélioration

Conscients du problème que peut engendrer un désengagement des médecins généralistes dans le suivi gynécologique, certains d'entre eux proposent des éléments de solution, que l'on retrouve notamment dans les études qualitatives, plus propices aux réflexions ouvertes.

L'un des éléments évoqués est, de façon basique, l'incitation financière via une revalorisation des honoraires (9,15,29). Toutefois selon l'étude du Dr Dien-Bergeard (15) si celle-ci serait la bienvenue, elle ne serait pas clairement incitative.

Une autre piste attendue est le renforcement de la formation, initiale ou continue (15,16,29) avec une attention particulière prêtée à la pratique (15,29,41).

En parallèle, les MG sont demandeurs d'une diffusion de l'information de leur compétence gynécologique auprès des patientes (15,17,41).

Pour certains cela pourrait se faire par des moyens de communications standards : affichage en salle d'attente des tarifs des FCU (9) ou de panneaux informatifs évoquant le sujet (29),

communiqués officiels via les médias (29), courriers d'invitation au dépistage du cancer du col de l'utérus dans lesquels les MG seraient mentionnés (9).

Mais cette reconnaissance peut également tout simplement passer par la possibilité d'indiquer sur la plaque ou les ordonnances du praticien la possession d'un diplôme de gynécologie (15) comme cela est autorisé pour d'autres formations complémentaires. Et ceci n'est pas un détail puisque selon l'étude du Dr Varache (39), 76% des femmes seraient prêtes à avoir recours au MG si elles avaient connaissance d'un tel diplôme.

D'après les MG interrogés par le Dr Brosset (29) l'amélioration du suivi gynécologique doit passer par une redéfinition du parcours de soin avec une meilleure délimitation des champs d'action de chaque professionnel et une amélioration de la coordination entre ces derniers via, pourquoi pas, le travail en réseaux ou le partage d'un « dossier médical gynécologique ». Pour aller plus loin, une éventuelle limitation de l'accès direct au gynécologue est évoquée.

On notera enfin qu'entre 77 et 80% des MG accepteraient de faire davantage de gynécologie si le besoin se présentait (32,34).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Les limites

Cette étude a pour objet le suivi gynécologique en médecine générale. Or comme nous l'avons évoqué le « suivi gynécologique » ne correspond pas à une entité médicale clairement définie. Ainsi en découle plusieurs limites à cette étude.

En premier lieu le « suivi gynécologique » n'est inscrit tel quel, ou à terme équivalent, dans aucun thésaurus des bases de données médicales ou apparentées. Les recherches ont dû s'effectuer à partir de mots clés appartenant au champ lexical de la gynécologie aboutissant parfois à des résultats trop éloignés de la thématique ou au contraire trop restreints.

Il est à noter que les thésaurus ne sont pas toujours d'un usage très intuitif. Ainsi une erreur s'est glissée dans les mots de recherche du Sudoc, en utilisant le terme de « médecin généraliste » au lieu de « médecins généralistes », la recherche s'est effectuée en recherche d'expression exacte et non en mots clé, modifiant les résultats obtenus. L'erreur n'ayant malheureusement été découverte que tardivement il a été décidé de ne pas modifier le travail déjà effectué.

La liste des études retenues comprend en grande partie des thèses. Cet état de fait aurait pu nuire à la qualité du travail et le système d'attribution de score selon des échelles d'évaluation standardisées (COREQ, STROBE) auraient dû nous en prémunir en hiérarchisant les études analysées. Toutefois ces échelles ont été rédigées par des comités d'experts pour

aider à la rédaction d'une publication et non à son analyse, son utilisation à cette fin a donc des limites.

L'une des faiblesses également à considérer, inhérente à la revue de littérature, est l'approximation des résultats à laquelle conduit nécessairement le regroupement de données issues d'études nombreuses, à la méthodologie variée et inégale. Ceci explique en partie la grande variabilité de certaines fourchettes de résultats (ex : 8 à 23 % des femmes sont suivies par leur MG au niveau gynécologique). D'autant que beaucoup d'études ne définissent pas clairement les items dans leurs propres questionnaires. On en revient ainsi au problème de définition du suivi gynécologique (pour reprendre l'exemple: entre 8 et 23 % des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique par le MG : nous n'avons le plus souvent pas d'indication sur ce que comporte le terme « suivi gynécologique » : renouvellement de contraception orale ? Réalisation de frottis ?...)

Enfin sont à prendre également en considération les biais issus des études analysées dans le travail parmi lesquelles on relèvera notamment des biais de sélection, de recrutement et de représentativité. En effet les populations répondant aux questionnaires ou entretiens ont une surreprésentation de sujets intéressés ou se sentant concernés par la problématique de la gynécologie, et ils sont le plus souvent recrutés via des cabinets de médecine générale. Ces biais peuvent, par définition, influencer les résultats et en limiter la validité externe.

1.2. Les forces

Nous avons choisi la revue de littérature pour aborder le sujet car il s'agit d'une thématique fréquemment étudiée mais toujours sous un angle particulier (zone géographique ou population particulière), limitant la portée des résultats et leur exploitation.

Ainsi le grand nombre d'études analysées est la principale force de cette revue, car elle intègre des études aussi bien qualitatives que quantitatives, interrogeant des populations particulières tout comme de grands échantillons de population plus « générale ». Elle permet ainsi d'obtenir une vision globale et de répondre au mieux à la problématique.

2. Discussion des résultats

Comme nous l'avons évoqué la pratique de la gynécologie n'est pas à envisager sous forme de dichotomie. Il n'y a pas d'un côté les médecins pratiquant la gynécologie et d'un autre ceux ne la pratiquant pas. Entre deux il existe tout un éventail de pratiques allant de la simple prescription à la pratique courante de gestes techniques. Pour l'illustrer citons l'étude du Dr Khau (42) qui rapporte que 20,7 % des médecins déclarant une activité gynécologique ne font ni FCU, ni pose ou retrait d'implant ou de DIU...

Pour évoquer une première piste de réflexion prenons l'exemple de la contraception. La contraception est un motif de consultation extrêmement fréquent, selon l'Observatoire de Médecine Générale il est au 7^e rang des 50 motifs les plus fréquents en Médecine Générale chez les femmes (46). Selon un sondage BVA de 2007 à la question « Selon vous, à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur le sujet de la contraception ? » 95 % des répondants évoquent le MG, devant le spécialiste (92%) (47).

Pourtant si les MG déclarent se sentir à l'aise avec l'instauration et le renouvellement d'une contraception orale, ils admettent des difficultés concernant les autres moyens de contraception, notamment lorsque ceux-ci nécessitent la réalisation d'un acte technique.

On peut donc supposer qu'un MG mal formé/informé ne sera pas en mesure de délivrer une information exhaustive aux femmes, et le choix de ces dernières en matière de contraception ne sera alors que relatif.

L'exemple de la contraception illustre bien deux grandes problématiques : le manque de connaissances et la difficulté face aux gestes techniques.

L'impression du manque de connaissance est en effet citée comme frein de façon très récurrente, même si elle ne fait pas l'unanimité. Cependant actuellement les formations à orientations gynécologiques sont variées et accessibles, et bien souvent les médecins qui se sentent bien formés se sont formés à leur propre initiative. A l'image de l'étude du Dr Colchen (18) qui interroge des MG qui n'ont pas effectué de stage de gynécologie durant leur étude : on y retrouve une pratique de la gynécologie très hétérogène, et pas uniquement des « non pratiquants ». Le défaut de formation initiale n'est donc pas irrémédiable, mais son dépassement requière une volonté personnelle.

Sous tendu à l'item précédent, la pratique des gestes techniques divise. Si pour certains c'est l'un des attraits de la discipline (28,42), pour d'autres il s'agit là clairement d'une barrière difficilement surmontable. Il apparaît néanmoins limité de pratiquer une discipline sans en examiner les organes concernés.

Toutefois là où le MG saura se démarquer du spécialiste c'est peut-être dans l'évitement de l'écueil inverse, à savoir la technicité comme abord systématique à toute problématique.

Car la gynécologie est certes une discipline technique, cependant l'approche du généraliste, plus « holistique », pourra apporter un éclairage différent, conduisant à une prise en charge

plus globale de problématiques perçues initialement comme ciblées et relevant du seul spécialiste.

Ainsi de façon basique on conçoit bien qu'il y ait un intérêt à apprécier le contexte social et psychologique d'une patiente présentant des IST itératives. Mais de façon plus subtile la compréhension d'une situation de vie peut parfois aider à la prise en charge de douleurs liées à une endométriose ou encore aux difficultés de concevoir un enfant ; la technicité n'étant pas toujours le remède à tous les maux.

Et de même qu'une problématique ciblée peut cacher une problématique plus générale l'inverse peut être vrai également. Car souvent noyé parmi une liste d'autres motifs, à dessein ou non, le motif gynécologique ne se cache pas toujours là où on l'attend, et les consultations peuvent avoir plusieurs niveaux de lecture. Ainsi il faut parfois savoir prendre le temps de creuser un peu pour déceler l'inquiétude liée à un retard de règles derrière la simple gastro entérite ou encore ne pas méconnaître une détresse psychologique derrière des conduites sexuelles à risque.

Ainsi la véritable compétence du MG n'est pas dans la technicité mais dans la prise en charge globale de la patiente.

Cette prise en charge globale est rendue possible par la relation de confiance instaurée entre le médecin et sa patiente. Rappelons d'ailleurs que, selon un sondage ViaVoice de 2010, 91% des français déclarent avoir confiance en leur médecin traitant (48). Perçu comme un allié thérapeutique, il est bien souvent également un confident privilégié.

Mais cette relation de proximité, presque intime, est parfois à double tranchant, notamment dans le domaine de la gynécologie. Car si certaines femmes apprécient ce sentiment de

familiarité, pour d'autres au contraire il est synonyme de gêne voire de peur du jugement, émanant de celui qui les connaît parfois depuis qu'elles sont enfant.

La question de l'intimité est au cœur de la discipline gynécologique. Et si certaines patientes expriment une pudeur compréhensible à cet égard, on est parfois surpris qu'il en soit de même pour le médecin.

Car tout comme les patientes, certains médecins admettent que les consultations à motif gynécologique sont génératrices pour eux d'un inconfort voire d'une gêne (cf chap II 3.2.5). En effet il n'échappera à personne qu'on ne gère pas une consultation pour IST de la même façon qu'une consultation pour angine. Le rapport à l'intime ou même simplement à la nudité n'est pas anodin, même pour l'homme de science qu'est le médecin, théoriquement rompu à l'exercice. Il y a là quelque chose qui renvoie à ses propres inhibitions et son vécu personnel. Ainsi si la gêne des patientes est parfois réelle, elle paraît fantasmée comme une barrière quasi infranchissable dans le discours de certains médecins, reflétant sans doute par là leur propre pudeur.

Beaucoup de MG ne se sentiront pas concernés par cette barrière. Pourtant dans son étude le Dr Lageyre (19) va plus loin, en évoquant ce qu'elle nomme « la rationalisation à posteriori », issue de la théorie de la dissonance cognitive (49), que l'on pourrait résumer ainsi : « *je pense que je devrais pratiquer de la gynécologie, mais je ne le fais pas, je l'explique à postériori par le fait que je sois un homme/que je manque de matériel/que je ne sois pas bien formé...* ».

On notera également que les questions relatives à la sexualité sont globalement peu abordées dans les études analysées, peut être cette problématique ne rentre-t-elle pas dans l'idée que se font les chercheurs et les médecins du suivi gynécologique. Ou peut-être est-ce

révélateur d'un sujet qui reste relativement tabou, y compris au sein d'une science qui semble pourtant affranchie de ce type d'obstacle.

Tout comme la possible surestimation de la gêne des patientes, il est intéressant de constater que les freins exprimés par les médecins pour expliquer les réticences des femmes ne sont pas toujours ceux mis en avant par les concernées. Par exemple le sexe masculin du médecin est régulièrement cité par ces derniers comme un obstacle majeur à leur pratique. Effectivement la plupart des études montre que les femmes ont une préférence pour un médecin du même sexe pour leur suivi gynécologique. Mais lorsque que l'on regarde dans le détail, le genre n'est peut-être pas aussi déterminant. Par exemple l'étude du Dr Cretin-Ben Hayoun (26) révèle que 43% des patientes préfèrent un médecin femme, 24% un homme, 30.5% n'ont pas de préférence, soit 54.5% des femmes qui pourraient ainsi potentiellement être suivies par un MG homme.

Et cet état de fait n'est peut-être pas si anecdotique que cela. Il est à mettre en miroir avec les résultats des études du Dr Joseph (21) et du Dr Daveaux (37). Pour rappel ces derniers estiment qu'entre 45 et 72% des femmes accepteraient la réalisation d'un FCU par le MG si celui-ci le proposait, y compris parmi celles n'ayant pas de suivi gynécologique.

Car l'un des enjeux des actions de prévention du MG est d'assurer un suivi gynécologique à des femmes qui jusque-là n'en avaient pas. Ces femmes, parfois en situation de précarité, sont difficilement accessibles aux campagnes de prévention et échappent donc aux politiques de santé publiques. Une mission du médecin traitant serait donc de profiter de l'occasion de tout motif de consultation pour faire un point sur les dépistages qui concernent la patiente.

Ainsi selon le Dr Joseph (21) « Les femmes à convaincre de l'intérêt du suivi sont celles qui n'ont pas de demande et ne rencontrent pas de gynécologue ».

3. Conclusion

Accès de 1^{er} recours, action de prévention, approche globale, coordination des soins, la gynécologie est un condensé des compétences du médecin généraliste.

Il existe des freins à la pratique de la gynécologie par le médecin généraliste, de la part des patientes et des médecins eux-mêmes.

Néanmoins l'implication des médecins dans le suivi gynécologique des femmes apparaît comme indispensable que ce soit en tant qu'acteurs ou que coordinateurs, notamment auprès des populations les plus fragiles qui ne sont pas forcément en demande.

BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Etude ECOGEN [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_recherche/etude_ecogen/
3. La démographie des médecins (RPPS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
4. er679.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
5. fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf
6. Nisand I. Alerte sur la démographie de notre profession. Httpwwwem-Premiumcomdatarevues24687189unassignS2468718918300643 [Internet]. 3 déc 2018 [cité 21 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1203281/resultatrecherche/4>
7. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. QUEL AVENIR? SOMMAIRE [Internet]. [cité 28 mai 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_som.htm#haut
8. critères-PRISMA.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-PRISMA.pdf>
9. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. Mai-Juin 2013;(107):114-20.
10. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. oct 2011;(98):122-8.
11. GARNIER F, BILGORAJSKI C, VALLEE J. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. Exerc - Rev FRANCAISE Med Gen. 1 janv 2014;25(111):12-9.
12. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Mai 2010;39(3):208-17.
13. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins

généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, Family physicians' barriers to cervical cancer screening in women aged from 50 to 65 years. *Prat Organ Soins*. 2012;43(4):261-8.

14. Carles Ferreira K, Cosserat D. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2013.
15. Dien-Bergeard B, Renoux C. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical: une enquête qualitative. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.
16. Tassy F. Consultation pour motif gynécologique: perceptions d'adolescentes et de médecins généralistes, en région parisienne, en 2012 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
17. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale? Etude qualitative auprès des patientes. Lyon, France; 2017.
18. Colchen M, Pierre-Duval P. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'études Spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. Amiens, France: Université de Picardie; 2016.
19. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2014.
20. Chéron C. Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites: tude qualitative auprès de 20 praticiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2017.
21. Joseph J-P, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux J-L, Quintard B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. *Médecine*. 23 déc 2014;10(10):472-7.
22. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publique Rev Multidiscip Pour Rech Action*. Juillet 2013;25(3):255-62.
23. Bernard P, Lartigue S. L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. mars 2009;(86):41-4.
24. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.

25. Charier Y. Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale: pratiques, freins et difficultés: à propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Corrèze [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2009.
26. Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
27. Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. (O.R.S.P.L.). Nantes. FRA, Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.). Saint Sébastien sur Loire. FRA. Suivi gynécologique: implications des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2016 oct p. 8p.
28. Champeaux R, Dominault M. 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. [France]; 2013.
29. Brosset M, Renoux C. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une enquête quantitative. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.
30. Léoty M. L'information des femmes sur leur suivi gynécologique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.
31. Mazan S. Le suivi gynécologique en Midi-Pyrénées: médecin généraliste ou gynécologue?: les raisons du choix des femmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2012.
32. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
33. Couvreur L, Frehaut A. Impact du suivi du diplôme inter universitaire de gynécologie-obstétrique sur la pratique des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
34. Desmond L, Turpin G. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.
35. Lagneau A, Malatrasi G. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2016.
36. André R. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes libéraux bourguignons: état des lieux, analyse et éléments de réflexion [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.

37. Daveaux S. L'acceptation par les femmes des gestes techniques courants de gynécologie médicale en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
38. Loeffler A, Momper W. La première consultation en gynécologie: pourquoi n'est-elle pas faite par le médecin généraliste? France; 2011. 28 p.
39. Varache M. Connaissances des femmes sur les compétences de leur médecin généraliste dans la prescription et le suivi d'une méthode contraceptive: enquête auprès de 220 patientes en Ile-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
40. Guillaume C-E. Évaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale: enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2018.
41. Lauchet N, Prevost M. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2010.
42. Khau C-T. Avenir jeunes médecins généralistes: la pratique gynécologique des médecins généralistes entrés dans le cursus de médecine générale en 2007 en Île-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2017.
43. Saidani M, Lemoine T. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016: vision des médecins généralistes et des patientes. Dijon, France: Université de Bourgogne; 2016.
44. Darriau S. Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
45. Malmartel A, Rigal L. Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 mai 2016;45(5):459-66.
46. OMG - Top 50 des RC [Internet]. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
47. francais_et_contraception.pdf [Internet]. [cité 14 juill 2018]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
48. Baromètre de confiance à l'égard des professionnels de santé - Viavoice [Internet]. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.institut-viavoice.com/barometre-de-confiance-a-l-egard-des-professionnels-de-sante/>
49. Deswarte E. La théorie de la dissonance cognitive [Internet]. Psychologie-sociale. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>

LISTE DES FIGURES

Diagramme de flux PRISMA16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau des références sélectionnées	17-20
Tableau des scores COREQ	III
Tableau des scores STROBE	V-VI

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
MÉTHODES	13
1.1. Critères d'inclusion.....	13
1.2. Stratégie de recherche bibliographique	13
1.3. Sélection des études	15
1.4. Evaluation de la qualité des études.....	15
1.5. Collecte et analyse des données.....	15
RÉSULTATS	16
1. Etat des lieux	21
1.1. Le suivi gynécologique, une mission du généraliste.....	21
1.2. Les motifs de recours	21
1.3. Etat des lieux du suivi gynécologique en chiffres	22
2. COTE PATIENTES	24
2.1. Connaissance des femmes à propos de l'organisation du suivi gynécologique	24
2.2. Choix du praticien	25
2.2.1. Le gynécologue	25
2.2.2. Le médecin généraliste	25
2.3. En bref, les compétences gynécologiques du MG vues par les femmes... ..	27
3. COTE MEDECINS	29
3.1. Etat des lieux	29
3.1.1. Matériel à disposition.....	29
3.1.2. L'activité gynécologique des MG.....	29
3.1.3. La formation	31
3.2. Freins à la pratique de la gynécologie	34
3.2.1. Freins liés à la formation.....	34
3.2.2. Autres freins techniques	34
3.2.3. Freins liés aux patientes	35
3.2.4. Freins liés aux autres professionnels de santé	36
3.2.5. Freins liés au MG lui-même	36
3.3. Leviers à la pratique de la gynécologie.....	37
3.3.1. Intérêt personnel	37
3.3.2. Mission du généraliste et réponse aux besoins des patientes	37
3.3.3. Elargissement de la patientèle	38
4. Propositions d'amélioration	39
DISCUSSION ET CONCLUSION	41
1. Forces et limites de l'étude	41
1.1. Les limites	41
1.2. Les forces	42
2. Discussion des résultats	43
3. Conclusion	49
BIBLIOGRAPHIE	50
LISTE DES FIGURES	55

LISTE DES TABLEAUX 56
TABLE DES MATIERES..... 57
ANNEXES.....I

ANNEXES

grille d'évaluation PRISMA.

Section/topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both	
Abstract			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable, background, objectives, data sources, study eligibility criteria, participants, interventions, study appraisal and synthesis methods, results, limitations, conclusions and implications of key findings, systematic review registration number	
Introduction			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS)	
Methods			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (such as web address), and, if available, provide registration information including registration number	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (such as PICOS, length of follow-up) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale	
Information sources	7	Describe all information sources (such as databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated	
Study selection	9	State the process for selecting studies (that is, screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis)	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (such as piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (such as PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis	
Summary measures	13	State the principal summary measures (such as risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (such as I ² statistic) for each meta-analysis	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (such as publication bias, selective reporting within studies)	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified	
Results			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (such as study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present for each study (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see item 15)	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression) (see item 16)	
Discussion			
Summary of evidence	24	Summarise the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (such as health care providers, users, and policy makers)	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (such as risk of bias), and at review level (such as incomplete retrieval of identified research, reporting bias)	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research	
Funding			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (such as supply of data) and role of funders for the systematic review	

Tab 2. Lignes directrices PRISMA

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse de discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Tab3. Lignes directrices COREQ

Etude Item	Fayolle	Gambiez	Garnier	Bertin	Badet- Phan	Chéron	Carles Ferreira	Dien- Bergeard	Tassy	Terris	Colchen	Lageyre
1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
2	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
3	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0.5
4	1	1	1	0	0.5	1	1	1	1	0	1	1
5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
6	1	1	0	0	1	1	1	0.5	1	0.5	1	0.5
7	0	1	0	1	0.5	0	0	0	0	1	0	0
8	0	0	1	1	0	0	0	0.5	1	0	0	0.5
9	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1
10	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
14	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
15	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
16	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	0	0	0	0	1	0	0.5	1	0	0	0	1
21	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.5	1	1
23	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
24	1	1	1	0	1	0.5	0	1	1	0	0.5	1
25	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
26	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
29	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	0.5	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	0.5	1	1	1	1	1	1	1
Total	23	20	20	16	23,5	22	19,5	24	21	24	23,5	25,5
Score /100	72	62.5	62.5	50	73	69	61	75	66	75	73	80

Tab 4. Score COREQ obtenus par les études qualitatives analysées

Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N° <i>Recommandation</i>
Titre et résumé	1 (a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction	
Contexte/justification	2 Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3 Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses a priori
Méthodes	
Conception de l'étude	4 Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5 Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6 (a) Étude de cohorte – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi Étude cas-témoin – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins Étude transversale – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) Étude de cohorte – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés Étude cas-témoin – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7 Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8* Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9 Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10 Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11 Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12 (a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) Étude de cohorte – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités Étude cas-témoin – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé Étude transversale – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats	
Population	13* (a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14* (a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) Étude de cohorte – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)
Données obtenues	15* Étude de cohorte – Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps Étude cas-témoin – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés Étude transversale – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16 (a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17 Mentionner les autres analyses réalisées – par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion	
Résultats clés	18 Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19 Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20 Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21 Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information	
Financement	22 Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

Tab 5. Lignes directrices STROBE

Etude Item	Couv.	Maz.	Léoty	Khau	Dav.	Loeff.	André	Cretin	Vara.	Bross.	Darr.	Bonh.
1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	0	1	1	1	05	1	1	0	1	1	1
4	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
5	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	0	0	0	05	0	0	1	05	0	0	1	0
10	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1
11	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
12	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	05	1
13	0	0	0	05	1	0	1	0	1	1	1	1
14	0	05	1	1	1	05	1	1	1	1	1	1
15	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
16	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
17	1	1	0	1	05	05	1	1	1	1	05	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	05	1	0.5
21	1	1	1	0	1	0	0	1	05	0	1	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	12	9.5	11	13.5	13.5	4.5	15	14.5	13.5	14.5	13	13
Score /100	67	53	61	75	75	25	83	81	75	80	72	72

Etude Item	Desm	Lagn.	Guill.	Bern. Larti.	Bern. St-L.	Said.	Lauch	Megr.	Cham peaux	Char.	Malm.
1	1	0.5	1	1	1	1	0	0.5	0.5	0.5	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.5	1
4	1	0.5	1	1	1	0	0	0	0	0	0.5
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	0	0	0	0	0.5	0.5	0	1	0.5	0	0
10	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
11	1	0	0	1	1	1	0.5	0.5	1	0	1
12	1	0	0	0.5	1	0	0	0.5	1	0	1
13	1	1	1	0.5	1	1	1	1	1	0.5	0.5
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.5	1
15	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
16	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
17	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
18	1	1	1	1	1	0	05	05	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	0	1	1	05	05	1	05	05
21	05	0	0	0	1	0	0	05	05	1	05
22	0	0	0	05	05	0	0	1	0	0	1
Total	15	12	13	11,5	16	11,5	9,5	13	13,5	9,5	14
Score /100	83	66	72	64	89	64	53	72	75	53	79

Tab 6. Scores STROBE obtenus par les études quantitatives analysées

Formulaire d'extraction des données

Titre de la référence :

- Année de parution	
- Auteurs	
- Type de document	
- Nature de l'étude	
- Population étudiée	
- Méthode	
- Score	
- Résultats	

Tab 7 : Formulaire type utilisé pour l'extraction des données

Etat des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale : Revue de littérature

RÉSUMÉ

Contexte : En France les femmes ont le libre choix du praticien concernant leur suivi gynécologique. Cependant la difficulté croissante d'accès aux gynécologues risque de modifier les habitudes en la matière. Qu'en est-il de la place du Médecin Généraliste (MG) dans ce suivi?

Objectif : Etablir un état des lieux du suivi gynécologique par le MG en France.

Matériel et méthode : Une revue systématique de littérature a été réalisée, suivant la méthodologie PRISMA. Les recherches ont été effectuées principalement dans les bases de données de LISSA, CAIRN, BDSP, SUDOC. Ont été retenues les études publiées entre janvier 2008 et mars 2018 traitant du suivi gynécologique, en lien avec le généraliste, des femmes de plus de 15 ans en France, et ce du point de vue des patientes comme de celui des médecins. La sélection des articles a été effectuée par 2 chercheurs indépendants.

Résultats : 37 études, descriptives et qualitatives, ont été retenues pour analyse : 10 articles et 27 thèses.

Entre 80 et 91% des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique régulier, assuré pour seulement 8 à 23% d'entre elles par le MG, tandis qu'entre 64 et 96% de ces derniers déclarent avoir une activité gynécologique. La pratique gynécologique des MG est hétérogène, de nombreux freins sont identifiés émanant des médecins ainsi que des patientes, notamment la méconnaissance des femmes au sujet des compétences de leur MG, ceux-ci communiquant peu à propos cette discipline qu'ils ont l'impression de mal maîtriser.

Conclusion : L'information des patientes et la formation des médecins doivent être développés afin d'améliorer le suivi des femmes, notamment au sein des populations ayant un accès difficile au spécialiste.

Mots-clés : Suivi gynécologique, Médecine Générale

Inventory of gynecological monitoring in general practice:

Literature review

ABSTRACT

Context: In France, women decide freely which practitioner ensure their gynecological monitoring. However, the increasing difficulty of access to the gynecologists may change this situation. What about the role of the General Practitioner (GP) in the gynecological care?

Objective: To establish an inventory of gynecological monitoring by the GP in France.

Material and method: A systematic literature review was carried out, following the PRISMA methodology. The searches were carried out mainly in the databases of LISSA, CAIRN, BDSP, SUDOC. The studies published between January 2008 and March 2018 dealing with the gynecological follow-up, performed by the GP, of women over 15 years of age in France, were considered from the point of view of both patients and doctors. Two independent researchers selected the articles.

Results: 37 studies, descriptive and qualitative, were selected for analysis: 10 articles and 27 theses.

Between 80 and 91% of women report having a regular gynecological monitoring, performed for only 8 to 23% of them by the GP, while between 64 and 96% of those claim to have a gynecological activity. The gynecological practice of GP is heterogeneous and many obstacles are identified both from doctors and patients. In particular, women are not aware about the skills of their GP. Indeed, GPs provide limited information about this field they feel they do not master.

Conclusion: The information of patients and the training of doctors should be developed in order to improve the follow-up of the women, in particular for communities having difficulty accessing specialists.

Keywords : Gynecological monitoring, general practice