

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2021

N°

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Clélia PAGEARD

Présentée et soutenue publiquement le 18 mai 2021

**ÉTUDE DES FACTEURS MOTIVANT LES FEMMES À CONSULTER
SPONTANÉMENT AUX URGENCES GYNÉCOLOGIQUES DU CHU DE NANTES,
SANS AVIS MÉDICAL PRÉALABLE**

Président : Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU

Directrice de thèse : Madame le Docteur Mélanie ALEJOS
ALONSO

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU**, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

À **Madame le Docteur Pauline JEANMOUGIN** et à **Madame le Docteur Stéphanie LARRAMENDY**, pour avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assurées de mes remerciements les plus sincères.

À **Madame le Docteur Mélanie ALEJOS ALONSO**, merci d'avoir accepté de me superviser. Merci pour tous tes conseils, ton soutien, ta disponibilité et ton aide pour ce travail.

À **toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences gynécologiques du CHU de Nantes**, sans qui ce travail n'aurait pas pu être possible.

À **Madame le Docteur Isabelle CHOUDAT DE REU** pour ses conseils pour la réalisation des statistiques.

À **tous les médecins généralistes** qui m'ont accompagnée pendant la réalisation de mes stages et qui m'ont conforté dans le choix de la médecine générale.

À **tous mes amis** Vendéens et (anciens) Nantais : Justine, Alexis, Lucie, Ulysse, Katy, Flavien, Nina, Aurèle, Audrey, Alexis, Aude, Antoine, Sarah, Léa, Manon, Adeline et Marie. Merci pour tous les moments passés ensemble.

À **mes parents**, pour tout ce que vous m'avez appris, pour votre soutien depuis le début et pour votre amour.

À **ma sœur Maylis et mon frère Pierrick**, pour leur présence et leur soutien. Merci pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

À **Romane**, tu m'as donné le plus beau rôle de ma vie, merci d'être là.
Et à notre famille qui s'agrandira bientôt.

À **Bruno**, pour ton amour, ta présence, ton soutien inconditionnel. Merci pour tout.

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLES DES ILLUSTRATIONS.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
I. INTRODUCTION	7
1) DONNEES DEMOGRAPHIQUES	7
1.1) <i>Les urgences</i>	7
1.2) <i>Les médecins généralistes</i>	7
1.3) <i>Les gynécologues</i>	8
2) MOTIFS DE CONSULTATION AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES.....	8
2.1) <i>Pendant la grossesse</i>	8
2.2) <i>En dehors de la grossesse</i>	9
2.1.1) <i>Les métrorragies</i>	9
2.1.2) <i>Douleurs pelviennes aiguës</i>	9
3) LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	10
3.1) <i>L'échographie pelvienne</i>	10
3.2) <i>Le bilan biologique</i>	11
4) CONTEXTE ET JUSTIFICATION	11
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	13
1) TYPE D'ETUDE	13
2) CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	13
3) RECUEIL DES DONNEES	13
4) ANALYSE STATISTIQUE	14
III. RÉSULTATS	15
1) DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES	16
1.1) <i>Âge</i>	16
1.2) <i>Catégories socioprofessionnelles des patientes</i>	17
2) CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION.....	18
2.1) <i>Mode de transport pour se rendre aux UGO</i>	18
2.2) <i>Moment de la consultation</i>	18
2.3) <i>Conseils reçus et consultation avant l'arrivée aux UGO</i>	19
3) SUIVI MEDICAL.....	20
3.1) <i>Médecin traitant</i>	20
3.2) <i>Suivi gynécologique habituel</i>	22
4) CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	23
5) CRITERE DE JUGEMENT SECONDAIRE	24
5.1) <i>Devenir des patientes après le passage aux UGO dans le groupe 1 et 2</i>	24
5.2) <i>Examens complémentaires réalisés chez les patientes du groupe 1 et 2</i>	25
5.3) <i>Antécédent de consultation aux UGO dans le groupe 1 et 2</i>	26
5.4) <i>Comparaison entre le groupe 1 et 2 selon la couverture sociale</i>	27
5.5) <i>Comparaison entre le groupe 1 et 2 selon le lieu d'habitation</i>	27
5.6) <i>Comparaison entre le groupe 1 et 2 selon une grossesse en cours ou non</i>	28
5.7) <i>Symptômes de consultation des patientes du groupe 1 et 2</i>	28

IV. DISCUSSION	30
1) RESULTATS DE L'ETUDE.....	30
1.1) <i>Population de l'étude</i>	30
1.1.1) Profil socio-économique des patientes.....	30
1.1.2) Caractéristiques de la consultation.....	30
1.1.3) Suivi médical	31
1.2) <i>Critère de jugement principal : motivations de consultation des patientes consultant spontanément aux UGO</i>	32
1.3) <i>Critère de jugement secondaire</i>	34
1.3.1) Devenir des patientes	34
1.3.2) Examens complémentaires	34
1.3.3) Antécédent de consultation aux UGO.....	35
1.3.4) Couverture sociale des patientes.....	35
1.3.5) Lieu de résidence des patientes par rapport aux UGO	36
1.3.6) Symptômes et motifs de consultation	36
2) LE RECOURS SPONTANE AUX URGENCES.....	36
3) LIMITES DE L'ETUDE	37
V. CONCLUSION	39
VI. BIBLIOGRAPHIE	40
VII. ANNEXES	43

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Répartition de l'ensemble des patientes selon leur catégorie socioprofessionnelle	17
Tableau 2 : Réponses des patientes sur le mode de transport utilisé pour se rendre aux UGO	18
Tableau 3 : Réponses des patientes sur le jour et l'heure de consultation lors de leur passage aux UGO	18
Tableau 4 : Réponses des patientes sur l'existence d'un médecin traitant et sur son lieu d'exercice par rapport au lieu d'habitation de la patiente	20
Tableau 5 : Réponses des patientes sur le professionnel de santé réalisant leur suivi gynécologique habituel.....	22
Tableau 6 : Comparaison de la prise en charge après le passage aux UGO entre les patientes du groupe 1 et 2.....	25
Tableau 7 : Examens complémentaires réalisés chez les patientes du groupe 1 et 2	26
Tableau 8 : Comparaison des patientes du groupe 1 et 2 selon un antécédent de consultation aux UGO	26
Tableau 9 : Couverture sociale des patientes du groupe 1 et 2.....	27
Tableau 10 : Lieu d'habitation des patientes des groupes 1 et 2.....	27
Tableau 11 : Comparaison des patientes du groupe 1 et 2 selon une grossesse en cours ou non	28
Figure 1 : Diagramme de flux de la répartition des patientes selon leur mode de consultation	15
Figure 2 : Répartition selon l'âge des patientes, dans l'ensemble de la population étudiée .	16
Figure 3 : Répartition selon l'âge des patientes, dans le groupe 1 et 2	16
Figure 4 : Répartition des patientes des groupes 1 et 2 selon leur catégorie socioprofessionnelle	17
Figure 5 : Moment de consultation aux UGO des patientes du groupe 1 et 2	19
Figure 6 : Horaires de consultation aux UGO des patientes des groupes 1 et 2.....	19
Figure 7 : Existence d'un médecin traitant chez les patientes des groupes 1 et 2	20
Figure 8 : Localisation du médecin traitant chez les patientes du groupe 1.....	21
Figure 9 : Localisation du médecin traitant chez les patientes du groupe 2.....	21
Figure 10 : Suivi gynécologique habituel des patientes des groupes 1 et 2	22
Figure 11 : Réponses des patientes du groupe 1 sur leurs motivations de consultation aux UGO	23

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide médicale de l'État

BU : Bandelette urinaire

ECBU : Examen cyto bactériologique urinaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

CSS : Complémentaire santé solidaire

DIU : Dispositif intra utérin

FCS : Fausse couche spontanée

FCU : Frottis cervico-utérin

GEU : Grossesse extra utérine

GIU : Grossesse intra utérine

GLI : Grossesse de localisation indéterminée

HCG : Human chorionic gonadotropin

IDE : Infirmier diplômé d'état

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MT : Médecin traitant

PV : Prélèvement vaginal

SA : Semaine d'aménorrhée

SF : Sage-femme

UGO : Urgences gynécologiques et obstétricales

URML : Union régionale des médecins libéraux

I. INTRODUCTION

1) Données démographiques

1.1) Les urgences

Les recours aux urgences sont de plus en plus nombreux en France, y compris aux urgences gynécologiques et obstétriques. Selon un rapport de la cour des comptes de février 2019 le nombre total de passage aux urgences par an en France est passé de 18,4 millions en 2012 à 21,2 millions en 2016, soit une augmentation de près de 15% en 4 ans (1).

À Nantes, les urgences du CHU dénombraient 122 568 passages par an en 2017, soit 219 passages par jour en moyenne (dont 36 495 pédiatriques sur l'année). Pour 73% des passages, les patients passaient par les urgences sans être hospitalisés (2).

Au CHU de Nantes, l'unité d'urgences gynécologiques et obstétricales (UGO) a été créée en septembre 2004 avec l'hôpital mère-enfant. Le nombre de passage annuel aux urgences gynécologiques et obstétricales était de 11 921 en 2005 et de 14 694 en 2012, cela représentant une augmentation de 23,3 % (+ 30% en gynécologie) (3).

Aux UGO du CHU de Nantes, l'activité est divisée en deux parties, une destinée aux patientes enceintes de plus de 22 SA (côté obstétrique) et l'autre pour les patientes enceintes avant 22 SA et les pathologies gynécologiques (côté gynécologique).

1.2) Les médecins généralistes

La Loire Atlantique recense 1 657 médecins généralistes libéraux en 2020, avec une augmentation des effectifs de 1,5% depuis 2015, contrairement au nombre national qui est en baisse de 0,6% sur la même période. L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur qui prend en compte les besoins différenciés en fonction de l'âge de la population, la disponibilité des praticiens en termes de volume d'activité et l'offre de médecins à proximité immédiate de la zone concernée. Elle s'exprime en nombre moyen de consultations accessibles par an et par habitant. Elle est de 3,9 en Loire Atlantique, avec un évolution stable depuis 2015, alors que le taux national est de 3,5 avec une évolution de - 2,1% depuis 2015 (4). Le département de la Loire Atlantique apparaît donc meilleur en termes d'accès aux médecins généralistes par rapport à la moyenne nationale.

Dans ce contexte, le recours à la médecine de ville apparaît donc comme essentiel pour prendre en charge en premier recours un nombre conséquent de pathologies.

1.3) Les gynécologues

Du côté de l'ensemble des gynécologues, il en existe 148 en Loire Atlantique au 1^{er} janvier 2020, avec 105 gynécologues obstétriciens et 43 gynécologues médicaux sur le département, dont 88 exercent en libéral.

Le département de la Loire Atlantique est le département de la région Pays de la Loire qui a la plus forte densité de gynécologues (24,3 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus), mais ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale (26,9 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus). Du côté des gynécologues médicaux la densité est de 7,1 pour 100 000 femmes, alors que le taux national est de 8,5 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus (5).

La diminution du nombre de gynécologues médicaux et obstétriciens en ville favorise le suivi gynécologique au cours de la grossesse par les médecins généralistes bien que cette activité varie selon les médecins. En effet, dans une étude de l'URML de 2016 en Pays de la Loire, 95% des praticiens déclaraient avoir vu en consultation une patiente pour un diagnostic de grossesse, dans l'année écoulée. 82% des praticiens ligériens déclaraient réaliser un suivi régulier de grossesse de leurs patientes contre 57% au niveau national (6).

Cependant, dans le cadre d'une grossesse ou de symptômes liés à une anomalie du cycle menstruel, les patientes ont plus tendance à rechercher l'avis spécialisé du gynécologue (7).

2) Motifs de consultation aux urgences gynécologiques

2.1) Pendant la grossesse

La période du premier trimestre de grossesse peut être source de nombreuses inquiétudes de la part des femmes. En effet, les symptômes tels que les douleurs abdomino-pelviennes ou les métrorragies sont fréquents.

Les métrorragies du premier trimestre de grossesse concernent environ 25% des femmes, pour la moitié des patientes l'évolution de la grossesse sera ensuite normale (8).

Les quatre étiologies les plus fréquentes en cas de métrorragies du premier trimestre de grossesse sont la fausse couche spontanée (FCS), la menace de FCS, les pathologies cervicales et la grossesse extra-utérine (GEU).

La GEU est le principal diagnostic à éliminer rapidement devant la gravité potentielle et le risque de complications. Elle correspond à l'implantation et au développement du sac gestationnel en dehors de la cavité utérine. Elle doit être évoquée devant un retard de règles, des métrorragies, des douleurs pelviennes et/ou des facteurs de risque de GEU. L'incidence de la GEU est de 2% en France (9). Parmi les patientes qui présenteront des symptômes tels que les métrorragies et/ou des douleurs en début de grossesse, 5 à 30 % seront effectivement atteintes d'une GEU (10). L'examen clinique n'est pas suffisamment fiable pour établir le diagnostic mais permet une première évaluation du degré d'urgence.

Sur la période 2010-2012, 4 décès maternels sur les 256 survenus en France sur cette période étaient liés à une GEU, soit 1,6% des décès maternels (11).

La GEU est donc relativement rare et les décès sont peu nombreux en France. Néanmoins c'est le diagnostic à éliminer devant des métrorragies et/ou douleurs abdomino-pelviennes en début de grossesse.

La principale complication de la GEU est la rupture tubaire qui engage le pronostic vital par état de choc hémorragique. Dans cette situation la prise en charge se fait par une chirurgie en urgence. L'examen clinique est essentiel mais cela impose d'avoir accès à des examens complémentaires, tels que la biologie et l'échographie, pour en faire rapidement le diagnostic.

La fausse couche correspond à l'expulsion spontanée du contenu utérin avant 22 SA. La fausse couche est précoce quand elle survient avant 14 SA, elle concerne environ 12% des grossesses (12). Elle peut être hémorragique et menacer le pronostic vital si elle n'est pas traitée.

Lors des métrorragies du premier trimestre de grossesse, les craintes exprimées par les patientes enceintes peuvent amener leur médecin généraliste à les adresser vers les UGO. De plus, le manque d'accès facile à l'échographie en ville est un frein important pour les médecins généralistes dans cette situation.

2.2) En dehors de la grossesse

2.1.1) *Les métrorragies*

Les principales causes de métrorragies en dehors de la grossesse sont représentées par (13) :

- Les maladies de l'appareil génital : infections, pathologies bénignes utérines ou ovariennes, cancers gynécologiques
- Les causes générales : troubles de la coagulation, pathologie endocrinologique (hypothyroïdie, hyperprolactinémie), pathologies hépatiques et rénales
- Les causes iatrogènes : traitement hormonal, DIU, traitements anticoagulant et antiagrégant, traitement antidépresseur

Ces causes varient selon la période génitale de la femme.

L'examen clinique de la patiente est essentiel afin de préciser les causes possibles ainsi que le retentissement hémodynamique. La réalisation d'un dosage plasmatique de l'hCG apparaît comme examen complémentaire de première intention afin d'orienter la prise en charge. La suite des examens pourra être complétée par un bilan biologique (évaluation du retentissement, recherche de troubles de l'hémostase...) et des examens d'imagerie : échographie pelvienne, IRM pelvienne, hystéroscopie...

2.1.2) *Douleurs pelviennes aiguës*

Une douleur pelvienne brutale, aiguë ou accompagnée chez une femme en période d'activité génitale doit être orientée vers un service d'urgences gynécologiques pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique (14).

En cas de test de grossesse négatif, les étiologies principales à rechercher sont :

- Les pathologies annexielles : torsion d'annexe, kyste hémorragique

- Les infections génitales hautes

Les douleurs pelviennes d'origine non gynécologique doivent aussi être recherchées (appendicite aigüe, pyélonéphrite, colique néphrétique, colique hépatique...).

Dans tous les cas, un test de grossesse doit être réalisé chez les femmes en âge de procréer pour éliminer une grossesse, ainsi qu'un bilan biologique pour rechercher un syndrome inflammatoire (NFS, CRP). Le prélèvement vaginal et la bandelette urinaire complètent souvent ce bilan. Même si la rentabilité diagnostique du prélèvement endocervical peut être faible, la pertinence est maximale dans le cas de douleurs pelviennes aigües chez des patientes qui ne sont pas enceintes (15). Enfin l'échographie pelvienne permet d'orienter vers une étiologie. La coelioscopie à visée diagnostique peut parfois être nécessaire.

3) Les examens complémentaires

3.1) L'échographie pelvienne

Selon une étude, la symptomatologie, l'histoire de la maladie et l'examen clinique chez une femme au premier trimestre de grossesse sont moins sensibles et spécifiques que l'échographie pour le diagnostic de grossesse évolutive ou de fausse couche qui reste donc l'examen de référence (16).

L'échographie se réalise de préférence par voie endovaginale. C'est l'examen de première intention qui permet d'affirmer la présence de grossesse intra utérine évolutive, qui est confirmée lorsque l'on retrouve un sac gestationnel intra utérin, associé à la présence d'un embryon avec une activité cardiaque visible.

En cas de grossesse extra utérine, une masse latéro-utérine peut être visible, avec possiblement un sac gestationnel voire un embryon. D'autres signes indirects existent comme la vacuité utérine, une lame d'hématométrie, un épanchement abdomino-pelvien (17).

Cependant toutes les GEU ne sont pas classées comme telles dès la première échographie, un certain nombre sont d'abord classées comme grossesse de localisation indéterminée (GLI). Une GLI correspond à une grossesse documentée biologiquement (dosage hCG positif) mais pour laquelle l'échographie n'objective pas de grossesse (18).

Dans une étude de Athiel et al en 2019 (19), sur 117 GEU, 61,5% étaient diagnostiquées directement alors que 38,5% des GEU étaient issues de GLI.

L'accès rapide à un spécialiste en échographie pelvienne a donc une importance primordiale afin de faire le diagnostic de GEU le plus précocement possible afin d'en améliorer le pronostic.

3.2) Le bilan biologique

Dans le cadre des GEU, en cas de doute à l'échographie, le bilan doit être complété par un dosage plasmatique quantitatif d'hCG. Le seuil discriminant pour visualiser un sac gestationnel intra utérin par voie endovaginale est de 1 500 mUI/ml (10).

La GEU doit donc être fortement évoquée en présence d'un taux d'hCG supérieur à 1 500 mUI/ml et en l'absence de visualisation de sac gestationnel intra utérin. En dessous de ce seuil il est nécessaire d'effectuer un contrôle toutes les 48 heures du taux d'hCG afin d'en apprécier l'évolution. En cas de stagnation ou de faible évolution une GEU peut être suspectée sans caractère affirmatif.

4) Contexte et justification

À titre personnel, j'ai pu constater lors de mon stage aux urgences gynécologiques du CHU de Nantes pendant mon internat de médecine générale que le nombre d'entrées quotidiennes était relativement élevé chaque jour. Avec l'impression que beaucoup de femmes se présentaient spontanément aux urgences. A contrario, lors de mon expérience en médecine générale de ville pendant mes stages d'internat et lors de la réalisation de remplacements de médecins généralistes, les métrorragies et les douleurs abdomino-pelviennes survenant lors du premier trimestre de grossesse m'ont semblé être un motif rencontré relativement rarement au cours de mon expérience personnelle, bien que de nombreuses patientes se rendaient dans ces mêmes cabinets médicaux pour leur suivi de grossesse et pour des consultations concernant des motifs gynécologiques.

Ce constat a déjà été réalisé dans une thèse de A. Ricordeau en 2018 réalisée auprès de médecins généralistes de Vendée (20). L'objectif de cette étude était de faire l'état des lieux du parcours de soins des patientes dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de grossesse, à travers le recours ou non aux structures d'urgences. Dans cette étude, 60,6% des médecins interrogés déclaraient se sentir à l'aise dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre. Le principal frein cité dans la prise en charge ambulatoire était le délai d'obtention des examens complémentaires (pour 73,7% des médecins), puis la demande des patientes (36,4%) et les facteurs environnementaux de la patiente (36,4%) étaient ensuite cités. De plus 59,6% des médecins répondaient que l'impact psychologique de la grossesse jouait un rôle dans le parcours de soins des patientes, à savoir qu'elles préféreraient consulter aux urgences gynécologiques plutôt que leur médecin traitant.

Plusieurs études se sont intéressées aux motifs de consultation des femmes dans des unités d'urgences gynécologiques de centres hospitaliers de France. Il en ressortait que la proportion de femmes consultant spontanément aux urgences gynécologiques était très importante, comme dans l'étude de Calvo et al (21) en 2013 au CHU de Reims où 83,4% des patientes consultaient aux UGO sans être adressées par un professionnel de santé et dans l'étude d'Alouini et al (22) au CHU d'Orléans en 2011 il était décrit que 95% des patientes consultaient de leur propre initiative.

Ces études font ressortir que les femmes consultent souvent spontanément aux urgences gynécologiques, sans avis médical préalable dans la grande majorité des cas. À notre connaissance aucune étude ne s'est intéressée au point de vue des patientes dans cette situation, d'où la justification de cette thèse.

L'objectif principal est de connaître les motivations des femmes qui consultent spontanément aux UGO sans avis médical préalable.

L'objectif secondaire est de pouvoir comparer les caractéristiques des patientes consultant spontanément aux UGO avec celles qui ont eu un avis médical préalable afin de savoir si cela a un impact dans leur prise en charge, dans les examens réalisés et dans leur devenir.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, unicentrique réalisée sur la période de janvier 2020 à juillet 2020 aux urgences gynéco-obstétricales du CHU de Nantes. Les questionnaires récupérés étaient analysés rétrospectivement.

2) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patientes incluses étaient les femmes consultant « côté gynécologie » aux UGO du CHU de Nantes, c'est-à-dire les femmes enceintes jusqu'à 22 SA et les femmes qui n'étaient pas enceintes. Le critère d'exclusion était les femmes qui revenaient pour un contrôle, c'est-à-dire qui avait déjà consulté dans les jours précédents et qui étaient reconvoquées à la demande de l'équipe médicale.

3) Recueil des données

Les questionnaires étaient distribués aux femmes consultant aux urgences gynécologiques du CHU de Nantes.

Les questionnaires étaient donnés à l'accueil des urgences gynécologiques par l'infirmier, l'aide-soignant, l'interne ou l'externe qui prenait en charge les patientes à leur arrivée en salle d'attente ou à l'occasion de la réalisation du bilan biologique avec l'IDE.

Les questionnaires étaient récupérés par le personnel soignant avant le départ de la patiente.

Le questionnaire comportait deux parties, une première à remplir avant la consultation, que les patientes pouvaient remplir pendant leur temps en salle d'attente, et une deuxième partie à remplir à la fin de la consultation et de la réalisation des examens complémentaires.

Les questionnaires ont été distribués à partir du 30 janvier 2020. En raison de la pandémie à la Covid-19 et du fait du confinement de la population, la distribution des questionnaires s'est interrompue à partir du 10 mars 2020, puis a repris du 27 mai au 30 juillet 2020. Soit une période de 4 mois au total de distribution effective.

Le questionnaire était totalement anonyme et ne demandait pas le nom du médecin traitant.

Le contexte de l'étude était expliqué aux patientes en début du questionnaire afin de ne pas surcharger de travail de l'équipe soignante et que la distribution soit la plus rapide possible.

La première partie du questionnaire comportait des renseignements socio-économiques, afin d'explorer le profil des patientes qui consultaient.

Puis une deuxième sous partie s'intéressait aux symptômes de consultation et au mode d'adressage.

Enfin, avant leur consultation, la dernière question cherchait à savoir pour quel(s) motif(s) les patientes se présentaient aux UGO. Un panel de motifs possible était proposé avec choix multiples possibles, mais il était aussi possible de laisser une réponse libre.

La liste des réponses proposées était la suivante :

- Votre médecin traitant ne pouvait pas vous proposer de RDV
- Le délai de consultation proposé vous paraissait trop long
- Votre médecin vous a conseillé de venir sans vous recevoir en consultation (après passage physique au cabinet ou appel téléphonique)
- Vous n'avez pas de médecin traitant
- Vous n'avez pas pensé à appeler votre médecin traitant
- Vous pensez que votre médecin traitant n'est pas apte à prendre en charge le motif pour lequel vous consultez
- Vous ne savez pas si votre médecin traitant réalise de suivi gynécologique
- Vous pensez avoir besoin d'examen complémentaires que votre médecin ne peut pas réaliser
- Vous pensez que votre situation est urgente
- Vous pensez que votre prise en charge sera plus rapide aux urgences
- Vous souhaitez avoir un deuxième avis
- Vous ne pouvez pas avancer les frais de consultation
- Autre raison (réponse libre)

Enfin la dernière partie du questionnaire était à remplir à la fin de la consultation, afin de recueillir les actes réalisés pendant la consultation et le devenir des patientes après leur passage aux UGO.

4) Analyse statistique

Pour les données socio-démographiques et l'objectif principal de l'étude, une analyse descriptive des données a été réalisée à partir des effectifs et du pourcentage. La moyenne et l'écart-type ont été utilisés pour décrire l'âge de la population de l'étude.

Pour l'objectif secondaire de l'étude, une analyse multivariée a été réalisée afin d'étudier les relations entre les variables. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test du Chi-2 quand les conditions de validité étaient réunies, à défaut le test de Fischer était utilisé. L'ensemble des p a été interprété au seuil de 5% ($p \leq 0,005$). L'analyse statistique a été menée à partir du site internet « biostaTGV » (23).

III. RÉSULTATS

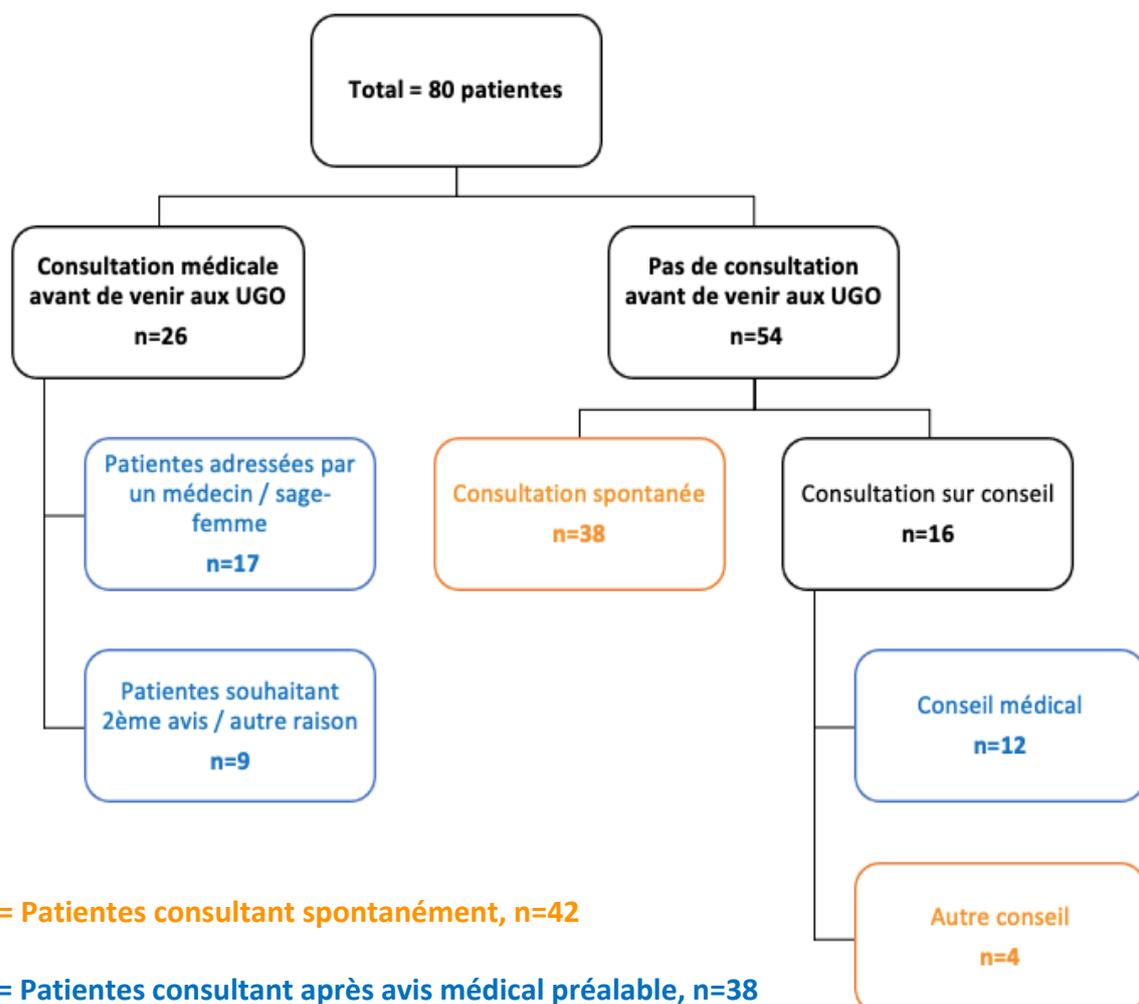
La première période de distribution a permis de récupérer 40 questionnaires entre janvier et mars 2020, puis la seconde période de distribution a permis d'en récupérer de nouveau 40 entre mai et juillet 2020.

Sur les 80 questionnaires récupérés, 26 patientes déclaraient avoir consulté un médecin avant de se rendre aux UGO contre 54 patientes qui n'avaient pas consulté physiquement un médecin ou une sage-femme au préalable.

Parmi les 54 patientes qui n'avaient pas consulté au préalable, 12 venaient sur conseil médical (appel du centre 15 ou de SOS médecins, conseil du médecin traitant sans consultation). Alors que 4 autres venaient sur conseil de leur proche (famille, ami...).

Deux groupes ont donc été constitués. Le premier groupe composé de 42 patientes, qui correspondait aux patientes qui n'avaient pas consulté de professionnel de santé avant de se rendre aux UGO, nommé « groupe 1 ». Et le deuxième groupe composé de toutes les patientes qui avaient eu un avis médical avant de se rendre aux UGO (consultation médicale, avis téléphonique...), nommé « groupe 2 ».

Figure 1 : Diagramme de flux de la répartition des patientes selon leur mode de consultation



1) Données socio-économiques

1.1) Âge

La moyenne d'âge de l'ensemble des patientes était de 31,09 ans (écart-type 9,69). Dans le groupe 1 la moyenne d'âge des patientes était de 31,14 ans (écart-type 9,76) et de 31,11 ans (écart-type 9,86) dans le groupe 2.

Figure 2 : Répartition selon l'âge des patientes, dans l'ensemble de la population étudiée

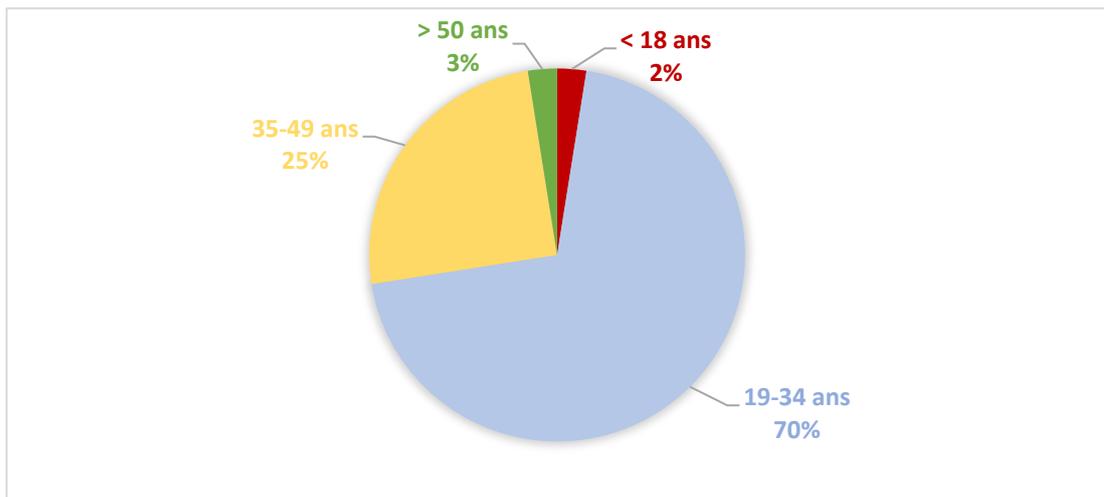
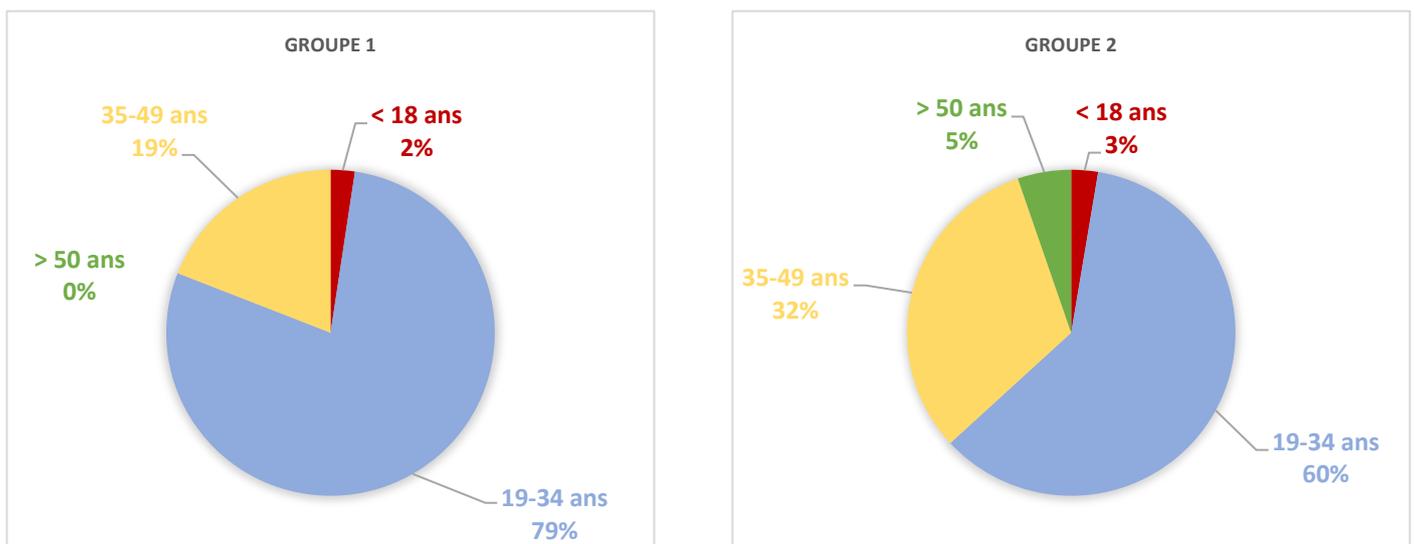


Figure 3 : Répartition selon l'âge des patientes, dans le groupe 1 et 2



La majorité des patientes était âgée entre 19 et 34 ans, avec des âges extrêmes de 16 et 72 ans. Deux patientes de l'étude étaient mineures.

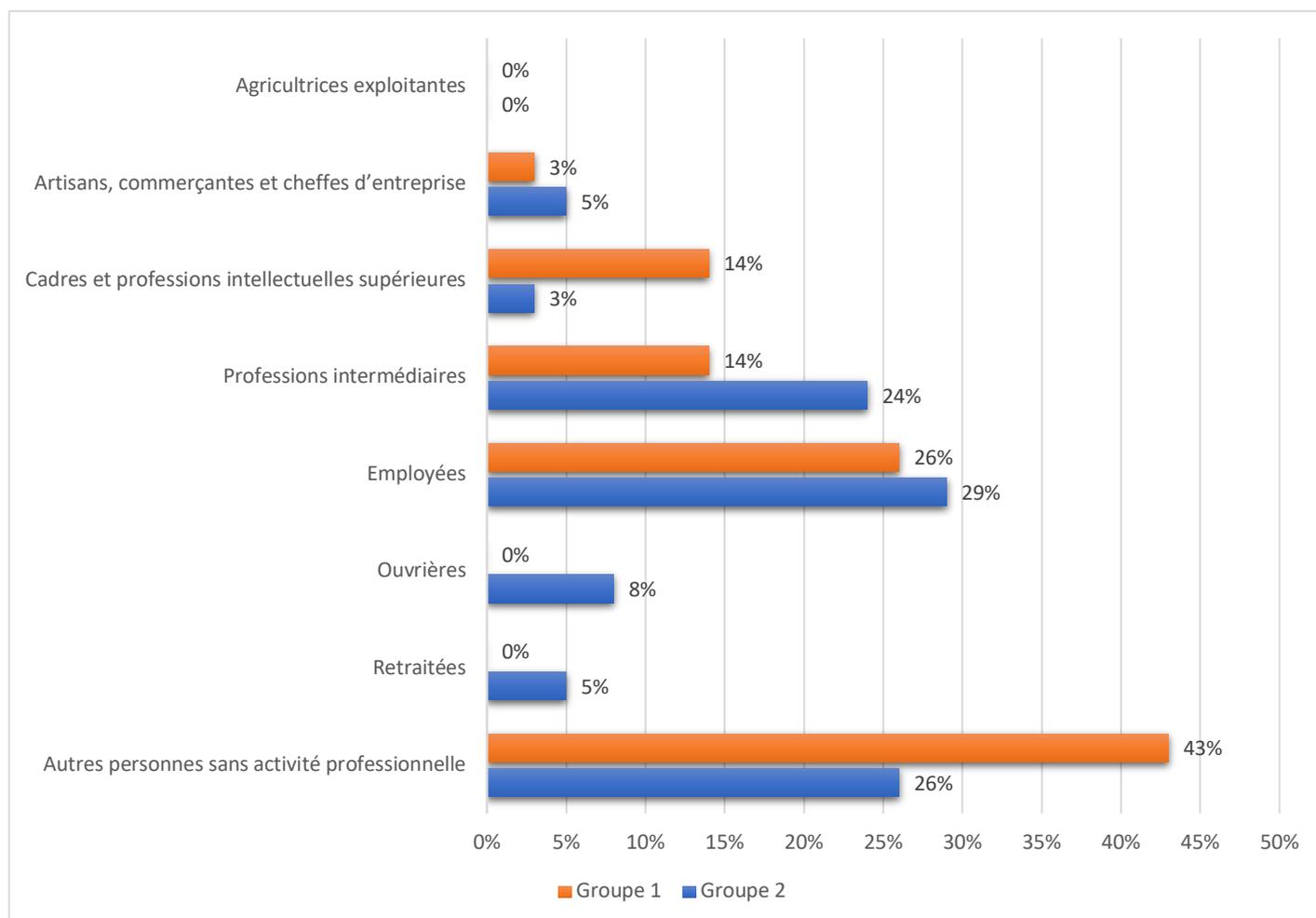
1.2) Catégories socioprofessionnelles des patientes

La profession des patientes était récupérée à partir des données du questionnaire puis était répertoriée selon les catégories socioprofessionnelles (CSP) de l'INSEE (24).

Tableau 1 : Répartition de l'ensemble des patientes selon leur catégorie socioprofessionnelle

CSP	Total, n=80	%
Agricultrices exploitantes	0	0
Artisans, commerçantes et cheffes d'entreprise	3	4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	7	9
Professions intermédiaires	15	19
Employées	22	27
Ouvrières	3	4
Retraitées	2	2
Autres personnes sans activité professionnelle <i>Dont étudiantes</i>	28 12	35

Figure 4 : Répartition des patientes des groupes 1 et 2 selon leur catégorie socioprofessionnelle



2) Caractéristiques de la consultation

2.1) Mode de transport pour se rendre aux UGO

Dans le questionnaire, il était demandé quel était le moyen de transport pour se rendre aux UGO. La réponse était libre.

Tableau 2 : Réponses des patientes sur le mode de transport utilisé pour se rendre aux UGO

Mode de transport	Total, n=80	%	Groupe 1, n=42	%	Groupe 2, n=38	%
Transport en commun	24	30	14	33	10	26
Véhicule personnel	49	61	24	57	25	66
Taxi / VTC	3	4	2	5	1	3
Ambulance	2	2	0	0	2	5
À pied	2	3	2	5	0	0

Aussi bien dans le groupe 1 que dans le groupe 2, la plupart des patientes se sont rendues aux urgences avec leur véhicule personnel. Les transports en commun étaient le deuxième mode de transport le plus utilisé.

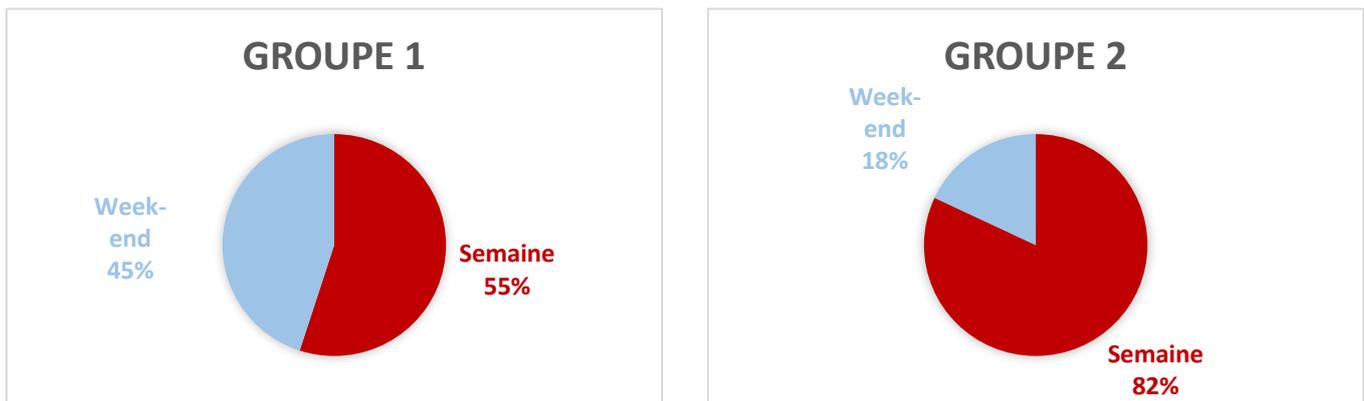
2.2) Moment de la consultation

Il était demandé la date et l'heure de la consultation aux UGO aux patientes. Cela a ensuite permis de classer celles qui consultaient en semaine et le week-end ainsi que la plage horaire de consultation. La plage horaire de nuit correspondait à la plage horaire de garde pour les urgences.

Tableau 3 : Réponses des patientes sur le jour et l'heure de consultation lors de leur passage aux UGO

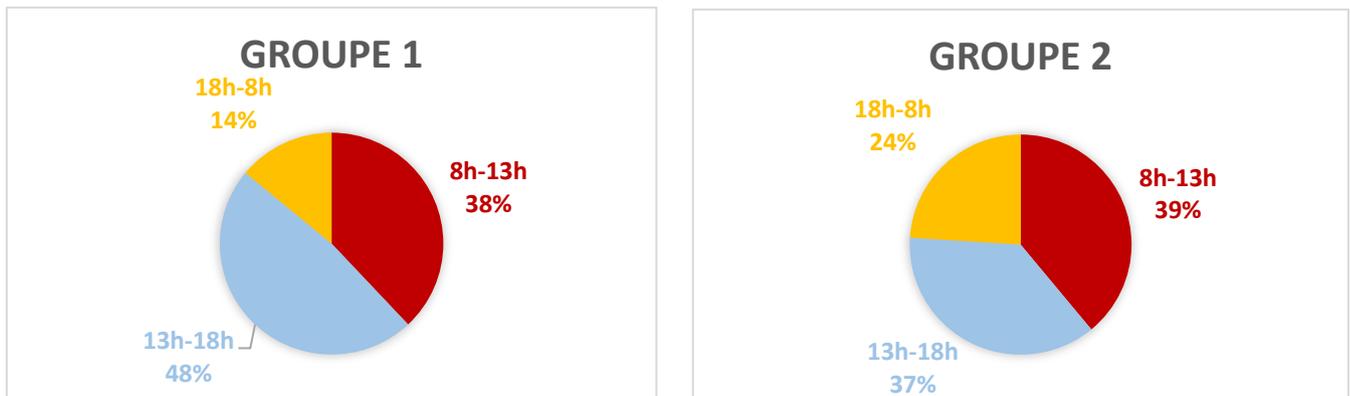
Jour de consultation	Total, n=80	%
Semaine	54	67
Week-end	26	33
Horaire de consultation		
8h-13h	31	39
13h-18h	34	42
18h-8h	15	19

Figure 5 : Moment de consultation aux UGO des patientes du groupe 1 et 2



Les consultations en semaine représentaient 55% des consultations dans le groupe 1 contre 82% des consultations dans le groupe 2.

Figure 6 : Horaires de consultation aux UGO des patientes des groupes 1 et 2



Dans le groupe 1 la majorité des patientes consultait entre 13 heures et 18 heures, alors que dans le groupe 2 la majorité des patientes consultait sur la période entre 8 et 13 heures.

Pour les patientes du groupe 1 qui consultaient sur la période de garde, les heures d'arrivée étaient globalement étalées sur toute la nuit. Dans le groupe 2 cela correspondait à 3 patientes : 2 qui ont été adressées par SOS médecins et le centre 15, et 1 patiente qui a consulté 2 jours après la consultation initiale avec son médecin traitant.

2.3) Conseils reçus et consultation avant l'arrivée aux UGO

Chez les patientes du groupe 1, 4 patientes ont déclaré avoir reçu un conseil pour se rendre aux UGO. Ce conseil avait été donné par un membre de la famille pour 3 patientes et par un ami pour 1 patiente.

À propos des patientes du groupe 2, chez les 38 patientes qui avaient bénéficié d'un avis médical avant leur arrivée aux UGO, 26 patientes ont déclaré avoir vu physiquement un professionnel de santé. Cette consultation a été réalisée avec : le médecin traitant pour 15 patientes, une sage-femme pour 4 patientes, un gynécologue pour 2 patientes, une

téléconsultation pour 2 patientes, un autre service d'urgences pour 1 patiente, donnée non communiquée pour 1 patiente.

Parmi ces 26 patientes, 14 se sont rendues le jour même de leur consultation aux UGO et 9 patientes sont venues le lendemain ou dans les jours qui ont suivi (le délai déclaré le plus long étant de 8 jours entre la consultation médicale initiale et l'arrivée aux UGO). Les données n'ont pas été communiquées pour 3 patientes.

Enfin dans ce groupe de 26 patientes, 17 ont déclaré être directement adressées par le professionnel de santé qu'elles avaient consulté et 9 patientes ont donné d'autres raisons comme la volonté d'avoir un deuxième avis ou le sentiment d'avoir besoin d'exams complémentaires.

Les 12 autres patientes du groupe 2 ont déclaré avoir reçu un conseil médical pour venir aux UGO sans consultation physique. Ce conseil a été donné par le médecin traitant pour 7 patientes, un médecin de garde pour 1 patiente, SOS médecins pour 1 patiente et le centre 15 pour 3 patientes.

3) Suivi médical

3.1) Médecin traitant

Dans le questionnaire, il était uniquement demandé aux patientes leur lieu d'habitation ainsi que la ville d'exercice de leur médecin traitant. Le but était de savoir si ce dernier était accessible facilement géographiquement.

Le médecin traitant était considéré comme à proximité du domicile lorsqu'il était situé dans une commune voisine du domicile (commune limitrophe ou même secteur géographique).

Tableau 4 : Réponses des patientes sur l'existence d'un médecin traitant et sur son lieu d'exercice par rapport au lieu d'habitation de la patiente

	Total, n	%
Médecin traitant (n=80)		
Oui	73	91
Non	7	9
Médecin traitant dans la même ville (n=73)		
Oui	44	60
Non	29	40
<i>Si « non », médecin traitant à proximité du domicile (n=29)</i>		
<i>Oui</i>	21	29
<i>Non</i>	8	11

Figure 7 : Existence d'un médecin traitant chez les patientes des groupes 1 et 2

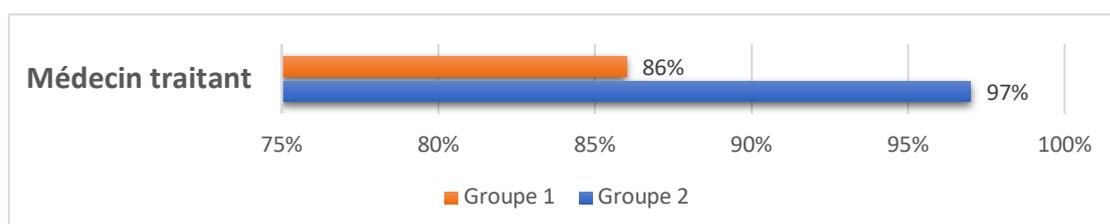


Figure 8 : Localisation du médecin traitant chez les patientes du groupe 1

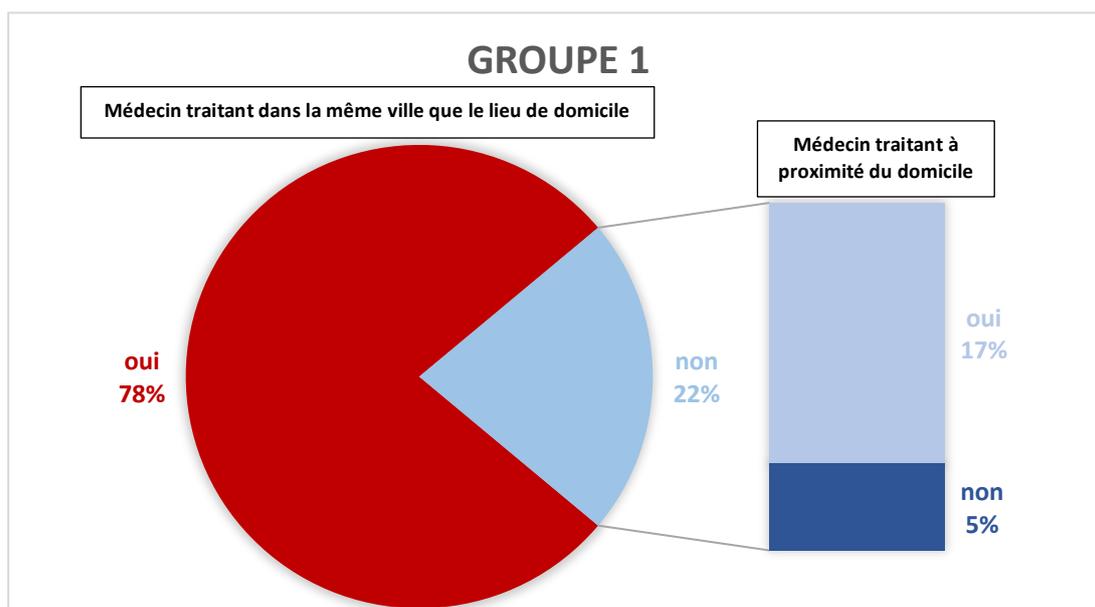
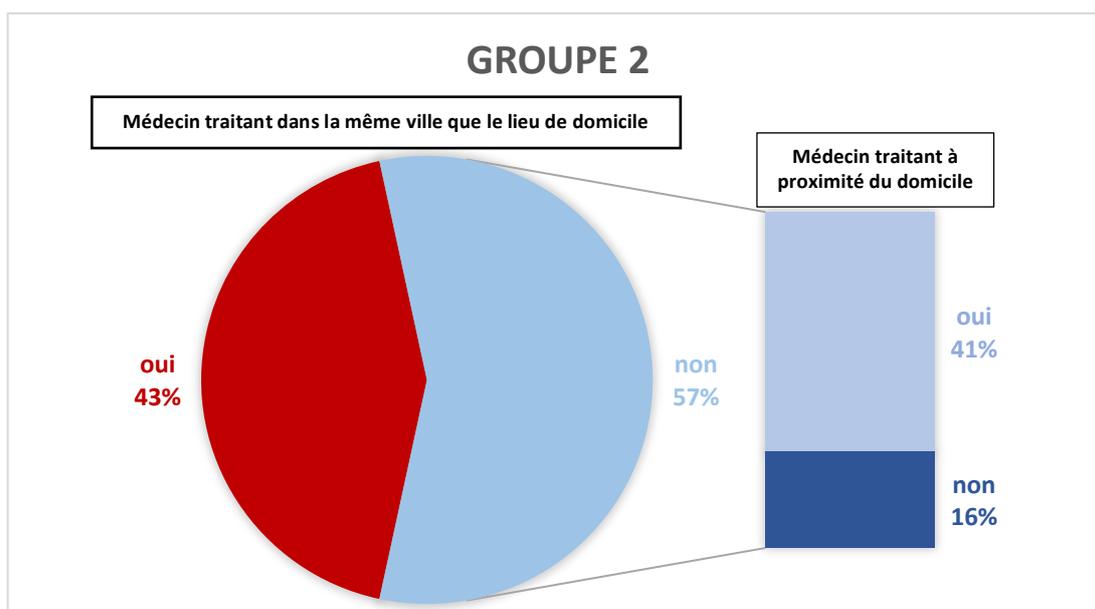


Figure 9 : Localisation du médecin traitant chez les patientes du groupe 2



Au total 8 patientes ont déclaré avoir un médecin traitant qui était hors région, cela concernait principalement des patientes étudiantes.

Une patiente du groupe 2 qui déclarait ne pas avoir de médecin traitant avait été adressé par un autre médecin généraliste.

Pour les 6 patientes du groupe 2 qui n'avaient pas de médecin traitant à proximité de leur domicile, 4 étaient adressées par un gynécologue ou une sage-femme, 1 par un médecin généraliste et 1 suite à un appel au centre 15.

3.2) Suivi gynécologique habituel

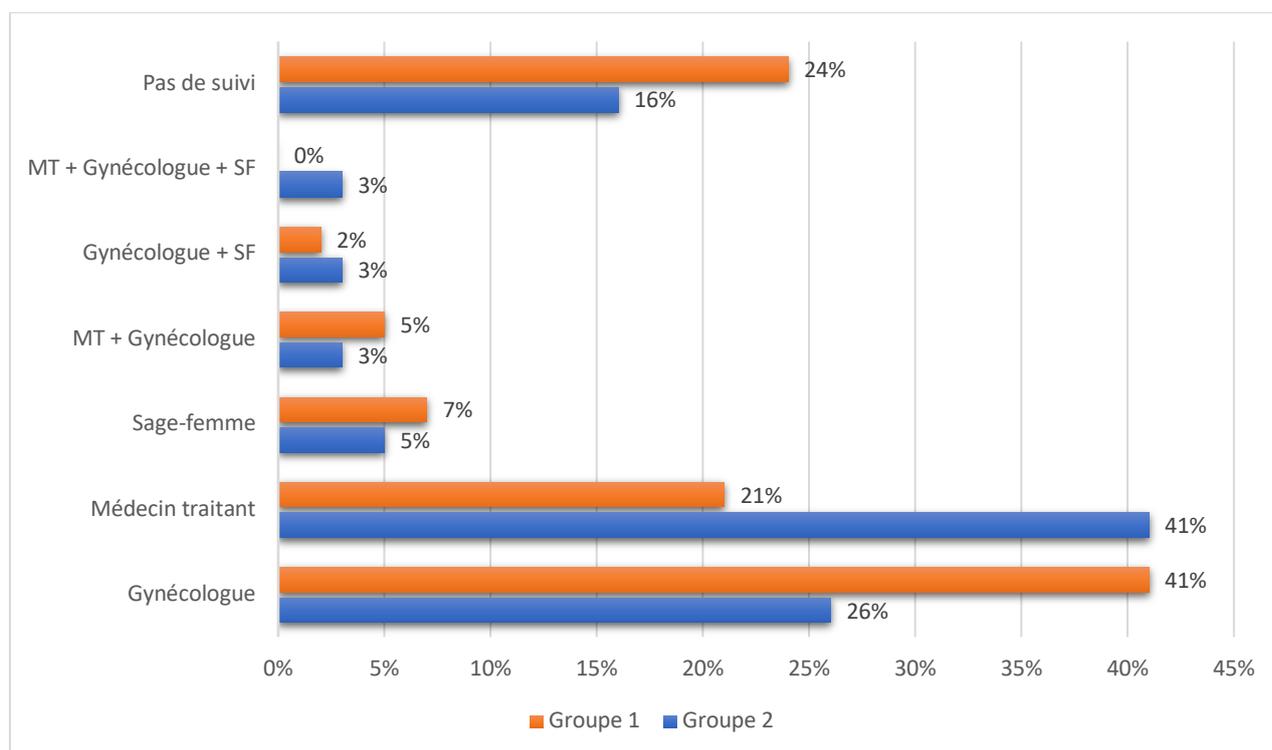
Dans le questionnaire il était demandé aux patientes « qui réalise votre suivi gynécologique ? ». Les réponses proposées étaient les suivantes : « médecin traitant », « gynécologue », « sage-femme », « pas de suivi ».

Tableau 5 : Réponses des patientes sur le professionnel de santé réalisant leur suivi gynécologique habituel

Suivi gynécologique	Total, n=80	%
Gynécologue	27	39
Médecin traitant	16	23
Sage-femme	5	7
MT + Gynécologue	3	4
Gynécologue + SF	2	3
MT + Gynécologue + SF	1	1
Pas de suivi	16	23

MT : médecin traitant, SF : sage-femme

Figure 10 : Suivi gynécologique habituel des patientes des groupes 1 et 2



Les patientes du groupe 1 étaient en majorité suivies par un gynécologue. Près d'un quart d'entre elle déclarait ne pas avoir de suivi gynécologique. Dans le groupe 2, le suivi gynécologique était réalisé en premier lieu par leur médecin traitant.

4) Critère de jugement principal

Cette analyse consiste à évaluer les motivations de consultation directe aux UGO des patientes sans avis médical préalable. 42 patientes ont été incluses dans ce groupe.

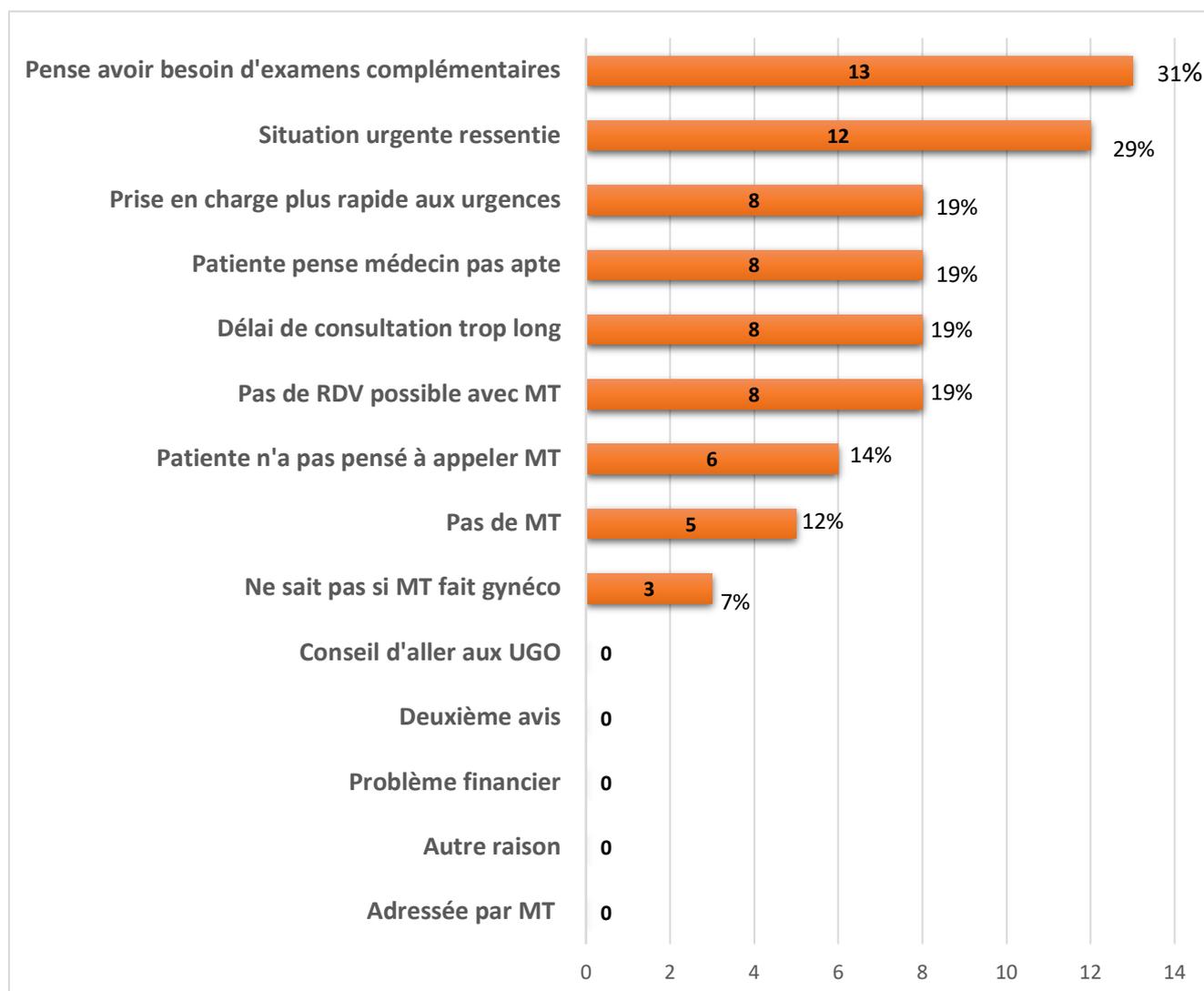
Les réponses des 42 patientes à la question « pour quelle raison avez-vous décidé de consulter aux urgences gynécologiques ? » ont donc été répertoriées. Le taux de réponse à cette question était de 100%.

Les patientes pouvaient cocher plusieurs réponses et une ligne était laissée aux réponses libres. Aucune réponse libre n'a été donnée.

Sur les 42 patientes, 24 femmes ont donné une seule réponse (57%), 10 femmes 2 réponses (24%), 5 femmes 3 réponses (12%) et 3 femmes 4 réponses (7%).

Cela représentait 71 réponses données au total, pour ce groupe de 42 patientes.

Figure 11 : Réponses des patientes du groupe 1 sur leurs motivations de consultation aux UGO



La raison principale donnée par les patientes ayant consulté spontanément aux UGO était le sentiment d'avoir besoin d'examen complémentaires rapidement. Le sentiment d'urgence et la nécessité d'une prise en charge rapide faisaient partie des motivations citées en deuxième choix. Enfin les motivations liées à un problème d'accès au médecin traitant apparaissaient comme troisième grande catégorie de motivation, à la fois sur le délai de rendez-vous mais aussi sur la méconnaissance de la possibilité d'une prise en charge d'ordre gynécologique par le médecin traitant.

Aucune patiente n'a donné le motif de problème financier sur la raison de la venue aux UGO ni d'autre raison.

Aucune patiente n'a déclaré avoir reçu comme conseil de venir aux UGO, de venir pour un deuxième avis ou avoir été adressée par un médecin. En effet cela correspondait aux motivations des patientes du groupe 2.

5) Critère de jugement secondaire

Étant donné que les groupes 1 et 2 présentaient des effectifs quasiment équivalents (respectivement 42 et 38 patientes), il nous a paru intéressant de comparer ces deux groupes, notamment sur le devenir des patientes.

En effet nous nous sommes posé la question de savoir si les patientes qui étaient adressées par un médecin avaient une prise en charge et un suivi différents des patientes qui consultaient spontanément.

5.1) Devenir des patientes après le passage aux UGO dans le groupe 1 et 2

Dans le questionnaire distribué, le devenir des patientes était exploré par plusieurs questions.

La première proposition explorait la suite immédiate après la consultation : « À l'issue de votre consultation : ... », les 3 affirmations proposées étaient :

- Vous rentrez chez vous
- Vous êtes hospitalisée
- Vous êtes transférée aux urgences générales

Puis il était demandé l'existence d'une reconvoque aux UGO : « Êtes-vous reconvoquée aux urgences gynécologiques dans les prochains jours pour un contrôle ? ». Les réponses proposées étaient « oui » et « non ».

Enfin pour les patientes qui n'étaient pas reconvoquées, il leur était demandé si elles avaient un suivi particulier après leur passage aux UGO :

« À l'issue de votre consultation, on vous a conseillé de : ... ». Les réponses proposées étaient :

- Consulter votre médecin traitant
- Consulter un gynécologue

- Prendre RDV pour une échographie en ville
- Vous n'avez pas de suivi particulier
- Autre (réponse libre)

Nous avons comparé le devenir des patientes après leur passage aux UGO entre les patientes du groupe 1 et 2. Toutes les patientes qui avaient reçu comme conseil de consulter un médecin généraliste ou un gynécologue, ou devant réaliser des examens complémentaires en ville ont été classées dans l'intitulé « suivi en ville ». La comparaison a été réalisée entre les patientes qui avaient un suivi hospitalier (reconvocation aux UGO ou hospitalisation) avec celles qui n'avaient pas de suivi hospitalier (soit pas de suivi ou suivi en ville et données non communiquées).

Tableau 6 : Comparaison de la prise en charge après le passage aux UGO entre les patientes du groupe 1 et 2

Devenir des patientes	Total, n=80	%	Groupe 1, n=42	%	Groupe 2, n=38	%	p
Hospitalisation	2	3	1	2	1	3	0,558
Reconvocation aux UGO	29	36	14	33	15	39	
Pas de suivi	26	32	15	36	11	29	
Suivi en ville	19	24	9	22	10	26	
<i>Consultation médecin traitant</i>	10		6		4		
<i>Consultation gynécologue</i>	3		0		3		
<i>Échographie</i>	5		3		2		
<i>Bilan biologique</i>	1		0		1		
Donnée manquante	4	5	3	7	1	3	

Dans notre étude, seulement 2 patientes ont été hospitalisées. 33% des patientes du groupe 1 et 39% des patientes du groupe 2 étaient convoquées aux UGO à l'issue de leur consultation.

Entre les deux groupes, la prise en charge après la consultation aux UGO n'était pas significativement différente que les patientes soient adressées ou non par un médecin ($p=0,558$).

5.2) Examens complémentaires réalisés chez les patientes du groupe 1 et 2

Pour les patientes, il était demandé de répondre à cette question après la fin de la consultation. La question était posée sous forme d'un questionnaire à choix multiples, avec précision qu'il était possible de cocher plusieurs cases. La question formulée était « Lors de votre consultation vous avez bénéficié de... ». Et les réponses proposées étaient :

- Un examen clinique y compris gynécologique
- Un prélèvement vaginal
- Une analyse d'urine
- Une prise de sang
- Une échographie
- Autre examen (réponse libre)

Tableau 7 : Examens complémentaires réalisés chez les patientes du groupe 1 et 2

Examens complémentaires	Total, n=80	%	Groupe 1, n=42	%	Groupe 2, n=38	%	p
Examen clinique	60	75	30	71	30	79	0.438
PV	23	29	11	26	12	32	0.595
BU	24	30	15	36	9	24	0.241
Biologie	59	74	31	74	28	74	0.990
Échographie	63	79	30	71	33	87	0.092
Autre	1	1	0	0	1	3	0.475

« L'autre examen » réalisé chez la patiente du groupe 2 était un ECG.

Entre les deux groupes, les examens réalisés n'étaient pas significativement différents selon que les patientes soient adressées ou non par un médecin.

5.3) Antécédent de consultation aux UGO dans le groupe 1 et 2

Dans le questionnaire il était demandé aux patientes si elles avaient déjà consulté aux UGO du CHU de Nantes et si elles répondaient « oui », il leur était demandé le nombre de consultations.

Le questionnaire n'était pas distribué aux patientes qui étaient reconvoquées à la demande du personnel médical des UGO afin de ne pas récupérer plusieurs questionnaires pour un même épisode.

Tableau 8 : Comparaison des patientes du groupe 1 et 2 selon un antécédent de consultation aux UGO

Antécédent de consultation aux UGO	Total, n=80	%	Groupe 1, n=42	%	Groupe 2, n=38	%	p
Oui	31	39	14	33	17	45	0,296
Non	49	61	28	67	21	55	
<i>Si oui, nombre moyen de consultations aux UGO</i>			<i>3,19 ± 3,17</i>		<i>3,10 ± 3,08</i>		

Entre les deux groupes, il n'existait pas de différence significative selon que les patientes aient déjà consulté aux UGO ou non.

5.4) Comparaison entre le groupe 1 et 2 selon la couverture sociale

Dans le questionnaire il était demandé aux femmes si elles bénéficiaient « d'une mutuelle », « de la CMU complémentaire » ou « de l'AME ».

3 patientes du groupe 1 ont coché « non » à toutes les questions et ont donc été considérées comme « sans couverture sociale ».

Tableau 9 : Couverture sociale des patientes du groupe 1 et 2

Couverture sociale	Total, n=80	%	Groupe 1, n=42	%	Groupe 2, n=38	%	p
Mutuelle	62	77	27	64	35	92	0,003
CSS (ex-CMU)	13	16	11	26	2	5	
AME	2	3	1	3	1	3	
Sans couverture	3	4	3	7	0	0	

La comparaison entre les deux groupes a été faite entre les patientes qui bénéficiaient d'une mutuelle d'une part et celles qui bénéficiaient de la complémentaire santé solidaire, de l'aide médicale de l'État et les patientes sans couverture sociale d'autre part.

Le résultat retrouve donc une différence significative entre les deux groupes selon le type de couverture sociale. En effet la proportion de patientes sans mutuelle était plus importante dans le groupe des femmes qui consultaient spontanément aux UGO.

5.5) Comparaison entre le groupe 1 et 2 selon le lieu d'habitation

Dans le questionnaire il était demandé « dans quelle ville habitez-vous ? ». La réponse était libre.

Tableau 10 : Lieu d'habitation des patientes des groupes 1 et 2

Lieu d'habitation	Total, n=80	%	Groupe 1, n=42	%	Groupe 2, n=38	%	p
Nantes	40	50	29	69	11	29	0,0003
Nantes Métropole	19	24	5	12	14	37	
Département	15	19	3	7	12	21	
Région	2	2	1	2	1	3	
Hors région	4	5	4	10	0	0	

La comparaison a été réalisée entre les patientes qui déclaraient habiter à Nantes avec celles résidant en dehors de Nantes. La différence était significative entre les deux groupes. En effet, les patientes qui consultaient spontanément aux UGO habitaient en grande majorité à Nantes, donc plus proche des urgences, que les patientes du groupe 2.

5.6) Comparaison entre le groupe 1 et 2 selon une grossesse en cours ou non

Il était demandé aux femmes si elles étaient actuellement enceintes, les réponses possibles étaient « oui », « non », « ne sait pas ».

Si la réponse cochée était « oui », il leur était demandé la date du début de leur dernières règles afin de pouvoir dater la grossesse en semaines d'aménorrhées.

Tableau 11 : Comparaison des patientes du groupe 1 et 2 selon une grossesse en cours ou non

Patiente enceinte	Total, n=80	%	Groupe 1, n=42	%	Groupe 2, n=38	%	p
Oui	44	55	24	57	20	53	0.338
Non	24	30	10	24	14	37	
Ne sait pas	12	15	8	19	4	10	

Dans chaque groupe, plus de la moitié des patientes a déclaré être enceinte au moment de la consultation.

Entre les groupes 1 et 2, il n'existait pas de différence significative sur le fait que les patientes soient enceintes ou non.

5.7) Symptômes de consultation des patientes du groupe 1 et 2

Dans le questionnaire, il était demandé aux patientes qui consultaient aux UGO « quel est le motif de consultation qui vous amène ? ». La réponse donnée par les patientes était donc libre.

Le motif métrorragie était retenu pour les femmes qui avaient écrit « pertes de sang », « saignements », « métrorragies ».

Le motif douleur abdominale a été retenu pour les femmes qui avaient écrit « mal de ventre », « douleur au ventre », « douleurs abdominales ».

Le motif douleur pelvienne a été retenu pour les femmes qui avaient écrit « douleurs au bas ventre », « douleurs pelviennes ».

Pour plus de clarté, les « autres motifs » ont été regroupés ensemble car ils étaient très rarement cités par les patientes (maximum 2 patientes pour chaque motif), afin de pouvoir réaliser une comparaison entre les groupes.

Les « autres motifs » cités étaient les suivants :

- Vomissements (« vomissements »)
- Douleur mammaire (« inflammation sein »)
- Anomalie biologique (« hémoglobine trop basse », « suite prise de sang »)
- Pathologie vulvo-vaginale (« brûlures vaginales »)
- Traumatisme (« accident », « chute »)
- Demande en lien avec une IVG (« IVG »)
- Corps étranger (« préservatif coincé »)

- Douleurs abdominales et leucorrhées (« pertes vaginales », « pertes blanches anormales » et « douleur au ventre »)
- Pathologie du post-partum (« douleur après accouchement »)
- Pas de motif communiqué
-

Tableau 12 : Symptômes de consultation des patientes des groupes 1 et 2

Symptômes de consultation	n=80	%	Groupe 1 n=42	%	Groupe 2 n=38	%	<i>p</i>
Douleurs abdomino-pelviennes	25	31	9	22	16	42	0,195
<i>Douleurs abdominales</i>	10	13	5	12	5	13	
<i>Douleurs pelviennes</i>	15	18	4	10	11	29	
Métrorragies	16	20	11	26	5	13	
Douleurs abdomino-pelviennes + métrorragies	20	25	11	26	9	24	
Autres motifs	19	24	11	26	8	21	

Après analyse statistique, les motifs de consultation n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes.

IV. DISCUSSION

1) Résultats de l'étude

1.1) Population de l'étude

1.1.1) Profil socio-économique des patientes

L'âge moyen des patientes était de 31,09 ans, il était quasiment identique dans les deux groupes. Les âges extrêmes étaient très peu représentés, il y avait 1 patiente mineure dans chaque groupe et 2 patientes de plus de 50 ans dans le groupe 2. Cela correspondait donc majoritairement à des femmes en période d'activité génitale.

Concernant la catégorie socioprofessionnelle des patientes, la répartition était différente entre les 2 groupes. Le groupe 1 était majoritairement composé de patientes sans activité professionnelle mais c'est aussi le groupe qui comptait le plus de cadres et professions intellectuelles supérieures.

1.1.2) Caractéristiques de la consultation

Les modes de transport étaient globalement les mêmes utilisés dans les 2 groupes, à savoir le véhicule personnel en grande majorité puis les transports en communs. Uniquement 2 patientes ont déclaré être venues en ambulance, ces 2 patientes avaient été adressées par leur médecin traitant et 1 de ces patientes a été hospitalisée à l'issue de sa consultation aux UGO. Cela suggère que la plupart des patientes étaient capables de prendre le temps de se rendre aux UGO par leurs propres moyens et laisse supposer un degré d'urgence relatif.

Concernant le moment de la consultation, dans le groupe 1 la proportion de patientes consultant en semaine et le week-end était globalement équivalente. Alors que dans le groupe 2 la grande majorité des patientes consultaient en semaine. Cela s'explique facilement par le fait que l'accès à une consultation médicale le week-end est très restreint et que les cabinets médicaux sont généralement ouverts uniquement le samedi matin. De plus très peu de patientes étaient adressées suite à une consultation avec SOS médecins et 1 seule patiente du groupe 2 a déclaré avoir eu l'avis d'un médecin de garde avant son arrivée aux urgences.

La répartition des heures d'arrivée des patientes aux UGO étaient différentes, notamment sur la période de garde. Dans les 2 groupes la grande majorité des patientes consultait en journée. Cependant il est difficile de savoir si les questionnaires ont été distribués de manière régulière au fil de la journée et de la nuit, puisque la distribution était conditionnée par l'affluence aux urgences et le temps dont disposait le personnel soignant pour la distribution.

Dans le groupe des patientes qui avaient consulté un professionnel de santé avant leur arrivée aux UGO, 9 patientes ont déclaré ne pas être adressées directement par ce professionnel de santé mais consultaient pour un deuxième avis ou parce qu'elles pensaient avoir besoin d'examen complémentaires notamment. Cela pose question sur le fait que ces

patientes se soient quand même déplacées aux UGO. Est-ce qu'elles n'ont pas réussi à prendre RDV pour les examens complémentaires prescrits ? Est-ce un problème de communication ou de confiance avec le professionnel de santé qu'elles ont consulté ?

De plus, 33% de ces 9 patientes ont déclarés venir aux UGO après avoir reçu comme conseil de se rendre aux urgences. Cependant étant donné la formulation du questionnaire, il n'était pas possible de savoir qui leur a donné ce conseil précisément, à savoir leur médecin traitant ? un autre médecin du cabinet ? la secrétaire médicale ? Et donc de conclure si ce conseil était pleinement approprié.

Pour la plupart des patientes qui avaient bénéficié d'une consultation médicale avant leur arrivée aux UGO, cette consultation avait été réalisée par un médecin généraliste. 2 patientes du groupe 2 ont déclaré avoir été orientées suite à une téléconsultation. Ce mode de consultation s'est considérablement développé depuis le début de l'épidémie à la Covid-19, avec 5,5 millions de téléconsultations remboursées par l'assurance maladie entre mars et avril 2020 (25). Mais cela pose des limites pour les pathologies rencontrées en gynécologie où l'examen clinique est essentiel afin de pouvoir prescrire correctement les examens complémentaires et orienter convenablement les patientes.

1.1.3) *Suivi médical*

Les patientes du groupe 2 déclaraient à 97% avoir un médecin traitant, soit 1 seule patiente qui n'en n'avait pas, contre 86% des patientes du groupe 1.

Parmi les 6 patientes du groupe 1 qui n'avait pas déclaré de médecin traitant, 1 patiente était elle-même médecin généraliste.

Ces résultats sont cohérents puisque les femmes du groupe 2 déclaraient toutes être adressées par un médecin.

Concernant le suivi gynécologique habituel, il était réalisé par un gynécologue pour 41% des patientes du groupe 1 contre 26% pour les patientes du groupe 2. Le suivi gynécologique était effectué par le médecin traitant chez 21% des patientes du groupe 1 et 41% des patientes du groupe 2. Les patientes du groupe 1 avaient donc un suivi gynécologique majoritaire avec un gynécologue alors que pour les patientes du groupe 2 il était préférentiellement réalisé par le médecin traitant.

Cela permet de supposer que les femmes déjà suivies au niveau gynécologique par leur médecin traitant n'ont pas hésité à aller le consulter. Contrairement aux femmes suivies par un gynécologue qui n'ont probablement pas obtenu de consultation d'urgence avec ce dernier, étant donné une accessibilité moindre. Et qui ont donc préféré se rendre directement aux UGO.

Les femmes sans suivi gynécologique étaient 24% dans le groupe 1 et 16% dans le groupe 2. Cela est cohérent avec nos résultats, en effet ces patientes du groupe 1 ont probablement eu le réflexe de se tourner vers les urgences n'ayant pas de suivi avec un professionnel de santé vers lequel elles pouvaient s'orienter pour une consultation d'ordre gynécologique.

Étant donné l'âge des patientes dans notre étude, la grande majorité des patientes était pourtant concerné par un suivi gynécologique régulier. En effet la réalisation des examens de

dépistage comme le FCU et le suivi de la contraception chez les femmes qui sont concernées sont essentiels. De plus, si les patientes le souhaitent, ce suivi peut tout à fait être réalisé par un médecin généraliste ou une sage-femme, qui orienteront les femmes vers un gynécologue si besoin.

Selon une étude de l'institut National du Cancer, sur la période 2010-2014 en Loire Atlantique, 33% des patientes incluses dans cette étude (estimation réalisée à partir de l'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires, femmes entre 25 et 61 ans) n'avaient bénéficié d'aucun frottis cervico-utérin sur cette période (26). Au niveau national, 40% des femmes n'ont pas réalisé de FCU sur la période 2010-2013. Les facteurs prédisposant retrouvés de non-participation au dépistage étaient : l'âge de plus de 50 ans, les patientes ayant un moindre recours au système de santé, les patientes ayant une ALD, une invalidité et présentant des caractéristiques socio-économiques défavorables (27).

Cela montre donc que contrairement aux recommandations, une part non négligeable des femmes ne bénéficie pas d'un examen gynécologique régulier notamment pour réaliser les examens de dépistage.

Cela peut aussi expliquer pourquoi la proportion des patientes sans suivi gynécologique régulier était plus importante dans le groupe 1. En effet ce groupe présentait des patientes avec des caractéristiques socio-économiques moins favorables que les patientes du groupe 2 (plus de patientes sans activité professionnelle, plus de patientes ayant la CMU).

1.2) Critère de jugement principal : motivations de consultation des patientes consultant spontanément aux UGO

Pour les patientes consultant spontanément aux UGO, la motivation principale de consultation était le sentiment d'avoir besoin d'examens complémentaires (31% des patientes).

Ce motif était déjà donné par 52% des patients dans la thèse réalisée par A. Kasproski aux urgences adultes du CHU de Nantes en 2013 (28), le premier motif donné étant la nécessité de prise en charge immédiate (65% des patients).

Dans cette situation c'est donc l'accès à l'échographie qui pose problème. En effet il est très facile de pouvoir réaliser les autres examens complémentaires au cabinet et dans un laboratoire d'analyses médicales (BU voire ECBU, prélèvement vaginal, dosage bêta HCG...), le jour même ou dans les 24 heures, en fonction de l'heure de consultation de la patiente.

L'accès à l'échographie en urgence est plus restreint et était aussi une limite donnée par les médecins généralistes dans la thèse d'A. Ricordeau en 2018 (20) puisque 73,7% d'entre eux se sentaient freinés dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre par un délai trop important pour obtenir des examens complémentaires. Une des propositions d'amélioration faite dans cette étude était d'ailleurs améliorer l'accès à l'échographie ainsi que la formation à l'échographie pour les médecins généralistes (pour 71,7% des médecins interrogés).

Les patientes ont donc aussi conscience que si elles se rendent directement aux UGO, l'échographie pelvienne sera réalisée le jour même.

Les motivations ensuite données par les patientes étaient la situation urgente ressentie (29%) et la nécessité d'une prise en charge plus rapide aux urgences (19%). La période de la grossesse est en effet un moment source d'anxiété pour beaucoup de femmes, ce qui peut expliquer pourquoi elles ont préféré consulter directement aux urgences. Étant donné que les métrorragies du premier trimestre de grossesse concernent environ 25% des grossesses, ce symptôme est donc relativement fréquent et source d'anxiété importante pour les patientes qui pensent souvent à la survenue d'une fausse couche.

19 % des patientes du groupe 1 ont donné comme raison à leur venue aux UGO le sentiment que leur médecin traitant ne serait pas apte à les prendre en charge. Les patientes étaient 14% à déclarer ne pas avoir pensé à appeler leur médecin traitant et 7% à ne pas savoir si leur médecin traitant réalise d'examen et de suivi gynécologique. L'information donnée aux patientes sur les possibilités de suivi gynécologique par le médecin généraliste et l'orientation vers les examens complémentaires appropriés apparaît donc comme primordiale afin de limiter les recours systématiques aux UGO.

Les motivations de consultations suivantes données par les patientes consultant spontanément étaient en lien avec un problème d'accès au médecin traitant. En effet un délai de consultation paraissant trop long était une motivation de consultation aux UGO donnée par 19% des patientes et l'absence de rendez-vous possible avec leur médecin traitant était aussi une raison pour 19% des patientes.

Selon une enquête de la DREES en 2018 (29) 1 rendez-vous sur 2 est obtenu en moins de 2 jours avec un médecin généraliste. Cette étude concluait que pour une demande de rendez-vous suite à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes, la moitié des prises de contact avec le médecin généraliste aboutissaient à un rendez-vous dans la journée. Alors que pour les mêmes motifs le délai médian de consultation chez les gynécologues était évalué à 9 jours. Ces délais dépendent bien évidemment de l'accessibilité aux professionnels de santé, qui sont différents selon les régions. Pour les patients un délai de consultation était jugé court pour 92% d'entre eux lorsque la consultation avait lieu dans la journée avec le médecin généraliste, alors qu'il était jugé court pour les consultations de gynécologie lorsque le rendez-vous avait lieu dans les 3 jours pour 92% des patients. Lorsque la demande de rendez-vous n'aboutissait pas, cette étude faisait état d'un recours aux urgences hospitalières uniquement pour 3% des patients.

Mêmes si ces chiffres sont nationaux et varient selon les régions, il apparaît que la moitié des demandes de consultation pour motif urgent peuvent être honorées dans la journée, ce qui permet donc aux patientes d'avoir l'avis de leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences. Dans cette étude de la DREES le recours aux urgences hospitalières était très faible dans cette situation, mais cela n'était pas spécifique aux urgences gynécologiques.

Le motif de consultation pour raisons financières n'a jamais été donné par les patientes, cela indique donc qu'elles n'ont pas consulté aux UGO pour ne pas avancer les frais de consultation ou des examens complémentaires.

Cependant notre étude présente un biais de sélection, les questionnaires n'ont probablement pas été distribués aux femmes les plus précaires, comme les migrantes, en raison de la barrière de la langue.

1.3) Critère de jugement secondaire

1.3.1) *Devenir des patientes*

Dans notre étude uniquement 2 patientes ont été hospitalisées. Cela s'explique par le fait que la plupart des patientes hospitalisées n'ont probablement pas rendu le questionnaire. Et on peut penser que cela a aussi été le cas pour les patientes transférées au bloc opératoire ou aux urgences générales.

Le taux de retour à domicile était respectivement de 98% et 97% dans les groupes 1 et 2.

Le devenir après la consultation n'était pas significativement différent entre les patientes des 2 groupes.

Les patientes qui avaient un suivi hospitalier après leur passage aux UGO (reconvocation ou hospitalisation) représentaient 35% des patientes dans le groupe 1 contre 42% des patientes dans le groupe 2.

Les patientes venues spontanément aux UGO étaient donc plus souvent réadressées vers un suivi en ville ou pas de suivi, contrairement aux patientes adressées par un professionnel de santé. Mais ces données ne sont pas significatives dans notre étude ($p=0,558$).

Cependant étant donné la taille faible de notre échantillon, il est possible de se demander si une étude à plus grande échelle avec une méthodologie différente pour obtenir des données plus exhaustives aurait pu tendre à montrer que les patientes adressées par un professionnel de santé aux UGO aient effectivement un devenir différent de celles qui consultaient spontanément.

Il est difficile de faire une comparaison avec les autres études réalisées aux urgences gynécologiques. Notre échantillon étant beaucoup plus faible que dans ces études et le mode recueil des données différent, puisque nous avons directement interrogé les patientes alors que dans les autres études l'analyse s'est faite directement à partir des dossiers des patientes. Il n'y a donc pas eu de pertes de vue sur le devenir après le passage aux urgences gynécologiques dans ces études.

Néanmoins ces études retrouvent souvent un taux d'hospitalisation assez faible, 11,7% des patientes étaient hospitalisées à l'issue de leur prise en charge aux UGO dans l'étude d'Alouini et al (22) et 4,7% d'hospitalisation dans l'étude de Calvo et al (21). Les taux de patientes reconvoquées n'étaient pas précisés dans ces études.

1.3.2) *Examens complémentaires*

Selon que les patientes étaient adressées ou non par un professionnel de santé, les examens complémentaires réalisés n'étaient pas significativement différents.

Chez les patientes qui consultaient spontanément aux UGO, elles sont 71% à avoir déclaré avoir bénéficié d'un examen clinique contre 79% chez les patientes qui étaient adressées par un professionnel de santé.

Cela pose question sur la bonne compréhension du questionnaire et des examens dont les patientes ont bénéficié, puisqu'il aurait été possible de s'attendre à ce que ce taux de réponse soit de 100% pour cet item.

En effet l'examen clinique est un temps essentiel afin de préciser l'étiologie des symptômes mais aussi pour rechercher des signes de gravité (constantes hémodynamiques, existence d'une défense abdominale, saignements hémorragiques...).

Au niveau des examens complémentaires, les patientes du groupe 1 étaient 71% à avoir bénéficié d'une échographie contre 87% chez celles du groupe 2.

Ce taux élevé de recours à l'échographie peut s'expliquer par le fait que le bilan est souvent systématique et complet aux UGO. Cela justifie que les examens complémentaires réalisés dans les deux groupes ne soient pas différents.

Le taux de prélèvement vaginal a possiblement été sous-estimé, en effet il dépend de l'explication donnée aux patientes par l'interne qui réalisait le prélèvement. De plus les patientes ont souvent tendance à confondre cet examen avec le frottis cervico utérin par exemple.

Aucune patiente n'a déclaré avoir eu des examens complémentaires plus importants comme la réalisation d'un scanner abdomino-pelvien ou une cœlioscopie diagnostique. Cela s'explique probablement par le fait que cela concernait des patientes dans un état plus grave et donc qu'elles n'ont pas reçu le questionnaire ou ne l'ont pas rendu.

Dans l'étude d'Alouini et al au CHU d'Orléans en 2012 sur 205 patientes (22), 82% d'entre elles avaient bénéficié d'une échographie lors de leur passage aux UGO, un dosage des bétaHCG a été fait chez 34% des patientes et la bandelette urinaire chez 100% des patientes. Dans l'étude de Calvo et al au CHU de Reims en 2016 sur 308 patientes (21), elles étaient 82,8% à avoir eu une échographie pelvienne, une BU chez 23,7% des patientes (et un ECBU chez 7,1%), un PV chez 12% et un dosage des béta HCG chez 33,1%. Ces résultats sont concordant avec les données de notre étude.

Pourtant la plupart de ces examens sont réalisables en ville. En effet il est tout à fait possible de réaliser la bandelette urinaire au cabinet voire le prélèvement vaginal si le médecin dispose du matériel nécessaire. En fonction de l'heure de la consultation initiale il est possible d'orienter la patiente dans la journée ou dans les 24 heures vers un laboratoire d'analyses médicales afin de réaliser un bilan biologique, un ECBU et un prélèvement vaginal, selon les examens complémentaires jugés nécessaires à réaliser.

L'accès à l'échographie en urgence est donc l'examen le plus difficile à obtenir en ville, d'où la nécessité de travailler en réseau avec les spécialistes afin de pouvoir orienter les patientes rapidement et donc d'éviter des recours aux UGO qui ne sont pas forcément nécessaires.

1.3.3) Antécédent de consultation aux UGO

Les patientes qui avaient déjà consulté aux UGO, étaient 33% dans le groupe 1 et 45% dans le groupe 2. Le fait d'avoir déjà consulté aux UGO n'était pas retrouvé comme étant un facteur prédisposant à consulter spontanément aux urgences, mais notre étude ne permet pas de montrer une significativité entre les 2 groupes.

1.3.4) Couverture sociale des patientes

La couverture sociale des patientes était significativement différente entre les 2 groupes ($p=0,03$). En effet dans le groupe 1 la proportion de patientes ayant la CMU, l'AME

ou pas de couverture sociale était plus importante que les patientes du groupe 2 qui avaient quasiment toutes une mutuelle. Les patientes qui consultaient spontanément aux UGO étaient donc plus en situation de précarité par rapport à celles qui étaient adressées par un professionnel de santé. Il est aussi possible que ces patientes aient une moins bonne connaissance du système de soins et qu'elles se soient orientées plus facilement vers les urgences.

1.3.5) Lieu de résidence des patientes par rapport aux UGO

Chez les patientes qui consultaient spontanément aux UGO, la grande majorité résidait à Nantes. Alors que les patientes qui habitaient plus loin des urgences, consultaient majoritairement un médecin avant de se déplacer aux urgences. La différence était significative entre les deux groupes ($p=0,0003$). Cela permet de conclure que plus les patientes étaient proches des urgences et plus elles avaient tendance à s'y rendre spontanément. Tandis que les patientes habitant à l'extérieur de Nantes préféraient consulter un médecin avant d'effectuer le déplacement aux UGO.

1.3.6) Symptômes et motifs de consultation

Les symptômes motivant la consultation aux UGO n'étaient pas significativement différents entre les patientes du groupe 1 et 2. Dans tous les cas les patientes consultaient en majorité pour des douleurs pelviennes, des métrorragies ou les deux symptômes associés. Dans l'étude de Calvo et al (21), les motifs de consultation étaient les suivants : douleurs abdomino-pelviennes 34,7%, méno-métrorragies 21,1%, douleurs pelviennes et métrorragies 15,3% et les autres motifs représentaient 28,7% des consultations. Ce qui est concordant avec nos données.

2) Le recours spontané aux urgences

Dans notre étude, parmi la moitié des questionnaires récupérés, les patientes n'avaient pas consulté de professionnel de santé avant leur arrivée aux UGO et s'y rendaient donc spontanément.

Plusieurs études et thèses se sont déjà intéressées au parcours des femmes aussi bien aux urgences gynécologiques qu'aux urgences générales et il en ressort que les patientes consultent très souvent spontanément.

Dans la thèse de Vandorpe-Manier L. réalisée aux urgences gynécologiques du CHU de Lille en 2017, sur les 221 patientes incluses dans l'étude, seulement 16,36 % des patientes étaient adressées par un professionnel de santé (30).

L'étude de Calvo et al. a été réalisée aux urgences gynécologiques du CHU de Reims en 2013 sur les motifs de consultation et le devenir des patientes (21). Parmi les 308 patientes incluses, 83,4% consultaient sans être adressées par un autre professionnel de santé. Les patientes qui étaient adressées par un médecin généraliste étaient plus susceptibles d'être

hospitalisées que celles qui consultaient spontanément. La conclusion de cette étude était que la majorité des consultations relevaient de la médecine de ville plutôt que d'un service d'urgence.

Dans une autre étude réalisée aux urgences gynécologiques du CHU d'Orléans en 2011 par Alouini et al, 205 patientes ont été incluses afin d'étudier le type et le degré d'urgence des pathologies rencontrées (22). Il a été retrouvé que 95% des patientes consultaient de leur propre initiative. L'urgence était qualifiée de réelle pour 11% des patientes. La conclusion était que la plupart des patientes consultaient pour des pathologies qui ne relevaient pas de l'urgence et qui pouvaient être prises en charge lors d'une consultation programmée.

Dans une autre thèse réalisée au CHU de Marseille en 2017 par Serri V. (31), il était retrouvé que 91% de patientes enceintes qui consultaient aux urgences n'avaient pas eu de consultation médicale au préalable.

Dans notre étude, les patientes consultant spontanément aux urgences ne représentaient que la moitié des consultations. Il existe plusieurs explications à ce chiffre qui est nettement différent de ceux retrouvés dans la littérature. Premièrement le mode de recueil des données n'était pas représentatif de l'ensemble de la population qui consultait aux UGO. En effet la distribution des questionnaires était soumise à la disponibilité du personnel soignant et ne concernait donc pas toutes les patientes qui consultaient. Ensuite chez les patientes qui ont déclaré dans le questionnaire avoir consulté physiquement un professionnel de santé avant leur venue aux UGO, 9 patientes sur les 26 ont déclaré ne pas s'être rendues aux UGO le jour même de la consultation médicale, avec une valeur extrême pour une patiente ayant attendu 8 jours après la première consultation. Cela pose donc la question de savoir si ces patientes étaient réellement adressées par le professionnel de santé.

Nous aurions souhaité limiter cette confusion pour être plus juste dans la constitution de nos groupes 1 et 2 et donc dans les résultats qui découlent de cette étude. Pour cela, aurait-il plutôt fallu demander si les patientes venaient avec un courrier du médecin ? Et classer dans le groupe 2 que les patientes dont le courrier ou l'avis du médecin datait du jour même ?

Concernant les urgences adultes, la thèse de Kasprowski A. a été réalisée au CHU de Nantes en 2013 afin d'évaluer les déterminants de premier recours aux urgences adultes chez les patients consultants sans avis médical préalable (26) . Dans cette étude, 38% des patients avaient eu un contact médical préalable (consultation ou appel téléphonique) avant de se rendre aux urgences. Dans cette étude, seulement 5% des patients ont été hospitalisés à l'issue de leur prise en charge.

Le recours spontané aux urgences, et en particulier aux urgences gynécologiques, est donc très fréquent bien que la majorité des consultations ne nécessite pas forcément un recours immédiat aux urgences.

3) Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais, notamment sur le mode de réalisation de l'étude.

En effet, le questionnaire était distribué par le personnel soignant (IDE et aides-soignantes) à l'arrivée aux urgences ou par l'externe ou l'interne du service lors de la consultation médicale.

Premièrement la distribution des questionnaires était donc soumise au temps et à la disponibilité du personnel soignant. On comprend bien qu'en cas de forte affluence ou de patientes nécessitant une surveillance rapprochée, il n'était pas possible pour l'IDE d'accorder du temps aux autres patientes pour donner le questionnaire et expliquer brièvement les raisons de cette distribution.

Le questionnaire n'était pas distribué aux patientes présentant des signes de gravité ou qui nécessitaient une prise en charge rapide. Cela s'explique facilement car il fallait les prendre en charge en urgence et donc qu'il n'y avait aucun temps à accorder au remplissage du questionnaire.

Le questionnaire ne pouvait pas non plus être distribué aux patientes qui ne parlaient pas français ou qui n'avaient pas d'accompagnant pouvant le traduire, ce qui concerne probablement une proportion non négligeable des patientes qui consultent aux UGO du CHU de Nantes.

Afin d'améliorer le nombre de questionnaires récupérés, il aurait pu être envisagé de traduire le questionnaire en plusieurs langues pour concerner plus de patientes.

De nombreuses patientes n'ont donc pas été concernées par la distribution de ce questionnaire et cela a exclu un grand nombre de patientes.

Malheureusement il n'a pas été possible de récupérer les chiffres du nombre de passage aux UGO sur la période de l'étude, afin de se rendre compte quelle proportion de patientes consultant aux UGO avait reçu le questionnaire.

Après récupération des questionnaires et en étudiant les dates de consultation des patientes, il en ressort que les questionnaires étaient souvent donnés pendant 3-4 jours de suite de manière plus importante à chaque relance de l'équipe soignante, puis ensuite très peu de questionnaires étaient récupérés. Les questionnaires étaient peu distribués pendant la garde, le personnel soignant étant moins nombreux sur cette période et probablement moins disponible. C'est pourquoi les questionnaires étaient récupérés le plus régulièrement possible afin de relancer l'équipe soignante fréquemment.

Chez les patientes qui étaient hospitalisées, transférées au bloc opératoire ou qui devaient bénéficier d'examens complémentaires plus importants (scanner...), le questionnaire n'a probablement pas non plus été récupéré.

Il aurait pu aussi être discuté de distribuer et de remplir directement le questionnaire avec les patientes aux urgences gynécologiques sur une période prédéfinie. Ainsi cela n'aurait pas procuré de charge de travail supplémentaire au personnel soignant et aurait assuré que les questionnaires soient distribués à un maximum de patientes. Mais cela aurait rompu l'anonymat de l'étude et aurait peut-être pu influencer les patientes dans les réponses données.

V. CONCLUSION

Les recours aux urgences gynécologiques sont toujours très nombreux et les patientes s'y rendent souvent spontanément sans avoir reçu l'avis en amont d'un professionnel de santé. Les motifs de consultation dans les services d'urgences gynécologiques sont majoritairement représentés par les métrorragies et/ou les douleurs abdomino-pelviennes. Dans cette situation les examens complémentaires sont souvent nécessaires, notamment l'échographie pelvienne, pour éliminer les causes les plus graves comme la GEU. Cependant un nombre de patientes se rend spontanément aux urgences gynécologiques par méconnaissance des compétences de son médecin traitant sur la possibilité d'une prise en charge gynécologique ou non.

Il est donc essentiel d'informer les patientes, notamment chez les patientes enceintes qui consultent chez leur médecin généraliste au tout début d'une grossesse par exemple, afin qu'elles connaissent la conduite à tenir en cas d'apparition de symptômes comme des douleurs abdomino-pelviennes ou des métrorragies. Ainsi que des possibilités de prise en charge et suivi possible au cabinet ou non.

Pour les médecins généralistes, il est important de développer un réseau avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins échographistes et gynécologues, afin d'orienter les patientes de manière rapide et d'éviter des passages aux urgences qui ne sont pas toujours justifiés.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Cours des comptes. Le rapport public annuel 2019. Tome II : le suivi des recommandations [Internet]. Cours des comptes; 2019 févr [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/RPA2019-Tome-2-integral.pdf>
2. Batard E. Urgences [Internet]. CHU de Nantes. [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/urgences>
3. Coutin A-S, Vaucel E. Analyse de l'évolution des temps d'attente et durées de passage aux urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Nantes entre 2005 et 2012. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2014;(43):371-8.
4. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire : médecins généralistes. Situation 2020 et évolution. sept 2020; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2320_MED_SPE_generalistes.pdf
5. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire : gynécologues médicaux et obstétriciens. Situation 2020 et évolution. ORS Pays de la Loire [Internet]. sept 2020 [cité 1 nov 2020]; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2329_MED_SPE_gyneco.pdf
6. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. oct 2016;(14):12.
7. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. [Internet]. [Créteil]: Paris Val-De-Marne; 2007 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/1273087330004611
8. Benoist G, Chéret-Benoist A, Beucher G, Dreyfus M. Hémorragies du premier trimestre de la grossesse : orientations diagnostiques et prise en charge pratique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2010;39(3):F33-9.
9. Menard J-P, Bretelle F, D'Ercole C, Boubli L. Place de la biologie parmi les stratégies diagnostiques de la grossesse extra-utérine. Immuno-Anal Biol Spéc. janv 2011;(26):13-8.
10. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de la grossesse extra-utérine. 2003.
11. INSERM, Santé Publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012 [Internet]. 2017 sept [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: http://www.cegorif.fr/informations/PDF/Inserm/rapport_morts_maternelles_france_mieux_comprendre_mieux_prevenir.pdf
12. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G. Epidémiologie des pertes de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2014;43:764-75.
13. Plu-Bureau G, Rousset P, Gompel A. Métrorragies : quelles stratégies ? Rev Prat Médecine Générale. nov 2013;27(910):757-8.

14. Matis R. Douleurs pelviennes gynécologiques. Symptômes À Prescr En Médecine Générale 2ème Édition. 2014;505-12.
15. Chraïbi Z, Jacquet A, Body G, Ouldamer L. Intérêt des prélèvements bactériologiques endocervicaux en urgence ? Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2014;42:494-8.
16. Lavoué V, Huchon C, Deffieux X, Voltzenlogel M-C, Vandenbroucke L, Levêque J. Recommandations françaises pour les critères diagnostiques d'arrêt de grossesse au premier trimestre et stratégie de prise en charge des patientes présentant une menace de fausse couche ou une grossesse arrêtée (hors évacuation utérine). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2014;43(10):776-93.
17. Bourret A. Suspicion de GEU : faire un test de grossesse ! Rev Prat Médecine Générale. janv 2019;33(1014):64-6.
18. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Les pertes de grossesse. 2014.
19. Athiel Y, Nguyen-Xuan H-T, Huchon C, Fauconnier A. Impact de la qualité de l'échographie réalisée aux urgences gynécologiques dans le diagnostic de grossesse extra-utérine. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2019;47:337-41.
20. Ricordeau A. Parcours de soins et métrorragies au premier trimestre de la grossesse : évaluation par les médecins généralistes de Vendée [Internet]. Nantes; 2018 [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=a3e560f9-83e6-422f-8c8a-b871abc4ea8e>
21. Calvo J, Louges MA, Sanchez S, Lipere A, Duminil L, Graesslin O. Urgences gynécologiques : étude prospective sur les motifs de consultation et devenir des patientes. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;(45):1060-6.
22. Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B. Urgences gynécologiques : nature et degré de gravité. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2012;(41):48-54.
23. Biostatgv [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/>
24. Consulter la PCS 2003. Professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgreguee/1?champRecherche=true>
25. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Taux de réalisation d'au moins un frottis cervico-utérin sur la période 2010-2013 selon les départements de France [Internet]. 2017 [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Taux-de-realisation-d-au-moins-un-frottis-cervico-uterin-pour-2010-2014-selon-les-departements-de-France#donnees>
26. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, De Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bull Épidémiologique Hebd. 24 janv 2017;(2-3):39-47.
27. Kasproski A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. Nantes; 2013.
28. DREES. Etudes et résultats. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. [Internet]. 2018 [cité 15 mars 2021].

Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-10/2018-10-10-DREES_delai-RV-PS.pdf

29. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages [Internet]. ameli.fr. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>

30. Vandorpe-Manier L. Les parcours de soins des patientes aux urgences gynécologique-obstétrique de Jeanne de Flandreau CHRU de Lille [Internet]. [Lille]: Lille 2 Droit et Santé; 2018 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c044aa40-c147-43a4-acb2-7b2a3b0bfa81>

31. Serri V. Parcours clinique de la femme enceinte consultant aux urgences générales ou spécialisées [Internet]. [Marseille]: Faculté de Médecine Aix Marseille; 2018 [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02023874/document>

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire distribué aux patientes

Questionnaire : Étude des motivations des patientes consultant aux urgences gynécologiques du CHU de Nantes

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse en médecine générale, je cherche à étudier les facteurs qui amènent les femmes à consulter aux urgences gynécologiques, afin d'en améliorer la prise en charge. Afin de m'aider dans mon travail, merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Surtout n'oubliez pas de le remettre au personnel soignant avant votre départ.

Ce questionnaire est totalement anonyme. Le temps de réponse est de 5 minutes maximum.

Pour toutes remarques n'hésitez pas à laisser un commentaire à la fin du questionnaire.

Par avance je vous remercie beaucoup pour votre participation.

Clélia PAGEARD, interne en médecine générale.

Date : _____ **Heure d'arrivée aux urgences :** _____

Age : _____ **Profession :** _____

Dans quelle ville habitez-vous ? _____

Avez-vous un médecin traitant ? OUI NON **Dans quelle ville ?** _____

Qui réalise votre suivi gynécologique ? Médecin traitant Gynécologue Sage-Femme

Pas de suivi

Avez-vous déjà consulté aux urgences gynécologiques du CHU de Nantes ? OUI NON

Si OUI, combien de fois : _____

Nombre d'enfant : ___ **Nombre total de grossesse (y compris avortement, fausse couche...) :** _____

Avez-vous une couverture complémentaire (mutuelle) ? OUI NON

Si NON : avez-vous la CMU complémentaire ? OUI NON

L'AME (aide médicale d'état) ? OUI NON

Êtes-vous enceinte ? OUI NON Ne sait pas

Si OUI : quelle est la date du début de vos dernières règles ? _____

Quel est le motif de consultation qui vous amène ? _____

Par quel moyen de transport êtes-vous venue aux urgences ? _____

Avez-vous consulté physiquement un médecin avant de venir aux urgences ? OUI NON

➔ **Si OUI :** vous avez consulté : médecin traitant gynécologue sage-femme autre :

À quelle date : _____

➔ **Si NON :** avez-vous décidé de consulter aux urgences de vous-même ? OUI NON

Si non, qui vous a conseillé de venir ? _____

Suite au verso →

Pour quelle raison avez-vous décidé de consulter aux urgences gynécologiques ? (Plusieurs réponses possibles)

- Votre médecin traitant ne pouvait pas vous proposer de RDV
- Le délai de consultation proposé vous paraissait trop long
- Votre médecin vous a conseillé de venir sans vous recevoir en consultation :
 - après appel téléphonique
 - après passage physique au cabinet médical

- Vous n'avez pas de médecin traitant
- Vous n'avez pas pensé à appeler votre médecin traitant
- Vous pensez que votre médecin traitant n'est pas apte à prendre en charge le motif pour lequel vous consultez
- Vous ne savez pas si votre médecin traitant réalise de suivi gynécologique
- Vous pensez avoir besoin d'examens complémentaires que votre médecin ne peut pas réaliser
- Vous pensez que votre situation est urgente
- Vous pensez que votre prise en charge sera plus rapide aux urgences
- Vous souhaitez avoir un deuxième avis
- Vous ne pouvez pas avancer les frais de consultation
- Autre raison : _____

À REMPLIR APRES VOTRE CONSULTATION, JUSTE AVANT VOTRE DEPART

Lors de votre consultation vous avez bénéficié (plusieurs réponses possibles) :

- Un examen clinique y compris gynécologique
- Un prélèvement vaginal
- Une analyse d'urine
- Une prise de sang
- Une échographie
- Autres examens :

À l'issu de votre consultation :

- Vous rentrez chez vous
- Vous êtes hospitalisée
- Vous êtes transférée aux urgences générales

Êtes-vous reconvoquée aux urgences gynécologiques dans les prochains jours pour un contrôle ?

- OUI
- NON

➔ Si NON, à l'issu de votre consultation, on vous a conseillé :

- De consulter votre médecin traitant
- De consulter un gynécologue
- De prendre un rendez-vous pour une échographie en ville
- Vous n'avez pas de suivi particulier
-

Autre : _____

N'OUBLIEZ PAS DE REMETTRE LE QUESTIONNAIRE AVANT VOTRE DEPART AU PERSONNEL SOIGNANT.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : PAGEARD

PRÉNOM : CLÉLIA

**Titre de Thèse : ÉTUDE DES FACTEURS MOTIVANT LES FEMMES À
CONSULTER SPONTANÉMENT AUX URGENCES GYNÉCOLOGIQUES DU CHU
DE NANTES, SANS AVIS MÉDICAL PRÉALABLE.**

RÉSUMÉ

Le taux de consultation spontanées aux urgences reste à ce jour encore très élevé, même aux urgences gynéco-obstétriques. L'objectif principal de cette étude est de connaître les motivations des patientes qui consultent spontanément aux urgences gynécologiques. L'objectif secondaire est de comparer le devenir et la prise en charge des patientes selon qu'elles soient ou non adressées par un professionnel de santé aux urgences gynécologiques.

Pour cela nous avons réalisé une étude descriptive à partir de la distribution de questionnaires aux patientes consultant aux urgences gynécologiques du CHU de Nantes entre janvier et juillet 2020.

Au total 80 questionnaires ont été récupérés et analysés. Les patientes ont été réparties en 2 groupes : le groupe 1 concernant les patientes consultant spontanément aux urgences gynécologiques et le groupe 2 concernant les patientes qui avaient eu une consultation ou un avis médical préalable avant leur arrivée aux urgences.

Dans le groupe 1 les motivations principales des patientes étaient le sentiment d'avoir besoin d'examen complémentaires et la situation d'urgence ressentie. De nombreuses patientes déclaraient également penser que leur médecin traitant n'était pas apte à les prendre en charge, pour les symptômes qui les faisaient consulter aux urgences.

Entre les 2 groupes le devenir après la consultation et les examens complémentaires réalisés n'étaient pas significativement différents.

Le nombre de passage aux urgences gynécologiques est en constante augmentation en France. Le développement d'un réseau de ville par les médecins généralistes afin d'orienter les patientes vers les examens appropriés, comme l'échographie pelvienne, apparaît comme essentiel. Enfin il apparaît important d'informer les patientes sur les possibilités ou non de suivi gynécologique par les médecins généralistes.

MOTS-CLÉS

Urgences gynécologiques, premier recours, consultation spontanée, premier trimestre de grossesse, échographie pelvienne