

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018-52

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

par

Axelle RICORDEAU

Née le 26/02/1988 à Vire

Présentée et soutenue publiquement le 29 mai 2018

PARCOURS DE SOINS ET MÉTRORRAGIES AU PREMIER TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE : ÉVALUATION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE VENDÉE

Président : Monsieur le Professeur Patrice LOPES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME

REMERCIEMENTS :

Au président du jury

**Monsieur le Professeur Patrice LOPES
PU-PH, service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Nantes**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant ce jury. Ayant débuté mon cursus à la faculté de médecine de Clermont Ferrand, je n'ai pas pu assister comme mes camarades nantais à vos grands cours magistraux. Mais vos confrères de l'université de Clermont-Ferrand m'ont donné goût à la gynécologie et à l'obstétrique. Et c'était une évidence pour moi de consacrer ma thèse sur un sujet de cette discipline. Merci pour le temps que vous m'avez consacré. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Au directeur de thèse

**Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME
PH, chef de service de Gynécologie-Obstétrique, CHD La-Roche-sur-Yon**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse. Je vous remercie profondément de m'avoir accompagnée et soutenue pendant ce travail (avec toutes mes remises en questions et le manque de confiance en moi). J'étais très heureuse de travailler avec vous mes 6 premiers mois d'interne et durant ce travail de thèse. J'ai beaucoup appris en gynécologie et en obstétrique. Vos équipes à La-Roche-Sur-Yon sont formidables et j'ai passé 6 mois au top, tant professionnellement qu'humainement. Je souhaite que vos projets se réalisent. Merci pour tout.

Aux membres du jury

**Madame la Professeure Laure VANWASSENHOVE
PA, membre du Département de Médecine Générale, Nantes**

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. J'ai pu assister pendant mon cursus à l'un de vos cours sur les femmes victimes de violences conjugales : l'intérêt que vous portez à défendre ces femmes m'a naturellement fait penser à vous pour ma thèse, portant sur un sujet de gynécologie. Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de m'avoir consacré votre temps précieux.

Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN
PA, membre du Département de Médecine Générale, Nantes

Vous avez gentiment et spontanément accepté de participer à mon jury de thèse. Ma thèse traitant d'un sujet de gynécologie, menée auprès des médecins généralistes installés en Vendée, j'ai tout naturellement pensé à vous. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Vincent DOCHEZ
CCA, service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Nantes

Tu as été l'un de mes premiers co-internes et te voici là, assis en face de moi, pour juger mon travail de thèse. Merci de m'avoir appris pleins de choses et de m'avoir épaulée les premiers mois d'interne. Merci aussi pour ta bonne humeur que tu as partagé tout au long de notre semestre commun. Je suis très heureuse de te compter parmi mon jury.

Merci à Lucie Planche, de l'unité de recherche clinique du CHD de La-Roche-sur-Yon, pour son aide précieuse dans l'analyse statistique de mon travail de thèse. Merci pour tes réponses ces dernières semaines et de m'avoir aussi bien expliqué les statistiques.

Merci à Tiphaine Giraudeau, secrétaire au Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée, pour avoir participé à l'envoi de mes questionnaires.

Merci aux médecins généralistes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A mes parents. Merci pour votre soutien sans faille durant tout mon parcours. Maman, merci d'avoir supporté tous mes chagrins et mes remises en question, merci pour ces longs moments d'écoute attentive et tes conseils de chaque instant. Papa, je ne pourrais pas avoir meilleur modèle que toi. Merci de m'avoir appris à ne jamais baisser les bras et à toujours croire en soi. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises. Je vous aime fort.

A ma sœur Alizée. Ma Zézé, sans toi, ça n'aurait pas été pareil. Merci d'être toujours là. Pour tous ces moments exceptionnels, que l'on soit ensemble à regarder le coucher de soleil à Key West, à siroter des piña colada au Costa Rica ou simplement se balader à Lyon. Merci pour ta confiance dans tous mes choix et ton admiration de toujours.

A mon frère Jérémie, dont le parcours exemplaire m'a inspiré jusqu'à mon entrée en médecine. Un bel exemple à suivre. Merci pour l'évasion que tu m'apportes à travers tes régates et pour tous les fous rires.

Et Chloé. Pour sa joie de vivre, qui apprécie toujours autant les anecdotes de mon quotidien de médecin. Les meilleurs moments sont toujours en famille avec vous.

A mes grands parents, qui m'ont appris à bien travailler à l'école et ont suivi de près mon parcours. Mamie, merci pour ta bienveillance depuis toutes ces années. Papi, merci pour ton éternelle bonne humeur et d'avoir fait de l'île d'Oléron notre lieu de vacances favori.

A Clémentine. Ma fidèle alliée depuis le lycée. Merci pour tous ces bons moments passés et tous ceux à venir, pour tous ces fous rires et tes bons petits plats. **Adrien,** merci pour ta gentillesse, ta passion pour les jeux ; et de supporter aussi bien nos histoires de filles.

A Lucie et Lauriane. Mes BFF du lycée. Cette année de terminale n'aurait pas été la même sans vous. Malgré les années d'écoles et la distance, on se suit dans tous nos projets et nos aventures. Merci pour cette fraîcheur de « non-médecine » que vous m'apportez.

A Hubert et Marie, mes amis Clermontois. Merci pour ces bons souvenirs d'externat que je garde avec vous, d'être toujours présents lors de mes escapades auvergnates (et d'être toujours bons joueurs quand je ne comprend pas les règles aux cartes).

A Fanny. Sans toi, l'internat n'aurait pas été le même. Merci pour le grain de folie et de tendresse que tu ajoutes à ma vie nantaise. Je ne me laisserais jamais de nos balades à refaire le monde. Merci d'aimer autant les petites mamies et les petits papis comme tu le fais si bien. #CQV

A Joséphine. Ma kiteuse préférée (car c'est toi la plus sexy en mini-combi). Parce que, sans ce semestre à LRSY, on aurait vraiment raté quelque chose. Merci pour ce mélange de punchy et de douceur que tu m'apportes. Et un beau voyage nous attend... #serialkiffeuses #CQV

A Laure. Pour ton oreille attentive et tes conseils. Les petits thés avec toi durant ces derniers mois ont été d'un énorme réconfort.

A la bande des Sexy Doctors. Hélène, Chloé, Blandine, Flore, Amandine. La meilleure bande de copines, toujours partantes pour tout. Que ce soit pour des week-end nature, des après-midis de rideuses ou des virées de folie, c'est toujours du bonheur.

A Fanny-Laure. Car une pink lady sans toi n'a pas la même saveur. « Papa » le vrai est là aujourd'hui.

A Coline. Tellement pétillante !! Merci pour ta joie de vivre. Encore de bons moments à partager.

A Marianne. Best infirmière EVER. Tu as été une vraie grande sœur à l'hôpital Bellier et on a gagné une belle amitié au décours. Tu es un vrai rayon de soleil.

A Diane. Qui aurait cru que cette saison d'été avant ma première année de médecine nous aurait lié pour toujours. Miss T★mp★x a parcouru un long chemin depuis.

A Thibaud. Premier cointerne et le meilleur de tous. Le meilleur dans les blagues en tout genre et en second degré. Sans oublier **Loan.** Vous êtes des parents au top !

A Cathy. Merci pour ces 6 mois qui étaient parfaits (j'ai beaucoup appris et on s'est quand même bien marrer). Un énorme merci pour ta confiance aujourd'hui dans mon exercice médical. **A Elisabeth et Tiphaine.** Quel plaisir de travailler avec vous au quotidien. Ma nouvelle aventure à la Baule avec vous sera formidable.

A Véronique et Jean Jacques, pour avoir suivi mon parcours depuis le début. Merci pour votre bienveillance depuis toutes ces années.

A Catherine. Avec qui j'ai fait mes premiers pas en cabinet de médecine générale.

A ma famille Nantaise. Sans leur présence, je n'aurais sûrement jamais fait le grand saut vers Nantes. **Amandine,** merci de m'avoir accompagnée lors de mes premiers pas d'interne nantaise et pour tous ces bons moments passés ensemble. **Sylviane,** ma marraine adorée, pour ta générosité et de réunir aussi bien la famille. **Maxime,** merci de me faire sentir étudiante et festive (je gagne 10 ans à chaque fois que je suis avec toi).

Merci à tous mes maîtres de stage. A toutes les équipes médicales et paramédicales : les équipes du service de gynécologie-obstétrique et de pneumologie du CHD de La-Roche-sur-Yon, des urgences de la cité sanitaire à Saint-Nazaire, de la médecine aigüe de l'hôpital Bellier et du centre de rééducation de la Tourmaline. Merci pour leur accueil et leur apprentissage durant ces 3 années d'internats. Que de belles rencontres.

TABLE DES MATIÈRES

	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	8
	ABRÉVIATIONS.....	10
1)	INTRODUCTION.....	11
2)	GÉNÉRALITÉS.....	13
	A) DÉFINITIONS.....	13
	B) ÉTIOLOGIES.....	13
	a) Fausse couche spontanée et grossesse arrêtée.....	14
	b) Grossesse intra-utérine évolutive.....	15
	c) Grossesse extra-utérine.....	16
	d) Grossesse molaire.....	17
	e) Pathologies cervicales.....	18
	C) STRATÉGIES DIAGNOSTIQUES.....	18
	a) Examen gynécologique.....	19
	b) Enjeux de l'échographie.....	19
	c) Dosage quantitatif des béta-HCG.....	24
	d) Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle.....	25
	D) LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	26
	E) CONTEXTE ACTUEL DANS LES PAYS DE LOIRE.....	27
	a) En gynécologie.....	28
	b) En obstétrique.....	28
	c) Problématique et objectif de l'étude.....	29
3)	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	30
	A) TYPE D'ÉTUDE.....	30
	B) QUESTIONNAIRE.....	30
	a) Première partie du questionnaire.....	31
	b) Deuxième partie du questionnaire.....	31
	c) Troisième partie du questionnaire.....	32
	C) ÉCHANTILLON.....	32
	D) RECUEIL DE DONNÉES.....	33
	E) ANALYSE DES DONNÉES.....	33
4)	RÉSULTATS.....	35
	A) RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE.....	35
	B) DESCRIPTION DES MÉDECINS RÉPONDANTS.....	35
	a) Profil socio-démographique.....	35
	b) Activité en gynécologie-obstétrique.....	37
	c) Formation et référentiels.....	37

	d) Caractéristiques de notre échantillon dans la pratique de la gynécologie-obstétrique.....	42
	C) PRESCRIPTIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	45
	a) Données issues des cas cliniques.....	45
	b) Prise en charge selon le profil socio-démographique du médecin.....	50
	D) LA PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	53
	E) LES OBSTACLES EXPRIMÉS ET PROPOSITIONS.....	55
	a) Les principaux freins.....	55
	b) Les propositions d'améliorations.....	56
5)	DISCUSSION.....	58
	A) LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE.....	58
	a) Profil socio-démographique des médecins répondants.....	58
	b) L'activité en gynécologie obstétrique des médecins Vendéens.....	58
	c) Réponses aux cas cliniques.....	58
	d) La perception des médecins généralistes Vendéens.....	59
	B) REPRÉSENTATIVITÉ DE NOTRE ÉCHANTILLON.....	59
	C) PROMOUVOIR LES COMPÉTENCES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	60
	a) Implication pour la gynécologie-obstétrique.....	60
	b) Le médecin généraliste : le coordinateur du parcours de soins....	63
	D) LES LIMITES DE NOTRE ÉTUDE.....	65
	a) Le choix du questionnaire.....	65
	b) L'analyse des réponses.....	66
	c) Les limites statistiques.....	66
	E) PERSPECTIVES.....	67
	a) Informations et éducation des patientes.....	67
	b) Encadrement et formation des médecins généralistes.....	68
6)	CONCLUSION.....	69
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	70
	ANNEXES.....	76
	Annexe 1 : Questionnaire Web.....	76
	Annexe 2 : Email adressé aux médecins généralistes.....	79
	RÉSUMÉ.....	80

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES :

Figure I : Pronostic des métrorragies du premier trimestre d'après « Conduite à tenir devant des métrorragies du premier trimestre de la grossesse ».....	14
Figure II : Schéma de l'appareil génital féminin, en coupe transversale.....	16
Figure III : Sac gestationnel de 6mm, soit 4 SA.....	21
Figure IV : Image échographique d'une grossesse intra-utérine à 9 SA : embryon de 25 mm.....	21
Figure V : Arbre décisionnel pour le diagnostic échographique par voie vaginale des grossesses symptomatiques.....	22
Figure VI : Image échographique d'une GEU : pseudo sac gestationnel avec masse latéro-utérine.....	23
Figure VII : Image échographique d'une môle hydatiforme.....	23
Figure VIII : Situations à risque d'allo-immunisation fœto-maternelle.....	25
Figure IX : Diagramme de répartition selon le sexe.....	35
Figure X : Diagramme de répartition selon le type de cabinet.....	36
Figure XI : Diagramme de répartition selon la zone d'exercice.....	36
Figure XII : Diagramme de représentation du nombre de suivi de grossesses.....	37
Figure XIII : Diagramme de représentation des différentes formations pour la population de l'étude.....	38
Figure XIV : Diagramme de représentation des référentiels utilisés dans la population de l'étude.....	40
Tableau 1 : Effectifs de la population de l'étude par tranche d'âge.....	35
Tableau 2 : Proportions de la population de l'étude selon la zone d'exercice.....	36
Tableau 3 : Effectifs de la population pour l'activité en gynécologie-obstétrique.....	37
Tableau 4 : Proportions des différentes formations pour la population de l'étude.....	38
Tableau 5 : Caractéristiques de la population de l'étude selon la formation.....	39
Tableau 6 : Proportions des référentiels utilisés dans la population de l'étude.....	39
Tableau 7 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au CRAT.....	40
Tableau 8 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours aux recommandations de l'HAS.....	41
Tableau 9 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au site Gestaclic.....	41
Tableau 10 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au CNGOF.....	42
Tableau 11 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au protocole du CHU.....	42
Tableau 12 : Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon le sexe.....	43
Tableau 13 : Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon l'âge.....	43
Tableau 14 : Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon la zone d'exercice.....	44
Tableau 15 : Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon la formation.....	44
Tableau 16 : Réponses à la question 13.....	46
Tableau 17 : Répartitions des mots clés issus de la question 13.....	46
Tableau 18 : Réponses à la question 14.....	47
Tableau 19 : Répartitions des mots clés issus de la question 14.....	47

Tableau 20 : Réponses à la question 15.....	48
Tableau 21 : Répartitions des mots clés issus de la question 15.....	48
Tableau 22 : Réponses à la question 16.....	49
Tableau 23 : Répartitions des mots clés issus de la question 16.....	49
Tableau 24 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « prise en charge en ambulatoire » versus « orientation urgences », question 13.....	50
Tableau 25 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « prise en charge en ambulatoire » versus « orientation urgences », question 14.....	51
Tableau 26 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « prise en charge en ambulatoire » versus « orientation urgences », question 15.....	52
Tableau 27 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « prise en charge en ambulatoire » versus « orientation urgences », question 16.....	53
Tableau 28 : Profil socio-démographique de la population selon la réponse à la question 17.....	55
Tableau 29 : Proportions des principaux freins exprimés à la question 18.....	56
Tableau 30 : Proportions des différentes propositions d'améliorations exprimées à la question 20.....	57

ABRÉVIATIONS :

AAFP : American Academy of Family Physicians

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régional de Santé

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes

DES : Diplôme d'Étude Supérieure

DIU : Dispositif Intra Utérin

DU : Diplôme Universitaire

FCS : Fausse Couche Spontanée

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GIU : Grossesse Intra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

IgAntiD : Immunoglobulines Anti-D

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LCC : Longueur Cranio-Caudale

NFS : Numération Formule Sanguine

PMA : Procréation Médicale Assistée

QCM : Question à Choix Multiples

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

RHD : Rhésus-D

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SA : Semaines d'Aménorrhée

TV : Toucher Vaginal

UI : Unité Internationale

UGO : Urgences Gynéco-Obstétriques

URC : Unité de Recherche Clinique

1) INTRODUCTION

Grossesse et médecine générale

Le suivi de grossesse fait parti du champ des compétences du médecin généraliste. La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis à jour des recommandations de bonnes pratiques en mai 2016 afin d'aider les professionnels de santé dans cette pratique [1]. Le médecin généraliste peut assurer le suivi de grossesse jusqu'au 7^{ème} mois inclus lorsqu'il s'agit d'une grossesse physiologique ou à bas risque. En cas de situation à risque, il est amené à demander des avis spécialisés lorsque cela est nécessaire.

La consultation de suivi de grossesse est globalement appréciée par le médecin généraliste. Cependant, le sentiment de manque de formation a longtemps été retrouvé dans les obstacles à la prise en charge [2]. Les internes en médecine générale ont tous un stage chez le praticien, leur permettant d'observer les cas de gynécologie-obstétrique au cabinet mais cela reste inégal. Ils ont la possibilité d'effectuer un stage hospitalier dans un service spécialisé mais le manque de place dans ces services ne permet pas à tous les internes de pouvoir s'y former.

Dans le cadre de la grossesse, le recours au médecin généraliste va majoritairement concerner la première consultation du premier trimestre avec la déclaration de grossesse, moins pour le suivi. Les patientes suivies pendant leur grossesse par le médecin traitant sont majoritairement satisfaites, du fait de la relation de confiance établie depuis longtemps [2]. Mais le manque d'accessibilité au matériel spécialisé dans le cabinet de médecine générale fait parti des obstacles le plus souvent exprimés par les patientes.

Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse

Les métrorragies au cours du premier trimestre de la grossesse sont un des principaux motifs de consultation aux urgences gynécologiques [3]. Environ 20% des femmes enceintes présenteraient des saignements avant 20 semaines d'aménorrhée (SA) [4]. Une patiente peut présenter des saignements au début de sa grossesse sans que celle-ci ne se complique [5]. Mais il ne faut pas oublier les pathologies du premier trimestre les plus fréquentes que sont la fausse-couche spontanée précoce (FCS), la grossesse arrêtée, la grossesse extra-utérine (GEU) et les pathologies cervicales, plus rarement la grossesse molaire [6].

La fausse-couche spontanée précoce concerne environ 25% des femmes au cours de leur activité génitale. Cependant, toute femme qui saigne au premier trimestre de la grossesse présente une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire. Et la prise en charge vise à éliminer avec certitude ce diagnostic. Le diagnostic est de plus en plus précoce grâce aux progrès de l'échographie pelvienne [7].

L'intérêt de l'échographie

En effet, l'échographie a une place primordiale dans le diagnostic précoce d'une grossesse et permet de confirmer le caractère intra-utérin ou non d'une grossesse [5]. La visualisation échographique de l'embryon au premier trimestre de la grossesse a été comparée en utilisant soit l'échographie abdominale soit l'échographie endo-vaginale [7]. L'échographie par voie vaginale a montré une meilleure visualisation des structures anatomiques et du sac gestationnel, entre autre chez les patientes obèses ou avec un utérus rétroversé, mais surtout à des âges gestationnels inférieurs ou égaux à 10 SA. Cela permet donc un diagnostic précoce en cas de grossesse extra-utérine.

Le contexte actuel

Aujourd'hui, les médecins généralistes reçoivent en consultation des patientes pour un motif de consultation gynécologique et/ou obstétrique. La diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens en ville favorise cette implication des médecins généralistes, afin de permettre aux patientes d'accéder à un suivi et au dépistage. Cette activité varie fortement selon les médecins et leur contexte d'exercice [8].

Le nombre d'admissions aux urgences gynécologiques pour des métrorragies au premier trimestre de la grossesse est encore considérable, tandis qu'une prise en charge par le médecin généraliste pourrait largement se faire, en terme de faisabilité et de suivi pour un grand nombre d'entre elles. Cela se retrouve également pour l'ensemble des motifs de consultation aux urgences gynécologiques, où une grande majorité des pathologies relèvent plus de la médecine de ville que du service des urgences.

La grossesse peut être une source d'anxiété, et en particulier au premier trimestre : l'attente souvent longue d'une grossesse grandement espérée et idéalisée, avoir un diagnostic précoce, être sûr de la bonne évolutivité, mais aussi la peur de la fausse couche... [9]. Les patientes ont besoin d'être rassurées. Et dans la société actuelle où le besoin de sécurité est mis en première ligne, les patientes iront plus facilement dans les structures où elles auront accès aux examens complémentaires qu'elles attendent. L'image du spécialiste est encore « idéalisée » auprès des patientes, qui préfèrent consulter leur gynécologue plutôt que leur médecin traitant ; car dans leur esprit, il est plus spécialisé et compétent que le médecin généraliste [10].

Les compétences du médecin généraliste sont donc à valoriser, à la fois pour le suivi de grossesse mais aussi en gynécologie. Les patientes, souvent par désinformation, ne savent pas que leur médecin traitant est expérimenté dans ce domaine [11]. Sans oublier que le choix de la patiente lui est propre, et que malgré une relation de confiance de qualité établie, elle puisse souhaiter distinguer le suivi gynécologique du suivi médical général.

2) GÉNÉRALITÉS

A) DÉFINITIONS

Les hémorragies génitales, pertes de sang issues de l'appareil génital féminin, sont la cause la plus fréquente de consultation en gynécologie. Les saignements peuvent provenir de la partie terminale de l'appareil génital : hémorragies vulvaires et vaginales [12]. Ils peuvent également être d'origine utérine : nous parlons de ménorragies et de métrorragies.

Les ménorragies sont définies comme des règles d'abondance importante et de durée prolongée, qui coïncident avec les cycles menstruels. Elles se distinguent des métrorragies, qui sont définies par des saignements d'origine utérine, survenant en dehors d'une période menstruelle. Leur distinction est souvent subjective donc nous sommes amenés à parler de méno-métrorragies [13].

Les règles normales ont une durée de 4,5 à 8 jours et peuvent aller d'une fréquence entre 24 et 38 jours. Les pertes sanguines menstruelles sont considérées comme normales jusqu'à 80 ml. Le volume du flux menstruel varie en fonction des contractions utérines, du tonus vasculaire et de la fonction hémostatique [14].

Par conséquent, définir ce qui constitue un saignement menstruel «anormal» est une évaluation subjective pour les patientes et leurs médecins.

B) ÉTIOLOGIES

Les métrorragies au cours du premier trimestre de la grossesse concernent une grossesse sur 4. Et pour 50% de ces grossesses, il s'agira d'une fausse couche spontanée [15].

Les étiologies les plus fréquentes au cours du premier trimestre de la grossesse sont la fausse couche spontanée (et la menace de fausse couche), la grossesse arrêtée, la grossesse extra-utérine et les pathologies cervicales. Le diagnostic de molle hydatiforme est plus rare mais doit être recherché quand les étiologies citées précédemment n'ont pas été retrouvées [6].

Un arbre pronostique des métrorragies du premier trimestre de la grossesse permet de représenter les étiologies et leur fréquence [16].

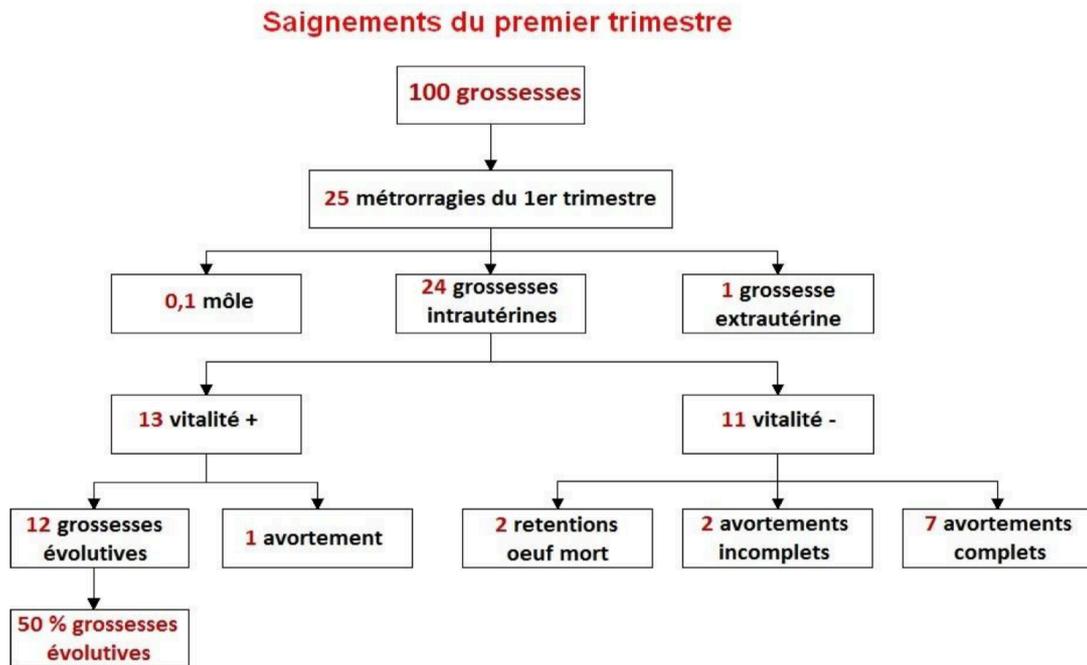


Figure 1 : Pronostic des métrorragies du premier trimestre [16].

a) Fausse couche spontanée et grossesse arrêtée

La fausse-couche ou avortement spontané correspond à l'arrêt d'une grossesse, sans intervention extérieure, avant qu'elle n'ait atteint l'âge de la viabilité fœtale, soit 22 SA [17].

C'est la cause la plus fréquente de métrorragies au premier trimestre de la grossesse et dans près de 60% des cas, elle est due à des anomalies chromosomiques.

La présence d'un saignement au premier trimestre de la grossesse n'est pas prédictive de la fausse couche ; mais pourtant des métrorragies abondantes vont plus facilement être associées à une fausse couche. Il ne faut pas méconnaître la présence d'infections cervicales, qui peuvent également être une cause de saignement sans qu'ils ne soient associés à une fausse couche [18].

Nous précisons [17] :

- avortement complet : le sac gestationnel a été expulsé sans intervention médicale ou chirurgicale.
- avortement incomplet : une partie des produits de conception a été expulsée mais il persiste une rétention intra-utérine de tissus trophoblastiques.
- avortement inéluctable : col dilaté mais le sac gestationnel est toujours en position intra-utérine.
- avortement retardé : la grossesse est arrêtée, mais sans modification du col utérin.

Les causes de fausse couche spontanée précoce sont de trois types :

- les étiologies ovulaires : anomalies chromosomiques, infections ovulaires, grossesses gémellaires (lyse d'un jumeau).
- les étiologies maternelles : malformation utérine, pathologie endocrinienne, maladie auto-immune.
- les étiologies environnementales : consommation de tabac, alcool, substances illicites, certains médicaments, traumatismes, microtraumatismes répétés, expositions toxiques professionnelles.

Une étude a comparé les symptômes dans les avortements spontanés précoces [19]. Les métrorragies étaient associées à une plus grande incidence de perte de grossesse précoce, avec des saignements plus ou moins importants, et en particulier en cas d'association à des symptômes abdominaux. Inversement, une diminution de cette incidence était retrouvée en cas de présence de nausée ou vomissement. Pour donner un exemple, pour les patientes ayant participé à l'étude, 19% de perte de grossesse ont été déclarés pour les patientes ayant présenté des vomissements, 27% pour des douleurs abdominales seules, 52% ayant présenté des métrorragies et 81% pour celles ayant présenté des métrorragies associées à des douleurs abdominales [19].

b) Grossesse intra-utérine évolutive

Des saignements peuvent apparaître au premier trimestre d'une grossesse intra-utérine (GIU) évolutive. Le sac gestationnel est en position intra-utérine et est visualisé grâce à l'échographie. Cependant, la présence d'un saignement au cours de la grossesse est considérée comme un marqueur de grossesse à risque ; il existe un risque de décollement trophoblastique et d'avortement spontané.

Une étude menée en 2011 aux USA a étudié les saignements au cours du premier trimestre de la grossesse au sein d'une cohorte de 153 patientes [20]. Les patientes devaient répertorier les épisodes de saignements : 42% d'entre elles rapportaient au moins 1 épisode de saignements au premier trimestre de leur grossesse.

Même si la grossesse est évolutive, il faudra une surveillance rapprochée. Les saignements au cours de la grossesse ont une association bien connue avec le risque de prématurité [21]. Le risque de très grande prématurité (< 28 SA) est 4 fois plus élevé pour les patientes ayant présenté des métrorragies au début de leur grossesse [21]. Des risques de rupture prématurée des membranes, d'hypertension gravidique et de

décollement placentaire sont également associés à la présence et l'abondance des saignements [22].

Une grossesse évolutive est marquée au tout début par une croissance normale de la cinétique des béta-HCG (le taux doublant toutes les 48 heures) [23]. En cas de doute sur l'évolutivité de la grossesse, un contrôle échographique plus rapproché est proposé pour surveiller la croissance embryonnaire et l'activité cardiaque [6].

c) Grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine est la nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Nous parlons de grossesse ectopique. La plupart des grossesses ectopiques sont des grossesses tubaires, c'est à dire la nidation de l'œuf au niveau d'une trompe de Fallope (75% des grossesses tubaires concernent l'ampoule, 20% l'isthme et 3% le pavillon). La GEU peut aussi être interstitielle, ovarienne voire abdominale. Le nombre de GEU représente environ 2% des grossesses en France [24].

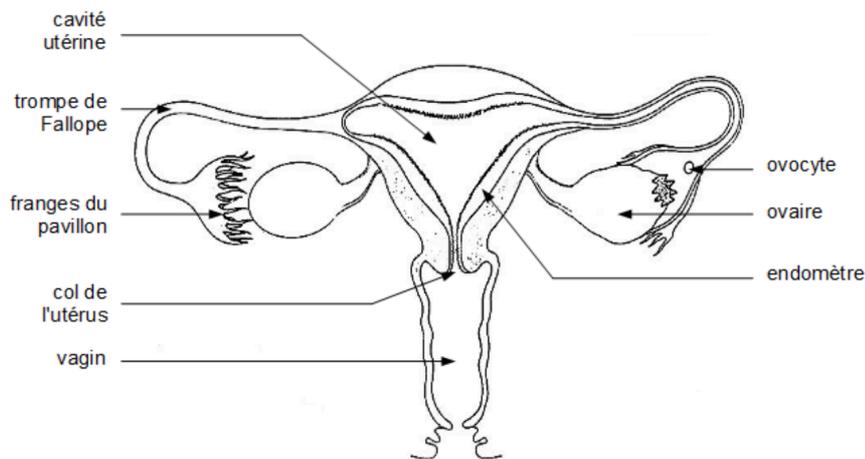


Figure II : Schéma de l'appareil génital féminin, en coupe transversale. Source Web

La grossesse extra-utérine est une véritable urgence médicale, en particulier en cas de rupture. C'est la principale cause de mortalité au premier trimestre de la grossesse [25]. Cependant, avant le stade ultime de rupture, elle peut tout a fait être asymptomatique.

Les facteurs de risques de GEU comprennent toutes les pathologies et/ou tous les antécédents altérant la qualité des trompes ou tout ce qui ralentira la progression de l'œuf dans la trompe. Les facteurs de risque de lésion tubaire sont les antécédents de salpingite, une précédente GEU, un antécédent de chirurgie tubaire et/ou de chirurgie

abdomino-pelvienne, une endométriose ou une compression tubaire (telles que des adénopathies pelviennes). Le tabac est un facteur de risque important avec une relation dose/effet. Le dispositif intra-utérin est pourvoyeur de GEU car il prévient moins bien une GEU qu'une grossesse intra-utérine. La procréation médicale assistée (PMA) ainsi que la contraception par pilule micro-progestative et les malformations utérines font parties des facteurs de risques [24]. L'âge de la patiente peut entrer en jeu. Parfois, aucun facteur de risque n'est retrouvé.

La GEU est la première cause de mortalité au cours du premier trimestre de la grossesse, par hémorragie. Mais le taux de mortalité est faible en France, de l'ordre de 1 cas annuel déclaré. La baisse du taux de mortalité des dernières années ne résulte pas de l'amélioration des techniques chirurgicales ou anesthésiques, mais principalement d'un diagnostic plus rapide, permettant un traitement plus précoce [26].

Les symptômes devant faire évoquer le diagnostic de GEU sont [27] : retard de règles ou troubles du cycle, douleurs pelviennes unilatérales et métrorragies peu abondantes, le plus souvent de couleur sépia voire noirâtres. L'état général est souvent conservé mais il peut aller jusqu'au choc hypovolémique. Le toucher vaginal (TV) est souvent douloureux et peut retrouver une masse latéro-utérine, voire un empâtement du cul de sac de Douglas.

L'examen sous spéculum confirme l'origine intra-utérine des saignements.

Le dosage quantitatif des béta-HCG permet d'étayer le diagnostic : la cinétique des béta-HCG à 48 heures est perturbée avec une stagnation voire une élévation insuffisante [28]. L'échographie pelvienne par voie abdominale et par voie endovaginale permet de confirmer le diagnostic avec une vacuité utérine associée à une image annexielle.

Le choix du traitement médical (Méthotrexate®) versus chirurgical se fera selon certains critères. Une hémodynamique instable, un taux élevé de beta-HCG (>10.000 UI/L), une taille > 4cm, une contre-indication au traitement médical ou un risque de mauvaise surveillance fera opter pour le traitement chirurgical, à savoir un traitement par cœlioscopie conservateur [29].

d) Grossesse molaire

La grossesse molaire, ou môle hydatiforme, est une anomalie rare de la grossesse. Elle est définie par la dégénérescence kystique des villosités du trophoblaste. Il n'y a pas d'embryon, mais un développement tumoral du trophoblaste. Le risque est l'évolution possible vers une tumeur maligne de mauvais pronostic : le choriocarcinome [30].

Nous retrouvons cliniquement des signes sympathiques de grossesse exacerbés, avec des métrorragies répétées plus ou moins abondantes ainsi qu'un utérus mou anormalement volumineux pour le terme au toucher vaginal.

Le dosage sanguin des béta-HCG retrouve un taux anormalement élevé.

L'échographie pelvienne permet de révéler un gros utérus, sans sac gestationnel ni embryon, mais avec des images intra-utérines caractéristiques dites « en tempête de

neige » correspondant à des plages lacunaires anéchogènes multiples, au sein d'un trophoblaste occupant toute la cavité utérine.

Le traitement consiste en une aspiration endo-utérine avec analyse anatomopathologique du produit d'aspiration, suivie de contrôles répétés du taux de bêta-HCG jusqu'à négativation puis une surveillance biologique pendant une année consécutive.

e) Pathologies cervicales

Les pathologies cervicales peuvent aussi être la cause de métrorragies, de plus ou moins grande abondance. Nous citons parmi les plus fréquentes :

- cancer du col
- cervicite
- lésion traumatique cervicale et/ou vaginale
- polype cervical accouché par le col

C) STRATEGIES DIAGNOSTIQUES

Une grossesse symptomatique, c'est à dire présentant des symptômes anormaux tels que des métrorragies ou des algies pelviennes au premier trimestre doit conduire à se poser deux questions : quelle est la localisation de la grossesse ? quelle est son évolutivité ?

D'après une étude publiée en 2002, au sein d'une cohorte de 204 patientes, la symptomatologie (douleurs pelviennes, métrorragies), l'anamnèse et l'examen gynécologique chez une femme enceinte au premier trimestre de la grossesse sont moins sensibles et spécifiques pour le diagnostic de grossesse évolutive ou de fausse couche comparés à l'échographie, considérée comme le gold standard [31].

Devant des métrorragies ou des douleurs pelviennes en début de grossesse, une échographie pelvienne est recommandée pour permettre le diagnostic de localisation et d'évolutivité de la grossesse [32].

a) Examen gynécologique

Avant de débiter l'examen clinique, il faut mener un interrogatoire complet. L'interrogatoire permet de déterminer quel est le motif précis de la consultation, quels sont les antécédents de la patiente (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et gynécologiques) et quels sont ses symptômes [6]. Concernant les antécédents gynécologiques, il est nécessaire d'interroger la patiente sur l'âge auquel elle a débuté sa puberté, décrire les cycles, déterminer la contraception. Sur le plan obstétrical, nous n'oublierons pas de citer les grossesses antérieures et leur déroulement, ainsi que toutes pathologies telles que les fausses couches, antécédent de GEU ou interruption volontaire de grossesse (IVG). Pour une patiente venant consulter pour métrorragies, il est primordial de déterminer l'abondance, la fréquence, la couleur ainsi que les signes associés tels que des algies pelviennes, des leucorrhées ou douleurs mammaires, etc.

L'examen gynécologique va être précédé d'un examen général avec mesure du poids et de la taille, ainsi qu'une mesure des constantes (tension artérielle, fréquence cardiaque, température). L'examen débute par un examen abdominal avec palpation à la recherche d'une masse abdominale ou d'une douleur abdomino-pelvienne, ainsi que des signes de gravités tels qu'une défense ou contracture abdominale.

L'examen est complété ensuite par un examen périnéal avec inspection des petites et grandes lèvres, et recherche de lésions externes.

L'examen pelvien commence par un examen au spéculum puis le toucher vaginal (TV).

L'examen au spéculum va permettre d'explorer le col utérin et devant une symptomatologie de métrorragies, de statuer l'origine endo-utérine des saignements. Il va permettre aussi d'explorer les parois vaginales et d'éliminer des lésions vaginales. Le TV va par la suite permettre de déterminer la consistance du col, ainsi que sa longueur et son ouverture. Le TV permet d'apprécier également les annexes et les ovaires au travers des culs sacs vaginaux. Un épanchement intra-péritonéal sera apprécié au TV par un comblement des culs de sac. L'examen peut aussi être complété par un toucher rectal.

b) Enjeux de l'échographie

Une étude au sein d'une cohorte de 120 patientes a comparé les performances diagnostiques de l'échographie endo-vaginale versus échographie abdominale (sus-pubienne) dans le développement embryonnaire au premier trimestre de la grossesse [7]. A l'échographie, étaient évaluées les tailles du sac gestationnel, de l'embryon et l'activité cardiaque. Les taux de détection étaient significativement meilleurs avant 10 SA avec l'échographie endo-vaginale [7]. Les différentes études ont permis de mettre en avant la place de l'échographie endo-vaginale en comparaison à l'échographie sus-pubienne : l'échographie endo-vaginale permet de détecter plus précocement l'apparition des différentes structures embryonnaires ainsi que l'activité cardiaque. Elle permet également de détecter plus précocement une grossesse ectopique [33]. L'échographie endo-vaginale est un outil précieux en imagerie mais elle complète, et non remplace, l'échographie abdominale.

L'échographie endo-vaginale a également été comparée à l'hystérosalpingographie chez des patientes non-ménopausées. L'échographie vaginale, réalisée dans de bonne condition et par un opérateur qualifié, prouve une fois de plus qu'elle est un excellent examen de première intention [34].

Que faut-il rechercher à l'échographie ?

L'échographie va permettre de déterminer avec certitude le diagnostic de GIU et de définir son évolutivité (mesures et activité cardiaque, datation).

La présence d'un embryon à l'intérieur d'une image hypoéchogène intra-utérine signe la GIU. Mais les images obtenues vont dépendre du terme exact. Une fois l'embryon visualisé, il faut rechercher une activité cardiaque.

En l'absence d'embryon visible, nous recherchons un sac gestationnel et/ou une vésicule vitelline [35].

La mesure du sac gestationnel doit être réalisée par la moyenne de trois mesures orthogonales. La mesure de l'embryon correspond à la longueur cranio-caudale en coupe sagittale [36].

En l'absence de sac gestationnel intra-utérin, la recherche d'une image annexielle sera primordiale afin d'éliminer une GEU. Cet examen permet donc de visualiser les ovaires, les trompes ainsi que toutes les structures intra-péritonéales adjacentes et de repérer toute image échographique anormale.

Dans le cas d'une grossesse intra-utérine ?

Avant 5 SA, le sac gestationnel est visible quand le taux de béta-HCG est supérieur ou égale à 1000 UI/L [37]. Nous déterminons à ce terme l'âge gestationnel à partir de la mesure du diamètre du sac gestationnel. Nous retrouvons donc une couronne trophoblastique hyperéchogène avec à l'intérieur une image liquidienne anéchogène. L'apparition de la vésicule vitelline est secondaire.

La visualisation d'une vésicule vitelline permet de certifier le caractère intra-utérin de la grossesse.

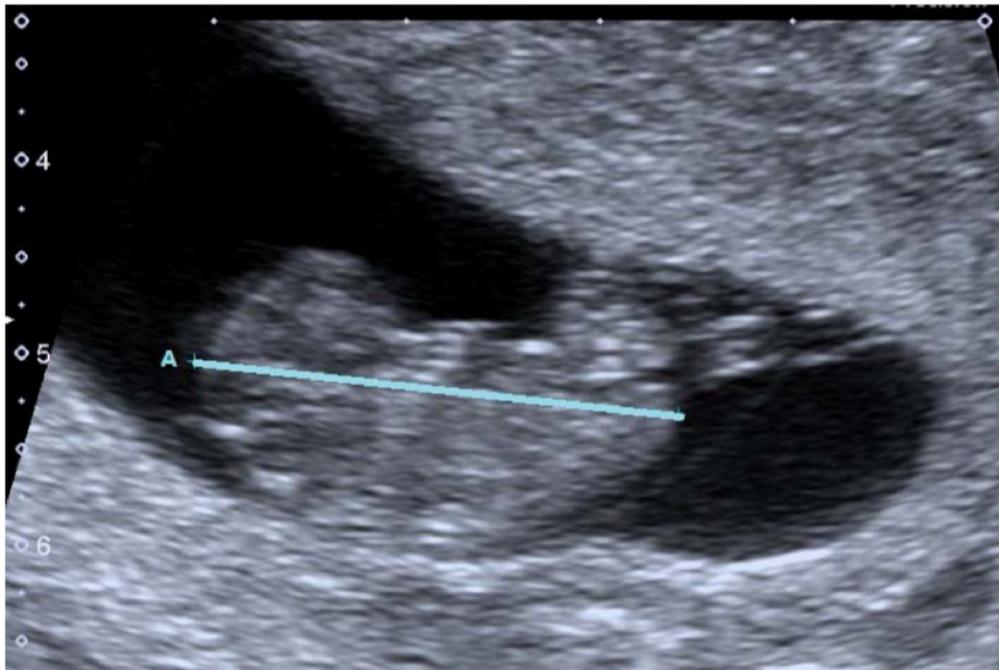
A titre d'exemple :

- à 5 SA : nous pouvons voir apparaître l'embryon dès que le sac gestationnel mesure 10 mm. On repère l'embryon dès 1 à 2 mm de long, à l'intérieur du sac ovulaire, entouré par la couronne trophoblastique.
- à 7 SA, l'embryon mesure 10 mm de long et présente une activité cardiaque. La vésicule vitelline est nettement individualisée.
- à 8 SA, l'embryon mesure 17 mm de long et présente une motilité.

L'estimation de la datation de la grossesse se fait par la mesure de l'embryon dans sa longueur cranio-caudale (LCC). En cas de discordance avec la clinique, la date de 14 SA est dépassée lorsque la LCC est supérieure à 98 mm. Au delà, le groupe d'expert considère que le terme de 14 SA est dépassé [38].



Figure III : Sac gestationnel de 6mm, soit 4 SA [38].



*Figure IV : Image échographique d'une grossesse intra-utérine à 9 SA :
embryon de 25 mm [38].*

Comment déterminer qu'une grossesse évolue défavorablement?

Un arbre décisionnel pour le diagnostic échographique par voie vaginale des grossesses symptomatiques a été mis en place [32].

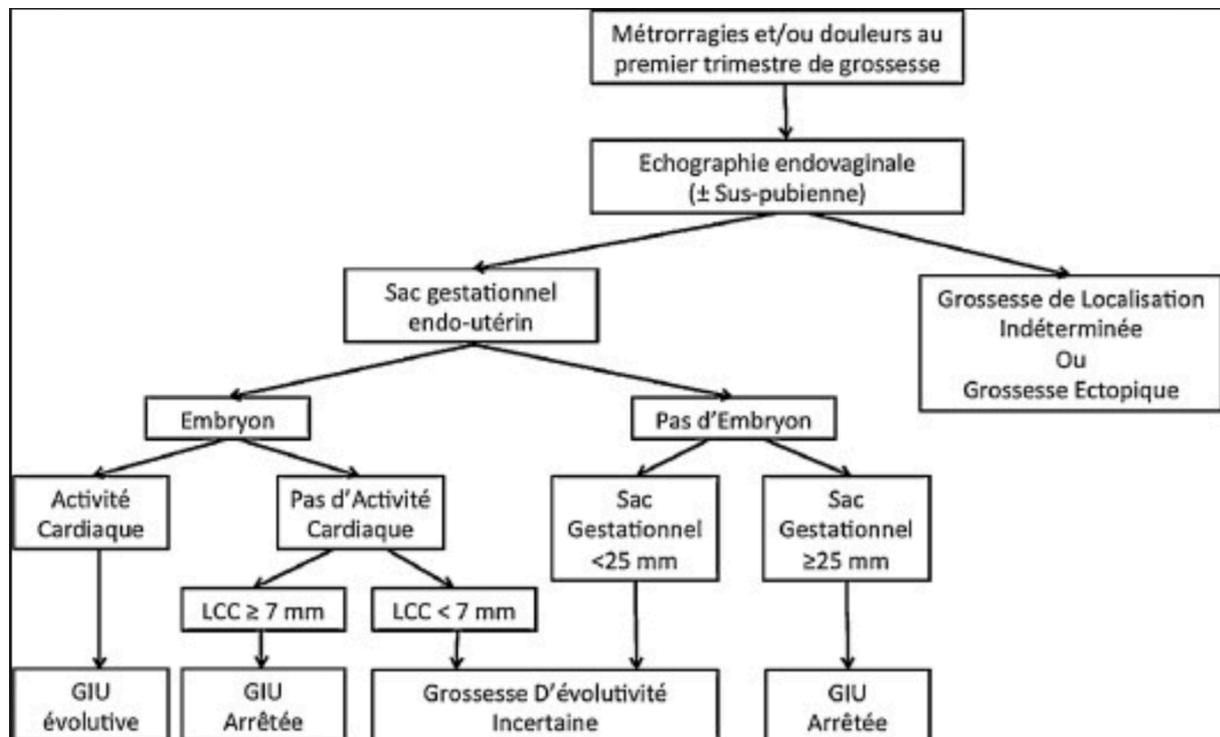


Figure V : Arbre décisionnel pour le diagnostic échographique par voie vaginale des grossesses symptomatiques [32].

Dans le cas d'une GEU, l'échographie par voie endo-vaginale est plus sensible et améliore la rapidité du diagnostic. Elle permet dans plus de deux tiers des cas de faire le diagnostic avant une rupture tubaire. Le diagnostic est confirmé devant la constatation des images d'un corps jaune et d'un endomètre décidualisé. Le pseudo-sac gestationnel est central et entouré d'une couronne endométriale simple. Ce qui diffère d'une GIU où l'on retrouve un œuf intra-utérin, de localisation excentrée et une structure comportant une double couronne trophoblastique. Des signes indirects tels qu'une masse latéro-utérine (visible dans 80% des cas), ainsi qu'un épanchement intra-péritonéal (65% des GEU) sont à rechercher pour étayer le diagnostic.

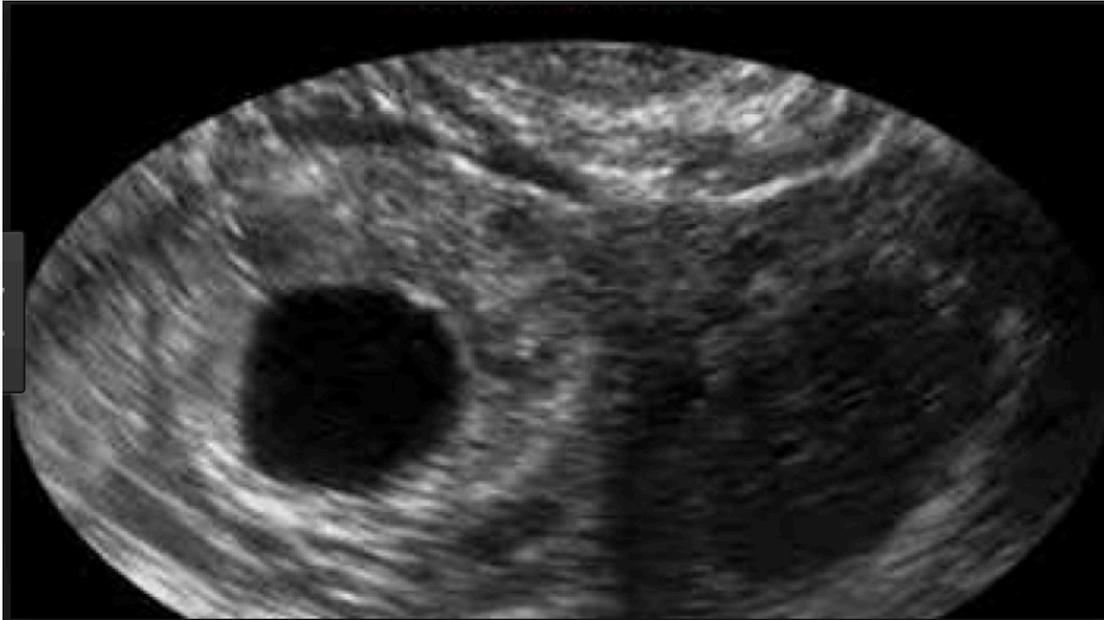


Figure VI : Image échographique d'une GEU : pseudo sac gestationnel avec masse latéro-utérine. Source web.

Dans le cas d'une grossesse molaire, nous retrouvons un utérus anormalement volumineux pour l'âge gestationnel, sans sac gestationnel ni embryon, mais une image hétérogène dite « en tempête de neige ». Les ovaires sont souvent volumineux et polykystiques.

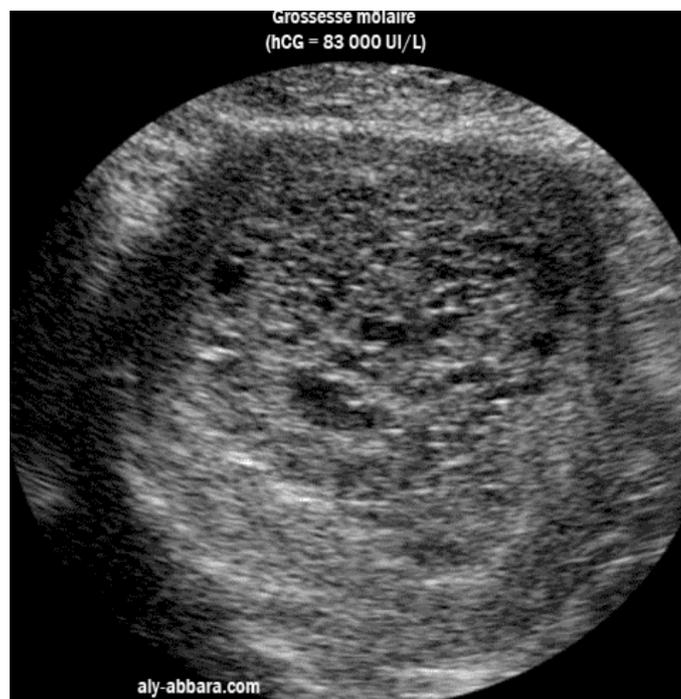


Figure VII : Image échographique d'une môle hydatiforme. Source web.

Quel contrôle proposer ?

En cas de métrorragies chez une patiente pour laquelle une GIU évolutive a été confirmée, nous pouvons proposer un contrôle échographique. Cela va dépendre de la persistance des symptômes et du contexte. Il n'y a pas d'étude à ce jour qui permet de déterminer dans quels délais le contrôle échographique doit être fait.

c) Dosage quantitatif des béta-HCG

Il existe deux dosages : le dosage qualitatif urinaire de l'HCG ou le dosage sérique quantitatif de la fraction béta de l'HCG. Un test urinaire seul n'a pas une spécificité suffisante. Le dosage sérique des béta-HCG va permettre de confirmer ou non la grossesse.

Un résultat négatif permet d'éliminer le diagnostic de grossesse. Donc en cas de métrorragies et de dosage sérique des HCG négatif, il faudra s'orienter vers une pathologie autre que la grossesse.

Cependant, un seul dosage des béta-HCG ne préjuge pas de l'évolutivité d'une grossesse, ni de sa localisation [39]. En cas de grossesse de localisation indéterminée (absence de grossesse visible à l'échographie et test sanguin et/ou urinaire positif), il y a trois hypothèses diagnostiques : une GEU? une GIU évolutive ? une GIU arrêtée ?

Le dosage quantitatif sérique des HCG a été étudié [40]. Dans une étude rétrospective au sein d'une cohorte de 651 grossesses, le seuil d'HCG sérique à partir duquel un sac gestationnel intra-utérin était visible était de 3510 UI/L (99% des cas). Le seuil minimal d'HCG à partir duquel nous avons pu observer un sac gestationnel intra-utérin était à 390 UI/L. Ainsi, en cas de grossesse indéterminée, une grossesse intra-utérine peut être exclue en cas de dosage > 3510 UI/L [40].

Toujours dans une situation de grossesse de localisation indéterminée, la cinétique des béta-HCG a son importance. De façon globale, nous retrouvons un dosage sérique de l'HCG qui doublait en moyenne tous les 1,4-1,6 jours avant 35 jours d'aménorrhée, et doublait tous les 2,0-2,7 jours après le 35ème jour de grossesse. Par ailleurs pour les patientes ayant un taux initial d'HCG inférieur à 2000 UI/L, il a été montré qu'une augmentation inférieure ou égale à 15% sur un contrôle à 48 heures permet d'éliminer formellement une GIU évolutive.

Entre 2000 et 3510 UI/L, les données publiées sont contradictoires et ne permettent pas de donner un seuil d'augmentation des béta-HCG en dessous duquel une GIU évolutive peut être éliminée.

Pour étudier la cinétique des béta-HCG à 48 heures d'intervalle, on recommande d'effectuer le dosage dans le même laboratoire avec les mêmes kits de dosage (risque de variation).

NB : Nous pourrions aussi mentionner le dosage sérique de la progestérone. En dehors de la grossesse, le taux de progestérone varie tout au long du cycle menstruel : il chute pendant la phase folliculaire et augmente pendant la phase lutéale. Le taux chute après

l'ovulation, sauf en cas de grossesse. Une méta-analyse menée en 2012 a étudié si une mesure de la progestérone en début de grossesse permettait de statuer ou non de la viabilité d'une grossesse [41]. Une mesure anormalement basse de la progestérone pour les femmes en début de grossesse permet d'exclure une grossesse viable.

d) Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle

En cas de saignement, quel que soit le stade de la grossesse, il faut prévenir le risque d'allo-immunisation fœto-maternelle. Elle est principalement due au passage de sang fœtal dans la circulation maternelle et se caractérise par la production d'anticorps maternels dirigés contre les éléments figurés du sang fœtal. Le système Rhésus est à l'origine de la majorité des allo-immunisations fœto-maternelles : le risque existe quand le fœtus est rhésus D (RH-D) positif et la mère rhésus D négatif [42].

L'enjeu est de ne pas méconnaître ce risque, car il peut être à l'origine d'anémie fœtale ou d'ictères néonataux graves, et de penser à la prévention pour les patientes présentant des saignements au cours de la grossesse.

Actuellement, il existe une technique de détermination prénatale du génotype fœtal RHD à partir du sang maternel et présente un intérêt pour cibler les patientes pouvant bénéficier d'une immunoprophylaxie [43]. Toute acte de prévention ayant un coût, ce test de dépistage a des indications bien déterminées [44].

La prophylaxie ciblée, à tout moment de la grossesse, prévient ce risque : une injection d'ImmunoGlobulines anti-D (IgAntiD) par voie IV ou IM. Une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) doit être faite avant toute injection d'IgAntiD afin de s'assurer de l'absence d'immunisation préalable [45,46].

Au premier trimestre (Risque modéré de passage d'hématies fœtales)

- Toute fausse couche spontanée ou menace de FCS du 1er trimestre
- Toute interruption de grossesse (IVG ou IMG), quels que soient le terme et la méthode utilisée
- Grossesse molaire
- Grossesse extra-utérine (GEU)
- Métrorragies
- Choriocentèse (biopsie de villosités choriales), amniocentèse
- Réduction embryonnaire
- Traumatisme abdominal
- Cerclage cervical

Aux deuxième et troisième trimestres

Risque important de passage d'hématies fœtales :

- Interruption médicale de grossesse
- Fausse couche spontanée tardive
- Mort fœtale in utero (MFIU)
- Version par manœuvres externes (VME)
- Traumatisme abdominal ou pelvien (quel que soit le terme de la grossesse)
- Intervention chirurgicale abdominale ou pelvienne (quel que soit le terme de la grossesse)
- Prélèvement ovulaire : amniocentèse, cordocentèse, placentocentèse
- Accouchement, quelle que soit la voie

Risque modéré de passage d'hématies fœtales :

- Métrorragies
- Cerclage du col utérin
- Menace d'accouchement prématuré (MAP) nécessitant un traitement

Figure VIII : Situations à risque d'allo-immunisation fœto-maternelle [45].

D) LE RÔLE DU MEDECIN GÉNÉRALISTE

Une étude publiée en 2016 dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction étudiait entre autre le profil et le motif des patientes consultant aux urgences gynécologiques [47]. Les chiffres sont intéressants : 83,4% des patientes venaient consulter sans être adressées par un professionnel de santé ; 71,1 % ont consulté pour des douleurs abdomino-pelviennes et/ou des métrorragies [47].

Mais pourquoi ces patientes consultent-elles aux urgences sans avoir consulté au préalable leur médecin traitant ? Une ancienne étudiante de l'université de Nantes a réalisé un travail de thèse en 2004, à travers une enquête auprès des patientes. L'objectif était de voir les arguments émis par les patientes leur faisant préférer leur médecin traitant ou leur gynécologue. Les arguments qui amènent les patientes à garder leur médecin traitant étaient : la relation de confiance établie au préalable, les médecins généralistes de sexe féminin, la pénurie des spécialistes et l'accès « plus facile » au médecin généraliste. Cependant, plus de 50% des patientes interrogées pensaient que les compétences de leur médecin généraliste dans ce domaine étaient limitées [48].

Les médecins généralistes montrent globalement un intérêt pour le suivi de grossesse [49]. Le plan périnatalité depuis le début des années 2000 a pour but de renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes sur la santé de la femme et de l'enfant. L'évolution actuelle de la démographie médicale (féminisation de la profession, raréfaction des gynécologues-obstétriciens en ville, saturation des maternités) influence leur implication dans le suivi de grossesse. Les freins retrouvés étaient : le manque de formation, le manque de temps, la peur des responsabilités et les difficultés d'accès au spécialiste [50].

La place du médecin généraliste n'est pas clairement définie, contrairement au gynécologue-obstétricien et à la sage femme. Chaque médecin est libre de choisir son degré d'implication dans ce domaine (en gynécologie et/ou en obstétrique). Cela dépend de son affinité dans ces disciplines et de ses compétences. Sa principale obligation est d'orienter correctement sa patiente s'il ne s'engage pas dans ce suivi. L'HAS a publié des recommandations pour les médecins généralistes [1].

Entre 10 et 20% des femmes enceintes vont présenter des symptômes anormaux au début de leur grossesse tels que les métrorragies. De plus, 50 % d'entre elles présenteront une grossesse intra-utérine qui évoluera favorablement. Le taux de métrorragies représente presque 25% sur l'ensemble des grossesses, dont environ les trois quarts au premier trimestre. Les saignements sont le plus souvent décrits comme peu abondants, et récidivant dans 30% des cas [51]. Les médecins généralistes sont plus fréquemment consultés pour des déclarations de grossesses et des pathologies intercurrentes au cours de la grossesse [2].

L'examen clinique traditionnel (interrogatoire puis inspection, auscultation, palpation) est un savoir-faire indispensable des bonnes pratiques du médecin généraliste. Cependant, il n'est pas toujours spécifique pour établir certains diagnostics. Le médecin généraliste est donc souvent conduit à prescrire une échographie.

L'impact de l'échographie réalisée par le médecin généraliste sur les besoins de santé a été étudié [52]. L'objet de l'étude concernait les échographies faites en cabinet rural de médecine générale. Ainsi, nous retrouvons dans les résultats une diminution de 22,8% des demandes d'échographie en milieu hospitalier, de 15,1% de recours au spécialiste et une baisse de 7% pour le nombre de passages aux urgences. L'American Academy of Family Physicians (AAFP) parle des avantages de l'échographie sur la santé des femmes : évaluation immédiate des situations cliniques urgentes, réduction significative du temps et du coût, meilleur accès aux soins [53]. Le nombre d'hospitalisations est également diminué [52].

Dans la démographie actuelle, la diminution du nombre de gynécologues en ville conduit le médecin généraliste à s'impliquer dans ce domaine [54]. Mais ce n'est pas la seule spécialité de nos jours qui manque d'effectif. Le nombre et le manque de disponibilités des radiologues rendent l'accès à l'échographie pour le médecin généraliste souvent difficile. Dans d'autres pays européens ainsi qu'aux États Unis, de nombreux médecins généralistes ont recours à l'échographie dans leurs pratiques courantes. En France, les médecins l'utilisant sont plus rares. Pourtant, ceux qui possèdent un appareil d'échographie au cabinet reconnaissent que cet outil est devenu indispensable dans leur pratique quotidienne [55].

En 2002, un relevé de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a montré que les actes d'échographies étaient réalisés à 49% par les radiologues ; 4% étaient réalisés par des médecins généralistes [56].

Une liste d'indications d'échographies réalisables par le médecin généraliste a été soumise proposant que l'échographie soit « le deuxième stéthoscope du généraliste » [57]. Dans cette liste, parmi les différentes indications, étaient cités :

- affirmer une image spécifique de GIU de moins de 11 SA (en cas de suspicion de GEU ou fausse couche, grossesse non désirée)
- affirmer une image spécifique d'épanchement intra-abdominal

La formation mais surtout le coût représentent les principaux freins exprimés auprès des médecins généralistes qui n'en ont pas fait l'acquisition. Les principaux obstacles portent sur la maîtrise et la place de cet examen en médecine générale, mais aussi le risque médico-légal qui en dépend [58].

E) CONTEXTE ACTUEL DANS LES PAYS DE LOIRE

En octobre 2016, une enquête menée par des membres de l'ORS Pays de la Loire et de l'URLM Pays de la Loire a été publiée dans le Panel en médecine général des Pays de la Loire. L'enquête portait sur les suivis gynécologiques et des grossesses [8] [59]. Elle a été financée par le DREES, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire. Les données ont été recueillies entre décembre 2014 et avril 2015.

a) En gynécologie

Dans le suivi gynécologique, nous constatons que les médecins généralistes reçoivent régulièrement des femmes pour un motif d'ordre gynécologique. Leur implication dans ce domaine dépasse les moyennes nationales.

Cette implication varie selon les médecins ainsi que leur contexte d'exercice. Ainsi, nous constatons que les femmes et les médecins généralistes installés dans des zones dont l'accès au spécialiste est restreint, ont une plus grande implication dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes. Dans la pratique de certains gestes, tels que l'examen des seins, la pose de spéculum, le toucher vaginal ou bien le frottis cervico-vaginal (FCV), les généralistes femmes sont majoritaires. Elles sont également plus enclines à partager l'idée que le suivi gynécologique fait partie de leur mission et se considèrent suffisamment formées pour le réaliser. Nous constatons également que les médecins généralistes installés dans une commune peu ou moyennement pourvus en gynécologues sont plus enclins à pratiquer des examens gynécologiques que leurs confrères installés à proximité des spécialistes.

L'examen gynécologique fait partie des pratiques courantes de nombreux médecins généralistes des Pays de la Loire. D'après cette étude, 63% des médecins déclaraient réaliser au moins une fois par semaine un examen des seins, 47 % pour la pose d'un spéculum et un examen du col, 47 % pour un toucher vaginal et 35% pour un FCV.

Les motifs de consultation, à l'échelle d'au moins une fois par semaine, concernaient pour 63% un suivi contraceptif, pour 45% une symptomatologie pelvienne et pour 16% une pathologie mammaire.

En comparaison régionale avec la région PACA, la région Poitou Charente, ainsi que les pratiques nationales, la région Pays de la Loire se distingue par une plus grande implication des médecins généralistes dans la pratique de certains gestes.

b) En obstétrique

Dans le suivi de grossesse, 82% des médecins généralistes des Pays de la Loire indiquaient voir au moins une fois par trimestre des patientes pour leur suivi de grossesse. Les principaux interlocuteurs étaient les gynécologues-obstétriciens ; les contacts avec les gynécologues médicaux et les sages femmes étaient nettement moins fréquents.

Une patiente consultant pour une déclaration de grossesse est un motif de consultation fréquent : 95 % des médecins déclaraient voir au moins une fois par semaine une patiente pour ce motif de consultation. Pour les praticiens qui ne suivent pas ou peu de grossesse, 89% d'entre eux précisaient que les femmes venaient rarement les consulter pour initier leur suivi avec eux.

Par rapport à la moyenne nationale, les généralistes des Pays de la Loire ont une forte implication dans la prise en charge des femmes enceintes. D'autant que la région se caractérise par une densité particulièrement faible de médecins spécialistes.

La distinction homme-femme se retrouve aussi dans le suivi de grossesse : 90% de femmes généralistes versus 78% d'hommes déclaraient avoir suivi au moins une grossesse par trimestre.

La corrélation se retrouve aussi avec la formation des jeunes médecins : soit avec la validation d'un stage de 3^{ème} cycle en gynécologie-obstétrique, soit avec une formation post-universitaire dans ce domaine.

c) Problématique et objectif de l'étude

J'ai débuté mon internat aux urgences gynécologiques du CHD de La-Roche-Sur-Yon. Durant 6 mois, j'ai pu apprendre les bonnes pratiques à travers une multitude de situations cliniques et être formée aux prérequis de l'échographie.

Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse ont été le motif de consultation le plus fréquent que j'ai été amenée à voir. A la fin de ces 6 mois de formation, en dehors de quelques situations cliniques complexes, j'étais capable de prendre en charge ces patientes seule, sous l'aval de mon médecin sénior.

Aujourd'hui, en tant que médecin généraliste, je reçois au cabinet des patientes pour ce motif. Sur une année d'exercice en libéral, le nombre de consultation pour ce motif est très faible. Et pourtant, pour chacune des patientes dont je me suis occupée, j'ai pu obtenir les examens complémentaires en fonction du degré d'urgence, et les ai orientées en fonction.

Je me suis alors posé la question : pourquoi les urgences gynécologiques sont-elles autant surchargées tandis qu'une majorité des patientes pourraient être prise en charge en ambulatoire ? Des protocoles ont été réalisés dans certains centres hospitaliers afin d'aider la prise en charge en ville, mais encore trop peu connus des médecins généralistes [60]. La place de l'échographie est primordiale pour obtenir un diagnostic précis, mais la réalisation en urgence de cet examen en ville est parfois difficile dans certaines zones géographiques et n'entre pas dans le champ de compétences du médecin généraliste. [61]

Dans la région Pays-de-la-Loire, le nombre de spécialistes en gynécologie-obstétrique diminue. Sur la période 2008-2015, les effectifs ont diminué de 33% et cette tendance se confirmera sur la période 2015-2020. Ce qui conduira les patientes à consulter leur médecin généraliste dans ce domaine. Selon l'étude de l'ORS Pays de la Loire publiée en 2016, les médecins généralistes des Pays de la Loire sont plus impliqués dans ce domaine que leurs confrères à l'échelle nationale [59].

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux du parcours de soins des patientes dans la prise en charge des métrorragies au premier trimestre de la grossesse, à travers le recours ou non aux structures d'urgence.

Nous nous sommes ainsi intéressés aux pratiques des médecins généralistes de Vendée à travers différentes situations cliniques.

Aucune étude sur ce sujet n'a été menée dans le département à ce jour.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leur ressenti dans cette prise en charge, les freins exprimés et les propositions d'amélioration.

3) MATÉRIELS ET METHODES

A) TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, transversale, non randomisée, non contrôlée, réalisée auprès des médecins généralistes libéraux de Vendée. Le support de l'étude était un questionnaire.

La recherche s'est faite hors champ de la loi Jardé sur des données ne portant pas sur la personne humaine. Aucune démarche auprès d'un CPP n'a été nécessaire.

L'objectif principal était l'analyse de la prise en charge des métrorragies au premier trimestre de la grossesse en soins primaires par les médecins généralistes libéraux en Vendée et ce, afin d'obtenir une visibilité sur le parcours de soins des patientes.

Le critère de jugement principal était : admission ou non aux urgences gynécologiques les plus proches.

Les objectifs secondaires étaient de recueillir :

- 1 : les obstacles à la prise en charge en ambulatoire
- 2 : le ressenti des médecins généralistes
- 3 : les propositions soumises pour l'amélioration des pratiques

Ainsi, les critères de jugement secondaires étaient :

- 1 : les facteurs environnementaux, logistiques, organisationnels et humains
- 2 : le sentiment de compétence, le vécu de la grossesse
- 3 : la formation, le réseau de soins, les examens complémentaires

B) QUESTIONNAIRE

L'élaboration du questionnaire s'est efforcée d'être claire et concise, et de représenter le plus fidèlement la réalité. Le nombre de questions ainsi que la présentation ont été rédigés dans le souci d'être agréable à lire, facile à remplir et le moins chronophage possible (annexe 1).

Un pré-test a été effectué auprès de 6 médecins généralistes ne figurant pas dans la population cible. Le temps pour y répondre était estimé entre 5 et 10 minutes.

Le questionnaire se divisait en 3 parties, sous forme de QCM.

Le questionnaire était anonyme et confidentiel. Il a été construit au printemps 2017 à l'aide d'un logiciel web auto-administré en ligne.

Le choix d'un questionnaire web semblait être la méthode paraissant pouvoir recueillir le plus de réponses. Cela induit un biais de sélection attendu puisque certains médecins ne sont pas encore familiarisés à ce support.

a) Première partie du questionnaire

La première partie avait pour objectif d'explorer dans un premier temps le profil socio-démographique du médecin : le sexe, l'âge, le type de cabinet, la zone d'exercice, le temps estimé de la structure d'urgence la plus proche (*questions 1 à 5*).

L'âge des médecins a été catégorisé en 3 sous groupes (< 40 ans, ≥ 40 et < 60 ans, ≥ 60 ans) selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins [54]. La description des zones d'exercices a été choisie selon les définitions de l'INSEE. Les propositions de réponses pour le temps estimé pour rejoindre la structure d'urgence la plus proche ont été choisies selon notre propre appréciation.

Dans un second temps, nous avons interrogé les praticiens sur leurs activités en gynécologie-obstétrique, leurs formations et les référentiels utilisés (*questions 6 à 12*). Le choix des activités en gynécologie-obstétrique a été réalisé selon les données du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale publiée par l'ORS des Pays de la Loire [59]. Pour la formation ainsi que pour les référentiels utilisés, les praticiens pouvaient répondre « Autres ». Dans les autres formations, nous pouvions regrouper les FMC (Formation médicale Continue), les groupes de paires, etc.

b) Deuxième partie du questionnaire

La deuxième partie comprenait 4 questions sous forme de cas cliniques, avec pour chacune des réponses à choix multiples, associées à une réponse ouverte permettant de compléter par un texte libre en fonction du cas clinique (cette dernière était facultative).

Les 4 questions ont été formulées de telle façon que différentes étiologies diagnostiques soient représentées, en se référant aux données bibliographiques (*questions 13 à 16*).

Les différentes situations cliniques étaient :

- la question 13 : une patiente avec un retard de règle et un test urinaire positif venant consulter pour des métrorragies de faible abondance.
- la question 14 : une patiente de 12 SA avec échographie antérieure confirmant la grossesse intra-utérine et consultant pour des métrorragies survenues 3 jours auparavant.
- la question 15 : une patiente consultant pour des algies pelviennes latéralisées en fosse iliaque gauche, associées à des pertes sales, dans un contexte de retard de règles.
- la question 16 : une patiente de 7 SA présentant des métrorragies abondantes avec perte de caillot, sans échographie préalable et une hémodynamique stable.

Les différentes réponses étaient les mêmes pour chacun des cas cliniques :

Que faites vous ? :

- *des examens biologiques en ambulatoire*
- *des examens d'imagerie en ambulatoire*
- *prescription de traitement(s) médicamenteux*
- *orientation vers les urgences gynécologiques*
- *ne se prononce pas*

Pour les examens biologiques, les réponses sous-entendaient en première intention la prescription de béta-HCG, et selon le cas clinique (NFS, groupe ABO, Rhésus, RAI, CRP, et bilan infectieux).

La réponse par examens d'imagerie attendait la prescription d'une échographie (abdominale et/ou par voie endo-vaginale).

Le principe des réponses libres était de piocher parmi les appréciations des médecins répondants les différents examens attendus (mots clés).

Nous avons ensuite choisi de regrouper les 3 premières réponses (examens biologiques en ambulatoire, examens d'imagerie en ambulatoire, prescription de traitement(s) médicamenteux) sous l'intitulé global « prise en charge en ambulatoire ». De même, nous avons pris l'initiative de regrouper les médecins ayant répondu « orientation vers les urgences gynécologiques » et « ne se prononce pas » sous l'intitulé « orientation urgences ». Un médecin prescrivant des examens en ambulatoire tout en adressant vers les urgences a été inclus dans le groupe « orientation urgences ». De même, nous avons décidé d'inclure dans le groupe « orientation urgences » un médecin ne se prononçant pas.

c) Troisième partie du questionnaire

La troisième et dernière partie se consacrait à l'évaluation du ressenti du médecin dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre au cabinet et sur la formulation de freins à cette prise en charge. Cette partie comprenait sur le même procédé que la précédente partie, des réponses à choix multiples et des réponses à texte libre (*questions 17 à 20*).

C) ÉCHANTILLON

L'étude a été menée auprès des médecins généralistes libéraux, installés dans le département de la Vendée (85), et dont les coordonnées étaient répertoriées auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Vendée. L'ensemble des médecins généralistes libéraux ayant fourni une adresse e-mail valide ont reçu le questionnaire et ont eu la possibilité d'y répondre.

Les critères de non-inclusion étaient les médecins généralistes à activité hospitalière uniquement.

Le nombre de médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vendée est estimé à 470, selon l'Atlas de la démographie médicale publié en janvier 2017 par le Conseil National de l'Ordre des médecins [54]. Le taux de réponse attendu était de 100.

D) RECUEIL DE DONNÉES

L'envoi du questionnaire était sous forme d'e-mail avec présentation du sujet et de l'objectif de l'étude. Mes coordonnées personnelles étaient précisées afin de permettre aux praticiens le désirant de me contacter (annexe 2).

La confidentialité des données a été la raison pour laquelle nous n'avons pas obtenu directement les adresses e-mails des médecins généralistes, et l'envoi du questionnaire n'a été possible qu'après approbation du Conseil de l'Ordre de Vendée.

Il a été envoyé par e-mail au début de l'été 2017, par l'intermédiaire du secrétariat du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Vendée. Le faible taux de réponses a nécessité un deuxième envoi à l'automne 2017, puis un troisième et dernier envoi en décembre 2017.

En raison du temps précieux des médecins, et afin d'éviter leur « sur-sollicitation », nous avons décidé de ne pas réaliser un quatrième envoi.

E) ANALYSE DES DONNÉES

Le travail statistique a été réalisé par les statisticiennes de l'Unité de Recherche Clinique (URC) du centre hospitalier de La-Roche-sur-Yon (CHD Vendée).

Le questionnaire comprenait des variables qualitatives et quantitatives.

Pour les données socio-démographiques, la seule variable quantitative était l'âge du médecin répondant. Les variables qualitatives étaient les suivantes : le sexe, le type de cabinet, la zone d'exercice, le temps estimé de la structure d'urgence la plus proche, la pose de stérilet, la pose d'implants contraceptifs, la prescription de pilules contraceptives, la réalisation de frottis, le suivi de grossesse, la formation et les référentiels utilisés.

L'analyse des données a consisté en la description de l'ensemble des réponses au questionnaire. Pour répondre aux objectifs posés, les analyses suivantes ont été réalisées :

- analyse descriptive : caractéristiques des médecins répondants, réponses aux questions fermées.
- analyses uni-variées entre les principales variables d'intérêt.

La description des variables quantitatives comprenait le minimum, le maximum, quartiles, moyenne et écart-type. La description des variables qualitatives comprenait les effectifs et le pourcentage de chaque modalité.

Les tests statistiques comprenaient le test du Khi2 (ou de Fisher si les effectifs étaient trop faibles), ou le test de Student. Le seuil de significativité était fixé à 5% ($p < 0,05$).

Les résultats ont été collectés sous fichier Excel par l'intermédiaire du logiciel web nommé WebQuest.

Les réponses libres n'ont pas été intégrées initialement dans le travail statistique mais ont été relevées dans un second temps pour compléter les premières données statistiques. Les mots clés ont été choisis par nos soins à travers les données bibliographiques et selon le contexte clinique. Les équivalents des mots clés ont été choisis afin de renforcer les réponses, et ce dans un contexte où plusieurs termes peuvent correspondre à la même idée.

Nous en avons choisi 11. Les principaux mots clés étaient :

- béta-HCG (ou équivalent HCG)
- échographie
- cinétique (ou équivalent « à 48 heures »)
- NFS (ou équivalent hémoglobinémie)
- Rhophylac® (ou équivalent prévention allo-immunisation)
- RAI
- groupe sanguin (ou équivalent rhésus)
- conseils d'usage (ou équivalent surveillance)
- PV (ou équivalent prélèvements)
- BU (ou équivalent ECBU)
- CRP

4) RÉSULTATS

A) RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

L'envoi initial du questionnaire au 1^{er} juin 2017 a permis de recueillir 17 réponses. Nous avons obtenu 25 réponses supplémentaires à la première relance au 2 octobre 2017, puis 57 réponses à la deuxième et dernière relance au 1^{er} décembre 2017.

Au total, nous avons obtenu 99 réponses. Par rapport à l'effectif total de la population, nous obtenons un échantillon de 21%.

B) DESCRIPTION DES MÉDECINS RÉPONDANTS

a) Profil socio-démographique

Cette partie correspond aux questions 1 à 5 du questionnaire (annexe 1).

a1- Age :

Le médecin le plus jeune était âgé de 29 ans, le plus âgé de 71 ans.

La moyenne d'âge des médecins répondants était de 47,7 ans (écart-type 11,4).

L'âge médian était de 46 ans.

Age	Effectif	%
< 40 ans	29	29,3
40-60 ans	50	50,5
> 60 ans	20	20,2

Tableau 1 : Effectifs de la population de l'étude par tranche d'âge.

a2- Sexe :

Le nombre de femmes ayant répondu au questionnaire était de 54 (54,5%) versus 45 hommes (45,5%).

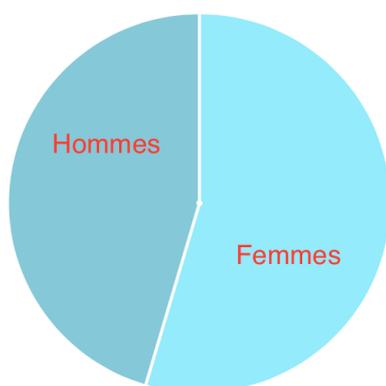


Figure IX : Diagramme de répartition selon le sexe.

a3- Exercice :

Le nombre de médecins travaillant en cabinet de groupe était de 76 (76,8%), 23 médecins (23,2%) exerçaient seuls.

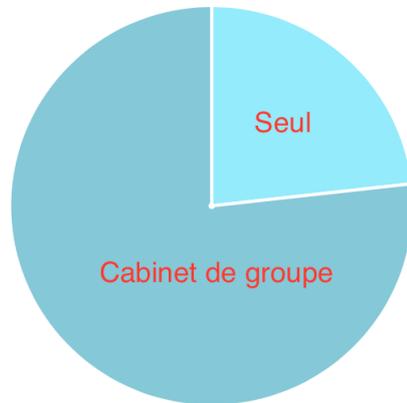


Figure X : Diagramme de répartition selon le type de cabinet.

Concernant la zone d'exercice, 27 médecins (27,3%) travaillaient en zone urbaine, 26 en zone péri-urbaine (26,2%), 46 en zone rurale (46,5%).

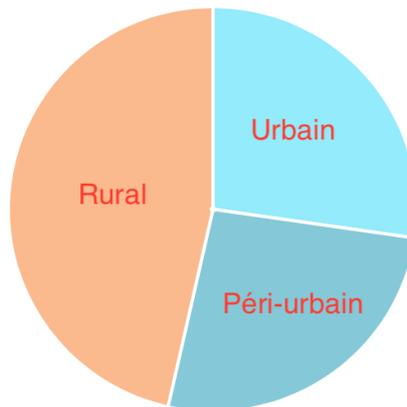


Figure XI : Diagramme de répartition selon la zone d'exercice.

a4- Temps estimé de la structure d'urgence la plus proche :

Un médecin n'a pas répondu à la question ce qui constitue une donnée manquante.

Temps	Effectif	%
< 40 min	76	77,6
40-59min	18	18,4
≥60 min	4	4

Tableau 2 : Proportions de la population de l'étude selon la zone d'exercice.

b) Activité en gynécologie-obstétrique

Cette partie correspond aux questions 6 à 10 du questionnaire (annexe 1).

Acte	Effectif	%
Pose de stérilet	35	35,4
Pose d'implant contraceptif	53	53,5
Prescription de pilules contraceptives	99	100
Frottis	92	92,9
Suivis de grossesse	88	88,9

Tableau 3 : Effectifs de la population pour l'activité en gynécologie-obstétrique.

L'ensemble des médecins répondants (100%) déclarait prescrire des pilules contraceptives.

Sur l'ensemble des médecins suivant des grossesses (n=88) : 35 d'entre eux (39,8%) déclaraient suivre de 1 à 4 grossesses, 42 médecins de 5 à 9 grossesses (47,7%) et 11 médecins (12,5%) pour 10 grossesses et plus.

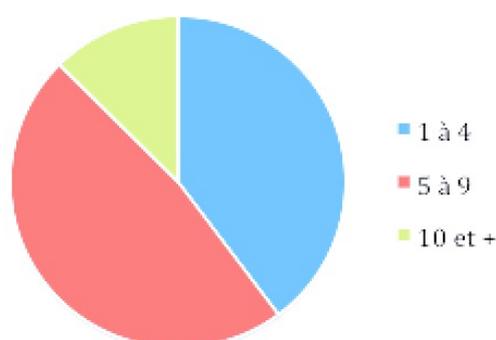


Figure XII : Diagramme de représentation du nombre de suivi de grossesse (en dehors des médecins qui ne suivent pas de grossesse).

c) Formation et référentiels utilisés

Cette partie correspond aux questions 11 et 12 du questionnaire.

c1- Formation :

Pour cette question, le médecin répondant pouvait cocher une ou plusieurs réponses. Ainsi, l'effectif total était supérieur à 99.

Formation	Effectif	%
DU gynécologie	14	14,1
Stage au planning familial	21	21,2
Semestre interne à l'UGO	39	39,4
Stage externe à l'UGO	37	37,4
Autres	34	34,3
Aucune	11	11,1

Tableau 4 : Proportions des différentes formations pour la population de l'étude.

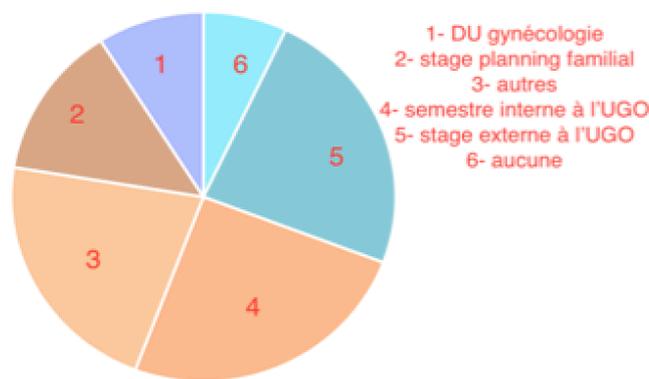


Figure XIII : Diagramme de représentation des différentes formations pour la population de l'étude.

Les 2 principales formations représentées dans notre échantillon étaient le stage d'interne (39,4%) ainsi que le stage d'externe aux urgences gynécologiques (37,4%).

Parmi les médecins répondants, 7 d'entre eux (7%) avaient réalisé un stage d'interne aux urgences gynécologiques et un DU de gynécologie. Ainsi, 46 médecins (46,5%) avaient soit réalisé un semestre d'interne et/ou un DU de gynécologie.

Les autres formations (FMC, groupes de paires, etc), qui constituent la formation quotidienne des praticiens, étaient représentées à 34,3%.

Dans notre échantillon, 11 médecins (11,1%) déclaraient n'avoir aucune formation.

DU et/ou semestre interne	Non N= 53	Oui N=46	p
Age			
- <40 ans	15 (28,3)	14 (30,4)	0,02
- 40-59 ans	22 (41,5)	28 (60,9)	
- ≥ 60 ans	16 (30,2)	4 (8,7)	
Sexe			
- Homme	29 (54,7)	16 (34,8)	0,04
- Femme	24 (45,3)	30 (65,2)	

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 5 : Caractéristiques de la population de l'étude selon la formation (semestre d'interne et/ou DU).

Dans notre échantillon, nous retrouvons une différence statistiquement significative entre les médecins ayant réalisé un stage d'interne aux urgences gynécologiques et/ou un DU de gynécologie avec ceux ayant une autre formation.

Dans notre échantillon, les médecins ayant réalisé un stage d'interne aux urgences gynécologiques et/ou un DU de gynécologie étaient surtout des médecins femmes ($p=0,04$) ; il y avait une différence significative selon la tranche d'âge ($p=0,02$).

c2- Référentiels utilisés :

Pour cette question, le médecin répondant pouvait cocher une ou plusieurs réponses. Ainsi, l'effectif total était supérieur à 99.

Référentiel	Effectif	%
Recommandations HAS	54	54,5
Recommandations CNGOF	30	30,3
CRAT	75	75,8
Gestaclac	34	34,3
Protocole CHU de Nantes	15	15,2
Autres	12	12,1

Tableau 6 : Proportions des référentiels utilisés dans la population de l'étude.

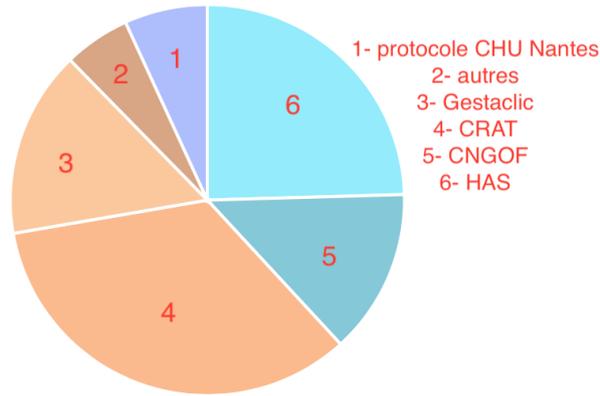


Figure XIV : Diagramme de représentation des référentiels utilisés dans la population de l'étude.

- Le site du CRAT était majoritairement représenté et utilisé par 75,8% des médecins (N=75).

La moyenne d'âge était à 45,1 ans (écart-type 11).

Dans notre échantillon, les femmes utilisaient majoritairement cet outil (64%) par rapport aux hommes (36%) ; cela se retrouve aussi pour les plus jeunes praticiens.

	CRAT	Effectif N=75	Total N=99
Age			
- Min-Max		29 - 71	29 - 71
- Moyenne \pm Ecart type		45,1 \pm 11,0	47,7 \pm 11,4
- Médiane [Q1-Q3]		43,0 [35,0-55,0]	46,0 [38,0-58,0]
Age			
- <40 ans		28 (37,3)	29 (29,3)
- 40-59 ans		38 (50,7)	50 (50,5)
- \geq 60 ans		9 (12,0)	20 (20,2)
Sexe			
- Homme		27 (36,0)	45 (45,5)
- Femme		48 (64,0)	54 (54,5)

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 7 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au CRAT.

- Les recommandations de l'HAS étaient consultées par 54,5% des médecins (N=54). La moyenne d'âge était à 47,7 ans (écart-type 11,7).

HAS	Effectif N=54	Total N=99
Age		
- Min-Max	29 - 71	29 - 71
- Moyenne \pm Ecart type	47,7 \pm 11,7	47,7 \pm 11,4
- Médiane [Q1-Q3]	46,0 [38,0-58,0]	46,0 [38,0-58,0]
Age		
- <40 ans	16 (29,6)	29 (29,3)
- 40-59 ans	27 (50,0)	50 (50,5)
- \geq 60 ans	11 (20,4)	20 (20,2)
Sexe		
- Homme	25 (46,3)	45 (45,5)
- Femme	29 (53,7)	54 (54,5)

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 8 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours aux recommandations de l'HAS.

- Le site Gestaclic était utilisé par 34,3% des médecins (N=34).
La moyenne d'âge était à 42,7 ans (écart-type 11,5).

GESTACLIC	Effectif N=34	Total N=99
Age		
- Min-Max	29.0 - 71.0	29 - 71
- Moyenne \pm Ecart type	42,7 \pm 11,5	47,7 \pm 11,4
- Médiane [Q1-Q3]	40,5 [33,0-53,0]	46,0 [38,0-58,0]
Age		
- <40 ans	16 (47,1)	29 (29,3)
- 40-59 ans	15 (44,1)	50 (50,5)
- \geq 60 ans	3 (8,8)	20 (20,2)
Sexe		
- Homme	13 (38,2)	45 (45,5)
- Femme	21 (61,8)	54 (54,5)

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 9 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au site Gestaclic.

- Les références du CNGOF étaient consultées par 30,3% des médecins (N=30).
La moyenne d'âge était à 45,5 ans (écart-type 10,2).

CNGOF	Effectif N= 30	Total N=99
Age		
- Min-Max	30 - 62	29 - 71
- Moyenne \pm Ecart type	45,5 \pm 10,2	47,7 \pm 11,4
- Médiane [Q1-Q3]	45,0 [37,0-54,0]	46,0 [38,0-58,0]
Age		
- <40 ans	9 (30,0)	29 (29,3)
- 40-59 ans	17 (56,7)	50 (50,5)
- \geq 60 ans	9 (30,0)	20 (20,2)
Sexe		
- Homme	11 (36,7)	45 (45,5)
- Femme	19 (63,3)	54 (54,5)

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 10 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au CNGOF.

- Le protocole du CHU de Nantes était utilisé par seulement 15,2% des médecins (N=15).

La moyenne d'âge était à 40,6 ans (écart-type 8,8).

Protocole CHU	Effectif N=15	Total N=99
Age		
- Min-Max	31 - 60	29 - 71
- Moyenne \pm Ecart type	40,6 \pm 8,6	47,7 \pm 11,4
- Médiane [Q1-Q3]	39,0 [34,0-43,0]	46,0 [38,0-58,0]
Age		
- <40 ans	8 (53,3)	29 (29,3)
- 40-59 ans	6 (40,0)	50 (50,5)
- \geq 60 ans	1 (6,7)	20 (20,2)
Sexe		
- Homme	2 (13,3)	45 (45,5)
- Femme	13 (86,7)	54 (54,5)

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 11 : Caractéristiques des médecins de la population ayant recours au protocole du CHU.

d) Caractéristiques de notre échantillon dans la pratique de la gynécologie-obstétrique

Les tableaux suivant montrent les pratiques des médecins généralistes de notre échantillon selon différentes caractéristiques.

d1) Selon le sexe :

Le tableau suivant compare les pratiques en gynécologie-obstétrique de notre échantillon selon le sexe des médecins répondants.

	Homme N= 45	Femme N=54	Total N=99	p
Prescription pilule contraceptive	45 (100)	54 (100)	99 (100)	
Pose de stérilet	19 (42,2)	16 (29,6)	35 (35,4)	0,19
Pose d'implant contraceptif	21 (46,7)	32 (59,3)	53 (53,5)	0,21
Nb de suivi de grossesse par an				
1 à 4	19 (42,2)	16 (29,6)	35 (35,4)	0,06
5 à 9	14 (31,1)	28 (51,9)	42 (42,4)	
10 et +	4 (8,9)	7 (13)	11 (11,1)	
Réalisation de frottis	40 (88,9)	52 (96,3)	92 (92,9)	0,24

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 12 : Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon le sexe.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre ces 2 groupes dans la pratique de la gynécologie-obstétrique.

d2) Selon l'âge :

Le tableau suivant compare les pratiques en gynécologie-obstétrique de notre échantillon selon l'âge des médecins répondants.

	< 40 ans N=29	40-59 ans N=50	≥ 60 ans N=20	Total N=99	p
Prescription pilule contraceptive	29 (100)	50 (100)	20 (100)	99 (100)	
Pose de stérilet	7 (24,1)	20 (40)	8 (40)	35 (35,4)	0,32
Pose d'implant contraceptif	20 (69)	26 (52)	7 (35)	53 (53,5)	0,06
Nb de suivi de grossesse par an					
1 à 4	6 (20,7)	15 (30)	14 (70)	35 (35,4)	0,006
5 à 9	18 (62,1)	19 (38)	5 (25)	42 (42,4)	
10 et +	2 (6,9)	9 (18)	0 (0)	11 (11,1)	
Réalisation de frottis	27(93,1)	45 (90)	20 (100)	92 (92,9)	0,50

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 13: Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon l'âge.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'âge et la pratique de la gynécologie-obstétrique, en dehors du suivi de grossesse (p=0,006).

d3) Selon la zone d'exercice :

Le tableau suivant compare les pratiques en gynécologie-obstétrique de notre échantillon selon la zone d'exercice des médecins répondants.

	Zone urbaine N=27	Zone péri-urbaine N=26	Zone rurale N=46	Total N=99	p
Prescription pilule contraceptive	27 (100)	26 (100)	46 (100)	99 (100)	
Pose de stérilet	4 (14,8)	11 (42,3)	20 (43,5)	35 (35,4)	0,03
Pose d'implant contraceptif	8 (29,6)	19 (73,1)	26 (56,5)	53 (53,5)	0,005
Nb de suivi de grossesse par an					
1 à 4	12 (44,4)	9 (34,6)	14 (30,4)	35 (35,4)	0,08
5 à 9	9 (33,3)	11 (42,3)	22 (47,8)	42 (42,4)	
10 et +	0 (0)	5 (19,2)	6 (13)	11 (11,1)	
Réalisation de frottis	24 (88,9)	25 (96,2)	43 (93,5)	92 (92,9)	0,68

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 14 : Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon la zone d'exercice.

La zone d'exercice du médecin avait un impact sur la pose de stérilet et la pose d'implant contraceptif par le médecin généraliste (respectivement $p=0,03$ et $p=0,005$). Cependant, il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur la réalisation des frottis et le suivi de grossesse.

d4) Selon la formation :

Le tableau ci-dessous montre l'activité en gynécologie-obstétrique parmi les médecins de notre échantillon qui ont soit un DU de gynécologie, soit effectué un stage d'interne en gynécologie-obstétrique, ou les deux.

	DU et/ou semestre interne N=46	Autres formations N=53	Total N=99	p
Prescription pilule contraceptive	46 (100)	53 (100)	99 (100)	
Pose de stérilet	23 (50)	12 (22,6)	35 (35,4)	0,004
Pose d'implant contraceptif	34 (73,9)	19 (35,8)	53 (53,5)	0,0002
Nb de suivi de grossesse par an				
1 à 4	15 (32,6)	20 (37,7)	35 (35,4)	0,13
5 à 9	22 (47,8)	20 (37,7)	42 (42,4)	
10 et +	7 (15,2)	4 (7,5)	11 (11,1)	
Réalisation de frottis	45 (97,8)	47 (88,7)	92 (92,9)	0,11

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 15 : Pratiques de la gynécologie-obstétrique de la population selon la formation.

La formation (DU et/ou semestre d'interne aux gynécologiques) du médecin avait un impact sur la pose de stérilet et la pose d'implant contraceptif par le médecin généraliste (respectivement $p=0,004$ et $p=0,0002$).

Cependant, il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur la réalisation des frottis et le suivi de grossesse.

C) PRESCRIPTIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

a) Données issues des cas cliniques

Les questions 13 à 16 correspondaient à 4 situations cliniques (annexe 1). Pour chacune de ces questions, il y avait 5 réponses à choix multiples. Les réponses étaient les mêmes pour les 4 questions. Pour chacune des questions, le médecin répondant avait la possibilité de commenter s'il le souhaitait.

Comme expliqué précédemment, nous avons choisi de regrouper les 3 premières réponses (examens biologiques en ambulatoire, examens d'imagerie en ambulatoire, prescription de traitement(s) médicamenteux) sous l'intitulé global « *prise en charge en ambulatoire* ».

De même, nous avons regroupé les médecins ayant répondu « orientation vers les urgences gynécologiques » et « ne se prononce pas » sous l'intitulé « *orientation urgences* ».

Un médecin proposant des examens en ambulatoire mais préconisant une prise en charge aux urgences a été inclus dans le groupe « *orientation urgences* ».

Ainsi, les sous effectifs dépassaient les effectifs globaux. Pour l'interprétation des tableaux, les données chiffrées et soulignées correspondaient à un effectif de médecins, tandis que les autres correspondaient à un nombre de réponses cochées.

Il n'y avait pas de différence significative (concernant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, le type de cabinet et la formation) entre les médecins répondants « orientation vers les urgences gynécologiques » et ceux répondant « ne se prononce pas ». Cela nous a conduit à les regrouper.

a1) Question 13 : cas du retard de règle.

Dans cette situation clinique, 76,8% des médecins proposaient une prise en charge en ambulatoire versus 23,2% une prise en charge aux urgences gynécologiques.

La prescription d'examens biologiques était représentée à 77,8% et les examens d'imagerie à 43,4%.

Seul 4% des médecins prescrivait un traitement médicamenteux.

Réponses	Effectif	%
<u>Prise en charge en ambulatoire</u>	<u>76</u>	<u>76,8</u>
- <i>examens biologiques</i>	77	77,8
- <i>examens d'imagerie</i>	43	43,4
- <i>prescription de traitement médicamenteux</i>	4	4
<u>Orientation urgences</u>	<u>23</u>	<u>23,2</u>
- <i>ne se prononce pas</i>	3	3
- <i>orientation vers les urgences gynécologiques</i>	20	20,2

Tableau 16 : Réponses à la question 13.

Comme cela était proposé, 79 médecins ont commenté leurs réponses.

Mots clés	Effectif	%
BétaHCG	70	88,6
Cinétique	11	13,9
Echographie	49	62
RAI	15	19
Hémoglobine	9	11,4
Groupe ABO	8	10,1
Rhophylac®	2	2,5
Conseils d'usage	4	5

Tableau 17 : Répartitions des mots clés issus de la question 13.

Les mots clés les plus retrouvés étaient la prescription de béta-HCG (88,6%) et la réalisation d'une échographie (62%).

La prescription d'un traitement médicamenteux était mentionnée par 4 médecins dont 2 précisaient le traitement par Immunoglobuline anti-D (Rhophylac®).

Parmi les médecins répondants, 4 d'entre eux (5%) appuyaient l'importance des consignes de surveillance.

a2) Question 14 : cas de la GIU.

Dans cette situation clinique, 61,6% des médecins proposaient une prise en charge en ambulatoire versus 38,4% une prise en charge aux urgences gynécologiques.

La prescription d'examens biologiques était représentée à 19,2% et les examens d'imagerie à 60,6%. Seul 5% des médecins prescrivaient un traitement médicamenteux.

Réponses	Effectif	%
<u>Prise en charge en ambulatoire</u>	<u>61</u>	<u>61,6</u>
- <i>examens biologiques</i>	19	19,2
- <i>examens d'imagerie</i>	60	60,6
- <i>prescription de traitement médicamenteux</i>	5	5
<u>Orientation urgences</u>	<u>38</u>	<u>38,4</u>
- <i>ne se prononce pas</i>	18	18,2
- <i>orientation vers les urgences gynécologiques</i>	20	20,2

Tableau 18 : Réponses à la question 14.

Comme cela était proposé, 67 médecins ont commenté leurs réponses.

Mots clés	Effectif	%
BétaHCG	7	10,4
Cinétique	3	4,5
Echographie	52	77,6
RAI	7	10,4
Hémoglobine	2	3
Groupe ABO	1	1,5
Rhophylac®	4	6
Conseils d'usage	2	3

Tableau 19 : Répartitions des mots clés issus de la question 14.

L'échographie était citée 52 fois (77,6%). La prescription de béta-HCG était citée 7 fois (10,4%), dont 3 avec une surveillance de la cinétique.

Le bilan biologique (RAI, hémoglobine, Groupe ABO) était proposé respectivement à 10,4%, 3% et 1,5%.

La prescription de traitement médicamenteux était mentionnée par 5 médecins et 4 d'entre eux précisaient le traitement par Immunoglobuline anti-D (Rhophylac®).

a3) Question 15 : cas des algies pelviennes.

Dans cette situation clinique, 54,5% des médecins proposaient une prise en charge en ambulatoire versus 45,4% une prise en charge aux urgences gynécologiques.

La prescription d'examens biologiques était représentée à 57,6% et les examens d'imagerie à 24,2%. Seul 8% des médecins prescrivaient un traitement médicamenteux.

Malgré la prescription d'un bilan biologique et /ou d'une imagerie en ambulatoire, la proportion d'orientation vers les urgences était importante.

Réponses	Effectif	%
<u>Prise en charge en ambulatoire</u>	<u>54</u>	<u>54,5</u>
- examens biologiques	57	57,6
- examens d'imagerie	24	24,2
- prescription de traitement médicamenteux	8	8
<u>Orientation urgences</u>	<u>45</u>	<u>45,5</u>
- ne se prononce pas	5	5
- orientation vers les urgences gynécologiques	40	40,4

Tableau 20 : Réponses à la question 15.

Comme cela était proposé, 60 médecins ont commenté leurs réponses.

Mots clés	Effectif	%
BétaHCG	49	81,7
Cinétique	0	0
Echographie	24	40
RAI	3	5
Hémoglobine	21	35
Groupe ABO	2	3,3
Rhophylac®	1	1,7
PV	26	43,3
ECBU	7	11,7
CRP	20	33,3

Tableau 21: Répartitions des mots clés issus de la question 15.

La prescription de biologie était majoritairement précisée : les béta-HCG (81,7%), et un bilan infectieux (CRP, prélèvement vaginal, ECBU). Une hémoglobinémie (ou NFS) était prescrite par 35% d'entre eux.

Une imagerie était prescrite par 24 médecins (24,2%) et chacun d'entre eux précisait la réalisation d'une échographie pelvienne.

a4) Question 16 : cas de la fausse couche spontanée.

Dans cette situation clinique, 68,7% des médecins proposait une prise en charge aux urgences gynécologiques tandis que 31,3% d'entre eux proposaient eux une prise en charge en ambulatoire.

La prescription d'examens biologiques était représentée à 30,3% et les examens d'imagerie à 20,2%.

Malgré la prescription d'un bilan biologique et/ou d'une imagerie en ambulatoire, la proportion d'orientation vers les urgences était importante.

Réponses	Effectif	%
<u>Prise en charge en ambulatoire</u>	<u>31</u>	<u>31,3</u>
- examens biologiques	30	30,3
- examens d'imagerie	20	20,2
- prescription de traitement médicamenteux	4	4
<u>Orientation urgences</u>	<u>68</u>	<u>68,7</u>
- ne se prononce pas	9	9
- orientation vers les urgences gynécologiques	58	58,6

Tableau 22: Réponses à la question 16.

Comme cela était proposé, 40 médecins ont commenté leurs réponses.

Mots clés	Effectif	%
BétaHCG	30	75
Cinétique	16	40
Echographie	22	55
RAI	7	17,5
Hémoglobine	1	2,5
Groupe ABO	2	5
Rhophylac®	5	12,5

Tableau 23 : Répartitions des mots clés issus de la question 16.

La prescription de béta-HCG était citée 30 fois (75%), dont 16 fois avec une surveillance de la cinétique. De plus, 22 médecins prescrivait une échographie (40%).

La prescription d'un bilan sanguin (Groupe sanguin et RAI) était respectivement proposée 2 et 7 fois (5% et 17,5%).

La prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle était mentionnée 5 fois (12,5%).

b) Prise en charge selon le profil sociodémographique du médecin

Comme expliqué précédemment, les médecins répondants ont été répartis en 2 groupes en fonction de leurs réponses : « *prise en charge en ambulatoire* » versus « *orientation urgences* ».

b1- Question 13 : cas du retard de règle.

	Prise en charge ambulatoire N=76	Orientation Urgences N=23	p
Sexe			
- Homme	34 (44,7)	11 (47,8)	0,79
- Femme	42 (55,3)	12 (52,2)	
Age - min-max	29 - 71	30 - 64	0,62
- Moyenne ± Ecart-type	47,4 ± 11,0	48,7 ± 12,7	
Age			
- <40 ans	21 (27,6)	8 (34,8)	0,72
- 40-59 ans	40 (52,6)	10 (43,5)	
- ≥ 60 ans	15 (19,7)	5 (21,7)	
Zone d'exercice			
- zone urbaine	20 (26,3)	7 (30,4)	0,08
- zone péri-urbaine	24 (31,6)	2 (8,7)	
- zone rurale	32 (42,1)	14 (60,9)	
Cabinet			
- de groupe	56 (73,7)	20 (87)	0,18
- seul	20 (26,3)	3 (13)	
Formation			
- oui	41 ((53,9)	5 (21,7)	0,006
- non	35 (46,1)	18 (78,3)	

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 24 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « *prise en charge en ambulatoire* » versus « *orientation urgences* », question 13.

Pour la question 13, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge, le sexe, la zone d'exercice et le type de cabinet entre les 2 groupes (*prise en charge en ambulatoire* versus *orientation urgences*).

La moyenne d'âge entre ces 2 groupes était similaire.

Cependant, il y avait une différence statistiquement significative entre ces 2 groupes concernant la formation ($p=0,006$). Les médecins ayant dans leur cursus réalisé un semestre d'interne aux urgences gynécologiques et/ou obtenu un DU de gynécologie préconisaient majoritairement une prise en charge en ambulatoire.

b2- Question 14 : cas de la GIU.

	Prise en charge ambulatoire N=61	Orientation Urgences N=38	p
Sexe			
- Homme	28 (45,9)	17 (44,7)	0,90
- Femme	33 (54,1)	21 (55,3%)	
Age			
- min-max	29 - 71	29 - 64	0,83
- Moyenne \pm Ecart-type	47,9 \pm 11,1	47,4 \pm 11,9	
Age			
- <40 ans	16 (26,2)	13 (34,2)	0,41
- 40-59 ans	34 (55,7)	16 (42,1)	
- \geq 60 ans	11 (18)	9 (23,7)	
Zone d'exercice			
- zone urbaine	15 (24,6)	12 (31,6)	0,58
- zone péri-urbaine	18 (29,5)	8 (21,1)	
- zone rurale	28 (45,9)	18 (47,4)	
Cabinet			
- de groupe	45 (73,8)	31 (81,6)	0,37
- seul	16 (26,2)	7 (18,4)	
Formation			
- oui	35 (57,4)	11 (28,9)	0,005
- non	26 (42,6)	27 (71,1)	

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 25 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « prise en charge en ambulatoire » versus « orientation urgences », question 14.

Pour la question 14, les résultats étaient semblables à ceux de la question 13. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge, le sexe, la zone d'exercice et le type de cabinet entre les 2 groupes (*prise en charge en ambulatoire* versus *orientation urgences*).

La moyenne d'âge entre ces 2 groupes était similaire.

De même, nous retrouvons une différence statistiquement significative entre ces 2 groupes concernant la formation ($p=0,005$).

b3- Question 15 : cas des algies pelviennes.

	Prise en charge ambulatoire N=54	Orientation Urgences N=45	p
Sexe			
- Homme	23 (42,6)	22 (48,9)	0,53
- Femme	31 (57,4)	23 (51,1)	
Age			
- min-max	29 - 63	30 - 71	0,17
- Moyenne ± Ecart-type	46,3 ± 11,5	49,4 ± 11,0	
Age			
- <40 ans	19 (35,2)	10 (22,2)	0,36
- 40-59 ans	25 (46,3)	25 (55,6)	
- ≥ 60 ans	10 (18,5)	10 (22,2)	
Zone d'exercice			
- zone urbaine	15 (27,8)	12 (26,7)	0,86
- zone péri-urbaine	13 (24,1)	13 (28,9)	
- zone rurale	26 (48,1)	20 (44,4)	
Cabinet			
- de groupe	40 (74,1)	36 (80)	0,48
- seul	14 (25,9)	9 (20,0)	
Formation			
- oui	26 (48,1)	20 (44,4)	0,71
- non	28 (51,9)	25 (55,6)	

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 26 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « prise en charge en ambulatoire » versus « orientation urgences », question 15.

Pour la question 15, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge, le sexe, la zone d'exercice et le type de cabinet entre les 2 groupes (*prise en charge en ambulatoire* versus *orientation urgences*).

Pour cette situation clinique, nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative concernant la formation (p=0,71).

b4- Question 16 : cas de la fausse couche spontanée.

	Prise en charge ambulatoire N=31	Orientation Urgences N=68	p
Sexe			
- Homme	15 (48,4)	30 (44,1)	0,69
- Femme	16 (51,6)	38 (55,9)	
Age			
- min-max	29 - 67	29 - 71	0,17
- Moyenne ± Ecart-type	47,2 ± 11,8	47,9 ± 11,3	
Age			
- <40 ans	8 (25,8)	21 (30,9)	0,83
- 40-59 ans	17 (54,8)	33 (48,5)	
- ≥ 60 ans	6 (19,4)	14 (20,6)	
Zone d'exercice			
- zone urbaine	7 (22,6)	20 (29,4)	0,76
- zone péri-urbaine	9 (29)	17 (25)	
- zone rurale	15 (48,4)	31 (45,6)	
Cabinet			
- de groupe	22 (71)	54 (79,4)	0,35
- seul	9 (29)	14 (20,6)	
Formation			
- oui	17 (54,8)	29 (42,6)	0,25
- non	14 (45,2)	39 (57,4)	

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 27 : Profil socio-démographique de la population selon le groupe « prise en charge en ambulatoire » versus « orientation urgences », question 16.

Comme pour la précédente question, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge, le sexe, la zone d'exercice et le type de cabinet ainsi que pour la formation entre les 2 groupes (*prise en charge en ambulatoire* versus *orientation urgences*).

D) LA PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La perception du médecin généraliste dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse a été évaluée à travers 2 questions (questions 17 et 19), issues de la troisième et dernière partie (annexe 1) :

- *De façon générale, vous sentez vous à l'aise pour la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de grossesse ? question 17*
- *Selon vous, l'impact psychologique de la grossesse joue-t-il un rôle dans le parcours de soin des patientes (autrement dit, une patiente préférant consulter aux urgences gynécologiques plutôt que son médecin traitant) ? question 19*

Ces 2 questions fermées permettaient de recueillir leur avis.

De façon générale, 60 médecins (60,6%) répondaient favorablement à la question 17. Mais 33 médecins (33,3%) déclaraient tout de même ne pas se sentir à l'aise dans ce domaine tandis que 6 d'entre eux (6,1%) ne s'étaient pas prononcés.

L'impact psychologique de la grossesse semble avoir un effet sur la consultation chez le généraliste. A travers la question 19, 59 médecins (59,6%) déclaraient que le vécu de la grossesse chez la femme enceinte lui faisait préférer consulter aux urgences gynécologiques plutôt que son médecin traitant. Ainsi, 26 médecins (26,3%) ne pensaient pas que la grossesse puisse avoir un effet sur la consultation aux urgences et 14 médecins ne s'étaient pas prononcés (14,1%).

Dans cette troisième partie du questionnaire, à travers les questions 18 et 20 qui les interrogeaient sur les freins et propositions d'amélioration, les médecins avaient la possibilité de commenter s'ils le souhaitaient. Ainsi, 15% d'entre eux ont commenté afin de préciser leur ressenti.

Parmi les commentaires écrits des médecins, nous avons extrait des remarques intéressantes en rapport avec le sujet, parmi lesquelles :

- « je manque de pratique »
- « trop souvent besoin d'une échographie en urgence »
- « le laboratoire n'effectue plus les bilans sur place ce qui engendre un délais trop important pour obtenir les résultats »
- « protocoles pas clairs »
- « valoriser nos compétences auprès des patientes »
- « les patientes n'appellent même pas au cabinet »

Un autre médecin précisait que la prise en charge n'était « pas gérable » en ville et que le temps d'obtention des examens complémentaires imposait « un flou diagnostique » à la patiente, ce qui était « médicalement et psychologiquement » difficile.

Le tableau suivant expose les caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants en fonction de leur réponse à la question 17 (annexe 1).

	Oui N=60	Non N=33	NSP N=6	Total
Sexe				
- Homme	28 (46,7)	14 (42,4)	3 (50,0)	45 (45,5)
- Femme	32 (53,3)	19 (57,6)	3 (50,0)	54 (54,5)
Age				
- <40 ans	18 (30,0)	9 (27,3)	2 (33,3)	29 (29,3)
- 40-59 ans	31 (51,7)	18 (54,5)	1 (16,7)	50 (50,5)
- ≥ 60 ans	11 (18,3)	6 (18,2)	3 (50,0)	20 (20,2)
Age				
Min-Max	29 - 67	29 - 71	30 - 62	29 - 71
Moyenne ± Ecart type	47,3 ± 11,3	47,8 ± 11,3	51,0 ± 14,5	47,7 ± 11,4
Médiane [Q1-Q3]	46,0 [38,0-57,0]	46,0 [39,0-56,0]	59,0[35,0-61,0]	46,0 [38,0-58,0]
Zone d'exercice				
- zone urbaine	15 (25,0)	10 (30,3)	2 (33,3)	27 (27,3)
- zone péri-urbaine	15 (25,0)	10 (30,3)	1 (16,7)	26 (26,3)
- zone rurale	30 (50,0)	13 (39,4)	3 (50,0)	46 (46,5)
Cabinet				
- de groupe	46 (76,7)	28 (84,8)	2 (33,3)	76 (76,8)
- seul	14 (23,3)	5 (15,2)	4 (66,7)	23 (23,2)
Formation				
- oui	36 (60,0)	8 (24,2)	2 (33,3)	46 (46,5)
- non	24 (40,0)	25 (75,8)	4 (66,7)	53 (53,5)

Les variables sont exprimées en effectif (%) sauf mention contraire.

Tableau 28 : Profil socio-démographique de la population selon la réponse à la question 17.

Parmi les médecins répondants favorablement à la question 17, 60% d'entre eux ont eu la formation DU et/ou semestre d'interne. En outre, parmi ceux répondants négativement à la question, nous constatons que 75,8% des médecins n'avaient pas eu cette formation.

Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes par rapport à l'âge et le sexe.

Concernant la zone d'exercice, parmi les 46 médecins exerçant en zone rurale, 30 d'entre eux répondaient favorablement à la question.

E) LES OBSTACLES EXPRIMÉS ET PROPOSITIONS

a) Les principaux freins

La question 18 permettait aux médecins répondants de cocher une ou plusieurs réponses concernant les freins ressentis dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse en ambulatoire (annexe 1).

Freins	Effectif	%
Manque de formation de médecins généralistes	24	24,2
Délais trop importants d'obtention des examens complémentaires	73	73,7
Absence de structure d'urgence à proximité	9	9
Manque de spécialistes à proximité	22	22,2
Développement insuffisant du réseau de soins	15	15,2
Facteurs environnementaux de la patiente	36	36,4
Demande des patientes	36	36,4
Autres	1	1
Ne se prononce pas	6	6

Tableau 29 : Proportions des principaux freins exprimés à la question 18.

Le frein majoritairement mentionné était le délai trop important d'obtention des examens complémentaires (73,7%). De plus, 22,2% des médecins répondaient aussi que le manque de spécialistes à proximité était un frein.

L'absence de structure d'urgence à proximité n'était cochée que par 9 médecins (9%).

Le réseau de soins n'était quant à lui peu cité mais 15,2% des médecins tout de même trouvaient que le réseau de soins n'était pas suffisamment développé.

Pour les patientes, 36,4% des médecins estimaient que les facteurs environnementaux de la patiente limitaient la prise en charge ambulatoire. Le chiffre était le même quant à la demande des patientes.

Concernant la formation des médecins généralistes, 24,2% des médecins estimaient que le manque de formation des généralistes dans ce domaine était un frein à la prise en charge.

Parmi les réponses, 1 médecin a répondu « autres » en précisant : « j'exerce à 5 minutes des urgences gynécologiques ».

b) Les propositions d'améliorations

La question 20 permettait aux médecins répondants de cocher une ou plusieurs réponses concernant les propositions d'amélioration de la prise en charge ambulatoire des métrorragies au premier trimestre de la grossesse (annexe 1).

Propositions	Effectif	%
Amélioration du réseau de soins	43	43,4
Accessibilité à l'échographie, initiation des MG à l'échographie	71	71,7
Meilleures formations des MG	36	36,4
Education des patientes	39	39,4
Autres	3	3
Ne se prononce pas	4	4

Tableau 30 : Proportions des différentes propositions d'améliorations exprimées à la question 20.

La principale proposition d'amélioration était l'accès plus facile à l'échographie ainsi que la formation des médecins généralistes à l'échographie (71,7%).

De même, 36,4% des médecins souhaiteraient une meilleure formation des médecins généralistes en gynécologie-obstétrique.

L'amélioration du réseau de soins était citée par 43,4% des médecins.

Concernant les patientes, 39,4% des médecins estimaient qu'une meilleure éducation des patientes dans cette prise en charge serait souhaitable.

A la fin de la question 20, les médecins pouvaient préciser leur réponse ; nous avons relevé certaines de leur précision en rapport avec le sujet :

- « améliorer les protocoles »
- « posséder échographe mais coût/responsabilité »
- « améliorer le travail en réseau pour l'accès à l'échographie en urgence»
- « avoir ligne direct spécialiste »
- « information des patientes »

5) DISCUSSION

A) LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE

a) Profil socio-démographique des médecins répondants

Au total, 99 médecins ont participé à notre étude. La répartition des sexes était de 54 femmes (54,5%) et 45 hommes (45,5%). La moyenne d'âge des médecins répondants était de 47,7 ans. Concernant les conditions d'exercice, 1 médecin sur 4 exerçait seul (23,2%) et près de la moitié des médecins exerçait en zone rurale (46,5%). Quant au temps estimé de la structure d'urgence la plus proche, les $\frac{3}{4}$ des médecins (77,6%) évaluaient un temps < à 40 minutes.

b) L'activité en gynécologie obstétrique des médecins Vendéens

Dans notre étude, les pratiques en gynécologie-obstétrique des médecins répondants étaient les suivantes:

- 100% des médecins initiaient des pilules contraceptives
- 92,9% réalisaient des frottis
- 88,9% suivaient des grossesses
- 53,5% posaient des implants contraceptifs
- 35,4% posaient des stérilets

Le suivi de grossesse était différent selon l'âge du médecin ($p=0,006$). La zone d'exercice du médecin avait une incidence sur la pose de stérilet et la pose d'implant contraceptif (respectivement $p=0,03$ et $p=0,005$). De même, nous retrouvions une différence statistiquement significative pour la pose de stérilet et la pose d'implant contraceptif (respectivement $p=0,004$ et $p=0,0002$) en fonction de la formation (DU et/ou semestre d'interne aux urgences gynécologiques).

Dans notre échantillon, 46,5% avaient soit réalisé un semestre d'interne et/ou un DU de gynécologie. Tout de même 11,1% des médecins déclaraient ne pas avoir de formation. Les médecins ayant réalisé un stage d'interne aux urgences gynécologiques et/ou un DU de gynécologie étaient surtout des médecins femmes ($p=0,04$) et il y avait une différence significative selon la tranche d'âge ($p=0,02$).

Les référentiels utilisés étaient surtout les sources du CRAT (75,8%) et les recommandations de l'HAS (54,5%). Seulement 15,2% des médecins consultaient les protocoles du CHU de Nantes.

c) Réponses aux cas cliniques

Dans ce questionnaire, il y avait 4 questions sous forme de cas clinique avec des réponses à choix multiples (annexe 1). La finalité de ces 4 questions était de répondre au critère de jugement principal : admission ou non aux urgences gynécologiques les plus proches.

Le recours aux urgences augmentait avec la complexité du cas clinique : 23,2% des médecins à la question 13, 38,4% à la question 14, 45,5% à la question 15 et 68,7% à la question 16.

Il y avait une différence statistiquement significative entre le groupe « orientation urgences » et « prise en charge ambulatoire » selon la formation ($p=0,006$ à la question 13, $p=0,005$ à la question 14).

La prescription d'examen biologique était essentiellement la prescription de bêta-HCG. Les autres prescriptions (moins représentées) étaient le groupe sanguin, RAI et NFS (ainsi que la NFS, l'ECBU et le PV pour la question 15).

Le seul examen d'imagerie prescrit était l'échographie pelvienne et était cité par plus de la moitié des médecins pour chacun des cas cliniques.

La prévention de l'allo-immunisation était faiblement mentionnée. La prescription d'un traitement médicamenteux était rare (<10%).

d) La perception des médecins généralistes Vendéens

Dans notre étude, 60,6% des médecins interrogés déclaraient se sentir à l'aise dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse (et 60% d'entre eux avaient soit un DU soit effectué un semestre aux urgences gynécologiques).

De plus, 59,6% des médecins interrogés estimaient que le vécu de la grossesse par les patientes les amenait à préférer consulter aux urgences gynécologiques plutôt que leur médecin traitant.

Le frein dans la prise en charge ambulatoire des métrorragies était principalement le délai trop important d'obtention des examens complémentaires (73,7%). Seulement 9% des médecins exprimaient l'absence de structure d'urgence à proximité. La demande des patientes et leurs facteurs environnementaux étaient précisés par 36,4% des médecins.

La principale proposition d'amélioration était l'accès plus facile à l'échographie ainsi que la formation des médecins généralistes à l'échographie (71,7%). De même, 39,4% des médecins souhaiteraient une meilleure formation des médecins généralistes en gynécologie-obstétrique.

B) REPRÉSENTATIVITÉ DE NOTRE ÉCHANTILLON

L'implication des médecins généralistes de notre étude dans la pratique de la gynécologie-obstétrique était superposable aux données issues de l'Observatoire Régional de la Santé [8,59].

En raison de la démographie médicale actuelle, les patientes sont amenées à consulter le médecin généraliste pour des motifs de consultation relevant de la gynécologie-obstétrique ; les médecins généralistes sont alors conduits à assurer ces prises en

charge, tout particulièrement en ce qui concerne la contraception [2,10]. Dans notre échantillon, 100% des médecins initiaient des pilules contraceptives.

L'échantillon de médecins de notre étude différait peu de la population générale des médecins généralistes du département, ainsi que de la région [54].

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 47,7 ans (versus 50,8 ans dans la région Pays de la Loire). Nous avons des tranches d'âge presque superposables à celles issues des données du Conseil national de l'Ordre des médecins [54]. Les médecins de moins de 40 ans représentaient 29,3% (versus 20% en 2016 dans la région Pays de La Loire), les médecins de 60 ans et plus représentaient 20,2% (versus 25% en 2016 dans la région Pays de La Loire). Le nombre plus élevé de jeunes médecins dans notre échantillon pouvait s'expliquer par le fait qu'ils sont plus à l'aise avec le support informatique et ainsi plus à même de participer à l'étude.

Nos résultats concordaient également pour la répartition cabinet de groupe/seul (76,8% de médecins en cabinet de groupe dans notre étude versus 66% dans la région en 2016). Concernant la répartition homme/femme, avec 54,5% de médecins femmes, l'étude était assez proche de ce qui était observé dans la région.

Ces résultats sont applicables à la population de l'étude et à interpréter différemment puisque les données issues du Conseil national de l'Ordre des médecins sont à l'échelle régionale et ne distinguent pas les médecins à activités libérale/hospitalière.

D'après les données issues de l'Observatoire Régional de la Santé, 34% des praticiens déclaraient avoir suivi une formation en gynécologie-obstétrique à la suite de leur cursus initial (DU et/ou séances de FMC) [59]. Les femmes sont plus impliquées dans ce domaine. Nous retrouvons une différence statistiquement significative concernant le sexe parmi les médecins ayant dans leur formation bénéficié d'un stage d'interne et/ou un DU de gynécologie. Cette implication des femmes médecins se retrouve également dans les données de l'Observatoire Régional de la Santé, ainsi qu'à l'échelle nationale [59].

C) PROMOUVOIR LES COMPÉTENCES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

a) Implication pour la gynécologie-obstétrique

Le suivi de grossesse fait parti du champ des compétences du médecin généraliste et c'est une consultation appréciée. Pourtant, les patientes consultent essentiellement leur médecin généraliste pour la déclaration de grossesse et poursuivent souvent ensuite leur suivi par un autre professionnel de santé (gynécologue-obstétriciens, sages-femmes, etc.) [2]. L'image du spécialiste est encore trop « idéalisée » par les patientes, qui souvent l'estiment plus spécialisé et compétent que leur médecin traitant [10].

Les patientes suivies pendant leur grossesse par leur médecin traitant sont majoritairement satisfaites, du fait de la relation de confiance établie depuis longtemps [2]. Notre étude a montré que les médecins généralistes étaient impliqués dans ce suivi puisque 88,9% des médecins généralistes interrogés suivaient des grossesses (39,8% de

1 à 4 grossesses, 47,7% de 5 à 9 grossesses et 12,5% pour 10 grossesses et plus). Les limites exprimées par les médecins généralistes que nous retrouvions dans la littérature étaient essentiellement le manque de temps et la peur des responsabilités [50]. La consultation de suivi de grossesse demande du temps en raison de la quantité d'informations à délivrer et du temps nécessaire pour répondre à certaines inquiétudes de la femme enceinte. Et de façon plus globale, l'examen gynécologique va toucher la patiente dans son intimité ce qui nécessite du temps pour respecter sa pudeur et créer un climat de confiance.

Les métrorragies au cours du premier trimestre de la grossesse sont fréquentes : environ 20% des femmes enceintes présenteraient des saignements avant 20 SA [4]. De plus, une patiente peut présenter des saignements au début de sa grossesse sans que celle-ci ne se complique [5]. Et la pathologie la plus fréquente en cas de saignements est la fausse couche spontanée précoce [15]. Le nombre de GEU représente environ 2% des grossesses en France [24] et représente la principale cause de mortalité au premier trimestre de la grossesse [25]. C'est cette pathologie qui représente la plus grande crainte du médecin généraliste.

La réforme actuelle du 3ème cycle du DES de médecine générale impose à tous les internes d'effectuer une formation de 6 mois en santé de la femme. Les médecins généralistes ne sont pas encore suffisamment à l'aise dans cette discipline. Même s'ils montrent un intérêt dans la pratique de la gynécologie-obstétrique [49].

Dans notre étude, 60,6% des médecins interrogés déclaraient se sentir à l'aise dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse.

Les données de notre étude sur la pratique de la gynécologie obstétrique des médecins généralistes de notre échantillon étaient encourageantes : 100% des médecins initiaient des pilules contraceptives, 92% réalisaient des frottis et 88,9% suivaient des grossesses. Les médecins généralistes reçoivent donc régulièrement des femmes pour un motif d'ordre gynécologique et/ou obstétrique [8] [59].

Parmi les limites exprimées par les médecins de notre échantillon, nous retrouvions entre autre : le manque de pratique, le sentiment de protocoles pas clairs. Ce sont des freins que l'on retrouve aussi dans d'autres études [50]. Le manque de formation était aussi souligné et c'est un facteur limitant que nous retrouvions dans notre étude (36,4% des médecins généralistes de notre échantillon souhaitaient une meilleure formation).

Un examen clinique bien mené est indispensable pour l'orientation étiologique. Mais il n'est pas toujours spécifique pour établir certains diagnostics. Devant des métrorragies ou des douleurs pelviennes en début de grossesse, une échographie pelvienne est recommandée pour permettre le diagnostic de localisation et d'évolutivité de la grossesse. Cet examen est considéré comme le gold standard [31]. Dans notre étude, le frein à la prise en charge ambulatoire des métrorragies était principalement le délai trop important d'obtention des examens complémentaires (73,7%). Et la principale proposition d'amélioration était l'accès plus facile à l'échographie ainsi que la formation des médecins généralistes à l'échographie (71,7%).

Depuis quelques années, l'échographie intéresse de plus en plus les médecins généralistes et surtout les médecins urgentistes [54]. C'est un examen non irradiant qui permet de préciser l'examen clinique et mettre en place une thérapeutique adéquate. Les internes ayant été formés à cet outil lors de stage hospitalier dans des services y ayant recours (tels que la cardiologie, la gynécologie-obstétrique, etc.) ont acquis des compétences et montrent naturellement un intérêt pour l'échographie. Cet intérêt doit inévitablement toucher de près notre échantillon puisque 46,5% des médecins de notre échantillon avait dans sa formation un DU de gynécologie et /ou effectué un stage de 6 mois d'interne aux urgences gynécologiques. La formation des médecins généralistes à l'échographie se répand depuis quelques années. De même, plusieurs universités proposent des DU d'échographie accessible par les étudiants en DES de médecine générale.

La pratique de l'échographie par le médecin généraliste commence à se mettre doucement en place, même si actuellement peu de médecin l'utilise en France [55]. L'impact de l'échographie réalisée par le médecin généraliste sur les besoins de santé a été étudié [52]. Les résultats étaient en faveur d'une diminution des demandes d'examen échographique en milieu hospitalier et une baisse du nombre de passage aux urgences. [52]. Les médecins qui possèdent un appareil d'échographie au cabinet reconnaissent que cet outil est devenu indispensable dans leur pratique quotidienne [55]. Mais les limites de cette technique portent sur la maîtrise et le risque médico-légal [58].

Un des enjeux en cas de métrorragies au cours de la grossesse est la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle. En cas de saignement, quel que soit le stade de la grossesse, il faut prévenir ce risque [42]. Les conséquences fœtales peuvent être graves (hémolyse, anémie fœtale). Dans notre étude, moins de 10% des médecins prescrivaient un traitement médicamenteux et précisaient un traitement par Rhophylac®. Il y a un réel enjeu à encourager le dépistage. Les médecins généralistes de notre échantillon n'y étaient pas suffisamment sensibilisés. La principale mesure serait d'avoir le réflexe de réaliser systématiquement une double détermination du groupe sanguin et la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) dès le premier trimestre de la grossesse chez toutes les femmes enceintes. Actuellement, il existe une technique de détermination prénatale du génotype fœtal RHD à partir du sang maternel [43]. La réalisation du génotypage RHD prénatal sur prélèvement de sang maternel peut être proposée à partir de 11 SA.

Pour aider les médecins dans les bonnes pratiques cliniques, de nombreux outils sont accessibles pour les guider. Le site Gestaclic est un outil d'aide pour le suivi de grossesse ; il a été élaboré par des médecins de l'université de Paris Diderot-Paris 7 en 2013 dans le cadre d'un travail de thèse [62]. Cet outil commence à se répandre puisqu'un tiers des médecins de notre échantillon déclarait l'utiliser (34,3%). Mais les protocoles ne sont pas forcément toujours utilisés par les médecins généralistes [2].

De même, les outils d'aide à la pratique de la gynécologie-obstétrique ne l'étaient pas suffisamment : 30,3% se référaient aux sources du CNGOF et seulement 15,2% consultaient les protocoles du CHU de Nantes. Le mémento de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Nantes est rédigé et mis à jour régulièrement, pour les internes et médecins de la spécialité mais est aussi accessible pour les internes de médecine générale. Il serait utile de le promouvoir auprès des médecins généralistes et de le rendre consultable librement via le site du CHU de Nantes. La moyenne d'âge des médecins de notre

échantillon l'utilisant était plus jeune que la moyenne d'âge globale (cela peut s'expliquer par l'utilisation des jeunes médecins ayant effectué des stages ou 6 mois d'interne dans ces services hospitaliers).

Par ailleurs, les situations cliniques ne sont pas toujours aussi simples et l'utilisation des protocoles et carnets de procédure n'est pas toujours aussi facile en pratique ; nous sommes souvent amenés à adapter la procédure à la pratique. L'utilisation de certains traitements médicamenteux n'est pas toujours évidente. Le misoprostol sous la forme commercialisée Cytotec® était majoritairement utilisé en gynécologie-obstétrique mais n'avait pas l'AMM pour cette utilisation et n'est plus commercialisé depuis mars 2018. De plus, l'utilisation du misoprostol est réservée aux professionnels de santé (médecins, sages femmes) ayant passé une convention avec un établissement de santé [63].

Dans notre étude, le taux de prescription médicamenteuse était faible. Les effets indésirables des médicaments lors de la grossesse concernent le plus souvent le fœtus, mais la pharmacodynamie des médicaments au cours de la grossesse est modifiée et a des conséquences aussi chez la femme enceinte. Le principal référentiel utilisé par les médecins de notre échantillon était le site du CRAT (75,8%). Le constat est que beaucoup de médecins sont réticents à prescrire des médicaments pendant la grossesse.

b) Le médecin généraliste : le coordinateur du parcours de soins.

La pratique de la gynécologie-obstétrique n'est pas toujours évidente pour le médecin généraliste. Il est libre de s'impliquer ou non dans cette discipline. L'implication du médecin dépend souvent de ses conditions d'exercice [8]. L'HAS a publié des recommandations pour les médecins généralistes pour les aider dans le suivi de grossesse [1]. Malgré cela, des freins persistent [50]. Les médecins généralistes sont plus fréquemment consultés pour des déclarations de grossesses et des pathologies intercurrentes au cours de la grossesse [2].

Les métrorragies au cours du premier trimestre de la grossesse sont un des principaux motifs de consultation aux urgences gynécologiques [3]. Et une majorité des patientes consultant aux urgences pourraient être prise en charge en ambulatoire.

Dans notre étude, le recours aux structures d'urgences était plus ou moins retenu en fonction du cas clinique. Plus la situation clinique était « complexe », plus il était difficile d'organiser une prise en charge en ambulatoire et le recours aux urgences devenait la seule alternative.

Dans la prise en charge des métrorragies au premier trimestre de la grossesse, 60,6% des médecins interrogés déclaraient se sentir à l'aise. Comme cela était mentionné par un des médecins de notre échantillon, la prise en charge des métrorragies de la femme en âge de procréer était « difficilement gérable » à la fois pour la patiente et le médecin du fait du « temps d'obtention des divers examens complémentaires » ; ce qui pour le médecin en question imposait « un flou diagnostique » et était source d'anxiété pour la patiente.

La grossesse en elle même peut être une source d'anxiété, et en particulier au premier trimestre : la peur de la fausse couche [9]. Et le manque de matériel spécialisé au cabinet

de médecine générale fait souvent préférer une consultation chez le spécialiste [2]. Alors que le nombre de gynécologues médicaux à exercice libéral diminue dans le département de la Vendée, inévitablement cela conduit les patientes à se diriger vers les urgences gynécologiques.

Une enquête sur les admissions aux urgences avait montré que 83,4% des patientes venaient consulter sans être adressées par un professionnel de santé [47]. Ce qui appuie la réflexion de l'un des médecins de notre échantillon (« les patientes n'appellent même pas au cabinet »). Plus de la moitié des médecins généralistes de notre échantillon déclaraient que le vécu de la grossesse chez la femme enceinte les amenait à préférer consulter aux urgences gynécologiques plutôt que leur médecin traitant (59,6%).

Les patientes ont besoin d'être rassurées et pensent souvent que les compétences de leur médecin généraliste dans ce domaine sont limitées [48]. Pour autant, les patientes apprécient la consultation avec leur médecin traitant du fait de la relation de confiance établie au préalable. Les compétences du médecin généraliste sont donc à valoriser, à la fois pour le suivi de grossesse mais aussi en gynécologie. Les patientes, souvent par désinformation, ne savent pas que leur médecin traitant est compétent dans ce domaine [11].

Cependant, les résultats des cas cliniques montrent également que malgré la consultation première auprès du médecin généraliste, le recours aux urgences est fréquent. A la question 16, 68,9% des médecins adressaient la patiente vers les urgences gynécologiques. Le recours aux urgences peut aussi être opté dans un contexte d'exercice où le médecin peut se sentir « isolé ». L'amélioration du réseau de soins était citée par 43,4% des médecins.

La prise de décision n'est pas évidente pour le médecin généraliste, et certaines situations cliniques peuvent dégager une forme de pression :

- « puis-je gérer la situation ? »
- « quand vais-je recevoir les résultats ? »
- « que dire à la patiente ? »
- « ma patiente va-t-elle retenir les consignes de surveillance que je lui donne ? ».
-

Concernant le rôle des patientes, 36,4% des médecins estimaient que les facteurs environnementaux de la patiente limitaient la prise en charge ambulatoire. Le chiffre était le même quant à la demande des patientes.

Les principes fondamentaux d'une approche négociée patient/médecin visent entre autre à se centrer sur les perceptions du patient et à favoriser une participation optimale et l'autonomie du patient. Les niveaux de contrôle et de responsabilité du patient et du médecin sont complémentaires. [64].

Les médecins de notre échantillon précisent par écrit que l'information des patientes était indispensable. Ainsi, 39,4% des médecins estimaient qu'une meilleure éducation des patientes dans cette prise en charge serait souhaitable.

Depuis plusieurs années, la population des médecins généralistes se féminise. Et nous constatons que les femmes montrent plus d'intérêt dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. De plus, les patientes expriment souvent une préférence à confier leur suivi

gynécologique à un médecin de sexe féminin. La féminisation de la médecine générale pourra donc avoir des conséquences positives dans le domaine de la gynécologie-obstétrique.

D) LES LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

a) Le choix du questionnaire

Le choix d'un questionnaire en ligne dans la réalisation de cette étude est discutable. L'objectif était de trouver un support simple et facile à utiliser, et qui puisse être transmis avec le moins d'intermédiaire.

La confidentialité des données a été la raison pour laquelle nous n'avons pas obtenu directement les adresses e-mails des médecins généralistes. Ainsi, nous n'avions pas la possibilité de les transmettre par nos propres soins. Et de ce fait, l'envoi par e-mail entraînait un biais de sélection car nous n'avions pas la certitude que les adresses e-mails des médecins soient valides et qui plus est, que les médecins contactés les consultent.

La participation à l'étude était basée sur le volontariat : les médecins ayant répondu étaient probablement plus intéressés par la gynécologie-obstétrique.

Le temps consacré pour répondre à ce questionnaire pouvait être un facteur limitant, dans un contexte actuel où les médecins généralistes sont énormément sollicités.

Le choix des cas cliniques peut être critiqué. Les 4 cas cliniques ont été choisis pour représenter au mieux la réalité et représenter des situations cliniques fréquentes. Par soucis du temps de réponse, nous n'avons pas composé d'autres cas. La multiplicité des cas aurait pu permettre une meilleure visibilité sur les prises en charge globales et donner de la force au critère de jugement principal.

Les réponses à choix multiples permettaient d'obtenir des réponses rapides par catégorie et la possibilité de réponses libres complétait les choix de réponses. Nous constatons une baisse du taux de réponses libres en se rapprochant de la fin du questionnaire.

Enfin, il aurait été intéressant de rajouter des questions sur les freins et l'accès à l'échographie. Cela aurait permis de renforcer l'influence de cet examen dans la prise en charge des patientes. De même, nous aurions pu ajouter un item sur la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle. Mais il était délicat de multiplier les questions et ainsi rendre le questionnaire trop long. Le facteur temps était déterminant.

Le questionnaire était plutôt fermé avec peu de questions ouvertes. Pour recueillir des résultats plus contributifs, peut-être aurait-il fallu réaliser l'étude sous forme de focus groupe.

b) L'analyse des réponses

La qualité des réponses libres entraînait également des aléas, ce qui nous a conduit à faire une sélection de mots clés. La prise en compte des mots clés est également à discuter car nous n'avons pas précisé de limite temporelle. Ainsi, le constat d'une faible prescription de NFS ou RAI doit par exemple être interprété avec précaution. S'agissant d'un médecin généraliste, et donc d'un médecin de famille, il peut tout à fait connaître d'ors et déjà le groupe sanguin de sa patiente et ainsi ne pas le prescrire. De même, le médecin pouvait très bien prescrire un bilan de première intention, et le compléter par la suite en fonction des premiers résultats. Le médecin pouvait tout à fait attendre les résultats de la biologie et prescrire dans un second temps une échographie (en cas de béta-HCG positifs par exemple).

De plus, nous avons été conduits à faire un choix sur l'affiliation au groupe « prise en charge ambulatoire » ou « orientation urgences ». Cette décision peut être désapprouvée car nous avons pris le parti de les répartir en 2 groupes, tandis qu'il s'agissait d'une question à choix multiples (soit 5 possibilités de réponses).

Tout médecin qui cochant une imagerie et/ou une biologie en ambulatoire mais qui avait coché une prise en charge aux urgences appartenait au groupe « orientation urgences ». Nous avons fait ce choix en tenant compte du fait que, malgré la proposition de prise en charge ambulatoire, en raison des facteurs environnementaux et organisationnels, le médecin n'avait pas d'autre alternative qu'adresser la patiente aux urgences.

La décision a été plus difficile pour les médecins qui cochaient « ne se prononce pas ». En effet, nous avons pris le parti de les regrouper dans le groupe « orientation urgences », estimant que si un médecin ne se prononce pas, c'est qu'il ne peut assurer la prise en charge de son propre chef. Ce choix peut être discutable car littéralement, ne pas se prononcer c'est l'absence de préférence pour l'un ou l'autre groupe.

De plus, nous avons centré l'analyse pour les médecins ayant dans leur cursus effectué un semestre d'interne aux urgences gynécologiques ou ayant acquis un DU de gynécologie. Nous avons considéré ces deux formations comme étant la formation la plus approfondie et que de fait, ces praticiens avaient toutes les aptitudes pour le savoir-faire dans cette pratique. Ce choix est critiquable car nous n'avons pas intégré la formation continue (FMC, groupes de pairs, etc.). En effet, les médecins peuvent tous à fait acquérir et approfondir les connaissances sur le sujet à travers ces formations.

c) Les limites statistiques

Nous n'avons obtenu que 99 réponses au questionnaire, ce qui par rapport à la population totale représentaient 21% des médecins généralistes libéraux du département [54].

Le faible taux de réponse a entraîné des limites dans l'analyse statistique. Ainsi les résultats sont applicables à la population de l'étude et à interpréter différemment pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux du département.

Pour les analyses uni-variées avec plusieurs groupes comparés, la présence d'un test avec un $p < 0,05$ indiquait qu'il y avait une différence statistiquement significative entre les groupes. Mais cela n'indiquait pas quel était le groupe qui se démarquait. Au risque de pénaliser la p-value et de perdre en puissance, nous n'avons pas multiplié les tests.

D) PERSPECTIVES

a) Informations et éducation des patientes

Les métrorragies au cours du premier trimestre de la grossesse sont fréquentes et une patiente peut présenter des saignements au début de sa grossesse sans que celle-ci ne se complique. Dans 50% des cas, il s'agira d'une fausse couche spontanée. Mais cette issue est source d'anxiété chez les patientes.

Afin d'éviter des admissions aux urgences gynécologiques pour ce motif là, il faut que les patientes prennent conscience que leur médecin traitant est compétent pour les recevoir, leur donner un diagnostic et assurer leur suivi. En cas de situation complexe et douteuse, le médecin généraliste pourra alors demander un avis spécialisé.

Dans la société actuelle, la santé est une préoccupation essentielle. Et les comportements de consommation (en alimentation, en transport, mais aussi en santé) sont difficiles à changer.

La réforme de l'assurance maladie de 2004 s'est inscrite dans un contexte financier dégradé. L'organisation d'un parcours de soins coordonné autour d'un médecin traitant constituait un moyen d'orienter au mieux le patient dans le système de soins. Tous les assurés de 16 ans et plus devaient avoir un médecin traitant déclaré. Mais cette nouvelle loi a été source d'appréhension pour les patients, en particulier dans les départements où le manque de médecins généralistes se faisait ressentir. La démographie actuelle tend vers une diminution du nombre de médecins généralistes libéraux en Vendée. Et de ce fait, ces changements peuvent avoir une influence sur les admissions aux urgences.

La majorité des patientes qui consultent aux urgences concerne le plus souvent des pathologies mineures de la grossesse ou gynécologiques et ne relève pas de l'urgence. La consultation en première intention du médecin traitant doit être privilégiée.

Il faut donc valoriser le rôle du médecin généraliste auprès des patientes et continuer à délivrer le message auprès des patientes. Une des pierres angulaires dans l'amélioration de cette prise en charge constituera en l'éducation des patientes. La féminisation de la médecine générale pourra également contribuer à la modification des pratiques dans ce domaine.

b) Encadrement et formation des médecins généralistes

Tandis que l'éducation des patientes est cruciale, le sentiment de compétence et le savoir-faire des médecins généralistes sont déterminants.

Concernant la formation des médecins généralistes, 24,2% des médecins de notre échantillon estimaient que le manque de formation des généralistes dans ce domaine était un frein à la prise en charge. Et parmi les médecins de notre échantillon, 75,8% des médecins qui n'étaient pas à l'aise dans la prise en charge des métrorragies n'avait ni un DU de gynécologie ni effectué un semestre d'interne en gynécologie.

Avec la réforme du 3^{ème} cycle du DES de médecine générale, les étudiants bénéficieront tous d'une formation en gynécologie dans leur cursus. D'ici quelques années, nous pourrons évaluer si cela permet d'améliorer leurs pratiques dans ce domaine. Il faut également continuer la formation continue. La pratique de la gynécologie tel que la pose de stérilet, la pose d'implant contraceptif mais aussi l'examen des seins dans le cadre du dépistage du cancer du sein nécessite d'être formé et de le pratiquer régulièrement.

A Nantes, est organisée la journée de gynécologie-obstétrique du praticien. Cette journée de formation, à travers des ateliers et des conférences d'actualités est destinée à informer les médecins généralistes sur les avancées des deux dernières années en gynécologie et en obstétrique. Les médecins peuvent rencontrer les spécialistes et soumettre leurs interrogations. Ce type de formation est très appréciée par les médecins généralistes et pourrait s'organiser dans le département de la Vendée.

Au total, pour favoriser l'engouement des médecins généralistes pour la pratique de la gynécologie-obstétrique, et ainsi, améliorer la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse, il faut continuer à former les médecins généralistes et maintenir le contact avec le milieu hospitalier. Les médecins généralistes sont libres de s'impliquer ou non dans cette discipline ; mais il faut valoriser leurs compétences et leurs engagements pour répondre à cette demande de soins et leur assurer des conditions d'exercice sereines à travers un réseau de soins de qualité.

6) CONCLUSION

Le médecin généraliste est impliqué dans la pratique de la gynécologie-obstétrique et c'est une discipline qu'il apprécie. Même si sa place est difficile à définir à côté des autres professionnels de santé tels que les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, il garde une place privilégiée en raison de sa proximité et des connaissances approfondies qu'il a de ses patientes.

Les métrorragies au premier trimestre de la grossesse sont fréquentes et représentent le principal motif de consultation aux urgences gynécologiques. Mais pour diminuer ces admissions évitables aux urgences, il faut valoriser les compétences des médecins généralistes et encourager l'éducation et l'information des patientes. A travers ce travail, nous avons montré que le recours aux urgences devenait la seule alternative pour les médecins dès que la situation devenait « complexe ».

Selon notre étude, il persiste encore des freins pour assurer la prise en charge en ambulatoire. Les freins retrouvés concordent avec les données de la littérature actuelle. La formation continue des médecins généralistes ainsi que l'assurance d'un réseau de soins de qualité sont primordiales afin de leur garantir des conditions d'exercice sereines.

L'échographie est un outil d'aide précieux pour la prise en charge des métrorragies au premier trimestre de la grossesse mais son accès en urgence est souvent difficile. L'apprentissage de cet outil et son utilisation par le médecin généraliste pourrait s'inscrire dans une démarche d'amélioration de l'exercice médical. Il serait intéressant d'évaluer par la suite le service médical rendu. Il restera une question importante : comment l'intégrer sur le plan économique en raison du coût des dépenses de santé ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016 (consulté le 17/06/17) [en ligne]: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
2. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés. [thèse d'exercice]. Université de Rouen, 2013
3. Breeze C. Early pregnancy bleeding. *Aust Fam Physician*. 2016;45(5):283–286
4. Griebel C, Halvorsen J, Golemon T, Day A. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 2005;72(7):1243-1250
5. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartmann KE. Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy. *Ann Epidemiol*. 2010;20(7):524–531
6. Benoist G, Chéret-Benoist A, Beucher G, Dreyfus M. Hémorragies du premier trimestre de la grossesse : orientations diagnostiques et prise en charge pratique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2010;39(3S):33-39
7. Cullen MT, Green JJ, Reece EA, Hobbins JC. A comparison of transvaginal and abdominal ultrasound in visualizing the first trimester conceptus. *J Ultrasound Med*. 1989;8(10):565–569
8. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les pays de la Loire. N°14. Panel d'observations des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.
9. Lethu Abtey C. La confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post-partum. [thèse d'exercice]. Université de Nantes, 2008
10. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leur prises en charge gynécologique de première intention. [thèse d'exercice]. Université de Créteil-Paris XII, 2007
11. 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. *Exercer*. 2011;98:122-128
12. Promes SB, Nobay F. Pitfalls in First-Trimester Bleeding. *Emerg Med Clin North Am*. 2010;28(1):219–234
13. Rindfleisch K, Fallerroni J, Schragger S. Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(1):197-206

14. Cheong Y, Cameron IT, Critchley H. Abnormal uterine bleeding. *British Medical Bulletin*. 2017;123(1):103–114
15. Deutchman M, Tanner-Tubay A, Turok D. First trimester bleeding. *Am Fam Physician*. 2009;79(11):985–992
16. De Poncheville L, Marret H, Perrotin F, Lansac J, Body J. Conduite à tenir devant des métrorragies du premier trimestre de la grossesse. *EMC* ; 2003
17. Delabaere A, Huchon C, Lavoue V, Lejeune V, Iraola E, Nedellec S, et al. Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du Collège national des Gynécologues et Obstétriciens français. *J Gynecol Obstet Biol de la Reprod*. 2014;43(10):756-763
18. Gracia CR, Sammel MD, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A, Barnhart KT. Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5):993–999
19. Sapra KJ, Joseph KS, Galea S, Bates LM, Louis GMB, Ananth CV. Signs and Symptoms of Early Pregnancy Loss. *Reprod Sci*. 2017;24(4):502–513
20. Hasan R, Jonsson Funk ML, Herring AH, Olshan AF, Hartmann KE, Baird DD. Accuracy of reporting bleeding during pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2010;24(1):31–34
21. Szymusik I, Bartnik P, Wypych K, Kolaczowska H, Kosinska-Kaczynska K, Wielgos M. The association of first trimester bleeding with preterm delivery. *J Perinat Med*. 2015;43(5):525-529
22. Sadat-Hosseini M, Yaghoubipour S. Late Pregnancy Outcomes in Women with Vaginal Bleeding in Their First Trimester. *J Obstet and Gynaecol India*. 2013;63(5):311–315
23. Braunstein GD, Karow WG, Gentry WC, Rasor J, Wade ME. First-trimester chorionic gonadotropin measurements as an aid in the diagnosis of early pregnancy disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 1978;131(1):25-32
24. Madelenat P, Goffinet F, Dreyfus M, Ardaens Y, Bouyer J, Canis C, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge de grossesse extra-utérine. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2003 (consulté le 18/06/17) [en ligne]: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FPrise%2Ben%2Bcharge%2Bde%2Bla%2Bgrossesse%2Bextra-ut%25C3%25A9rine%2B%25282003%2529.pdf&i=494>
25. Lawani OL, Anozie OB, Ezeonu PO. Ectopic pregnancy : a life-threatening gynecological emergency. *Int J Womens Health*. 2013;5:515-521
26. Givens VM, Lipscomb GH. Diagnosis of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(2):387-394

27. Stovall TG, Ling FW. Ectopic pregnancy. Diagnostic and therapeutic algorithms minimizing surgical intervention. *J Reprod Med.* 1993;38(10):807–812
28. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, Zhou L, Hummel AC, Guo W. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. *Obstet Gynecol.* 2004;104(1):50–55
29. Canis M, Savary D, Pouly JL, Wattiez A, Mage G. Ectopic pregnancy: criteria to decide between medical and conservative surgical treatment?. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32(7):S54–S63
30. Abboud P, Brohet A, Mansour G, Kraiem J, Houareau LG, Lorenzato M, et al. Maladies trophoblastiques gestationnelles : Etude rétrospective de 1997 à 2003. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34(2):148-153
31. Wieringa-de Waard M, Bonsel GJ, Ankum WM, Vos J, Bindels PJ. Threatened miscarriage in general practice : diagnostic value of history taking and physical examination. *Br J Gen Pract.* 2002;52(483)825–829
32. Lemery D, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Capmas P, Carcopino X, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Les pertes de grossesse. Collège National des Gynécologues et Obstétricien Français. (consulté le 18/06/17) [en ligne]: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%2FCNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf&i=450
33. Atri M, Valenti DA, Bret PM, Gillett P. Effect of transvaginal sonography on the use of invasive procedures for evaluating patients with a clinical diagnosis of ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound.* 2003;31(1):1-8
34. Rudigoz RC, Frobert C, Chassagnard F, Gaucherand P. Role of vaginal echography in the investigation of menorrhagia and metrorrhagia in the reproductive years. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1992;21(6):644–650
35. Timor-Tritsch IE, Farine D, Rosen MG. A close look at early embryonic development with the high-frequency transvaginal transducer. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;159(3):676–681
36. Lavoué V, Huchon C, Deffieux X, Voltzenlogel MC, 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 Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2014;43(10):776-793
37. Bree RL, Marn CS. Transvaginal sonography in the first trimester: embryology, anatomy, and hCG correlation. *Semin Ultrasound CT MR.* 1990;11(1):12–21
38. Grangé G, Debarge V. Compte-rendu minimum d'échographie de datation non morphologique du premier trimestre pour une grossesse simple intra-utérine. Collège

National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2016. (consulté le 3/02/18). [en ligne]: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=DIRECTIVES%2BQUALITE%252FCNGOF-Directive-qualite-CR-min-echo%2Bdatation-T1-051016.pdf&i=6632>

39. Connolly A, Ryan DH, Stuebe AM, Wolfe HM. Reevaluation of discriminatory and threshold levels for serum β -hCG in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;121(1):65-70

40. Pittaway DE, Reish RL, Wentz AC. Doubling times of human chorionic gonadotropin increase in early viable intrauterine pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;152(3):299-302

41. Verhaegen J, Gallos ID, Van-Mello NM, Abdel-Aziz M, Takwoingi Y, Harb H, et al. Accuracy of single progesterone test to predict early pregnancy outcome in women with pain or bleeding: meta-analysis of cohort studies. *BMJ.* 2012;27:345 :e6077

42. Kaplan C. Alloimmunisations antiplaquettaires et diagnostic biologique. *Revue Francophone des Laboratoires.* 2012;2012(439):49-54

43. Haute Autorité de santé. Détermination prénatale du génotype RHD fœtale à partir du sang maternel. 2011 (consulté le 17/06/17) [en ligne]: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_genotypage_foetal.pdf

44. Ravinet J, Carbonne B. Analyse économique de la prévention de l'immunisation anti-D. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006;35(1):104-111

45. D'Ercole C. Allo-immunisation fœto-maternelle érythrocytaire. *Traité d'obstétrique.* Elsevier Masson. 2010;287-293

46. Cortey A, Brossard Y. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto- maternelle. *J Gynecol Obst Biol Reprod.* 2006;35:123-130

47. 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 Gynecol Obst Biol Reprod.* 2016;45(9):1060-1066

48. Humeau-Aubin S. Gynécologie médicale et médecine générale. Etat des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes. [thèse d'exercice]. Université de Nantes, 2004

49. Fernandez EL. Suivi et orientation des femmes enceintes en consultation de médecine générale. [thèse d'exercice]. Université de Toulouse, 2017

50. Arnaud A, Le Goaziou M. Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale Etude descriptive réalisée dans le département du Rhône. *Exercer.* 2006;(78):90

51. Yang J, Hartmann KE, Savitz DA, Herring AH, Dole N, Olshan AF, Thorp JM. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 2004;160(2):118-125
52. Wordsworth S, Scott A. Ultrasound scanning by general practitioners : is it worthwhile? *J Public Health Med.* 2002;24(2):88-94
53. American Academy of family Physicians. Diagnostic obstetrics-gynecology ultrasonography by family physicians. (consulté le 01/02/18) [en ligne]: https://s.aafp.org/?q=+Diagnostic+obstetrics-gynecology+ultrasonography+by+family+physicians.+&first_search=0&search=Entire+Site
54. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2017 (consulté le 15/01/18). [en ligne]: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
55. Many E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France : enquête descriptive. [thèse d'exercice]. Université de Bordeaux, 2016
56. Assurance maladie. Portail de l'assurance maladie. (consulté le 01/02/18). [en ligne]: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/exercice-liberal/memos/examens-complementaires/imagerie-medicale>
57. Lemanissier M. « L'échographe, deuxième stéthoscope du médecin généraliste ? » Validation d'une première liste d'indications d'échographies réalisables par le médecin généraliste. [thèse d'exercice]. Université de Toulouse, 2013
58. Blanchet T, Thierry R. Obstacles à la pratique de l'échographie par le médecin généraliste au cabinet : étude qualitative. [thèse d'exercice]. Université de Grenoble, 2015
59. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Suivi gynécologique: implications des médecins généralistes dans les pays de la Loire. N°15. Panel d'observations des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.
60. Blond A. Limites de la prise en charge des fausses couches du premier trimestre par le médecin généraliste. Rédaction d'un protocole d'aide à la prise en charge. [thèse d'exercice]. Université de Nantes, 2007
61. Belley-Priso E, Moifo B, Foumane P, Zef OF, Nana Njamen T, Nguemgne C, Ayuk PA, Mboudou E.. Apports de l'échographie en urgence dans la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse. *J Afr Imag Med.* 2010;187-197
62. Gestaclic. (consulté le 03/04/17). [en ligne]: <http://gestaclic.fr>
63. Interruption de grossesse : mise à disposition de MisoOne (misoprostol) dans les pharmacies de ville (consulté le 12/04/18). [en ligne]: https://www.vidal.fr/actualites/22527/interruption_de_grossesse_mise_a_disposition_de_misoone_misoprostol_dans_les_pharmacies_de_ville/

64. Galam E, Dumas FR. Oser dire «non» avec sérénité. La Revue du Praticien. 2007;21(788/789):1079-1080

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire Web

Prise en charge des métrorragies au premier trimestre de la grossesse

1/ Vous êtes :

- un homme
- une femme

2/ Quel âge avez-vous :

3/ Vous exercez :

- seul
- en cabinet de groupe

4/ Vous exercez :

- en zone urbaine
- en zone péri-urbaine
- en zone rurale

5 / A combien de temps vous situez-vous d'un établissement de santé possédant une structure d'urgence :

- Moins de 40 min
- Entre 40 et 59 min
- Plus de 60 min

6/ Posez-vous des stérilets :

- oui
- non

7/Posez-vous des implants contraceptifs :

- oui
- non

8/ Initiez-vous des pilules contraceptives :

- oui
- non

9/ Faites-vous des frottis :

- oui
- non

10/ Par an, pour combien de grossesses environ assurez-vous le suivi :

- aucune
- 1 à 4 grossesses

- 5 à 9 grossesses
- 10 grossesses et plus

11/ Quels référentiels utilisez-vous :

- Site du CNGOF (Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français)
- Recommandations de la Haute Autorité de Santé
- Protocole de gynécologie-obstétrique du CHU de Nantes
- Gestaclic : site dédié aux professionnels de santé
- CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
- Autre

12/ Quelle formation avez-vous en gynéco-obstétrique :

- Stage d'externe aux urgences gynécologiques
- Semestre d'interne aux urgences gynécologiques
- DU de gynécologie
- Stage au planning familial
- Autre formation
- Aucune

Les 4 questions suivantes sont des questions de pratique, répondez ce que vous feriez ou faites déjà dans cette situation :

13/ Une patiente, nulligeste, consulte pour métrorragies de faible abondance sur un retard de règles de 4 semaines. Le test urinaire est positif. Que faites vous :

- des examens biologiques en ambulatoire
- des examens d'imagerie en ambulatoire
- prescription de traitement(s) médicamenteux
- orientation vers les urgences gynécologiques
- ne se prononce pas

Si oui, quel(s) examens de biologie, imagerie et/ou traitements faites vous. Commentez si vous le souhaitez.

14/ Une patiente, enceinte de 12 SA, consulte pour métrorragies de faible abondance survenues il y a 3 jours. Depuis, elle est asymptomatique. La dernière échographie pelvienne témoigne de l'évolutivité intra-utérine de la grossesse. Que faites vous :

- des examens biologiques en ambulatoire
- des examens d'imagerie en ambulatoire
- prescription de traitement(s) médicamenteux
- orientation vers les urgences gynécologiques
- ne se prononce pas

Si oui, quel(s) examens de biologie, imagerie et/ou traitements faites vous. Commentez si vous le souhaitez.

15/ Une patiente consulte pour douleurs pelviennes modérées latéralisées en fosse iliaque gauche. Elle décrit des pertes sales depuis 24 heures. Elle a un retard de règles de 7 jours. Que faites vous :

- des examens biologiques en ambulatoire
- des examens d'imagerie en ambulatoire
- prescription de traitement(s) médicamenteux
- orientation vers les urgences gynécologiques
- ne se prononce pas

Si oui, quel(s) examens de biologie, imagerie et/ou traitements faites vous. Commentez si vous le souhaitez.

16/ Une patiente consulte en urgence pour métrorragies d'abondance comme des règles avec pertes de caillot. Le terme est de 7 SA. Vous suspectez une fausse couche en cours d'expulsion. Les constantes sont stables. Que faites vous :

- des examens biologiques en ambulatoire
- des examens d'imagerie en ambulatoire
- prescription de traitement(s) médicamenteux
- orientation vers les urgences gynécologiques
- ne se prononce pas

Si oui, quel(s) examens de biologie, imagerie et/ou traitements faites vous. Commentez si vous le souhaitez.

Le questionnaire se termine. Les 4 dernières questions portent sur votre ressenti dans cette prise en charge.

17/ De façon générale, vous sentez vous à l'aise pour la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de grossesse :

- oui
- non
- ne se prononce pas

18/ Selon vous, quels sont les freins à la prise en charge des métrorragies du premier trimestre en ambulatoire :

- Manque de spécialiste à proximité
- Délais trop important d'obtention des divers examens complémentaires
- Absence de structure d'urgence à proximité
- Développement insuffisant du réseau de soins
- Facteurs environnementaux de la patiente (isolement, distance,...)
- Demande des patientes
- Manque de formation des médecins généralistes
- Autres
- Ne se prononce pas

Si autres, précisez :

19/ Selon vous, l'impact psychologique de la grossesse joue-t-il un rôle dans le parcours de soin des patientes (autrement dit, une patiente préférant consulter aux urgences gynécologiques plutôt que son médecin traitant) :

- oui
- non
- ne se prononce pas

20/ Selon vous, comment serait-il possible d'améliorer la prise en charge en ambulatoire des métrorragies du premier trimestre et ainsi réduire le nombre d'admissions aux urgences gynécologiques :

- Amélioration du réseau de soins
- Meilleure formation des médecins généralistes
- Accessibilité à l'échographie et/ou initiation des MG à l'échographie
- Education des patientes
- Autres
- Ne se prononce pas

Si autres, précisez :

Annexe 2 : Email adressé aux médecins généralistes

Chers confrères, chères consoeurs.

Je suis médecin généraliste en fin d'étude et réalise une thèse avec le docteur DUCARME, gynécologue obstétricien au CHD de La-Roche-sur-Yon. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite évaluer la façon de prendre en charge les saignements du premier trimestre de la grossesse par les médecins généralistes de Vendée et questionner leur ressenti. L'objectif est d'obtenir une visibilité sur le parcours de soins des patientes.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire en ligne :

http://webquest.fr/?m=32731_prise-en-charge-des-metrorragies-au-premier-trimestre-de-la-grossesse

Le temps de réponse est de 5 minutes maximum.

Pour toutes questions vous pouvez me joindre : email

Merci beaucoup pour votre coopération.

Axelle RICORDEAU

Titre de Thèse : PARCOURS DE SOINS ET MÉTRORRAGIES AU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE : ÉVALUATION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE VENDÉE

RESUME

-Objectif : Les métrorragies au premier trimestre de la grossesse sont fréquentes (1 femme sur 5 avant 20 SA) et représentent le principal motif de consultation aux urgences gynécologiques. L'objectif de l'étude était d'observer le parcours de soins des patientes présentant des métrorragies au premier trimestre de la grossesse et évaluer la perception des médecins généralistes dans cette prise en charge.

-Matériels et méthodes : Une étude descriptive observationnelle réalisée par auto-questionnaires a été menée auprès des médecins généralistes libéraux de Vendée de juin à décembre 2017. Le questionnaire était anonyme et se divisait en 3 parties, sous forme de QCM et de questions libres dont 4 questions sous forme de cas cliniques. Le critère de jugement principal était le recours ou non aux urgences gynécologiques. Le travail statistiques comprenait la description des variables et les tests statistiques comprenaient entre autre le test du Khi2. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Les réponses libres ont été intégrées dans un second temps.

-Résultats : Ainsi, 99 médecins ont répondu au questionnaire. Les médecins de l'échantillon avaient une activité relativement importante en gynécologie-obstétrique. Le recours aux urgences augmentait avec la complexité des cas cliniques : 23,2% des médecins à la question 13, 38,4% à la question 14, 45,5% à la question 15 et 68,7% à la question 16. La formation (DU et/ou semestre d'interne) avait un impact sur le recours aux urgences ($p=0,006$ à la question 13, $p=0,005$ à la question 14). Dans notre étude, 60,6% des médecins interrogés déclaraient se sentir à l'aise dans cette prise en charge. Le frein dans la prise en charge ambulatoire des métrorragies était principalement le délai trop important d'obtention des examens complémentaires (73,7%). La principale proposition d'amélioration était l'accès plus facile à l'échographie ainsi que la formation des médecins généralistes à l'échographie (71,7%). Le taux de prescription médicamenteuse était faible et la prévention de l'allo-immunisation n'était pas suffisamment mentionnée.

-Conclusion : Les résultats suggéraient que le recours aux urgences était parfois la seule alternative dans la prise en charge des métrorragies au premier trimestre de la grossesse. Une meilleure formation des médecins généralistes à travers un réseau de soins plus développé ainsi qu'une bonne information des patientes permettraient d'améliorer la prise en charge en ambulatoire.

MOTS-CLES

MÉTRORRAGIES - GROSSESSE — URGENCE - PARCOURS DE SOINS - ECHOGRAPHIE — EDUCATION

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Professeur Patrice LOPES

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Docteur Guillaume DUCARME

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascal JOLLIET

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.