



HAL
open science

Prise en charge diagnostique des hémorragies génitales de la femme en âge de procréer en médecine générale

Éva Blondel

► **To cite this version:**

Éva Blondel. Prise en charge diagnostique des hémorragies génitales de la femme en âge de procréer en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03335571

HAL Id: dumas-03335571

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03335571>

Submitted on 6 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 2021

Par

Mme Blondel Eva

Née le 5 Octobre 1993 à Lille (59)

TITRE DE LA THÈSE :

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE DES
HEMORRAGIES GENITALES DE LA FEMME EN AGE DE
PROCREER EN MEDECINE GENERALE

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier
Membres : Madame le Docteur VILLOT Anne, Directrice de thèse
Madame le Docteur TOFFOLUTTI Alexandra, Co-directrice de thèse
Monsieur le Docteur LEBON Louis

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie de l'adulte
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie

M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements :

A mon président de jury, **Monsieur le professeur Xavier Le Coutour**, merci de m'avoir fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse.

A mes directrices de thèse, **Mesdames les docteurs Alexandra Toffolutti et Anne Villot** :
Je vous remercie infiniment pour votre disponibilité, votre gentillesse et vos précieux conseils tout au long de ce travail.

Monsieur le Docteur Louis Lebon, merci d'avoir accepté de faire partie des membres de ce jury. Mais également de m'avoir fait partager en tant que maître de stage votre amour de la médecine et votre bienveillance envers les patients.

À mes maîtres de stage, je vous remercie de m'avoir apporté un enseignement de qualité tout au long de ma formation.

Aux médecins volontaires à l'étude, je vous remercie d'avoir accepté de me consacrer du temps, si précieux en cette période de crise sanitaire. J'espère avoir fidèlement retranscrit vos opinions dans ce travail.

Merci à tous mes amis lillois et normands, pour votre humour et votre présence en toutes circonstances depuis de nombreuses années.

Merci à Lucie pour ton précieux soutien malgré la distance.

A mes collègues et amis médecins, Claire, Justine, Rouag, François, Victor, Joséphine, Gabrielle, Camille Océane, Pierre Elie, Marine, Raffaella, Solène, Joanna, Quentin, Sarah, Félicité. Ces études ont été bien plus belles grâce à vous.

A Léa, pour avoir embelli mes journées de travail durant un an et demi.

A Caro pour ces quelques mois de cohabitation et merci à Adam pour sa relecture.

A mes coloc' et surtout à Malika et Nicolas pour votre écoute et votre bienveillance de tous les jours.

A toute ma famille et plus particulièrement à mon père pour son éternel soutien, à Julie, Sam, Corinne, Alex et Clara. Merci à vous tous d'avoir cru en moi depuis toutes ces années.

A ma mère, qui je pense aurait été fière de moi.

A ma marraine Agathe, merci pour ta présence depuis toujours et pour m'avoir fait découvrir très jeune, le milieu médical.

A ma cousine le Docteur Claire Aubertin, merci de m'avoir ouvert la voie. Je suis fière de marcher sur tes pas.

A ma seconde famille Claire, Robert, Jade, Victor et Mam, merci pour votre accueil et votre gentillesse.

A Arthur, merci pour ta patience, ton affection et ta tendresse au quotidien. Merci pour ces merveilleux moments passés à tes côtés mais aussi pour tous ceux à venir.

Abréviations :

ATCD- Antécédent

CNGE- Collège National des Généralistes Enseignants

CNGOF- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CRP- Protéine C Réactive

DIU- Dispositif-Intra-Utérin

DREES- Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Évaluation des Statistiques

DU- Diplôme Universitaire

ECOGEN- Eléments de la Consultation en médecine Générale

FCS- Fausse couche spontanée

FCV- Frottis cervico-vaginal

FSH- Follicle Stimulating Hormone

GEU- Grossesse extra utérine

HCG- Hormone Chorionique Gonadotropique

INSEE- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM- Imagerie par Résonance Magnétique

IST- Infection Sexuellement Transmissible

LH- Luteinizing Hormone

NFS- Numération Formule Sanguine

ODM- Ordre Départemental des Médecins

TCA- Temps de Céphaline Activée

TP- Temps de Prothrombine

TSH- ThyroStimuline

TTT- Traitement

INDEX Tableaux et figures

Figure 1- Répartition des praticiens selon leur âge et leur sexe

Figure 2- Répartition des praticiens selon leur milieu d'installation

Figure 3- Répartition des praticiens selon leur mode d'exercice

Tableau- Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon

Sommaire

I.	Introduction	1
II.	Matériel et méthode	3
III.	Résultats	5
A.	Caractéristiques de l'échantillon :	5
B.	Présentation du symptôme en médecine générale	6
C.	Le déroulement de la consultation	7
D.	Les étiologies recherchées par les praticiens et leur fréquence	10
E.	Les examens complémentaires :	13
F.	La consultation spécialisée.....	16
G.	Le suivi des patientes :	18
H.	Le ressenti des praticiens	18
I.	Relecture des résultats.....	19
IV.	Discussion.....	20
A.	Les points faibles de l'étude.....	20
B.	Les points forts de l'étude	21
C.	Prise en charge diagnostique en médecine générale et confrontation aux recommandations du CNGOF.....	22
D.	Ressenti des praticiens.....	29
E.	Réalisation d'un diagramme de prise en charge diagnostique	30
V.	Conclusion	30
VI.	Bibliographie	31
VII.	Annexes	33

I. Introduction

Les hémorragies génitales sont définies comme des pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin, extériorisées par l'orifice vulvaire et qui ne sont pas des règles normales. On distingue les hémorragies génitales basses provenant de la vulve, du vagin ou du col utérin, et les hémorragies génitales hautes qui proviennent de l'utérus. Les saignements utérins anormaux sont de deux types : (1)

- Les métrorragies qui sont des saignements survenant en dehors des périodes de règles attendues.
- Les ménorragies qui correspondent à des règles trop abondantes et d'une durée trop longue par rapport à la norme.

Le saignement peut être causé par de nombreuses pathologies (2,3).

- Fonctionnelles ovulatoires (avec notamment les hémorragies de kyste) et anovulatoires.
- Organiques qui sont représentées par les fibromes, les polypes, l'adénomyose, les tumeurs malignes, les malformations artérioveineuses, les causes infectieuses et traumatiques.
- Générales, où l'on retrouve les causes iatrogènes, les coagulopathies, et certaines pathologies chroniques et endocriniennes.
- Il peut aussi être expliqué par des troubles liés à une grossesse.

Les saignements peuvent être graves de par leur étiologie mais également de par leurs conséquences (troubles hémodynamiques, asthénie, anémie).

Ce symptôme entraîne une diminution de la qualité de vie puisqu'il est fréquemment associé à des douleurs, une diminution de l'activité sexuelle, une augmentation des consultations et donc une majoration des coûts (4).

C'est un symptôme fréquent puisqu'on estime que 30% des femmes vont le rencontrer dans leur vie (5). La prévalence des ménométrorragies est estimée entre 11,4% et 13,2% dans la population et augmente avec l'âge pour atteindre 24% chez les 36-40 ans (2).

Les présentations cliniques de ce symptôme sont variées et les étiologies nombreuses. De ce fait, la démarche diagnostique devant un saignement gynécologique chez une femme en âge de procréer nécessite des modalités de prise en charge rigoureuses.

La stratégie de prise en charge diagnostique et étiologique des ménométrorragies est cependant bien décrite dans la littérature notamment par les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) publiées en décembre 2008 (2,6). Y sont rappelées les différentes étiologies, les modalités de l'interrogatoire, de l'examen clinique et les examens complémentaires à proposer.

La majorité des études et recommandations sur ce sujet ont été faites dans un contexte de soins spécialisés. Pourtant, on estime que 8 à 23% des femmes ayant un suivi gynécologique régulier le font assurer par le médecin généraliste (7).

En outre, environ 4 % des consultations de médecine générales correspondraient à un motif gynécologique d'après l'étude des Eléments de la Consultation en Médecine Générale (ECOGEN) réalisée en 2011 par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). En effet, les chercheurs avaient recueilli auprès d'internes en stage dans plusieurs cabinets de médecine générale français, les motifs de consultations de plus de 20 000 patients. Cette étude a été réalisée dans le but de décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé pris en charge en médecine générale en France. (8)

Une étude de 2013 sur la démographie prévisionnelle des gynécologues en Normandie montrait que la balance des départs et des arrivées serait déficitaire de 1 à 2 gynécologues par an jusqu'en 2025 (9). Cette situation est également rencontrée dans le Cotentin.

Le Cotentin est une presqu'île située dans le Nord de la Manche. La communauté d'agglomération du Cotentin a été créée en 2017 et regroupe 129 communes (**Annexe 1**). Elle forme un bassin de population de 185 000 habitants (10).

Du point de vue de la démographie médicale, on comptait dans le Cotentin en 2020 d'après l'Ordre Départemental des Médecins (ODM), 128 médecins généralistes soit 69 pour 100 000 habitants contre 124 pour 100 000 habitants pour la moyenne nationale (11).

Quant aux gynécologues, ils étaient au nombre de 13 sur la presqu'île d'après l'ODM, soit 7 pour 100 000 habitants en 2020 contre une moyenne nationale à 11.7 pour 100 000 habitants (moyenne calculée à partir des données de 2018 de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee) et de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (11)).

Dans ce contexte, la part des consultations en médecine générale pour un motif gynécologique est enclin à augmenter et les médecins généralistes vont être amenés à rencontrer d'avantage les patientes présentant des hémorragies génitales.

Les modalités de prise en charge des hémorragies génitales de la femme par les médecins généralistes ont été étudiées aux Pays bas par de Vries CJ entre 2000 et 2001 (12). Cette étude montrait que les médecins généralistes avaient tendance à suivre une politique d'attente au cours des premières consultations pour hémorragie génitale chez une femme en âge de procréer. Cependant, parmi les patientes ayant bénéficié d'examens complémentaires dès la première consultation, on retrouvait des anomalies chez un nombre considérable de femmes : 36% d'anémie parmi les patientes ayant bénéficié d'une biologie et 41% de fibromes parmi les patientes ayant bénéficié d'une échographie.

En France, aucune étude équivalente n'a été réalisée à l'heure actuelle. Les données sur la prise en charge des hémorragies génitales de la femme en médecine générale sont donc pauvres.

Dans ce contexte, nous avons réalisé, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés chez les médecins généralistes du Cotentin.

L'objectif principal de ce travail était de comprendre comment les médecins généralistes prenaient en charge les hémorragies génitales de la femme en âge de procréer sur le plan diagnostique et quel était leur ressenti vis-à-vis de la gestion de ce symptôme.

L'objectif secondaire de cette étude était d'observer si les modalités de prise en charge par les médecins généralistes étaient en corrélation avec les recommandations du CNGOF.

II. Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude épidémiologique observationnelle qualitative par entretiens semi dirigés auprès des médecins généralistes de la communauté d'agglomération du Cotentin.

Les médecins pouvaient être interrogés s'ils étaient thésés et en activité, installés dans un cabinet de médecine générale libéral. N'ont pas été inclus, les médecins non thésés, remplaçants ou retraités.

Le choix des médecins a été réalisé afin d'obtenir des profils variés : selon leur sexe, leur âge, leurs années d'expérience, leur lieu d'installation (rural ou urbain), leur mode d'exercice (seul, en cabinet de groupe ou en pôle de santé), leur type de patientèle (plus ou moins âgées). Nous avons également contacté des praticiens ayant une expérience de la gynécologie très

différente avec pour certains des formations spécifiques (Diplôme Universitaire de gynécologie) et d'autres n'en pratiquant que très peu. Nous les avons contactés par l'intermédiaire de leur secrétariat entre août et décembre 2020. Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou par téléphone et enregistrés à l'aide d'un dictaphone après présentation des modalités de l'étude et recueil de leur consentement.

L'entretien concernait l'expérience du médecin généraliste dans le cadre d'une première consultation pour le motif d'hémorragie génitale chez une femme en âge de procréer et en dehors d'une grossesse connue. Il n'abordait pas les situations impliquant des adolescentes ou des femmes ménopausées. Bien que les adolescentes soient des femmes en âge de procréer, il existe des spécificités étiologiques et de prise en charge concernant les hémorragies génitales de cette population que nous n'avons pas choisi d'étudier.

Pour conduire ces entretiens, un guide avait été réalisé en amont (**Annexe 2**). Ce guide permettait de poser des questions ouvertes laissant au praticien la possibilité de donner des réponses libres et d'apporter une reproductibilité entre les différents entretiens.

Les sujets abordés étaient :

- Les caractéristiques du praticien et sa pratique de la gynécologie
- Les circonstances de consultation pour hémorragie génitale
- La conduite de la première consultation
- Les étiologies suspectées
- Les examens complémentaires et avis spécialisés demandés
- Le ressenti concernant la gestion de cette pathologie.

Nous avons stoppé la réalisation des entretiens quand ils n'apportaient plus d'éléments nouveaux c'est-à-dire quand la saturation des données était atteinte.

Les entretiens ont été analysés selon la méthode Colaizzi. C'est une méthode de phénoménologie descriptive visant à révéler la structure essentielle du phénomène étudié (13).

Elle comprenait 7 étapes. La première était de retranscrire chaque entretien mot à mot sous forme de verbatim et de les relire pour se familiariser avec les données. Il fallait ensuite identifier les éléments importants et les reformuler sans tenir compte de nos hypothèses.

Toutes ces déclarations étaient alors regroupées par thèmes, ceci correspondait au travail de codage. Les thèmes étaient ensuite décrits de manière exhaustive. Pour ces étapes, le logiciel d'aide à l'analyse des données qualitatives « N'Vivo » a été utilisé afin de faciliter le travail de codage. Enfin, une première version des résultats a été réalisée puis transmise à un échantillon de médecins participants pour vérifier qu'ils correspondaient bien à leur expérience. Pour cette étape de vérification des résultats, nous avons choisi deux praticiens de l'échantillon. Il s'agissait d'un homme et d'une femme choisis selon leur disponibilité.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon :

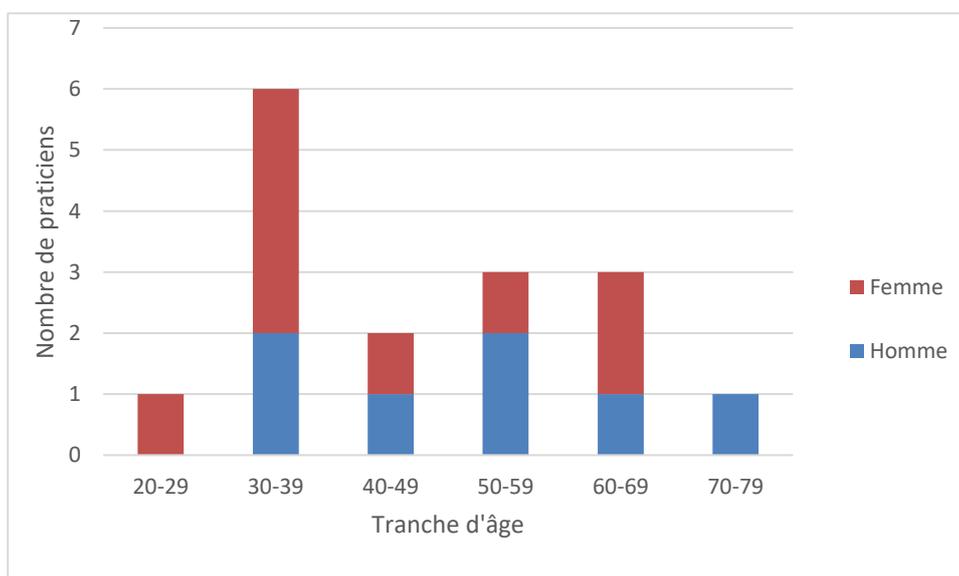
Au total, dix-sept cabinets de médecins généralistes ont été contactés soit environ 45 médecins (exerçant seul, en cabinet de groupe ou en pôle de santé).

Seize médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude, neuf en présentiel et sept par entretien téléphonique selon leur convenance. Parmi les médecins n'ayant pas participé, les raisons étaient l'absence de réponse ou le manque de disponibilité.

La saturation des données a été atteinte au bout de treize entretiens. Trois entretiens supplémentaires ont été effectués par sécurité. La durée moyenne des entretiens était de dix-huit minutes.

Le choix des praticiens avait été fait afin d'obtenir des profils variés comme définis dans la partie « Matériel et méthodes ». Neuf femmes (56%) et sept hommes (43%) ont été interrogés. La répartition au sein des variables « âge » et « sexe » est détaillée au sein de la **figure 1**.

Figure 1 : Répartition des praticiens selon leur âge et leur sexe



On retrouve les données concernant leur milieu d'installation dans la **figure 2** et celles concernant leur mode d'exercice dans la **figure 3**.

Figure 2 : Répartition des praticiens selon leur milieu d'installation

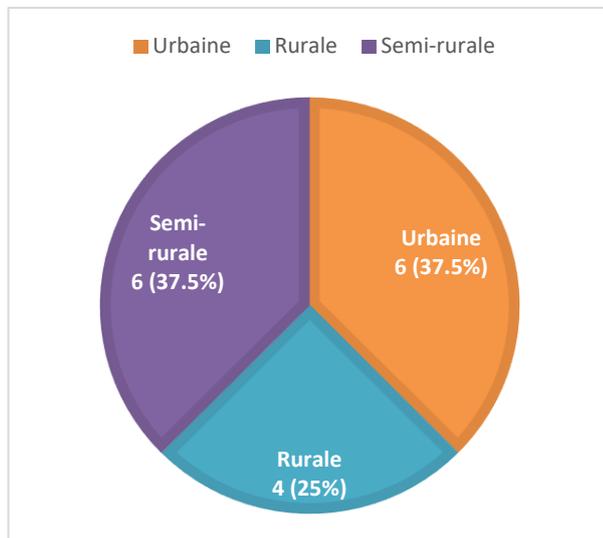
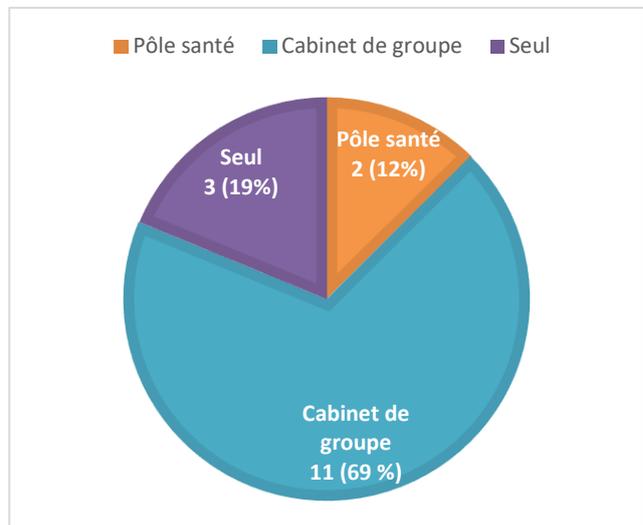


Figure 3 : Répartition des praticiens selon leur mode d'exercice



La moitié des médecins déclarait avoir un attrait particulier pour la pratique de la gynécologie. Trois avaient un diplôme universitaire en gynécologie (DU). Parmi eux, un avait un DU d'échographie et un était en cours de formation pour celui-ci (**Annexe 3**).

La part des consultations pour un motif gynécologique était très variable en fonction des médecins. On retrouve une médiane de cinq consultations par semaine. Un considérait que la gynécologie représentait plus de 80% de son activité (**Annexe 3**).

B. Présentation du symptôme en médecine générale

Fréquence des consultations selon les médecins généralistes

Il était difficile pour les médecins généralistes d'estimer la fréquence de leurs consultations pour le motif « saignements génitaux » : E9 « *Je ne sais pas, je ne saurais pas dire parce que ça n'est vraiment pas souvent* ». Les réponses étaient très variables d'un praticien à l'autre allant d'un motif fréquent : E12 « *Tous les deux jours éventuellement* » à assez inhabituel : E3 « *trois fois par an* ». Cette variabilité était dans l'ensemble, proportionnelle au nombre de consultations gynécologiques. Pour exemple, les consultations de gynécologie correspondaient à 80% des consultations pour le praticien « 12 » contre moins de 5% pour le praticien « 3 ». Certains médecins se demandaient s'ils devaient inclure les « spotting » dans ce calcul : E11 « *Est-ce qu'on considère que les troubles des règles c'est une consultation pour hémorragie génitale, le spotting pendant la contraception ?* ».

Définition par les médecins généralistes des termes de métrorragie et de ménorragie

Les médecins généralistes maîtrisaient bien le terme de « métrorragie ». Tous les médecins interrogés définissaient les métrorragies comme étant des saignements intervenant en dehors des périodes de règles attendues.

Concernant les ménorragies, l'abondance semblait être au premier plan lorsqu'on leur demandait de définir ce terme. L'ensemble des médecins caractérisait les ménorragies comme étant des règles trop abondantes. Seuls cinq d'entre eux ajoutaient à cela la notion de durée trop longue : E7 « *Alors ménorragies, ce sont des règles plus abondantes que l'habitude* ».

Les présentations cliniques au cabinet

Quinze médecins sur seize déclaraient que ce type de symptôme pouvait être le motif principal de la consultation. C'est-à-dire que la patiente consultait explicitement pour une anomalie de saignements : E5 « *En général, elles l'abordent, elles ne viennent que pour ça en fait* ».

Ce symptôme était fréquemment recherché lors des consultations de suivi de contraception (ceci était abordé par les deux tiers des participants). En effet le médecin va chercher à savoir comment sont les cycles sous contraception et c'est à cette occasion là que peuvent être dépistées les anomalies : E1 « *Si elle vient pour un renouvellement de contraception, on pose la question : est-ce que les règles durent longtemps, est-ce qu'il y a des saignements entre les règles ?* »

Parmi les médecins ayant déclaré avoir eu peu d'occasion de traiter le sujet, trois recherchaient des saignements génitaux à l'occasion d'une découverte d'anémie : E9 « *Je trouve que souvent c'est au décours d'un bilan [de] fatigue des choses comme ça. On fait un bilan biologique, ferritine [basse] et là on découvre que le côté anémie ferriprive il est souvent à cet âge-là d'origine gynécologique* ».

C. Le déroulement de la consultation

L'interrogatoire

Afin de faire le diagnostic étiologique des hémorragies génitales, l'interrogatoire s'avérait être l'étape la plus importante. Celui-ci était abordé par les praticiens sous la forme d'une liste d'informations très variées à recueillir auprès de la patiente pour définir la situation.

Dans un premier temps tous essayaient de caractériser les saignements. Ils tentaient de savoir si l'évènement était nouveau ou récurrent, de connaître le moment du cycle auquel il

intervenait et tentaient de quantifier les saignements : E2 « *Je demande depuis combien de temps. Quelle est l'intensité, c'est-à-dire combien de serviettes elle doit changer. Depuis combien de temps ça dure, si c'est la première fois que ça arrive ou non, s'il y a eu un facteur déclenchant* ».

Ils étaient plusieurs à évoquer les difficultés à quantifier les saignements. Pour eux, certaines femmes considéraient que les saignements pouvaient être très intenses à tort et d'autres déclaraient des saignements normaux alors qu'ils pouvaient être abondants : E9 « *Finalemnt, des fois, elles nous disent « Oui, ça ne saigne pas trop » mais au final elles ont tellement l'habitude que ça saigne abondamment, on a la connaissance que de ses propres règles finalement* ».

Le nombre de protections utilisées était peu demandé et la notion de calendrier des saignements avait été citée une fois : E6 « *L'interrogatoire c'est déjà savoir de quantifier la métrorragie, leur demander aussi si ça dure depuis longtemps, de savoir si elles ont fait un calendrier* ».

Une grande majorité abordait ensuite les circonstances d'apparition et questionnait sur la sexualité des patientes. Ils tentaient de savoir si les saignements étaient apparus à la suite d'un rapport ayant pu être traumatique : E12 « *Si éventuellement il y a eu un rapport avant qui pourrait être traumatisant parce que ça se voit aussi fréquemment* ».

Pour un participant, c'était l'occasion d'aborder la question des éventuelles violences subies par la patiente : E15 : « *Après si c'est au niveau vaginal, les possibilités de traumatisme, des violences, enfin moi je pose systématiquement la question aux patientes donc je connais un peu le contexte familial et de vie sociale* ».

Trois médecins posaient des questions sur les conduites sexuelles, sur la stabilité du couple et les possibilités d'infections : E3 « *Je vais questionner sur la sexualité, savoir comment ça se passe, est-ce qu'il y a des dyspareunies, questionner sur le partenaire, est-ce que c'est un couple stable, est-ce qu'il y a eu un dépistage d'IST (Infection Sexuellement Transmissible) de fait, notamment les chlamydias, gonocoques* ».

Le mode contraceptif et l'éventualité d'une grossesse étaient des éléments recherchés quasi systématiquement. Ils s'attachaient à demander si une grossesse était possible et plus particulièrement si une pilule avait pu être oubliée : E8 « *S'il y a un risque de grossesse malgré tout, parce que ça n'est pas parce qu'il y a une contraception qu'il n'y a pas de risque* ».

La notion de « signes d'accompagnement » était très souvent citée. En effet, ils décrivaient les signes associés tels que les douleurs, les leucorrhées, la fièvre ou encore l'asthénie par ce terme : E1 « *Comme signe d'accompagnement, est-ce qu'il y a des douleurs abdominales, de la fièvre et des signes d'infection bien sûr* ».

Enfin la question des répercussions sur la qualité de vie n'était pas toujours abordée. Certains praticiens tentaient de savoir comment la femme tolérait ces saignements dans son quotidien : E6 : « *Voir comment elles le supportent. Parce qu'il y a des femmes qui changent de serviette deux fois par jour et c'est déjà trop et d'autres c'est deux fois par heure et c'est normal. Le ressenti est différent* ».

L'examen clinique

Moins de la moitié des participants détaillait spontanément l'examen général comme correspondant à la prise des constantes et l'examen global de la patiente : E15 « *Je vais prendre la tension. [L'examen] cardiaque pulmonaire. Je le fais systématiquement* ». Certains déclaraient rechercher une anomalie de l'examen abdominal : E3 « *Initialement je palpe l'abdomen. Je vais aller voir s'il n'y a pas autre chose, est-ce qu'il n'y a pas une péritonite, un abdomen ferme* ».

La question de l'examen clinique gynécologique a donné lieu à une grande variabilité des réponses parmi les praticiens.

Trois médecins faisaient un examen de manière assez systématique : E5 « *Au niveau de l'examen clinique ça va être un examen gynécologique. Donc déjà si elle est en âge de procréer je fais un toucher vaginal et une pose de speculum* ».

D'autres le faisaient en fonction des circonstances de survenue : E10 « *Si ce n'est pas leur plainte principale et si elles viennent et qu'elles ne sont pas en période de saignement, je ne vais pas forcément aller voir* » ; E6 « *Si c'est une jeune qui vient pour métrorragies, je ne fais pas systématiquement d'examen clinique. Après vers la ménopause, je regarde au toucher vaginal si on ne sent pas un fibrome* ». Les médecins réalisaient l'examen clinique en fonction de leur appréciation de la situation.

Lorsque le saignement semblait être en rapport avec des troubles dus à la contraception, l'examen clinique était peu réalisé : E2 « *Quand c'est un oubli de pilule, qu'elle dit que ce n'est pas très important, je ne fais pas toujours d'examen gynéco. Mais après quand c'est une hémorragie importante ou qu'il n'y a pas d'oubli de pilule, j'examine directement* ».

Et enfin certains médecins ne le pratiquaient que de manière occasionnelle : E16 « *J'avoue qu'au fil des années, j'en ai de moins en moins fait* ».

Quand l'examen gynécologique était réalisé, les modalités n'étaient pas toujours les mêmes en fonction du praticien :

L'inspection vulvaire était peu décrite spontanément comme faisant partie intégrante de leur examen : E1 « *On fait un examen visuel de la région vulvaire, voir s'il y a des érosions de la muqueuse ou autre chose* ».

L'examen au speculum était décrit par les trois quarts des participants. Il consistait dans l'ensemble à localiser la provenance des saignements, l'intégrité des parois vaginales, et à rechercher la présence d'une lésion cervicale : E7 « *A la pose de speculum, voir l'aspect, s'il y a des saignements, d'où viennent les saignements, l'aspect de la vulve, au niveau vaginal, s'il n'y a pas de problème à ce niveau-là, l'aspect du col* ».

Quand il était réalisé, le toucher vaginal avait pour but de rechercher des douleurs à la mobilisation utérine ou latéralisées, la présence de masse et d'évaluer la taille de l'utérus : E13 « *Le toucher vaginal c'est pour me rendre compte du volume de l'utérus, savoir s'il est douloureux. Savoir s'il y a des douleurs au niveau latéral* ».

Le ressenti des patientes et des médecins à propos de l'examen gynécologique :

Cinq médecins semblaient être limités dans la conduite de l'examen gynécologique car ils avaient l'impression que les patientes n'étaient pas à l'aise vis-à-vis de celui-ci : E16 : « *L'examen gynéco, je trouve que c'est toujours quelque chose d'assez particulier. J'ai déjà eu des patientes qui vivaient ça assez mal. Donc je suis un peu réticent* ».

Un médecin évoquait ne pas être certain de la fiabilité de son examen : E9 « *Je pense que je ne suis pas bon à cet examen-là. Et comme ça débouche régulièrement vers une consultation spécialisée, pour ne pas réitérer l'examen qui n'est pas forcément hyper agréable* ».

Enfin plusieurs médecins évoquaient l'impact d'être un homme ou une femme dans la réalisation de cet examen : E6 « *Je comprends qu'il y ait des femmes qui ne veulent pas venir me voir parce que je suis un homme* » ; E10 « *En tant que médecin femme, c'est vrai que les femmes sont plutôt à l'aise pour qu'on les suive* ».

D. Les étiologies recherchées par les praticiens et leur fréquence

Lorsque l'on abordait les différentes pathologies pouvant provoquer des saignements génitaux en période d'activité génitale, l'âge semblait être au premier plan. La moitié des praticiens

interrogés s'orientait vers certaines pathologies en fonction de l'âge de la patiente. Ils différenciaient principalement les femmes en âge de procréer dites jeunes et les femmes en péri ménopause, après 40 ans : E12 « *Tout dépend de l'âge de la patiente quand même et à quelle période du cycle on en est, de la période d'activité génitale* ».

Concernant le diagnostic différentiel des hémorragies génitales, un médecin déclarait rechercher des saignements d'origine digestive ou urinaire : E15 « *Il y a parfois des femmes qui se trompent entre hémorragie génitale et par exemple une hémorroïde qui a saigné ou du sang dans les urines* ».

Les causes fonctionnelles

Les troubles du cycle liés aux contraceptifs semblaient être l'étiologie la plus fréquente surtout dans les cas de métrorragie chez la femme jeune : E3 « *La [cause, la] plus fréquente, c'est les problèmes de contraception* ». Cette étiologie était considérée comme la plus fréquente d'après douze médecins sur les seize interrogés. Ils évoquaient d'une part les saignements sous stérilet hormonal ou microprogestatif et d'autre part les oublis de pilule : E12 « *Des oublis de pilule, c'est quand même la raison la plus fréquente* ». On retrouvait aussi la notion de ménorragie sous stérilet au cuivre : E11 « *Les ménorragies ça peut être soit effectivement les stérilets au cuivre ou alors un dysfonctionnement hormonal* ».

Il apparaissait au cours des différents entretiens que les praticiens englobaient les notions de saignements sous contraceptifs et les anomalies d'origine fonctionnelle hors contraception : E1 « *On cherche plutôt à savoir s'il y a des anomalies hormonales expliquant le saignement* ».

Concernant les pathologies fonctionnelles des annexes, deux praticiens citaient la rupture de kyste hémorragiques parmi les causes possibles : E12 « *Des ruptures de kystes hémorragiques j'en vois quand même assez régulièrement* ». Cependant la torsion de kyste avait également été évoquée plusieurs fois : E1 « *L'autre étiologie possible c'est la torsion d'un kyste* ».

Enfin, les dysfonctions hormonales liées à la préménopause semblaient être une présentation assez fréquente au cabinet de médecine générale avec la problématique des cycles irréguliers et des ménorragies présentes en péri-ménopause : E11 « *Des femmes en pré ménopause et qui peuvent avoir un déséquilibre hormonal* ».

Les causes organiques

Le fibrome semblait être l'étiologie la plus fréquemment recherchée en cas de saignements après 40 ans. Treize médecins avaient évoqué cette étiologie. C'était la deuxième cause en termes de fréquence après les troubles liés aux contraceptifs : E5 « *Alors moi, je vais prendre mon expérience, c'est surtout des fibromes* ».

A ceci s'ajoutent les autres pathologies intra-utérines comme les polypes, l'hypertrophie de l'endomètre et le cancer qui étaient abordées dans le même temps : E6 « *Après en fonction de l'âge, ça peut être cancéreux, une hyperplasie de l'endomètre, des fibromes* » ; E12 « *Les polypes intra cavitaires, les fibromes* ».

Les pathologies cancéreuses étaient abordées de manière large sans forcément préciser l'organe atteint : E9 « *Après en fonction de l'âge, on se méfie du cancer aussi* ».

Dans un contexte de saignement anormal, la recherche d'une pathologie du col semblait assez systématique. En effet, ils vérifiaient pour la plupart, s'il existait des lésions visibles du col : E14 « *Et puis un cancer du col qui saigne* » ; E15 « *Au niveau du col, s'il y a un ectropion* ». Même s'ils les recherchaient systématiquement, certains médecins s'interrogeaient quant au lien de causalité entre les lésions du col et la présence de saignements anormaux : E4 « *Je ne pense pas qu'on puisse avoir des métrorragies sur un cancer du col très évolué, enfin peut-être mais je pense toujours à ça* ».

Un peu moins de la moitié des praticiens recherchait des pathologies infectieuses. Ils abordaient le sujet principalement lorsqu'ils retrouvaient des douleurs abdominales et lorsqu'ils listaient les différents examens biologiques qu'ils prescrivaient : E14 « *Une infection génitale peut faire saigner* ».

Lors de ces entretiens, trois praticiens citaient l'endométriose comme pouvant être responsable de saignements anormaux : E10 « *S'il y a des douleurs avec des règles abondantes, on parle beaucoup d'endométriose* ». Ils faisaient remarquer leurs difficultés à diagnostiquer cette pathologie : E15 « *C'est plus difficile cliniquement s'il n'y a pas d'endométriome* ».

Une partie des praticiens disait rechercher des pathologies vagino-vulvaires : E12 « *On n'en voit pas souvent mais on cherche quand même des cancers vulvaires, des lésions herpétiques qui saignent ou des mycoses carabinées qui peuvent parfois entraîner des saignements* ». Une plus grande majorité semblait rechercher une lésion vaginale lorsqu'ils expliquaient rechercher d'où venait le saignement lors de l'examen clinique. Cependant ils ne citaient pas

toujours cette pathologie explicitement : E16 « *Voir d'où vient le saignement, s'il est d'origine endo utérine, si on voit un saignement qui passe au col ou si c'est un saignement plus bas* ».

Deux praticiens disaient rechercher une lésion vaginale traumatique : E15 « *Voir s'il y a une notion de traumatisme ou voir même de violence* ». Et un recherchait la présence de corps étrangers : E2 « *Une fois, il y a eu une dame qui avait oublié son tampon, c'était tout irrité, ça commençait à saigner. Donc je cherche un corps étranger* ».

Les métrorragies du 1er trimestre de grossesse

La présence d'une grossesse était recherchée par la quasi-totalité des praticiens en cas de métrorragies chez une femme jeune. La grossesse extra utérine était alors au premier plan et apparaissait comme étant redoutée par la plupart d'entre eux : E14 « *Il faut éliminer une grossesse extra utérine bien sûr* ».

Une fausse couche dans le cadre d'une grossesse non connue était recherchée par quatre praticiens : E4 « *Il peut y avoir aussi des métrorragies de fausse couche de grossesse non connue* ».

Les causes générales

Concernant les causes plus générales, un médecin évoquait la possibilité de pathologies endocriniennes : E3 « *Je vais essayer de savoir s'il y a d'autres signes associés, endocriniens, enfin éventuellement des problèmes de pilosité, de thyroïde* »

Concernant l'existence des troubles de la coagulation, deux médecins les recherchaient : E14 « *Éventuellement s'il y a des troubles de la coagulation, TP TCA* ».

E. Les examens complémentaires :

Le sujet des examens complémentaires intervenait très tôt lorsqu'on questionnait les médecins sur le déroulement d'une consultation pour hémorragie génitale. En effet ils avaient tendance à les aborder dès qu'on les questionnait sur leur l'interrogatoire : E3 « *Après vient le temps de l'examen et puis derrière, si j'identifie quelque chose qui me paraît anormal, je vais penser à faire des examens complémentaires* ».

Le frottis cervico-vaginal (FCV)

Le FCV apparaissait comme une prolongation de l'examen clinique. En effet les deux tiers des médecins pensaient à vérifier la validité du dernier frottis et à le réaliser s'ils retrouvaient des lésions. Celui-ci pouvait influencer la réalisation d'un examen clinique chez la femme s'il n'était

pas à jour : E4 « *Si la dame est à jour de son frottis, si elle n'est pas à jour et si on n'est pas dans une période où elle saigne abondamment je mets quand même à jour le frottis comme premier examen éventuellement* ».

La biologie :

La recherche d'une grossesse par les Béta-hCG (hormone Chorionique Gonadotrophique) était l'examen complémentaire le plus fréquemment prescrit par les médecins en cas de métrorragie. Les deux tiers les prescrivaient. Pour certains de manière systématique : E5 « *Après chez une femme en âge de procréer et même chez une femme non ménopausée de manière générale, je recherche à chaque fois aussi au niveau sanguin, hCG* ». D'autres les prescrivaient principalement chez la femme jeune, avant 40 ans et en cas de métrorragie de survenue récente : E2 « *Une jeune femme avec une hémorragie, je prescris facilement des Béta-hCG, même en systématique. Une personne [d'] un peu plus de la quarantaine, qui m'assure qu'elle n'a pas oublié sa pilule, que ça fait deux-trois mois qu'elle a des hémorragies de temps en temps, je ne prescris pas forcément des Béta-hCG* ».

L'anémie était recherchée par pratiquement tous les praticiens en cas de métrorragies minimales chroniques ou en cas d'événement aigu abondant. La NFS (Numération Formule Sanguine) était alors réalisée avec parfois une ferritinémie dans le même temps : E10 « *Souvent je demande une biologie avec une NFS et une ferritine pour quantifier et voir les répercussions* » ; E11 « *J'ai tendance à le demander assez facilement parce que quelques fois même sur les métrorragies minimales, on a des anémies qui s'installent* ».

Six médecins mentionnaient ajouter une CRP (Protéine C Réactive) lorsqu'ils prescrivaient un bilan à la recherche d'un syndrome inflammatoire : E16 « *Déjà ce sont des femmes en âge de procréer donc il faut faire des Béta-hCG, une NFS, éventuellement une CRP pour voir s'il n'y a pas une cause infectieuse* ».

La recherche biologique des troubles de la coagulation n'était pas souvent mentionnée. En effet trois déclaraient doser les plaquettes et un pouvait rechercher des troubles de la coagulation par dosage du TP (Taux de Prothrombine) et du TCA (Temps de Céphaline Activé) : E14 « *NFS, plaquettes et éventuellement s'il y a des troubles de la coagulation, TP TCA* ».

Enfin, un médecin déclarait prescrire un bilan hormonal par dosage de FSH (Follicle Stimulating Hormone) et de LH (Luteinizing Hormone) pour les femmes présentant ce symptôme après 40 ans : E6 « *En fonction de l'âge, LH FSH [...] ça dépend, par exemple, des*

fois, il y a des patientes qui à 40 ans ont des bouffées de chaleur. Donc, dans ces cas-là on fait à ce moment-là. Mais après je dirai systématiquement après 45 ans ».

Les prélèvements vaginaux

La recherche des IST n'était pas systématique mais était proposée en fonction du terrain : E7 « *Après on peut aussi faire un prélèvement vaginal à la recherche de Chlamydia* ».

L'échographie :

L'échographie semblait être l'examen de choix pour le diagnostic étiologique des hémorragies génitales.

Certains médecins la prescrivaient lorsqu'ils n'avaient pas d'orientation étiologique après l'examen clinique : E15 « *Si au niveau de ma clinique je n'ai rien trouvé, souvent je fais l'échographie* ».

D'autres avaient tendance à la prescrire au contraire lorsque leur examen clinique était anormal et d'autant plus si un fibrome était suspecté : E1 « *Si on a une suspicion de fibrome, il faut bien une échographie pour voir où se situe le fibrome dans l'utérus, si c'est externe, interne. S'il y a une augmentation de volume d'une annexe il faut savoir ce que c'est* ».

De plus, l'échographie semblait être assez systématique pour les femmes à l'approche de la ménopause : E4 « *J'oriente vers le gynécologue pour une écho plutôt les femmes en pré-ménopause [...] pour la mesure de l'épaisseur de l'endomètre, vérifier qu'il n'y ait pas de fibrome* ».

Chez la femme jeune pour qui l'interrogatoire orientait vers des dysfonctions de contraception, elle ne semblait cependant pas être réalisée dès la première consultation : E9 « *Si ça colle avec un changement contraceptif, que les saignements apparaissent alors qu'on a changé de gamme. Je pense que ça vaut le coup de modifier avant de faire d'autres examens morphologiques* ».

Le choix de l'échographiste :

Au cours des différents entretiens, on remarquait que la question du choix de l'échographiste était un élément important.

Une grande majorité préférait adresser la patiente au gynécologue pour que l'échographie soit réalisée par celui-ci. Ils avaient la sensation qu'elle serait plus contributive : E10 « *J'aime bien que ça soit le gynéco qui fasse les échos, je trouve que c'est plus fiable* ».

De plus, plusieurs médecins évoquaient le fait qu'il n'était pas possible de faire réaliser ces échographies par des radiologues dans la région : E6 « *Le problème c'est qu'on pourrait se passer des gynécos si on pouvait avoir des échographies pelviennes avec le radiologue mais ils ne le font pas* ».

A contrario, d'autres déclaraient adresser les patientes aux cabinets de radiologie qui pouvaient accueillir les patientes dans un délai plus rapide : E3 « *Même si je ne suis pas capable de faire une échographie, il y a des radiologues. Donc je vais être tenté de faire la bio, d'envoyer faire une échographie pour avoir le rendez-vous sous deux jours ou une semaine max, et de revoir la patiente avec tout ça* ».

L'IRM pelvienne (Imagerie par Résonance Magnétique) :

Un praticien déclarait prescrire une IRM pelvienne lorsqu'il suspectait une endométriose : E1 « *Ça m'est arrivé de prescrire une IRM pelvienne lorsque j'avais une forte suspicion d'endométriose* ».

F. La consultation spécialisée

L'avis du gynécologue

Les praticiens adressaient les patientes vers le spécialiste pour réaliser une échographie pelvienne mais c'était également l'occasion de demander l'avis global sur la situation et sur les thérapeutiques : E11 « *L'écho je la demande au gynéco, je ne la demande pas au radiologue. Donc du coup au gynéco, je lui demande aussi un avis sur la prise en charge* ».

Une partie des médecins essayait de gérer la situation au cabinet avant d'orienter la patiente vers le gynécologue : E3 « *Je n'aime pas trop me débarrasser et [...] envoyer sans avoir un peu débrouillé le terrain* ».

Les situations où l'avis était le plus souvent demandé étaient celles où il existait des saignements abondants de survenue récente : E15 « *s'il y a une hémorragie trop importante ou des signes qui peuvent m'interpeller, je vais rapidement contacter mes collègues gynéco* » ; ou encore lorsque les saignements étaient récurrents : E2 « *J'oriente facilement vers le gynécologue, dès que ce n'est pas le premier épisode ou dès que c'est quelque chose qui dure* ».

Une autre situation de demande d'avis spécialisé était l'absence d'élément d'orientation ou le doute diagnostic : E12 « *Si je ne trouve rien au niveau de l'écho, je préfère l'envoyer pour avoir un autre avis* ».

Lorsque l'échographie avait été faite par un radiologue et qu'un fibrome était diagnostiqué, les praticiens adressaient la patiente au gynécologue pour avoir son avis sur la prise en charge.

Trois praticiens déclaraient orienter la patiente vers le gynécologue afin d'obtenir son avis spécialisé sur la contraception et les changements à apporter : E10 « *S'il y a des modifications de contraception à faire, parfois, ils ont plus l'habitude que nous. Savoir aussi en fonction de telle pilule ce qui est le meilleur moyen de contraception* ».

Au contraire, d'autres considéraient ne pas avoir besoin de l'avis spécialisé quand ils pensaient que les saignements intervenaient dans le cadre de la contraception : E5 : « *Pour les patientes qui ont une contraception orale et un saignement abondant [...] pour ce motif là je demande très rarement un avis gynécologique. On essaye de faire un changement de contraception* ».

Le recours aux sages-femmes

Les sages-femmes sont amenées depuis plusieurs années à réaliser le suivi gynécologique des patientes. Parmi les médecins interrogés, trois déclaraient adresser certaines patientes aux sages-femmes avant de les adresser au gynécologue : E14 « *On adresse également aux sages-femmes qui ont un peu l'habitude* ».

L'avis des urgences gynécologiques :

Les situations où les praticiens envoyaient les patientes aux urgences gynécologiques étaient pour pratiquement tous, la présence de douleurs associées. Ils pouvaient les adresser si les saignements étaient actifs et abondants ou s'il existait une mauvaise tolérance clinique de ces saignements : E16 « *Un saignement important ou associé à de la douleur ou à une mauvaise tolérance clinique* ».

Certains déclaraient avoir recours aux urgences lorsqu'ils voyaient une patiente en consultation pour ce motif le soir, ce qui ne permettait pas la réalisation de Béta-hCG en laboratoire de ville : E10 « *Si c'est un soir avec une patiente avec des métrorragies très douloureuses et que je ne peux pas avoir des Béta-hCG avant le lendemain, je pourrais l'envoyer* ».

La suspicion de grossesse extra-utérine entraînait une orientation vers les urgences gynécologiques de manière assez systématique : E1 « *Si on a une forte suspicion de grossesse extra utérine, à mon avis, c'est les urgences tout de suite* ». L'existence d'une fièvre avec suspicion de salpingite pouvait parfois être une raison de les y adresser : E8 « *La salpingite, ça va aux urgences* ».

G. Le suivi des patientes :

En dehors du contexte d'urgence, la moitié des médecins déclarait laisser les patientes reprendre rendez-vous si la situation persistait : E6 « *Je laisse la porte ouverte. C'est-à-dire que c'est elles qui décident quand elles veulent revenir* ».

Lorsque le problème semblait être fonctionnel ou en lien avec les contraceptifs, ils leur proposaient de les revoir après deux ou trois cycles : E1 « *En général, je leur propose de revoir ça sur deux cycles, pour voir comment les choses évoluent. Par exemple si je fais un changement de pilule* ».

La notion de « temps » était revenue plusieurs fois. De nouveau, quand la situation ne semblait pas urgente, les praticiens déclaraient avoir la chance de bénéficier de temps pour réévaluer les patientes : E10 « *Souvent en médecine générale, on peut se laisser un peu de temps pour juger, c'est tout l'intérêt sans s'en laisser trop non plus* ».

H. Le ressenti des praticiens

La gestion du diagnostic

Dans l'ensemble, les médecins disaient se sentir à l'aise dans la gestion du diagnostic des hémorragies génitales : E3 « *Je me sens à l'aise, ça ne me dérange pas du tout* ».

La notion d'instinct et la connaissance des patientes semblaient être des éléments importants dans la prise en charge des patientes : E12 : « *Je pense qu'on a un sixième sens, on sent les choses à un moment ou à un autre (...) On les connaît les gens à la longue. S'il y a un truc qui ne va pas, ça fait « tilt »* ».

Il est à noter que bien que l'on ait précisé s'intéresser au diagnostic et non pas aux thérapeutiques dans le cadre de notre étude, certains médecins évoquaient se sentir en difficulté quant aux thérapeutiques face à ce symptôme et d'autant plus depuis les dernières recommandations sur certains macroprogestatifs (14) : E8 « *Avec les ménorragies on va être embêtés par ce qu'en plus ils viennent de sortir l'alerte sur le Lutéran et le Lutényl donc on va plus oser en donner aux patientes* ».

L'accès à l'échographie

L'accès à l'échographie semblait être un point important dans la prise en charge diagnostique des hémorragies génitales. En effet, plusieurs praticiens déclaraient perdre du temps dans les prises en charge à cause des délais de rendez-vous : E6 « *J'ai des difficultés [en raison de l'] absence de créneau d'échographie pelvienne où on pourrait gérer facilement les choses* ».

Les praticiens ayant un bon réseau parmi les gynécologues de la région se sentaient quant à eux aidés dans leurs prises en charge car ils avaient accès à l'échographie plus facilement : E15 « *Avec les gynécos en ce moment, si c'est nous qui appelons, dans la semaine elles sont vues, parce qu'il y a des bons partenariats dans le coin* ».

Mais les départs à venir des gynécologues semblaient être une source d'inquiétude pour les médecins généralistes : E9 « *Je pense que ça va se complexifier parce que dans le coin il y a un gynéco qui s'en va avec qui on travaillait beaucoup. Donc ça va être un petit peu plus tendu forcément* ».

I. Relecture des résultats

Nous avons transmis une première version des résultats à deux des médecins participants afin qu'ils puissent donner leur avis et notifier s'ils étaient en désaccord avec certains éléments. Le premier médecin déclarait ne pas avoir de corrections à apporter.

Le second médecin avait quant à lui commenté différents points. La question de l'abord des violences sexuelles dans ce contexte l'avait interpellé « *Ce que je trouve intéressant, c'est que très peu de médecins ont abordé dans un entretien ouvert, la question des violences sexuelles (moi inclus). C'est sans doute représentatif de nos lacunes de prises en charge dans ce domaine* ». Il déclarait également que la connaissance du contexte familial pouvait influencer l'interrogatoire.

Il était également rassuré de l'intérêt que portaient les médecins au côté intrusif de l'examen gynécologique « *Je trouve très rassurant que les médecins s'interrogent sur la nécessité et la conduite de leurs examens gynécologiques. Cela signifie qu'ils ne les imposent pas aux patientes, qu'ils se mettent à leur place* ».

Concernant les étiologies évoquées, il trouvait étonnant le fait de rechercher dans ce contexte, des troubles de la coagulation et des pathologies endocriniennes.

Dans l'ensemble, il considérait que la pratique de ses confrères était similaire à la sienne et que leur prise en charge lui paraissait satisfaisante. Cependant, il déclarait qu'il y avait pu y

avoir des oublis au cours de l'entretien. Ceci pouvait être lié au stress de l'entretien et aux difficultés à visualiser l'arbre décisionnel en rapport avec le nombre important d'étiologies à évoquer.

IV. Discussion

Il existait une variabilité d'exposition à la gestion des hémorragies génitales parmi les généralistes de notre étude. L'interrogatoire réalisé semblait exhaustif dans son ensemble mais lorsqu'on interrogeait les praticiens à titre individuel, certains éléments avaient tendance à être oubliés probablement en lien avec le nombre conséquent d'informations à recueillir. La quantification objective des pertes sanguines quant à elle était peu pratiquée. Les modalités de réalisation de l'examen gynécologique étaient très variables d'un généraliste à l'autre. Cette variabilité était due à la réticence des praticiens à réaliser cet examen. Les étiologies organiques et fonctionnelles ou en lien avec la contraception étaient bien maîtrisées mais les pathologies générales notamment thyroïdiennes ou les troubles de l'hémostase étaient peu recherchées. Les praticiens se disaient à l'aise dans la prise en charge diagnostique des hémorragies génitales mais rencontraient des difficultés d'accès à l'échographie et à l'avis spécialisé.

A. Les points faibles de l'étude

Les limites liées au recrutement des praticiens

Certains médecins avaient refusé de participer à l'étude par manque de temps. En effet, l'annonce du temps nécessaire à la réalisation de l'entretien semblait être un frein à la participation. Les entretiens ayant été réalisés au cours de l'épidémie de Covid 19, les médecins avaient d'autant moins de temps à consacrer aux études. En revanche, la possibilité de réaliser des entretiens téléphoniques a permis à certains médecins d'accepter l'entretien car cela leur faisait gagner du temps.

Pour avoir une meilleure représentativité de l'échantillon, nous avons tenté d'obtenir des profils variés de médecins selon leur activité, leur âge et leur sexe. Cependant, nous remarquons qu'il existe dans notre échantillon, une majorité de femmes et une médiane d'âge de 30-39 ans ce qui diffère des moyennes nationales (50.4% de femmes et âge moyen de 50 ans chez les médecins généralistes français) (15).

Bien que la représentativité ne soit pas obligatoire dans ce type d'étude, le fait d'avoir une majorité de femmes et des praticiens en début de carrière peut avoir influencé les réponses, rendant difficile une extrapolation des données à l'échelle nationale.

En revanche, la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes diffère en fonction de l'offre de soin et de la proximité d'un gynécologue comme le montre Dias dans sa thèse d'exercice sur la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes en Ile de France (16). Le suivi gynécologique est d'autant plus réalisé par les généralistes lorsque les gynécologues sont rares à l'échelle locale. Notre échantillon est alors davantage représentatif des territoires en carence de spécialistes.

Parmi les médecins interrogés, trois avaient un DU de gynécologie. Ils avaient donc une pratique plus importante de la gynécologie et des connaissances qui pouvaient être plus approfondies que la plupart des médecins généralistes.

Enfin, il se peut que leur acceptation ou leur refus de participer à cette étude ait été influencé par leurs compétences sur le sujet.

Limites méthodologiques

Certains praticiens avaient signalé en début d'entretien ne pas bénéficier de beaucoup de temps. Les réponses des praticiens et les relances de la part de l'investigateur ont pu être abrégées dans ces conditions.

Les participants se référaient aux dernières situations qui s'étaient présentées au cabinet et pouvaient omettre certains éléments pouvant être à l'origine d'un biais de mémorisation. Ainsi, en fin d'entretien, beaucoup de médecins signalaient avoir l'impression d'oublier des éléments car ils considéraient qu'il était difficile de se mettre en condition et qu'il pouvait y avoir des différences entre leurs propos au cours de l'entretien et leurs pratiques.

Le stress lié à l'enregistrement de l'entretien et aux questions d'un autre professionnel de santé pouvait également avoir un impact sur les réponses.

La réalisation des entretiens par téléphone ne permettait pas l'observation de la gestuelle et de l'expression des participants. Ceci a pu impacter le ressenti de l'investigateur sur l'entretien.

B. Les points forts de l'étude

Les caractéristiques définies pour le choix des médecins ont permis d'obtenir des profils distincts. Les praticiens interrogés avaient des expériences, des pratiques et des patientèles différentes, par conséquent les opinions étaient variées. Pour autant, la saturation des données a été rapidement atteinte. Ceci suggère une certaine unicité des pratiques.

La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés permettait de laisser les médecins s'exprimer librement sur le sujet. L'utilisation de questions ouvertes pour conduire l'entretien permettait alors d'obtenir des réponses plus spontanées et non influencées.

C. [Prise en charge diagnostique en médecine générale et confrontation aux recommandations du CNGOF.](#)

Prévalence du symptôme au cabinet de médecine générale

Les médecins généralistes semblaient présenter des difficultés à estimer la fréquence des consultations pour le motif « hémorragie génitale ». Dans l'ensemble ce motif était pour eux peu fréquent. Pourtant on rappelle que la prévalence de ce symptôme est comprise entre 11.4 et 13.2% parmi les femmes en âge de procréer (2). Il existe alors une discordance entre la prévalence élevée de ce symptôme et la fréquence de consultation en médecine générale dans notre étude évaluée à moins d'1% des consultations. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ne consultent pas forcément quand le symptôme se présente. Il se peut également qu'elles consultent leur sage-femme ou leur gynécologue en premier recours.

De plus, certains médecins se demandaient si les spottings dus à la contraception étaient inclus dans le terme « hémorragie génitale ». La question peut se poser de savoir si d'autres médecins auraient pu omettre de les comptabiliser dans leur fréquence de consultation. Or, on sait que les spottings font partis des effets indésirables les plus fréquents des contraceptions progestatives (17). On remarque pourtant que les médecins recherchaient facilement la présence des hémorragies génitales lors des consultations de suivi de contraception.

L'interrogatoire

Comme pour toute consultation, l'interrogatoire est une étape importante en matière de diagnostic. Concernant les hémorragies génitales, les médecins tentaient de caractériser les saignements. Il existe de nombreuses informations à recueillir auprès de la patiente et l'interrogatoire apparaissait comme un listing très exhaustif. Le caractère aigu ou chronique du saignement semblait orienter grandement le diagnostic. Même si toutes les informations avaient été citées au total, chaque médecin ne posait pas les mêmes questions et certains éléments avaient pu être oubliés.

Pour définir l'abondance des saignements, le CNGOF (6) recommande l'utilisation de pictogramme menstruel (**Annexe 4**) afin d'éviter l'évaluation subjective des saignements et leurs sous ou surestimations. Un score supérieur à 100 permet de prédire une perte sanguine menstruelle de plus de 80 ml et indique donc la poursuite des explorations. Bien que certains

médecins déclaraient demander le nombre de protections utilisées, aucun ne déclaraient s'aider de pictogrammes menstruels pour définir les saignements. Il existe peut-être une méconnaissance de ces pictogrammes de la part des généralistes.

Dans ses recommandations, le CNGOF précise l'importance de rechercher des signes d'anémie, des troubles de l'hémostase et des antécédents personnels et familiaux de dysthyroïdie.

Concernant la recherche d'anémie, cet aspect semblait être un réflexe pour les médecins généralistes. En effet la tolérance hémodynamique et la présence de saignements abondants étaient fréquemment recherchées. Cet aspect était évoqué quasi systématiquement lorsqu'on abordait le sujet de la biologie avec la prescription d'une NFS.

Quant aux troubles de l'hémostase et aux antécédents de dysthyroïdie, ces éléments étaient presque absents dans l'interrogatoire des médecins généralistes pour ce motif de consultation. Ceci pourrait aller avec le fait que ces étiologies ne soient pas très connues par les praticiens comme pouvant être responsables de ce type de symptôme. Il est possible également que les médecins de l'étude n'aient pas pensé à citer ces éléments de l'interrogatoire lors de l'entretien car bien souvent ces pathologies sont connues comme faisant parties des antécédents des patientes avant même qu'elles ne consultent pour hémorragie génitale.

La question des violences sexuelles avait été abordée par un seul praticien. Or on considère que 7 à 17% des femmes auraient déjà subi des violences sexuelles (18). Bien que les praticiens recherchaient des traumatismes pour ce type de symptômes, la question des violences sexuelles semblait plus difficile à aborder. Il existe en effet des lacunes dans le dépistage de ces situations (19,20). Pourtant ce type de consultations pourrait se prêter au dépistage et à la prévention de ces violences lorsque le contexte est évocateur.

L'examen clinique

Il est recommandé de réaliser un examen clinique avec pose de speculum et toucher vaginal pour toutes les patientes consultant pour ménométrorragie (6). Une part des médecins réalisait cet examen comme décrit dans les recommandations. Cependant, comme décrit précédemment, certains disaient ne pas réaliser cet examen en cas d'oubli de contraception, en cas de métrorragie sous progestatif ou lorsque les saignements n'étaient pas actifs et qu'il n'existait pas de symptôme associé comme la douleur ou la fièvre.

On peut considérer que « l'Evidence Based Medicine » trouve ses limites d'application devant l'expérience du praticien (21). En effet, il se peut que les praticiens dans notre étude n'aient pas tous connaissance des recommandations pour la pratique clinique concernant cette pathologie et considèrent que l'examen gynécologique n'est pas systématique. Mais l'expérience du médecin ainsi que l'argument de fréquence des pathologies peuvent entrer en jeu dans la décision de ne pas réaliser cet examen. Les médecins considéraient dans notre étude que l'étiologie la plus fréquemment rencontrée en cas de saignement génital était les saignements liés aux contraceptifs. On peut alors supposer que dans ces situations, l'examen clinique est la plupart du temps normal et donc pourrait être considéré comme non nécessaire par les médecins.

De plus, nous avons mis en évidence, la réticence de certains médecins généralistes à réaliser un examen gynécologique et d'autant plus parmi les médecins hommes. Certains évoquaient la réticence des patientes à ce que cet examen soit réalisé par le médecin généraliste et un praticien évoquait sa propre réticence concernant ses compétences à le réaliser correctement. Ces données font écho à une étude sur l'activité gynécologique des médecins généralistes de Bretagne. En effet, cette étude montrait que les trois quarts des répondants réalisaient des touchers vaginaux, mais que pour 40 % d'entre eux ce geste était difficile à réaliser sans que l'on puisse dire s'il s'agissait de réticences du médecin, de la patiente, ou de difficultés d'interprétation (22).

Il est intéressant de constater que les médecins ont conscience de la difficulté de réalisation de l'examen gynécologique et de l'aspect intrusif pour les patientes en s'interrogeant sur sa valeur informative.

Les étiologies :

Les causes fonctionnelles et les contraceptifs :

Les contraceptifs progestatifs donnent fréquemment des spotting et le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre augmente le volume des règles (17). D'ailleurs, dans notre étude, le saignement lié aux contraceptifs était l'étiologie la plus fréquemment citée par les généralistes (ils ne précisaient pas à quel contraceptif ils faisaient référence).

Concernant le dysfonctionnement hormonal, cette entité était connue par les praticiens mais ses spécificités semblaient moins claires.

Les hémorragies ovulatoires dites idiopathiques étaient évoquées par les médecins sous la forme de métrorragies ponctuelles non liées aux contraceptifs.

Concernant les dysfonctionnements anovulatoires, les médecins y faisaient référence notamment chez les patientes en pré-ménopause. Les métrorragies des cycles anovulatoires dans un contexte de syndrome des ovaires polykystiques n'ont pas été évoquées.

Cependant les causes fonctionnelles sont à considérer comme des causes d'exclusion (2), tandis que les praticiens de l'étude avaient tendance à l'évoquer en première intention.

Parmi les pathologies fonctionnelles annexielles, la torsion de kyste de l'ovaire avait été citée plusieurs fois à tort car cette pathologie n'entraîne généralement pas d'hémorragie génitale. Par contre, la survenue de métrorragies sur hémorragie intra kystique ou kyste du corps jaune hémorragique est relativement fréquente en pratique courante. La notion de douleur brutale en deuxième partie de cycle doit être recherchée à l'interrogatoire (23).

Les causes organiques :

La présence de lésions vagino-vulvaire était peu abordée par les praticiens lorsque l'on parlait d'étiologies mais elles étaient recherchées de manière assez systématique car ils étaient nombreux à réaliser l'examen au speculum et à vérifier l'intégrité vaginale. Il en est de même pour les pathologies du col utérin.

Le fibrome était la deuxième étiologie la plus abordée par les praticiens de l'étude mais il était plus fréquemment suspecté lorsqu'il s'agissait de femmes après 40 ans. Bien qu'à cet âge cette pathologie soit fréquente, c'est également l'étiologie organique la plus fréquente avant 40 ans d'après l'étude de Hurskainen publiée en 2010 sur le diagnostic et le traitement des ménorragies (24). Il était pourtant moins recherché chez les femmes plus jeunes dans notre étude. Concernant les polypes intra-utérins, ils étaient moins fréquemment cités par les praticiens alors qu'ils restent une étiologie très fréquente surtout après 40 ans (2). Lorsque l'examen clinique était normal, il semblait difficile pour les médecins de distinguer sans échographie s'il pouvait s'agir de fibrome ou de polype. Or, on sait que le fibrome provoque majoritairement des ménorragies d'aggravation progressive et que le polype provoque davantage des métrorragies (25). Réaliser un interrogatoire détaillé permettrait alors dans certains cas d'avancer dans le diagnostic.

Les médecins évoquaient de manière assez systématique les pathologies intra-utérines dans leur ensemble sans les détailler. Ils restaient prudents quant à l'éventualité d'une origine néoplasique chez les femmes présentant des hémorragies génitales après 40 ans.

Concernant les infections génitales hautes, elles semblaient être majoritairement suspectées sur des tableaux aigus avec fièvre dans un contexte évocateur : changements récents ou multiplicité des partenaires.

La présence de métrorragies dans l'hypothèse d'une endométriose doit être approfondie. En effet, l'endométriose « interne » ou « adénomyose » est davantage à l'origine d'un tableau clinique de ménorragies et de douleurs pelviennes que d'un tableau clinique de métrorragies (25).

Enfin, les malformations utérines n'ont pas été abordée au cours des entretiens. Ceci peut être expliqué par leur rareté et au fait qu'elles soient peu rencontrées en médecine générale (2).

Les causes iatrogènes et générales :

En dehors des contraceptifs, de nombreux médicaments sont susceptibles de provoquer des hémorragies génitales : parmi eux les anticoagulants. Cette cause n'a pas été abordée par les médecins généralistes interrogés (2). Cela pourrait être dû au fait que ce type de médicament est majoritairement prescrit chez une population plus âgée que la population étudiée mais aussi que les médecins généralistes ont connaissance du traitement de leur patientes. Par conséquent, ils n'ont pas besoin de questionner les patientes à ce sujet.

Concernant les pathologies systémiques pouvant être responsables de saignements génitaux, elles semblent être peu connues. On retrouve des pathologies comme le lupus, l'insuffisance rénale chronique et hépatocellulaire (2). Ces pathologies concernent une part minime de la population étudiée. Par argument de fréquence il se peut que les médecins n'y songent pas de manière systématique en présence de ce symptôme, ou qu'ils n'en aient pas connaissance.

En revanche parmi les causes générales les plus fréquentes, on retrouve les coagulopathies (17 à 47%) et l'hypothyroïdie (13.2 à 22%) (2). Ces pathologies n'ont pourtant été citées que par un seul des médecins interrogés et ne sont alors pas recherchées de manière systématique par les praticiens dans ce contexte.

Les complications de la grossesse :

Une grossesse était suspectée quasi systématiquement par les médecins généralistes en cas d'hémorragie génitale de la femme jeune et notamment la grossesse extra-utérine qui apparaissait comme un réflexe d'étiologie urgente à éliminer.

Le nombre important d'étiologies possibles semble compliquer la prise en charge des hémorragies génitales par manque de connaissance ou confusion entre toutes les étiologies.

Les examens complémentaires

Les deux examens prescrits en première intention par les praticiens en cas d'hémorragie génitales étaient le dosage des Béta-hCG et l'échographie pelvienne.

Le CNGOF préconise de réaliser facilement après accord de la patiente le dosage des Béta-hCG. En particulier en cas d'apparition récente des symptômes et/ou de douleurs abdominales associées (6). Les médecins de l'étude prescrivaient dans l'ensemble cet examen dans les mêmes conditions.

L'échographie semblait être l'examen primordial pour les praticiens en cas d'hémorragie génitale qu'elle soit réalisée dans le contexte de l'urgence ou pour les hémorragies récidivantes notamment chez les patientes après 40 ans. C'est en effet l'examen de première intention en cas d'hémorragie génitale pour rechercher des pathologies utérines et annexielles (26).

Concernant le choix de l'opérateur à savoir gynécologue ou radiologue, les médecins étaient partagés. Certains médecins pensaient que les radiologues à l'échelle locale ne réalisaient pas cet examen et d'autres pensaient le contraire et estimaient obtenir des délais plus rapides. Ceux ayant choisi d'adresser leurs patientes au gynécologue pour la réalisation de l'échographie trouvaient un second intérêt qui était l'avis spécialisé.

Les médecins de l'étude abordaient la question du frottis cervico-utérin à l'étape de l'examen clinique. Le frottis semblait être un réflexe pour les médecins généralistes lorsque l'on parle de gynécologie. Ils le réalisaient s'ils le considéraient comme non valide mais également lorsqu'ils repéraient des anomalies au niveau du col. Le CNGOF recommande en effet de vérifier la validité du frottis dans ce contexte et de le réaliser selon les recommandations de l'HAS (27). Cependant la visualisation à l'examen d'une lésion cervicale nécessite une biopsie d'emblée (1).

Les praticiens recherchaient facilement l'anémie dans ce contexte. Ils avaient tendance à prescrire assez facilement une NFS ainsi qu'une ferritinémie d'emblée. Il n'est pas recommandé de doser la ferritinémie lorsqu'il n'existe pas d'anémie. Cependant les difficultés d'observance des patientes à la réalisation des prélèvements en ambulatoire semblaient entraîner une prescription de biologies plus larges et en un seul temps.

Pour la recherche de troubles de l'hémostase, peu de médecins évoquaient doser le TP et le TCA. La recherche de maladie de Willebrand n'a pas été abordée. Le dosage de la TSH (ThyréoStimuline) à la recherche d'hypothyroïdie n'était pas proposé non plus. Comme évoqué plus haut, ceci correspond à l'absence de recherche par les praticiens de ces pathologies dans ce contexte.

L'avis spécialisé

Certains médecins déclaraient parfois adresser les patientes pour ce motif vers les sages-femmes dans le cadre du suivi gynécologique. Cependant l'ordre des sages-femmes rappelle qu'elles sont en mesure d'assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception et qu'en cas de pathologie, elles devront ré-adresser les patientes vers un médecin (28). On peut se demander si le recours aux sages-femmes dans ce contexte ne risquerait pas d'induire une perte de chance pour la patiente par retard de prise en charge.

Plusieurs médecins déclaraient avoir l'habitude de travailler en collaboration avec d'autres médecins généralistes pratiquant la gynécologie ou avec des sages-femmes, notamment ceux travaillant en cabinet de groupe ou en pôle de santé. Dans ces conditions, les patientes étaient d'emblée ré-adressées avant tout examen vers ces professionnels en dehors du contexte de l'urgence. Ces données sont superposables aux résultats d'une étude réalisée en 2018 sur les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche. Il était observé que dans les cabinets de groupe, il y avait souvent un médecin qui pratiquait la gynécologie et qui réalisait tous les gestes ou suivis de ses collègues ne souhaitant pas exercer cette discipline (29).

Concernant les urgences gynécologiques, les médecins généralistes y avaient peu recours et semblaient unanimes sur les indications, à savoir la douleur aiguë et la mauvaise tolérance clinique.

La raison principale poussant les généralistes à adresser les patientes au gynécologue était la réalisation de l'échographie pelvienne. Par ailleurs, adresser la patiente au gynécologue pour échographie permettait d'avoir un accès plus rapide à l'avis spécialisé qui en découle. Il est parfois plus facile d'obtenir un rendez-vous d'échographie pelvienne qu'un rendez-vous d'avis gynécologique. La demande d'avis spécialisé en tant que tel était fonction du médecin généraliste et de ses compétences. En dehors du diagnostic échographique, il s'agissait souvent d'une demande d'aide à la prise en charge thérapeutique. Pour les pathologies organiques, lorsqu'une prise en charge chirurgicale est envisagée, l'avis du gynécologue s'avère indispensable.

En comparaison avec l'étude hollandaise de De Vries CJ (12), les médecins de notre étude n'avaient pas une attitude expectative. Ils dépistaient quasi systématiquement l'anémie et prescrivaient rapidement une imagerie pelvienne. L'avis spécialisé était lui aussi demandé au moindre doute.

Le suivi

En dehors du contexte de l'urgence, la médecine générale a l'avantage de permettre le suivi rapproché des patientes et de leurs symptômes dans le temps. Les médecins généralistes proposaient alors facilement des rendez-vous à distance et bien souvent l'évolution orientait sur le diagnostic.

D. Ressenti des praticiens

La gestion du diagnostic de ce symptôme était considérée comme maîtrisée par les praticiens.

Cependant, l'incertitude diagnostique fait partie intégrante de la médecine générale. Les connaissances théoriques et l'expérience contribuent à limiter le risque d'erreur diagnostique du clinicien.

A ceci, s'ajoute également la notion de « Gut feeling » qui correspond à l'intuition du praticien face à un doute diagnostique (30). Cette intuition semble intervenir dans l'orientation diagnostique des hémorragies génitales. Celle-ci est majorée par la bonne connaissance des patientes et permet aux médecins généralistes de s'orienter ou non vers des pathologies graves ou urgentes.

La difficulté rencontrée dans la prise en charge de ce symptôme était l'accès à l'échographie et à l'avis spécialisé. Une partie des médecins était démunie pour faire réaliser une échographie pelvienne lorsqu'ils n'avaient pas de lien avec les gynécologues libéraux. Pour certains médecins, il existait une méconnaissance des gynécologues hospitaliers et parfois un manque de lien entre l'hôpital et les médecins généralistes. Les modalités organisationnelles des consultations de gynécologie et d'échographie de l'hôpital local ne semblaient pas bien connues des généralistes. C'est ce qu'a pu constater l'investigateur qui a pu rencontrer les deux milieux de travail.

Ces données vont dans le même sens que celles d'une étude réalisée en mai 2020 auprès des médecins généralistes du Cotentin qui retrouvait que 57.3% des généralistes définissaient la relation entre ville et gynécologues hospitaliers comme mauvaise à inexistante et que 59% des praticiens n'avaient pas en leur possession les coordonnées directes d'un praticien (31).

Bien que certains praticiens se disaient satisfaits de leur réseau avec les gynécologues du Cotentin, le manque de gynécologue actuel et à venir, semblait être un réel facteur limitant dans la prise en charge des hémorragies génitales de la femme.

Le déficit médical dans la région et le manque de lien entre gynécologues et généralistes participent aux limites de cette prise en charge. Proposer davantage de formations sur des sujets de gynécologie par les spécialistes qu'ils soient libéraux ou hospitaliers pourrait aider à l'amélioration des rapports entre les différents acteurs. Ceci permettrait un meilleur accès aux soins et donc entraînerait une amélioration de la prise en charge des patientes.

E. Réalisation d'un diagramme de prise en charge diagnostique

Nous avons réalisé une fiche de synthèse sous la forme d'un algorithme de prise en charge des hémorragies génitales de la femme en âge de procréer (**Annexe 5**) d'après les données de la littérature (La revue du praticien (32) et le CNGOF (6)). Cet outil ayant pour but de rendre la gestion de ce symptôme plus claire pour les praticiens et d'apporter une aide à leur pratique.

V. Conclusion

L'objectif de notre étude était de comprendre comment les médecins généralistes faisaient le diagnostic étiologique des hémorragies génitales de la femme en âge de procréer. Leur prise en charge semblait dans l'ensemble fidèle à celle recommandée par le CNGOF.

Nous avons également étudié le ressenti des praticiens sur le sujet. Bien qu'ils se montraient à l'aise sur la prise en charge diagnostique de ce symptôme, notre étude a permis une nouvelle fois, de mettre en évidence les difficultés de dialogues entre les spécialistes et les généralistes. Ces données s'ajoutent aux études précédemment réalisées dans la région et renforce la notion de nécessité de lien entre les différents acteurs locaux.

La conscience des médecins du caractère intrusif de l'examen gynécologique pour les patientes est rassurante dans le contexte actuel où la parole des femmes se libère sur les violences gynécologiques. Elle ne doit pas faire remettre en cause l'intérêt de cet examen, qui se doit, pour être accepté, d'être expliqué au préalable pour que son enjeu en soit compris par les patientes.

Notre étude a permis de mettre en lumière la problématique des difficultés diagnostiques des pathologies peu fréquemment rencontrées en médecine générale. L'intérêt d'organiser des temps de formation trouvera sa place à la fois dans un rôle de formation des professionnels mais également dans une nouvelle dynamique de renforcement du lien ville-hôpital qu'il reste à construire ou à renforcer en fonction des disciplines.

VI. Bibliographie

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens. (cité le 23 avril 2021). Item 243 : Hémorragies génitales chez la femme, [Internet]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item243/site/html/cours.pdf>
2. Huchon C, Fritel X. Épidémiologie des ménométrorragies. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2008;37(8):S307-16.
3. Wouk N, Helton M. Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. *AFP*. 1 avr 2019;99(7):435-43.
4. Rahn DD, Abed H, Sung VW, Matteson KA, Rogers RG, Morrill MY, et al. Systematic review highlights difficulty interpreting diverse clinical outcomes in abnormal uterine bleeding trials. *Journal of Clinical Epidemiology*. mars 2011;64(3):293-300.
5. Doraiswami S, Johnson T, Rao S, Rajkumar A, Vijayaraghavan J, Panicker VK. Study of Endometrial Pathology in Abnormal Uterine Bleeding. *J Obstet Gynecol India*. 22 sept 2011;61(4):426.
6. Gervaise A. Hiérarchisation de la stratégie de prise en charge diagnostique et étiologique des ménométrorragies. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2008;37(8):S349-55.
7. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : Revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]. Université d'Angers. UFR de médecine ; 2018
8. Letrillart L. ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale. *Exercer* 2014;114:148-57.
9. Guyot M. Gynécologie-obstétrique en Basse-Normandie: perspectives démographiques et d'activité à 15 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2013.
10. Communauté d'agglomération du Cotentin. Rapport d'activité 2019. *Magazine le Cotentin*. 2020;10
11. DRESS. Tableaux effectifs des médecins par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge. 2018. (cité le 23 avril 2021), [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>
12. de Vries CJH, Wieringa-de Waard M, Vervoort C-LAG, Ankum WM, Bindels PJE. Abnormal vaginal bleeding in women of reproductive age: a descriptive study of initial management in general practice. *BMC Womens Health*. 15 avr 2008;8:7.
13. Morrow, R., Rodriguez, A. and King, N. Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist*. 2015; 28(8), 643-644
14. ANSM. Recommandations d'utilisation de Lutényl, Lutéran et leurs génériques, et de suivi des patientes. 2021 Janv 21
15. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2020; 1:83
16. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.

17. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF . Régulation des naissances. 2011. (cité le 23 avril 2021), [Internet]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/cours.pdf
18. Darde F. Oser poser une question sur l'existence d'une ancienne violence sexuelle devant des symptômes révélateurs : expérience de médecins généralistes en Loire-Atlantique par la méthode du focus groupe [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
19. Charpe C. Prise en charge par les médecins généralistes des femmes victimes de violences sexuelles [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
20. Leroy C. Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale: étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.
21. Chabot JM. L'expérience clinique et la qualité des soins. RDP. 2006;4:407.
22. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Sante Publique. 2005;Vol. 17(1):109-19.
23. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens. (cité le 22 avr 2021). Item 342 : Tuméfaction pelvienne chez la femme - Kyste des ovaires, [Internet]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item342_3/site/html/cours.pdf
24. Hurskainen R, Grenman S, Komi I, Kujansuu E, Luoto R, Orrainen M, et al. Diagnosis and treatment of menorrhagia. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2007;86(6):749-57.
25. Von Théobald P. Hémorragie génitale chez la femme. RDP. 2002;52:1005
26. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique Prise en charge des ménométrorragies en préménopause. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005;587.
27. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019 juil 10;36.
28. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Suivi gynécologique et contraception. (cité le 23 avril 2021), [Internet]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
29. Loyer M. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2018.
30. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. J GEN INTERN MED. 1 févr 2011;26(2):197-203.
31. Villot. A. Place des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers gynécologiques au sein du Cotentin [Mémoire de Diplôme Inter-Universitaire] [France]. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2020
32. Thubert T. Pathologie bénigne de l'utérus. RDP. 2014; 4:532

VII. Annexes

Annexe 1 : Presqu'île du Cotentin



Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Caractéristiques du Praticien :

Pouvez-vous vous présenter et décrire votre patientèle ?

- Nom/prénom
- Sexe
- Quel est votre mode d'exercice et depuis quand exercez-vous ?
- Avez-vous une formation spécifique en gynécologie/ échographie ? (DU, formation en échographie) ?
- Avez-vous déjà participé à une formation concernant les hémorragies génitales de la femme ?

Caractéristiques de la patientèle :

- A quelle fréquence avez-vous des consultations pour un motif gynécologique ?

A propos des hémorragies génitales :

- A quelle fréquence avez-vous des consultations pour le motif d'hémorragie génitale ?
- Que vous évoquent les termes de ménorragies et de métrorragies ?

Le motif de consultation :

- Dans quel contexte les femmes l'abordent-elles ? Ou est-ce vous qui l'abordez ?
- Est-ce plutôt dans un contexte aigu ou chronique ?

La consultation

- Comment menez-vous la consultation d'hémorragie génitale ? Quelles sont les étapes de votre consultation ?
- Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire ?
- Faites-vous un examen clinique systématique ? Et que recherchez-vous à l'examen ?

Orientation étiologique :

- Quelles étiologies recherchez-vous et pour chaque étiologie pouvez-vous me dire ce qui va vous y faire penser ?
- Quels sont les étiologies que vous rencontrez le plus souvent ?

Éléments de gravité :

Certains éléments peuvent ils vous inquiéter ? Lesquels ?

Les examens complémentaires :

- Dans quels cas prescrivez-vous des examens complémentaires ?
- Quels seraient ces examens ?
- Dans quel degré d'urgence ?

Quand passer la main :

- Dans quelles mesures orienteriez-vous la patiente vers un confrère spécialiste ?
- Et aux urgences gynécologiques ?

Suivi :

- Comment organisez-vous le suivi de ces patientes si vous ne l'adressez pas au spécialiste ?
- Sous quel délai allez-vous les revoir et pourquoi ?

Ressenti

- Concernant la gynécologie, est-ce un domaine que vous affectionnez ?
- Lorsqu'une patiente consulte pour le motif des hémorragies génitales, vous sentez vous à l'aise dans l'ensemble pour gérer ce symptôme ?
- Si difficultés les quelles ?

Questions diverses :

- Seriez-vous intéressé par la réalisation d'une fiche rappel concernant les différentes étiologies et d'un algorithme de prise en charge ?
- Seriez-vous intéressé par des formations complémentaires sur le domaine de la gynécologie de type EPU (formation continue) ? Et sur quelles modalités ? Quel sujet vous intéresserait ?
- Avez-vous des remarques supplémentaires à faire concernant le sujet ?
- Etes-vous satisfait de cet entretien ?

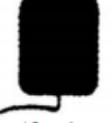
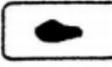
Questions ajoutées après plusieurs entretiens :

- Concernant les échographies : adressez-vous plutôt vers un radiologue ou un gynécologue ?
- Concernant la consultation chez le gynécologue : demandez-vous plutôt une consultation d'échographie ou une consultation de gynécologie ?
- Sous quels délais vous arrivez à obtenir un rendez-vous ?
- Concernant le suivi, est ce vous qui redonnez le rendez-vous d'emblée à la patiente ou est-ce que c'est les patientes qui reprennent rendez-vous si elles le souhaitent ?

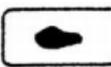
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon

Entretien	Sexe	Tranche d'âge	Milieu d'installation	Mode d'exercice	Attrait pour la gynécologie	Formation spécifique en gynécologie	Nombre moyen de consultation gynécologique par mois	Nombre moyen de consultation pour hémorragie génitale par mois	Durée de l'entretien (min)	Mode de recueil
E1	H	70-79	Urbaine	Seul	Oui	Non	20	5	19	Présentiel
E2	F	30-39	Urbaine	Seul	Oui	Non	40	2	17	Présentiel
E3	H	30-39	Semi rurale	Pôle santé	Non	Non	12	<1	28	Présentiel
E4	F	40-49	Urbaine	Groupe	Oui	Non	16	3.5	18	Présentiel
E5	H	30-39	Rurale	Groupe	Non	Non	20% des consultations	8	15	Téléphone
E6	H	40-49	Semi rurale	Groupe	Non	Non	40	8	18	Présentiel
E7	F	60-69	Semi rurale	Groupe	Non	Non	20	0.5	22	Présentiel
E8	F	30-39	Rurale	Groupe	Non	Non	8	<1	15	Présentiel
E9	F	30-39	Semi rurale	Groupe	Non	Non	12	Pas de réponse	12	Présentiel
E10	F	30-39	Rurale	Groupe	Oui	Non	12	<1	15	Présentiel
E11	F	60-69	Rurale	Groupe	Oui	Oui	36	12	19	Téléphone
E12	H	50-59	Urbaine	Groupe	Oui	Oui	80% des consultations	13	18	Téléphone
E13	F	50-59	Urbaine	Groupe	Oui	Non	Tous les jours	5	16	Téléphone
E14	H	60-69	Semi rurale	Seul	Non	Non	40	4	13	Téléphone
E15	F	20-29	Semi rurale	Pôle santé	Oui	Oui	32	10	18	Téléphone
E16	H	50-59	Urbaine	Groupe	Non	Non	20	<1	18	Téléphone

Annexe 4 : Pictogrammes menstruels : Score de Higham et de Janssen

Tampons	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
 1 point							
 5 points							
 10 points							
Garnitures	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
 1 point							
 5 points							
 20 points							

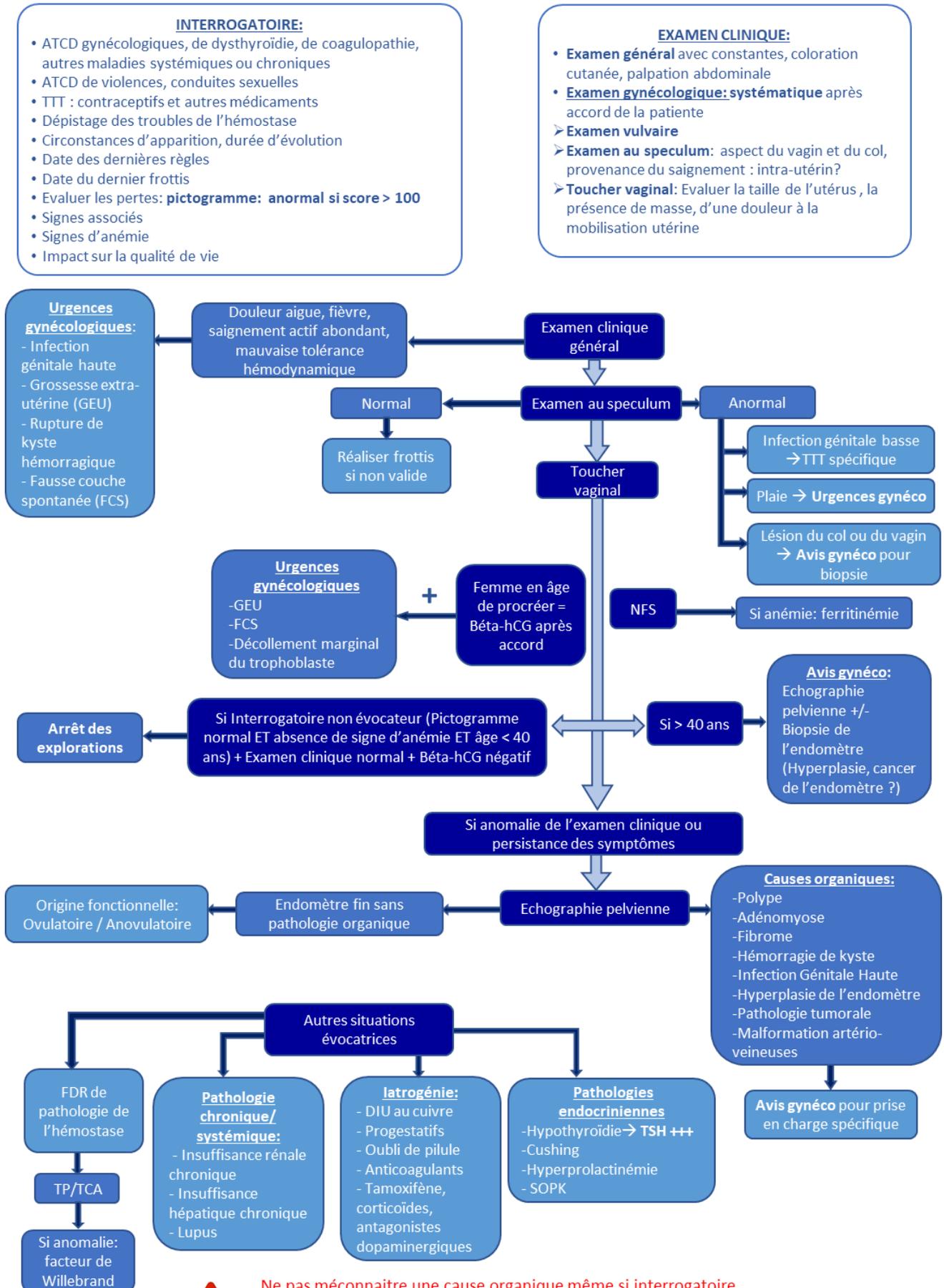
Score de Janssen

Tampons	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
 1 point							
 5 points							
 10 points							
Garnitures	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
 1 point							
 5 points							
 20 points							
Caillots							
Débordements							

Score de Higham

Annexe 5 : Fiche synthèse de la prise en charge diagnostique

Prise en charge diagnostique d'une hémorragie génitale chez une femme en âge de procréer



Ne pas méconnaître une cause organique même si interrogatoire évocateur d'une cause générale ou iatrogène

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : Blondel Eva

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Prise en charge diagnostique des hémorragies génitales de la femme en âge de procréer en médecine générale

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

CONTEXTE : L'hémorragie génitale est un motif de consultation fréquent chez la femme en âge de procréer. Le déficit démographique des gynécologues amène les médecins généralistes à être en première ligne dans la gestion de ce symptôme.

OBJECTIF : Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la démarche diagnostique mise en œuvre par les médecins généralistes et quel était leur ressenti vis-à-vis de cette prise en charge. L'objectif secondaire était d'évaluer si leurs pratiques suivaient les recommandations établies.

METHODE : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 16 médecins généralistes du Cotentin entre Aout et Décembre 2020. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous forme de verbatim et analysés selon la méthode Colaizzi.

RESULTATS : Les généralistes considéraient être peu exposés à la gestion de ce symptôme. L'interrogatoire était exhaustif bien que l'évaluation objective des saignements soit peu réalisée. Il existait des variabilités quant à la réalisation systématique de l'examen gynécologique. Les étiologies fréquentes étaient bien connues mais les pathologies plus générales ou plus rares semblaient moins maîtrisées et donc peu recherchées. Les généralistes se sentaient à l'aise dans cette prise en charge diagnostique. La difficulté d'accès à l'échographie et à l'avis spécialisé apparaissait comme un facteur limitant de la prise en charge.

CONCLUSION : Les généralistes avaient une pratique dans l'ensemble fidèle aux recommandations. Ils se sentaient limités par l'accès au spécialiste. Il apparaissait nécessaire de renforcer les liens entre les différents acteurs de santé au sein du territoire.

MOTS-CLÉS : Hémorragie génitale – Métorrhagie – Ménorragie - Médecine générale - Diagnostic

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Diagnostic management of abnormal uterin bleeding in women of reproductive age in general practice

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

CONTEXT: Abnormal uterin bleeding is a common symptom in women of reproductive age. The demographic deficit of gynaecologists leads general practitioners to be on the front line in the management of this symptom.

OBJECTIVE: The objectives of this study were to assess the diagnostic approach implemented by general practitioners and how they felt about this management. The secondary objective was to assess whether their practices followed the established recommendations.

STUDY DESIGN: We conducted a qualitative study by semi-structured interviews with 16 general practitioners in Cotentin between August and December 2020. The interviews were recorded and then transcribed verbatim and analysed using the Colaizzi's method.

RESULTS: General practitioners seem to have little experience in the management of this symptom. The questioning was exhaustive although the objective assessment of bleeding wasn't often carried out. There was variability in the systematic performance of the pelvic examination. The frequent etiologies were well known but general or rarer pathologies seemed less controlled and therefore lacking research. General practitioners felt comfortable with this diagnostic management. Difficulty in accessing transvaginal ultrasonography and specialised consultation appeared to be a limiting factor in management.

CONCLUSION: The practice of general practitioners was generally in accordance with the recommendations. They felt limited by access to the specialist. It appeared necessary to strengthen the links between the various health actors within the territory.

KEY WORDS : Abnormal uterin bleeding - Menorrhagia – Metorrhagia - General practice - Diagnostic