

2017-2018

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**PARCOURS DE SOINS DES
FEMMES MÉNOPAUSÉES
PRÉSENTANT DES
MÉTRORRAGIES**

PERTHUIS CANDICE

Née le 8 JANVIER 1988 à ORLEANS (45)

Sous la direction de Madame le Professeur BARON Céline

Membres du jury

Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe | Président
Madame le Professeur BARON Céline | Directrice
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric | Membre
Monsieur le Docteur DEMANGE Dominique | Membre

Soutenue publiquement le :
31 Mai 2018



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée PERTHUIS Candice,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **27/03/2018**.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe DESCAMPS, pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail.

A Madame le Professeur Céline BARON, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie vivement pour le temps que vous avez consacré à m'aider dans mon travail, pour vos précieux conseils et votre soutien.

A Monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie pour votre aide lors de l'analyse statistique, et pour l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail.

A Monsieur le Docteur Dominique DEMANGE, pour avoir accepté de faire partie de ce jury, et pour avoir été un maître de stage formateur et bienveillant durant mon internat.

Aux médecins ayant participé à cette étude. Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré au recueil de données.

A ma Maman. Merci pour ton soutien infaillible dans tous mes projets, et durant ces longues années d'études. Je n'y serais jamais arrivée sans toi.

A ma Tante. Tu as toujours été là pour moi, et je t'en remercie.

A ma Mamie. Merci pour ton soutien et tes encouragements, dans tous les moments importants de ma vie. Me voici enfin arrivée à la fin de mes études.

A Raphaël. Merci pour ton soutien dans ce travail, et pour tout le bonheur que tu m'apportes.

A Manon. Merci pour ta bonne humeur qui a éclairé mon internat, ainsi que pour ton aide dans ce travail. Les vrais amis sont difficiles à trouver, durs à quitter et impossibles à oublier.

A Guillaume. Tu es à mes côtés depuis le début de mes études. Merci pour ton amitié si précieuse pour moi.

A Julie. Merci ma douce pour ton soutien pendant l'externat et pour ton amitié. Loin des yeux, mais pas loin du cœur.

A mes maîtres de stage Prat et SASPAS, pour m'avoir fait aimer la médecine générale.

LISTE DES ABREVIATIONS

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. MATÉRIEL

- 1.1. L'étude
- 1.2. La population cible
- 1.3. Le questionnaire

2. MÉTHODE

- 2.1. Le recrutement
- 2.2. Le recueil de données
- 2.3. Analyse statistique

RÉSULTATS

1. Participation et répartition des questionnaires

2. Analyse descriptive

- 2.1. Caractéristiques de la population
 - 2.1.1. Age et niveau d'études
 - 2.1.2. Suivi médical par le médecin traitant
 - 2.1.3. Suivi par frottis cervico-vaginal et mammographie
 - 2.1.4. Caractéristiques des mètrorragies
- 2.2. Le parcours de soins suite aux mètrorragies
 - 2.2.1. Le premier échange médical autour des mètrorragies
 - a) Initiative des femmes ou du médecin
 - b) Délai de consultation pour mètrorragies
 - c) Prescription de l'échographie
 - d) Motifs des consultations pour mètrorragies à l'initiative des patientes
 - e) Circonstances de découverte par le médecin
 - 2.2.2. Raisons de ne pas consulter le médecin traitant pour mètrorragies

3. Analyse comparative

- 3.1. Caractéristiques des femmes à l'initiative de leur consultation.
 - 3.1.1. Leurs caractéristiques démographiques
 - 3.1.2. Leur suivi médical
 - 3.1.3. Les caractéristiques des mètrorragies
- 3.2. Facteurs intervenant dans le délai de consultation
 - 3.2.1. Caractéristiques des patientes
 - a) Leurs caractéristiques démographiques
 - b) Leur suivi médical
 - c) Les caractéristiques des mètrorragies
 - 3.2.2. Caractéristiques du parcours de soins suite aux mètrorragies
 - a) Initiative des femmes
 - b) Initiative du médecin

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Matériel et méthode

- 1.1. L'étude
- 1.2. La population cible
- 1.3. Le questionnaire
- 1.4. Le recrutement

2. Résultats

- 2.1. Objectifs principaux
- 2.2. Caractéristiques démographiques
- 2.3. Suivi médical
- 2.4. Caractéristiques des métrorragies
- 2.5. La consultation pour métrorragies
 - 2.5.1. Déterminants ayant déclenché la consultation pour métrorragies
 - 2.5.2. Médecin consulté et obstacles à la consultation du médecin traitant

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction

Le cancer de l'endomètre est le cancer de l'appareil génital féminin le plus fréquent en France. Son diagnostic se fait à 95% sur des métrorragies en post ou péri-ménopause, avec un âge moyen au diagnostic de 68 ans. Or il semble que les femmes ménopausées présentant des métrorragies ne consultent pas systématiquement pour cela, ou trop tardivement. L'objectif principal de cette étude était d'explorer le parcours de soins de ces femmes : délai de consultation, part des femmes qui consultent de leur propre initiative et celles qui ne le font pas. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs influençant ces deux critères de jugements principaux.

Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et observationnelle. Les femmes de plus de 60 ans, présentant ou ayant présenté des métrorragies étaient interrogées par questionnaire anonyme, lors de leur échographie pelvienne ou consultation, en Maine-et-Loire et en Mayenne.

Résultats

5 centres de gynécologie, 4 de radiologie, 6 gynécologues libéraux, et 3 médecins généralistes ont participé. Sur 84 questionnaires rendus, 74 étaient exploitables. 55 femmes consultaient de leur propre initiative en moins de 3 mois, et 9 en plus d'1 an. Les métrorragies de 10 femmes étaient découvertes dans d'autres circonstances par le médecin, notamment grâce aux équipes soignantes. Les femmes ayant un FCV de moins de 3 ans, consultaient davantage de leur propre initiative. Celles ayant déjà réalisé une mammographie et celles exprimant la peur d'avoir une maladie grave consultaient plus rapidement. Ce constat était retrouvé chez 43 femmes n'ayant pas reçu de conseil d'aller consulter de la part de leur entourage. Ces 43 femmes avaient plus fréquemment au moins un frottis ou une mammographie, versus les 31 autres femmes de l'étude.

Conclusion

La majorité des femmes ménopausées consultait en moins de 3 mois lorsqu'elles présentaient des métrorragies. Il s'agit donc de repérer les femmes qui tardent à consulter ou ne le font pas. Ainsi, le médecin généraliste pourrait intégrer dans son interrogatoire systématique la question des métrorragies pour toutes les patientes ménopausées. De plus, la communication entre équipes soignantes et médecin traitant est à renforcer, tout comme le suivi des examens de dépistage recommandés.

INTRODUCTION

Les métrorragies post-ménopausiques sont relativement fréquentes (10,7% en moyenne), avec des variations selon l'ancienneté de la ménopause (40,9% après 1 an, 4,2% après 3 ans). Très souvent liées à une atrophie de l'endomètre, des explorations sont cependant indispensables afin de rechercher une étiologie organique et proposer une prise en charge adaptée. (1)

L'échographie endovaginale, est un examen simple et peu invasif, recommandé en première intention pour explorer ces saignements anormaux. Il a une sensibilité de 100% pour détecter les lésions malignes de l'endomètre. Il peut ensuite être complété par une biopsie de l'endomètre par voie vaginale. (2)

Les étiologies des métrorragies sont multiples : atrophie ou hyperplasie endométriale, polypes, fibromes, tumeurs malignes. Une étude portant sur 1220 femmes (dont 37% étaient ménopausées) présentant des saignements génitaux explorés par échographie, a retrouvé 50% d'étiologies organiques, avec 3 % de cancers, tous chez des femmes ménopausées, soit 7% de cancers chez ces dernières. (3, 4)

A chaque étiologie retrouvée correspond une thérapeutique adaptée : traitement hormonal, polypectomie, hystérectomie. Le retard au diagnostic et au traitement peut être à l'origine de complications. Les métrorragies peuvent entraîner à moyen et long terme une anémie ferriprive, source d'une morbi-mortalité importante chez les personnes âgées. Pour une pathologie cancéreuse, cela peut alourdir la prise en charge et assombrir le pronostic vital. (5, 6, 7, 8)

Le cancer de l'endomètre est le cancer de l'appareil génital féminin le plus fréquent en France, au cinquième rang des cancers féminins en terme d'incidence. Le diagnostic se fait à 95% sur des métrorragies en post ou péri-ménopause, en général spontanées, indolores et peu abondantes. L'âge moyen au diagnostic est de 68 ans, mais l'âge est un facteur prédictif indépendant de malignité. Les facteurs de risques identifiés sont l'obésité, le diabète et un traitement par Tamoxifène. (9, 10, 11, 12, 13)

En effet, chaque année, 2 cancers de l'endomètre se développent pour 1000 patientes traitées par Tamoxifène. Seul un examen gynécologique annuel est recommandé, avec échographie endovaginale en cas de métrorragies. Il est donc indispensable que ces femmes soient informées de la nécessité de signaler à un médecin des saignements génitaux inhabituels. (14, 15)

Ainsi, le cancer de l'endomètre est la pathologie à traquer face à des métrorragies après la ménopause. Son pronostic est globalement favorable : 76% de survie relative à 5 ans tous stades confondus, et 95% pour les stades localisés. Un diagnostic précoce est donc essentiel. (16)

Pour cela, il est nécessaire que les patientes expriment ce problème à un médecin. Mais le suivi gynécologique après la ménopause se raréfie. Si le taux de frottis cervico-vaginaux est de 65.1% chez les 25-49 ans, il chute à 47.2% chez les 60-65 ans. Et après 65 ans, le suivi est assuré essentiellement par le médecin généraliste qui se focalise rarement sur la sphère gynécologique, par manque de temps, sentiment d'intrusion ou gène réciproque. (17, 18, 19)

Par ailleurs, les femmes en défaut de suivi gynécologique expriment ce qui les freine : représentation douloureuse de l'examen gynécologique, peur de la découverte d'une pathologie néoplasique, manque d'information, pas de besoin ressenti face à un état général de santé jugé satisfaisant. Le médecin traitant joue pourtant un rôle central dans le suivi gynécologique en repérant et en informant. (20, 21, 22, 23, 24, 25)

Ainsi, pour mieux repérer les femmes ménopausées souffrant de métrorragies, et améliorer l'information délivrée, il semble important de comprendre le parcours de soins des femmes qui ont déjà été amenées à rencontrer un médecin pour cela.

MÉTHODES

1. MATÉRIEL

1.1. L'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative rétrospective, à la fois descriptive et analytique.

L'objectif de l'étude était d'évaluer le parcours de soins des femmes ménopausées présentant ou ayant présenté des métrorragies, avant leur première échographie pelvienne.

Le critère de jugement principal était tout d'abord le délai de consultation, entendu comme l'intervalle de temps écoulé entre le début des métrorragies et la première rencontre médicale au cours de laquelle elles étaient abordées.

Le second critère de jugement principal était d'évaluer la proportion de femmes ayant consulté de leur propre initiative pour ces saignements, et celles n'en ayant pas parlé d'elles-mêmes à un médecin.

Les objectifs secondaires étaient :

- de repérer les déterminants ayant conduit la patiente et le médecin à aborder ensemble le sujet des métrorragies pour la première fois.
- de comparer les deux critères de jugements principaux aux caractéristiques générales (âge et niveau d'études) et médicales (suivi médical habituel) des patientes, ainsi qu'aux déterminants ayant conduit la patiente et le médecin à aborder ensemble le sujet des métrorragies pour la première fois.

1.2. La population cible

Les patientes incluses dans l'étude étaient les femmes âgées d'au moins 60 ans, présentant ou ayant présenté des métrorragies, et ayant eu une échographie pelvienne pour explorer cette symptomatologie.

1.3. Le questionnaire

Le questionnaire était établi à partir des observations cliniques et de l'analyse bibliographique.

Il comportait 18 questions à choix unique ou multiple de réponses, et explorait :

- le délai de consultation pour métrorragies,
- les raisons ayant motivé les femmes à consulter de leur propre initiative un médecin pour ces saignements, ou au contraire les circonstances de découverte par le médecin,
- le médecin consulté pour les métrorragies,
- les motivations ayant conduit à ne pas parler au médecin traitant de ces saignements,
- le suivi médical et gynécologique antérieur des patientes,
- les données socio-épidémiologiques des patientes.

Le questionnaire a été testé auprès d'une population de femmes âgées de plus de 60 ans, afin d'ajuster la présentation et les terminologies, pour faciliter sa compréhension. Ces tests n'étaient pas inclus dans les résultats de l'étude.

2. MÉTHODE

2.1. Le recrutement

Le recrutement était effectué par les médecins réalisant les échographies gynécologiques et ceux ayant rencontré des patientes ménopausées pour métrorragies, c'est-à-dire dans les lieux suivants : centres hospitaliers, cliniques, cabinets de radiologie, centres d'échographie, cabinets de gynécologues réalisant des échographies ou non, et médecins généralistes ayant rencontré la population cible.

Dans un premier temps, le département cible de l'étude était le Maine-et-Loire. Le recueil de données a secondairement été étendu à la Mayenne afin d'augmenter le recrutement.

Les médecins exerçant dans les structures mentionnées ci-dessus étaient informés du projet par mail ou téléphone. En cas d'acceptation de participation, des questionnaires et des lettres d'information leur étaient remis (Annexe 1, 2, 3).

Au total 36 lieux de recrutement étaient contactés :

- 4 Centres hospitaliers
- 4 Cliniques
- 10 Centres de radiologie
- 3 Centres d'échographie
- 12 Gynécologues libéraux
- 3 Médecins généralistes dont moi-même.

Sur ces 36 lieux contactés, 18 ont accepté de participer :

- 4 Centres hospitaliers
- 1 Clinique
- 3 Centres de radiologie

-1 Centre d'échographie

-6 Gynécologues libéraux

-3 Médecins généralistes

2.2. Le recueil de données

Des informations orales et écrites (Annexe 2) étaient délivrées à la patiente par le médecin ou la secrétaire. Après un accord de participation de la patiente, un questionnaire papier (Annexe 3) lui était remis : avant la consultation par la secrétaire, ou à la fin de l'examen par le médecin. Il était rendu au secrétariat, ou directement au médecin.

Les questionnaires étaient distribués à toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion, et étaient numérotés afin de calculer le nombre de questionnaires non rendus.

D'autre part, il était demandé aux médecins ou à leur secrétaire de noter le nombre de refus, et si possible le motif de refus (Annexe 1).

Les questionnaires étaient distribués entre le 8 Décembre 2016 et le 13 Octobre 2017.

2.3. Analyse statistique

La saisie des données recueillies était réalisée anonymement à l'aide du logiciel SPHINX, afin d'obtenir une base de données EXCEL. Ces résultats ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive puis d'une analyse comparative. Pour cette analyse comparative, le test du Chi2 et le test de Fischer étaient utilisés à l'aide du logiciel BiostaTGV. Pour ces calculs, nous avons retenu le seuil de significativité à 5% ($p<0,05$).

RÉSULTATS

1. Participation et répartition des questionnaires

Parmi les 8 centres de gynécologie hospitaliers et cliniques contactés, 5 ont accepté de participer. 1 centre n'a fait remplir aucun questionnaire. Sur les 4 autres centres, 5 médecins ont remis 26 questionnaires, 22 ont été rendus, dont 3 inexploitables (âge des patientes inférieur à 60 ans).

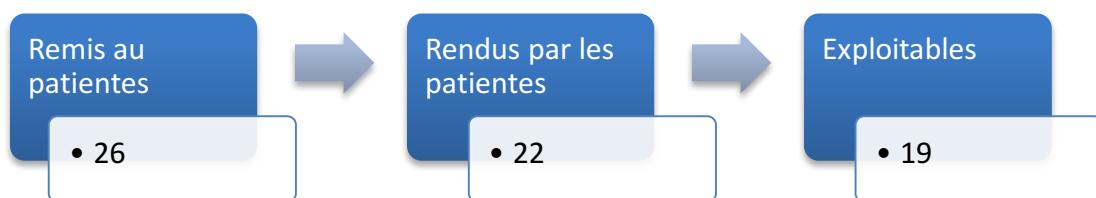


Figure 1 : Nombre de questionnaires des gynécologues hospitaliers et cliniques

Parmi les 13 centres de radiologie et échographie contactés, 4 ont accepté de participer. Ils ont remis 31 questionnaires, tous ont été rendus, mais 1 questionnaire était inexploitable (une page entière non remplie).

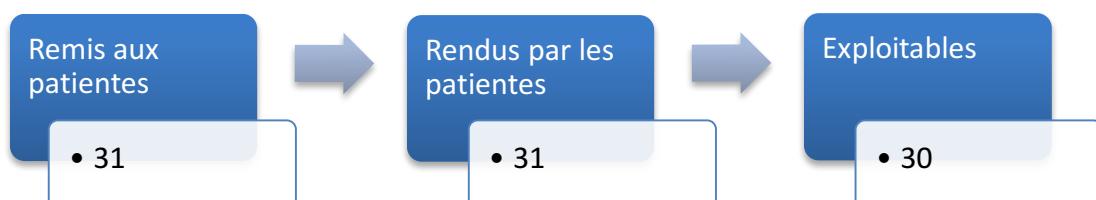


Figure 2 : Nombre de questionnaires des centres de radiologie et échographie

Parmi les 12 gynécologues libéraux contactés, 6 ont accepté de participer. 5 médecins ont remis 24 questionnaires, 24 ont été rendus dont 6 inexploitables (âge des patientes inférieur à 60 ans).

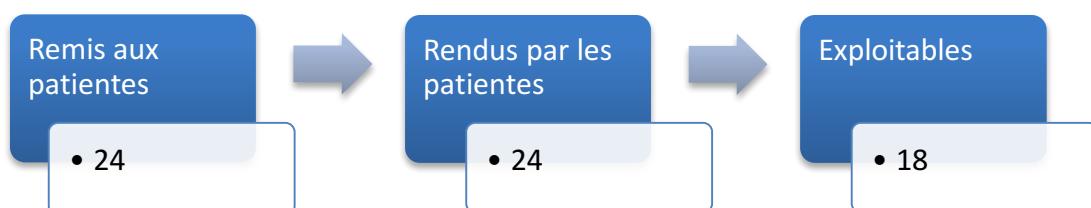


Figure 3 : Nombre de questionnaires des gynécologues libéraux

Parmi les 3 médecins généralistes contactés, 3 ont accepté de participer. 1 seul médecin a remis 7 questionnaires, tous ont été rendus et exploités.

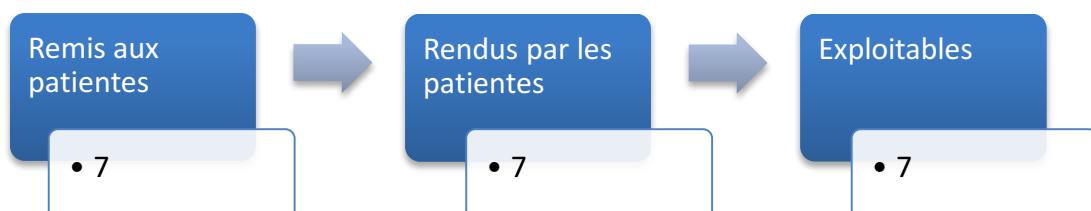


Figure 4 : Nombre de questionnaires des médecins généralistes

Au total, 88 questionnaires ont été remis aux patientes. On notait un défaut de retour de 4 questionnaires, mais aucun refus de le remplir. Sur les 84 questionnaires rendus, 74 étaient exploitables.

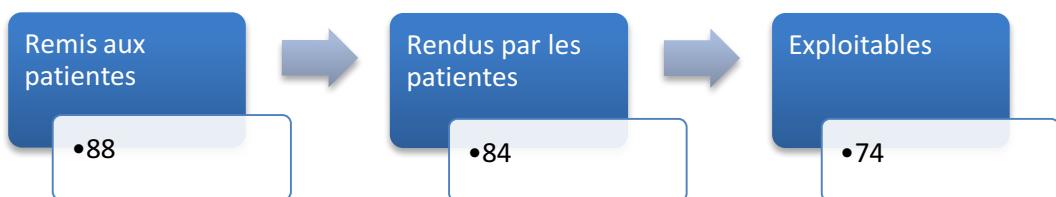


Figure 5 : Nombre total de questionnaires

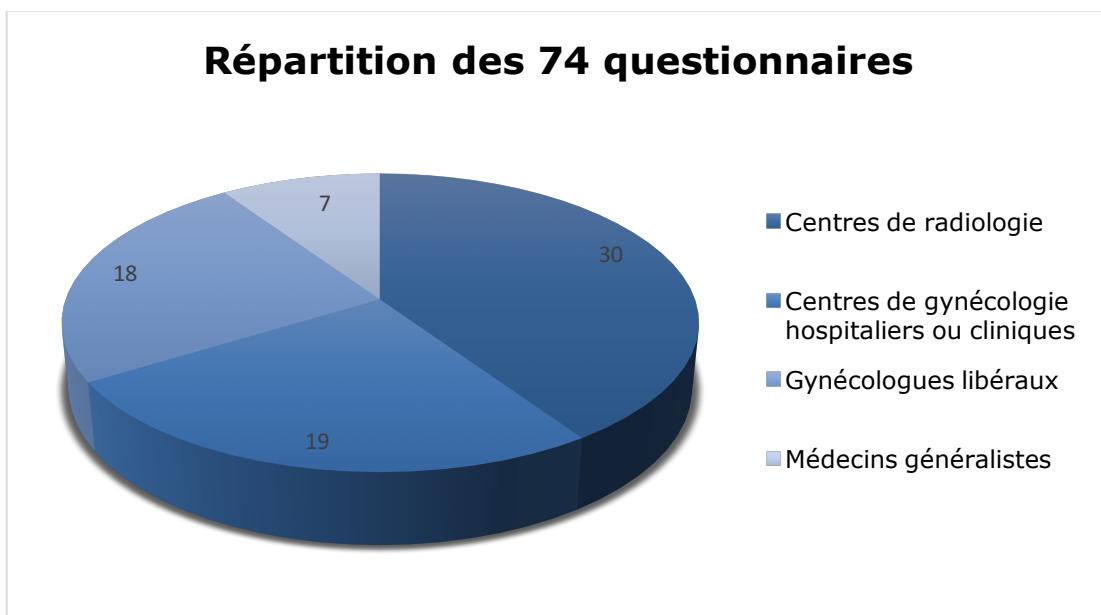


Figure 6 : Répartition de l'origine des questionnaires exploitables

2. Analyse descriptive

2.1. Caractéristiques de la population

2.1.1. Age et niveau d'études

Les femmes étaient âgées de 60 à 97 ans. La médiane était de 67,5 ans et la moyenne de 69,5 ans. On observait un écart type de 8,7 ans. 43 femmes avaient plus de 65 ans, et 31 avaient 65 ans ou moins.

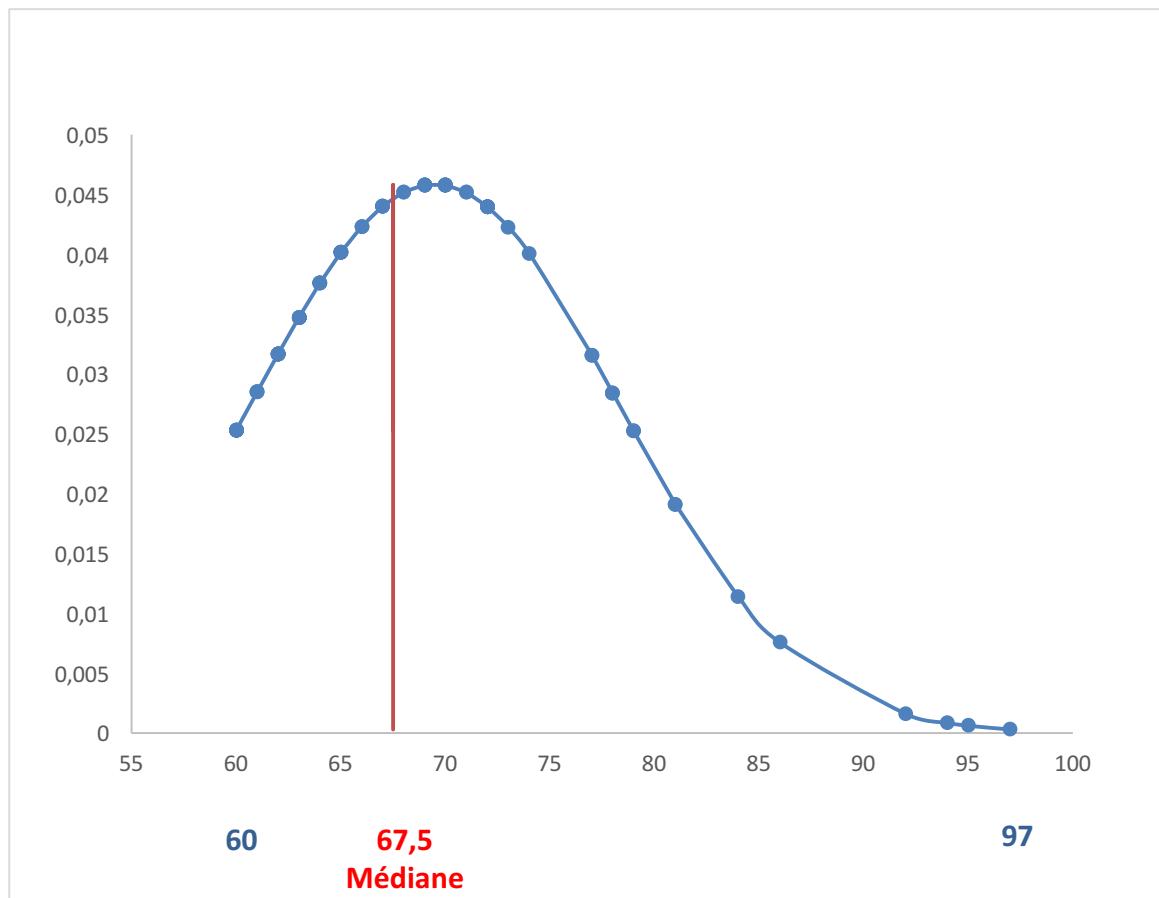


Figure 7 : Courbe de Gauss, répartition de l'âge de la population

Les femmes n'ayant pas consulté de leur propre initiative avaient en moyenne 79 ans, avec une médiane à 76,5 ans. Tandis que les femmes ayant consulté de leur propre initiative avaient en moyenne 68 ans avec une médiane de 67 ans.

Concernant leur niveau d'études, 60 femmes étaient diplômées (42 avaient un Certificat d'étude, Brevet ou CAP, et 18 un Baccalauréat ou Diplôme Universitaire), et 14 n'avaient aucun diplôme.

2.1.2. Suivi médical par le médecin traitant

22 patientes avaient un médecin traitant de sexe féminin et 52 de sexe masculin.

52 femmes consultaient leur médecin traitant tous les 3 à 6 mois, 10 tous les ans et 12 moins d'une fois par an.

2.1.3. Suivi par frottis cervico-vaginal et mammographie

40 femmes avaient un FCV datant de moins de 3 ans, 24 datant de plus de 3 ans, et 10 n'avaient jamais eu de frottis.

Sur les 64 personnes ayant déjà eu un frottis, 43 le faisaient réaliser par un gynécologue, 19 par leur médecin traitant, 1 par une sage-femme et 1 par un laboratoire.

Concernant le dépistage du cancer du sein, 49 femmes avaient une mammographie datant de moins de 2 ans, 14 datant de plus de 2 ans, et 11 n'en avaient jamais eu.

2.1.4. Caractéristiques des métrorragies

Parmi 70 femmes ayant répondu à la question sur la fréquence, 25 déclaraient avoir eu des saignements quotidiens, 15 une fois par semaine, 30 une fois par mois ou moins.

Parmi 72 femmes ayant répondu à la question sur l'abondance, 49 avaient eu des saignements minimes (traces dans la protection), 16 peu abondants (moins d'une serviette hygiénique remplie par jour) et 7 abondants (plus d'une serviette hygiénique totalement remplie par jour).

2.2. Le parcours de soins suite aux métrorragies

2.2.1. Le premier échange médical autour des métrorragies

a) Initiative des femmes ou du médecin

64 femmes avaient consulté de leur propre initiative pour ces métrorragies. Parmi elles, 37 avaient consulté leur médecin traitant, 2 un autre médecin généraliste et 25 un gynécologue. A l'inverse, le sujet a été abordé par le médecin pour 10 femmes.

Au total 37 femmes n'avaient pas abordé ce problème de métrorragies avec leur médecin traitant, parmi elles 27 avaient consulté un autre médecin.

b) Délai de consultation pour métrorragies

Le délai de consultation était entendu comme l'intervalle de temps écoulé entre le début des métrorragies et la première rencontre médicale au cours de laquelle elles étaient abordées. Ce délai était de moins de 3 mois pour 55 femmes, 3 mois à 1 an pour 10 et plus d'1 an pour 9.

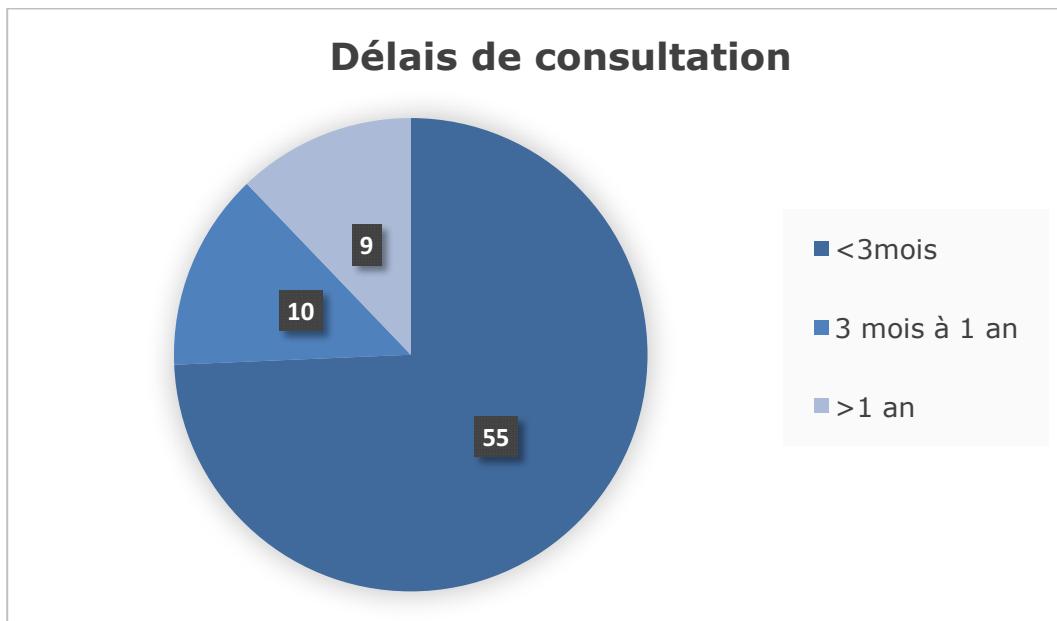


Figure 8 : Délais de consultation pour mètrorragies

Parmi les 64 femmes ayant consulté d'elles-mêmes, 48 consultaient dans les 3 mois, 9 à plus de 3 mois à 1 an, et 7 à plus d'un an.

Parmi les 10 femmes n'ayant pas consulté d'elles-mêmes pour mètrorragies, ce délai était de moins de 3 mois pour 7, 3 mois à 1 an pour une et plus d'un an pour deux.

c) Prescription de l'échographie

Lors de la première consultation médicale, une échographie pelvienne était prescrite pour 59 patientes.

d) Motifs des consultations pour métrorragies à l'initiative des patientes

64 femmes avaient consulté de leur propre initiative pour métrorragies. Les motifs ayant déclenché ces consultations sont détaillés dans la figure suivante.

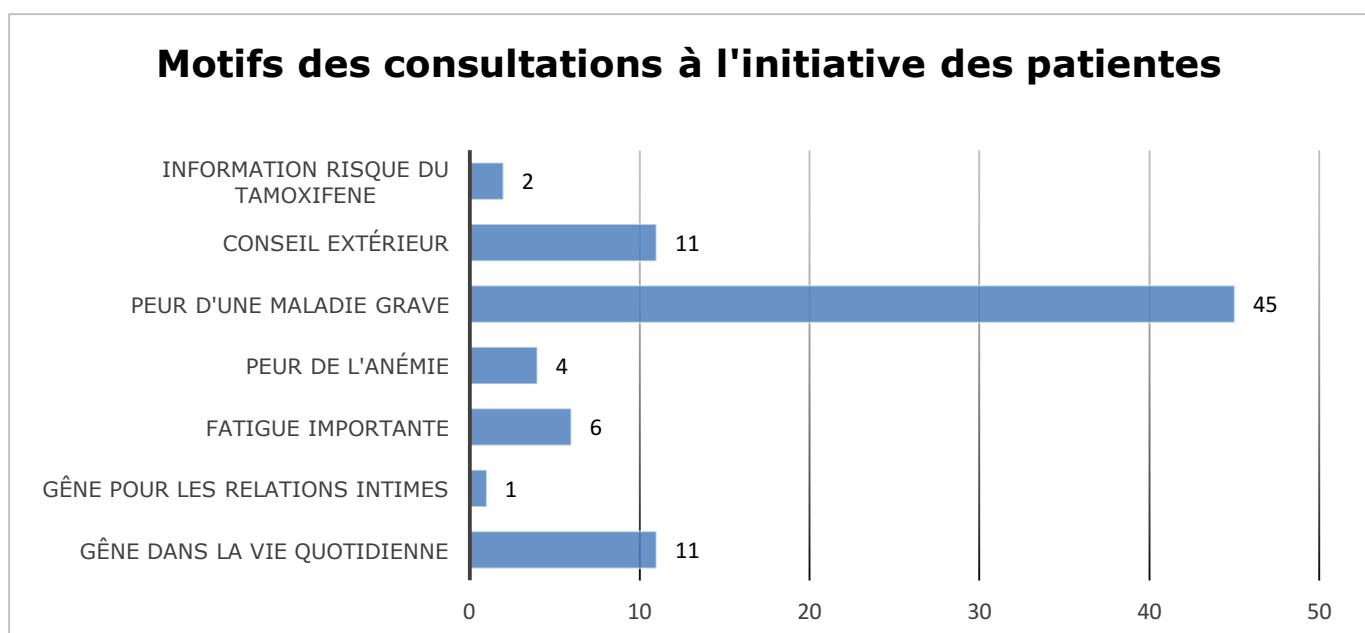


Figure 9 : Les éléments motivant les consultations à l'initiative des patientes

e) Circonstances de découverte par le médecin

Concernant les 10 femmes n'ayant pas parlé d'elles-mêmes de leurs métrorragies en consultation, le motif était abordé par le médecin dans différentes circonstances.

Pour 7 d'entre elles, les infirmiers ou aides-soignants qui s'occupent de la patiente en ont parlé au médecin. Pour 3 femmes, le médecin a demandé directement à la patiente si elle avait des saignements gynécologiques.

Dans ce groupe, l'anémie ou le manque de fer n'était pas une circonstance de découverte des métrorragies par le médecin.

2.2.2. Raisons de ne pas consulter le médecin traitant pour mètrorragies

37 femmes n'avaient pas abordé ce problème de mètrorragies avec leur médecin traitant. Les raisons de ne pas parler de ces saignements avec leur médecin traitant sont détaillées dans la figure suivante.

Sur ces 37 femmes, on comptait 17 non répondantes.

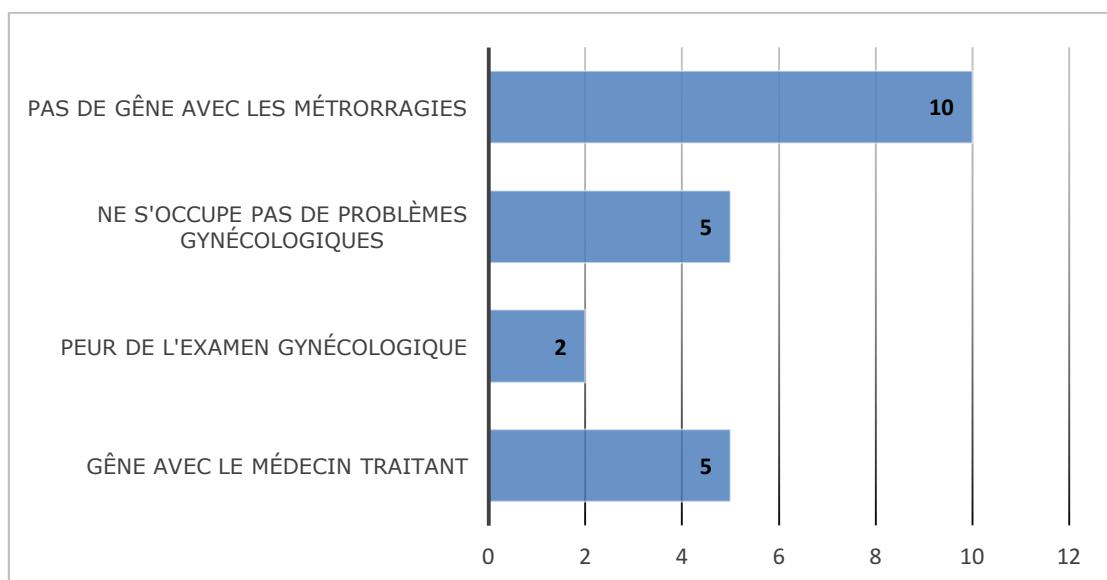


Figure 10 : Raisons de ne pas consulter le médecin traitant pour mètrorragies

3. Analyse comparative

3.1. Caractéristiques des femmes à l'initiative de leur consultation.

La consultation pour métrorragies était à l'initiative des femmes pour 64 d'entre elles. A l'inverse, les métrorragies de 10 femmes étaient découvertes dans d'autres circonstances par le médecin.

3.1.1. Leurs caractéristiques démographiques

L'initiative de la consultation pour métrorragies ne différait pas de manière significative entre les femmes âgées de plus de 65 ans, et celles âgées de 65 ans ou moins ($p>0,05$).

De même, on ne constatait pas de différence entre les femmes diplômées et les non diplômées, quel que soit leur niveau d'études ($p>0,05$). On considérait comme diplômées les femmes ayant au moins un Certificat d'étude, Brevet, CAP, Baccalauréat, ou Diplôme universitaire.

3.1.2. Leur suivi médical

Il n'était pas mis en évidence de différence significative entre les femmes consultant régulièrement leur médecin traitant (tous les 3 à 6 mois) et les autres (tous les ans ou moins) ($p>0,05$).

Concernant le suivi préventif par FCV, 40 femmes avaient un frottis de moins de 3 ans, et 34 de plus de 3 ans ou aucun. Les femmes ayant un frottis datant de moins de 3 ans consultaient significativement plus de leur propre initiative ($p<0,05$). Mais le médecin réalisant le dernier frottis n'influait pas cette initiative à consulter.

Concernant le suivi préventif par mammographie, il n'était pas mis en évidence de différence significative entre les femmes ayant une mammographie de moins de 2 ans, et celles de plus de 2 ans ou aucune ($p>0,05$).

3.1.3. Les caractéristiques des métrorragies

Concernant l'abondance des métrorragies, parmi 72 femmes, 49 avaient des saignements minimes, 23 peu abondants ou abondants. Il n'était pas mis en évidence de différence significative entre ces deux groupes ($p>0,05$).

Concernant la fréquence des métrorragies, parmi 70 femmes, 40 avaient des saignements fréquents (quotidiens ou hebdomadaires) et 30 une fois par mois ou moins. Il n'était pas mis en évidence de différence significative entre ces deux groupes ($p>0,05$).

3.2. Facteurs intervenant dans le délai de consultation

Le délai de consultation pour métrorragies était de moins de 3 mois pour 55 femmes, et de plus de 3 mois pour 19 femmes.

3.2.1. Caractéristiques des patientes

a) Leurs caractéristiques démographiques

Le délai de consultation ne différait pas de manière significative entre les femmes âgées de plus de 65 ans et celles âgées de 65 ans ou moins ($p>0,05$).

De même, on ne constatait pas de différence entre les femmes non diplômées et les diplômées, quel que soit leur niveau d'études ($p>0,05$).

b) Leur suivi médical

Le délai de consultation ne différait pas entre les femmes consultant régulièrement leur médecin traitant (tous les 3 à 6 mois) et les autres ($p>0,05$).

Il en était de même entre les femmes ayant un frottis de moins de 3 ans, et celles de plus de 3 ans ou aucun ($p>0,05$), qu'il soit réalisé par leur médecin traitant ou leur gynécologue.

Par contre, il était significativement plus court, entre les 63 femmes ayant un suivi par mammographie et les 11 femmes n'en ayant jamais eu ($p<0,05$).

c) Les caractéristiques des métrorragies

L'abondance et la fréquence des métrorragies n'influençait pas significativement le délai de consultation ($p>0,05$).

3.2.2. Caractéristiques du parcours de soins suite aux métrorragies

a) Initiative des femmes

Le délai de consultation ne variait pas significativement, que la consultation soit à l'initiative des femmes ou non ($p>0,05$).

Parmi les 64 femmes ayant consulté de leur propre initiative, il était constaté un délai de consultation inférieur à 3 mois plus fréquent lorsqu'elles manifestaient la peur d'une maladie grave ($p<0,05$).

De même, ce constat était retrouvé chez 43 femmes n'ayant pas reçu de conseil d'aller consulter de la part de leur entourage ($p<0,05$). Ces 43 femmes avaient plus fréquemment au moins un frottis ou une mammographie, versus les 31 autres femmes de l'étude ($p<0,05$). De plus, 33 de ses 43 femmes exprimaient la peur d'une maladie grave ($p>0,05$).

Le délai de consultation n'était pas influencé par les autres motifs de consultation.

Ce délai ne variait pas non plus entre les 25 femmes ayant consulté un gynécologue et les 39 ayant consulté un médecin généraliste ($p>0,05$).

b) Initiative du médecin

Parmi les 10 femmes dont les métrorragies étaient abordées par le médecin, le délai de consultation ne variait pas, que le symptôme soit découvert par le médecin ou suite à la sollicitation de l'entourage soignant ($p>0,05$).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Matériel et méthode

1.1. L'étude

Cette étude quantitative permet de répondre à la question posée. De plus, il s'agit d'une étude originale dans le domaine de la ménopause. Elle explore pour la première fois l'orientation personnelle et médicale des femmes ménopausées faisant face à des métrorragies. Elle peut ainsi être considérée comme une première analyse de la situation actuelle. Compte tenu des résultats obtenus, des études ultérieures pourraient être menées : sur une population plus grande, ou par des entretiens individuels.

1.2. La population cible

Les critères d'inclusion étaient les femmes âgées d'au moins 60 ans présentant ou ayant présenté des métrorragies. Cet âge a été fixé afin de s'affranchir des problèmes de ménométrorragies en lien avec la période de péri ménopause. En effet, l'âge moyen de la ménopause est 51 ans (26, 27). De plus, les traitements hormonaux substitutifs susceptibles d'induire des métrorragies sont recommandés pour une durée la plus limitée possible, en moyenne 5 ans (28,29). Par ailleurs, nous avons constaté que le taux de frottis chute de 65.1% chez les 25-49 ans, à 47.2% chez les 60-65 ans (19). Il s'agit donc d'une population présentant un suivi gynécologique plus faible, moins souvent explorée, et ainsi plus intéressante à étudier.

1.3. Le questionnaire

Le questionnaire était élaboré à partir des observations cliniques et bibliographiques. Le format court en recto verso était privilégié afin de favoriser l'adhésion des médecins recruteurs, et de maintenir l'attention des patientes jusqu'à la fin du remplissage. L'analyse des questionnaires a révélé des annotations de la part des patientes, précisant des réponses qui n'étaient pas proposées. Ainsi certaines regardaient sur internet avant de consulter, et d'autres indiquaient prendre des anticoagulants. Ces deux idées auraient pu être ajoutées aux déterminants ayant déclenché la consultation, d'autant plus que les personnes sous anticoagulants sont une population particulièrement sensibilisée aux risques de saignements.

Par ailleurs, on comptait 17 non répondantes sur 37 concernées, à la question des motivations à ne pas consulter leur médecin traitant. Ainsi, à cette question, un item « Autre raison » avec une réponse libre aurait pu être proposée.

1.4. Le recrutement

Concernant la répartition des répondantes, le nombre de questionnaires exploités était équivalent entre les gynécologues hospitaliers et libéraux (respectivement 19 et 18). Mais on notait un retour plus important de la part des centres de radiologie et échographie (30 questionnaires exploités), et au contraire une part minime des médecins généralistes (7 questionnaires exploités).

D'autre part, la principale limite de l'étude était le faible nombre de patientes incluses. La première conséquence était un faible effectif dans les sous-groupes, en particulier celui des femmes qui n'avaient pas consulté de leur propre initiative, seulement 10 patientes. Cependant, ces effectifs étaient totalement imprévisibles, puisque l'un des objectifs principaux

était justement d'évaluer la part des femmes qui consultaient pour leurs métrorragies et celles qui ne le faisaient pas.

2. Résultats

2.1. Objectifs principaux

Comme nous l'attendions, la majorité des femmes consultait en moins de 3 mois de leur propre initiative. Cette étude a également permis de repérer quelques femmes mettant plus d'un an avant de consulter, et d'autres qui n'ont pas consulté d'elles-mêmes pour leurs métrorragies.

2.2. Caractéristiques démographiques

L'âge moyen au diagnostic de cancer endométrial est de 68 ans selon l'INCA (11), et 63,6 ans, plus ou moins 7 ans, selon le CNGOF (12). De plus, les recommandations préconisent de réaliser un FCV tous les 2 à 3 ans jusqu'à 65 ans. Ainsi, le suivi gynécologique, très lié au suivi par frottis, chute très largement après cet âge (30). C'était donc cet âge de 65 ans qui était retenu pour définir deux classes d'âges, afin de réaliser les tests comparatifs de notre étude. Elle montrait que l'âge n'influençait pas le délai de consultation ou l'initiative des femmes à consulter.

Concernant le niveau d'études, la littérature montrait son influence sur le suivi des tests de dépistage des cancers féminins :

- le suivi gynécologique à jour était associé à un niveau d'études plus élevé. (31)
- un niveau d'études supérieur au Bac +2 était lié à la pratique de la mammographie, et un niveau d'études supérieur au BEPC était lié à des FCV plus fréquents. (32)

La majorité des patientes de notre étude était diplômée, et comptait au moins un CE, Brevet ou CAP. Cependant notre étude ne démontrait pas d'influence du niveau d'étude sur les deux critères de jugement principaux.

2.3. Suivi médical

Selon l'article « Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes » (21), la consultation d'un gynécologue dans les 12 derniers mois était associée à une meilleur participation au FCV. Le suivi médical et gynécologique habituel était donc susceptible d'influencer nos deux critères de jugement principaux.

En ce sens, les femmes ayant un FCV de moins de 3 ans consultaient davantage de leur propre initiative pour leurs métrorragies ; et le délai de consultation était plus court chez les femmes ayant au moins une mammographie, qu'elle date de moins de 2 ans ou non.

A contrario, le suivi médical par le médecin traitant n'influençait aucun des deux critères de jugement principaux.

2.4. Caractéristiques des métrorragies

Les rapports évaluaient les métrorragies liées au cancer de l'endomètre comme étant généralement spontanées, indolores, et peu ou moyennement abondantes. Certaines pouvaient également être atypiques (pertes brunâtres, noirâtres ou suintements minimes) (3, 9, 10). Dans notre étude, la majorité des femmes avaient des saignements minimes, qui pouvaient donc correspondre à un symptôme d'alerte, tandis que la fréquence était aussi bien quotidienne que mensuelle. Cependant, ces caractéristiques n'influaient ni le délai de consultation ni l'initiative des femmes à consulter.

2.5. La consultation pour métrorragies

2.5.1. Déterminants ayant déclenché la consultation pour métrorragies

Notre étude montrait que les femmes consultaient d'elles-mêmes plus rapidement quand elles ressentaient la peur d'une maladie grave. En effet, la peur de découvrir une pathologie néoplasique est un élément retrouvé dans de nombreuses études. Ses mécanismes étant complexes, elle peut aussi bien être un moteur comme un obstacle à la réalisation des examens de dépistage. (24, 33, 34, 35, 36)

Les deux autres déterminants majoritaires ayant déclenché la consultation étaient la gêne ressentie dans la vie quotidienne et le conseil de l'entourage pour aller consulter, cochés par 11 femmes chacun. En effet, l'entourage est un élément important dans l'accompagnement des patients, y compris l'entourage soignant. La littérature a montré qu'il contribuait à l'efficacité des soins et qu'il fallait tenir compte de ce réseau relationnel, notamment dans une perspective thérapeutique. Il fallait également souligner l'importance d'une bonne communication entre le médecin traitant et les soignants intervenant à domicile ou en EHPAD,

car ces derniers sont au plus proche du patient, de manière quotidienne. Ils peuvent alerter sur des symptômes que le patient est parfois en incapacité d'exprimer, notamment dans des cas de démence. Ainsi, parmi les femmes n'ayant pas consulté d'elles-mêmes, ces métrorragies étaient majoritairement signalées au médecin par des infirmiers ou aides-soignants qui s'occupaient d'elles, par exemple en EHPAD ou au cours d'une hospitalisation.

(37, 38, 39, 40)

Cependant, nous avions aussi constaté un certain nombre de femmes ayant consulté rapidement un médecin sans avoir été encouragé par leur entourage. Il s'agissait de patientes plus autonomes, ayant un suivi par frottis et/ou mammographie, et pour qui le conseil de l'entourage n'est pas déterminant pour aller consulter.

2.5.2. Médecin consulté et obstacles à la consultation du médecin traitant

Selon l'étude « Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales » (31), le FCV était plus fréquemment à jour quand le suivi était réalisé par un gynécologue. De même, comme nous l'avons déjà vu, la consultation d'un gynécologue dans les 12 derniers mois était associée à une meilleure participation au FCV (21). Ainsi nous pouvions penser que le médecin réalisant le dernier frottis ou le médecin consulté pour les métrorragies pouvaient influencer les critères de jugement principaux, mais ça n'était pas le cas dans notre étude.

Beaucoup d'études ont été réalisées sur les obstacles au suivi gynécologique des femmes (18, 20, 23, 24, 25). Elles retrouvaient pour la plupart la peur de l'examen gynécologique, une méconnaissance du but du FCV, la peur de découvrir une pathologie grave, et également des freins matériels (financiers, difficultés à prendre rendez-vous).

Dans notre étude, les femmes n'ayant pas consulté leur médecin traitant n'exprimaient pour la majorité, pas de peur de l'examen gynécologique. On note cependant que 5 d'entre elles étaient gênées de parler de problèmes gynécologiques avec leur médecin traitant, et que 5 autres pensaient qu'il ne s'occupait pas de ce type de problème.

D'après l'étude « Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin » (20), l'incitation par leur médecin généraliste et par des campagnes organisées était considérée comme les meilleurs stimulants pour participer au suivi par FCV. De plus, la demande directe par le médecin traitant a permis de découvrir les mètrorragies de 3 femmes de notre étude. Ce qui peut laisser supposer qu'un certain nombre de femmes garde ce symptôme pour elles, mais pourraient en parler si elles y étaient incitées. Ainsi, l'interrogatoire des femmes ménopausées par leur médecin traitant ne devrait-il pas systématiquement intégrer la question des mètrorragies ?

CONCLUSION

En étudiant le parcours de soins des femmes ménopausées présentant des métrorragies, plusieurs situations types se dessinent.

La majorité des femmes consultait en moins de 3 mois pour ce problème, et la peur d'avoir une maladie grave semblait être le moteur le plus important pour consulter rapidement. Avoir un bon suivi par mammographie ou FCV influençait soit le délai de consultation soit l'initiative des patientes à consulter.

Les femmes ne consultant pas d'elles-mêmes pour leurs métrorragies n'étaient pas majoritaires dans notre étude. Si elles en avaient, leur entourage soignant était la meilleure chance de transmettre l'information au médecin.

En l'absence d'entourage soignant, les femmes ne parlant pas d'elles-mêmes de leurs métrorragies étaient incitées à le faire directement par leur médecin traitant. En effet, la question directe du médecin, peut dans certaines situations encourager la patiente à en parler.

Face à ces différents types de parcours de soins, plusieurs leviers d'action se distinguent pour inciter les femmes à consulter pour leurs métrorragies, et leur rapidité à le faire. Tout d'abord, le maintien d'un bon suivi gynécologique par FCV et mammographie est indispensable, mais ce suivi n'est systématique que jusqu'à 65 ans pour l'un, et 74 ans pour le second. Passé cet âge, le médecin traitant est donc très souvent le seul lien médical des patientes, avec parfois l'entourage soignant. Ainsi, la bonne communication entre ces professionnels de santé est privilégiée pour partager ce type d'information, d'autant plus lorsque la patiente est en incapacité de communiquer fiablement avec le médecin.

De manière générale, on pourrait envisager une consultation dédiée à la ménopause, qui intègrerait la nécessité de consulter en cas de saignement gynécologique, même de faible abondance. Mais autant que possible, le médecin traitant devrait intégrer dans l'interrogatoire systématique des patientes ménopausées la question des saignements gynécologiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNGOF. Les mètrorragies fonctionnelles après la ménopause [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Gm_119_bouibli.pdf
2. Kebaili S, Ayed BB, Chahtour H, Mathlouthi N, Dhuib M, Samar D, et al. L'exploration des mètrorragies post-ménopausiques (MPM). Corrélation échographie endovaginale-histologie : à propos de 82 cas. [Internet]. 2009 [cité 6 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/222522>
3. Lespérance S, Boucher K. L'ABC des saignements utérins chez la femme en péri- et en postménopause [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/059-064DreLesperance0406.pdf>
4. Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women with abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1220 women. *Facts Views Vis Obgyn.* 2015;7(1):17-24.
5. Lafargue C. Approches diagnostiques et thérapeutiques de l'anémie du sujet âgé en 2009 : à propos de 320 patients de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique au C.H.G. de Pau [Internet]. Bordeaux; 2013. Disponible sur: https://babordplus.u-bordeaux.fr/notice.php?q=%2522transfusion%2522&spec_expand=1&start=2
6. Lecoq F-A. L'anémie chez le sujet âgé: exploration diagnostique par la réalisation d'un bilan systématique [Internet]. Clermont-Ferrand; 2009. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt//DB=2.1/SET=6/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=R LV&TRM=L'anémie+chez+le+sujet+âgé%3A+exploration+diagnostique+par+la+réalisation+d'un+bilan+systématique+>

7. Lethaby A, Suckling J, Barlow D, Farquhar CM, Jepson RG, Roberts H. Hormone replacement therapy in postmenopausal women: endometrial hyperplasia and irregular bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD000402.
8. Cravello L, de Montgolfier Rém, D'ercole C, Boublé Léo, Blanc B. Hysteroscopic surgery in postmenopausal women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 1996;75(6):563-6.
9. Cancer de l'endomètre [Internet]. [cité 6 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.23.html>
10. HAS. Cancer de l'endomètre [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/ald_30_gm_endometre_inca_has_web.pdf
11. Cancers gynécologiques - CHRU de Montpellier [Internet]. [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.chu-montpellier.fr/fr/cancerologie-de-la-femme/cancerfemme/cancers-gynecologiques/>
12. CNGOF. Les pathologies utérines : explorations diagnostiques et CAT ? [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GM_595_boublé.pdf
13. van Doorn HC, Opmeer BC, Jitze Duk M, Kruitwagen RFMP, Dijkhuizen FPHLJ, Mol BW. The relation between age, time since menopause, and endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding. *Int J Gynecol Cancer*. 2007;17(5):1118-23.
14. Netgen. Surveillance après traitement curatif du cancer du sein [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 6 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-158/Surveillance-apres-traitement-curatif-du-cancer-du-sein>.
15. Senkus-Konefka E, Konefka T, Jassem J. The effects of tamoxifen on the female genital tract. *Cancer Treat Rev*. 2004;30(3):291-301.

16. Canlorbe G, Zilberman S, Ballester M, Daraï E. Arbre décisionnel et thérapeutique des cancers de l'endomètre. 2014; Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2014/6/RDP_2014_6_807.pdf
17. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
18. BLANCKAERT M. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale: étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. [Lille]: Droit et santé; Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-421>
19. Dépistage du cancer du col de l'utérus- Taux de réalisation d'au moins un frottis cervico-utérin sur la période 2010-2013 selon la classe d'âge. [Internet]. Institut National du Cancer. [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Le-cancer-du-col-de-l-uterus/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus#ind13122>
20. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin [Internet]. Saint Etienne; 2010. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/98/page/122/pdf/>
21. Bernard E, Saint-Lary O, Haroubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. 2013; Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2013/3/255.pdf>

22. Viaud-Poubeau L, Durieux W. Les patientes en défaut de suivi gynécologique : connaissances, raisons du non-suivi et moyens permettant d'améliorer leur adhésion à un suivi régulier [Internet]. Bordeaux; 2013. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=170430979>
23. Noailhac M, Mallet-Roy S. Limites à la réalisation du frottis cervico-vaginal en médecine générale [Internet]. Clermont-Ferrand; 2010. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=145232530>
24. Carles Ferreira K. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52779697.pdf>
25. LEROY L. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste. [Internet]. Paris-Est Créteil; 2014. Disponible sur: <http://doxa.upec.fr/theses/th000643442.pdf>
26. Chiffres clefs de la ménopause [Internet]. LA MENOPAUSE. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <http://lamenopause.fr/chiffres-clefs-de-menopause/>
27. SFEndocrino: Ménopause [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/706/ue5-ot-120-menopause>
28. Haute Autorité de Santé - Traitements hormonaux de la ménopause [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause
29. Combien de temps faut-il continuer le traitement après la ménopause ? - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. 2004 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.chu-toulouse.fr/combien-de-temps-faut-il-continuer>

30. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie [Internet]. BEH; 2002. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4272
31. Malmartel A, Rigal L. Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016;45(5):459-66.
32. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56(5):303-13.
33. Bridou M, Aguerre C, Reveillere C, Haguenoer K, Viguier J. Facteurs psychologiques d'adhésion au dépistage du cancer colorectal par le test Hémoccult® II. *Psycho Oncologie*. 2011;5(1):25-33.
34. Vrinten C, Waller J, Wagner C von, Wardle J. Cancer Fear: Facilitator and Deterrent to Participation in Colorectal Cancer Screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 2015 [cité 29 janv 2018]; Disponible sur: <http://cebp.aacrjournals.org/content/early/2015/01/23/1055-9965.EPI-14-0967>
35. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*. 1 août 2017;26(8):1070-9.
36. BEH. Dépistage organisé du cancer du sein. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. 2003; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2003/04/beh_04_2003.pdf#page=12
37. Soum-Pouyalet F, Hubert A, Dilhuydy J-M, Kantor G. Prise en compte de l'entourage des patients atteints de cancer: un aperçu mondial des programmes et des actions d'information et de soutien. *Oncologie*. 2005;7(4):323-8.

38. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient, Summary. Santé Publique. 2007;19(3):241-52.
39. Svendsen F-A. L'accompagnement soignant de la personne sévèrement polyhandicapée : une pratique nécessaire et utile. Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement. 2004;25(4):163-71.
40. Ch. REYNAERT, P. JANNE, N. ZDANOWICZ et A.F. NAVIAUX1. Place de l'entourage dans la relation médecin-patient [Internet]. LOUVAIN MED; 1998. Disponible sur: https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20théoriques/Outils%20pédagogiques/GEAPI%20promotion%202013/GEAPI%20n°4%20-%20Consultation%20avec%20un%20tiers/Bibliographie/Place%20de%20l_entourage.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de questionnaires des gynécologues hospitaliers et cliniques	9
Figure 2 : Nombre de questionnaires des centres de radiologie et échographie.....	9
Figure 3 : Nombre de questionnaires des gynécologues libéraux	10
Figure 4 : Nombre de questionnaires des médecins généralistes	10
Figure 5 : Nombre total de questionnaires	11
Figure 6 : Répartition de l'origine des questionnaires exploitables	11
Figure 7 : Courbe de Gauss, répartition de l'âge de la population	12
Figure 8 : Délais de consultation pour métrorragies	15
Figure 9 : Les éléments motivant les consultations à l'initiative des patientes	16
Figure 10 : Raisons de ne pas consulter le médecin traitant pour métrorragies	17

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	5
1. MATÉRIEL	5
1.1. L'étude	5
1.2. La population cible	6
1.3. Le questionnaire	6
2. MÉTHODE.....	7
2.1. Le recrutement	7
2.2. Le recueil de données	8
2.3. Analyse statistique	8
RÉSULTATS.....	9
1. Participation et répartition des questionnaires	9
2. Analyse descriptive.....	12
2.1. Caractéristiques de la population.....	12
2.1.1. Age et niveau d'études	12
2.1.2. Suivi médical par le médecin traitant	13
2.1.3. Suivi par frottis cervico-vaginal et mammographie	13
2.1.4. Caractéristiques des métrorragies	14
2.2. Le parcours de soins suite aux métrorragies	14
2.2.1. Le premier échange médical autour des métrorragies.....	14
a) Initiative des femmes ou du médecin	14
b) Délai de consultation pour métrorragies.....	14
c) Prescription de l'échographie.....	15
d) Motifs des consultations pour métrorragies à l'initiative des patientes	16
e) Circonstances de découverte par le médecin	16
2.2.2. Raisons de ne pas consulter le médecin traitant pour métrorragies	17
3. Analyse comparative.....	18
3.1. Caractéristiques des femmes à l'initiative de leur consultation.....	18
3.1.1. Leurs caractéristiques démographiques	18
3.1.2. Leur suivi médical	18
3.1.3. Les caractéristiques des métrorragies	19
3.2. Facteurs intervenant dans le délai de consultation	20
3.2.1. Caractéristiques des patientes	20
a) Leurs caractéristiques démographiques	20
b) Leur suivi médical.....	20
c) Les caractéristiques des métrorragies.....	20
3.2.2. Caractéristiques du parcours de soins suite aux métrorragies.....	21
a) Initiative des femmes.....	21
b) Initiative du médecin	21

DISCUSSION ET CONCLUSION	22
1. Matériel et méthode.....	22
1.1. L'étude	22
1.2. La population cible	22
1.3. Le questionnaire	23
1.4. Le recrutement	23
2. Résultats	24
2.1. Objectifs principaux.....	24
2.2. Caractéristiques démographiques.....	24
2.3. Suivi médical.....	25
2.4. Caractéristiques des métrorragies	26
2.5. La consultation pour métrorragies	26
2.5.1. Déterminants ayant déclenché la consultation pour métrorragies	26
2.5.2. Médecin consulté et obstacles à la consultation du médecin traitant	27
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	31
LISTE DES FIGURES.....	37
ANNEXES.....	41
Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins ayant accepté de participer à l'étude..	41
Annexe 2 : Lettre d'information adressée aux patientes.....	42
Annexe 3 : Questionnaire.....	43

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins ayant accepté de participer à l'étude

Enquête sur le parcours de soins des femmes de plus de 60 ans présentant des métrorragies

Cher confrère, chère consœur,

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête sur le parcours de soins des femmes de plus de 60 ans présentant ou ayant présenté des métrorragies post-ménopausiques.

Comme convenu avec vous et avec votre accord, si vous recevez une **femme de plus de 60 ans** afin de réaliser une **échographie gynécologique pour un problème de métrorragies**, merci de lui remettre ce questionnaire anonyme et la lettre d'information jointe. Après l'avoir complété, la patiente devra le déposer à votre secrétariat ou à vous-même.

Je reprendrai contact avec vous dans moins d'un mois, afin de suivre le recueil des données. N'hésitez pas à me joindre pour tout renseignement complémentaire ou remarques sur la réalisation de ce travail. Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de ma thèse.

Je vous remercie de votre participation et du temps que vous consacrerez à m'aider dans mon travail de thèse, soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Candice Perthuis, médecin généraliste remplaçant

Coordonnées:

candice.perthuis@laposte.net

06 - - - - -

En cas de refus de participation à l'étude de la part d'une patiente concernée, merci de cocher une case, et si possible de noter le motif du refus.

Refus	Motif

Annexe 2 : Lettre d'information adressée aux patientes

Département de Médecine générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Madame,

Je suis jeune médecin généraliste remplaçant. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse aux femmes de plus de 60 ans présentant des saignements gynécologiques. L'objectif de ce travail est de décrire le parcours que vous avez suivi avant de venir faire votre échographie.

Pour cela, nous vous proposons de remplir le questionnaire ci-joint. En répondant à cette enquête, vous consentez à l'utilisation des données à des fins de recherches. Je précise que cette **enquête est anonyme**.

La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale. Elle n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part.

En cas de questions à propos de ce projet, vous pouvez me contacter par téléphone au 06 -- - - -, ou par mail (candice.perthuis@laposte.net). Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide et le temps passé à remplir ce questionnaire.

Candice PERTHUIS

Annexe 3 : Questionnaire

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en totalité et le déposer au secrétariat

Enquête anonyme

Je suis jeune médecin généraliste, et je réalise une étude sur les saignements après la ménopause. Vos réponses à ce questionnaire sont essentielles pour mon travail de thèse et je vous remercie du temps que vous y consacrerez.

Ce jour, vous venez pour faire votre échographie car vous avez eu des saignements gynécologiques :

1. Combien de temps s'est-il écoulé entre le début de vos saignements et la première fois où le problème a été abordé avec un médecin ? (*cochez une seule réponse*)
 Moins de 3 mois
 3 mois à 1 an
 Plus d'1 an
2. L'échographie a-t-elle été prescrite lors de la première consultation où le problème a été abordé ?
 Oui
 Non
3. Avez-vous consulté de votre propre initiative un médecin pour ce problème de saignements ?
 Oui
 Non (*si vous cochez cette case, passez à la question 4*)
- 3a. **Si oui**, quel médecin ? (*cochez une seule réponse*)
 Votre médecin traitant
 Un autre médecin généraliste
 Un gynécologue
- 3b. **Si oui**, pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté un médecin ? (*plusieurs réponses possibles*)
 Ces saignements représentaient une gêne dans votre vie quotidienne.
 Ces saignements représentaient une gêne pour les relations intimes.
 Ces saignements ont entraîné une fatigue importante.
 Vous aviez peur que cela entraîne de l'anémie.
 Vous aviez peur d'avoir une maladie grave.
 Quelqu'un de votre entourage vous a conseillé d'aller consulter.
 Vous étiez informée que votre traitement par Tamoxifène suite à votre cancer du sein pouvait donner des saignements.
4. **Si vous n'avez pas consulté pour vos saignements**, dans quelles circonstances un médecin en a-t-il parlé ? (*plusieurs réponses possibles*)
 Il vous a demandé si vous aviez des saignements gynécologiques.
 Des infirmiers ou aides-soignants qui s'occupent de vous en ont parlé au médecin.
 Vous aviez une anémie ou un manque de fer.
5. Quelle fréquence avaient ces saignements ? (*cochez une seule réponse*)
 Tous les jours
 Une fois par semaine
 Une fois par mois ou moins

6. Quelle quantité avaient ces saignements ? (*cochez une seule réponse*)
 Minimes (traces marrons ou rouges dans la protection)
 Peu abondants (moins d'une serviette hygiénique totalement remplie par jour)
 Abondants (plus d'une serviette hygiénique totalement remplie par jour)
7. **Si vous n'avez pas abordé ce problème de saignements avec votre médecin traitant :** quelles en sont les raisons ? (*plusieurs réponses possibles*)
 Vous êtes gênée de parler de problèmes gynécologiques avec lui/elle.
 Vous aviez peur qu'il/elle réalise un examen gynécologique.
 Vous pensez qu'il/elle ne s'occupe pas des problèmes gynécologiques de ce type.
 Ces saignements ne représentaient pas une gêne dans votre vie quotidienne.

Merci de répondre aux questions concernant votre suivi gynécologique.

8. Avez-vous déjà eu un frottis ?
 Oui
 Non (*si vous cochez cette case, passez à la question 9*)
- 8a. Si oui, votre dernier frottis date-t-il de moins de 3 ans ?
 Oui
 Non
- 8b. Par qui était réalisé votre dernier frottis ? (*cochez une seule réponse*)
 Votre médecin traitant
 Un gynécologue
 Une sage-femme
9. Avez-vous déjà fait une mammographie ?
 Oui
 Non (*si vous cochez cette case, passez à la question 10*)
- 9a. Si oui, votre dernière mammographie date-t-elle de moins de 2 ans ?
 Oui
 Non

Merci de répondre aux questions plus générales vous concernant.

10. Quel âge avez-vous ?
11. Consultez-vous votre médecin généraliste traitant : (*cochez une seule réponse*)
 Tous les 3 à 6 mois
 Tous les ans
 Moins d'une fois par an
12. Votre médecin généraliste est :
 Un homme
 Une femme
13. Quel est votre niveau d'étude ? (*cochez une seule réponse*)
 Baccalauréat et/ou diplôme universitaire
 Certificat d'étude/brevet/CAP
 Pas de diplôme

PERTHUIS Candice**Parcours de soins des femmes ménopausées présentant des métrorragies**

Introduction. Le cancer de l'endomètre est le cancer de l'appareil génital féminin le plus fréquent en France. Son diagnostic se fait à 95% sur des métrorragies en post ou péri-ménopause, avec un âge moyen au diagnostic de 68 ans. Or il semble que les femmes ménopausées présentant des métrorragies ne consultent pas systématiquement pour cela, ou trop tardivement. L'objectif principal de cette étude était d'explorer le parcours de soins de ces femmes : délai de consultation, part des femmes qui consultent de leur propre initiative et celles qui ne le font pas. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs influençant ces deux critères de jugements principaux.

Matériel et méthode. Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et observationnelle. Les femmes de plus de 60 ans, présentant ou ayant présenté des métrorragies étaient interrogées par questionnaire anonyme, lors de leur échographie pelvienne ou consultation, en Maine-et-Loire et en Mayenne.

Résultats. 5 centres de gynécologie, 4 de radiologie, 6 gynécologues libéraux, et 3 médecins généralistes ont participé. Sur 84 questionnaires rendus, 74 étaient exploitables. 55 femmes consultaient de leur propre initiative en moins de 3 mois, et 9 en plus d'1 an. Les métrorragies de 10 femmes étaient découvertes dans d'autres circonstances par le médecin, notamment grâce aux équipes soignantes. Les femmes ayant un FCV de moins de 3 ans, consultaient davantage de leur propre initiative. Celles ayant déjà réalisé une mammographie et celles exprimant la peur d'avoir une maladie grave consultaient plus rapidement. Ce constat était retrouvé chez 43 femmes n'ayant pas reçu de conseil d'aller consulter de la part de leur entourage. Ces 43 femmes avaient plus fréquemment au moins un frottis ou une mammographie, versus les 31 autres femmes de l'étude.

Conclusion. La majorité des femmes ménopausées consultait en moins de 3 mois lorsqu'elles présentaient des métrorragies. Il s'agit donc de repérer les femmes qui tardent à consulter ou ne le font pas. Ainsi, le médecin généraliste pourrait intégrer dans son interrogatoire systématique la question des métrorragies pour toutes les patientes ménopausées. De plus, la communication entre équipes soignantes et médecin traitant est à renforcer, tout comme le suivi des examens de dépistage recommandés.

Mots-clés : métrorragies, post-ménopause, médecine préventive, cancer endomètre.

Health care pathway of menopausal women presenting metrorrhagia

Introduction. Endometrial cancer is the most frequent cancer of women's genital organs in France. The diagnosis is made at 95% on peri or postmenopausal bleedings, with an average age of 68 years at the time of diagnosis. But it seems that menopausal women presenting metrorrhagia don't always see a doctor about it, or they do too late. The main objective of this study was to explore those women's health care pathway : average time before consultation, proportion of women who consult on their own initiative, and of women who don't. The secondary objectives were to determine the factors influencing those two main judgment criterions.

Material and method. It was a quantitative, descriptive and observational study. Women over 60, presenting metrorrhagia, were asked to answer an anonymous questionnaire, during their pelvic ultrasound or their consultation, in Maine-et-Loire and Mayenne.

Résults. 5 gynecology centers, 4 radiology centers, 6 private practice gynecologists, and 3 general practitioners participated in the study. 74 out of the 84 returned questionnaires were usable. 55 women consulted on their own initiative in less than 3 months, and 9 in more than 1 year. Metrorrhagia of 10 women were discovered by the doctor on other occasions, including through nursing staffs. Women having a smear test dating less than 3 years, consulted more on their own initiative. Women already having one mammography, and those expressing fear of having a serious disease, consulted a doctor faster. The same observation was made about 43 women who weren't advised to consult by their entourage. Those 43 women had at least a smear test or mammography more frequently, versus the other 31 women of the study.

Conclusion. Most menopausal women consulted a doctor in less than 3 months when they presented metrorrhagia. Then, we have to detect women who delay seeing a doctor or who don't see one. In this way, the general practitioner could include in his automatic examination the question about metrorrhagia for all menopausal women. Moreover, we have to accentuate the communication between nursing staffs and general practitioners, as well as improve follow-up to recommended screening tests.

Keywords : metrorrhagia, postmenopausal, preventive medicine, endometrial cancer