

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2021

2021 TOU3 1001

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 22 janvier 2021
Par

Sarah FEST

**FAUSSES COUCHES SPONTANÉES PRÉCOCES EN
SOINS PRIMAIRES: ENQUÊTE DE PRATIQUE AUPRES
DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES EXERCANT EN
HAUTE-GARONNE**

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Assesseur
Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN	Assesseur

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Généralie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURARIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Etie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CURROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Martyse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOLLA Bruno
Mme PUECH Manuelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDQUIARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Professeur des Universités, maître de stage universitaire et médecin généraliste à Tarbes, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce travail. Je tiens à vous exprimer mon profond respect et toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour votre disponibilité auprès des internes de médecine générale.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,

Professeur des Universités, maître de stage universitaire et médecin généraliste à Montréjeau. Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et merci pour tes conseils avisés. Merci également pour ta bienveillance depuis le début de l'internat.

A Madame le Docteur Leila LATROUS,

Responsable du pôle en santé de l'enfant et de l'adolescent, maître de stage universitaire et médecin généraliste à Saint-Jory. Je vous suis très reconnaissante d'accepter de siéger au jury de ma thèse. Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN,

Co-présidente du réseau REIVOC pour favoriser la prise en charge de l'IVG en Occitanie, maître de stage universitaire et médecin généraliste à Roques. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous témoigne toute ma reconnaissance.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“
*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la Médecine.*

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

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

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs
conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des
circonstances pour forcer les consciences.*

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

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue
à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira
pas à corrompre les mœurs.*

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

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*
”

Table des matières

ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
MATERIELS ET METHODES	6
ETUDE	6
Type d'étude	6
Objectif primaire	6
Objectifs secondaires	6
MATERIELS	7
Population étudiée	7
Questionnaire	7
METHODES	8
Diffusion du questionnaire	8
Recueil des données	8
Analyse de données et méthodes statistiques	9
RESULTATS	10
REPONSES AU QUESTIONNAIRE	10
NOTRE ECHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES	11
Données démographiques	11
Formation et pratique en gynécologie	12
Fréquence des consultations pour fausse couche en médecine générale	15
MISE EN SITUATION PRATIQUE	16
Menace de fausse couche spontanée précoce	16
Examen clinique.....	16
Orientation vers les urgences gynécologiques.....	16
Prescription d'examens complémentaires.....	18
Prise en charge de la douleur.....	18
Fausse couche spontanée précoce	19
Orientation vers les urgences gynécologiques.....	19
Propositions thérapeutiques.....	20
Méthode expectative.....	20
Prophylaxie de l'allo-immunisation fœto-maternelle	21
Consultation dans les suites d'une fausse couche	22
Nouveau projet de grossesse.....	22

Dépistage des conséquences psychologiques	22
OPINION DES MEDECINS GENERALISTES.....	24
Concernant leur future pratique	24
Moyens pouvant permettre l'amélioration de la prise en charge des fausses couches	25
DISCUSSION	26
ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	26
Notre échantillon de médecins généralistes	26
Les fausses couches : un motif de consultation en médecine générale ?	26
Pratiques cliniques des MG devant une fausse couche spontanée précoce	27
Rôles du médecin généraliste dans les suites d'une fausse couche	30
FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	32
Forces	32
Limites et biais	33
PERSPECTIVES.....	34
CONCLUSION	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
ANNEXES	39

ABREVIATIONS

ACF : Activité cardiaque fœtale

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

B-HCG : Hormone chorionique gonadotrope humaine

CNGOF : Collège des gynécologues et obstétriciens français

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CO : Contraception orale

CPP : Comité de protection des personnes

CRP : Protéine C réactive

DIU : Dispositif intra utérin

DU : Diplôme universitaire

DUMG : Département universitaire de médecine générale Toulouse

FC : Fausse couche

FCSP : Fausse couche spontanée précoce

GEU : Grossesse extra utérine

GLI : Grossesse de localisation indéterminée

GEI : Grossesse d'évolutivité incertaine

HAS : Haute autorité de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MG : Médecin généraliste

MSU : Maître de stage universitaire

NFS : Numération de formule sanguine

NICE : National Institute for Health and care Excellence

P : P-value

RAI : Recherche d'agglutinines irrégulières

RTU : Recommandation temporaire d'utilisation

SA : Semaines d'aménorrhées

SF : Sage-femme

INTRODUCTION

La fausse couche spontanée précoce (FCSP) représente un évènement fréquent touchant une femme sur cinq en âge de procréer et compliquant 15 à 20 % des grossesses [1]. Cette fréquence est probablement sous-estimée par la difficulté à comptabiliser le nombre de FCS survenant très précocement et donc passant inaperçues [2,3].

Selon les définitions françaises la FCSP est définie comme la perte spontanée d'une grossesse intra-utérine avant 14 SA [4]. Elle se manifeste fréquemment par la survenue de métrorragies et/ou douleurs pelviennes qui peuvent être source d'inquiétude chez la patiente, ce qui en fait le premier motif de consultation aux urgences gynécologiques.

Nous savons qu'il existe trois prises en charge thérapeutiques des FCSP : expectative (conservatrice), médicamenteuse (misoprostol) et chirurgicale (aspiration, curetage), avec toutes le même profil de sécurité [5]. Alors que pendant longtemps la prise en charge chirurgicale était la référence, elle se veut actuellement moins interventionniste, avec une patiente au cœur de la décision thérapeutique.

Des travaux [6,7] ont montré la place et le rôle important du médecin généraliste dans cette prise en charge, que ce soit au niveau de la démarche diagnostique, thérapeutique, dans le dépistage des conséquences psychologiques ou simplement dans l'information des patientes.

Le CNGOF a édité en 2014 des recommandations pour la pratique clinique concernant les pertes de grossesses [4], mais celles-ci ne relèvent pas les difficultés rencontrées en soins primaires face une prise en charge ambulatoire. Ces dernières années nous constatons une baisse du nombre de médecins gynécologues, ce qui place bien souvent le médecin généraliste comme premier interlocuteur pour les patientes. Parallèlement à ce phénomène, les généralistes se forment de plus en plus en santé de la femme afin de répondre à cette demande.

La faisabilité de la prise en charge ambulatoire par le médecin généraliste a été étudiée dans des travaux de thèses [8,9], mais sans jamais en décrire leur pratique clinique.

Plusieurs études [10-18] ont tout de même porté sur les pratiques des MG recueillies par auto-questionnaires qui ont été faites en Irlande, aux Etats-Unis, en Angleterre, en Australie et aux Pays-Bas, mais aucune en France.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant dans ce contexte de mener une étude descriptive par questionnaire, sur les pratiques actuelles des médecins généralistes installés en Haute-Garonne dans la prise en charge des fausses couches spontanées précoces. Les objectifs secondaires seront de relever les freins à cette prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

ETUDE

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, transversale et déclarative.

Notre étude était dite « hors loi Jardé » ne nécessitant pas de passage devant un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Notre travail de recherche était couvert d'un point de vue réglementaire par la méthodologie de référence MR-004, une déclaration de conformité a été faite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les données recueillies correspondaient à des réponses auto-déclarées par les médecins généralistes avec mise en situation pratique (cas clinique).

Objectif primaire

L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux des pratiques cliniques des médecins généralistes concernant la prise en charge des fausses couches spontanées précoces en soins primaires.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de relever les freins à la prise en charge en soins primaires.

MATERIELS

Population étudiée

Notre population d'étude correspondait aux médecins généralistes installés en Haute-Garonne.

Les critères d'inclusion étaient donc : être médecin généraliste, installé et exerçant dans le département de la Haute-Garonne (31).

Les critères d'exclusion: être médecin remplaçant ou interne. Le choix d'exclure les remplaçants de l'enquête concerne le manque de suivi des patients au long cours.

Questionnaire

La réalisation du questionnaire a été faite en ligne par l'intermédiaire de l'application Google Forms. Il comportait 22 questions au maximum et 17 au minimum. Les questions étaient à réponses multiples et certaines de types dichotomiques ou dichotomiques multiples. La majorité étaient à réponses fermées pour permettre l'exploitation des données. Elles étaient toutes à réponse obligatoire. Le mise en situation pratique était un cas clinique progressif avec questions filtres.

Il comportait trois parties [Annexe I].

Une première partie de 7 questions permettait de recueillir des informations sur les médecins questionnés. Tout d'abord les données démographiques des répondants : sexe, âge, lieu d'exercice (milieu, structure), puis des questions sur leur formation et leur pratique de la gynécologie. Enfin une dernière question interrogeait sur la fréquence de confrontation en consultation aux événements suivants : menace de fausse couche, FCSP en cours d'expulsion, FCSP sur grossesse arrêtée, grossesse extra-utérine.

La deuxième partie comportait un cas clinique de mise en situation avec 12 questions.

La troisième et dernière partie concernait les pistes pour l'amélioration de cette prise en charge par les MG.

Une phase de pré-test a été réalisée avec tout d'abord quatre internes en médecine générale et quatre personnes ne travaillant pas dans le milieu médical pour vérifier le bon fonctionnement du questionnaire et la syntaxe des questions/réponses, puis avec deux médecins généralistes installés pour vérifier la faisabilité du questionnaire.

METHODES

Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé sur une période d'environ 10 semaines, du 16/07/20 au 30/09/20. La diffusion a été essentiellement par voie électronique et une petite partie par voie postale pour essayer de cibler également les médecins installés dans l'hypercentre toulousain.

Une demande initiale de diffusion a été faite auprès de l'URPS, mais n'a pu aboutir en raison d'un délai trop long. L'Ordre des Médecins du 31 et certains organismes de formations médicales continues ont également été contactés dans ce sens.

378 questionnaires ont été envoyés par mail et 10 par voie postale (questionnaire imprimé avec enveloppe préimbrée, au besoin un flashcode permettant l'accès au questionnaire en ligne), soit un total de 388 questionnaires. Une deuxième relance a été faite 21 jours après.

Pour favoriser le taux de participation, la durée de réalisation du questionnaire et l'anonymat des réponses étaient annoncés dans le mail (moins de 10 minutes).

Recueil des données

Les réponses ont été recueillies sur Google Forms et ensuite intégrées automatiquement dans un classeur Excel. Les données étaient toutes anonymes.

Analyse de données et méthodes statistiques

La majorité de nos résultats ont été analysés de manière descriptive, à partir de notre base de données sur Excel. Nous avons également utilisé pour les analyses uni et multivariées, les logiciels d'aide à l'analyse biostatistique P-value [19] et BiostaTGV [20].

Pour les analyses descriptives, les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne et d'écart-type, et pour les variables qualitatives en effectif et pourcentage.

Concernant les analyses univariées, dans le cas de deux variables qualitatives, le test Chi2 a été utilisé si l'effectif attendu était supérieur à 5 et le test de Student si l'effectif attendu était inférieur à 5. Dans le cas d'une variable de réponse quantitative et un facteur d'étude qualitatif, nous avons utilisé un test de Wilcoxon Mann-Whitney ou un test de Welch. Le risque alpha de 1^{ère} espèce a été fixé à 5%. Le lien entre deux variables était considéré comme statistiquement significatif lorsque la p-value (p) du test était inférieur à 0.05.

RESULTATS

REPONSES AU QUESTIONNAIRE

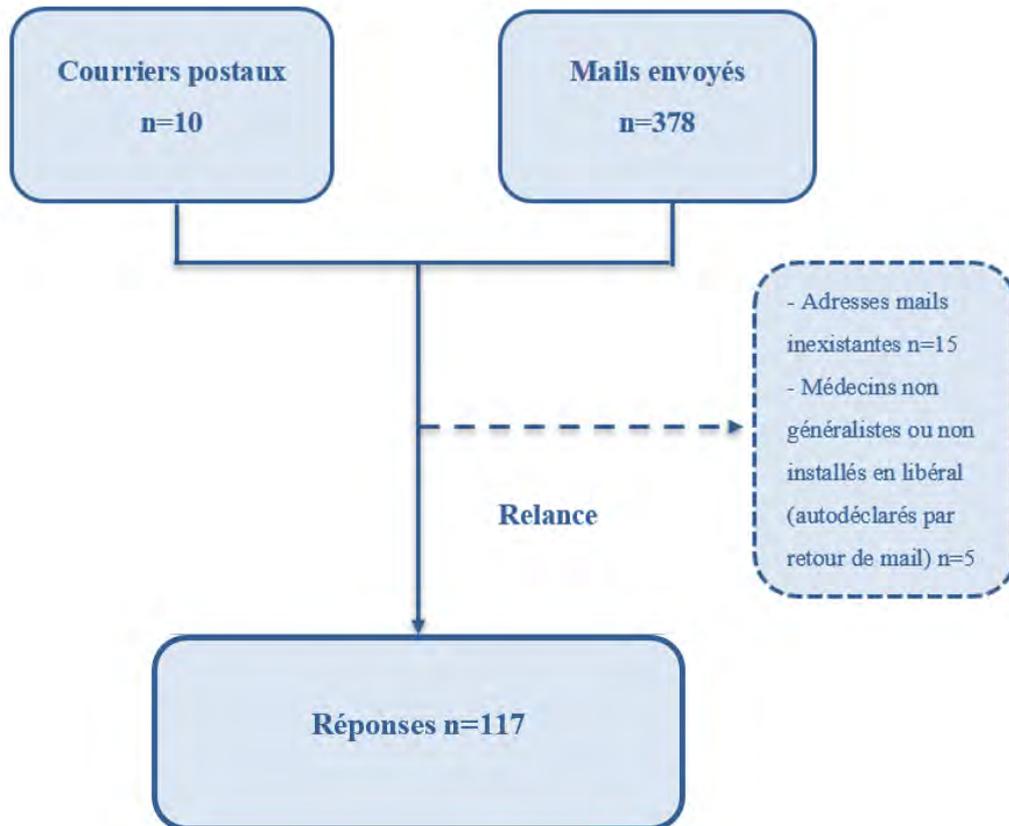


Figure I : Diagramme de flux des réponses au questionnaire.

Nous n'avons reçu qu'une seule réponse par voie postale et 116 par voie électronique, soit 117 réponses au total (Figure I). Toutes les réponses ont pu être analysées. Le taux de réponse était donc de 30 %. Le questionnaire a cependant été probablement relayé par les répondants à d'autres médecins, mais nous n'estimons pas à plus de 5% du nombre d'envois initiaux.

NOTRE ECHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES

Données démographiques

Tableau I : Données démographiques de notre échantillon de médecins généralistes.

Critères sociodémographiques	Echantillon (n=117)
Sexe <ul style="list-style-type: none">Femme <i>n</i>Homme <i>n</i>	75 (64%) 42 (36%)
Âge <ul style="list-style-type: none">moyen (<i>écart type</i>)médian [<i>Q25-75</i>]minimum (<i>années</i>)maximum (<i>années</i>)	46 (12.2) 44 [36 ; 57] 29 72
Milieu <ul style="list-style-type: none">urbain <i>n</i>semi-rural <i>n</i>rural <i>n</i>	46 (39%) 56 (48%) 15 (13%)
Structure <ul style="list-style-type: none">cabinet seul <i>n</i>groupe mono disciplinaire <i>n</i>maison de santé pluriprofessionnelle <i>n</i>	15 (13%) 65 (55%) 37 (32%)

Les éléments démographiques de notre échantillon [Tableau I] montrent un taux de médecins femmes (64%) plus important que les hommes. Le milieu semi-rural est le plus représenté (48%) et le travail en groupe monodisciplinaire y est majoritaire (55%).

Si nous regardons la répartition de notre échantillon selon le sexe, nous observons que l'âge des médecins hommes est en moyenne supérieur de 15 ans (âge moyen : 56 ans, $p < 0.001$) par rapport à celui des médecins femmes. Pour les milieux et structures d'exercice, il n'y a pas de différence significative dans la répartition selon le sexe.

Concernant l'âge, nous observons des médecins en moyenne plus âgés dans le milieu urbain (âge moyen : 55 ans, $p = 0.03$). Cette différence n'est pas observée pour les structures ($p = 0.05$).

Formation et pratique en gynécologie

56% (n=66) des médecins généralistes interrogés (figure II) estiment n'avoir que leur formation médicale initiale. Pour ceux ayant suivi une formation supplémentaire, 15 % (n=18) ont réalisé un diplôme complémentaire (DU ou autres) en gynécologie ou échographie gynéco-obstétricale. 20% des médecins accueillent des internes en santé de la Femme (Maître de Stage Universitaire MSU), avec essentiellement des femmes MSU (21 femmes pour 2 hommes, $p < 0.01$). Enfin, 44 % (n=52) des médecins participent à des formations médicales continues (FMC) sur le thème de la gynécologie. Ces formations ne diffèrent pas selon l'âge, la structure et le milieu d'installation du médecin ($p < 0.05$).

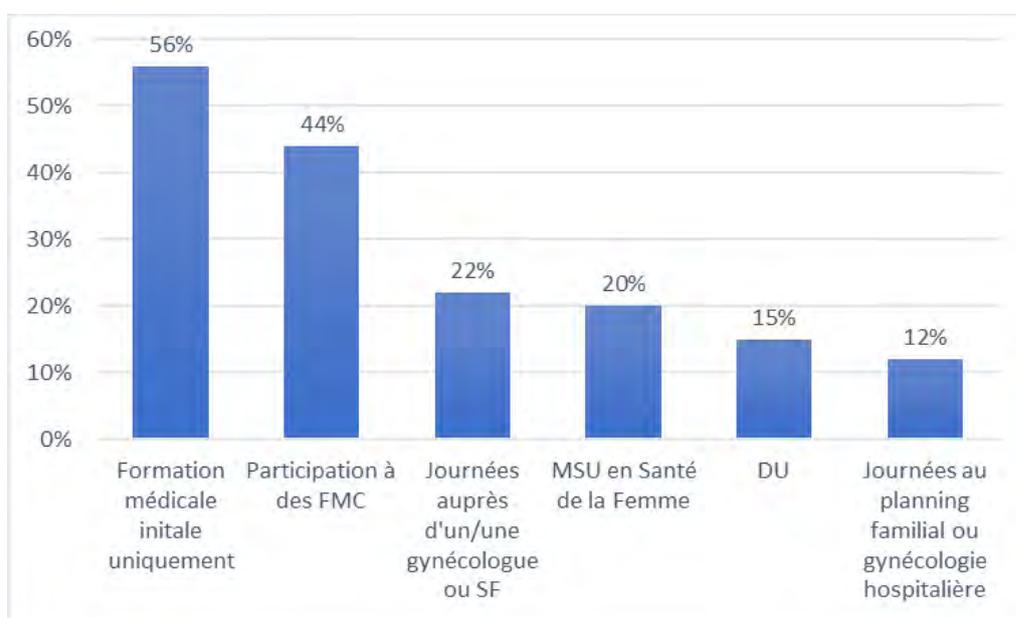


Figure II : Formation des médecins généralistes en gynécologie.

*FMC: formation médicale continue

SF : sage-femme

MSU : maitre de stage universitaire

DU : diplôme universitaire

Concernant leur pratique en gynécologie au sein du cabinet (Figure III), une grande majorité des médecins initient des contraceptions orales (CO) (n=108), réalisent des frottis cervico-utérin (FCU) (n=90) et suivent des grossesses (n=83). Seulement sept médecins déclarent réaliser des interruptions volontaires de grossesses (IVG) médicamenteuses et six pratiquent l'échographie endovaginale ou sus-pubienne.

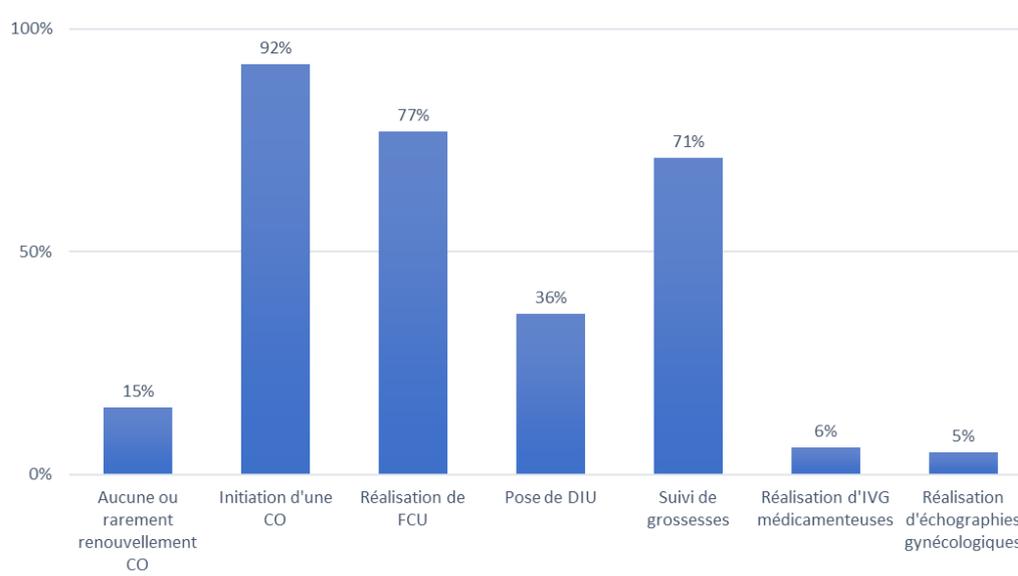


Figure III : Pratique des médecins généralistes en gynécologie.

*CO : contraception orale

FCU : frottis cervico-utérin

DIU : dispositif intra-utérin

IVG : interruption volontaire de grossesse

Si nous nous intéressons à ces pratiques en fonction du sexe du médecin, nous observons (Tableau II) que les médecins femmes pratiquent plus de gynécologie en consultation, notamment concernant l'initiation d'une contraception orale, le frottis cervico-utérin, la pose de dispositif intra-utérin (DIU) et le suivi de grossesses.

Tableau II : Différence de pratique des médecins généralistes en fonction de leur sexe.

	Médecins femmes (n = 75)	Médecins hommes (n = 42)	n	p	test
Aucune ou rarement renouvellement CO, <i>n</i>	5 (6.7%)	13 (31%)	18	<0.001	Chi2
Initiation d'une CO, <i>n</i>	75 (100%)	33 (79%)	108	<0.001	Fisher
Réalisation de FCU, <i>n</i>	69 (92%)	21 (50%)	90	<0.001	Chi2
Pose de DIU, <i>n</i>	32 (43%)	10 (24%)	42	0.041	Chi2
Suivi de grossesses, <i>n</i>	60 (80%)	23 (55%)	83	<0.01	Chi2
Réalisation d'IVG médicamenteuses, <i>n</i>	5 (6.7%)	2 (4.8%)	7	1	Fisher
Réalisation d'échographies gynécologiques, <i>n</i>	3 (4%)	3 (7.1%)	6	1	Fisher

*CO : contraception orale
DIU : dispositif intra-utérin

FCU : frottis cervico-utérin
IVG : interruption volontaire de grossesse

L'initiation d'une CO et la réalisation de FCU sont statistiquement différentes selon l'âge du médecin (Tableau III). Il n'y a pas de lien statistique entre l'âge du médecin et la pose de dispositif intra-utérin ($p=0.08$), le suivi de grossesses ($p=0.96$), la réalisation d'IVG ($p=0.75$) et l'échographie ($p=0.93$).

Tableau III : Différence de pratique des médecins généralistes en fonction de leur âge.

		Âge moyen (écart-type)	n	p	test
Initiation d'une CO	non	60.7 (± 10.8)	9	<0.001	Mann-Whitney
	oui	45.2 (± 11.5)	108	-	-
Réalisation de FCU	non	52.2 (± 11.2)	27	<0.01	Mann-Whitney
	oui	44.7 (± 12.0)	90	-	-

Fréquence des consultations pour fausse couche en médecine générale

Sur l'année précédente, 75% (n=88) des MG ont été confrontés au moins une fois à une menace de fausse couche, dont 14% (n=16) entre cinq et dix fois.

Concernant la fréquence des fausses couches en cours d'expulsion ou sur grossesse arrêtée, 56% (n=65) des MG de notre étude déclarent avoir été confrontés au moins une fois à une FCSP sur l'année précédente, dont 13% (n=15) entre cinq et dix fois.

La grossesse extra-utérine (GEU) a été quant à elle rencontrée par 44 % (n=51) des MG au moins une fois sur la dernière année, seulement un seul médecin déclare en avoir vu entre cinq et dix fois.

Aucun MG ne déclare avoir vu plus de 10 fois ces types de motifs en consultation.

La fréquence d'exposition à ces consultations n'est pas statistiquement différente selon le milieu ou la structure d'exercice ($p>0.05$).

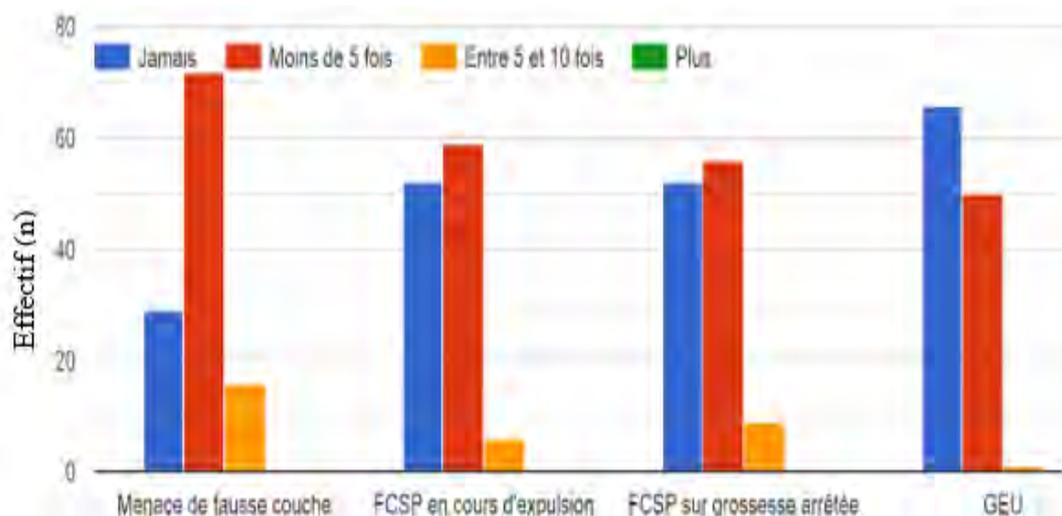


Figure IV : Fréquence de consultation des médecins généralistes autour des fausses couches : *Sur la dernière année, à quelle fréquence avez-vous été confronté(e) aux pathologies suivantes ?*

*FCSP : fausse couche spontanée précoce

GEU : grossesse extra-utérine

MISE EN SITUATION PRATIQUE

Le questionnaire comportait un cas clinique permettant une mise en situation des MG.
« Vous recevez à votre cabinet en fin de matinée: *Patiente de 32 ans présentant des saignements gynécologiques de moyenne abondance depuis 2 jours avec des douleurs au bas ventre comme pendant les menstruations. Elle vous signale un désir de grossesse avec un test urinaire positif il y a 10 jours, d'où son inquiétude. Aucun antécédent médico-chirurgical, nullipare. Date des dernières règles (cycles réguliers): il y a 6 semaines.*

Un texte précédent les questions précisait : « *Merci de répondre aux questions comme s'il s'agissait d'une de vos patientes dans votre cabinet. Le but n'étant pas d'évaluer vos connaissances mais votre pratique, il n'y a donc pas de mauvaises ou de bonnes réponses* »

Menace de fausse couche spontanée précoce

Examen clinique

100 % (n=117) des MG déclarent prendre la tension artérielle et fréquence cardiaque. 84% (n=98) prennent la température et 97% (n=114) réalisent une palpation abdominale. Concernant l'examen gynécologique, 34% (n=40) des MG interrogés ne réalisent aucun examen gynécologique, 32% (n=38) font un examen avec spéculum et toucher vaginal, 17% (n=20) uniquement avec spéculum et 16% (n=19) uniquement avec toucher vaginal. Il n'y a pas de différence dans la réalisation de l'examen gynécologique selon le sexe du médecin (p=0.13).

Orientation vers les urgences gynécologiques

La suite du cas clinique décrivait : « *L'examen clinique retrouve une patiente hémodynamiquement stable, apyrétique, sensibilité du bas ventre à la palpation. L'examen gynécologique retrouve des saignements en provenance de l'utérus, sans masse palpée.* »

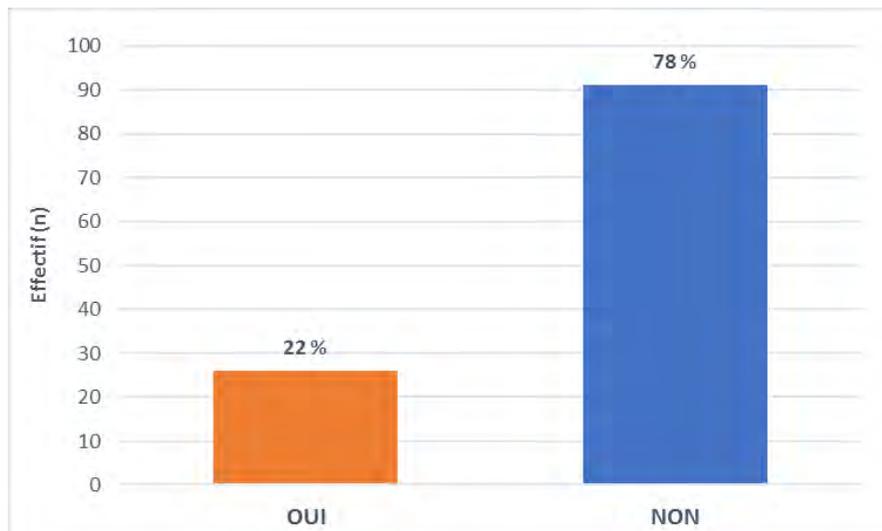


Figure V : Orientation vers les urgences gynécologiques devant une menace de fausse couche : *Adressez-vous la patiente aux urgences gynécologiques ?*

Il n'y a pas de lien statistique entre le fait d'adresser aux urgences et le sexe ($p=0.22$), l'âge ($p=0.42$), le milieu ($p=1$) et structure d'exercice ($p=0.98$) du MG. Il n'y en a pas non plus pas avec la réalisation de l'examen gynécologique à la question précédente ($p=0.96$).

Les raisons pour lesquelles les médecins ont adressé la patiente aux urgences gynécologiques ($n=26$), s'organisent autour de quatre grands thèmes :

- Manque d'expérience et responsabilités : 4 médecins (15%) estiment de pas être à l'aise avec l'examen gynécologique et 3 (12%) ont peur des responsabilités ou de l'erreur médicale
- Diagnostic différentiel, la grossesse extra-utérine (GEU) : 19 médecins (73%) pensent qu'il s'agit d'une GEU
- Accès à l'échographie : 5 médecins (19%) estiment qu'avoir une échographie en urgence en ville n'est pas possible ou incertain
- Ressort du spécialiste : un médecin estime qu'il s'agit du ressort du spécialiste

Prescription d'examens complémentaires

Parmi les MG n'adressant pas aux urgences (n=91), 70% (n=82) des MG prescrivent une biologie à faire en sortant du cabinet accompagnée d'une échographie, 3% (n=3) ne prescrivent qu'une biologie et 5% (n=6) qu'une échographie.

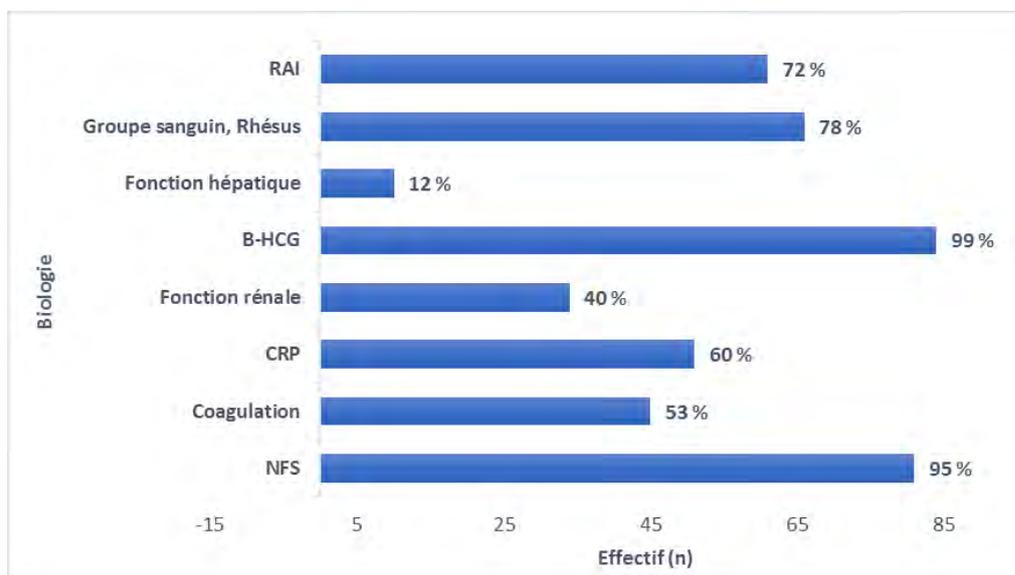


Figure VI : Examen biologique prescrit par les médecins généralistes devant une menace de fausse couche.

*RAI : recherche d'agglutinines irrégulières

BHCG : Hormone chorionique gonadotrope humaine

CRP : protéine C réactive

NFS : numération de formule sanguine

Prise en charge de la douleur

17% (n=15) des MG ne prescrivent aucun traitement antalgique. 72% (n=66) prescrivent du paracétamol seul (palier I) et 8% (n=7) un palier II. Aucun MG ne déclare utiliser un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) seul, mais 3% (n=3) utilisent un AINS en parallèle d'un palier I ou II.

Fausse couche spontanée précoce

La suite du cas clinique décrivait : « La patiente revient vous voir 2 jours après avec les résultats des prises de sang et de l'échographie: B-HCG initiaux à 40 000 UI/l (d'après norme du laboratoire compatible avec une grossesse entre 6 et 7 SA), B-HCG à 48h de ce jour: 30 000 UI/l. Reste du bilan normal. Groupe sanguin O-, RAI négatifs.

L' échographie retrouve des débris trophoblastiques dans la cavité utérine avec un sac gestationnel en cours d'expulsion, sans image annexe. Concernant les saignements ils sont moins importants depuis hier mais persistent, et vous signale avoir expulsé quelques caillots accompagnés de sensation de contractions utérines. Il s'agit donc d'une fausse couche spontanée précoce en cours d'expulsion »

Orientation vers les urgences gynécologiques

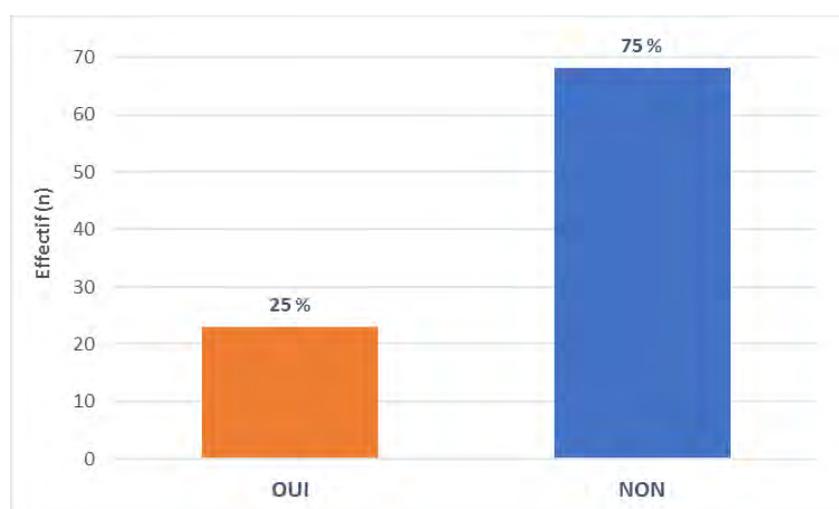


Figure VII: Orientation vers les urgences gynécologiques devant une fausse couche spontanée précoce : Adressez-vous la patiente aux urgences gynécologiques ?

Parmi les 23 médecins ayant adressé la patiente aux urgences, les raisons sont les suivantes :

- 48% (n=11) considèrent que c'est hors de leurs compétences et qu'ils ne connaissent pas la prise en charge des FCSP
- 26% (n=6) pour la prise en charge chirurgicale et 17% (n=4) pour la médicamenteuse
- 22% (n=5) pensent qu'il s'agit d'une urgence ne relevant pas de la prise en charge du médecin généraliste
- Un médecin pense que l'hospitalisation est nécessaire dans le cadre de cette fausse couche
- Un médecin pense qu'il y a un bénéfice psychologique pour la patiente

Propositions thérapeutiques

Concernant les 68 médecins généralistes n'adressant pas la patiente aux urgences, 41% (n=28) prennent un avis spécialisé auprès d'un ou d'une gynécologue pour la conduite à tenir.

65% (n=44) des MG expliquent la possibilité d'une méthode expectative, 27% (n=18) d'une méthode médicamenteuse (par misoprostol) et 34% (n=23) d'une méthode chirurgicale (par aspiration).

Enfin, 56% (n=38) prennent l'avis de la patiente concernant ses préférences pour le traitement.

Méthode expectative

«Vous décidez en accord avec la patiente d'une prise en charge expectative de la fausse couche »

10% (n=7) des MG recommandent un repos strict en attendant l'expulsion du produit de conception. 96% (n=65) expliquent que l'échec de la prise en charge expectative est

possible et peut nécessiter une chirurgie. 78% (n=53) prévoient une surveillance de la décroissance des B-HCG.

Les signes de gravité nécessitant à la patiente de se rendre aux urgences sont pour plus de 90% des MG : signes infectieux (fièvre, pertes malodorantes), signes hémorragiques (changement de plus de 2 protections hygiéniques pendant 2 heures consécutives), une hyperalgique (non contrôlée par un traitement antalgique adapté). Seulement 6% des MG (n=4) considèrent que le changement d'une protection toutes les 6 heures pendant 24h consécutives est un signe de gravité hémorragique.

Prophylaxie de l'allo-immunisation fœto-maternelle

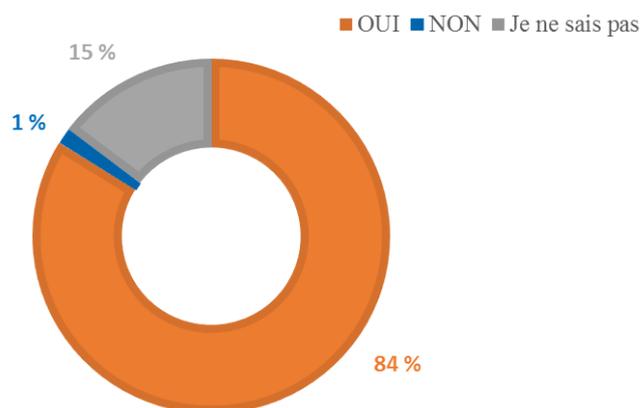


Figure VIII : Injection d'immunoglobulines anti-D en prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle chez une patiente de rhésus négatif : *La patiente est de groupe sanguin O-, faites-vous la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle par injection de Rhophylac® ?*

La pratique de la prophylaxie de l'AIFM ne diffère pas selon la moyenne d'âge (p=0.12) et le sexe (p=0.27) du médecin généraliste. 100% (n=7) des médecins pratiquant les IVG, réalise la prophylaxie par injection d'immunoglobulines.

Consultation dans les suites d'une fausse couche

Nouveau projet de grossesse

Pour 8.5% (n=10) des MG, ce nouveau projet de grossesse nécessite de faire un bilan complémentaire à la recherche de la cause de la fausse couche. Un seul médecin pense qu'il y a un risque de trouble de la fertilité après une fausse couche. 36% (n=42) pensent qu'il vaut mieux attendre 2 ou 3 mois avant d'envisager une prochaine grossesse et 63% (n=74) qu'elle peut être débutée immédiatement dès la prochaine ovulation. 6% (n=7) ne savent pas renseigner la patiente sur la possibilité ou non d'une nouvelle grossesse.

Dépistage des conséquences psychologiques

Suite à une fausse couche 72% (n=84) des MG proposent un suivi psychologique par eux-mêmes et 61% (n=71) également avec un ou une psychologue.

Seulement 2% (n=2) déclarent ne pas aborder le sujet avec la patiente de peur d'être maladroit. 80% (n=93) encouragent la patiente à en discuter avec leur compagnon et sa famille.

Nous avons posé la question aux médecins généralistes s'ils estimaient avoir une place centrale (de 0 : aucune à 10 : place centrale) dans le dépistage des complications psychologiques suite à une fausse couche. La moyenne des réponses est de 7.72/10, avec un écart-type à 2.02 et une médiane à 8.00 [Q25-75, 7.00-10.0].

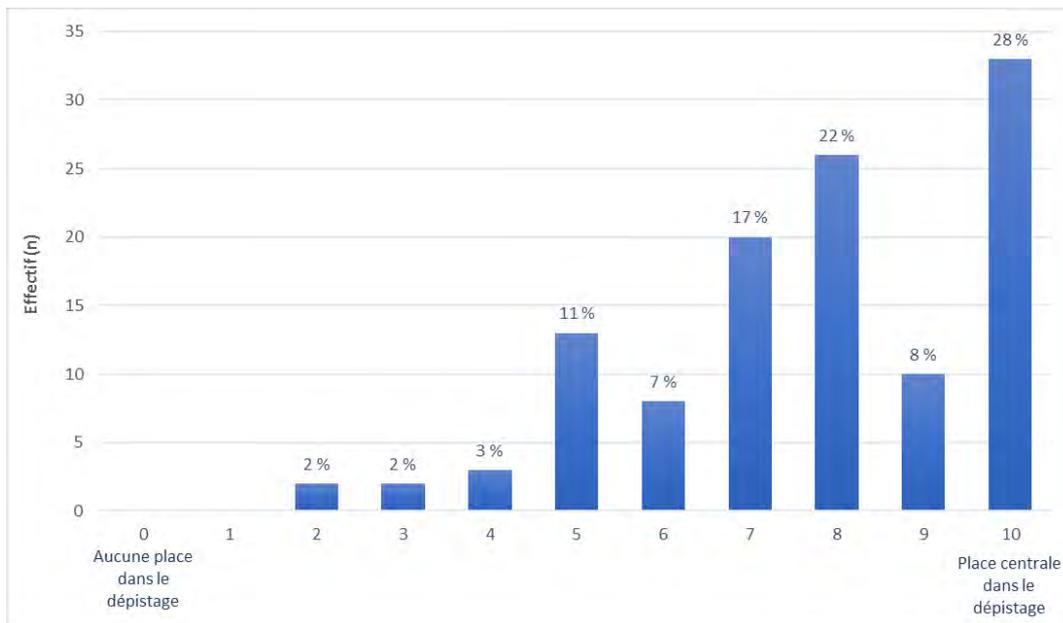


Figure IX : Place du médecin généraliste dans le dépistage des complications psychologique suite à une fausse couche.

Aucune différence n'est retrouvée selon l'âge ($p=0.053$). Les médecins femmes ont tendance à penser que le MG à une place plus centrale ($p<0.01$)

OPINION DES MEDECINS GENERALISTES

Concernant leur future pratique

33% (n=38) des MG estiment déjà prendre en charge des fausses couches dans leur pratique actuelle.

Pour les autres MG, 46% (n=54) aimeraient le faire mais sous certaines conditions :

- si des recommandations ou directives de la prise en charge ambulatoire sont établies par le CNGOF ou CNGE ou HAS (57%)
- s'ils ont un interlocuteur gynécologue de disponible (78%)
- s'ils ont un échographiste compétent en gynécologie de disponible (83%)

Seulement 3 médecins le feraient également si le CYTOTEC® (misoprotol) est remis sur le marché

21% (n=25) des MG déclarent ne pas vouloir prendre en charge cet événement, pour les raisons suivantes :

- dans 80% ils ne se sentent pas suffisamment formés
- dans 24% ils ne se sentent pas à l'aise avec l'examen gynécologique
- dans 16% la gynécologie-obstétrique ne les intéresse pas
- dans 12% cette prise en charge ne concerne pas le médecin généraliste mais le gynéco-obstétricien
- dans 1% ils estiment que le délai pour obtenir une imagerie est trop long

Moyens pouvant permettre l'amélioration de la prise en charge des fausses couches

Nous avons demandé aux médecins quels moyens pertinents pourraient améliorer les connaissances et ainsi la pratique des médecins généralistes au sujet des fausses couches.

Tableau IV : Moyens pouvant permettre l'amélioration de la prise en charge des fausses couches par les médecins généralistes.

	Médecins, n
Formations médicales continues	89 (76%)
Articles dans des revues médicales dédiées aux médecins généralistes	32 (27%)
Cours universitaires durant l'internat	38 (33%)
Rédaction d'un guide ou protocole pour aider les médecins généralistes dans la conduite à tenir	101 (86%)

DISCUSSION

ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Notre échantillon de médecins généralistes

Notre échantillon de MG est peu représentatif de la population étudiée, puisqu'il contenait 64% de femmes pour 36% d'hommes et la moyenne d'âge était de 46 ans, ce qui est plus jeune et plus féminin que la population actuelle de MG de Haute-Garonne, qui en 2019 contenait 46% de femmes et 54% d'hommes [21]. Cependant, si nous observons l'évolution de la démographie médicale actuelle, nous constatons une grande féminisation de la profession médicale avec un taux de féminisation des MG libéraux de moins de 40 ans en 2019 de 71.5%, comparativement à 18% pour les plus de 60 ans [21].

Les fausses couches : un motif de consultation en médecine générale ?

Notre première interrogation était de savoir si le MG est confronté dans sa pratique aux fausses couches et à quelle fréquence.

Notre étude a retrouvé que 75% des MG estimaient avoir été confrontés à une menace de fausse couche au moins une fois dans l'année précédente et 14% en avoir eu entre cinq et dix fois. La fausse couche spontanée précoce était quant à elle moins fréquemment rencontrée, mais tout même par 56% des MG sur l'année et 13% entre cinq et dix fois. Ces résultats montrent qu'il ne s'agit donc pas d'un motif exceptionnel de consultation et que tous les médecins pourront y être confrontés dans leur carrière permettant de renforcer l'intérêt de notre étude.

Cependant nous savons que les métrorragies du premier trimestre concernent 25% des grossesses [22] et les fausses couches 15 à 20% [1], ce qui nous laisse penser que beaucoup de femmes ne s'adressent pas à leur médecin généraliste mais directement à un gynécologue ou aux urgences gynécologiques. De plus, nous savons que la fausse couche représente le motif le plus fréquent de consultation aux urgences gynécologiques, ce qui nous amène à

nous interroger sur le manque de communication vis-à-vis de cet évènement et vis-à-vis des compétences du médecin généraliste en gynécologie.

Pratiques cliniques des MG devant une fausse couche spontanée précoce

Pour répondre à notre objectif primaire, nous avons réalisé une mise en situation dans notre questionnaire.

Pour la grande majorité des médecins interrogés, dans le cas d'une menace de fausse couche (métrorragies et/ou douleurs pelviennes), l'examen clinique devait être général avec évaluation de la tolérance hémodynamique (tension, fréquence cardiaque), prise de la température et palpation abdominale, ce qui est en accord avec les recommandations du CNGOF [22].

Pour l'examen gynécologique, les réponses étaient plus hétérogènes, avec notamment 34% des MG qui ont déclaré ne pas en réaliser. Le CNGOF recommande quant à lui un examen avec spéculum pour voir l'aspect du col et la présence de débris ovulaires, ainsi qu'un toucher vaginal pour vérifier la perméabilité du col, la présence d'une masse latéro-utérine, d'une mobilisation utérine douloureuse ou d'une douleur dans le cul-de-sac de Douglas [22]. Il paraît donc indispensable de pratiquer un examen gynécologique en cas de menace de FC essentiellement dans le but de recueillir des arguments sur un possible diagnostic différentiel (saignement vaginal, GEU, etc.). Cependant il ne permettra en aucun cas d'affirmer l'origine de la grossesse en intra ou extra-utérine ou d'affirmer le diagnostic de fausse couche, c'est pourquoi des examens complémentaires sont indispensables [23].

Devant une menace de fausse couche, 78% des MG ont prescrit eux-mêmes les premiers examens complémentaires sans adresser aux urgences, dont 70% une biologie et une échographie.

La biologie comprenait pour 99% des MG des B-HCG, pour 78% un groupe sanguin-rhésus et pour 72% des RAI. L'examen biologique devant des métrorragies et/ou douleurs pelviennes durant le premier trimestre de grossesse doit comporter B-HCG, groupe sanguin-rhésus (en l'absence de carte de groupe valable) et RAI [23, 24, 25]. Cependant l'intérêt des B-HCG est moindre dans le cas où la grossesse intra-utérine a déjà été prouvée auparavant par échographie. Les autres marqueurs tels que NFS, CRP, coagulation (etc.)

sont à discuter en cas d'antécédents particuliers (coagulopathie, anémie, anticoagulants, fièvre, etc.) et non pas d'intérêt en systématique.

L'échographie est l'examen de référence pour déterminer la localisation et la viabilité de la grossesse. Dans la mesure du possible elle sera réalisée par voie vaginale et par un opérateur entraîné, d'autant plus si la grossesse est précoce (<6SA). Elle permettra également d'identifier le type de fausse couche: fausse couche complète, fausse couche incomplète, grossesse de localisation indéterminée (GLI), grossesse d'évolutivité incertaine (GEI), grossesse arrêtée (sac gestationnel >25mm sans embryon ou embryon >7mm sans ACF), avec chacune une définition échographique bien précise (Annexe III).

Pour la prise en charge de la douleur, 17% des MG ont déclaré ne pas prescrire de traitement antalgique en attente des résultats échographiques et biologiques. La douleur physique durant cet événement est une expérience propre à chaque femme mais pouvant être très intense avec contractions utérines nécessitant donc une anticipation ou un soulagement de la patiente. Le paracétamol et les autres antalgiques de paliers II/III ne présentent aucune contre-indication en cas de grossesse et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être utilisés ponctuellement avant 24SA mais sont formellement contre-indiqués après cette période [26]. Il semble donc important de rassurer les MG sur l'innocuité de certains antalgiques et d'insister sur un de leur rôle qui est de fournir à la patiente une réponse adaptée à sa douleur ou à l'anticipation de celle-ci.

En ce qui concerne les pratiques devant une fausse couche spontanée précoce, par définition incomplète si l'échographie objective des débris placentaires intra-utérins, 75% des MG ont déclaré ne pas adresser la patiente aux urgences. Parmi-eux seulement 41% (n=28) ont pris un avis spécialisé pour la conduite à tenir. Environ 2/3 des MG (n=44) ont proposé l'expectative, 1/3 (n=18) la médicamenteuse et 1/3 (n=23) la chirurgie. Dans l'arbre décisionnel publié en 2014 par le CNGOF [4, Annexe II], dans le cas d'une FCSP incomplète il est recommandé (grade A) de proposer à la patiente soit une expectative soit une aspiration chirurgicale et il n'est pas recommandé d'utiliser la méthode médicamenteuse (grade B). Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommande de proposer en première intention l'expectative durant les 7 à 14 premiers jours, en l'absence de contre-indication et en prenant l'avis de la patiente et ce quel que soit le type de fausse couche [27].

Nous avons également fait figurer en Annexe III la proposition thérapeutique du CNGOF dans le cadre des FCSP sur grossesse arrêtée, point qui n'a pas pu être abordé dans notre cas pratique du questionnaire par soucis de synthèse.

Nous observons que seulement un peu plus de la moitié des médecins (56%) ont pris l'avis de la patiente concernant leurs préférences pour le traitement. Des travaux visant à étudier le vécu de patientes ayant subies une FCSP ont montré que les femmes préféraient avoir le choix dans le traitement [28, 29] et présentaient un meilleur vécu psychologique de leur fausse couche lorsqu'elles participaient à la décision thérapeutique [29, 23, 24].

Dans le cas d'une prise en charge expectative, 10% des MG de notre étude ont recommandé un repos strict en attendant l'expulsion. Cette notion ne doit plus être recommandée aux patientes, du fait de l'absence d'étude ayant prouvé que le repos ou encore la supplémentation vitaminique permettait de prévenir ou d'éviter qu'une FCSP ne se produise.

Enfin, 78% des MG ont déclaré prévoir une surveillance de la décroissance des B-HCG lors d'une prise en charge expectative. Cette surveillance n'est pas systématique à l'exception où une grossesse extra-utérine n'a pas pu être éliminée à l'échographie et se fera alors jusqu'à négativation des B-HCG. Cette surveillance permet dans la plupart des cas un accompagnement de la patiente et une surveillance active mais peut également être vécue comme anxiogène notamment dans le cas de valeurs stagnantes ou dans le cadre de FCSP d'expulsion retardée. Il est proposé dans certains protocoles hospitaliers toulousains [30] de refaire uniquement une échographie à un mois ou aux prochaines menstruations pour s'assurer de la vacuité utérine.

Pour finir, concernant la prophylaxie de l'allo-immunisation fœto-maternelle, 84% des MG ont déclaré la réaliser dans le cas d'une patiente de rhésus négatif faisant une FCSP, 15% ne savait pas et 1% ne la faisait pas. Ces résultats sont donc en accord avec les recommandations de l'HAS et du CNGOF qui précisent de réaliser une prévention de l'allo-immunisation dans le cas d'une patiente rhésus négatif faisant une FCSP et ce quel que soit le type de prise en charge (expectative, médicamenteuse ou chirurgicale) [22]. Cependant ce point vu n'est pas partagé par tous les pays puisqu'au Royaume-Uni le NICE et le Collège des gynéco-obstétriciens recommandent cette prophylaxie uniquement en cas de

prise en charge chirurgicale de la FCSP [27]. Une Revue Systématique Cochrane réalisée en 2013 [31], dont l'objectif était d'évaluer les effets de la prévention de l'AIFM des femmes Rhésus négatives faisant une FCSP sur la survenue de maladie hémolytique du nouveau-né, n'a pu se baser que sur une seule étude de faible puissance et donc conclut qu'en l'absence de preuves, il faut se référer aux pratiques courantes de chaque pays, donc en France à l'injection de 200µi d'immunoglobulines anti-D [32]. Cette notion doit donc être réévaluer afin de trouver un consensus.

Rôles du médecin généraliste dans les suites d'une fausse couche

Il existe d'autres situations, bien qu'indirectement, où le médecin généraliste peut-être confronté à une fausse couche. Il s'agit de patientes vues à postériori, quelques semaines ou quelques mois après avoir vécues une fausse couche. Dans notre étude, 63% des MG ont déclaré informer la patiente de la possibilité de débiter un nouveau projet de grossesse immédiatement. Cependant 8.5% ont estimé que la survenue d'une première FCSP nécessitait un bilan complémentaire à la recherche de la cause et 36% qu'il fallait attendre 2 ou 3 mois avant une nouvelle grossesse. Le MG a un rôle primordial dans les informations délivrées aux patient(e)s, notamment concernant la fertilité et le projet d'une nouvelle grossesse. La fertilité n'est affectée par aucune des trois options thérapeutiques (expectative, médicamenteuse ou chirurgicale) (grade B) [4, 24, 36] et une nouvelle grossesse ne doit pas être différée si la patiente en exprime le désir. Aucune recherche étiologique ne doit être menée avant la survenue de 3 FC consécutives [4].

Le MG doit donc avoir un rôle rassurant et d'informateur auprès des patientes concernant la possibilité d'une nouvelle grossesse et la normalité de la fertilité suite à un premier épisode de FCSP.

De plus le MG a une place stratégique pour le dépistage des conséquences psychologiques suite à une fausse couche et cette idée était partagée par notre échantillon de MG. Ces aspects psychologiques peuvent s'exprimer de différentes manières allant du deuil « normal » avec tristesse, culpabilité, colère suite à la perte de la grossesse, au véritable deuil pathologique relevant d'une prise en charge particulière. Il faut donc dépister et traiter le plus précocement possible ces complications.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de nous intéresser aux freins à la prise en charge des FCSP en soins primaires. Tout d'abord, un des premiers obstacles pour une partie des MG interrogés était le manque de pratique et de connaissances en gynécologie. Cette notion est retrouvée dans beaucoup de travaux que ce soit au niveau du suivi des grossesses, de la pratique des IVG ou juste de la prévention (frottis, contraception). Les MG doivent être encouragés dans leur formation en santé de la femme pour permettre un suivi optimal de leurs patientes et répondre au besoin de la population en matière de prévention. Cette formation prend de plus en plus de place au sein des études des jeunes médecins, notamment durant l'internat de médecine générale. Ils peuvent également continuer à se former après l'internat au cours de formations médicales continues.

Ensuite nous retrouvons pour 73 % des MG ayant adressé la patiente aux urgences l'obligation pour eux d'éliminer en urgence une grossesse extra-utérine (GEU). La GEU représente le principal diagnostic différentiel de la fausse couche avec potentiellement un risque vital pour la patiente. Cependant elle ne représente que 1% des hémorragies génitales du premier trimestre [22]. En absence d'antécédent favorisant de GEU (antécédents de GEU, DIU en cuivre, infection génitale haute, etc.), de signes cliniques évocateurs de celle-ci (douleur pelvienne latéralisée, mobilité utérine douloureuse, saignements peu abondants couleur « sépia ») ou de signes de gravités (instabilité hémodynamique, hémorragie, signes péritonéaux), il paraît légitime de se laisser 24 à 48h pour la réalisation d'une échographie en ambulatoire. Mais faudrait-il encore que celle-ci soit disponible dans ce laps de temps. En effet, un autre frein décrit dans notre étude et dans la majorité des autres travaux [9-18] est le délai souvent très long d'accessibilité à l'échographie en soins primaires. Pour remédier à ce problème certain pays comme l'Angleterre ont créé des unités appelées Early Pregnancy Assessment Unit (EPAU) dans des hôpitaux pour accueillir les complications précoces de grossesses et permettre ainsi un lien direct entre les médecins libéraux et l'hôpital, notamment pour la réalisation directe d'échographies.

Parmi les 46% de MG de notre étude prêt à prendre en charge des FCSP à leur cabinet, certaines conditions pour eux devront cependant être mises en place, comme la rédaction par des sociétés savantes (par exemple la HAS, CNGOF ou CNGE) de recommandations

adaptées à la prise en charge ambulatoire, d'avoir un interlocuteur gynécologue et un échographiste compétent en gynécologie de disponible.

D'après nos résultats, le retrait en mars 2018 du CYTOTEC® (misoprotol) [33, 34] ne représente pas un réel frein dans la pratique des MG de notre échantillon et ce probablement parce qu'ils n'utilisent finalement que peu la méthode médicamenteuse. En effet dans notre étude seulement 3 médecins ont déclaré être prêt à prendre en charge des FCSP uniquement si le CYTOTEC® était remis sur le marché. Des travaux de thèse [7,8] ont pourtant montré la faisabilité de l'utilisation du misoprostol par le médecin généraliste mais ces travaux ont été réalisés en 2005 et 2007 donc bien avant le retrait du CYTOTEC®. Les deux nouvelles spécialités disponibles, que sont MISOONE® et GYMISO® (misoprostol), sont vingt fois plus chères que ne l'était le CYTOTEC®, et ne sont remboursées que dans le cadre du forfait IVG. De plus leur utilisation hors établissement de santé est réservée « *à l'usage professionnel des médecins, sages-femmes et centres habilités conformément à l'article L. 2212-2 du code de la Santé publique* » c'est-à-dire ayant établi une convention avec un établissement de santé. Force est de constater que cette nouveauté restreint encore un peu plus la possibilité pour le MG de s'impliquer entièrement dans la prise en charge des FCSP.

FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

Forces

Concernant les forces de notre étude, notre taux de réponse à 30% était élevé. Ceci peut être expliqué par le fait que le sujet a été assez peu étudié et donc suscite de l'intérêt. De plus la diffusion du questionnaire ne s'est pas faite par l'intermédiaire du mailing de l'URPS, avec donc des médecins potentiellement moins sollicités et plus à même de répondre à notre étude.

Dans le questionnaire, toutes les réponses étaient obligatoires permettant d'éviter d'obtenir des données manquantes. Le cas clinique était progressif et fait de questions filtres permettant de recueillir des réponses adaptées à la prise en charge de chaque répondant.

Notre étude est originale puisqu'aucune autre étude française n'a été faite à notre connaissance sur la pratique des MG dans la prise en charge des FCSP.

Limites et biais

Notre étude comporte de nombreuses limites. Les réponses recueillies étaient de type déclaratif, c'est-à-dire en fonction des déclarations des médecins et non de la réalité de leur pratique. Certaines réponses ont donc été probablement induites et non spontanées, conduisant obligatoirement à un biais de déclaration. De plus, il est possible que les médecins généralistes ayant répondu à ce questionnaire soient plus impliqués ou plus sensibles à la problématique abordée, ce qui entraîne un biais de sélection et pouvant potentiellement expliquer que notre échantillon soit plus représenté par des médecins femmes, jeunes et pratiquant la gynécologie.

Malgré le taux de participation, l'effectif de notre échantillon était faible (n=117) et représente seulement 8% de la population d'étude, avec en 2019 environ 1488 généralistes installés en Haute-Garonne [21], entraînant donc un manque de puissance de notre étude. De plus dans le questionnaire, le cas pratique contenait des questions filtres et donc pour certaines questions des effectifs faibles (<5) rendant difficile l'interprétation et l'analyse statistique de certains résultats.

Une des autres limites de notre travail est de n'avoir pu étudier tous les aspects des fausses couches par limitation du nombre de questions, notamment tous les types de fausses couches pouvant se présenter au médecin généraliste, comme la fausse couche sur grossesse arrêtée ou la conduite à tenir depuis une grossesse de localisation indéterminée ou d'évolutivité incertaine.

Pour finir, notre questionnaire n'était pas un questionnaire standardisé, cependant il a été créé à partir d'une revue narrative portant sur le rôle et la place du médecin généraliste dans la prise en charge des FCSP [6].

PERSPECTIVES

Dans de futurs travaux il pourrait être intéressant d'envisager la rédaction d'un protocole émergeant d'un travail conjoint entre gynécologues et généralistes. Ce protocole pourrait ensuite figurer en ligne pour une meilleure d'accessibilité aux MG, comme par exemple sur *Gestaclic.fr* site destiné aux médecins généralistes pour l'aide au suivi de grossesse. Il pourrait contenir également une fiche informative à destination des patientes comportant des conseils et les signes de gravité nécessitant de se rendre aux urgences en cas de complication.

CONCLUSION

Notre étude a permis de faire le point sur les pratiques déclarées des médecins généralistes de Haute-Garonne dans la prise en charge des fausses couches spontanées précoces.

Nous constatons que les MG sont confrontés dans leur pratique courante à ce motif de consultation et ce de manière non exceptionnelle. Leur démarche diagnostique devant les premiers symptômes tels que métrorragies et/ou douleurs pelviennes se rapproche des recommandations émises dans la littérature. Concernant la prise en charge thérapeutique, les pratiques sont plus hétérogènes ce qui provient probablement d'un manque de consensus international ou de l'absence de protocole destiné aux médecins généralistes.

Notre travail témoigne d'une volonté de la part des médecins généralistes d'être impliqués dans la prise en charge des fausses couches spontanées précoces que ce soit au niveau de la démarche diagnostique et thérapeutique ou au niveau du dépistage des conséquences psychologiques.

Il nous paraît important d'entendre les demandes des médecins généralistes sur :

- le besoin de recommandations professionnelles claires et rédigées de manière pluriprofessionnelle
- la nécessité d'un accès rapide à l'échographie pelvienne en cas de suspicion de fausse couche
- la nécessité de réseaux de soins efficaces pour les urgences gynécologiques

Ces trois points nous semblent requérir autant de travaux ultérieurs pour préciser scientifiquement les recommandations et les dispositifs à mettre en place.

Vu
Toulouse le 15/12/2020


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTRE
Médecine Générale

Toulouse, le 5/01/2021

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Wilcox A, Weinberg C, O'Connor J et al. Incidence of early loss of pregnancy. *NEJM*. 1988. 319 :189-194.
2. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ*. 1997. 315:32-4.
3. Beucher G. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Mai 2010. 39(3S): 3-10.
4. Collège national des gynécologues obstétriciens français, CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Les pertes de grossesse. [En ligne]. 2014
5. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R. et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* . 2006. 332 (7552) : 1235-1240.
6. Fest S. Rôle et place du médecin généraliste dans la prise en charge des fausses couches spontanées précoces. Revue narrative de la littérature. Mémoire de DES, Université Toulouse III, Paul Sabatier. 2020. 1-31.
7. Segui D. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des grossesses arrêtées du premier trimestre. Thèse. 2005. Université la Méditerranée, Marseille. 1-44.
8. Blond A. Limites de la prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre par le médecin généraliste: rédaction d'un protocole d'aide à la prise en charge. 2007. Université de Nantes. 1-60.
9. Banh C. Faisabilité de la prise en charge des fausses couches spontanées précoces par le médecin généraliste : proposition d'un protocole de prise en charge ambulatoire. Thèse. Université de Pierre et Marie Curie (PVI). 2017
10. Everett C, Ashurst H, Chalmers I. Reported management of threatened miscarriage by general practitioners in Wessex. *British Medical Journal*. 1987. 295 : 583-586.
11. Prendiville W, O'Kelly F, Allwright S. et al. The management of first trimester miscarriage by general practitioners in Ireland. *Ir J Med Sci*. 1997. 166 (1) : 3-6.
12. Fleuren M, Grol R, De Haan M et al. Care for the Imminent Miscarriage by Midwives and GPs. *Family practice*. 1994. 11(3) : 275-281.
13. McLaren B, Shelley JM. Reported management of early-pregnancy bleeding and miscarriage by general practitioners in Victoria. *MJA*. 2002. 176 (2) : 63-66.
14. Wiebe E, Janssen P. Management of spontaneous abortion in family practices and hospitals. *Family Medicine*. 1998. 30 (4) : 293-296.

15. Wiebe E, Janssen P. Reducing surgery in management of spontaneous abortions. Family physicians can make a difference. CFP. 1999. 45 : 2364-2369.
16. Wallace R, Dehlendorf C, Vittinghoff E et al. Early pregnancy failure management among family physicians. Family Medicine. 2013. 45 (3) : 173-9.
17. Herbitter C, Bennett A, Schubert FD et al. Management of Early Pregnancy Failure and Induced Abortion by Family Medicine Educators. Journal of the American Board of Family Medicine. 2013. 26 (6) : 751-758.
18. Darney BG, Weaver MR, Stevens N et al. The Family Medicine Residency Training Initiative in Miscarriage Management: Impact on Practice in Washington State. Family Medicine. 2013. 45 (2) : 102-8.
19. Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. Consulté le 05 octobre 2020. Available on: <https://www.pvalue.io/fr>
20. BiostaTGV, Statistiques en ligne. Consulté le 11 octobre 2020. <https://biostatgv.sentiweb.fr/>.
21. C@rto santé. Haute-Garonne. Consulté le 01/10/2020. [En ligne]. https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=413618,6331428,286586,168764&c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&s=2019&view=map12
22. Collège national des gynécologues obstétriciens français, CNGOF. 2016. [En ligne]. « Principales complications de la grossesse, hémorragies génitales du 1er trimestre ». 3e édition, Collection Les Référentiels des Collèges. Elsevier Masson
23. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, et Day AA. Management of Spontaneous Abortion. American Family Physician. 2005. 72 (7) : 1243-50.
24. Prine LW, Macnaughton H. Office management of early pregnancy loss. 2011. American Academy of Family Physicians. 84 (1) : 75-82.
25. Breeze C. Early Pregnancy Bleeding. Australian Family Physician. 2016. 45 (5): 283-286.
26. Centre de référence sur les agents tératogènes, CRAT. Antalgiques – Grossesse. Dernière mise à jour 26/06/2020.
27. NICE. Ectopic pregnancy and miscarriage : diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage (NG 126). Update 17 april 2019.
28. Smith LF, Frost J, Levitas R. et al. Women's experiences of three early miscarriage management options. A qualitative study. British Journal of General Practice. 2006. 56 : 198–205.

29. Petrou S, McIntosh E. Women's preferences for attributes of first-trimester miscarriage management: a stated preference discrete-choice experiment. *Value in Health*. 2009. 12(4) : 551-59.
30. Parant O, Paret L, Plard C et al. Hôpital Paule de Viguier, Toulouse. Protocole de prise en charge des pertes de grossesse avant 14SA. Mise à jour le 01/03/2018. 2015. 1-8.
31. Karanth L, Jaafar SH, Kanagasabai S et al. Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 3. n° : CD009617.
32. CNGOF. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D chez les patientes de groupe Rhésus D négatif. Mise à jour de décembre 2017 des RPC du CNGOF de 2005.
33. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM. Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 – Communiqué. 20 oct 2017.
34. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM. Recommandation temporaire d'utilisation (RTU), protocole de suivi des patientes traitées par le misoprostol dans la prise en charge des fausses couches précoces (grossesses arrêtées avant 14 SA) : Gymiso 200 microgrammes, MisoOne 400 microgrammes. Février 2018. 1-20.
35. Casikar I, Bignardi T, Riemke J, et al. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the '2-week rule'. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2010. 35 : 223–227.
36. Blohm F. et al. Fertility after a randomised trial of spontaneous abortion managed by surgical evacuation or expectant treatment. *The Lancet*. 1997. 349 : 995.
37. Smith LFP, Ewings P D, Quinlan C. Incidence of pregnancy after expectant, medical, or surgical management of spontaneous first trimester miscarriage: long term follow-up of miscarriage treatment (MIST) randomised controlled trial. *BMJ*. 2009. 339 : b3827.
38. Hung Lok I. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*. 2010. 93 (6) : 1966-1975.
39. Wiebe E, Janssen P. Reducing surgery in management of spontaneous abortions. Family physicians can make a difference. *CFP*. 1999. 45 : 2364-2369.
40. Wallace R, Dehlendorf C, Vittinghoff E et al. Early pregnancy failure management among family physicians. *Family Medicine*. 2013. 45 (3) : 173-9.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire de l'étude



Vous concernant...

1. 1) Vous êtes : (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

une femme

un homme

2. 2) Votre âge: (une seule réponse possible) *

3. 3) Vous exercez la médecine en milieu: (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- rural
- semi-rural
- urbain

4. 4) Vous êtes installé(e) au sein: (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- d'un cabinet seul
- d'un cabinet de groupe monodisciplinaire
- d'une maison de santé pluriprofessionnelle

5. 5) Concernant votre formation en gynécologie pendant ou après l'internat, vous: (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- bénéficiez uniquement de votre formation médicale initiale
- vous êtes formé(e) au cours de formations médicales continues
- avez passé des journées auprès d'un/une gynécologue ou sage-femme
- avez travaillé dans un planning familial ou dans un service hospitalier de gynécologie
- avez un Diplôme Complémentaire en gynécologie ou échographie gynéco-obstétricale (DU, DIU, DESC, capacité...)
- êtes Maître de Stage des Universités en Santé de la Femme et Santé de l'enfant accueillant des internes

6. 6) Concernant votre pratique de la gynécologie: (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- aucune ou rarement renouvellement de contraception orale
- initiation d'une contraception orale
- réalisation de frottis cervico-utérin (FCU)
- pose de dispositifs intra-utérin (DIU)
- suivi de certaines grossesses de vos patientes
- réalisation d'IVG médicamenteuses
- vous avez un échographe que vous utilisez en gynécologie (suspubienne ou endovaginale)

7. 7) Sur la dernière année, à quelle fréquence avez-vous été confronté(e) aux pathologies suivantes ? *

Menace de fausse couche: métrorragie de 1er trimestre (<14 SA); Fausse couche spontanée précoce (FCSP) en cours d'expulsion: expulsion des produits de conception par les voies naturelles; FCSP sur grossesse arrêtée: échographie retrouvant une grossesse sans signe de viabilité (pas activité cardiaque ou pas d'évolution); Grossesse extra-utérine (GEU): grossesse tubaire ou ovarienne ou pelvienne.

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Moins de 5 fois	Entre 5 et 10 fois	Plus
Menace de fausse couche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FCSP en cours d'expulsion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FCSP sur grossesse arrêtée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GEU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CAS CLINIQUE

Merci de répondre aux questions comme s'il s'agissait d'une de vos patientes dans votre cabinet. Le but n'étant pas d'évaluer vos connaissances mais votre pratique, il n'y a donc pas de mauvaises ou de bonnes réponses !

Vous recevez à votre cabinet en fin de matinée: Patiente de 32 ans présentant des saignements gynécologiques de moyenne abondance depuis 2 jours avec des douleurs au bas ventre comme pendant les menstruations. Elle vous signale un désir de grossesse avec un test urinaire positif il y a 10 jours, d'où son inquiétude. Aucun antécédent médico-chirurgical, nullipare. Date des dernières règles (cycles réguliers): il y a 6 semaines.

10 questions

8. 8) Quel examen clinique faites-vous à la patiente ? (plusieurs réponses possibles)

*

Plusieurs réponses possibles.

- tension artérielle, fréquence cardiaque
- température
- palpation abdominale
- examen gynécologique avec spéculum
- examen gynécologique avec toucher vaginal

L'examen clinique retrouve une patiente hémodynamiquement stable, apyrétique, sensibilité du bas ventre à la palpation. L'examen gynécologique retrouve des saignements en provenance de l'utérus, sans masse palpée.

9. 9) Que faites-vous dans un premier temps ? (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- Vous l'adressez aux urgences gynécologiques *Passer à la question 10*
- Vous lui prescrivez un bilan biologique à faire en sortant du cabinet
Passer à la question 11
- Vous essayez d'avoir une échographie pelvienne rapidement
Passer à la question 12
- Vous lui prescrivez un bilan biologique à faire en sortant du cabinet et une échographie pelvienne rapidement *Passer à la question 11*

10. 10) Pourquoi l'adressez-vous aux urgences gynécologiques ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- vous n'êtes pas à l'aise en gynécologie
- trop de responsabilités, peur de l'erreur de diagnostic
- vous pensez qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine
- Autre : _____

Passer à la question 19

11. 10) Que prescrivez-vous sur la prise de sang ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- NFS
- coagulation
- CRP
- fonction rénale
- B-HCG
- fonction hépatique
- groupe sanguin, rhésus
- RAI

12. 11) Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en attente des résultats ? (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- un antalgique palier I seul
- un antalgique palier II (+/- associé à un palier I)
- un AINS seul
- un antalgique palier I ou II associé à un AINS
- rien, vous attendez d'avoir les résultats

La patiente revient vous voir 2 jours après avec les résultats des prises de sang et de l'échographie: Bêta-HCG initiaux à 40 000 UI/l (d'après norme du laboratoire compatible avec une grossesse entre 6 et 7 SA), BHCG à 48h de ce jour: 30 000 UI/l. Reste du bilan normal. Groupe sanguin O-, RAI négatifs. L' échographie retrouve des débris trophoblastiques dans la cavité utérine avec un sac gestationnel en cours d'expulsion, sans image annexe. Concernant les saignements ils sont moins importants depuis hier mais persistent, et vous signale avoir expulsé quelques caillots accompagnés de sensation de contractions utérines.

Il s'agit donc d'une fausse couche spontanée précoce en cours d'expulsion.

13. 12) Adressez-vous cette patiente aux urgences gynécologiques ? (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 15*
- NON *Passer à la question 14*

14. 13) Que faites-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- vous prenez avis d'un/une gynécologue pour la conduite à tenir
- vous lui expliquez qu'une méthode expectative ("wait and see") est possible
- vous lui expliquez qu'une méthode médicamenteuse (par misoprostol) est possible
- vous lui expliquez qu'une méthode chirurgicale (par aspiration) est possible
- vous prenez l'avis de la patiente concernant ses préférences pour le traitement

Passer à la question 16

15. Vous avez adressé la patiente aux urgences, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- c'est hors de vos compétences, vous ne connaissez pas la prise en charge des fausses couches
- pour la prise en charge chirurgicale (par aspiration)
- pour la prise en charge médicamenteuse (par misoprostol)
- parce qu'il s'agit d'une urgence qui ne relève pas de la prise en charge du médecin généraliste
- parce que l'hospitalisation est nécessaire dans le cadre de cette fausse couche (signes de gravité)
- Autre : _____

Passer à la question 19

16. 14) Vous décidez en accord avec la patiente d'une prise en charge expectative de la fausse couche, vous lui expliquez que: (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- un repos strict en attendant l'expulsion complète est conseillé
- l'expulsion se produit dans la majorité des cas dans les 15 jours
- l'échec est possible pouvant nécessiter une prise en charge chirurgicale
- d'éviter l'utilisation des tampons hygiéniques, et de préférer les serviettes
- une surveillance de la décroissance des BHCG plasmatiques est prévue

17. 15) Vous lui expliquez les signes qui devront l'a conduire à se rendre aux urgences: (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- hémorragie: 2 protections (serviettes hygiéniques) par heure pendant 2h consécutives
- hémorragie: 1 protection (serviette hygiénique) toutes les 6 heures pendant 24h consécutives
- infection: fièvre, pertes malodorantes
- hyperalgie, malgré le traitement antalgique adapté prescrit

18. 16) La patiente est de groupe sanguin O-, faites-vous la prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle par injection de Rhophylac® ? (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Vous ne savez pas

Cette même patiente revient vous voir à distance de l'événement (première fausse couche) car elle est un peu inquiète et a des questions à vous poser:

19. 17) Elle vous exprime avoir toujours un projet de grossesse, que dites-vous à la patiente ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- il faut faire un bilan complémentaire pour rechercher la cause de la fausse couche
- il y a un risque important de trouble de la fertilité après une première fausse couche
- mieux vaut attendre au moins 2 ou 3 mois avant la prochaine grossesse
- le projet de grossesse peut-être débuté dès la prochaine ovulation
- vous ne savez pas, donc vous prenez avis auprès d'un/une gynécologue

20. 18) Concernant l'état psychologique de la patiente: (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- vous n'abordez pas le sujet avec elle de peur d'être maladroit
- vous lui proposez un suivi psychologique avec vous-même
- vous lui proposez un suivi psychologique avec un/une psychologue
- vous l'encouragez à en discuter avec son compagnon et éventuellement sa famille

21. 19) Estimez-vous avoir une place centrale pour le dépistage des complications psychologiques dans les suites d'une fausse couche ? *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait										

Dans votre pratique future...

22. 20) Seriez-vous prêt à prendre en charge, du diagnostic au traitement, des fausses couches ? (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- OUI vous le faites déjà *Passer à la question 25*
 OUI mais sous certaines conditions *Passer à la question 23*
 NON *Passer à la question 24*

23. Oui, mais sous certaines conditions, lesquelles ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- si des recommandations ou directives de la prise en charge ambulatoire sont établies par le CNGOF ou CNGE ou HAS
 si vous avez un interlocuteur gynécologue de disponible
 si vous avez un échographiste compétent en gynécologie de disponible
 si le CYTOTEC® (mísoprotol) est remis sur le marché
Autre : _____

Passer à la question 25

24. NON, Pourquoi ? : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- vous ne vous sentez pas à l'aise avec l'examen gynécologique de vos patientes
 vous ne vous sentez pas suffisamment formé
 la gynécologie-obstétrique ne vous intéresse pas
 c'est trop chronophage
 cette prise en charge ne concerne pas le médecin généraliste mais le gynéco-obstétricien
Autre : _____

25. 21) Pour vous, quels moyens pertinents pourraient améliorer les connaissances, et ainsi la pratique des médecins généralistes, au sujet des fausses couches ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- formations médicales continues
 articles dans des revues médicales dédiées aux médecins généralistes
 cours universitaires durant l'internat
 rédaction d'un guide ou protocole pour aider les médecins généralistes dans la conduite à tenir
Autre : _____

Annexe II : CNGOF : Recommandations pour la pratique clinique des pertes de grossesses, 2014.

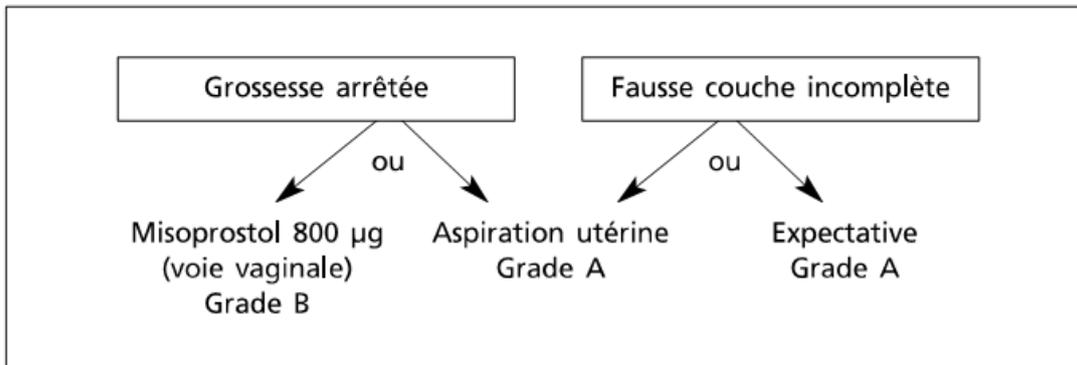
IV.1. Fausse couche précoce

IV.1.a. Grossesse arrêtée

Une grossesse arrêtée précoce est un arrêt de développement (stagnation de la taille du sac gestationnel et/ou de la longueur cranio-caudale et/ou disparition d'une activité cardiaque) < 14 SA.

En cas de grossesse arrêtée au premier trimestre, deux options thérapeutiques peuvent être proposées : l'aspiration (**grade A**) ou le misoprostol (**grade B**) (Figure 5). En cas de grossesse arrêtée au premier trimestre, l'expectative n'est pas recommandée (**grade A**), car elle augmente les risques d'absence d'expulsion spontanée, de traitement chirurgical non programmé et de transfusion sanguine (**NP1**). En cas de grossesse arrêtée au premier trimestre, les techniques médicale et chirurgicale comportent des risques de complications à court terme, traumatiques, hémorragiques et infectieuses, rares et

Figure 5 - Algorithme décisionnel en cas de FC du premier trimestre (grossesse arrêtée et FC incomplète)



comparables (< 5 %) (NP1). Le traitement par aspiration d'une grossesse arrêtée est plus efficace que le misoprostol (NP1). Le traitement médical par misoprostol est moins coûteux (NP2), responsable de saignements plus prolongés (NP1), de douleurs plus fréquentes (NP1) et d'un risque d'hospitalisation non programmée plus élevé (NP2) par rapport au traitement chirurgical (NP1).

La patiente doit être informée des avantages et inconvénients de chaque technique, sachant que le degré de satisfaction des patientes est comparable entre les deux techniques (NP2).

Lorsqu'un traitement médical a été choisi pour une grossesse arrêtée au premier trimestre, le misoprostol doit être administré par voie vaginale à la dose unique de 800 µg, éventuellement renouvelée au bout de 24-48 heures (taux de succès le plus souvent supérieur à 80 %) (grade B). L'administration préalable de mifépristone n'est pas recommandée (grade B). En cas de persistance du sac gestationnel après la prise de misoprostol, il semble raisonnable de respecter un certain délai (deux jours à deux semaines) avant d'envisager une autre alternative thérapeutique (grade C).

IV.1.b. Fausse couche incomplète

Une fausse couche précoce incomplète est définie comme étant une fausse couche précoce avec persistance de matériel intra-utérin à l'échographie. En cas de FC incomplète, deux options thérapeutiques peuvent être proposées : l'aspiration (grade A) ou l'expectative (grade A) (Figure 5). L'expectative peut être proposée en première intention (grade A), mais il n'est pas possible de définir une limite à sa durée. Le traitement chirurgical permet des taux d'évacuation complète élevés (97-98 %) pour des risques de complications hémorragiques et infectieuses faibles (< 5 %) (NP1). Il permet également de réduire les

risques de consultations et de traitement chirurgical non programmés par rapport aux autres alternatives (**NP1**). L'aspiration chirurgicale doit être préférée au curetage car elle est plus rapide, moins douloureuse et moins hémorragique (**grade B**).

En cas de FC incomplète, le traitement médical par misoprostol n'est pas recommandé (**grade B**), car il n'améliore pas le taux d'évacuation utérine complète à deux semaines par rapport à une simple expectative et ne réduit pas les risques de complications hémorragiques et infectieuses (**NP2**).

La fertilité ultérieure est identique quel que soit le traitement d'une FCP (**NP2**).

La découverte de synéchies utérines dans les douze mois suivant le traitement chirurgical d'une FCP est fréquente, environ dans 20 % des cas (**NP2**). Le risque de synéchies utérines et leur sévérité augmente significativement au-delà de deux FC et de deux traitements chirurgicaux (**NP2**). La réalisation d'une hystéroscopie diagnostique après une FCP n'est recommandée qu'en présence de signes cliniques (aménorrhée, hypoménorrhée) évoquant des synéchies utérines (**grade C**).

En cas de suspicion de rétention trophoblastique prolongée, une hystéroscopie diagnostique est recommandée (**grade B**). La résection de résidu trophoblastique par hystéroscopie est plus efficace que le curetage à l'aveugle, moins responsable de synéchies postopératoires et permet des délais de conception plus courts (**NP4**).

ANNEXE III : Définitions des pertes de grossesses par le CNGOF

Devant l'absence de consensus international concernant la terminologie des différentes pertes de grossesse, le groupe de travail a dû réaliser, conjointement avec une vingtaine de professionnels, une méthode DELPHI pour obtenir les définitions suivantes des pertes de grossesse (Tableau 1).

Tableau 1 - Définition des pertes de grossesse (résultats de la méthode DELPHI)

Une grossesse intra-utérine (GIU) est une grossesse implantée dans la cavité utérine (cicatrice de césarienne exclue).
Une grossesse ectopique (souvent appelée « grossesse extra-utérine (GEU) ») est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine : cornuale, cervicale, sur cicatrice de césarienne, tubaire, ovarienne ou abdominale.
Une grossesse de localisation indéterminée (GLI) est une grossesse pour laquelle le dosage des hCG est positif (urinaire ou sanguin), mais pour laquelle l'échographie n'objective pas de grossesse, quel qu'en soit le siège.
Une grossesse intra-utérine d'évolution incertaine correspond, en échographie endovaginale, à un sac gestationnel < 25 mm (moyenne de 3 mesures orthogonales) sans embryon, ou à un embryon ayant une LCC < 7 mm sans activité cardiaque.
Une grossesse intra-utérine évolutive certaine est une grossesse intra-utérine avec un embryon présentant une activité cardiaque.
Une grossesse « biochimique » est un diagnostic rétrospectif de perte de grossesse précoce pour laquelle le test de grossesse (urinaire ou sanguin) s'était révélé positif puis s'est négativé sans qu'il ait été possible de localiser cette grossesse à l'échographie.
Une fausse couche est l'expulsion spontanée du contenu utérin, avant 22 SA, sans présager de son caractère complet ou incomplet.
Une grossesse arrêtée précoce est un arrêt de développement (stagnation de la taille du sac gestationnel et/ou de la longueur cranio-caudale et/ou disparition d'une activité cardiaque) < 14 SA.
Une fausse couche précoce (FCP) est l'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine < 14 SA.
Une fausse couche précoce complète est définie comme étant une fausse couche précoce pour laquelle il y a une vacuité utérine échographique et une absence de symptôme clinique (saignements ou douleurs).
Une fausse couche précoce incomplète est définie comme étant une fausse couche précoce avec persistance de matériel intra-utérin à l'échographie.
Des fausses couches précoces à répétition sont définies par une histoire de 3 fausses couches précoces (ou plus) consécutives < 14 SA.
Une fausse couche tardive (FCT) est l'expulsion spontanée d'une grossesse \geq 14 SA et < 22 SA.
Une menace de fausse couche tardive (MFCT) est définie devant des modifications cervicales +/- des contractions utérines \geq 14 SA et < 22 SA. Cette MFCT peut survenir alors que la poche des eaux est intacte ou rompue.
Une mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) est l'arrêt spontané de l'activité cardiaque \geq 14 SA. Le moment de l'arrêt de l'activité cardiaque peut être pré-partum (avant la mise en travail), per-partum (pendant le travail) ou parfois indéterminé.

AUTEUR : Sarah FEST

TITRE : FAUSSES COUCHES SPONTANÉES PRÉCOCES EN SOINS PRIMAIRES: ENQUÊTE DE PRATIQUE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES EXERCANT EN HAUTE-GARONNE.

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr. Jean-Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de Toulouse, le 22 janvier 2021.

Contexte : Les fausses couches spontanées précoces (FCSP) concernent une femme sur cinq et 15 à 20% des grossesses. Dans cet événement, le médecin généraliste (MG) a une place importante mais aucune étude concernant leurs pratiques n'a été faite en France. **Objectif** : Description des pratiques cliniques des MG dans la prise en charge des fausses couches spontanées précoces en soins primaires. **Méthodes** : Etude descriptive par questionnaire anonyme des pratiques déclarées des MG sur la période du 16/07 au 30/09/2020. 388 questionnaires ont été envoyés soit par mail (n=378) soit par courrier postal (n=10) à un échantillon de MG installés en Haute-Garonne. **Résultats** : 117 médecins généralistes ont répondu à l'enquête (30% de taux de réponse). L'échantillon comportait 64% (n=75) de femmes et l'âge moyen était de 46 ans (ET 12,2). Sur l'année précédente, 56% (n=65) des MG ont été confrontés au moins une fois à une FCSP en cours d'expulsion ou sur grossesse arrêtée. Devant une menace de fausse couche, 78% (n=91) des MG n'ont pas adressé la patiente aux urgences dont 70% ont prescrit une biologie et une échographie en ambulatoire. Le bilan comprenait pour 99% des B-HCG, 78% un groupe sanguin-Rhésus, 72% des RAI et 95% une NFS. Devant une FCSP en cours d'expulsion, 75% (n=68) n'ont pas adressé la patiente aux urgences. 65% (n=44) ont proposé l'expectative, 27% (n=18) la médicamenteuse par misoprostol et 34% (n=23) la chirurgie. Lorsque la patiente était de rhésus négatif, la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle a été pratiquée par 84% des MG. **Conclusion** : Bien que la démarche diagnostique des MG devant une FCSP se rapproche des recommandations émises dans la littérature, la prise en charge thérapeutique est plus hétérogène ce qui provient probablement d'un manque de consensus international ou de l'absence de protocole destiné aux médecins généralistes.

TITLE : MISCARRIAGES IN PRIMARY CARE: PRACTICE SURVEY WITH GENERAL PRACTITIONERS PRACTICING IN HAUTE-GARONNE.

Introduction : Miscarriages or early pregnancy losses (EPLs) concerning one in five women and 15 to 20% of pregnancies. In this event, the general practitioner (GP) has an important role. No study concerning their practices has been carried out in France. **Objective** : To describe the clinical practices of GPs in the management of EPLs in primary care. **Methods** : Descriptive survey by anonymous questionnaire of the declared practices of GPs over the period from 16 July to 30 September 2020. 388 questionnaires were sent to GPs in Haute-Garonne either by e-mail (378) or by post (10). **Results** : 117 GPs responded to the survey (response rate, 30%). The sample included 64% (75) women and the mean age was 46 years (SD 12.2). Over the previous year, 56% (65) of GPs had been confronted at least once with a miscarriage in progress or a missed miscarriage. In the case of threatened miscarriage, 78% (91) of GPs didn't refer the patient to the emergency room, 70% of whom prescribed an outpatient biology and ultrasound scan. The check-up included for 99% of B-HCG, 78% a blood group-rhesus, 72% an irregular antibodies test and 95% a CBC. In the case of miscarriage in progress, 75% (68) didn't refer the patient to the emergency room. 65% (44) suggested expectant management, 27% (18) misoprostol and 34% (23) surgery. When the patient was rhesus-negative, anti-D prophylaxis was practiced by 84% of the GPs. **Conclusion** : Although the diagnostic approach of GPs is close to the recommendations found in literature, the therapeutic management of EPLs is more heterogeneous, which probably stems from a lack of international consensus or the absence of a protocol for GPs.

Mots-clés : fausse couche spontanée précoce, prise en charge, soins primaires, médecin généraliste

Keywords : miscarriage, early pregnancy loss, management, primary care, general practitioner

Discipline : Médecine générale

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, 133 route de Narbonne 31062 Toulouse