
Orientation

Generalistes 95 suivi de grossesse et suivi gynécologique

Gynécologues : 219 optimisation de la prise en charge des troubles gynécologiques

Cible

Médecins généralistes, gynécologues

Justification

D'après les dernières enquêtes de la DREES (Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques) du Ministère des Solidarités et de la Santé, le demande de soin non programmée(SNP) représente plus de 30% de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10 avec compte tenu de l'évolution de la démographie une hausse de cette demande de plus de 3% par an . Selon une communication parue en janvier 2020 de la Drees si 8 médecins sur 10 proposaient une prise en charge des SNP, 3 médecins généralistes sur 4 déclarent ne pas répondre à la totalité des demandes de SNP et "près d'un médecin généraliste sur cinq estime que l'offre de médecine générale dans sa zone d'exercice est très insuffisante."

Pour faciliter cette demande de soin non programmé et proposer un contact médical le plus adapté possible aux besoins du patient, à l'instar de ce que fait la régulation de PDS ou PDSA, il importe dans la démarche diagnostique d'identifier dès le 1^{er} contact de demande de rendez-vous par le patient ou son entourage (que ce contact ait lieu avec le praticien ou un assistant médical)

- La présence éventuelle de signes de gravité ou terrain particuliers
- Le degré d'urgence du contact médical
- La nécessité de direction vers un plateau technique ou un avis spécialisé en 1^{er} recours soit en raison de risques ou de nécessité de gestes techniques immédiats à visée diagnostique ou thérapeutique
- L'intérêt d'une prescription préalable d'examens complémentaires afin d'établir un diagnostic et une PEC de 1^{ere} intention
- La possibilité éventuelle d'une téléconsultation ou la nécessité d'une consultation physique ou la possibilité de « conseils » avec protocoles de réévaluation

A cette effet, à la démarche diagnostique classique il importe donc en médecine de ville également , comme lors des régulations de PDS ou PDSA , de pouvoir adjoindre une 1^{ere} étape supplémentaire d'une check-list d'évaluation pouvant être déléguée en partie sur une

1ere étape ou totalité aux collaborateurs paramédicaux ou secrétariat du cabinet ou des organisations professionnelles (maison de santé, CPTS...)

OBJECTIFS

Afin d'optimiser l'organisation de leur demande de soin non programmés cette série de formations proposent au généralistes et éventuels spécialistes de 1^{er} recours d'établir selon les motifs et/ou symptôme(s) d'appel du patient à partir des arbres décisionnels de diagnostic et prise en charge s'appuyant sur les recommandations en cours des sociétés savantes :

- Une grille de « triage » à appliquer par eux ou leurs collaborateurs médicaux, paramédicaux ou assistants médicaux permettant lors de l'appel initial
 - o d'éliminer les urgences , critères de gravité ou besoins techniques nécessitant une orientation immédiate vers un plateau technique ou avis spécialisé
 - o définir le délai optimal pour la prise en charge
 - o la nécessité d'une consultation physique ou la possibilité d'une téléconsultation dans un délai adapté
 - o la possibilité éventuelle de surseoir à la consultation avec mise en place de conseils et protocoles de réévaluation
- Une grille de démarche diagnostique de 1ere intention lors de la consultation médicale : examens complémentaires, PEC en ville ou orientation

Ce séminaire concernera les demandes de prise soins non programmés pour symptomatologie fonctionnelle gynécologique saignements vaginaux et douleurs pelviennes /dysménorrhée.

Nous avons choisi de traiter ces 2 symptômes dans un même cadre car ils sont souvent associés que l'un ou l'autre soit privilégié ou non par les patientes. Le séminaire s'adresse aux gynécologues et aux généralistes suivant leurs patientes en gynécologie car même si leur niveau de connaissances théoriques initiales est différent, il ne s'agit pas là d'une formation sur les prises en charge étiologiques mais sur la problématique d'optimiser le délai de prise en charge de ces troubles en soins non programmés et cette problématique est commune en prise en charge de 1ere intention. L'ouverture en multi spécialité permettra également le dialogue pour un meilleur parcours de soin notamment des nécessités de recours à des actes techniques comme l'échographie réalisés par des gynécologues

Méthodologie

Formation continue

Le module comporte 2 phases

- Phase non présentielle de travail en ligne analyse de pratique Menometrorragies / dysmenorrhée
- Phase présentielle physique

OBJECTIFS DE LA FORMATION

I. Objectifs Analyse de pratique

Objectif général : optimiser le délai de prise en charge devant des saignements vaginaux ou douleurs pelviennes/dysménorrhées

En première séquence du programme, mesurer les écarts de pratique par rapport aux recommandations sur les thèmes suivants

Devant des saignements vaginaux ou douleurs pelviennes/dysmenorrhées

- A/ Recueillir les informations utiles, mettre en place une relation adaptée.
- B/ Évaluer le degré d'urgence de la situation.
- C/ Délivrer les soins adaptés en 1ère intention, en journée ou en horaire de PDSA.
- D/ Orienter vers les structures de soins adéquates si nécessaire, après une prise en charge initiale adéquate

En dernière séquence du programme, mesurer l'amélioration des pratiques des participants sur les mêmes thèmes.

PHASE NON PRESENTIELLE EN LIGNE

Le participant est sollicité pour un travail de réflexion individuelle par l'envoi en ligne de documents QCMs, Cas cliniques, audit

I. Moyens mis en oeuvre :

1. Logiciel d'enquête en ligne : Sphinx Déclic

Ce logiciel permet l'envoi de quizz, QCMs, cas/vignettes cliniques avec questions à réponses ouvertes ou QCMs, menus déroulants et la saisie de grilles d'audit.

Il permet

- La réalisation de synthèses des réponses anonymisées du groupe,
- La synthèse des réponses d'un même participant à une grille d'audit sur x dossiers
- L'analyse des réponses (analyses multivariées, critères de regroupement, conditionnelle...)
- L'envoi de cette synthèse aux participants et intervenants

2. Espace dédié pour les documents de la formation sur le Compte participant du site EvalFormSanté

Existence sur le compte des participants du site EvalFormSanté d'un espace dédié à la formation leur permettant d'accéder aux documents post-formation présentielle (diaporama, articles compléments de FMC, analyse des enquêtes ...) Ces documents resteront accessibles pendant 1an. Ils pourront ainsi servir de base de référence pour leur pratique et la réalisation de l'audit post

3. Forum en Ligne

Un forum réservé aux participants et intervenants sera ouvert sur le site EvalFormSanté pendant quelques semaines à la suite de la formation présentielle

Les participants pourront ainsi

- Débattre des difficultés rencontrées dans leur pratique sur l'application des recommandations avec les intervenants et autres participants
- Réinterroger l'expert sur des points mal acquis

Les participants au forum sont avertis par une notification de nouveaux documents mis sur le forum et des nouvelles discussions et interventions au sein de ces discussions

II. DEROULE DE LA PHASE NON PRESENTIELLE EN LIGNE :

1/ *Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle : unité 1 : 2H*

Méthode audit clinique 1H

Audit à effectuer sur les dossiers patients et à transmettre à l'OA via le logiciel d'enquête en ligne, basé sur les recommandation/consensus

- Prise en charge des ménorragies CNGOF 2022 <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%252F2023%252FRPC-Menorragies-2022.pdf>
- Prise en charge de l'endométriose HAS /CNGOF 2017 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise en charge de lendometriose - _recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf)
- Recommandations européennes sur l'endométriose 2022 https://www.endofrance.org/wp-content/uploads/2022/04/ESHRE-ENDOMETRIOSIS-GUIDELINE_Patient-version_FINAL.pdf
- Directives cliniques de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique JOGC <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30473128/>
- Directive clinique de consensus dysménorrhée primaire [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)30438-3/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30438-3/fulltext)

Dossiers patientes cibles de l'audit :

1/ patientes appelant pour demande consultation pour douleurs pelviennes et/ou saignements vaginaux récents dans le mois précédent la formation présentielle

2/ patientes vues pour douleurs pelviennes et/ou saignements vaginaux dans le mois précédant la formation présentielle

La grille d'audit est adressée en ligne aux participants.

Elle est construite avec des réponses fermées (oui/non, menu déroulant, QCM) afin de permettre :

- Une synthèse individuelle des réponses du participant,
- Une synthèse des réponses anonymisées du groupe.

La synthèse des réponses du participant lui sera renvoyée (mail) afin qu'il puisse après l'exposé des attendus lors de la phase présentielle s'interroger sur les écarts de sa pratique par rapport ces attendus et élaborer des pistes d'amélioration.

La synthèse des réponses du groupe sera transmise à l'expert et aux participants avant la formation présentielle. Elle servira de support lors de la phase présentielle d'EPP à l'analyse collective des écarts aux recommandations et à l'élaboration de pistes d'amélioration par le groupe.

Cette synthèse en poolant les réponses permet puisque les participants ont le même type d'exercice.

- Un échantillonnage conforme à la méthodologie de l'HAS d'analyse de l'audit sur plus de 10 dossiers représentatifs de l'exercice des participants, même si certains participants n'ont pas pu ressortir chacun ces 10 dossiers de patients tirés de leur exercice.
- Un échantillonnage de dossiers plus large et représentatif afin que la réflexion en groupe sur cet audit et les écarts par rapport aux recommandations soit plus significatif.

B/ vignettes cliniques : 1h

6 vignettes cliniques sont adressées à réaliser sur le logiciel d'enquête en ligne.

Elles portent sur les mêmes objectifs que l'audit mais complètent celui-ci en plaçant le participant dans des situations qu'il ne rencontrerait pas forcément sur le temps imparti de l'audit.

Les mises en situation choisies selon le thème du DPC sont issues de l'exercice des concepteurs du programme. Ce choix permet au participant d'évaluer son raisonnement et sa démarche clinique dans un contexte proche de ses conditions d'exercice, favorisant ainsi l'acquisition des connaissances et l'amélioration des pratiques.

Ces vignettes cliniques

- Correspondent et donc se déroulent selon la séquence de mises en situations cliniques réelles
- Ont été validées par un comité d'expert
- Leur faisabilité testée par un panel de public cible
- Les questions ont été élaborées selon les objectifs d'analyse de pratique

Les intervenants (experts, animateurs...) auront été formés et auront l'expérience du déroulement d'une formation DPC selon la méthodologie des vignettes cliniques.

Les questions interrogent les objectifs qui permettent d'analyser les points critiques de la prise décisionnelle et sont élaborées afin de répondre aux recommandations de bonne pratique. Ces choix ont été validés par notre comité pédagogique et leur faisabilité testée sur un panel issue de la population cible.

Ces mises en situation clinique se dérouleront comme lors d'une prise en charge (PEC) en situation réelle d'un(e) patient(e) et pour certaines donc en différentes séquences successives correspondant aux différentes phases de la PEC.

Les mises en situation clinique sont à réaliser sur notre logiciel d'enquête en ligne avant la formation présentielle. Le logiciel permet aux participants de sauvegarder et éditer leurs réponses. Il nous permet aussi d'en faire une analyse individuelle et collective.

Les vignettes seront reprises et traitées en formation présentielle et cette correction sera l'occasion de l'exposé des recommandations.

Une synthèse anonymisée des réponses est effectuée. Elle est transmise à l'expert avant la formation présentielle afin d'identifier au mieux les besoins des participants et lui permettre de structurer son intervention au plus juste.

Elle est également mise à disposition des participants sur l'espace dédié de leur compte participant afin de leur permettre :

- De comparer leur pratique non seulement aux recommandations présentées en séance mais aussi à celles des membres du groupe.
- D'analyser les causes d'écarts de leur pratique par rapport aux attendus et d'élaborer des pistes d'amélioration
- D'analyser l'évolution de leur pratique à la suite de la formation en la comparant à la synthèse des réponses aux vignettes post.

2/ Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle « post » :

Unité 3: 2h

- 2a+2c = 1h : Info : auto-analyse des pratiques à partir de leurs réponses à l'audit et des attendus (temps non valorisé : lecture documents complémentaires : diaporama, articles recommandation,)
- 2b = 1h : audit post.

Accompagnement de l'auto-analyse de pratique par l'organisme

- Après la phase présentielle, est transmis aux participants un support (tableau) leur permettant de synthétiser leurs réflexions et suivre la mise en place de leurs pistes d'amélioration des pratiques.
 - A l'issue de la correction du 1er tour d'évaluation des pratiques (pré présentiel) : causes d'écart et pistes d'amélioration personnelles et collectives envisagées.
 - A l'issue du 2e tour d'évaluation des pratiques : analyse des écarts persistants aux attendus et causes personnelles - nouvelles pistes d'amélioration envisagées.
- Commentaires de l'expert sur l'évolution des pratiques entre le pré et post présentiel
- Un forum interactif est ouvert en post formation présentielle (cf. ci-dessous 2 D). Il permet aux participants et intervenants d'échanger au cours et à l'issue des phases d'auto-analyse de pratique de façon plus interactive que par mail sur l'évolution de leurs pratiques, les difficultés rencontrées ou de nouvelles pistes d'amélioration éventuelles.

La synthèse des réponses du groupe et les commentaires de l'expert sont mis à disposition des participants sur l'espace dédié de leur compte et/ou sur ce forum

2A/ Auto-analyse des pratiques du 1^{er} tour d'EPP (audit + vignettes)

Les participants recevront la synthèse de leurs réponses au 1^{er} tour d'audit. A partir de celle-ci et des réponses aux vignettes qu'ils auront sauvegardé, ils analyseront leurs pratiques en les comparant aux attendus et recommandations. Comme lors de la phase présentielle d'analyse collective, ils recherchent les causes des écarts et, en fonction, établissent leurs propres pistes d'amélioration.

2B/ Évaluation des pratiques 2^e tour : audit clinique

La méthode utilisée pour le 2^e tour d'évaluation des pratiques est celle de l'audit clinique.

Après la session présentielle, la même grille d'audit que pour la phase pré est adressée 1 mois après la formation présentielle.

Elle est à saisir en ligne pour

1/ patientes appelant pour demande consultation pour douleurs pelviennes ou saignements vaginaux récents entre 1 et 2 mois après la formation présentielle

2/ patientes vues pour douleurs pelviennes et/ou saignements vaginaux entre 1 et 2 mois après la formation présentielle

Le principe de la synthèse et du pooling exposé ci-avant est repris pour l'audit post.

Une synthèse de ses réponses personnelles est de nouveau adressée au participant par mail afin de lui permettre, en la comparant à la synthèse pré, une autoanalyse de l'évolution de sa pratique par rapport aux attendus et y effectuer de nouvelles corrections.

La synthèse des réponses post du groupe est adressée à l'expert et au pilote qui feront un commentaire sur l'évolution des pratiques par rapport à la phase pré de l'audit et les points restant à préciser.

2C/ Autoanalyse des pratiques du 2^e tour d'audit clinique

Les participants reçoivent la synthèse de leurs réponses à l'audit post. Ils les comparent aux attendus et recommandations (cf matériel pédagogique) ainsi qu'à la synthèse des réponses du groupe. Ils comparent l'évolution des écarts entre le 1^{er} et le 2^e tour et recherchent les causes des écarts persistants. Ils établissent en fonction de nouvelles pistes d'amélioration

Ils peuvent s'aider dans cette analyse des commentaires de l'expert sur l'évolution des pratiques du groupe

Ils se servent du tableau fourni en post formation pour colliger ces réflexions aux différentes étapes. Ils peuvent échanger avec l'expert et/ou les autres participants sur le forum sur leurs questions ou difficultés

Matériel pédagogique :

a/ Réponses du participant

Une synthèse de ses propres réponses à l'audit pré et post est adressée à chaque participant en plus de la synthèse des réponses du groupe.

Pour les vignettes cliniques, chaque participant pourra à mesure sauvegarder ses réponses, la synthèse des réponses du groupe lui sera adressée.

b/ Ressources pédagogiques pour l'autoanalyse de pratique et le 2^e tour d'analyse de pratique

Cf. ci-dessous, ces documents seront accessibles et téléchargeable pendant 1an sur l'espace dédié de leur compte sur notre site.

La lecture des ressources pédagogiques sélectionnées par l'expert

est une étape à part entière de la démarche d'auto analyse de pratique car leur contenu **même si elle n'est pas valorisée en tant que tel** car elle :

- Constitue une base de connaissance à laquelle les participants peuvent se référer lors de l'auto-analyse de leur pratique ;
- Répond aux besoins d'actualisation des connaissances ressentis lors de l'analyse personnel ou collective du 1^{er} tour d'audit en venant renforcer et/ou compléter des informations de FMC n'ayant pu être détaillées compte tenu du timing de la phase présentielle (présentations d'études de référence, détails des recommandations...) ;
- Servira de support pour la réalisation 2^e tour de l'EPP d'audit clinique ;
- Servira de base référentielle pour les améliorations de pratique à l'issue du 2^e tour d'audit.

Diaporamas des interventions de l'expert

Les diaporamas supports des interventions de l'expert lors de la session présentielle seront mis en ligne à l'issue de celle-ci à disposition des participants sur l'espace dédié sur leur compte.

Ils pourront aller au-delà du diaporama utilisé en séance (présentation d'études non détaillées compte-tenu du temps imparti à cette séquence ...).

Attendus de l'audit et correction des vignettes cliniques

Articles complémentaires à la FMC présentielle

Il ne s'agit pas de la liste de bibliographie fournie par ailleurs aux participants.

Il s'agit de textes (articles, extrait d'ouvrages, détails de recommandations, PDF interactifs de suivi de recommandation...) choisis spécifiquement par l'expert pour venir compléter et enrichir les éléments d'actualisation des connaissances délivrée en présentiel ou de textes auxquels il fait référence lors de la formation mais dont l'intégralité ne peut être développée dans le temps imparti à celle-ci.

Ils peuvent être enrichis par rapport au dossier initialement déposé après identification des besoins d'actualisation des connaissances issue de l'analyse du 1^{er} tour d'audit.

Ils seront transmis soit sous forme de PDF (pour des articles non accessibles en dehors d'abonnements ou articles sous presse ou extraits de livres, revues...) ou sous forme de lien internet s'ils sont en accès libre. Leur lecture sera validée par des QCMs test de lecture.

Exemples d'articles/revues.... Ils pourront être complétés par l'expert selon l'évolution de l'actualité et les besoins des participants évalués lors des 1^{eres} phase de la formation

- Prise en charge des ménorragies CNGOF 2022 <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%252F2023%252FRPC-Menorragies-2022.pdf>
- Prise en charge de l'endométriose HAS /CNGOF 2017 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise en charge de lendometriose - recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf)
- Recommandations européennes sur l'endométriose 2022 https://www.endofrance.org/wp-content/uploads/2022/04/ESHRE-ENDOMETRIOSIS-GUIDELINE_Patient-version_FINAL.pdf
- Directives cliniques de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique JOGC <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30473128/>
- Directive clinique de consensus dysménorrhée primaire [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)30438-3/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30438-3/fulltext)

Forum interactif (Temps non valorisé dans cette formation)

A la suite de la formation présentielle ouverture sur notre site aux participants à la formation et aux experts d'un forum interactif (cf. moyens utilisés).

Ce Forum permet aux participants et à l'expert d'échanger à l'issue du 2^e tour d'audit.

Ce forum permet également aux participants d'exposer au groupe et à l'expert leurs questions, cas cliniques difficiles, difficultés rencontrées sur l'application des recommandations dans leur pratique quotidienne à l'issue de la formation et échanger à ces sujets non seulement avec l'expert mais aussi le groupe. Cet échange avec leurs pairs renforce la mise en œuvre en pratique des pistes d'amélioration identifiées lors de la session présentielle de l'audit.

L'expert et le pilote/animateur déposeront sur ce forum leurs commentaires au décours de l'analyse de pratique post présentielle et y interrogeront les participants sur les écarts résiduels.

Les participants pourront en réagissant sur le forum ainsi élaborer individuellement ou collectivement de nouvelles pistes d'amélioration de pratique si nécessaire.

PHASE PRESENTIELLE

I. Moyens mis en oeuvre

Présentiel Physique

La formation aura lieu dans une salle dédiée au DPC permettant le respect des normes sanitaires et disposant des systèmes de communication adaptés au format de la formation (vidéo projection, connexion internet ...).

Les modalités d'accès à la salle seront envoyées aux participants lors de la confirmation de la réunion ainsi que les personnes ressources à contacter en cas de difficultés ou de handicap.

II. CONTENU :

Analyse de la pratique en présentiel **Unité 2**

- Phase d'analyse collective de l'audit:

A partir de la synthèse des réponses du groupe aux vignettes et à l'audit clinique présentée par l'animateur, débat entre les participants et avec l'expert sur les écarts de pratique par rapport aux attendus issus des recommandations.

- Analyse de ces écarts et identification des causes (défaut de connaissances, difficultés de mise en applications pratique, difficultés de ressource...),
- Élaboration de pistes d'amélioration. :

Les participants établiront

1/ des check listes pour déterminer le délai optimal de 1^{ere} prise en charge et éliminer les urgences

2/ un arbre décisionnel de PEC 1^{ere} intention ou adressage

Ayant reçu au préalable la synthèse de leurs réponses, les participants pourront effectuer également une réflexion personnelle sur leurs propres écarts de pratique par rapport à ces attendus, leurs causes et élaborer leurs propres pistes d'amélioration qu'ils pourront confronter à celles du groupe, exposé par l'expert des recommandations des sociétés savantes et l'actualisation des données scientifiques sur le thème

III. DEROULE DE LA PHASE PRESENTIELLE

1) Accueil des participants, exposé des attentes 10 min

L'animateur organise une prise de parole des participants qui peuvent ainsi préciser leurs attentes au début de cette étape présentielle.

2/ EPP présentielle 2H Unité 2

A/ Urgences et critères de gravité devant une douleur pelvienne et/ou saignement vaginal

A partir de corrections des vignettes cliniques : grossesse extra utérine , endométrite-salpingite, endometriose, dysmenorrhée essentielle, métrorragies perimenopausiques

Présentation des recommandations et analyse des écarts des réponses par rapport aux attendus

- Quels sont les critères d'urgence immédiate ou relative de prise en charge
- Quels critères de gravité
- Quelles pathologies à ne pas méconnaître : endométriose, pathologies organiques bénignes ou malignes : arbre diagnostic et bilan complémentaire , décision PEC en ville ou orientation

B/ optimiser les délais et modalités de PEC devant une douleur pelvienne /dysménorrhée et/ou saignement vaginal

A partir des données de l'audit clinique, présentation des recommandations, analyse avec les participants des écarts entre les réponses quizz audit et les recommandations , pistes d'amélioration

Les participants établissent

1/ des check-listes de 1^{er} triage interrogatoire par un auxiliaire médical : appréciation de la nécessité de contact médical et du délai

1/ signes de gravité selon le point d'appel afin de définir le degré d'urgence ou semi urgence de la prise en charge

2/ questionnaire permettant de définir l'orientation de 1^{ere} intention

- Conseil et réévaluation
- Téléconsultation
- Consultation médicale physique
- Examens complémentaires avant la consultation

2/ Triage par le médecin : sur examen clinique

- Check liste interrogatoire permettant d'éliminer les situations d'urgence et orienter le bilan
- Check liste signes cliniques à rechercher

- Bilan paraclinique de 1ere intention , dans quel délai
- prise en charge 1^{er} recours médecine générale ou Avis et dans quel délai

4/ **Synthèse**, questions diverses et vérification de la réponse aux attentes.

EVALUATION DE LA FORMATION

i) Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire est rempli par chaque participant à l'issue de la formation présentielle. Il renseigne sur les conditions du déroulé de cette séquence.

ii) Evaluation des messages retenus FMC

En pré et post formation des QUIZZ -QCMs correspondant aux messages principaux de la formation cognitive présentielle et de la lecture d'article seront adressés en ligne en pré et post test

Notre logiciel d'enquête en ligne collige les réponses/participants, identifiés par leur email, et les garde en mémoire afin de s'assurer que tous ont répondu. Il permet des procédures de relance sélective.

Il permet par ailleurs une synthèse des réponses anonymisées du groupe. L'expert et le pilote chargé de cette formation réalisent une analyse comparée des synthèses des résultats aux enquêtes pré et post. Ils en font un commentaire en apportant d'éventuelles précisions sur les messages insuffisamment intégrés

Analyse, attendus et commentaire sont mis à disposition en ligne des participants sur l'espace dédié de leur compte et /ou par le biais du forum interactif. Ceux pourront ainsi y comparer leurs propres réponses et réfléchir à l'évolution de leurs pratiques

: BIBLIOGRAPHIE

1/ « Pratiques et conditions d'exercice en médecine générale : E-santé, soins non programmés et démographie médicale rapports DREES 2020 communiqué de presse https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/cp_panel_medecins_1.pdf

2/ Organiser les soins non programmés dans le territoire 2018 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

3/ Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale HAS 2011 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale

Argumentaire https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/677/regulation_medicale_argumentaire.pdf

4/ Le triage en structure des urgences SFMU 2013
https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf

5/ directive clinique de consensus dysménorrhée primaire
[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)30438-3/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30438-3/fulltext)

6/ PEC endométriose messages aux généralistes https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf

7/ Prise en charge de l'endométriose HAS /CNGOF 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf

8/ Recommandations européennes sur l'endométriose 2022
https://www.endofrance.org/wp-content/uploads/2022/04/ESHRE-ENDOMETRIOSIS-GUIDELINE_Patient-version_FINAL.pdf

9/ / Recommandation méningiome et progestatif 17/2/2023 ANSM
https://ansm.sante.fr/actualites/risque-de-meningiome-et-progestatifs-recommandations-generales-pour-limiter-ce-risque_luteran/lutenyl_et_meningiome
<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/lutenyl-luteran> (à mettre à jour selon actualité et étude épiphare, études a sortir fin 2023

10/ directives cliniques de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique JOGC <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30473128/>

11/ Prise en charge des ménorragies CNGOF 2022 <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%252F2023%252FRPC-Menorragies-2022.pdf>

ANNEXE 1 Grille d'audit

Audit

Audit réalisé à partir de

- Prise en charge des ménorragies CNGOF 2022 <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%252F2023%252FRPC-Menorragies-2022.pdf>
- Prise en charge de l'endométriose HAS /CNGOF 2017 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise en charge de lendometriose - recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf)
- Recommandations européennes sur l'endométriose 2022 https://www.endofrance.org/wp-content/uploads/2022/04/ESHRE-ENDOMETRIOSIS-GUIDELINE_Patient-version_FINAL.pdf
- Directives cliniques de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique JOGC <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30473128/>
- Directive clinique de consensus dysménorrhée primaire [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)30438-3/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30438-3/fulltext)

audit 1 / A remplir pour les patientes demandant un rendez vous pour douleurs pelviennes/dysménorrhées et/ou saignements vaginaux dans le mois précédant la formation présentielle puis en post entre 1 et 2mois apres la formation présentielle

Chek list interrogatoire initial lors de la 1ere prise de contact (à remplir au niveau des demandes de RV)

Point d'appel douleurs pelviennes aiguées

- L'age de la patiente était-il connu lors de la demande de prise en charge ?
- A-t-il été demandé depuis quand date la douleur ? l'existence de douleurs identiques antérieures ?
- La rythmicité de la douleur par rapport au cycle a-t-elle été évaluée ?
- L'intensité de la douleur a-t-elle été évaluée ? si oui par une echelle de score ?
- Le caractère invalidant de la douleur dans les activités quotidiennes a-t-il été évalué ?
- L'existence d'un moyen de contraception a-t-il été précisé ? a-t-il été précisé lequel ?
- La question d'un oubli en cas de pilule a-t-elle été posée ?
- La question d'un retard de regles a-t-il été posé si patiente de moins de 45 ans ?
- L'existence de signes associés urinaires ou digestifs a la douleur a-t-il été posé ?
- La cedation de la douleur à des traitements médicamenteux a-t-elle été posée ?

Point d'appel saignements vaginaux récents

- L'âge de la patiente était-il connu lors de la demande de prise en charge ?
- A-t-il été demandé depuis quand datent les saignements ? l'existence de saignements antérieurs ?
- La rythmicité du saignement par rapport au cycle ou l'irrégularité des cycles a-t-elle été évaluée ?
- L'intensité des saignements a-t-elle été évaluée ? si oui par quelle méthode ?
- Le caractère invalidant du saignement dans les activités quotidiennes a-t-il été évalué ?
- L'existence d'un moyen de contraception a-t-il été précisé ? a-t-il été précisé lequel ?
- La question d'un oubli en cas de pilule a-t-elle été posée ?
- La question d'une possibilité de grossesse a-t-elle été posée ?
- La question d'un retard de règles a-t-il été posé si patiente de moins de 45 ans ?
- L'existence de douleurs associées a-t-elle été posée ?

La patiente a-t-elle été vue, si oui dans quel délai ? ou réorientée et argument

Si délai de plus de 48H de la prise en charge une prescription a-t-elle été faite médicamenteuse ou examens complémentaires

Audit 2 Pour les patientes vues pour douleurs pelviennes/ dysménorrhée dans le mois précédant la formation présentielle puis en post 2 mois après la formation présentielle sur 1 mois

- La patiente a-t-elle été vue en téléconsultation ou consultation physique pour le 1^{er} contact
- Même questions que ci-dessus pour point d'appel douleur pelvienne et point d'appel saignements vaginaux
- Quel délai entre la demande de consultation et le rendez-vous
- Une prescription a-t-elle été effectuée avant le RV si délai de plus de 48H : antalgique ? AINS ? antifibrinolytique ? examen complémentaire ?
- Pensez-vous que le délai de réponse à la demande de PEC a été adaptée ?

- Examen clinique et PEC
Pour Menorragies

1. Avez-vous recherché des signes cliniques ou d'interrogatoire d'anémie
2. Avez-vous prescrit une NFS
3. Avez-vous prescrit une ferritine
4. Avez-vous effectué un TP, TCA, Fibrinogène ,
5. Avez-vous effectué un dosage de facteur VIII
6. Avez-vous effectué une recherche de facteur de Willebrand AC et AG
7. Avez-vous prescrit ou fait en imagerie de 1^{ere} intention : échographie pelvienne, IRM, HYFOSY . avez-vous obtenu cet examen dans les délais souhaités
8. Avez-vous fait une biopsie d'endomètre
9. Avez-vous prescrit un antifibrinolytique
10. Avez-vous prescrit un traitement hormonal ? estroprogestatif ? progestatif ?
11. Avez-vous orienté la patiente pour avis ? Avec une demande de PEC dans quel délai si oui ? avez-vous obtenu cette demande dans les délais souhaités

Pour dysménorrhée :

12. Avez-vous prescrit ou fait en imagerie de 1ere intention : échographie pelvienne, IRM, HYFOSY . avez-vous obtenu cette demande dans les délais souhaités

13. Avez-vous prescrit un antalgique ? un AINS ?

14. Avez-vous prescrit un traitement hormonal ? estroprogestatif ? progestatif ?

15. Avez-vous orienté la patiente pour avis ? Avec une demande de pEC dans quel délai si oui ? avez-vous obtenu cette demande dans les délais souhaités

ANNEXE 2 vignettes cliniques

I. VIGNETTES CLINIQUES, exemples

A/ Quelle urgence de prise en charge devant des douleurs pelviennes et/ou ménométrorragies :

Vignette 1 : Mme A, 30 ans appelle car elle présente des douleurs abdominales avec pertes de sang noir depuis 8jours

Quels éléments d'interrogatoire sont indispensables afin de déterminer dans quel délai doit être effectué la prise en charge ?

Existence d'épisodes antérieurs

Date des dernières règles

Normalité des dernières règles

Existence d'une contraception

Possibilité éventuelle de grossesse

Intensité de la douleur

1 a : Elle est sous contraception orale, contraception prise un peu irrégulièrement le mois précédent . dernières règles peu abondantes il y a 3 semaines

Dans quel délai faut il une prise en charge : moins de 24H, moins de 48h , moins de 8 jours ?

Si vous ne pouvez la voir sous 48 heures quelle prescription

Rien

Antalgique

BHCG

Quel diagnostic doit être éliminé en urgence : réponse grossesse extra-utérine

1 b : Elle présente un stérilet au cuivre, dernières règles normales il y a presque 1 mois, déjà quelques saignements identiques le mois dernier et en début de cycle , dyspareunie depuis quelques semaines

Dans quel délai faut il une prise en charge : moins de 24H, moins de 48h , moins de 8 jours ?

Pouvez-vous effectuer une téléconsultation pour prescription d'un bilan ou devez-vous la voir en consultation ? pourquoi

Si vous n'avez pas de plage disponible de consultation pouvez-vous prescrire un bilan complémentaire immédiat sans la voir : BHCG, échographie pelvienne, prélèvement cervicovaginal bactériologique

Quel diagnostic doit être éliminé rapidement ? : réponse endométrite sous stérilet

Vignette 2 : Mme B appelle pour des douleurs pelviennes depuis 4 jours à type de pesanteur plus importantes depuis hier. Dernières règles il y a 3 semaines normale. pas de contraception. Célibataire pas de rapport récents

Dans quel délai faut-il une prise en charge : moins de 24H, moins de 48h , moins de 8 jours ?

Pouvez-vous lui proposer une téléconsultation ou devez vous la voir physiquement

Quel examen complémentaire sera probablement nécessaire en PEC immédiate: BHCG, échographie pelvienne, prélèvement cervico-vaginal bactériologique

B/ Arbre décisionnel en consultation prise en charge immédiate ou bilan complémentaire ou avis pour éliminer une pathologie organique

Vignette clinique 3 : Mme B 35 ans vous appelle pour des douleurs pelviennes. Elle va avoir ses règles et craint que cela ne soit comme le mois dernier . Elle a arrêté la pilule depuis 4 mois car elle s'est séparée de son conjoint , les 2 dernières règles abondantes 6 jours et des douleurs importantes commençant 2 jours avant les règles et le 1er j des règles . Tabac 10/j

Quel diagnostic suspectez vous :

- Dysménorrhée essentielle
- Endométriose
- autre

Quel bilan de 1ere intention

- échographie pelvienne
- IRM
- Aucun , bilan radiologique uniquement si echec des traitements de 1ere intention

Quel traitement de 1ere intention (plusieurs réponses possibles)

- AINS
- Duphaston 10 : 12J/mois ? 3sem/4
- Progesterone microionisée 12J/mois
- Pregnane (acetate de chlormadinone) 12j/mois ? 3sem / 4
- Microprogestatif desogestrel
- Dienogest en continu (sawis)
- Pilule estroprogestative

Vignette clinique 4 : Mme C vous appelle pour des douleurs pelviennes très importantes . Elle est au 5^e jour des règles et les douleurs sont très importantes depuis Hier alors que le début des règles s'est bien passé. Elle a arrêté la pilule depuis 4 mois car elle s'est séparée de son conjoint. Les 2 dernières règles ont été longues 8 jours alors que tout se passait bien sous pilule et douloureuses surtout les derniers jours mais moins que ce mois ci.

Quel diagnostic évoquez vous :

- Dysménorrhée essentielle,
- endométriose
- autre

Quel bilan de 1^{ere} intention (1 réponse)

- échographie pelvienne
- IRM
- bilan radiologique uniquement si échec des traitements de 1^{ere} intention

Dans quel délai faut-il avoir le bilan complémentaire ?

Quel traitement de 1^{ere} intention (plusieurs réponses possibles)

- pas de traitement avant résultat du bilan
- pas de traitement avant avis
- AINS
- Duphaston 10 : 12J/mois ? 3sem/4
- Progesterone microionisée 12J/mois
- Pregnane (acetate de chlormadinone) 12j/mois ? 3sem / 4 ?
- Microprogestatif desogestrel
- Dienogest en continu (sawis)
- Pilule estroprogestative

L'échographie pelvienne retrouve des images d'adénomyose et un endométriome de 25mm de l'ovaire droit . Quel arbre décisionnel ?

- Avis pour prise en charge ou traitement
- Duphaston ou progesterone microionisée 2^e partie de cycle
- Essai traitement microprogestatif ou estroprogestatif en semi-continu
- Essai dienogest en continu

Vignette 5 Mme E , 45 ans saignements très abondants depuis 10 jours , pas de règles depuis 3 mois . Les cycles étaient réguliers et les règles normales auparavant

Dans quel délai devez-vous voir la patiente : moins de 48h, moins de 8 jours , moins d'1 mois

Vous n'avez pas de consultation disponible et vous partez en congé 4 jours

- Vous la rassurez et lui prescrivez un antifibrinolytique en lui donnant Rv dans 5 jours
- Vous l'adressez aux urgences pour bilan
- Vous lui dites de rendre un Rv d'échographie indispensable

- Vous la voyez à votre retour 5jours plus tard et lui prescrivez un progestatif en lui donnant un Rv dans 2 mois pour évaluer l'efficacité sur les prochains cycles

Vignette 6 Mme F 45 saignements variables en rythme et abondance depuis 2 mois , elle est fatiguée et n'en peut plus car il se passe a peine 3jours sans qu'elle saigne

Vous n'avez pas de consultation disponible et vous partez en congé 4jours

Pour les généralistes

- Vous la rassurez et lui prescrivez un antifibrinolytique en lui donnant Rv dans 5jours
- Vous l'adrez aux urgences pour bilan
- Vous lui faites une ordonnance pour un Rv d'échographie qui sera indispensable au diagnostic
- Vous la voyez a votre retour 5jours plus tard et lui prescrivez un progestatif en lui donnant un Rv dans 2 mois pour évaluer l'efficacité sur les prochains cycles

Pour les gynécologues effectuant de l'échographie

- Vous la rassurez et lui prescrivez un antifibrinolytique en lui donnant Rv quand vous avez une disponibilité
- Vous l'adrez aux urgences pour bilan
- Vous lui donner un Rv à votre retour pour lui faire une échographie
- Vous lui prescrivez un progestatif en lui donnant un Rv dans 2 mois quand vous avez des disponibilités pour faire une échographie et évaluer l'efficacité sur les prochains cycles