



**HAL**  
open science

# Déterminants du lieu de consultation pour les soins primaires en gynécologie obstétrique : enquête auprès de 521 femmes consultant au CHU de Grenoble

Juliette Wittmann

## ► To cite this version:

Juliette Wittmann. Déterminants du lieu de consultation pour les soins primaires en gynécologie obstétrique : enquête auprès de 521 femmes consultant au CHU de Grenoble. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-00631483

**HAL Id: dumas-00631483**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631483v1>

Submitted on 12 Oct 2011

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2009

**DETERMINANTS DU LIEU DE CONSULTATION POUR LES SOINS  
PRIMAIRES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
Enquête auprès de 521 femmes consultant au CHU de Grenoble**

THESE PRESENTEE  
POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE  
DIPLOME D'ETAT

Juliette Wittmann  
Née le 29/05/1980 à Lille (59)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble\*  
Le 08 septembre 2009

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Mr le Professeur J.P.SCHAAL (*Président de jury*)  
Mr le Professeur J.L.BOSSON  
Mme le Docteur P.HOFFMANN  
Mme le Docteur F.PAUMIER (*Directeur de thèse*)

*\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées propres à leurs auteurs.*

## Remerciements

Merci à Mesdames et Messieurs les Professeurs et Docteurs membres du jury de me faire l'honneur de juger mon travail.

Merci aux praticiens hospitaliers, chefs de clinique, internes, personnel soignant et les secrétaires du service de gynécologie obstétrique pour leur aide et conseil à la réalisation de cette étude.

Merci au Dr Moreau Gaudry pour sa disponibilité et son aide concernant le travail très laborieux sur les statistiques (en tout cas pour moi).

Merci tout particulièrement au Docteur Paumier et Docteur Roulet d'avoir révélé cette passion de la médecine générale et de m'avoir transmis leur savoir.

Merci à Pierre et Nathalie Wattrelot pour leur soutien et d'être là tout simplement.

Merci à mes parents et mes grands parents pour leur soutien et leur amour tout au long des étapes de ma vie.

Merci à Pascal, pour ton amour inébranlable.

## INTRODUCTION

Historiquement, le suivi gynécologique et obstétrical des femmes était massivement assuré par des spécialistes d'organe, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens. La diminution du nombre de ces médecins a modifié les choix des femmes.

La WONCA, société mondiale de médecine générale - médecine famille, définit en 2002 la médecine générale comme « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » [1]. Dans le cadre de leur formation initiale, les internes de médecine générale, futurs titulaires du Diplôme d'Enseignement Spécialisé de Médecine Générale, bénéficient de six mois de formation dans un service de gynécologie et d'un enseignement théorique adapté. Leurs aînés, outre leur expérience, ont eu accès à de nombreuses possibilités de formation, notamment le Diplôme Inter Universitaire de gynécologie médicale [2]. Les médecins généralistes ont par ailleurs accès à des recommandations accréditées par la Haute Autorité de Santé, notamment en termes de dépistage systématique des cancers gynécologiques et de suivi de grossesse [3], [4], [5]. Les médecins généralistes sont donc légitimes et qualifiés pour le suivi des femmes en soins primaires.

Les dernières études détaillant la répartition de l'activité des médecins généralistes et spécialistes d'organe en gynécologie et obstétrique - l'EPPM (Étude Permanente de la Prescription Médicale) et l'observatoire THALES - datent de 2000, soit avant la création du DES de médecine générale le 22 septembre 2004. Les médecins généralistes assuraient un nombre moyen de consultations pour motif gynécologique de 3.6 par femme et par an [6].

Nous avons interrogé les femmes consultant dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Grenoble.

L'objectif principal de cette étude est d'appréhender les raisons de leur venue en nombre au CHU alors que la prise en charge pourrait être assurée par un médecin généraliste dans de nombreux cas.

## CONTEXTE

La spécialité de gynécologie médicale, supprimée en 1984, a été restaurée en 2003. Elle est menacée de disparaître à nouveau [7]. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français s'oppose fortement à cette spécialité [8]. Peu d'établissements de santé restent ouverts à la gynécologie médicale. Le nombre théorique de gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens est voué à une diminution importante d'ici 2020 [9].

Selon l'étude 39 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réalisant un état des lieux de la démographie médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la profession médicale subit 3 tendances: le vieillissement, la féminisation et la spécialisation croissante [10]. Cela implique pour les générations à venir une augmentation de la charge de travail des médecins en lien avec une diminution des effectifs de professionnels de santé. Ainsi une prise en charge élargie des médecins généralistes deviendra nécessaire notamment en matière de gynécologie obstétrique.

On dénombre au 1<sup>er</sup> janvier 2006, 93 896 (153.8/100 000 habitants (Ha) médecins généralistes en activité régulière en France métropolitaine. Les gynéco-obstétriciens sont 2892 (4.7/100 000 Ha) et les gynécologues médicaux sont 15 [10].

En Isère, on dénombre 1793 médecins généralistes en activité régulière dont 43.725% de femmes, soit une densité de 154.8/100 000Ha. Les gynéco-obstétriciens sont 42 (3.6/100 000 Ha) [10], il ne reste qu'un gynécologue médical.

Au CHU de Grenoble, on estime à 35 le nombre de consultations programmées par jour [11] et à 23 le nombre de consultations d'urgence en moyenne pour des motifs de gynécologie obstétrique.

## POPULATION ET METHODE

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive déclarative réalisée du 10/03/2008 au 28/03/2008 dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Grenoble.

Le questionnaire [annexe 1] comportait 16 questions. Les questions étaient fermées avec possibilité de précisions dans 2 cas. La première partie (questions n°1 à 8) consistait à caractériser la population d'étude (âge, ville de provenance, catégorie socioprofessionnelle, situation familiale, type de protection sociale, circuit de soin).

La seconde partie (questions n°9 à 16) concernait les éventuels déterminants de consultation au CHU: le motif de consultation, le motif d'absence de consultation du médecin généraliste, la connaissance subjective des patientes sur la compétence du médecin généraliste en gynécologie, l'avis sur le suivi gynécologique proposé par le médecin généraliste, la satisfaction sur le suivi gynécologique et/ou obstétrical par un médecin généraliste, la nécessité d'une hospitalisation à l'issue de la consultation.

Un test préalable de compréhension du questionnaire a été effectué auprès de 10 femmes de l'entourage de l'enquêtrice appartenant à des catégories socioprofessionnelles différentes. Il a entraîné quelques modifications du questionnaire pour sa compréhension.

La population cible de cette enquête était constituée de toute femme s'étant présentée en consultation programmée ou d'urgence dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Grenoble. Celles adressées par un médecin spécialiste d'organe étaient exclues.

A l'accueil et en salle d'attente, une affiche d'information était désignée à l'attention des consultantes.

Le questionnaire était remis par les employés d'accueil. Les questionnaires étaient remplis en salle d'attente puis déposés dans une urne fermée. Deux enquêtrices, une en salle d'attente des consultations programmées, une en consultations d'urgence, aidaient les femmes, particulièrement les illettrées et les non-francophones.

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel de statistique STATVIEW Version 5.0. Les variables qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage. Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne et écart-type ( $m \pm et$ ), en association avec la médiane et l'espace interquartile (M, EIQ) ainsi que les valeurs minimale (Val.min) et maximale (Val.max). Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées à l'aide du test du Chi 2. Les variables quantitatives ont été comparées par un test de comparaison de moyenne après vérification des conditions d'application du test. Afin de prévenir l'inflation du risque de première espèce suite à la réalisation de plusieurs tests statistiques, le seuil de significativité retenu est de 0,001. Le risque de première espèce ( $\alpha$ ) est la probabilité de rejeter une hypothèse qui s'avère vraie.

## RESULTATS

L'étude a permis d'obtenir 521 questionnaires, soit 73.18% de femmes répondantes sur 712 consultations estimées pendant cette période [11]. Ce chiffre de 712 est obtenu en faisant le prorata entre le nombre de consultations mensuelles et le nombre de jours de l'étude.

Les consultantes ont été réparties en 2 groupes. Celles venant en consultation de leur propre initiative composent le groupe 1 (265 femmes) soit 76.36% de la population étudiée et 50.86% de l'ensemble des femmes interrogées. Celles adressées par un médecin autre que gynécologue ou obstétricien (soient 17 médecins d'urgence et 65 médecins généralistes) composent le groupe 2 (82 femmes). 174 femmes étaient adressées par un gynécologue ou un

obstétricien et ne rentraient pas dans l'objectif de notre étude. Pour la suite des résultats, nous nous intéresserons uniquement aux 347 femmes des groupes 1 et 2.

Les tests de comparaison mettent en évidence l'appartenance de ces deux groupes à une même population à l'exception d'un critère. Le nombre moyen d'enfants à charge ( $p=0.0001$ ) diffère de manière significative entre ces 2 groupes :  $1,08\pm 1.07$  ( $M=1$ ,  $EIQ=2$ ,  $Val.min=0$ ,  $Val.max=4$ ) pour le groupe 1 et  $0,56\pm 0.99$  ( $M=0$ ;  $EIQ=1$ ,  $Val.min=0$ ,  $Val.max=5$ ) pour le groupe 2. Les caractéristiques de cette population sont répertoriées en annexe 2.

Nous avons comparé les 2 groupes en ce qui concerne les motifs de consultation. De manière non significative ( $p=0,008$ ), les femmes du groupe 1 consultent plus au CHU pour un suivi gynécologique (45.09%) ou obstétrical (49.41%) que celles issues du groupe 2 (respectivement 38.15% et 44.73%). La tendance est inversée pour les consultations d'urgence: les femmes adressées par un médecin (17.10%) consultent davantage au CHU que celles venues de leur propre initiative (5.88%) (Annexe 3). Parmi les 17 femmes adressées par un médecin d'urgence, seuls 3 ont consulté en urgence.

Le suivi gynécologique est majoritairement représenté par la prise en charge de la contraception (29.16%) et le dépistage (34.02%). Dans le suivi obstétrical, il s'agit essentiellement du diagnostic de grossesse et de la surveillance pré- et post-natale (90.62%). Les saignements pendant (21.42%) ou hors situation de grossesse (25%) et les douleurs pelviennes (17.85%) représentent en majorité les consultations d'urgence (Annexe 4).

Les femmes du groupe 2 sont plus représentées que celles du groupe 1 pour certains motifs. Les items « pathologie chronique » et « fertilité » dans le suivi gynécologique sont significativement plus représentés ( $p < 0.0001$ ) (Tableau 1).



45.33% des femmes du groupe 2 ont déjà consulté le médecin généraliste pour le motif actuel contre 25.29 % dans le groupe 1 ( $p= 0,0009$ ) (*Tableau 2*). 189 femmes du groupe 1 ne l'ont pas consulté.

Concernant les raisons de ne pas consulter à nouveau le médecin généraliste, les femmes ont la possibilité de cocher plusieurs réponses. 253 femmes (95.47%) du groupe 1 et 75 (91.46%) du groupe 2 consultent afin d'accoucher à l'hôpital. 3 femmes sont mécontentes des décisions du généraliste et 16 souhaitent un autre avis soit au total moins de 6% des cas. Le manque de disponibilité du médecin généraliste ou l'avance des frais ne représentent que très rarement une raison suffisante de ne pas le revoir ( $\leq 2\%$  dans chaque groupe).

14.28% des femmes ont répondu « oui » à l'item « je ne vais pas mieux ou moins bien » pour les motifs « saignement pendant la grossesse », « saignement hors situation de grossesse », « douleur pelvienne », « troubles en rapport avec les règles », en particulier lors de consultations d'urgence.

À propos des raisons de n'avoir pas consulté préalablement le médecin généraliste pour le motif actuel (exclusivement le groupe 1), 109 femmes préfèrent voir un gynécologue (41.13%) ou ont toujours été suivi par un gynécologue (39.62%). 13 femmes ne savent pas que les généralistes pratiquent l'examen gynécologique. La gêne de l'intimité conditionne 13.20% des patientes. 12.83% des femmes n'ont jamais demandé à leur médecin s'il pratique ce type d'examen.

Pour 13.58% des femmes, le généraliste ne pratique pas un suivi gynécologique. Moins de 5% des généralistes ne l'ont pas proposé. Moins de 2% n'ont pas de médecin généraliste et ne souhaitent pas avancer les frais.

165 femmes du groupe 1 (65.47%) et 50 femmes du groupe 2 (70.42%) connaissent la compétence des généralistes dans la prise en charge des pathologies gynécologiques et leur

prévention. La consultation d'un médecin généraliste pour un motif gynécologique promeut de manière significative la connaissance de cette compétence ( $p < 0.0001$ ) (*Tableau 3*).

Selon les items, 25 à 65% des femmes de chaque groupe se sont abstenues pour la question 14. Près de 65% des répondantes des 2 groupes pensent que le généraliste est compétent et lui feraient confiance dans cette prise en charge. 139 femmes du groupe 1 (58.15%) et 28 du groupe 2 (45.90%) affirment qu'elles seraient gênées dans leur intimité. 60.87% du groupe 2 accepteraient la prise en charge par un médecin généraliste de manière significative contre 33.59% du groupe 1 parmi les répondantes ( $p < 0.0001$ ) (*Tableau 4*).

Le fait d'avoir déjà consulté un médecin généraliste est significativement en lien avec le fait d'accepter sa prise en charge ( $p < 0.0001$ ) (*Tableau 5*).

Le degré de satisfaction des femmes quant à la prise en charge des généralistes se décline ainsi: 147 (55.47%) du groupe 1 et 33 (40.24%) du groupe 2 n'ont pas répondu. Parmi les répondantes, 87 (73.72%) sont plutôt satisfaites dans le groupe 1 et 38 (77.55%) dans le groupe 2.

Sur les 2 groupes, 32 (9.22%) ont été hospitalisées dont 24 femmes venues de leur propre initiative (9.05%) et 8 femmes issues du groupe 2 (9.75%).

## DISCUSSION

Les limites de cette étude seront mentionnées préalablement.

Le taux de participation des femmes (73.18%) est très élevé pour ce type d'étude. Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer les réponses manquantes. Les enquêtrices assuraient parallèlement leur fonction d'interne du service. En consultations programmées,

une seule enquêtrice surveillait le déroulement du recueil des questionnaires dans 3 salles d'attente, ce qui ne lui permettait pas d'être disponible pour chaque participante. Certaines femmes ne souhaitaient pas participer à l'étude. La distribution des questionnaires à l'accueil a pu être défaillante en période d'affluence importante. Toutefois, 500 questionnaires auraient conféré une puissance de 96% à l'enquête et ce chiffre a été dépassé.

L'enquête était déclarative et ses résultats sont susceptibles de ne pas refléter la réalité des demandes et ressentis des femmes. Le libre choix de réponse aux items « autre » a mal été compris et apportait souvent des redondances aux réponses déjà données. De ce fait ces réponses n'ont pas été exploitées. On peut également supposer que les consultantes se sont lassées du questionnaire au vu du taux d'abstention sur les dernières questions. Néanmoins, on recense un avis général des femmes mettant en évidence leur défaut d'information.

Un biais de confusion potentiel a aussi été mis en évidence : le nombre moyen d'enfants à charge (1.08 versus 0.56). Ce dernier devrait être pris en charge par des méthodes statistiques plus adaptées.

Les statistiques d'activité du service recueillies en Mars 2008 ont subi une règle de trois afin d'estimer le nombre de répondantes pendant la période de l'étude. De même, le nombre de consultations d'urgence par jour est estimé d'après l'expérience des professionnels de santé. On ne dispose pas de statistiques formellement établies à ce jour. De ce fait, le taux de participation ne peut être qu'estimé. Cependant, lorsqu'on compare le nombre de consultations programmées par jour au cours de l'année 2007 à celles de Mars 2008, le taux d'activité est semblable à près de 5 consultations par jour.

Enfin, cette enquête a été conduite dans un seul établissement public, il n'est pas certain que les résultats puissent être extrapolés à l'ensemble de la population consultant en milieu hospitalier.

Une fois les limites méthodologiques identifiées, l'étude met en évidence une forte proportion de femmes qui consultent de leur propre initiative un gynécologue obstétricien à l'hôpital: 76.36%. Ceci augmente les délais de prise en charge par des spécialistes d'organe dont la vocation n'est pas d'assurer les soins primaires. On peut se demander si les femmes prennent rendez-vous au CHU parce que le délai d'attente est plus court qu'auprès des spécialistes de ville ou parce qu'elles ont pris l'habitude avec le spécialiste les ayant accouchées ou opérées. Les médecins généralistes sont pourtant en mesure de prendre en charge les soins de premiers recours dans le plus court délai possible selon la plainte [1]. D'ailleurs, moins de 2% des médecins consultés ne sont pas disponibles dans l'étude.

Une meilleure orientation des femmes permettrait d'améliorer le circuit de soins et de ce fait sa qualité.

Si l'on considère l'échantillon complet (521 femmes interrogées), la proportion de femmes consultant en première intention un gynécologue est de 50.86%. Ce chiffre est comparable à celui de la part de prise en charge des gynécologues en France, actuellement évalué à 57% [12].

#### Caractéristiques de la population

Qu'elles soient adressées ou non par un médecin généraliste, la venue des femmes au CHU n'était conditionnée ni par la proximité de l'habitation, ni par la catégorie socioprofessionnelle, ni par la protection sociale, ni par la déclaration d'un médecin traitant. Le nombre moyen d'enfants à charge diffère de manière significative entre les 2 groupes. On peut se demander si les femmes du groupe 1 consultent pour des raisons pratiques à l'hôpital pour leur suivi obstétrical ou gynécologique.

## Motifs de consultation

Sur les 17 femmes adressées par un médecin d'urgence, seules 3 se sont présentées en consultation d'urgence. Les autres femmes venaient pour un suivi ou un contrôle gynécologique ou obstétrical. Ces médecins d'urgence exerçant dans des centres de type SOS médecin ou en poste d'astreinte ou de garde, n'intègrent pas dans leur activité le suivi gynécologique ou obstétrical. Ils adressent ces femmes vers un spécialiste d'organe ou un généraliste si la demande ne requiert pas une prise en charge urgente. Ainsi le circuit de soins n'est pas optimisé, et donc susceptible de perdre en qualité.

Les femmes consultaient en proportions proches pour le suivi gynécologique et obstétrical dans les 2 groupes. Par contre, il y avait 3 fois plus de consultations d'urgence chez les femmes adressées par un médecin de ville. On peut penser que ces médecins avaient effectué les soins primaires relevant de leur qualification et qu'ils adressaient les femmes nécessitant l'avis d'un spécialiste d'organe. L'analyse du contenu des consultations permettrait de confirmer cette hypothèse.

Quel que soit le motif de consultation, le nombre de femmes adressées était proportionnellement inférieur à celui des femmes venant de leur propre initiative, en dehors des pathologies chroniques et des troubles de la fertilité. Ces 2 motifs se distinguent significativement de l'ensemble puisqu'il s'agit d'affections nécessitant une surveillance par un spécialiste en médecine et chirurgie de l'organe féminin. Les médecins généralistes assurent donc les soins primaires et orientent en cas de complications ou de complexité vers un spécialiste d'organe. On peut penser que les soins de premier recours et les dépistages sont assurés par le généraliste, lorsqu'il est consulté.

La contraception, le dépistage, le suivi de la grossesse normale, les douleurs et saignements vaginaux font partie des soins de premier recours. Une étude récente annonce qu'une femme sur 2 est prise en charge par le généraliste pour la contraception. Elle est initiée dans 45% des

cas et renouvelée dans 58% des cas par le médecin généraliste. 30.9% des médecins généralistes s'occupent de la contraception et 39% assurent le suivi gynécologique [12].

1/4 des femmes du groupe 1 avaient déjà consulté un généraliste pour le motif actuel. Les raisons de ne pas le consulter à nouveau étaient représentées en même proportion dans les 2 groupes. On remarque que la réponse « la consultation est obligatoire pour accoucher à l'hôpital » est majoritairement représentée (plus de 90%) étant donné qu'à partir du 8<sup>ème</sup> mois de grossesse, le suivi est obligatoirement assuré dans l'établissement prévu pour l'accouchement. Il conviendrait d'analyser l'effet de cette mesure sur la qualité de prise en charge obstétricale. La proportion de femmes souhaitant un autre avis, notamment parce qu'elles sont mécontentes de leur généraliste, est très faible. Lorsqu'il est consulté, les femmes remettent en cause ses compétences dans moins de 6% des cas.

Le CHU a pour mission d'accueillir tous patients dont ceux en situation de précarité. Dans cette étude, l'aspect pécuniaire n'est pas un déterminant de consultation à l'hôpital.

Les femmes ne vont pas mieux ou moins bien en fonction des motifs qui sont les plus représentés dans les consultations d'urgence: saignements, douleur pelvienne (les troubles en rapport avec les règles peuvent être regroupés dans les saignements comme dans les douleurs pelviennes). Ainsi, parmi toutes les consultations de premiers recours des 347 femmes de l'étude, seules 14.28% présentaient une complication et nécessitaient un avis spécialisé lors d'une consultation d'urgence.

Parmi les 189 femmes du groupe 1 n'ayant jamais consulté un médecin généraliste pour le motif actuel, 109 l'expliquaient par une préférence pour le gynécologue, l'estimant plus compétent en la matière. Pourtant, 165 femmes de ce même groupe reconnaissaient une certaine compétence des médecins généralistes. La connaissance de cette compétence dépend significativement d'une consultation préalable chez un médecin généraliste. Ces femmes ont

donc une idée de cette compétence mais elles n'ont pas été réellement informées. D'ailleurs, sur les 65% de femmes du groupe 1 ayant déclaré connaître cette compétence, seules 33.59% accepteraient de manière significative ce suivi.

On peut s'interroger sur la place de l'information aux patientes en ce qui concerne la possibilité de prise en charge gynécologique par un généraliste. On peut supposer que les femmes adressées par un médecin de ville sont plus favorables à ces soins parce qu'elles ont davantage été habituées à être suivies et ont ainsi une réelle connaissance de leur compétence. Elles seraient également moins nombreuses à être gênées dans leur intimité. Dans la question 12, on remarque que la gêne de l'intimité était moins exprimée que dans la question 14. Cela souligne la difficulté d'appréhender la notion d'intimité ou de pudeur, une personne pudique ayant toujours des difficultés à l'admettre, quand bien même le questionnaire est anonyme.

L'intimité semble également être un prétexte. Ainsi, la patiente semble réticente à être suivie par un généraliste parce qu'il ne l'a jamais ou rarement examinée. Elle accepte pourtant d'être suivie par un gynécologue obstétricien, même masculin, parce que c'est une habitude transmise depuis plusieurs générations avec une population médicale longtemps majoritairement masculine [13]. On peut aussi supposer que le gynécologue est plus étranger à sa vie relationnelle que le médecin de famille.

Le taux d'abstention aux questions relatives à la perspective d'être prise en charge par un médecin généraliste et à leur degré de satisfaction interroge: les femmes sont-elles suffisamment informées pour répondre ? Les femmes font confiance à leur médecin généraliste, et en sont souvent satisfaites, comme on peut le voir dans cette enquête. Mais en ce qui concerne un sujet qui n'a peut-être jamais ou rarement été abordé, peuvent-elles réellement répondre à cette question ?

Environ 15% des médecins généralistes ne pratiqueraient pas l'examen gynécologique. Il faut souligner qu'ils ne sont pas tous formés à cette pratique. La

gynécologie de ville était assurée jusqu'en 1984 par les gynécologues médicaux, même si cette allégation est probablement partiellement fautive en exercice rural. A l'heure actuelle, les médecins ayant une activité de 30 ans et plus (les plus de 55 ans) représentent 27.55% des médecins en activité régulière selon le rapport du CNOM au 1<sup>er</sup> Janvier 2006. Cette génération était majoritairement masculine (73.98%). Par ailleurs, 37.8% des médecins en activité régulière sont des femmes, 26% sont des généralistes (en augmentation progressive depuis plus de 10 ans), 56% des internes en médecine générale sont des femmes [10]. La féminisation de la profession peut augurer de nouvelles perspectives en matière de prise en charge gynécologique, notamment pour les femmes déclarant être gênées dans leur intimité. Il importe d'intensifier les mesures d'information aux patientes. Il serait intéressant d'évaluer l'évolution du comportement des femmes dans leur prise en charge gynécologique après une large campagne d'information sur les compétences du médecin généraliste.



Annexe 1. Le questionnaire

Juliette Wittmann  
Interne de médecine générale  
06-65-43-27-75



**QUESTIONNAIRE AUPRES DES FEMMES  
CONSULTANT en GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE au CHU  
SUPPORT DE THESE D'EXERCICE MEDICAL**

1) Age :

2) Commune d'habitation :  
Code postal :

3) Catégorie socioprofessionnelle : **cochez la case correspondante**

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Agriculteurs  | <input type="checkbox"/> | Employés administratifs d'entreprise              | <input type="checkbox"/> |
| Artisans  | <input type="checkbox"/> | Employés de commerce                              | <input type="checkbox"/> |
| Commerçants et assimilés  | <input type="checkbox"/> | Personnels des services directs aux particuliers  | <input type="checkbox"/> |
| Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus   | <input type="checkbox"/> | Ouvriers qualifiés                                | <input type="checkbox"/> |
| Professions libérales et assimilés  | <input type="checkbox"/> | Ouvriers non qualifiés                            | <input type="checkbox"/> |
| Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques                      | <input type="checkbox"/> | Ouvriers agricoles                                | <input type="checkbox"/> |
| Cadres d'entreprise   | <input type="checkbox"/> | Anciens agriculteurs exploitants                  | <input type="checkbox"/> |
| Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés | <input type="checkbox"/> | Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise | <input type="checkbox"/> |
| Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises                      | <input type="checkbox"/> | Anciens cadres et professions intermédiaires      | <input type="checkbox"/> |
| Techniciens   | <input type="checkbox"/> | Anciens employés et ouvriers                      | <input type="checkbox"/> |
| Contremaîtres, agents de maîtrise   | <input type="checkbox"/> | Chômeurs n'ayant jamais travaillé                 | <input type="checkbox"/> |
| Employés de la fonction publique  | <input type="checkbox"/> | Inactifs divers (autres que retraités)            | <input type="checkbox"/> |

4) Situation familiale : **cochez une seule réponse**

Célibataire

En couple

4 bis) Nombre d'enfants à charge :

|

5) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie obligatoire ? :

- Oui  Non

6) Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? : **cochez une seule réponse**

- CMU  Autre mutuelle  Non

7) Avez-vous un médecin traitant (officiel pour la Sécurité Sociale)? : **cochez une seule réponse**

- Oui : généraliste  Oui : autre  Non

8) Êtes-vous venue : **cochez une seule réponse**

- De votre propre initiative  
 Adressée par votre médecin généraliste  
 Adressée par un médecin d'urgence (SOS médecins, garde ou autre)  
 **Adressée par un médecin gynécologue : NE PLUS REMPLIR LE QUESTIONNAIRE**

9) Motif principal de consultation ce jour : **cochez une seule réponse**  
**Attention suite de la question page suivante**

➤ Suivi gynécologique :

- Contraception  
 Dépistage systématique : frottis, bilan mammaire  
 Symptômes en rapport avec la ménopause  
 Surveillance de pathologie chronique  
 Trouble de la sexualité  
 Trouble de la fertilité  
 Autre : précisez.....

**Suite de la question précédente**

➤ Suivi obstétrical :

- Diagnostic et déclaration de grossesse  
 Surveillance de grossesse  
 Symptômes en rapport avec la grossesse  
 Suivi post natal  
 Complications d'allaitement  
 Pertes vaginales après l'accouchement  
 Autre : précisez.....

➤ Consultation d'urgence :

- Saignement pendant la grossesse
- Saignement hors situation de grossesse
- Douleur pelvienne
- Troubles en rapport avec les règles
  - Pertes vaginales
- Brûlures vaginales
- Autre : précisez.....

10) Avez-vous déjà consulté votre médecin généraliste pour le motif actuel?

- Oui                                       Non

11) Si vous avez déjà consulté votre généraliste pour le motif actuel,

Pourquoi ne le faites vous pas aujourd'hui ? **(plusieurs réponses possibles)**

- Il n'est pas disponible
- Je ne souhaite pas avancer les frais
- Je souhaite un autre avis
- J'ai été mécontente de ses décisions
- Je ne vais pas mieux ou je vais moins bien
- La consultation est obligatoire pour accoucher à l'hôpital
- Autre, précisez : .....

12) Si vous n'avez pas consulté votre médecin généraliste pour le motif actuel, expliquez pourquoi ci dessous ?

**Plusieurs réponses possibles**

- Je n'ai pas de médecin généraliste
- Je ne savais pas qu'il pouvait le faire
- Mon médecin généraliste ne pratique pas l'examen gynécologique
- Je ne l'ai jamais demandé à mon médecin généraliste
- Mon médecin généraliste ne me l'a jamais proposé
- L'intimité de cette pratique me gêne pour être soignée par mon médecin généraliste
- Je préfère ne pas avancer les frais
- Je préfère voir un gynécologue car je pense qu'il est plus compétent qu'un généraliste
- J'ai toujours été suivie par un gynécologue

13) Savez vous que les médecins généralistes ont une compétence dans la prise en charge des pathologies et de leur prévention y compris en gynécologie ?

Oui  Non

14) Si votre médecin généraliste vous proposait un suivi gynécologique :

**Cochez la case correspondante pour chaque raison**

- Accepteriez-vous cette prise en charge :  Oui  Non
- Lui feriez-vous confiance :  Oui  Non
- Pensez vous qu'il serait compétent :  Oui  Non
- Seriez-vous gênée dans votre intimité :  Oui  Non

15) Si vous avez déjà consulté votre médecin généraliste pour des motifs d'ordre gynécologique et/ou obstétrical, de manière générale, comment avez- vous trouvé sa prise en charge ?

- Très satisfaisante  Peu satisfaisante
- Satisfaisante  Pas du tout satisfaisante

16) A l'issu de la consultation d'aujourd'hui à l'hôpital, avez-vous été hospitalisée ?

Oui  Non

**Je vous remercie de votre participation.**

## Annexe 2. Caractéristiques de la population des groupes 1 et 2

Caractéristiques n (%) [EIQ]		Groupe 1 n= 265	Groupe 2 n= 82
Age	Répondeurs	265	82
	Médiane	33 ans	31 ans
	EIQ	[20-46]	[16-46]
	Val.min – Val.max	18-84	19-83
	Moyenne	33.721	37.061
Commune	Répondeurs	265	81
	Grenoblois	81 (30.56%)	25 (30.86%)
	Non Grenoblois	184 (69.43%)	56 (69.13%)
Catégorie socioprofessionnelle	Répondeurs	257	75
	Employés	148 (57.58%)	43 (57.33%)
	Indépendants	91 (35.40%)	23 (30.66%)
	Inactifs	18 (7%)	9 (12%)
Situation familiale	Répondeurs	264	80
	Couple	217 (82.19%)	58 (72.50%)
	Annexe 2. Célibataire	47 (17.80%)	20 (25%)
	Veuve	0	2 (2.5%)
Nombre d'enfants à charge*	Répondeurs	265	82
	Médiane	1	0
	Val.min – Val.max	0-4	0-5
	Moyenne	1.087	0.561
Assurance maladie obligatoire	Répondeurs	265	82
	Oui	255 (96.22%)	76 (92.68%)
	Non	10 (3.77%)	6 (7.31%)
Mutuelle	Répondeurs	265	81
	Autre mutuelle	229 (86.41%)	68 (83.95%)
	CMU	27 (10.18%)	10 (12.34%)
	Non	9 (3.39%)	3 (3.70%)
Médecin traitant	Répondeurs	264	82
	Généraliste	251 (95.07%)	79 (96.34%)
	Pas de médecin traitant	9 (3.04%)	1 (1.21%)
	Autre	4 (1.51%)	2 (2.43%)

Abréviations: EIQ= espace interquartile [25ème – 75ème percentiles], Val.min= valeur minimale, Val.max= valeur maximale

\* le nombre moyen d'enfants en charge (p=0.0001) diffère de manière significative

Annexe 3. Motif principal de consultation des groupes 1 et 2

p=0.008	Groupe 1	Groupe 2	Total
Suivi gynécologique	115 (45.09 %)	29 (38.15 %)	144 43.37 %
Suivi obstétrical	126 (49.41%)	34 (44.73 %)	160 48.19 %
Consultation d'urgence	15 (5.88 %)	13 (17.10 %)	28 8.43 %
Total	256	76	332

#### Annexe 4. Motifs de consultation des 2 groupes, détails pour chaque motif principal

##### Suivi gynécologique :

	n (%)	Groupe 1	Groupe 2
Contraception	42 (29.167%)	38 (33.043%)	4 (13.793%)
Dépistage systématique	49 (34.028%)	41 (35.652%)	8 (27.586%)
Ménopause	6 (4.167%)	5 (4.348%)	1 (3.448%)
Pathologie chronique	15 (10.417%)	7 (6.087%)	8 (27.586%)
Sexualité	2 (1.389%)	2 (1.739%)	0 (0%)
Fertilité	5 (3.472%)	2 (1.739%)	3 (10.345%)
Autre	25 (17.361%)	20 (17.391%)	5 (17.241%)
Total	144 (100%)	115 (100%)	29 (100%)

##### Suivi obstétrical : Les complications d'allaitement n'apparaissent pas dans les consultations obstétricales

	n (%)	Groupe 1	Groupe 2
Diagnostic et déclaration de grossesse	18 (11.25%)	13 (10.317%)	5 (14.706%)
Surveillance de grossesse	97 (60.625%)	77 (61.11%)	20 (58.824%)
Symptômes en rapport avec la grossesse	9 (5.625%)	6 (4.762%)	3 (8.824%)
Suivi post natal	30 (18.750%)	26 (20.635%)	4 (11.765%)
Pertes vaginales après l'accouchement	1 (0.625%)	1 (0.794%)	0 (0%)
Autre	5 (3.125%)	3 (2.381%)	2 (5.882%)
Total	160 (100%)	126 (100%)	34 (100%)

##### Consultation d'urgence :

	n (%)	Groupe 1	Groupe 2
Saignement pendant la grossesse	6 (21.429%)	4 (26.667%)	2 (15.385%)
Saignement hors situation de grossesse	7 (25%)	3 (20%)	4 (30.769%)
Douleurs pelviennes	5 (17.857%)	3 (20%)	2 (15.385%)
Troubles en rapport avec les règles	4 (14.286%)	3 (20%)	1 (7.692%)
Pertes Vaginales	4 (14.286%)	1 (6.667%)	3 (23.077%)
Brûlures vaginales	2 (7.143%)	1 (6.667%)	1 (7.692%)
Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	28 (100%)	15 (100%)	13 (100%)

Annexe 5. Tableaux de contingence des tests de significativité Chi 2:

Tableau 1.

Motifs	Groupe 1	Groupe 2	Significativité
Fertilité, Pathologies Chroniques	9 (7.82%)	11 (37.93%)	p < 0.0001
Autres motifs gynécologiques	106 (92.17%)	18 (62.06%)	

Tableau 2.

Déjà consulté	Groupe 1	Groupe 2	Significativité
Oui	64 (25.29%)	34 (45.33%)	p= 0.0009
Non	189 (74.70%)	41 (54.66%)	

Tableau 3.

Connaissance d'une compétence en gynécologie	Déjà consulté	Pas consulté	Significativité
Oui	79 (84.04%)	134 (59.55%)	p < 0.0001
Non	15 (15.95%)	91 (40.44%)	

Tableau 4.

Accepteriez-vous cette prise en charge	Groupe 1	Groupe 2	Significativité
Oui	85 (33.59%)	42 (60.87%)	p < 0.0001
Non	168 (66.40%)	27 (39.13%)	

Tableau 5.

Accepteriez-vous cette prise en charge	Déjà consulté	Pas consulté	Significativité
Oui	54 (60%)	72 (32.28%)	p < 0.0001
Non	36 (30%)	151 (62.71%)	



THESE SOUTENUE PAR : Juliette Wittmann

TITRE : Déterminants du lieu de consultation pour les soins primaires de gynécologie-obstétrique.

Enquête auprès de 521 femmes consultant au CHU de Grenoble.

## CONCLUSION

Historiquement, le suivi gynécologique et obstétrical des femmes était massivement assuré par des spécialistes d'organe, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens.

La diminution du nombre de ces médecins a modifié les choix des femmes.

L'objectif de cette étude est de déterminer les raisons de l'orientation importante des femmes pour leurs soins primaires gynécologiques vers les spécialistes d'organe, notamment ceux exerçant en hospitalier.

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive déclarative se basant sur un questionnaire de 16 questions remis aux femmes consultant sur rendez-vous et en urgence dans l'unité de gynécologie-obstétrique au CHU de Grenoble pendant 3 semaines en Mars 2008. Étaient exclues les femmes adressées par un gynécologue.

521 questionnaires (73,18% des consultations faites durant cette période) ont été retournés dont 347 ont été exploités: 265 femmes (76.36%) consultant de leur propre initiative et 82 femmes adressées par un médecin non spécialiste d'organe. Les soins primaires représentent la majorité des motifs de consultation des femmes dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Grenoble, d'autant plus pour les femmes qui viennent de leur propre initiative. Les médecins de ville assurent cette prise en charge et relayent les cas

complexes au spécialiste, essentiellement en ce qui concerne les pathologies chroniques et les troubles de la fertilité ( $p < 0.0001$ ). 65 à 70% des femmes répondantes ont notion d'une compétence du médecin généraliste motivant ce type de prise en charge ( $p < 0.0001$ ) et leur font confiance. Elles sont plutôt satisfaites de la prise en charge gynécologique par le médecin généraliste. Pour autant, les femmes consultant de leur propre initiative préfèrent leur gynécologue parce qu'elles pensent qu'il est plus compétent et parce qu'elles ont habituellement été suivies par ce dernier. Elles acceptent éventuellement la prise en charge du médecin généraliste, en particulier si elles l'ont déjà consulté dans ce domaine auparavant ( $p < 0.0001$ ).

Il serait utile d'analyser le contenu des consultations afin de savoir si les femmes adressées par des généralistes présentent des pathologies plus complexes que celles venues de leur propre grès.

Cette étude constate que le déterminant essentiel de consultation pour les soins primaires de gynécologie-obstétrique chez le spécialiste d'organe est l'insuffisance d'information des patientes sur les compétences du généraliste. Au vu de la pénurie grandissante de gynécologue, il semble urgent d'établir une vaste campagne d'information promouvant les compétences du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 25/08/05

LE DOYEN

B.SELE

~~Pr. Bernard Sèle~~  
Doyen de la Faculté de Médecine  
Vice Président Santé  
Université Joseph Fourier

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR Jean-Patrick SCHAAL



## REFERENCES

- [1] Wonca Europe. La Définition européenne de la médecine générale- médecine famille. 2002
- [2] Université Lyon 1. DIU Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique destinée aux médecins généralistes. 2009
- [3] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Mai 2007
- [4] Haute Autorité de Santé. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Septembre 2002
- [5] Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en médecine générale. Septembre 2004
- [6] Cohen J, Madelenat P, Levy-Todano et al. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France, Editions ESKA. 2000, 191 pages, ISBN 2-86911-958-5 ; la prise en charge gynécologique : p.38-41
- [7] Serfaty D. La gynécologie médicale en France. Enquête BVA : Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Fédération Nationale des collèges de Gynécologie Médicale. Novembre 2007
- [8] Collège national des gynécologues obstétriciens de France. Lettre ouverte à Monsieur le Professeur Jean-François Mattéi. 11 mars 2003
- [9] Cohen J, Madelenat P, Levy-Todano et al. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France, Editions ESKA. 2000, 191 pages, ISBN 2-86911-958-5 ; la démographie des gynécologues en France : p.22-27
- [10] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française. Janvier 2006
- [11] Statistiques des consultations de gynéco-obstétrique au CHU de Grenoble. 2007- Mars 2008
- [12] MG France. Médecin Généraliste et Suivi de la femme. Enquête Epilule. 9 novembre 2008
- [13] Hardy-Duberet AC. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? DRESS. Revue Française des Affaires Sociales. N°1-2005

**UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat diplôme d'Etat  
Soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Par Juliette Wittmann  
Le 08 septembre 2009

**DETERMINANTS DU LIEU DE CONSULTATION POUR LES SOINS PRIMAIRES  
DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
Enquête auprès de 521 femmes consultant au CHU de Grenoble**

**RESUME**

Historiquement, le suivi gynécologique et obstétrical des femmes était massivement assuré par les gynécologues. La diminution du nombre de ces médecins a modifié les choix des femmes.

L'objectif de cette étude est de déterminer les raisons de l'orientation des femmes pour leurs soins primaires gynécologiques vers les spécialistes d'organe exerçant à l'hôpital.

Il s'agit d'une étude déclarative basée sur un questionnaire remis aux femmes consultant dans l'unité de gynécologie obstétrique du CHU de Grenoble en Mars 2008. Étaient exclues les femmes adressées par un gynécologue obstétricien.

521 questionnaires (73,18% des consultations) ont été retournés, 347 ont été exploités: 265 femmes (76.36%) consultant de leur propre initiative et 82 femmes adressées par un médecin généraliste ou urgentiste. Les soins primaires représentent la majorité des motifs de consultation, d'autant plus pour les femmes qui viennent de leur propre initiative. Les médecins de ville relayent les cas complexes au spécialiste, essentiellement en ce qui concerne les pathologies chroniques et les troubles de la fertilité ( $p < 0,0001$ ). 65 à 70% des femmes ont notion d'une compétence du médecin généraliste dans ce domaine ( $p < 0,0001$ ) et leur font confiance. Les femmes consultant de leur propre initiative préfèrent le gynécologue parce qu'elles pensent qu'il est plus compétent et parce qu'elles en ont l'habitude. Elles acceptent éventuellement la prise en charge du généraliste, en particulier si elles l'ont déjà consulté dans ce domaine auparavant ( $p < 0,0001$ ).

Il serait utile d'analyser le contenu des consultations afin de savoir si les femmes adressées par des généralistes présentent des pathologies plus complexes que celles venues de leur propre grès.

Cette étude permet de constater que le déterminant essentiel de consultation pour les soins primaires de gynécologie obstétrique chez le gynécologue est le manque d'information des patientes sur les compétences des généralistes. Il semble donc urgent de mettre en oeuvre une campagne d'information promouvant les compétences des médecins généralistes en soins primaires de gynécologie obstétrique.

**Mots clés: Gynécologie; Obstétrique; Soins primaires; Consultation; Déterminants**

**ABSTRACT**

Historically, the gynaecological and obstetric follow-up of the women was heavily insured by the gynaecologists. The decrease in number of doctors has changed women's choices.

The study objective is to determine the reasons of the women guidance for their gynaecological primary care to the specialists practicing at the hospital.

A declarative survey was undertaken through a questionnaire given to women who consult in the gynaecology-obstetrics unity of the University Hospital of Grenoble in March 2008. The women sent by a gynaecologist-obstetrician were excluded. 521 questionnaires (73.18% of visits) were returned, 347 were used: 265 women (76.36%) coming on their own and 82 women sent by a general practitioner or emergency doctor. The primary cares represent the majority of consultation reasons, especially for women coming on their own. General practitioners relay complex cases to specialists, mainly with regard to chronic diseases and fertility disorders ( $p < 0.0001$ ). 65 on 70 % of the women have notion of a general practitioner skill in this domain ( $p < 0, 0001$ ) and rely on them. Women consulting on their own prefer gynaecologist because they think he is more competent and because they are accustomed. They may accept the general practitioner care, especially if they have already consulted in this area before ( $p < 0.0001$ ).

It would be useful to analyze the consultations content to know whether women sent by general practitioners present pathologies more complex than those come from their own initiative.

This study explains that the consultation key determinant for gynaecology and obstetrics primary care at the gynaecologist is the lack of information for patients on the general practitioner skills. Therefore, it seems urgent to implement an information campaign promoting the general practitioner skills for gynaecology and obstetrics primary care.

**Keywords: Gynaecology; Obstetrics; Primary care; Consultation; Determinants**