

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020

N° 2020-61

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Alizé BERNARD

Présentée et soutenue publiquement le 02 juillet 2020

**PARCOURS DE SOINS DES FEMMES EN VENDÉE :
ÉVALUATION DE LA PREMIÈRE DÉMARCHE VERS LE SUIVI
GYNECOLOGIQUE**

Président : Monsieur le Professeur Remy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME

Remerciements

A monsieur le Professeur Rémy Senand, pour m'avoir fait l'honneur d'accepté la présidence de mon jury.

A monsieur le Docteur Guillaume Ducarme, pour m'avoir d'abord accueilli dans votre service où j'ai tant appris, puis pour avoir ensuite accepté de diriger cette thèse et m'avoir prodiguer les conseils dont j'avais besoin, je vous remercie pour le temps passé à me guider dans ce travail.

A monsieur le Professeur Lionel Goronflot, pour avoir été un de mes enseignants pendant ce troisième cycle et pour m'avoir reçu lors de la validation de mon DES, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A madame le Professeur Céline Bouton, pour m'avoir accueilli quelques jours en stage à l'issu de mon deuxième cycle, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A madame le Docteur Maud Jourdain, pour m'avoir suivi et accompagné pendant une grande partie de mes enseignements du troisième cycle, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A madame le Docteur Isabelle Bourdet, pour avoir été présente si j'en avais besoin pendant mon stage SASPAS, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au service de suites de couches du CHD, pour avoir grandement aidé à la réalisation de cette étude, et pour m'avoir accueillie et tellement appris pendant mon semestre à vos côtés, tout comme toute l'équipe médicale et para-médicale du service de gynécologie en général.

Au service de médecine 1 à Montaigne et des urgences du CHD, pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas en tant qu'interne et avoir participé à ce que je devienne le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes maîtres de stages, Docteurs Agnès Seguin, Corinne Dujardin, Dominique Dubois, David Delagoutte et Teddy Bourdet, pour m'avoir accueillie et formée dans vos cabinets en tant qu'interne, et m'avoir poussée à ne jamais cesser de me former et à réfléchir à ma pratique.

A Papa et Marine, ma petite sœur, pour avoir toujours cru en moi, été présents, et ne pas m'en avoir voulu pour les soirées et week end passés, enfermée à travailler dans ma chambre, merci pour votre soutien.

A Elsa, Marion, Hélène, Damien et Dany, pour avoir toujours été présents dans les bons comme les mauvais moments depuis 10 voir même 20 ans, pour m'avoir supporter, faire rire, pour nos voyages, nos week end et nos soirées, merci pour tout.

A Fiona pour ton amitié sur les bancs de la fac et maintenant sur les bancs des aéroports pour toujours plus de voyage.

A mamie Lucette pour être, je le crois, la personne le plus fière de moi qui puisse exister et pour ton amour sans faille.

A toute ma famille pour son soutien pendant toutes ces années.

A Maman, qui je l'espère aurait été fière de moi, avec qui j'aurais tellement aimé pouvoir partager tous ces moments de vie si importants.

Table des matières

I) Introduction.....	4
II) Contexte.....	5
2 -1 Premier examen gynécologique et consultation de contraception : état des lieux et recommandations	5
2 - 2 Place du médecin généraliste	6
2 - 3 La démographie médicale en Vendée.....	9
III) Matériel et méthode.....	14
3 - 1 Type d'étude et population	14
3 - 2 Recueil de données.....	14
3 - 3 Questionnaire.....	14
3 - 4 Objectifs.....	15
3 - 5 Analyse des données.....	16
IV) Résultats.....	17
1 - Effectifs.....	17
2 - Description de la population.....	17
3 - Patientes ayant consulté une sage-femme.....	20
4 - Patientes ayant consulté un médecin généraliste ou un gynécologue.....	24
5 - Comparaison des patientes par classes d'âges.....	36
6 - Parcours de soins des patientes.....	47
V) Discussion.....	50
VI) Conclusion.....	63
VII) Bibliographie.....	50
VIII) Annexes.....	59

I) INTRODUCTION

Le premier examen gynécologique peut être source de questionnements, de stress de la part des patientes et conditionne en partie, de par son impact, la suite de leur suivi. De nombreuses études se sont intéressées au point de vue des médecins, généralistes comme gynécologues : L'âge auquel ils proposent l'examen à leur patientes, les circonstances qui les poussent à proposer celui-ci, le contenu de leur consultation gynécologique et son déroulement (1, 2).

Quelques études se sont intéressées au point de vue des patientes, et même plutôt des adolescentes, souvent de façon antérieure à l'examen : « qu'attendent elles de l'examen ? Quelles sont leur craintes ? Qu'en connaissent-elles ? » (3).

Peu d'études en France ont cherché à savoir quelles étaient les circonstances et le contexte de cet examen et comment cela s'était-il déroulé du point de vue des patientes.

On le constate donc, les questionnements vis à vis de cet examen sont nombreux : en effet l'entrée dans le parcours de soin du suivi en gynécologie peut se faire auprès de différents professionnels (sages femmes, médecins généralistes, gynécologues, planning familiaux ...), pour de nombreux motifs, et à des âges très différents.

Cette entrée dans ce parcours de soins se produit souvent à l'occasion d'une première demande de contraception, mais parfois il s'agit également d'une demande de la mère qui amène sa fille vers le professionnel de santé pour une visite systématique ou bien afin de vérifier l'origine d'un symptôme ou pour une simple réassurance de la patiente.

Pour ces consultations de gynécologie, les femmes en France, peuvent aller voir un médecin généraliste, un gynécologue obstétricien ou gynécologue médicale ou bien même une sage-femme, depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire, dite HPST de 2009 (4) : En effet depuis la publication de l'article 86 de la loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009, modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38 : « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. » (5).

Cet élargissement des compétences de la sage-femme, offre aux patientes un autre interlocuteur vers qui se tourner pour leur suivi gynécologique, dans un contexte démographique qui voit une baisse du taux de gynécologues et médecins généralistes installés sur le territoire depuis plusieurs années.

En Vendée particulièrement, département dont la démographie augmente depuis plusieurs années, avec en parallèle d'une baisse de la démographie médicale sur ce territoire.

Les interrogations vis à vis de cet examen, de la part des patientes, émises à l'occasion de diverses consultations que j'ai pu mener, m'ont amené à concevoir cet étude dans le but de faire le point sur la situation en Vendée, leurs parcours de soin, et d'appréhender le vécu qu'elles en ont.

Les objectifs de l'étude sont :

- de faire un état des lieux du début du parcours de soins des patientes concernant leur suivi gynécologique : à quel âge, pour quels motifs, quel est le professionnel consulté.
- de décrire les patientes qui consultent l'un ou l'autre des professionnels concernés : Y-a-t il un « profil type » de patiente qui s'oriente plus vers un généraliste ou vers un gynécologue
- explorer les vécus et le déroulement de ce premier examen gynécologique du point de vue de la patiente.

II) CONTEXTE

2- 1 Premier examen gynécologique et consultation de contraception : état des lieux et recommandations

Depuis plusieurs années en France on observe une importante couverture contraceptive : une grande majorité de la population des femmes en âge de procréer et pouvant être soumise à une grossesse utilise une méthode contraceptive (6 - 8) : selon l'enquête du baromètre santé en 2016, seulement 8% déclarent ne pas utiliser de méthode de contraception. Parmi ces femmes près de 72% utilisent une méthode contraceptive dite médicalisée (9).

La méthode contraceptive qui arrive en tête depuis plusieurs années, est la pilule oestro-progestative, et ce même après une baisse importante du recours à ce type de contraception suite à la polémique sur les pilules de 3ème et 4ème générations en 2012-2013.

Elle est la méthode de contraception favorisée par plus de 50% des femmes entre 15 et 24 ans, puis son utilisation diminue même si elle reste majoritaire entre 25 et 34 ans. Le préservatif occupe lui, une place importante pour les jeunes femmes débutant leur vie sexuelle, utilisé seul ou en association avec la pilule oestro-progestative (9).

Sachant qu'au niveau national l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17,6 ans pour les filles (10), il s'agit donc d'un âge à partir duquel les jeunes femmes vont consulter pour se faire prescrire un contraceptif : en 2010, 90% des jeunes femmes de 15 à 24 ans déclaraient avoir fait usage du préservatif lors de leur premier rapport sexuel, et 78,9% des 15-19 ans puis 83,4% des 20-24 ans utilisaient une pilule contraceptive dite « classique », oestro-progestative (11).

Dans ces recommandations de bonne pratique, actualisées en septembre 2019 (12), la HAS évoque l'examen gynécologique lors de la consultation pour prescription d'une première contraception, mais sans trop détailler le moment auquel il doit être proposé :

« L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. »

Il en est de même pour le suivi gynécologique ultérieur, lors des consultations de surveillance ou de réévaluation du traitement :

« Le suivi médical comporte :

- un interrogatoire sur les problèmes de santé survenus depuis la dernière consultation et sur la prise de médicaments ;
- un examen clinique : poids, taille, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ... »

Ces recommandations sont en accord avec celles du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (6, 13), qui ré affirme le principe que l'examen gynécologique lors de la première consultation de contraception, particulièrement chez les adolescentes, n'est pas une obligation, et qu'au contraire il est important d'en informer les femmes, afin d'installer une relation de confiance et de pouvoir le programmer ultérieurement dans de bonnes conditions.

En France, les seules recommandations précises concernant l'examen gynécologique, sont les recommandation de la HAS et concerne le premier frottis (14) : il est recommandé à 25 ans, puis tout les 3 ans, jusqu'à 65 ans, sous réserve que les deux premiers frottis cervico-utérins (FCU), réalisés à 1 an d'intervalle, soit normaux.

Pour le reste des examens gynécologiques, en dehors de ce contexte particulier, plusieurs études

s'accordent pour dire qu'il n'existe pas de recommandations devant faire proposer à une patiente, sans antécédents, un examen systématique en dehors de toute plainte ou symptômes (15 - 17).

Cependant l'examen gynécologique fait partie intégrante de la vie de la femme et sera nécessaire tout au long de sa vie (dépistage, suivi de grossesse, réassurance, symptômes divers, ...). Depuis plusieurs dizaines d'années des études de différentes ampleur, en France comme au Canada, entre autre, (18, 19) ont mis en évidence une appréhension de la part des patientes vis à vis de ce premier examen, souvent, notamment, à cause d'un manque d'informations et à des représentations négatives de cette consultation. Malgré tout cet examen fait aussi l'objet d'attente de la part des femmes (20) ; explications, écoute, réassurance.

Il est donc essentiel du point de vue médicale tout comme du point de vue personnelle pour la patiente : c'est pourquoi de nombreux supports existent afin de guider, rassurer la patiente et fournir quelques informations sur le déroulement de cette consultation et si besoin de l'examen : sur le site de l'assurance maladie avec des fiches informations (21 - 23), ou le site « choisir sa contraception » (24), par des dépliants pouvant être disponibles dans les cabinets de médecins, les planning familiaux ou auprès des infirmières scolaires (25) ou divers sites internet s'adressant directement aux patient(e)s (26, 27) et même particulièrement aux adolescents (28 - 30).

2 - 2 Place du médecin généraliste

En France le médecin généraliste est le spécialiste de premier recours : c'est à dire qu'il doit être consulté le premier, en tant que médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins coordonné recommandé par la loi du 13 aout 2004 (31).

Pour toute consultation par un spécialiste d'organe, il est recommandé aux patients de consulter leur médecin traitant qui les orientera ensuite vers un autre spécialiste, si celui-ci le juge nécessaire.

Ce parcours de soins permet de favoriser le suivi par un même professionnel qui connaîtra alors, mieux le patient : ce qui impliquera l'installation plus aisée d'une relation médecin-patient de confiance, la possibilité d'un suivi régulier par un spécialiste disponible et de proximité, et un suivi global du patient en tant que tel, par un médecin compétent dans divers domaines.

Il existe cependant des exceptions qui s'appliquent directement au sujet traité : l'examen gynécologique. En effet, les patientes en France peuvent aller voir sans peine d'être pénalisé financièrement dans leur parcours de soins, une sage-femme ou bien un gynécologue pour leur première consultation de contraception ou bien la suite de leur suivi gynécologique.

Le médecin généraliste, de par ses différentes compétences (32), est bien placé pour débiter et réaliser ce suivi, pour différents motifs:

En effet il sera le premier à entamer une discussion au sujet de la gynécologie avec les patientes sur un versant préventif, et ce dès le début de l'adolescence par la proposition de la vaccination anti papillomavirus (HPV) (33, 34).

Son rôle réside aussi dans le dépistage : dépistage du cancer du col utérin dès 25 ans avec le FCU (34), puis dépistage du cancer du sein (35), celui-ci ayant bien souvent aussi connaissance de la présence d'antécédents familiaux, en tant que médecin de famille.

De plus grâce à son rôle de spécialiste de premiers recours et celui-ci ayant une vision globale du patient, il est très souvent le premier consulté pour les prescriptions de moyens de contraception ou lors de la ménarche des jeunes femmes si celles-ci se plaignaient de dysménorrhées.

Ces données ont été analysées, en Pays de la Loire notamment, en 2015 (36), par un panel d'observation des médecins généralistes s'intéressant pour partie au suivi gynécologique.

Il en ressort que 63% des médecins généralistes interrogés déclaraient réaliser au moins une fois par semaine une consultation pour suivi contraceptif, et 26% au moins une fois par mois. Pour un symptomatologie pelvienne c'était 45% qui disaient être consultés une fois par semaine et 40% une fois par mois.

Et donc dans la pratique, 63% des médecins interrogés effectuaient un examen clinique des seins au moins une fois par semaine, et c'était 47% pour la pose d'un spéculum et idem pour la réalisation d'un toucher vaginal, à cette même fréquence.

Cette étude démontrait également que les médecins en Pays de la Loire, effectuait davantage de suivi gynécologique que leur confrère au plan national ; en effet, pour reprendre l'exemple du suivi contraceptif, ils étaient 63% en Pays de la Loire à effectuer au moins une fois par semaine une consultation pour ce motif, alors qu'ils n'étaient que 52% au niveau national.

Cela s'observait dans le ressenti de leur rôle et compétences propres : ils étaient 77% à juger que « réaliser des suivis gynécologiques fait partie des missions du médecin généraliste » (contre 56% au niveau national), et 86% à « se considérer suffisamment formé pour réaliser des suivis gynécologiques » (contre 68% au plan national).

Les thèses qui se sont intéressées au suivi gynécologique réalisé par les médecins généralistes, confirment les résultats de cette étude : lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur leur pratique de cet examen : il a été montré qu'en grande majorité ceux-ci voyaient le suivi gynécologique comme faisant parti de leur rôle (2) et aussi qu'ils avaient conscience de l'impact de celui-ci vis à vis du suivi ultérieur des patientes et de leur vie sexuelles (1, 38).

Quand ce sont les patientes qui sont interrogées sur leur choix, elles mettent en avant la confiance envers le médecin, ses compétences, la proximité, l'accessibilité de ce professionnel et sa connaissance global du dossier médical comme arguments les premiers cités (2, 37).

Pour autant le médecin généraliste n'est pas toujours identifié, comme étant le professionnel vers qui les patientes vont se tourner : que ce soit pour rechercher des informations notamment en parlant de leur sexualité (37, 39) ou faire réaliser leur examen gynécologique (2), et ceux-ci en sont bien conscient.

Ils évoquent aussi les freins, selon eux, au fait que les patientes les consultent pour de la gynécologie : le manque de connaissances en leurs compétences par les patientes, le temps nécessaire à ce type de consultation, leur propre manque de connaissances ou inconfort vis à vis de cet examen, le sexe masculin du médecin consulté (1, 2, 39).

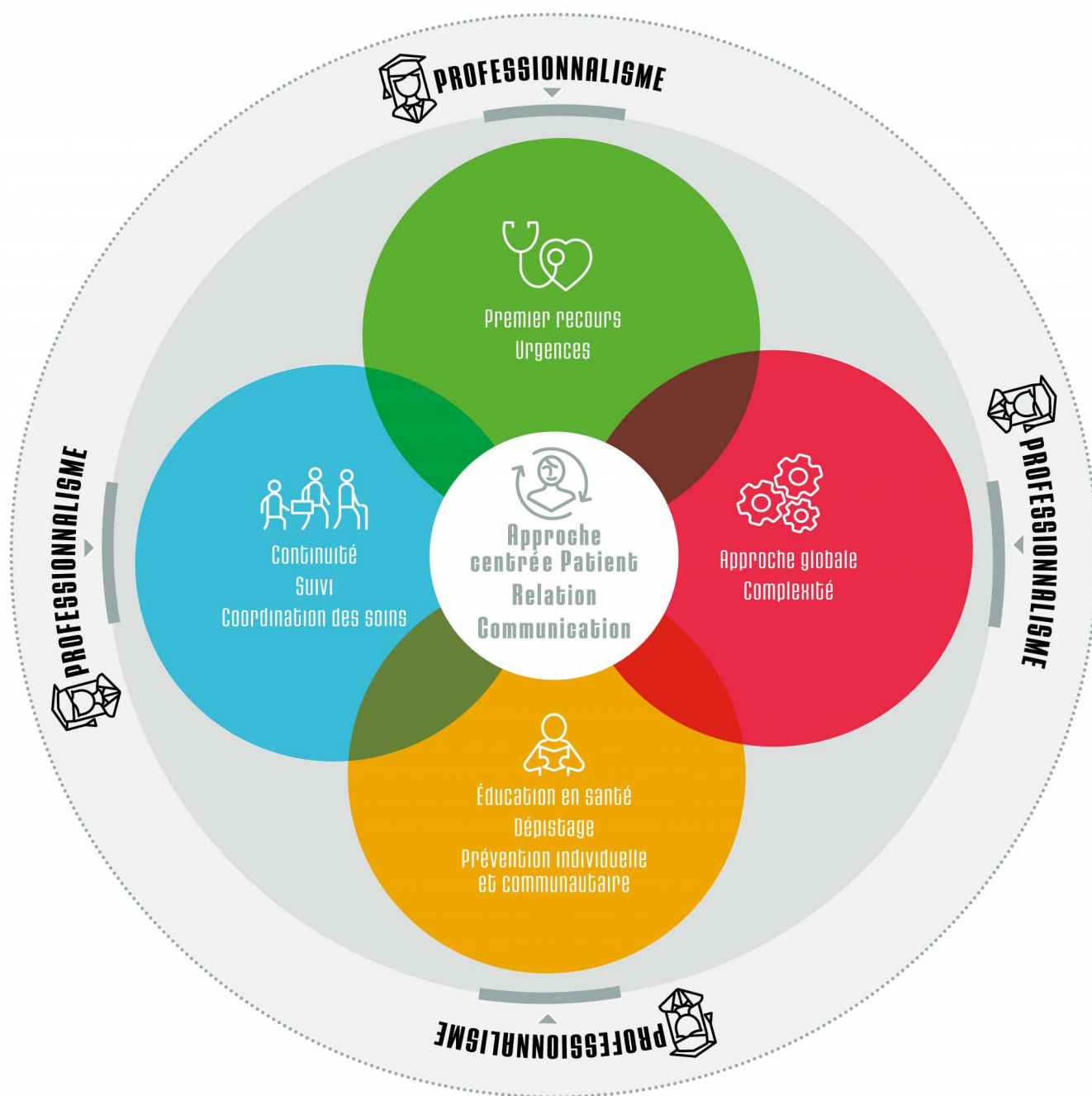


Figure 1 : Marguerite représentant les 6 compétences principales du spécialiste en médecine générale. CNGE.

2 - 3 La démographie médicale en Vendée

Une diminution du nombre de médecins généralistes

En 2019 on comptait 849 médecins généralistes en Vendée contre 825 en 2013, mais à nuancer avec le détail des chiffres notamment concernant le nombre de médecins installés en libéral : 485 en 2019 contre 536 en 2013, soit au final une baisse de 9,5% de l'effectif des médecins généralistes installés sur le territoire.

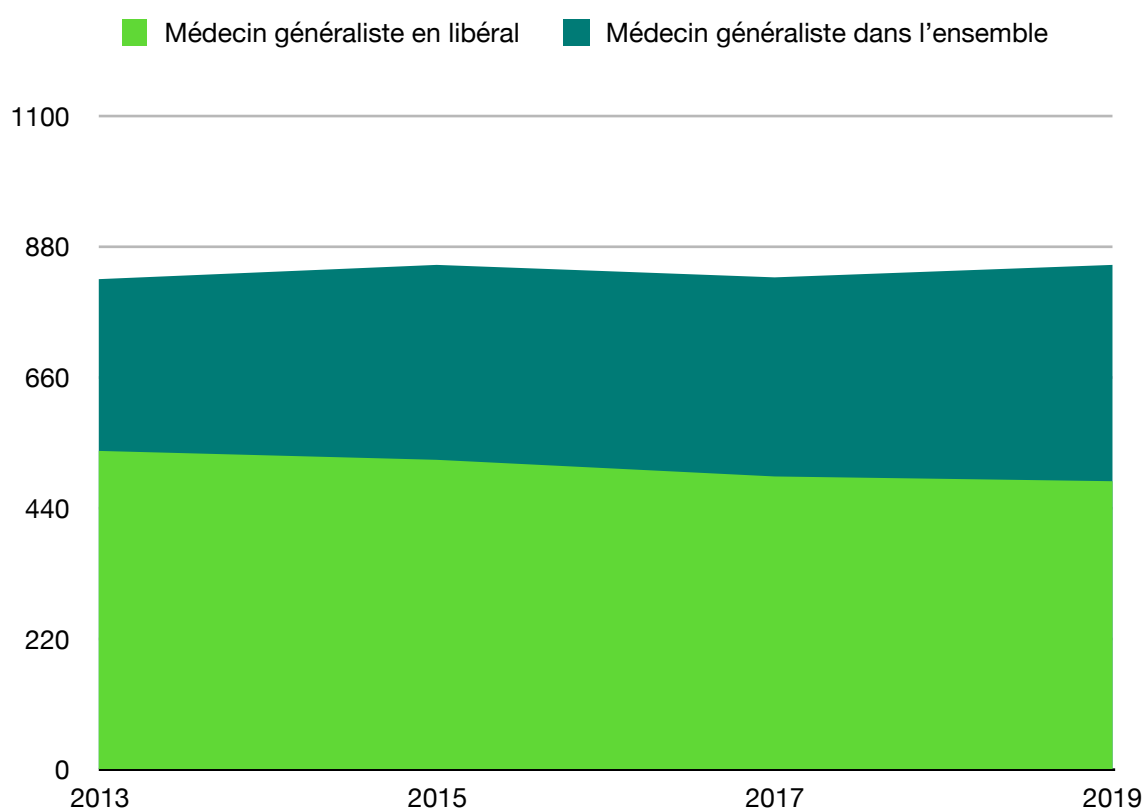


Figure II : nombre de médecins généraliste actifs occupés (Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire Adeli) au 1er janvier de chaque année, dans l'ensemble et part des libéraux exclusifs

Le territoire de la Vendée est donc un département en difficulté vis à vis de l'accès au soin avec une densité de 125,49 (71,69 en libéral) médecins pour 100000 habitants en 2019, par rapport au niveau régional : 145,19, et même national : 152,74 (88,8 en libéral) (40). Vu différemment il y a 1 médecin pour 1554 habitant en moyenne, en Vendée (41).

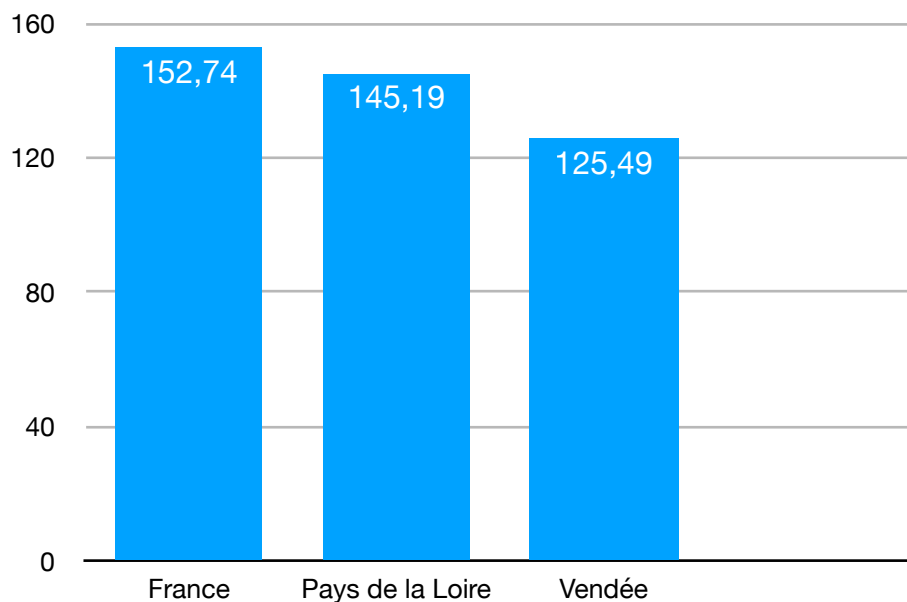


Figure III : Répartition de la densité de médecins généralistes en 2019 en France, Pays de la Loire et Vendée

On remarque également grâce à l'indicateur APL, que cette densité est inégalement répartie sur le territoire : avec des zones comme l'est du département ou le sud ouest, moins bien dotées (42).

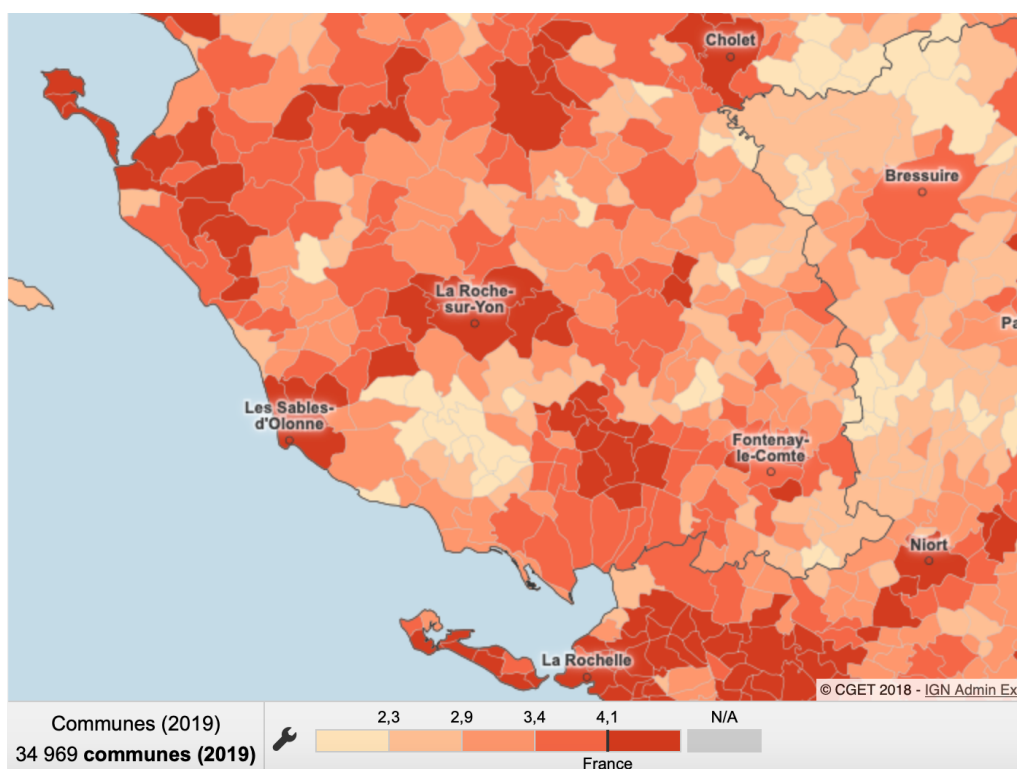


Figure IV : Cartographie de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en Vendée en 2019

(APL : « calculé au niveau de la commune : il indique, pour une profession donnée, le volume de soins accessible pour les habitants de cette commune, compte tenu de l'offre disponible et de la demande au sein de la commune et dans les communes environnantes. Au niveau supracommunal (territoire de vie-santé ou du bassin de vie ou canton-ou-ville), l'APL est égal à la moyenne des APL communaux, pondérée par la population standardisée par la consommation de soins par tranche d'âge. ») (43).

Chute du nombre de gynécologues

Depuis 2013 on observe pour les gynécologues médicaux une baisse du nombre de médecins inscrits en activité en Vendée : de 15 médecins gynécologues en 2013 ont passé à 12 médecins en 2019, soit une baisse de 20% de l'effectif.

Ceci dans un contexte de densité médicale faible par rapport au reste du territoire : En 2019 on décrivait une densité de gynécologue médicaux de 9,07 pour 100 000 habitants de plus de 15 ans en France, contre 12,58 en 2013.

Cette densité passait à 5,27 en Pays de la Loire (contre 7,6 en 2013), et a seulement 4,17 pour 100 000 habitants de plus de 15 ans, en 2019 en Vendée (5,21 en 2013)

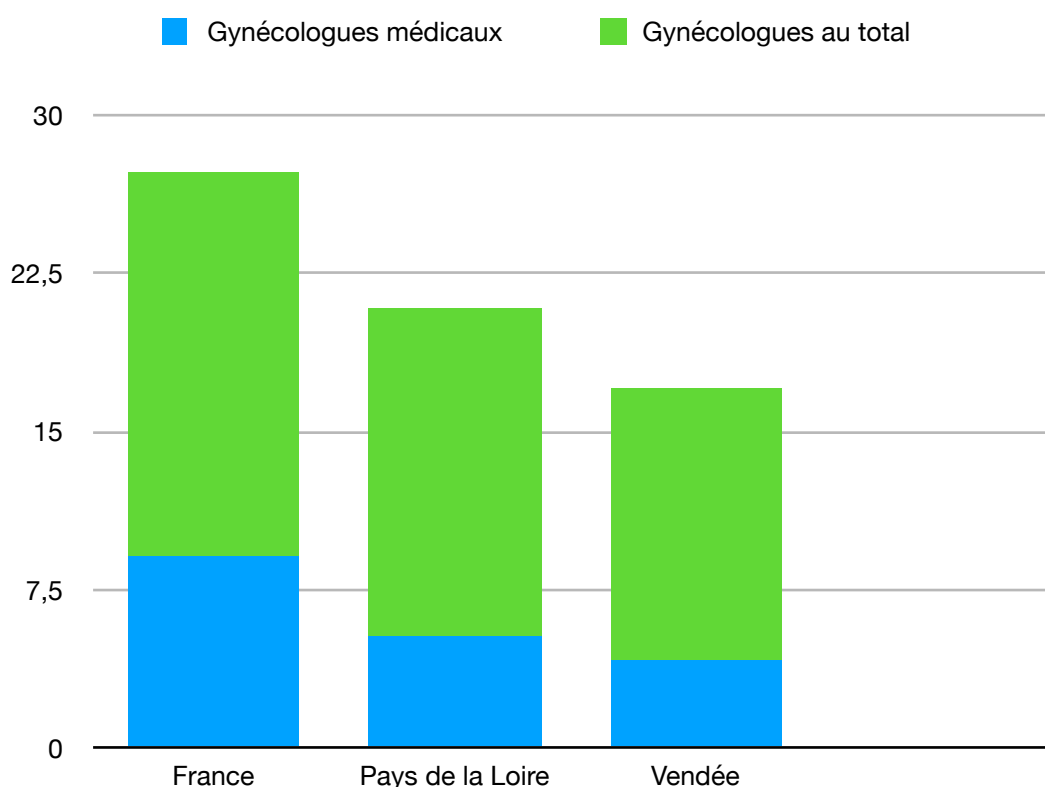


Figure V : Densité des gynécologues médicaux et gynécologues en général selon le territoire intéressé en 2019

Au contraire pour les gynécologues obstétriciens on observe un effectif total passant de 28 médecins en 2013, à 37 en 2019, avec cependant une nuance au niveau de l'augmentation des médecins exerçant en libéral (qui vont représenter une plus grande partie du nombres de

consultations concernant la population analysée), avec 11 libéraux exclusifs en 2013, contre 14 en 2019.

Pour ce qui est de la densité de gynécologues obstétriciens en 2019 : il y avait 18,23 médecins pour 100 000 habitants de plus de 15 ans, en France (contre 14,86 en 2013). En Pays de la Loire, la même année on notait une densité de 15,51 médecins pour 100 000 habitants de plus de 15 ans (12,49 en 2013) et à peine 12,85 en Vendée (Contre 9,73 en 2013).

La Vendée un territoire bien pourvu en sages-femmes

En 2013 on dénombrait 189 sages-femmes en Vendée dont 21,6% (44) en libéral exclusif, alors qu'en 2019 on notait une augmentation à 207 sages-femmes dont 27,5 %, soit 57 sages-femmes en libéral exclusif.

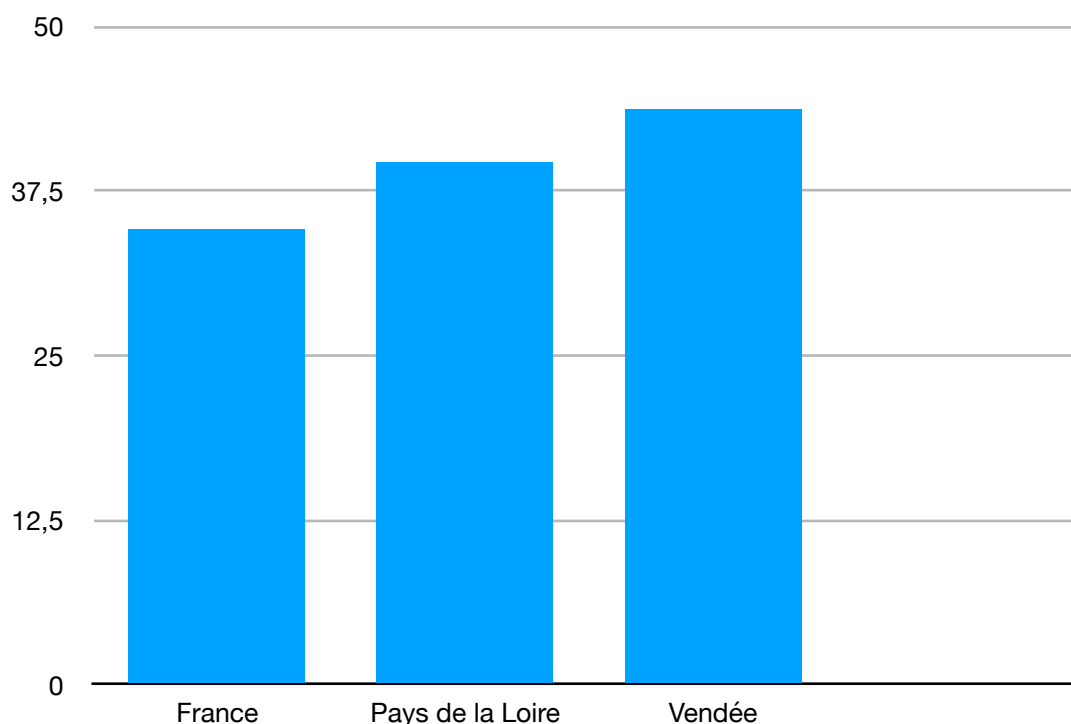


Figure VI : Répartition de la densité des sages-femmes en 2019 selon le territoire intéressé

La densité de sages-femmes se calcule pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans : elle augmente depuis quelques années et est plutôt élevée en Vendée (44)

En France, en 2013 on comptait 139,71 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, (dont 22,06 en libérale exclusif) contre 158,4, (dont 34,72 en libéral exclusif) en 2019.

Il en va de même pour les Pays de la Loire : 137,88 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2013, et en 2019 : 154,8 .

Et c'est le même phénomène pour la Vendée, en 2013 : 144,92 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, (dont en libéral : 31,44) et en 2019 : 158,72 (dont en libéral : 43,7), soit une augmentation totale de 9,5%.

Pour ce qui est de l'APL des sages-femmes libérales, on remarque ; tout comme dans le cas des médecins généralistes, des disparités selon les zones du territoire. Comme pour les médecins généralistes, la zone sud ouest du département est moins bien pourvue en sage-femme, alors que la zone est, où l'on notait un certain manque de médecins généralistes, est plutôt un lieu avec une accessibilité des sages-femmes plus nuancée du nord au sud (45) .

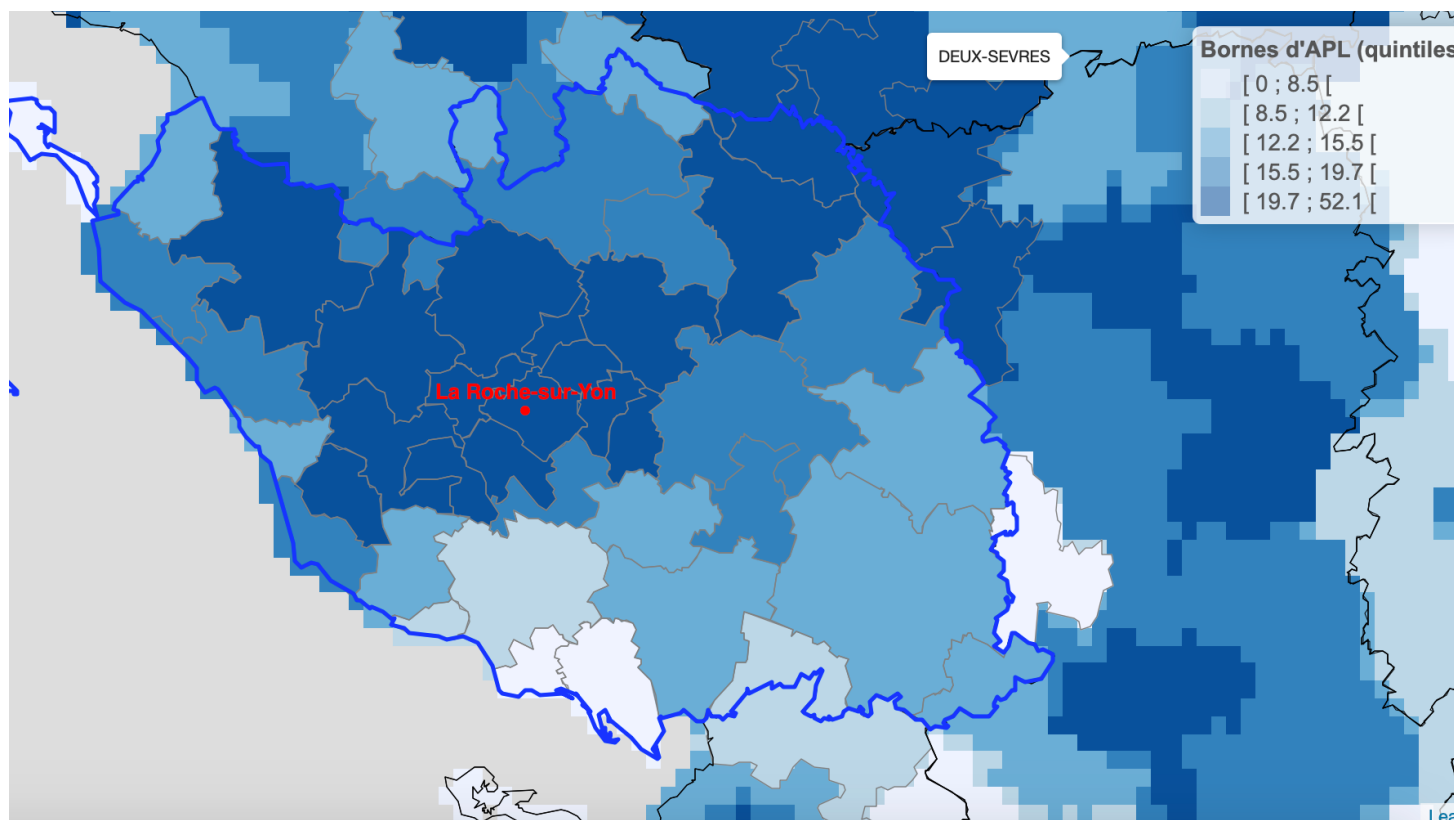


Figure VII : Cartographie de l'accessibilité potentielle localisée aux sages femmes libérales en Vendée en 2017

III - MATERIELS ET METHODES

3 - 1 Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective sur des données rétrospectives, monocentrique, et analytique. Elle a inclus pendant environ 5 mois, toutes les femmes hospitalisées dans le service de maternité du CHD de La Roche sur Yon, sachant lire et écrire le français et ayant donc pu répondre au questionnaire.

Il a été exclu les questionnaires dont seul la partie des données socio-démographiques était renseignée et donc dont toutes les parties portant sur le sujet même de l'étude n'avaient pas été remplies.

L'étude a été réalisée dans le service de maternité du Centre Hospitalier Départemental de la Roche sur Yon, ceci afin de toucher un grand nombre de femmes en un temps relativement restreint, de permettre un recueil des questionnaires plus aisé, et d'avoir un panel d'âge varié parmi les femmes répondantes, qui ne soit pas trop éloigné par rapport aux événements dont nous faisons référence dans le questionnaire.

3 - 2 Recueil de données

Le questionnaire a été distribué par le personnel soignant du service maternité du CHD de La Roche sur Yon, de fin juin 2019 jusqu'à fin novembre 2019 inclus.

Il s'agissait d'un auto questionnaire, anonyme, distribué, à toutes les patientes hospitalisées dans le service, et récupéré par le personnel soignant également.

Le questionnaire a au préalable, été testé sur 6 femmes, âgées de 26 à 30 ans, avec ou sans enfants, de catégories socio-professionnelles différentes, afin de vérifier la compréhension des questions et l'exhaustivité des réponses proposées aux questions.

3 - 3 Questionnaire

Le questionnaire était essentiellement composé de questions à choix multiples, et quelques questions à réponse ouverte et courte, pour des notions d'âge ou de distance.

Il se composait tout d'abord de la question de l'âge des femmes répondantes, au moment auquel elles remplissaient le questionnaire, puis de deux questions portant sur deux événements de vie, souvent pourvoyeur de consultations gynécologiques : l'âge des premières règles et l'âge des premiers rapports sexuels.

Puis venait une première série de questions sur les données socio-démographiques des patientes au moment du début de leur suivi gynécologique. Ensuite une seconde série de questions concernant les modalités de leur première consultation pour motif gynécologique en générale, puis sur la première consultation concernant leur contraception et sur la consultation avec leur premier examen physique. Et enfin, deux dernières séries de questions abordaient le déroulement de ce premier examen, ainsi que le vécu des patientes et leur connaissances à ce sujet.

Les données concernant leurs antécédents n'ont pas été recherchées, pour des raisons chronologiques par rapports aux événements étudiés : ces antécédents n'auraient pas été pertinents si apparus après les consultations évoquées et donc non explorés.

Pour les questions concernant les données socio-démographiques, il a été pris comme référence les catégories de l'INSEE pour :

- Le lieu d'habitation (urbain, semi-rural, ou rural)
- Les catégories socio-professionnelles (50) auxquelles, j'ai ajouté la catégorie « non connue ou décédé ».

J'ai ensuite classé les catégories socio-professionnelles des parents en catégories favorisées ou défavorisées, selon que leur niveau de vie moyen était supérieur ou inférieur à celui de l'ensemble des actifs ayant travaillé pour la même année et ce sur une moyenne de ces 20 dernières années (51) :

Soit catégories favorisées : agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, et chefs d'entreprises, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, retraités

Soit catégories défavorisées : employés, ouvriers, sans activités professionnels

Cela fin de permettre une lecture simplifiée dans l'analyse des résultats.

- Le niveau d'études maximal atteint, selon les niveaux de formation de l'INSEE (52)

Les catégories ont ensuite été groupées en 2 groupes : niveau inférieur au Bac, et niveau égal ou supérieur au Bac

En cas de réponses, dont le choix n'avait pas été proposé parmi les réponses possibles, les informations notées à la main par les patientes, pour les catégories de professionnels consultés et les motifs de consultations notamment, ont été rajoutées pour l'analyse et le classement des données.

En cas de réponses multiples à des questions demandant un choix simple : il a été attribué pour l'analyse des données, la réponse la plus négative, c'est à dire qui ne permettrait pas de répondre favorablement à l'hypothèse ; de ne trouver aucune différence significative entre les différents choix et donc de ne pas mettre en évidence un ou plusieurs profil type de parcours de soins des patientes.

3- 4 Objectifs

Une première analyse a été faite, pour décrire la population de patiente ayant répondu à l'étude.

Puis une analyse a été faite avec uniquement les patientes ayant consulté une sage femme.

Ensuite j'ai refait une analyse en ayant exclu les patientes ayant consulté une sage femme, entre autre, pour ne comparer deux à deux que les groupes de patientes ayant consulté un gynécologue ou un médecin généraliste afin de comparer les deux groupes de patientes et voir s'il y avait des différences lors de la première consultation pour motif gynécologique, de la première consultation contraception et pour le premier examen gynécologique selon le spécialiste consulté.

Et aussi pour essayer de mettre en évidence des différents profils de patientes selon leur données socio-démographiques ou âge au moment des consultations et enfin analyser le déroulement de l'examen et leur vécu et connaissances selon le professionnel consulté.

Pour cette partie concernant les données socio-démographiques, j'ai choisi d'analyser les données à partir des sous groupes divisés entre les patientes ayant consulté un médecin généraliste ou un gynécologue, lors du premier examen gynécologique, celui-ci étant l'élément principal de l'étude.

Les données ont ensuite été à nouveau analysées en séparant les patientes selon 2 catégories de classes d'âges, car en séparant en 4 classes d'âges, les âges les plus « extrêmes » formaient de petits sous groupes, ce qui risquait de ne pas me permettre de montrer de différences entre eux, et cela était plus simple pour faire des analyses et comparaisons entre seulement deux catégories de données.

Cela nous permettait alors d'avoir un groupe de femmes plus âgées au moment de leur réponse au questionnaire qui répondait donc sur des faits plus anciens et un autre groupe de femme plus jeunes qui répondait sur des faits plus récents, et ainsi espérer mettre en évidence des différences reflétant l'évolution de la démographie médicale en Vendée.

Enfin les données des différentes consultations, à partir des groupes ayant consulté un gynécologue et un médecin généraliste ont été croisées pour essayer de mettre en évidence des parcours de soins type en vérifiant l'âge des patientes au moment de ces consultations, si elles avaient déjà consulté ce même professionnel auparavant et les motifs de consultations déclarés.

3 - 5 Analyse des données

Tout les questionnaires recueillis, anonymes, ont été numérotés selon leur ordre de récupération, et les données ont été saisies sous forme de tableur via Numbers puis exporté au format Excel.

Les données ont ensuite été analysées, avec l'aide de l'unité de recherche clinique du CHD de la Roche sur Yon, avec le logiciel R, version 3.5.1.

Pour les tests statistiques : concernant les variables quantitatives, il s'agissait de test de Student, et concernant les variables qualitatives, de test du Khi2.

Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence de réponse en pourcentage.

Les variables quantitatives continues ont été exprimées par leur moyenne, avec l'écart type, et l'étendue des valeurs.

Concernant les comparaisons statistiques, la p-value choisie a été $< 0,05$.

IV) RESULTATS

1 - Effectifs

Au total il a été récupéré 451 questionnaires sur la période de distribution et recueil. Il en a été exclus 3, car remplis uniquement de réponses concernant les données socio-démographiques, sans aucune données portant sur le sujet de l'étude lui même.

Au total 448 questionnaires ont donc été analysés, soit 99,3% des questionnaires au total.

2 - Description de la population

L'âge moyen des femmes au moment de leur réponse au questionnaire était de 29,8 +/- 4,4 ans, et s'étalait de 17 à 46 ans.

La majorité des femmes répondantes au questionnaire avait entre 25 et 34 ans, 335 sur les 448 répondantes soit 76%.

En ce qui concerne l'âge d'apparition des premières règles il était de 12,8 (+/- 1,9) ans, en variant de 8 à 33 ans.

Enfin l'âge du premier rapport sexuel variait de 12 à 38 ans avec une moyenne à 17,1 (+/- 2,4) ans.

2 - 1 Situation socio-démographique au moment de la première consultation gynécologique

- Statut marital

D'après les résultats, 47% des femmes répondantes étaient célibataires, 47,9% étaient en couple et 5,1% étaient mariées au moment de leur première consultation gynécologique.

- Lieu d'habitation

46,1% des répondantes vivaient en milieu rural, contre 23,3 % en milieu semi-rural et 30,6% en milieu urbain.

- Niveau d'études maximal atteint

On a 42,1% des répondantes qui avaient atteint le niveau Bac ou plus, lors de leur première consultation gynécologique.

Une majorité, 57,8%, avait un niveau inférieur au Bac : 9,2% n'avaient aucun diplôme ou niveau CEP (certificat d'étude primaire), 29,8% des femmes avaient atteint le niveau brevet des collèges, et 18,8% des femmes avaient en leur possession un niveau CAP ou BEP.

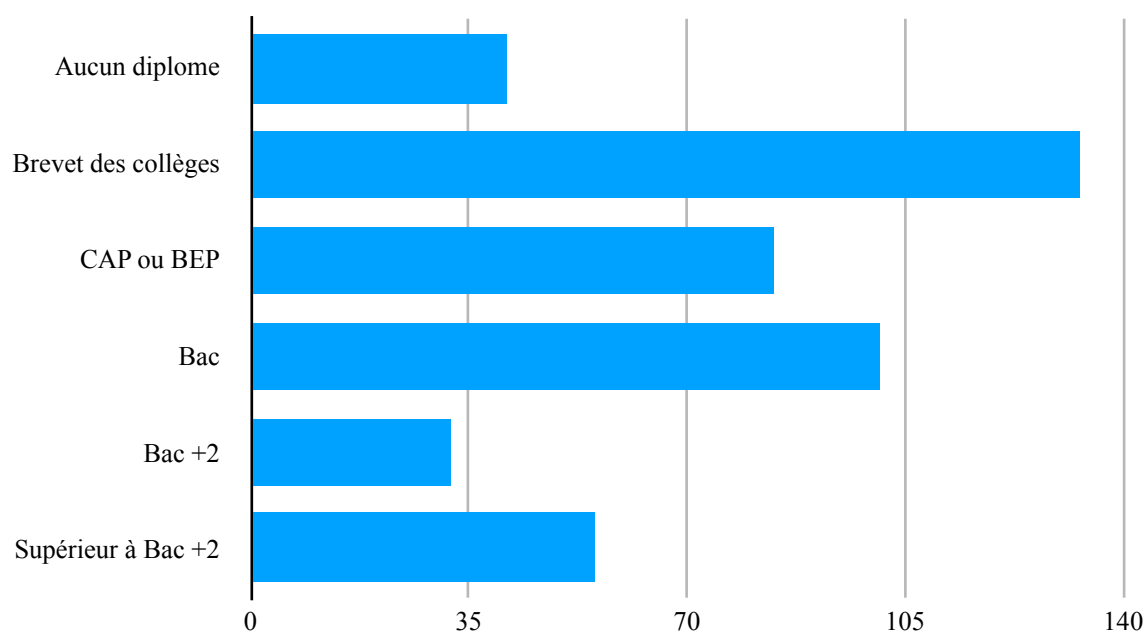


Figure I : Effectifs des femmes selon leur niveau d'études maximal atteint au moment de leur première consultation gynécologique

- Profession des parents :

Pour ce qui est des mères des répondantes 25,3% appartenaient à une catégorie socio-professionnelle dite favorisée, CSP + contre 73,7% à une CSP -, dite défavorisée, dont une grande majorité d'employées, 51,6%, et pour 0,9% d'entre elles, la CSP étaient non connue, ou bien celles ci étaient décédées.

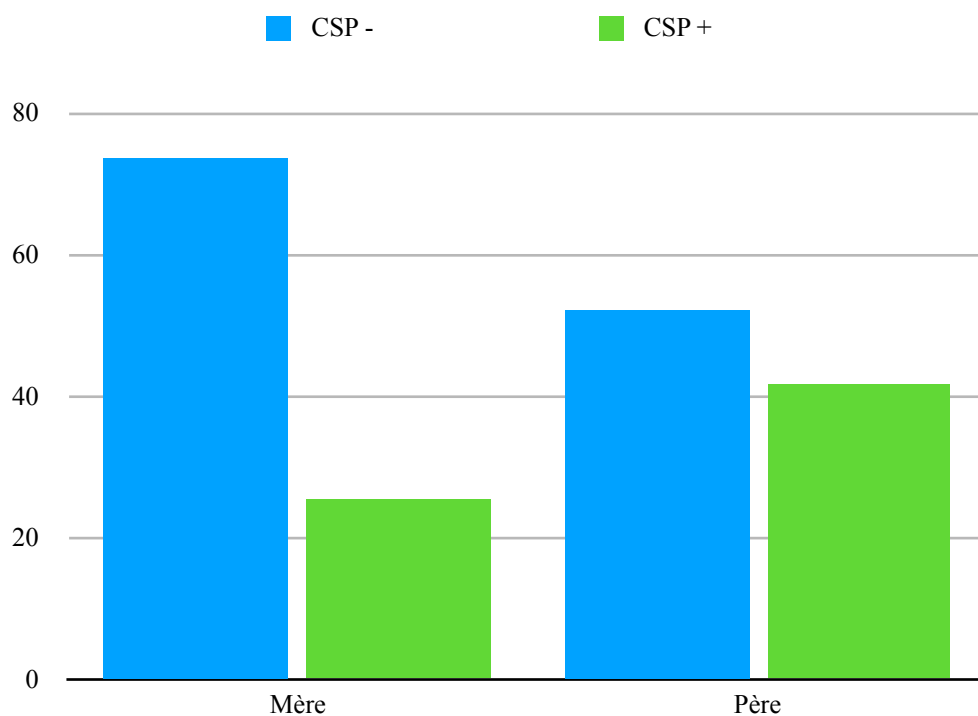


Figure II : catégories socio-professionnelles des parents en pourcentage

En ce qui concerne les pères des patientes on avait davantage de CSP + avec 41,6% dont 14,3% de cadres et professions intellectuelles supérieures, et une courte majorité de CSP- à 52,3%. Pour 6% d'entre eux, nous n'avions pas l'information ou ceux-ci étaient décédés. (cf annexe 2).

- Niveau de couverture maladie :

Au total, 93% des femmes déclaraient avoir une couverture maladie avec mutuelle au moment de leur première consultation de gynécologie. Elles étaient 3,6% à bénéficier de la CMU, 0,2% à bénéficier de l'ACS (Aide à la complémentaire santé) ou anciennement CMU-C (Couverture Maladie Universelle - Complémentaire). Enfin 2,0% des femmes déclarait ne pas avoir de mutuelle et 1,1% ne pas avoir de couverture santé.

- Médecin traitant déclaré au moment de leur 1ère consultation :

Près de 97,1% des femmes avaient un médecin traitant au moment de leur première consultation pour motif gynécologique, et donc seulement 2,9% des répondantes déclaraient ne pas avoir de médecin traitant à cette période.

- Spécialiste consulté par leur mère :

Pour la majorité des femmes, le praticien consulté par leur mère était un gynécologue à 59,2%, suivi par un médecin généraliste à 23,4%, et une petite minorité de sage femme à 1,6%. 15,8% des répondantes disaient ne plus se souvenir de cette donnée.

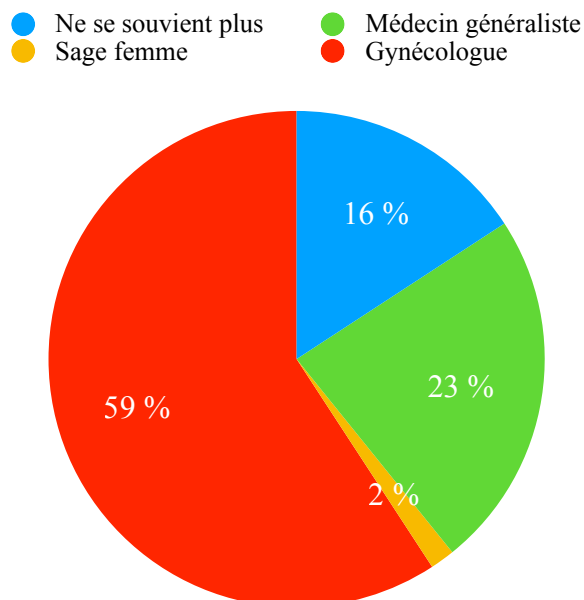


Figure III : Répartition des spécialistes consultés par les mères des patientes

3 - Patientes ayant consulté une sage-femme

- Effectif

Les patientes ayant consulté une sage-femme à un moment de leur parcours de soins, représentent un petit échantillon sur toute l'étude : seulement 20 femmes, sur les 448 réponses.

- Âge

Ces patientes avaient en moyenne 26,8 +/- 4 ans, au moment de leur réponse au questionnaire, entre 19 et 34 ans.

L'âge d'apparition de leurs règles était de 12,3 +/- 1,7 ans en moyenne.

Et l'âge de leur premier rapport sexuel de 17,2 +/- 2,6 ans.

3 - 1 Situation socio-démographique au moment de la première consultation gynécologique

- Statut marital

Les femmes disant avoir consulté une sage-femme étaient davantage en couple au moment de cette consultation, 75% au total (dont 5% mariées), contre 25% de célibataires.

- Lieu d'habitation

On retrouve seulement 16,7 % de femmes qui vivaient en milieu urbain, davantage en milieu semi rural : 38,9% et toujours une majorité en milieu rural 44,4%

- Niveau d'études maximal atteint

Pour ce qui est de leur niveau d'études maximal atteint : 47,4% avaient le niveau Bac ou supérieur au moment de leur première consultation gynécologique, 5,3% n'avaient pas de diplôme ou le niveau CEP, 21,1% avaient le niveau brevet des collèges, et 26,3% avaient un CAP ou BEP.

- Catégories socio-professionnelles des parents

On a concernant les catégories socio-professionnelles des parents :

Pour ce qui est des mères des patientes seulement 25% appartenaient à une CSP + contre 75% une CSP -. Concernant les pères des patientes ayant consulté une sage femme, 40% des pères des patientes appartenaient à une CSP +, et 55% à une CSP -, avec 5% non connu ou décédé.

- Niveau de couverture maladie

Le niveau de couverture maladie de ces patientes était bon : avec 90% qui répondaient avoir une couverture avec mutuelle, 5% qui bénéficiaient de l'ACS ou CMU-C et 5% de la CMU de base.

- Médecin traitant déclaré

La totalité d'entre elles, 100%, déclaraient avoir un médecin traitant à cette époque.

- Spécialiste de leur mère

Sur ces 20 patientes le spécialiste consulté par leur mère était en majorité, à 65%, un gynécologue, pour 20% un médecin généraliste et pour 15% d'entre elles, également une sage-femme.

Alors que par rapport aux patientes qui consultent un médecin généraliste ou un gynécologue, 423 femmes, seulement 1,1% d'entre elles avaient une mère qui avait aussi consulté une sage-femme, ($p < 0,001$).

3 - 2 Première consultation pour motif gynécologique

- Âge au moment de la consultation :

Leur âge au moment de cette première consultation pour motif gynécologique est significativement plus élevé ($p < 0,001$) que le reste de la population : en moyenne 20,6 ($\pm$ 5,2) ans, pour les 20 femmes consultant une sage-femme, et 16,8 ($\pm$ 3,1) ans pour les 423 femmes ayant consulté un généraliste ou un gynécologue.

Une grande majorité de patientes qui avaient consulté une sage-femme, 80%, avaient déjà eu des rapports sexuels avant leur première consultation pour motif gynécologique.

- Motif principal de consultation

Le motif principal de cette première consultation est pour 42,1% d'entre elles, une demande de contraception.

On voit ensuite que pour 26,3% des patientes, il s'agissait d'une consultation systématique à leur demande.

Puis les consultations chez la sage-femme étaient motivées par une inquiétude ou un symptôme pour plus de 10% d'entre elles.

La différence avec les motifs des patientes consultant un gynécologue était significative ($p = 0,018$) et elle l'était aussi vis à vis des patientes consultant un généraliste ($p < 0,001$).

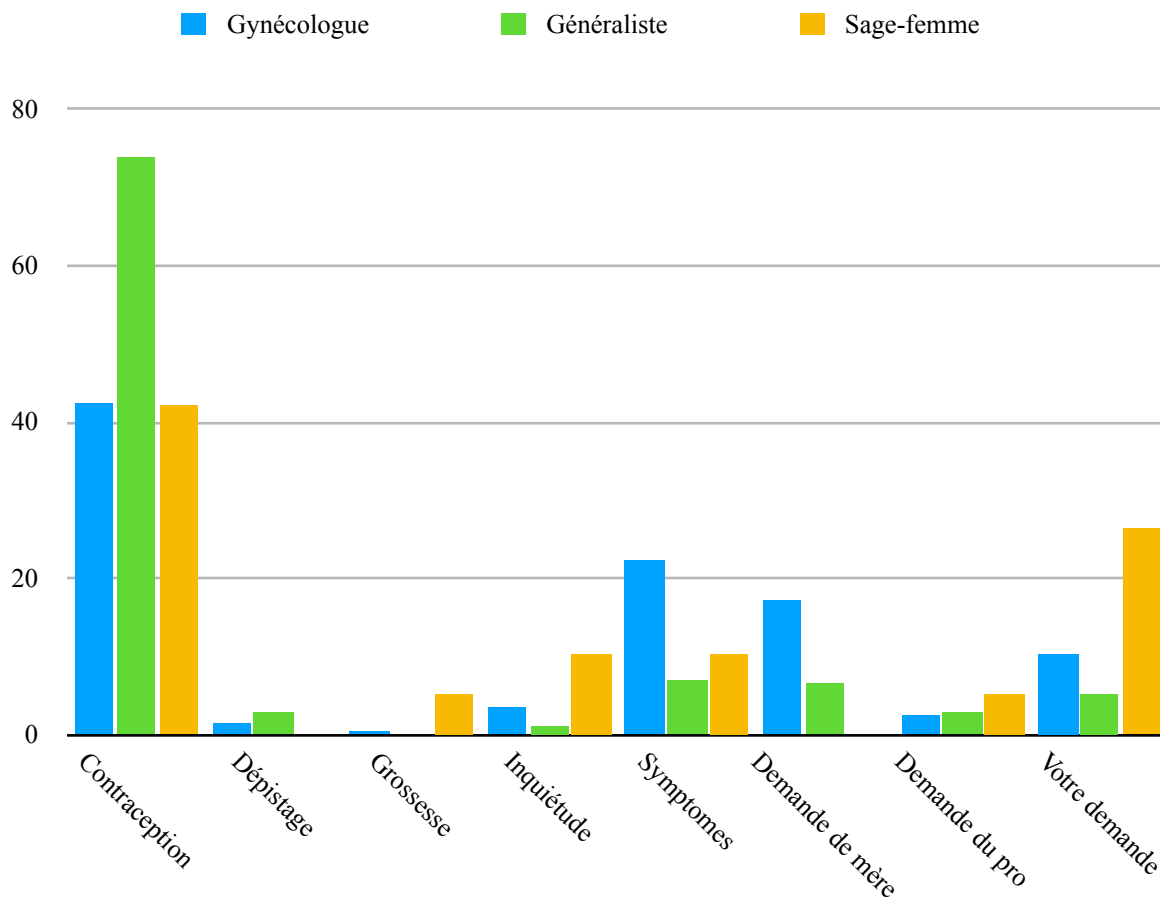


Figure IV : Motifs pour la première consultation pour motif gynécologique, en pourcentage de patientes selon le professionnel consulté

3 - 3 Première consultation contraception

L'âge moyen des femmes lors de cette consultation était de 15,9 +/- 2,3 ans.

De façon prédominante les patientes ont reçu une prescription de contraception à l'issue de cette consultation, pour 94,4% d'entre elles.

Il s'agissait pour la plupart d'une pilule oestro-progestative à 82,4%, puis d'une pilule progestative ou d'un implant ou d'un DIU à 5,9% respectivement.

Pour une très grande majorité, 88,9%, ces patientes n'ont pas eu d'examen gynécologique lors de cette première consultation pour contraception.

3 - 4 Premier examen gynécologique et son déroulement

- Âge

Tout comme au moment de leur première consultation pour motif gynécologique, l'âge des patientes au moment du premier examen gynécologique est significativement plus élevé par rapport au reste de la population étudiée ($p < 0,001$) : 21,5 (+/- 3,7) ans pour les 20 femmes ayant vu une sage-femme, contre 17,7 (+/- 3,2) ans pour celles ayant vu un généraliste ou gynécologue.

- Motifs de consultation et critère de choix du professionnel :

Les motifs pour cette consultation étaient en majorité, une demande de contraception à 42,1 % ou systématique à la demande des patientes à 26,3%, puis pour 15,8%, à la demande du professionnel : ceux-ci étaient très proches des critères de consultation pour la première consultation pour motif gynécologique.

Les critères de choix du professionnel étaient très mitigés, avec une très courte majorité pour la proximité géographique et le fait que le professionnel soit recommandé par un proche, puis le fait que ce soit un femme, la relation de confiance et le fait que ce soit le même professionnel que la mère.

Critère de choix principal du professionnel	Gynécologue	Généraliste	Sage-femme
Femme	18 (7.3%)	18 (11.4%)	3 (15.8%)
Homme	1 (0.4%)	0 (0,0 %)	0 (0.0%)
même professionnel que mère	110 (44.9%)	29 (18.4%)	3 (15.8%)
proximité géographique	46 (18.8%)	32 (20.3%)	4 (21.1%)
recommandé par proche	31 (12.7%)	7 (4.4%)	4 (21.1%)
relation de confiance	6 (2.4%)	61 (38.6%)	3 (15.8%)
Spécialité médicale	20 (8.2%)	7 (4.4%)	2 (10.5%)
Urgences	13 (5.3%)	4 (2.5%)	0 (0.0%)

Tableau I : répartition en pourcentage des critère de choix du professionnel consulté pour le premier examen gynécologique, comparaison groupe sage femme contre généraliste et gynécologue

4 Patientes ayant consulté un médecin généraliste ou un gynécologue

L'effectif total ici est de 407 patientes à partir du sous groupe de patientes ayant consulté un médecin généraliste (136 patientes) ou un gynécologue (271 patientes) lors de leur premier examen gynécologique.

4 - 1 Âges des patientes

Les profils d'âges des patientes ayant consulté un médecin généraliste ou un gynécologue sont non significativement différents.

Une moyenne d'âge à 29,9 (+/- 4,6) ans pour les femmes consultant un gynécologue contre une moyenne d'âge à 30,1 (+/- 3,9) ans pour les femmes consultant un médecin généraliste ($p=0,667$).

L'âge d'apparition des règles est très proche aussi, 12,9 (+/- 2,1) ans pour les patientes consultant un gynécologue et 12,6 (+/- 1,6) ans pour les femmes consultant un généraliste ($p=0,111$).

Tout comme l'âge du premier rapport sexuel à 17,0 (+/- 2,2) ans pour les femmes consultant un gynécologue et 17,2 (+/- 2,8) ans pour celles consultant un médecin généraliste ($p=0,501$).

Avec des âges médians identiques pour toutes les catégories.

4 - 2 Situation socio-démographique au début du parcours de soins gynécologique des femmes ayant consulté un médecin généraliste ou un gynécologue

- Statut marital

Une courte majorité des femmes répondantes déclaraient être célibataire au moment de leur première consultations de gynécologie : 48% (50,6 % parmi les patientes consultant un gynécologue contre 43% pour les femmes consultant un médecin généraliste), 46,8% étaient en couple (avec 45% parmi les femmes consultant un gynécologue et 50,4% parmi les femmes consultant un médecin généraliste). Seulement 5,2% d'entre elles se déclaraient mariées au moment de leur première consultation de gynécologie.

Il n'y avait pas de différence de statut marital selon le professionnel consulté ($p=0,286$).

- Lieu d'habitation

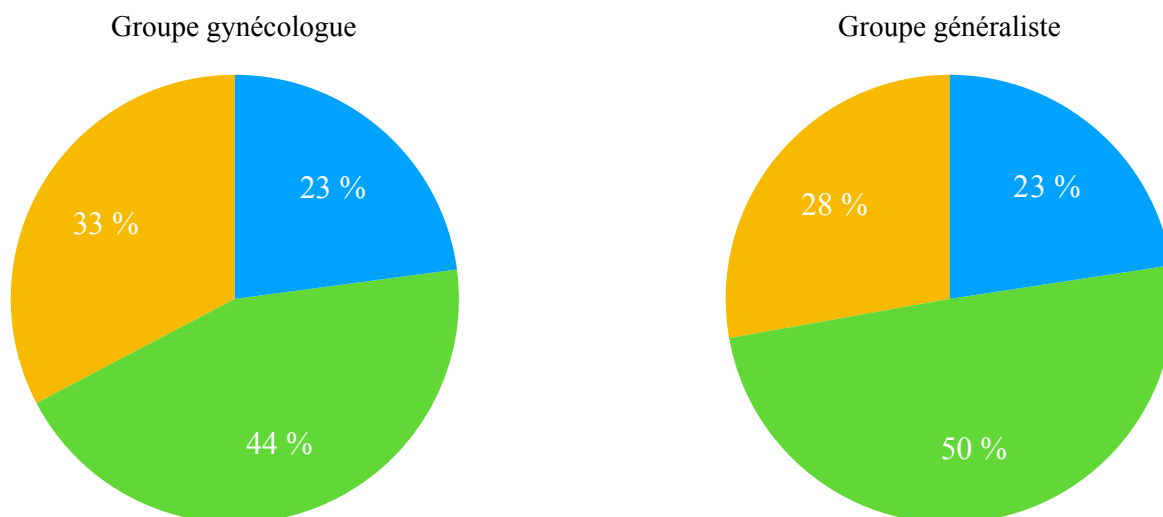
Il n'y a pas de différence significative concernant les lieux d'habitations selon le professionnel consulté, ($p=0,543$) ; avec dans l'ensemble davantage de femme vivant en milieu rural au moment de leur première consultation : 46,1% au total, 49,6% parmi les femmes consultant un médecin généraliste et 44,4% chez les femmes consultant un gynécologue.

Au total, 22,8% d'entre elles disaient vivre en milieu semi rural.

Enfin, 31,1% des patientes répondantes vivaient en milieu urbain : 32,7% parmi le groupe ayant consulté un gynécologue et 27,8 parmi le groupe de patientes ayant consulté un médecin généraliste.

● Semi rural ● Rural ● Urbain

● Semi rural ● Rural ● Urbain



Figures V et V bis : lieux d'habitation des patientes consultant un gynécologue ou un généraliste

- Niveau d'études maximal atteint

Dans l'ensemble on a pas de différence significative entre les deux groupes, ($p=0,060$) : au total 41,6 % des femmes avaient au moins atteint le baccalauréat ou un niveau supérieur, au moment de leur 1ère consultation de gynécologie : 38,4% chez les patientes consultant un gynécologue, et 48,7% chez les patientes consultant un généraliste.

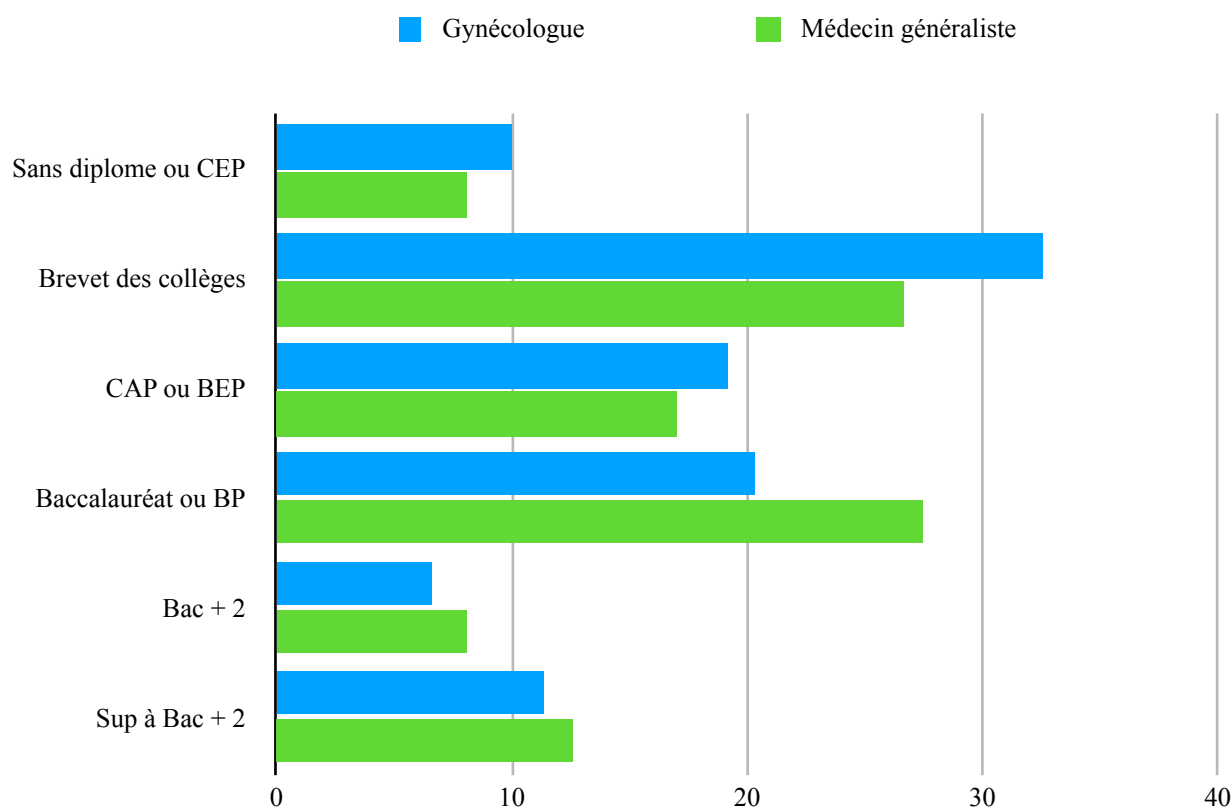


Figure VI : Répartition des niveaux d'études maximal atteint par les femmes ayant consulté un gynécologue ou un généraliste

- Catégories socio-professionnelles des parents

On a 29,4% des mères des patientes consultant un médecin généraliste qui appartenaient à une catégorie socio-professionnelle, dite favorisée contre 23,7% parmi les patientes ayant consulté un gynécologue, cette différence n'est pas significative ($p=0,195$).

Pour les pères des patientes ayant consulté un médecin généraliste ; 44% appartenaient à une catégorie socio-professionnelle favorisée contre 42,8% des pères chez les patientes allant consulté un gynécologue ($p=0,588$). (cf annexe 3).

- Niveau de couverture maladie

Parmi les femmes consultant un gynécologue : 94% d'entre elles déclaraient avoir une couverture maladie avec mutuelle, 4,1% bénéficiaient de la CMU de base, 1,5% disaient ne pas avoir de mutuelle et 0,4% d'entre elles n'avaient aucune couverture maladie.

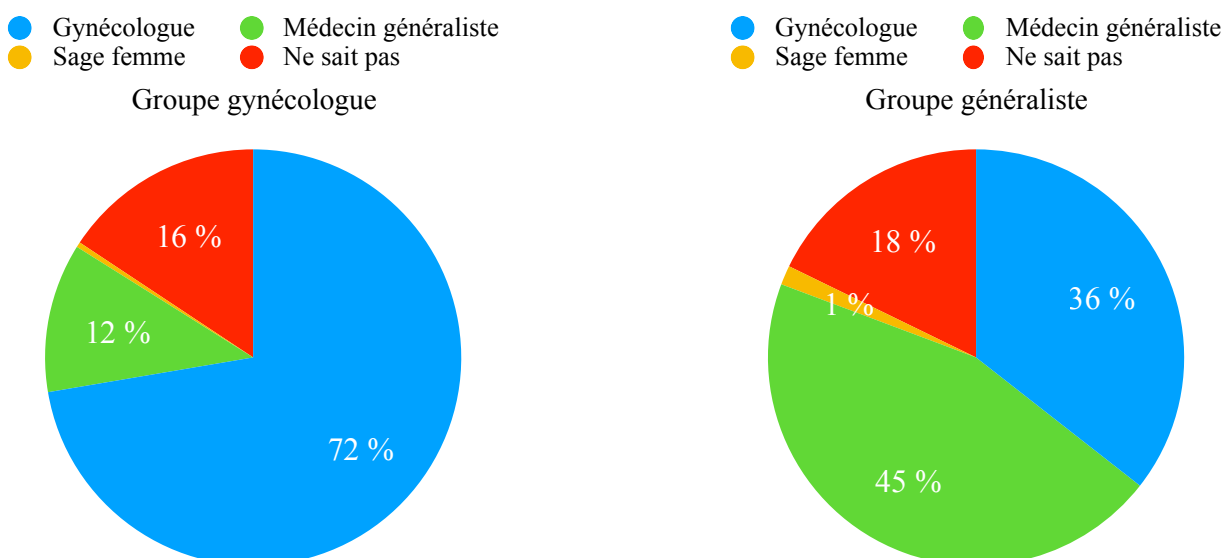
Parmi les femmes consultant un médecin généraliste : 94,8% avaient une couverture maladie avec une mutuelle, 1,5% bénéficiaient de la CMU de base, 2,2% n'avaient pas de mutuelle et 1,5% n'avaient aucune couverture maladie, ($p=0,298$).

- Médecin traitant déclaré

97% des patientes consultant un gynécologue avaient un médecin traitant déclaré au moment de leur première consultation de gynécologie et 98,5% des femmes consultant un généraliste avaient elles aussi un médecin traitant à ce moment là ($p=0,365$).

- Spécialiste consulté par leur mère

On observe une nette différence entre les spécialistes consultés par les mères des patientes selon le spécialiste consulté par les patientes elle même ($p<0,001$) :



Figures VII et VII bis : répartition en pourcentage des spécialistes consultés par les mères des patientes selon le spécialiste consulté qu'elles ont elle même consulté

4 - 3 Première consultation pour motif gynécologique

- Effectifs

Pour cette première consultation ayant un motif gynécologique : on a un effectif total de 423 femmes, après exclusion de celles ayant consulté un autre spécialiste pour cette consultation, dont 169 patientes ayant consulté un médecin généraliste soit 39,9%, et 254 femmes ayant consulté un gynécologue soit 60,1% de l'effectif.

Pour cette première consultation, les patientes sont donc plus aller voir un gynécologue.

- Âge

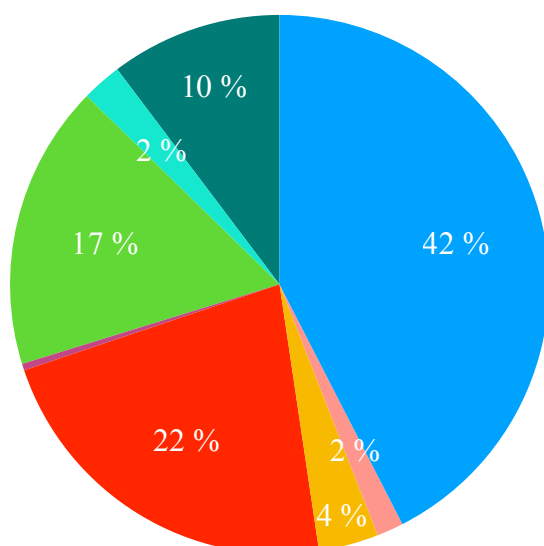
Elles consultaient en moyenne à des âges similaires ($p=0,781$) : $16,8 \pm 3$ ans chez le gynécologue et $16,7 \pm 3,3$ ans chez le médecin généraliste.

- Motif de consultation

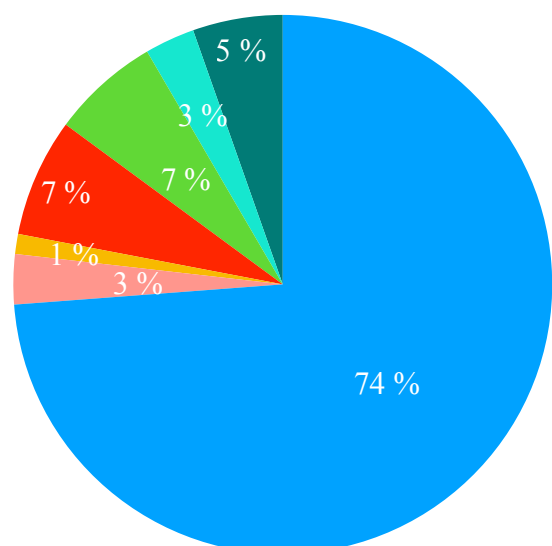
On remarque que les motifs sont différents selon le spécialiste consulté, ($p<0,001$) et plus divers pour les patientes consultant un gynécologue.



Patientes consultant un gynécologue



Patientes consultant un généraliste



Figures VIII et VIII bis : répartitions des motifs, en pourcentage, pour la première consultation pour motif gynécologique selon le spécialiste consulté

- Sexe du professionnel consulté

En majorité les patientes se sont orientées vers des professionnels de sexe féminin, mais la différence était plus marquée quand elles ont consulté un gynécologue ; dans 64% des cas celui ci était une femme, contre 52,4% pour les médecins généralistes ($p=0,017$).

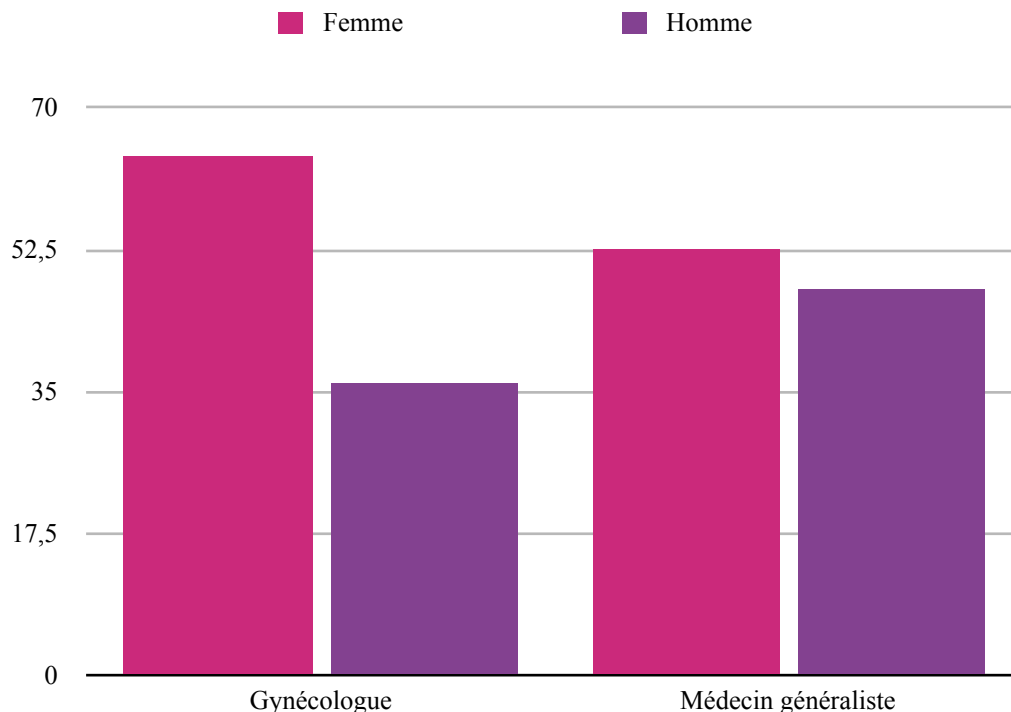


Figure IX : Sexe du professionnel consulté par les patientes selon sa spécialité

- Rapport sexuel avant la consultation

Concernant les patientes qui ont consulté un gynécologue pour leur première consultation pour motif gynécologique, la majorité d'entre elles, 52%, n'avait pas eu de rapports sexuels avant cette consultation.

Alors que cette majorité s'inverse pour les patientes ayant consulté un généraliste : 54,8% d'entre elles avaient déjà eu des rapports sexuels avant cette consultation, mais cette différence n'est pas significative ($p=0,176$).

4 - 4 Première consultation pour contraception

- Effectif

L'effectif total analysé pour cette partie comprend encore une fois seulement les patientes ayant consulté un médecin généraliste ou un gynécologue lors de leur première consultation pour une contraception : on a un total de 422 femmes, réparti à 59,2% dans le groupe ayant consulté un généraliste pour cette consultation soit 250 patientes, et 40,1% ayant consulté un gynécologue, soit 172 femmes.

- Âge

Concernant l'âge lors de cette consultation : les femmes avaient 16,5 ($\pm$ 2,7) ans pour le groupe gynécologue et 16,3 ($\pm$ 2,5) ans pour le groupe généraliste ($p=0,487$) .

- Sexe du professionnel consulté

Pour ce qui est du sexe du professionnel consulté : la majorité des gynécologues consultés était des femmes, à 70,3%, alors que la majorité des médecins généralistes consultés pour la contraception était des hommes à 54%, ($p<0,001$).

- Prescription de contraception

En quasi totalité, dès cette première consultation les femmes ont reçu une prescription de contraception du généraliste à 98%, comme du gynécologue à 98,8%, ($p=0,505$) .

- Type de contraception

Le type de contraception proposé reposait pour l'essentiel sur la pilule oestro-progestative mais on note tout de même quelques différences, non significatives ($p=0,151$) concernant les autres méthodes, selon la spécialité du prescripteur.

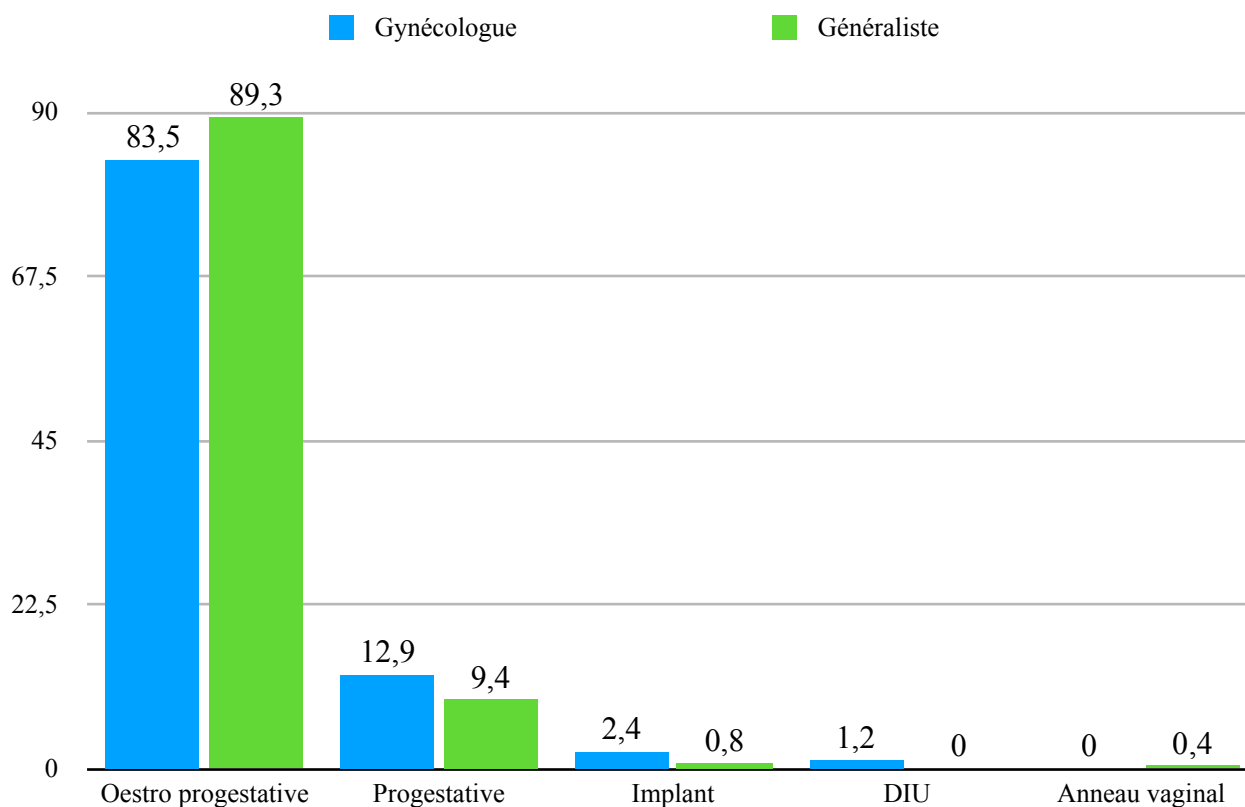


Figure X : Répartition en pourcentage du type de contraception prescrite selon le professionnel consulté par les patientes

- Réalisation d'un examen gynécologique :

Enfin concernant la question de l'examen gynécologique qu'ont pu avoir les patientes lors de cette première consultation pour une contraception :

Celles ayant consulté un médecin généraliste n'ont pas eu d'examen gynécologique à 71,4%. En revanche les patientes ayant consulté un gynécologue sont 69,6% à avoir eu un examen gynécologique dès leur première consultation pour contraception, ($p < 0,001$).

4 - 5 Premier examen gynécologique et son déroulement

- Effectif

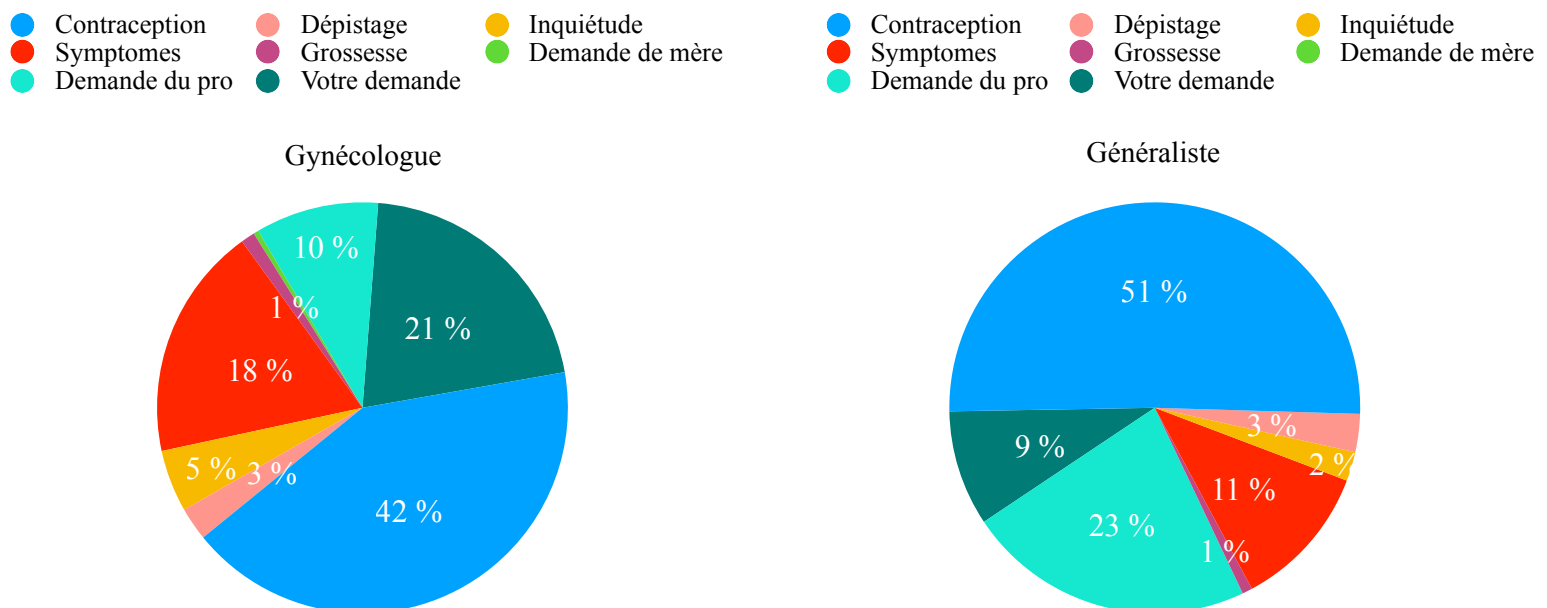
Pour le premier examen gynécologique, 407 patientes ont consulté soit un généraliste, soit un gynécologue : avec 66,6% qui ont consulté un gynécologue soit 271 patientes, et 33,4% ayant consulté un médecin généraliste, soit 136 patientes.

- Âge

L'âge des patientes lors de leur premier examen gynécologique varie peu selon le spécialiste consulté ($p = 0,167$) : la moyenne est de 17,5 ($\pm$ 3) ans pour les patientes consultant un gynécologue contre 18,0 ($\pm$ 3,7) ans pour celles consultant un généraliste.

- Motifs de consultation

Les motifs de consultations qui poussent une patiente à aller voir un gynécologue ou médecin traitant pour leur premier examen gynécologique sont différents ($p < 0,001$).



Figures XI et XI bis : motifs de consultations pour le premier examen gynécologique selon le professionnel consulté

Même si le motif principal pour cette consultation reste la demande de contraception, peu importe le professionnel consulté (à 41,9% pour les gynécologues et 50,8% pour les généralistes), les motifs suivant varient selon le professionnel abordé.

- Sexe du professionnel consulté

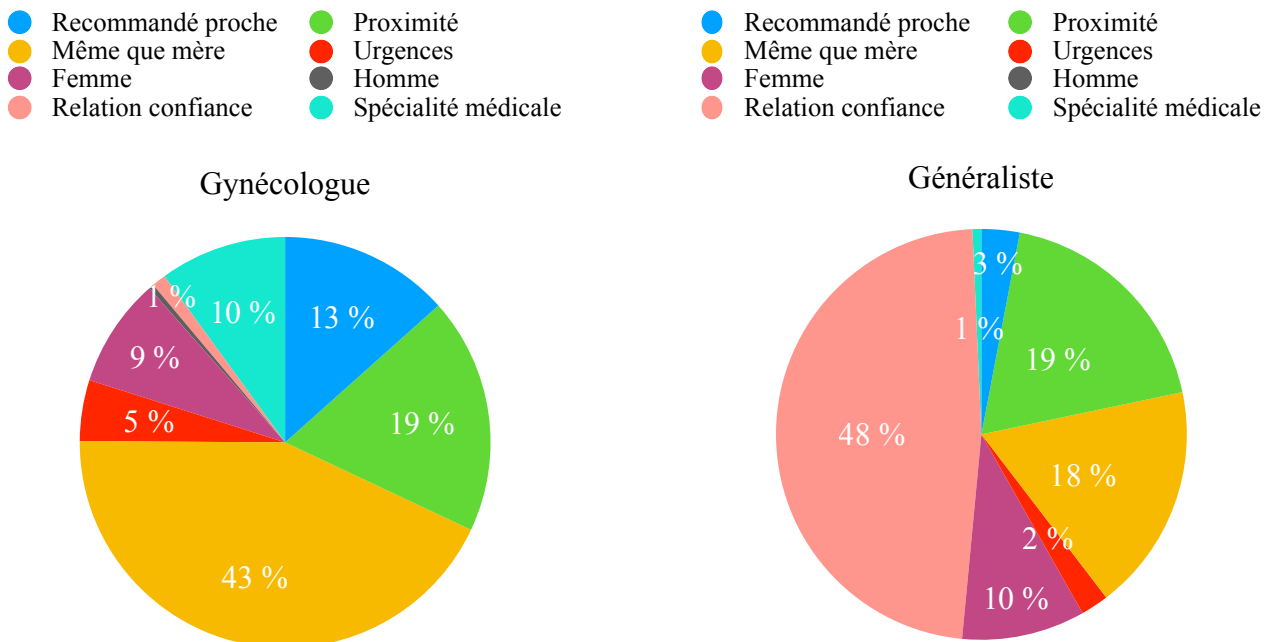
Le sexe du professionnel consulté était à nouveau majoritairement féminin, de façon similaire entre les deux types de spécialistes ($p=0,842$) : 62,2 % des gynécologues consultés étaient des femmes et 63,2% des médecins généralistes également.

- Même professionnel que pour la première consultation pour motif gynécologique

Pour la majorité des patientes, 70,6% au total, le professionnel consulté pour ce premier examen gynécologique était le même que pour la première consultation pour motif gynécologique : c'était plus souvent le cas pour celles ayant consulté un généraliste, à 83,8%, que pour celles ayant consulté un gynécologue 63,9% ($p<0,001$).

- Critère de choix principal du professionnel

Les critères de choix du professionnel sont très différents selon que les femmes ont consultés un médecin généraliste ou un gynécologue ($p<0,001$).



Figures XII et XII bis : répartition des critères de choix du professionnel consulté

- Distance en kilomètre du professionnel

En moyenne les femmes ayant consulté un gynécologue parcouraient une distance plus importante, 17,7km, que les femmes consultant un généraliste, 6,9km, ($p<0,001$).

- Accompagnement lors de l'examen

Lors de ce premier examen gynécologique les patientes n'étaient pas accompagnées par les mêmes proches ($p < 0,001$) : Si celui-ci avait été réalisé par un gynécologue, 48% des patientes déclaraient être accompagnées par leur mère, 7,4% par leur conjoint, 2,6% par un proche, 1,5% par un(e) amie, 0,7% par leur père, et 39,9% non accompagnées.

Lorsque cet examen avait lieu chez un généraliste, 64,4% des patientes n'étaient pas accompagnées ; 31,9% étaient avec leur mère, 2,2% de leur conjoint et 1,5% par un(e) ami(e).

- Présence d'un étudiant

Les patientes ayant consulté un généraliste ont déclaré à 96,3% ne pas avoir été examinées avec un étudiant, et 3,7% de patientes ne se souvenaient pas de cette donnée.

Parmi les patientes ayant consulté un gynécologue seulement 3% d'entre elles déclaraient avoir eu la présence d'un étudiant, 3,7%, ne se souvenait plus de cette information et donc 93,3% notaient qu'elles avaient été examinées sans étudiant, la différence n'était pas significative ($p = 0,130$).

- Position lors de l'examen gynécologique

Lorsqu'elles étaient examinées par un gynécologue les patientes étaient sur le dos avec les pieds dans les étriers pour 85,1% d'entre elles, 12,3% étaient sur le dos mais sans les pieds dans les étriers, et 2,7% étaient en position semi assise.

Si l'examineur était un généraliste, 33,8% étaient sur le dos sans les pieds dans les étriers, contre 64,7% avec les pieds dans les étriers, une patiente soit 0,8%, avait été examinée semi assise, et une patiente en étant allongée en décubitus latéral ($p < 0,001$).

- Condition lors de l'examen

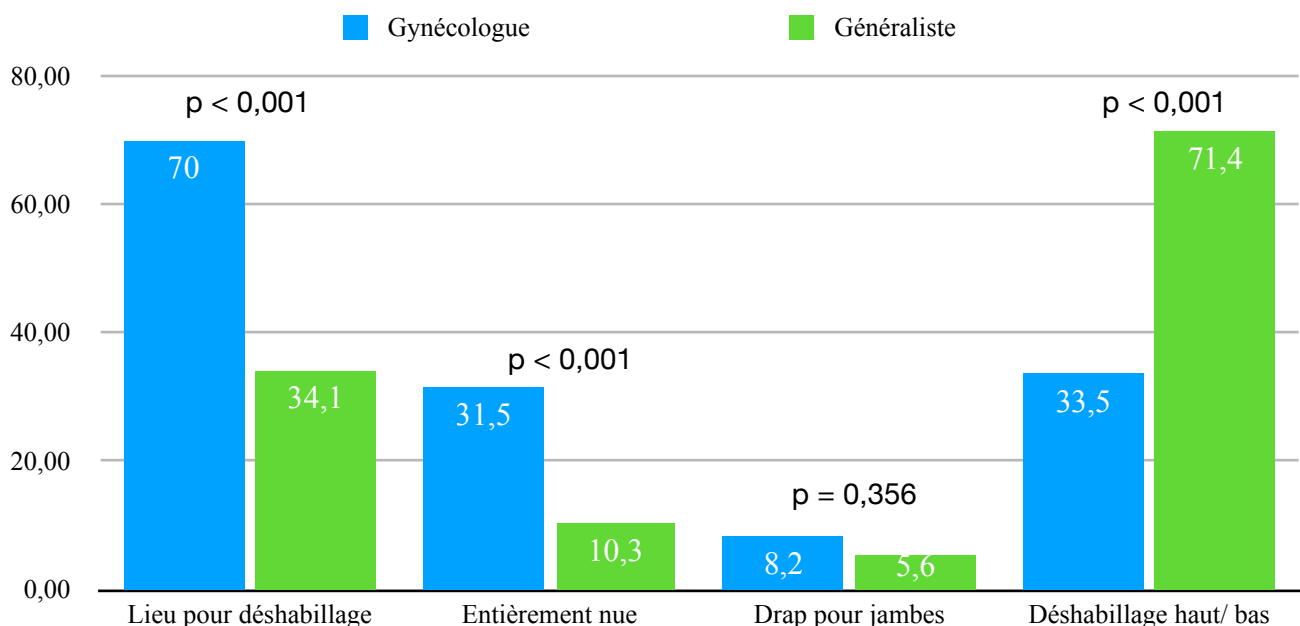


Figure XIII : condition du premier examen gynécologique selon le professionnel consulté

- Informations reçues sur le déroulement

En ce qui concerne les sources d'informations sur le déroulement de l'examen, elles n'étaient pas différentes selon le professionnel consulté ($p=0,313$) : En majorité les informations venaient du professionnel de façon spontanée : à 54,3% pour les généralistes et 46,6% pour les gynécologues.

Des patientes avaient reçu ces informations de la part de leur proche, 13% des femmes consultant un gynécologue et 10,1% des femmes consultant un généraliste.

D'autres ont demandé au médecin : 1,9% au gynécologue et 1,6% au généraliste, et certaines s'étaient renseignées avant ; 5,3% des patientes ayant vu un gynécologue et 1,6% des patientes ayant vu un généraliste. Mais près d'un tiers des patientes n'avaient eu aucune informations : 32,6% chez le médecin généraliste et 33,2% chez le gynécologue.

4 - 6 Vécu et connaissances de l'examen gynécologique

- Craintes avant l'examen

Toutes ces craintes étaient dans l'ensemble les mêmes selon le professionnel consulté, aucune différence significative n'a été mise en évidence.

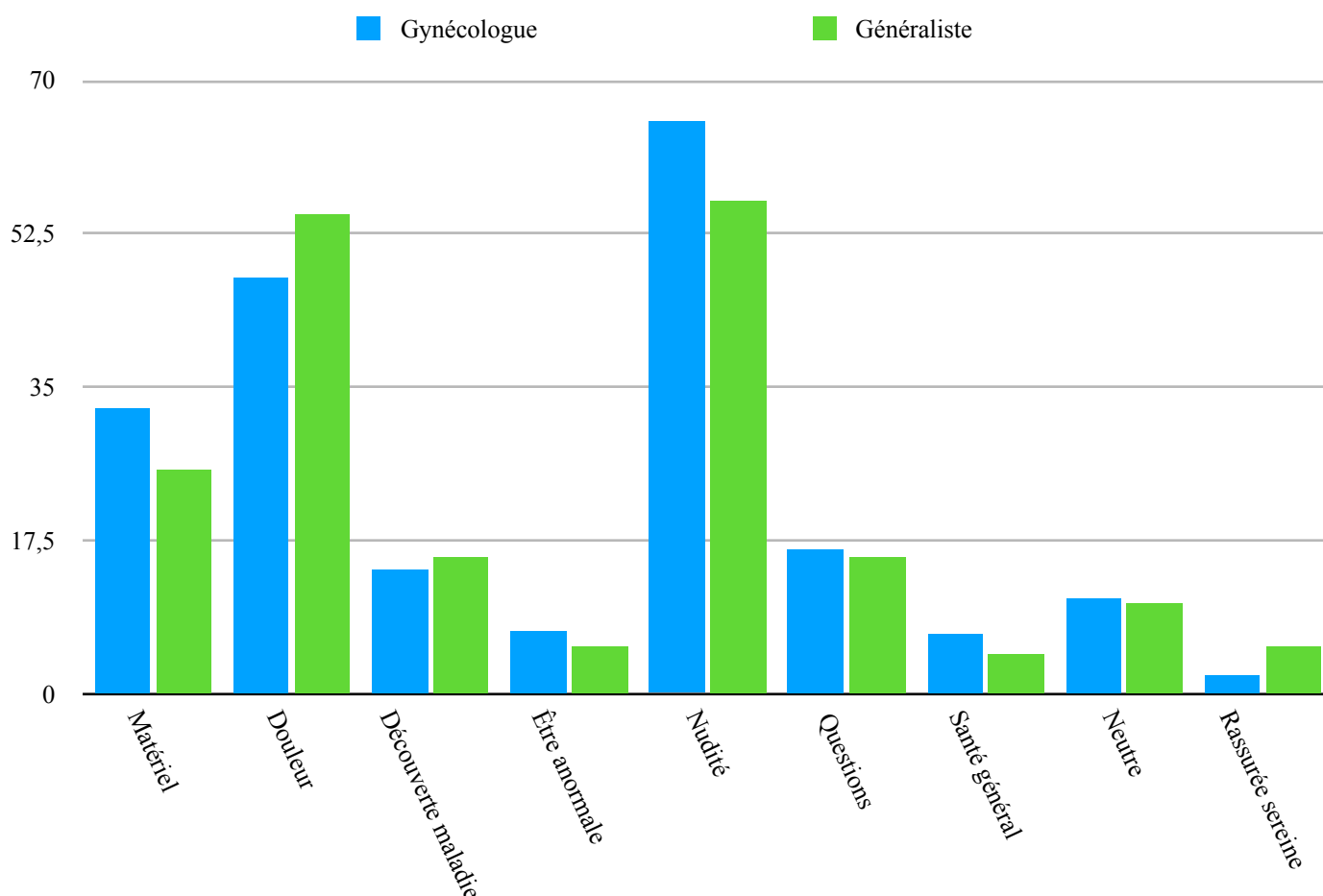


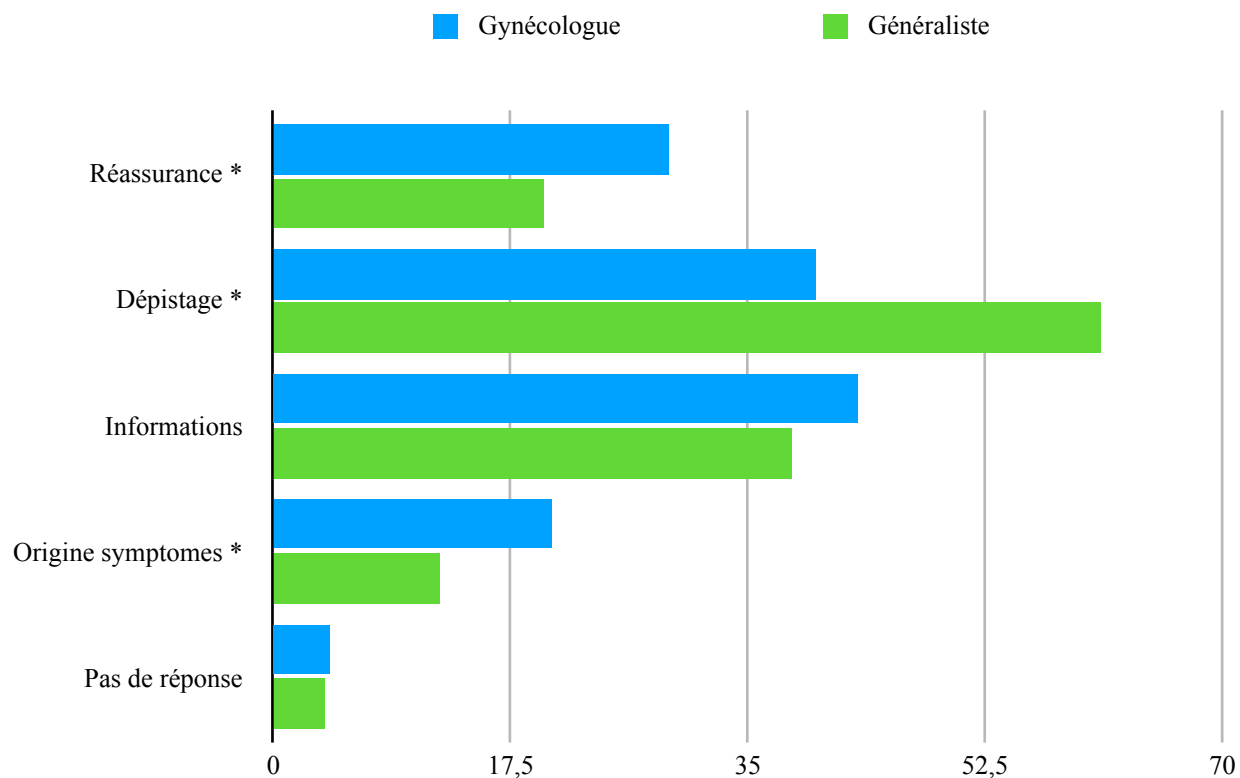
Figure XIV: Craintes des patientes avant leur premier examen gynécologique selon le professionnel consulté.

- Attente des patientes concernant l'examen

L'attente principale des patientes concernant l'examen gynécologique réside dans le dépistage : mais cette attente était plus importante ($p < 0,001$) pour les femmes consultant un généraliste à 61,1%, que pour celles consultant un gynécologue, 40%.

On note une différence dans l'attente de réassurance de la part du médecin qui est plus attendue vis à vis du gynécologue à 29,2%, que du généraliste à 19,8% ($p = 0,046$).

Enfin concernant la recherche de l'origine de leur symptômes, elles l'attendent plus de la part du gynécologue 20,4%, que de la part du généraliste 12,2% ($p = 0,045$).



Figures XV : attentes des patientes vis à vis de leur premier examen gynécologique selon le professionnel consulté.

- Intérêt de l'examen gynécologique selon les patientes

Pour une majeure partie des patientes, un des intérêts de l'examen réside dans le dépistage : pour 85,9% des patientes consultant un gynécologue et 84,8% des patientes consultant un généraliste.

Ensuite les patientes évoquent l'aspect prévention à 60,5% pour celles qui consultent un gynécologue, et 56,1% pour celles qui consultent un généraliste ($p = 0,402$).

Puis afin de diagnostiquer une maladie à 46,4% chez le gynécologue et 47,7% chez le généraliste.

Et enfin l'intérêt de l'examen pour vérifier qu'il est possible de prescrire un traitement ou une contraception est cité par 52,9% des patientes consultant un gynécologue contre 40,9% de celles consultant un médecin généraliste, ($p = 0,025$).

Seulement 1,5% des patientes en général, déclarent que selon elles, l'examen gynécologique n'avait aucun intérêt.

- Connaissance du matériel avant l'examen

Les connaissances du matériel n'étaient pas différentes significativement selon le professionnel consulté.

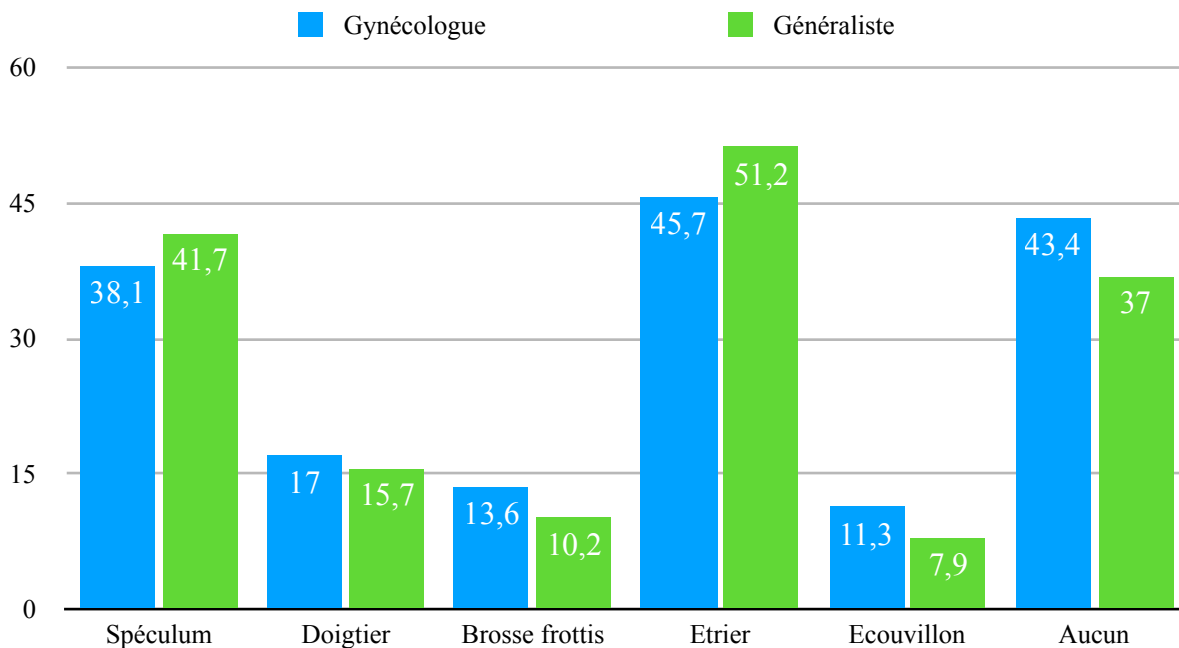


Figure XVI : Connaissances du matériel par les patientes avant leur premier examen gynécologique selon le professionnel consulté.

- Vécu de l'examen

Peu importe le professionnel consulté ($p=0,305$), le vécu de cet examen par les patientes était bon, voir très bon, pour 71,6% de celles ayant vu un gynécologue et 73,1% un généraliste. Seul 16,7% des femmes ayant vu un gynécologue disaient avoir eu un vécu mauvais ou très mauvais et 11,5% avec un généraliste.

Et 11,7% des patientes ayant vu un gynécologue n'avaient pas d'opinion, contre 15,4% de celles ayant vu un généraliste.

- Impact sur poursuite du suivi gynécologique

Concernant l'impact qu'a eu cet examen : plus de patientes ayant vu un gynécologue, 43%, étaient convaincues de l'importance de la poursuite du suivi, que de patientes ayant vu un généraliste, 30%, ($p=0,013$). Sans différence significative, 37,6% des patientes ayant vu un gynécologue et 42,3% des patientes ayant vu un généraliste étaient rassurées pour la suite de leur suivi ($p=0,373$).

De façon globale, pour 17,3% des patientes cet examen n'avait pas eu d'impact.

Des patientes ont changé de professionnel après cet examen : 16,3% de celles ayant consulté un gynécologue et 10,8% de celles ayant consulté un généraliste ($p=0,139$).

Enfin 4,2% des femmes ayant consulté un gynécologue et 3,8% des femmes ayant consulté un généraliste, n'ont malheureusement pas poursuivi leur suivi gynécologique suite à ce premier examen ($p=0,874$).

5 - Comparaison des patientes par classes d'âges

Cette fois les données ont été analysées en séparant les femmes selon 2 catégories de classes d'âges : femmes de plus de 29 ans (en moyenne 33,1 +/- 2,9 ans), soit 230 femmes et les femmes de 29 ans et moins (en moyenne 26,1 +/- 2,6 ans), soit 211 femmes.

- Âge à l'apparition des premières règles

L'âge moyen d'apparition des premières règles est similaire, 12,8 (+/- 1,7) ans pour les femmes de 29 ans ou moins, et 12,9 (+/- 2,1) ans pour les femmes de plus de 29 ans ($p=0,478$).

- Âge du premier rapport sexuel

L'âge du premier rapport sexuel varie selon l'âge actuel des patientes : les patientes les plus âgées au moment où elles ont rempli le questionnaire, étaient en moyenne plus âgées aussi au moment de leur premier rapport sexuel : 17,5 (+/- 2,6) ans, alors que les patientes de 29 ans ou moins, avaient en moyenne 16,6 (+/- 2,0) ans ($p<0,001$).

5 - 1 Situation socio-démographique au moment du début du parcours de soins gynécologique des femmes en fonction de leur âge

- Statut marital

Concernant le statut marital des femmes, les plus âgées étaient plus souvent célibataires, 55% contre 37,9%, ou mariées 6,6% contre 3,8%, au moment de leur première consultation de gynécologie, et les plus jeunes étaient plus souvent en couple à cette période (58,3% contre 38,4%) ($p<0,001$).

- Lieu d'habitation

Il n'y avait pas de différence notable concernant leur lieu d'habitation, ($p=0,584$).

Pour les plus jeunes : 48,5% en milieu rural, 21,6% en milieu semi-rural et 29,9% en milieu urbain.

Pour les plus âgées : 43,8% en milieu rural, 24,8% en milieu semi-rural et 31,4% en milieu urbain.

- Niveau d'études maximal atteint

On notait une différence entre les niveaux d'études des femmes selon leur âge actuel ($p=0,017$), mais cette différence n'était pas répartie de manière linéaire selon le niveau d'études : ainsi en partageant les femmes en deux groupes : on trouvait 39% des femmes de 29 ans ou moins qui avaient atteint le niveau bac ou plus contre 45,9% dans le groupe des femmes de plus de 29 ans, mais cette différence n'était pas significative ($p=0,150$).

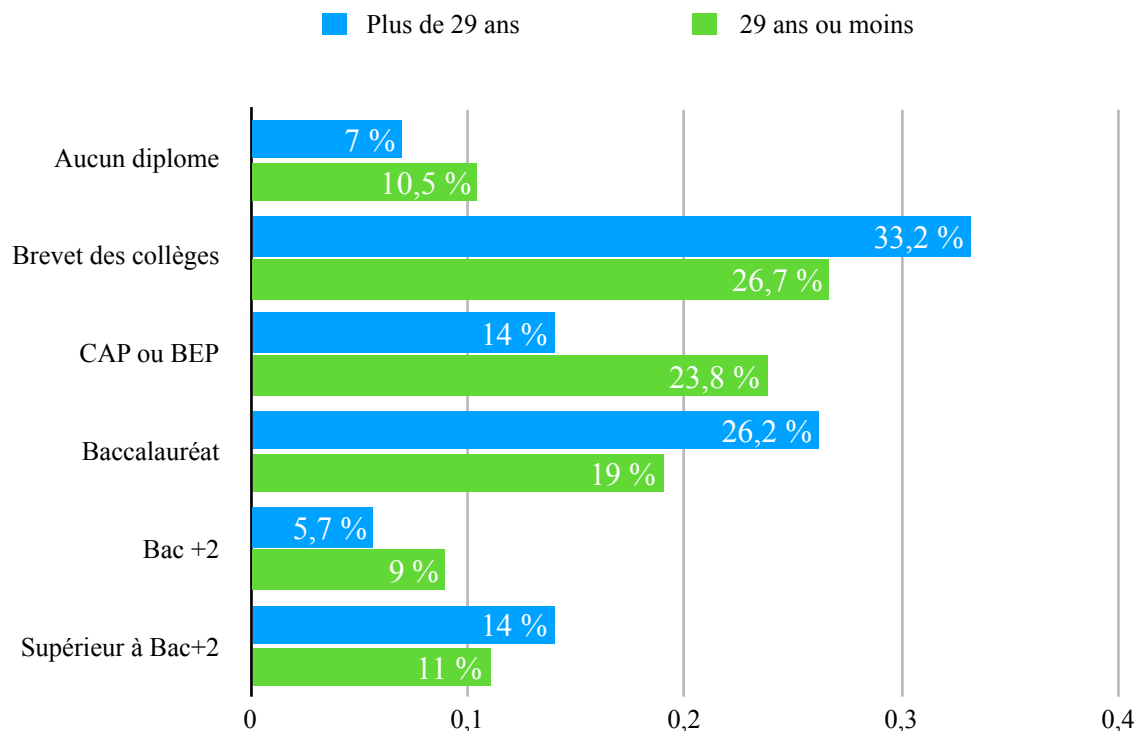


Figure XVII : Répartition du niveau d'étude maximal atteint par les femmes au moment de leur première consultation gynécologique selon leur âge actuel.

- Catégories socio-professionnelles des parents

Lorsqu'on s'intéresse aux professions des parents des femmes répondantes selon leur âge, on n'a pas de différence significative pour leurs mères ($p=0,332$), ni pour leur pères ($p=0,101$).

En utilisant les regroupements par catégories socio-professionnelles on a une différence entre les deux groupes, concernant les pères des patientes ($p=0,021$) : ceux des femmes les plus jeunes appartenaient plus souvent à une catégorie socio-professionnelle moins élevée. Pour les mères la différence n'est pas significative ($p=0,183$).

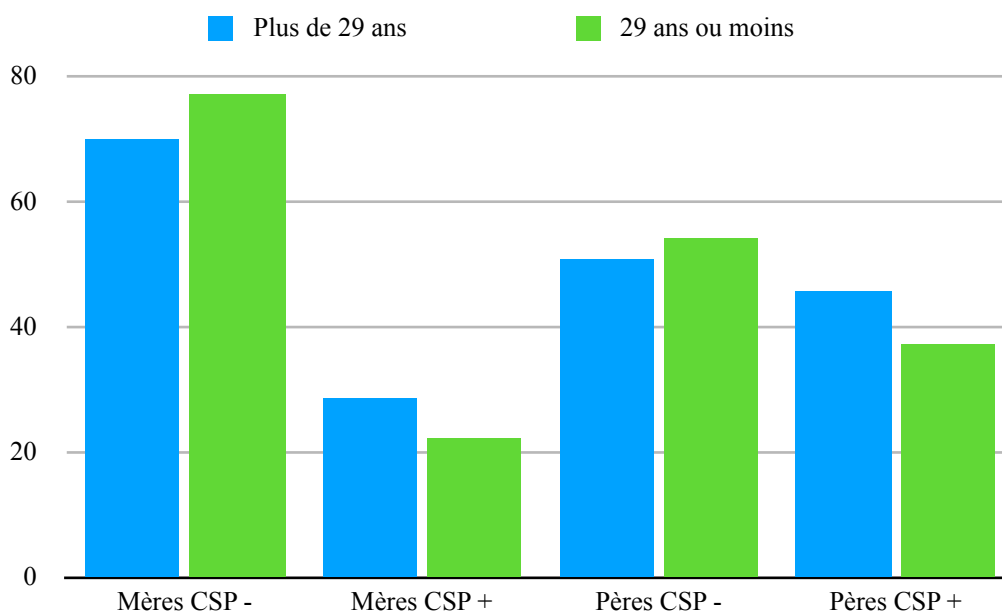


Figure XVIII : répartition des catégories socioprofessionnelles des parents des femmes selon leur âge actuel.

- Niveau de couverture maladie

Les femmes au moment de leur première consultation de gynécologie n'avaient pas de différence de niveau de couverture maladie ($p=0,203$).

- Médecin traitant déclaré

Parmi les plus jeunes, 3 patientes n'avaient pas de médecin traitant au moment de leur première consultation de gynécologie, soit 1,4%, et il y en avait 7 parmi les plus âgées, soit 3,1%, ce n'est pas une différence significative ($p=0,248$).

- Spécialiste consulté par leur mère

Il n'y a pas de différence significative concernant le spécialiste que leur mère consultait ($p=0,796$) : il s'agissait d'un gynécologue à 60%, un généraliste à 23,1%, une sage-femme à 1,1%, et 15,8% ne savaient pas quel était le spécialiste consulté par leur mère.

5 - 2 Première consultation pour motif gynécologique

- Âge au moment de la consultation

Lors de la première consultation, l'âge était non significativement différent ($p=0,524$) : en moyenne pour les plus jeunes 16,8 ($\pm$ 3,1) ans, et 17,1 ($\pm$ 3,5) ans pour les plus âgées.

- Motif de la première consultation gynécologique

Il n'y avait pas de différence dans leur motif de consultation ($p=0,278$) et c'était toujours le motif de la contraception qui était le motif principalement cité.

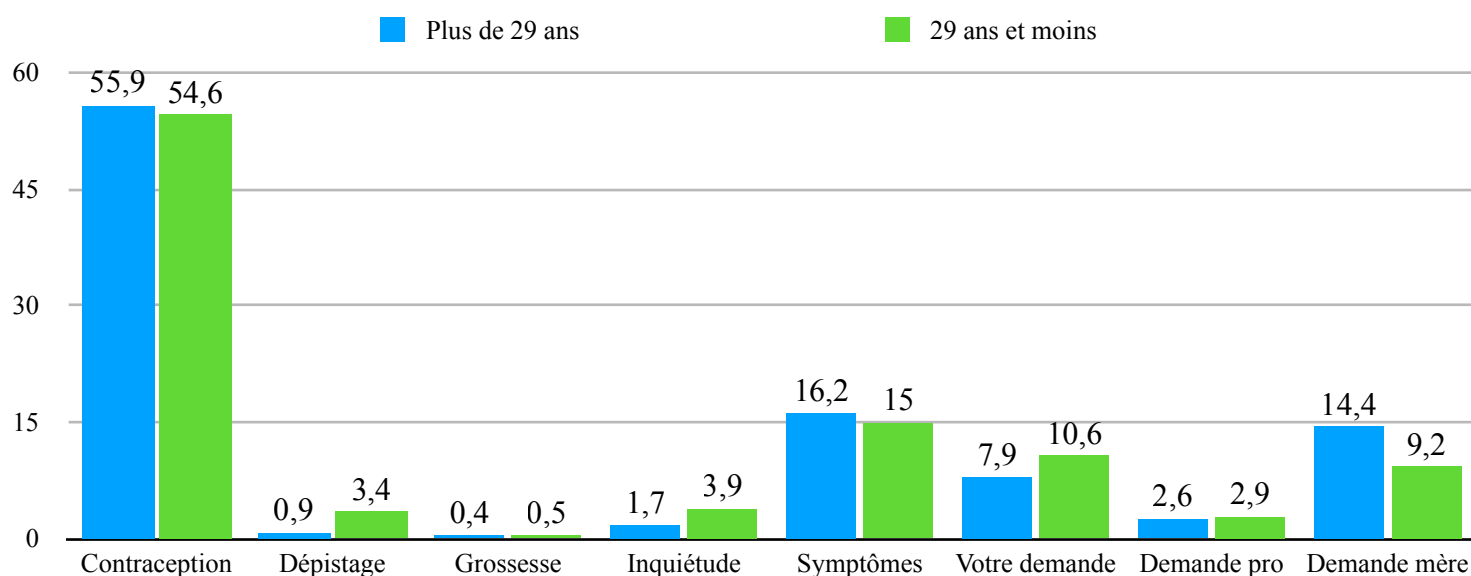
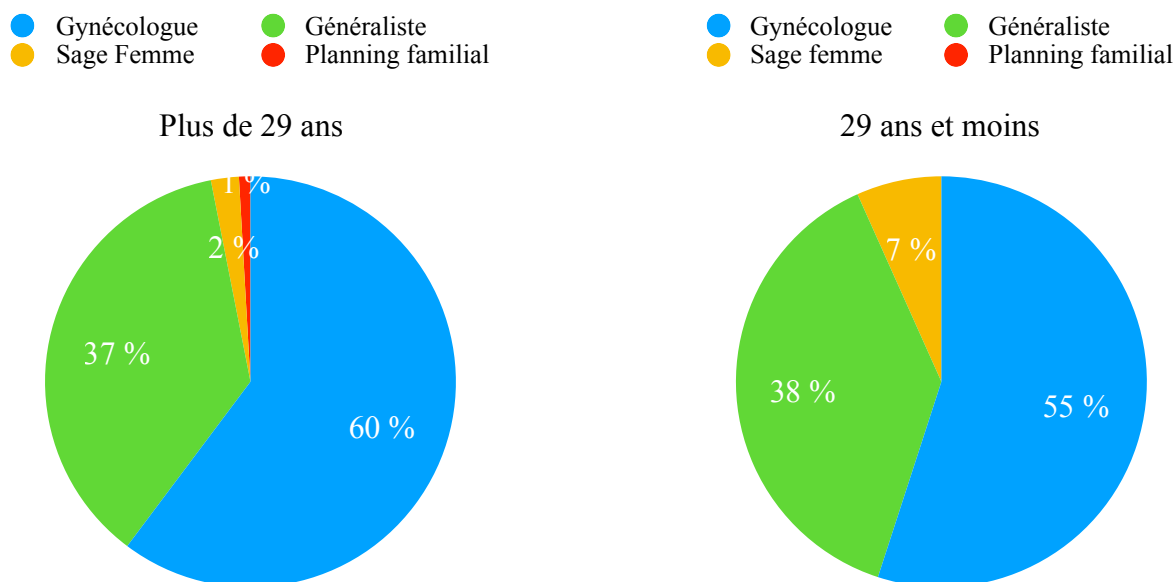


Figure XIX : répartition des motifs de consultations en pourcentage pour la première consultation de gynécologie, selon l'âge actuel des femmes

- Professionnel consulté lors de cette consultation

Dans les deux cas on observe que le professionnel consulté est un gynécologue, puis un médecin généraliste et enfin une sage-femme, avec une impression de diminution, du nombre de patientes qui consultent un gynécologue au profit des généralistes et sages-femmes, pour les plus jeunes, mais non significative ($p=0,056$).



Figures XX et XX bis : répartition des professionnels consultés pour la première consultation pour motif gynécologique selon l'âge actuel des femmes

- Sexe du professionnel consulté

Sans différence ($p=0,944$), les femmes des deux catégories d'âges ont consultés préférentiellement des professionnels de sexe féminin, à 61,2% pour les plus jeunes, et à 61,6% pour les plus âgées.

- Rapport sexuel avant la consultation

Lors de leur première consultation pour motif gynécologique, le groupe des plus jeunes, avait en majorité, déjà eu des rapports sexuels, 58,3% d'entre elles, à la différence des plus âgées, qui n'avait pas eu de rapport sexuel pour la plupart avant cette consultation, 53,7%, ($p=0,012$).

5 - 3 Première consultation pour contraception

- Âge au moment de la première consultation contraception

Les femmes les plus jeunes au moment où elles ont répondu au questionnaire, étaient les plus jeunes au moment de leur première consultation pour contraception ($p<0,001$) : 15,8 ans (+/- 1,8 ans) contre 16,9 (+/- 2,9 ans) pour les plus âgées.

- Professionnel consulté pour la première consultation de contraception

Les professionnels consultés pour la première contraception étaient en majorité des médecins généralistes à 61,1% pour les plus jeunes et 54% pour les plus âgées, puis les gynécologues à 34,5% pour les plus jeunes et 43,8% pour les plus âgées, et de façon plus anecdotique les infirmières scolaires, ou planning familiaux ou les sages-femmes, on ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,232$).

- Sexe du professionnel consulté

Encore une fois, les patientes ont consulté un professionnel de sexe féminin en majorité, dans les deux cas ($p=0,935$), 57,8% des patientes les plus jeunes et 57,5% des patientes les plus âgées.

- Prescription de contraception

La très grande majorité des patientes a reçu une prescription de contraceptif à l'issu de cette consultation : 97,1% des plus jeunes et 99,1% des plus âgées ($p=0,114$).

- Type de contraceptif prescrit

On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes quant aux types de contraceptifs prescrit ($p=0,220$).

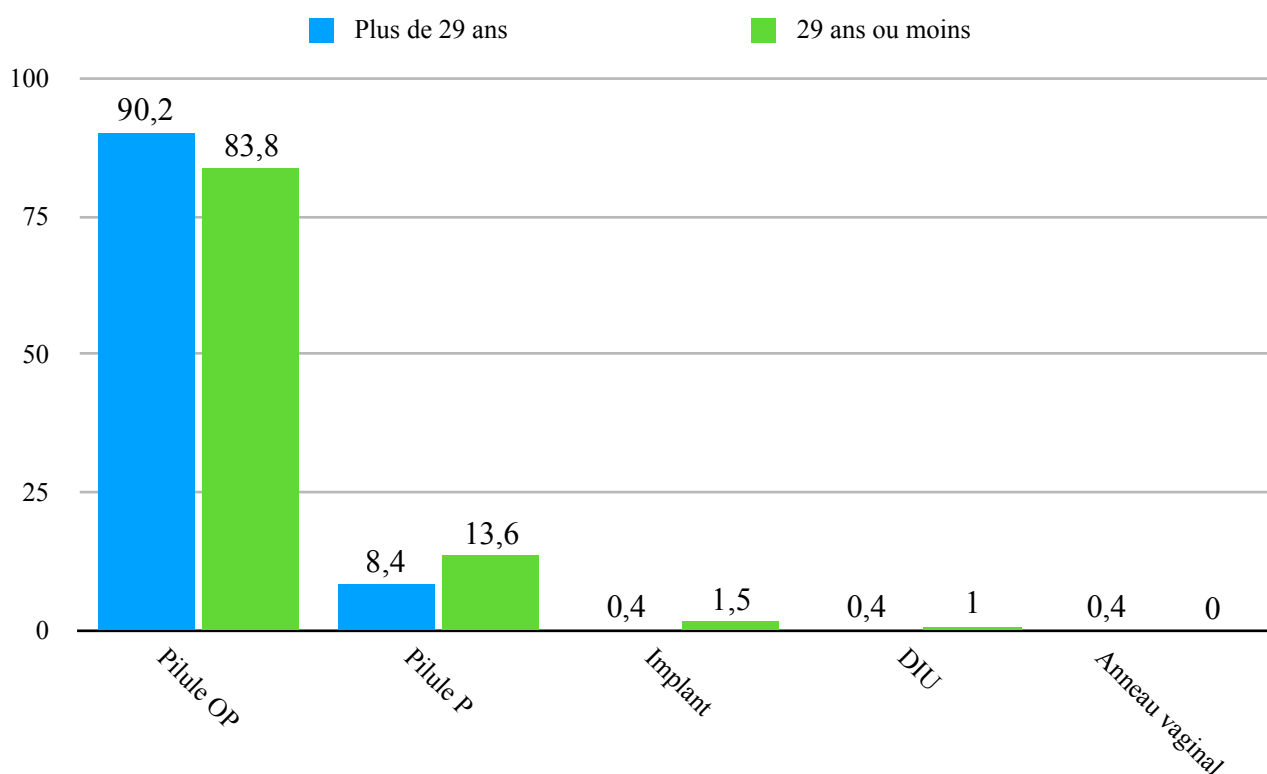


Figure XXI : répartition des types de contraceptifs prescrits selon l'âge des patientes au moment du questionnaire.

- Examen gynécologique pendant cette consultation

Il y a une différence notable dans la proportion de femmes ayant eu un examen gynécologique pendant cette première consultation pour contraception ($p=0,003$) : les patientes les plus âgées étaient 52,2% à avoir eu un examen lors de cette consultation, alors qu'elles n'étaient que 36,4% parmi les plus jeunes.

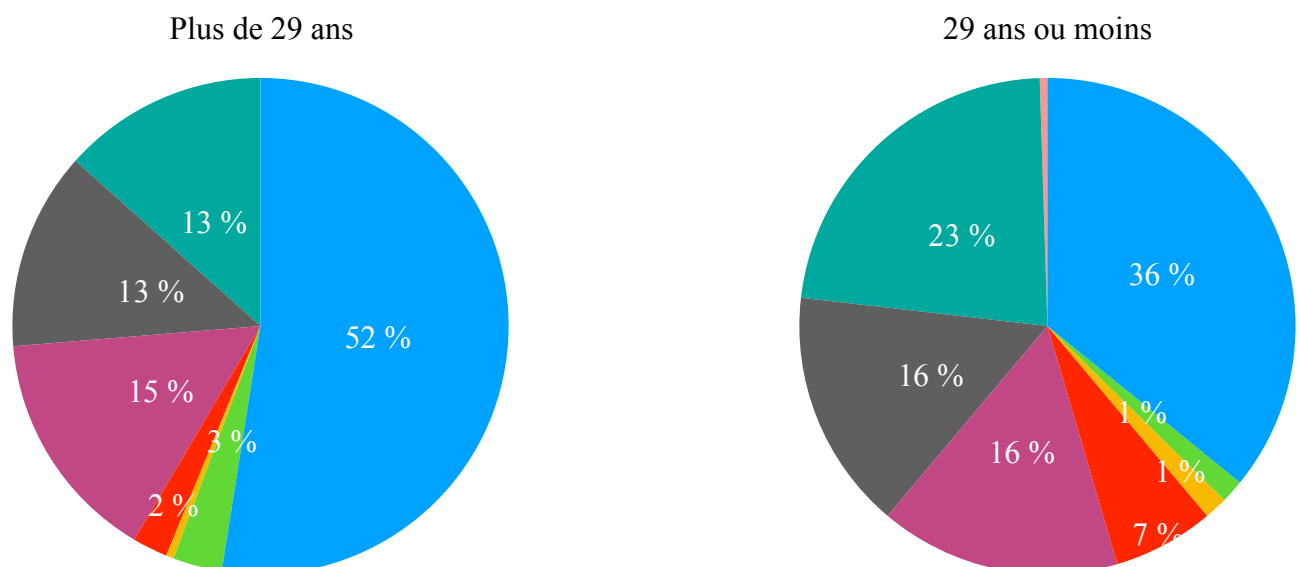
5 - 4 Premier examen gynécologique et son déroulement

- Âge au moment du premier examen gynécologique

L'âge des patientes était non différent à ce moment là : 18 ($\pm$ 3,4) ans pour les plus jeunes et 17,8 ($\pm$ 3,4) ans pour les plus âgées ($p=0,598$).

- Motif du premier examen gynécologique

Les motifs de ce premier examen gynécologique ne sont pas les mêmes ($p=0,006$) : la demande de contraception même si elle reste le premier motif, perd de son importance au profit d'une demande des patientes elles même, ou d'une inquiétude, avec une augmentation aussi des examens proposés par le professionnel.



Figures XXII et XXII bis : répartitions des motifs de consultation pour le premier examen gynécologique selon l'âge actuel des femmes.

- Professionnel consulté pour le premier examen gynécologique

Le professionnel consulté pour ce premier examen n'est pas le même selon l'âge actuel des femmes ($p=0,015$) : Les gynécologues sont toujours les premiers consultés pour cette consultation à 63,9% dans l'ensemble, mais on a une diminution des médecins généralistes au profit des sages-femmes.

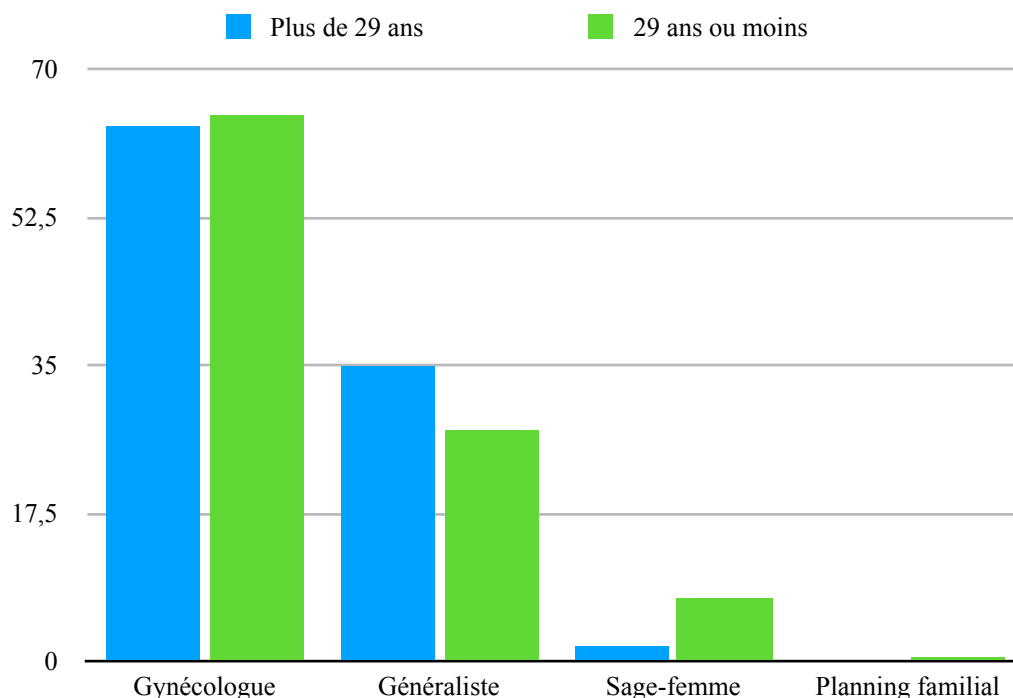


Figure XXIII : Répartition du type de professionnel consulté pour ce premier examen gynécologique selon l'âge actuel des femmes.

- Sexe du professionnel consulté

Pour cette consultation le professionnel consulté était en majorité une femme, à 62,9% pour les femmes les plus âgées et 64,5% des cas pour les plus jeunes ($p=0,733$).

- Même professionnel que pour la première consultation de gynécologie

Pour 67,2 % des femmes les plus jeunes et 71,7% des plus âgées il s'agissait du même professionnel que pour la première consultation pour motif gynécologique ($p=0,317$).

- Critère de choix principal du professionnel

Le critère de choix du professionnel ne variait pas selon l'âge actuel des patientes ($p=0,114$) : c'était le fait que ce soit le même professionnel que leur mère à 33,9%, puis la proximité géographique à 19,6%.

Venait ensuite le critère de la relation de confiance à 16,0%, puis qu'il soit recommandé par un proche à 10,3%, le sexe féminin du professionnel à 9,3%, sa spécialité médicale 6,7%, le critère d'urgence 4,1%, et le fait qu'il soit un homme 0,2%.

- Distance géographique du professionnel consulté

Les femmes les plus jeunes avaient en moyenne plus de distance qui les séparaient du professionnel consulté, 15km, contre 12,1km pour les plus âgées ($p=0,017$).

- Accompagnées lors de la consultation pour examen

Les patientes les plus jeunes étaient davantage accompagnées pour cette consultation avec premier examen gynécologique, que les plus âgées ($p=0,008$) : par leur mère en très grande majorité, mais aussi davantage que les plus âgées, par leur conjoint.

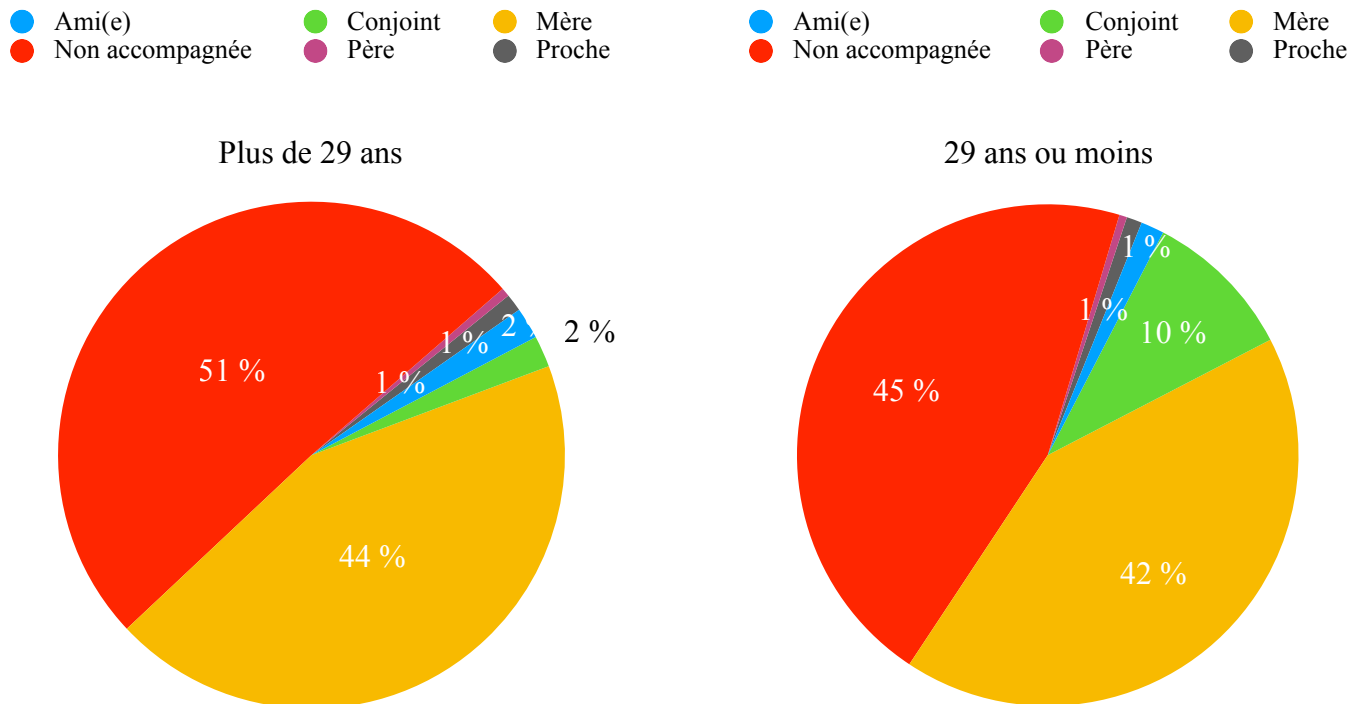


Figure XXIV : répartition des accompagnants des femmes lors de leur consultation pour le premier examen gynécologique.

- Présence d'un étudiant pendant l'examen

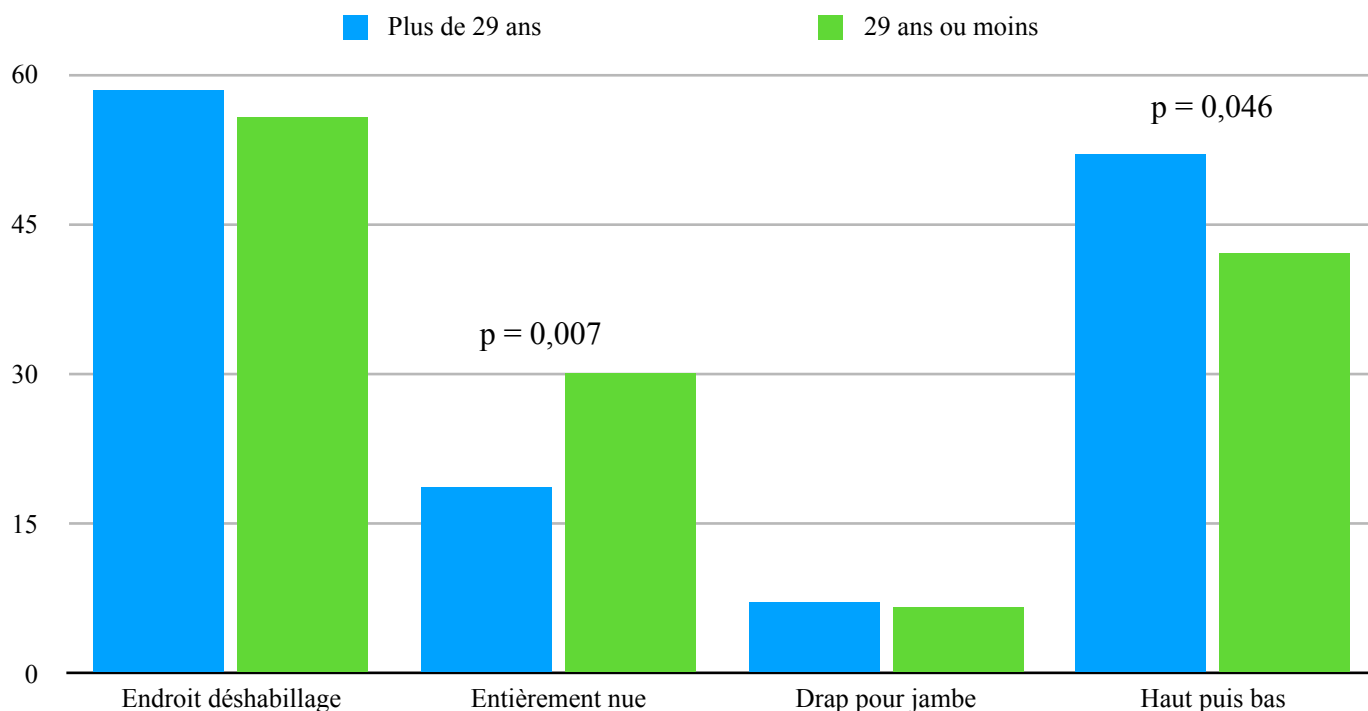
Les patientes signalaient qu'il n'y avait pas d'étudiant présent lors de ce premier examen gynécologique, à 93,7% pour les plus âgées et 95,1% pour les plus jeunes ($p=0,289$).

- Position lors de l'examen gynécologique

Lors de cet examen, les patientes étaient en position allongée avec les pieds dans les étriers, à 79% chez les plus âgées et 74,5% chez les plus jeunes, puis 20,1% sur le dos mais sans les pieds dans les étriers pour les plus âgées et 22% pour les plus jeunes, et 2,2% au total, semi assises, sans différence globale entre les groupes ($p=0,167$).

- Condition de l'examen

Les différences significatives entre les femmes les plus âgées et les plus jeunes dans les conditions de l'examen étaient liées au déshabillage : les plus jeunes étaient plus souvent entièrement nues, dans 30,2% contre 18,7%. Alors que les plus âgées avaient souvent bénéficié d'un déshabillage haut puis bas, dans 52,2% des cas contre 42,2%. Les autres conditions n'étaient pas significativement différentes.



Figures XXV : Conditions de l'examen gynécologique selon l'âge actuel des femmes

- Informations reçues sur le déroulement

Les informations reçues, ou non, par les patientes n'étaient pas différentes ($p=0,355$) : La majorité d'entre elles, 50%, les avaient reçues du professionnel, puis des proches leur avaient expliqué ; 13,7% pour les plus jeunes et 9,3% pour les plus âgées. Et 34% parmi les plus âgées et 31% des plus jeunes disaient n'avoir eu aucune explication.

5 - 5 Vécu et connaissances de l'examen gynécologique

- Craintes avant l'examen

Les deux craintes principales sont présentes peu importe le groupe d'âge : celle de la nudité à 62,5% ($p=0,537$) et celle de la douleur à 50,1% ($p=0,158$).

D'autres craintes ont évolué : la crainte du matériel était davantage présente chez les femmes les plus âgées actuellement, alors que la crainte d'être anormale est apparue pour les femmes les plus jeunes.

Enfin les femmes les plus jeunes étaient davantage neutres vis à vis de cet examen.

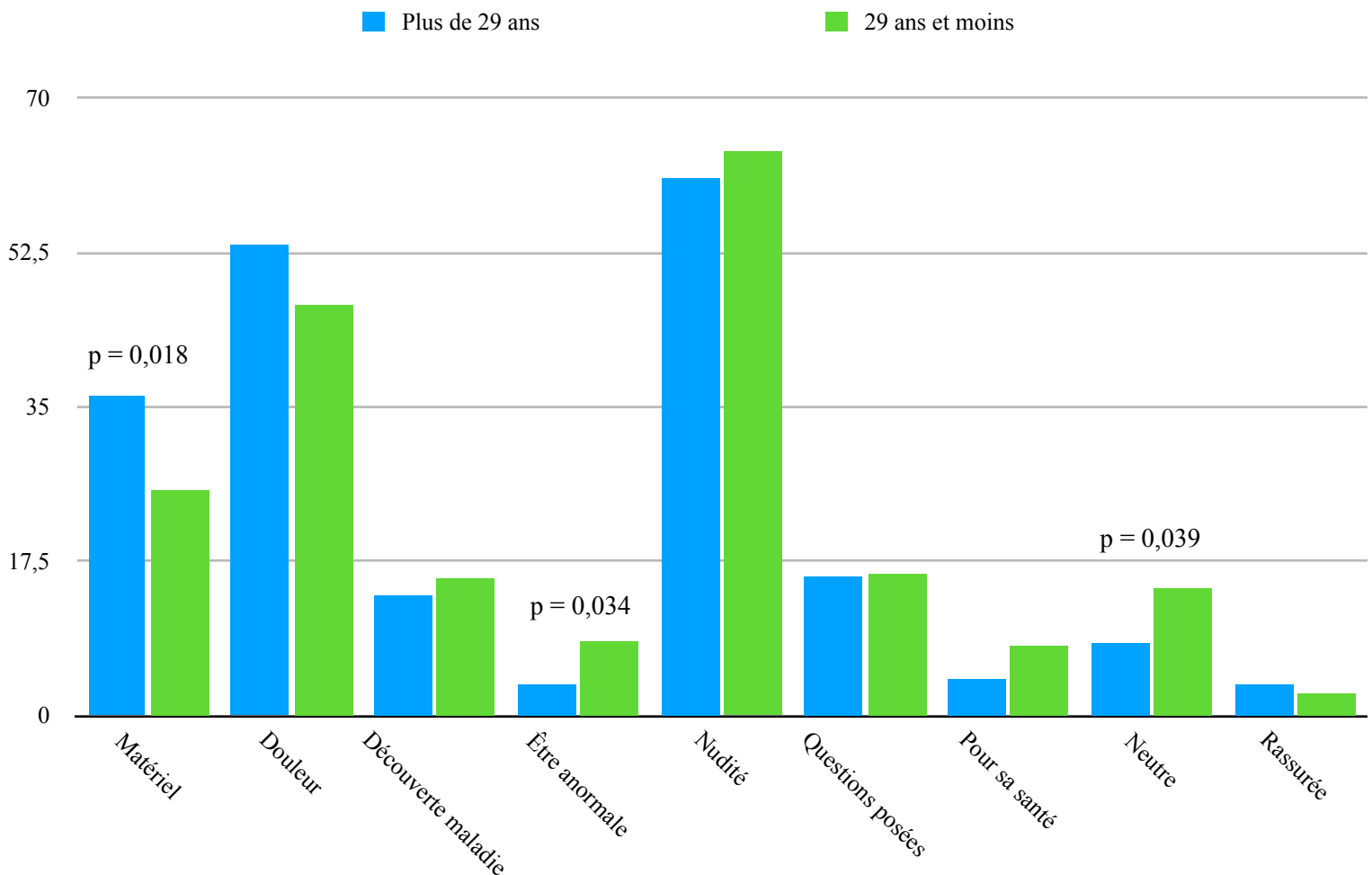


Figure XXVI : Craintes des femmes avant leur premier examen gynécologique selon leur âge actuel

- Attentes vis à vis de l'examen

Parmi les attentes de cet examen, une seule était différente significativement entre les deux groupes, la réassurance ($p=0,011$) : elles étaient 21,6% des femmes les plus âgées à l'attendre de cet examen, contre 32,7% parmi les plus jeunes.

Pour le reste, les attentes principales étaient : le dépistage pour 46,4% des femmes dans l'ensemble et l'attente d'informations à 42,5% d'entre elles.

L'origine de leurs symptômes n'était une attente que pour 17,1% d'entre elles.

- Intérêt de l'examen

Parmi les intérêts de l'examen gynécologique perçus par les patientes, le plus cité était celui du dépistage pour 85,4% des plus âgées et 84,8% des plus jeunes. Puis pour prévenir l'apparition d'une maladie à 59,6% au total, pour vérifier si l'on peut leur prescrire un traitement pour 48,3% des femmes interrogées et enfin afin de faire le diagnostic d'une maladie pour 46,6% des femmes au total.

Il est intéressant de remarquer que davantage des plus jeunes patientes n'y percevaient aucun intérêt ($p=0,040$), même s'il s'agit d'une minorité, 3% d'entre elles, contre 0,5% des plus âgées.

- Connaissances du matériel utilisé

Les connaissances des femmes vis à vis du matériel utilisé pour ce premier examen gynécologique avant celui-ci, étaient semblables peu importe leur âge actuel.

Une différence notable : les femmes les plus jeunes connaissaient davantage les étrières, par rapport aux plus âgées.

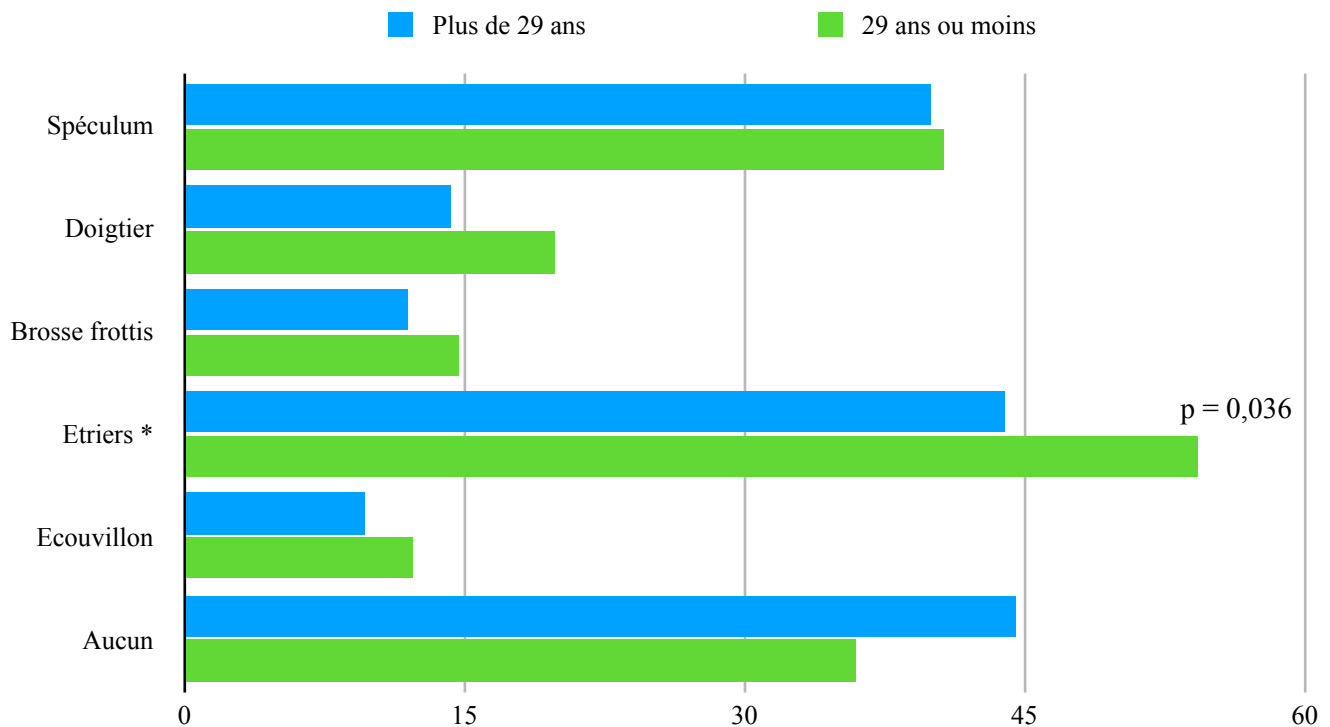


Figure XXVII : Connaissance du matériel avant leur premier examen gynécologique selon l'âge actuel des femmes

- Vécu de l'examen

Il n'y avait pas de différence significative vis à vis du vécu de cet examen par les femmes en fonction de leur âge ($p=0,217$) : Près de 72,8% des femmes déclaraient un vécu bon ou très bon.

- Impact de l'examen sur poursuite du suivi gynécologique

L'impact était le même peu importe l'âge actuel des femmes : Une majorité d'entre elles se disaient rassurée pour la suite de leur suivi : 39,8% des plus jeunes et 41,3% des plus âgées ($p=0,758$). Parmi les plus jeunes 36,7% et 39% des plus âgées se disaient convaincu de l'importance de la poursuite de leur suivi.

Au total 17,4% des femmes ont déclaré que l'examen n'avait eu aucun impact.

Une minorité de femmes, 4,1%, n'ont pas poursuivi leur suivi ($p=0,981$).

Et enfin 16,3% des plus jeunes répondantes et 11,5% des plus âgées ont changé de professionnel suite à ce premier examen ($p=0,152$).

6 - Parcours de soins des patientes

6 - 1 Concernant la première consultation pour contraception

On s'intéresse aux patientes consultant un généraliste ou un gynécologue pour leur première consultation pour contraception :

	gynécologue (N=172)	généraliste (N=250)	
Professionnel consulté 1er consultation motif gynéco			< 0.001
gynécologue	162 (94.2%)	79 (31.9%)	
médecin généraliste	5 (2.9%)	162 (65.3%)	
planning familial	2 (1.2%)	0 (0.0%)	
sage-femme	3 (1.7%)	7 (2.8%)	
Professionnel consulté 1er examen gynéco			< 0.001
gynécologue	161 (97.0%)	96 (40.3%)	
médecin généraliste	4 (2.4%)	131 (55.0%)	
sage-femme	1 (0.6%)	11 (4.6%)	
Même professionnel que pour 1ère consult pour motif gynéco	136 (82.9%)	141 (60.0%)	< 0.001

Tableau II : caractéristiques des patientes ayant consulté un généraliste ou un gynécologue au moment de leur première consultation pour contraception

Les patientes ayant vu un gynécologue pour leur contraception, avaient aussi vu un gynécologue en majorité pour leur première consultation pour motif gynécologique.

Leur âge au moment de la consultation pour contraception était de 16,5 (+/- 2,7) ans, et est proche de l'âge au moment de leur première consultation pour motif gynécologique 16,0 (+/- 2,3) ans.

Pour ce qui est du premier examen gynécologique : les patientes ayant vu un gynécologue, pour leur contraception, ont vu à un âge similaire 16,8 (+/- 2,6) ans, un gynécologue à nouveau, pour 97% d'entre elles pour leur premier examen.

C'était le même professionnel que pour la première consultation gynécologique pour 82,9% d'entre elles.

Les patientes ayant vu un gynécologue lors de leur consultation de contraception étaient 69,6% à déclaré avoir eu un examen lors de cette même consultation.

Celles ayant vu un généraliste pour leur contraception, avaient vu pour la consultation pour motif gynécologique, un généraliste à 65,3% et un gynécologue à 31,9%.

Leur âge au moment de la première consultation pour motif gynécologique était plus élevé 17,4 (+/- 3,6) ans, que lors de leur première consultation pour contraception, 16,3 (+/- 2,5) ans.

Les patientes ayant vu un généraliste pour leur contraception sont seulement 28,2% à déclarer avoir eu un examen lors de cette consultation. Parmi les patientes ayant vu un généraliste pour leur contraception, à 18,5 (+/- 3,5) ans en moyenne, elles ont consulté un médecin généraliste pour 55% d'entre elles, ou un gynécologue pour 40,3%, pour leur examen gynécologique. Ce spécialiste était dans 60% des cas le même que pour la première consultation pour motif gynécologique.

6 - 2 Concernant la première consultation pour motif gynécologique

En étudiant les patientes ayant consulté un généraliste ou un gynécologue pour leur première consultation pour motif gynécologique :

Les patientes qui ont consulté un gynécologue pour leur première consultation pour motif gynécologique avaient environ 16,8 (+/- 3) ans ce moment là, âge proche de celui auquel elles ont consulté la première fois pour une contraception : 16,3 (+/-2,4) ans. Mais seulement 65,9% de ces patientes ont vu ou avaient vu un gynécologue pour leur contraception, 32,1% se dirigeaient ou s'étaient dirigé vers un médecin généraliste.

Elles étaient 48,9% à déclarer avoir eu un examen lors de cette consultation pour contraception.

Puis elles ont dans l'ensemble, à 17, 3 (+/- 2,9) ans, consulté également un gynécologue pour 94,3% d'entre elles pour leur premier examen gynécologique, et ce professionnel était le même que pour la consultation pour motif gynécologique dans 70,5% des cas.

Alors que les patientes ayant vu un généraliste pour leur première consultation pour motif gynécologique, à 16,7 (+/- 3,3) ans, ont vu à 16,5 (+/- 2,8) ans aussi, un généraliste pour 96,4% d'entre elles pour leur contraception.

Elles ont consulté vers 18,3 (+/-3,5) ans, dans 76,9% des cas un généraliste à nouveau pour leur premier examen gynécologique, ou pour 20% des cas un gynécologue. Ces professionnels étaient les mêmes que lors de leur première consultation pour motif gynécologique dans 71,1% des cas.

	gynécologue (N=254)	généraliste (N=169)	p value
Professionnel consulté 1er consultation contraception			< 0.001
gynécologue	162 (65.9%)	5 (3.0%)	
infirmière scolaire	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
médecin généraliste	79 (32.1%)	162 (96.4%)	
planning familial	2 (0.8%)	0 (0.0%)	
sage-femme	2 (0.8%)	1 (0.6%)	
Eu un examen gynéco lors de consult contraception	116 (48.9%)	62 (40.8%)	0.197
Professionnel consulté 1er examen gynéco			< 0.001
gynécologue	232 (94.3%)	32 (20.0%)	
médecin généraliste	12 (4.9%)	123 (76.9%)	
planning familial	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
sage-femme	1 (0.4%)	5 (3.1%)	
Même professionnel que pour 1ere consult gynéco	170 (70.5%)	113 (71.1%)	0.909

Tableau III : caractéristiques des patientes ayant consulté un généraliste ou un gynécologue au moment de leur première consultation pour motif gynécologique

6 - 3 Concernant le premier examen gynécologique

Enfin si l'on prend les données des patientes, ayant consulté un gynécologue ou un généraliste pour leur premier examen gynécologique :

Pour celles ayant consulté un gynécologue pour leur premier examen gynécologique, vers 17, 5 (+/- 3) ans, elles avaient consulté, vers 16,6 (+/- 2,7) ans, dans 86,2% des cas également un gynécologue auparavant pour leur consultation pour motif gynécologique. Dans 63,9% des cas il s'agissait du même professionnel au moment de l'examen qu'au moment de la première consultation pour motif gynécologique.

Pour leur première consultation contraception, les patientes qui avaient consulté un gynécologue pour leur premier examen gynécologique, avaient consulté, vers 16,3 (+/-2,3) ans, pour 61,2% d'entre elles un gynécologue et pour 36,5% d'entre elles un médecin généraliste. Au total elles étaient 45,3% à avoir eu un examen gynécologique lors de leur première consultation pour contraception.

Pour les patientes ayant consulté un généraliste au moment de leur premier examen gynécologique vers 18,0 (+/- 3,7) ans, elles avaient consultés vers 17,2 (+/- 3,9) ans, un généraliste aussi pour 90,4% d'entre elles pour leur première consultation pour motif gynécologique. Dans l'ensemble elles avaient vu pour cette examen le même spécialiste qu'auparavant, dans 83,8% des cas.

Elles étaient 97% à avoir consulté également un généraliste auparavant, vers 16,5 (+/- 2,9) ans, pour leur consultation de contraception et 48,4% des patientes avaient eu un examen gynécologique au moment de leur première consultation pour contraception.

	gynécologue (N=271)	généraliste (N=136)	p value
Professionnel consulté 1er consultation motif gynéco			< 0.001
gynécologue	232 (86.2%)	12 (8.8%)	
médecin généraliste	32 (11.9%)	123 (90.4%)	
planning familial	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
sage-femme	4 (1.5%)	1 (0.7%)	
Même professionnel que pour 1ère consult pour motif gynéco	170 (63.9%)	114 (83.8%)	< 0.001
Professionnel consulté 1er consultation contraception			< 0.001
gynécologue	161 (61.2%)	4 (3.0%)	
infirmière scolaire	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
médecin généraliste	96 (36.5%)	131 (97.0%)	
planning familial	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
sage-femme	4 (1.5%)	0 (0.0%)	
Eu un examen gynéco lors de consultation contraception	117 (45.3%)	60 (48.4%)	0.685

Tableau IV : caractéristiques des patientes ayant consulté un généraliste ou un gynécologue au moment de leur premier examen gynécologique

V) DISCUSSION

1 Principaux messages :

On peut, d'après les analyses des professionnels consultés au moment des différentes consultations, établir 3 types de parcours de soins différents. Soit les patientes consultent un médecin généraliste pour toutes leurs premières consultations de gynécologie, soit elles consultent un gynécologue pour toutes ces consultations. Soit elles consultent pour la contraception auprès d'un médecin généraliste, (ce qui était le cas pour 250 patientes, soit 59,2% des femmes) puis font le reste de leurs consultations auprès d'un gynécologue.

Malgré le changement de la démographie médicale ces dernières années, avec une présence importante des sages-femmes libérales sur le territoire vendéen, l'étude n'a pu montrer qu'une faible place des sages-femmes, seulement 20 patientes en ont consulté une à un moment de leur parcours de soin, même si une légère augmentation du recours à ces professionnelles a été mise en évidence entre les femmes les plus jeunes au moment de leur réponse au questionnaire, et les plus âgées (7,5% contre 1,8%).

Selon que les patientes consultent un médecin généraliste ou un gynécologue, les motifs de consultations et de choix du professionnel ne sont pas les mêmes, tout comme le déroulement de l'examen, mais cela n'influe pas sur le vécu qu'en ont les patientes ni sur leurs connaissances ou craintes vis à vis de cet examen.

On observe des changements avec les années entre les patientes les plus jeunes ou les plus âgées, mais de façon significative uniquement en ce qui concerne la consultation du premier examen gynécologique.

2 Les premières consultations des patientes face aux données nationales

En France les données concernant la première consultation de gynécologie, ou concernant l'âge de l'examen gynécologique n'ont été explorées que par des thèses, au niveau départemental ou régional, ou par quelques études mais de façon assez globale et sans s'intéresser en détail, aux conditions de déroulement de l'examen, et peu, aux vécus des femmes.

2 - 1 Données socio-démographiques des patientes selon le professionnel consulté :

L'âge des premières règles, comme l'âge du premier rapport sexuel, n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes : gynécologue ou généraliste.

Il n'y avait pas de différence concernant le statut marital.

Le lieu d'habitation des femmes n'est pas ressorti de l'étude comme étant différent entre les deux groupes de patientes.

Même si une tendance semblait apparaître concernant une différence de niveau d'étude des patientes au moment de leur début de suivi gynécologique, entre chacun des groupes : elle n'était pas significative. Il s'agissait peut être d'un manque de puissance de l'étude pour arriver à montrer cette différence. Cette différence aurait tendu vers un niveau d'études maximal atteint, plus faible

pour les femmes consultant un gynécologue : on aurait pu penser dans ce cas que cela aurait pu être du à un âge plus faible chez ces patientes, qui ont consulté plus tôt, (pour des symptômes par exemple) , et donc un niveau d'études moindre à ce moment, mais cela ne correspond pas aux données recueillies par la suite concernant les âges au moment des différentes consultations. Il s'agit donc peut être uniquement d'une impression donnée par les résultats, retrouvée de manière aléatoire.

Il n'y avait pas de différence significative de catégories socio-professionnelles des parents des patientes, selon le professionnel qu'elles ont consulté. Ni en les regroupant selon que ces catégories socioprofessionnelles étaient favorisées ou défavorisées. Cela rejoint des travaux de thèse ayant déjà mis en évidence, par exemple le fait que le coût de la consultation n'était pas un frein évoqué par les patientes, (53, 54), ce qui aurait pu être le cas pour des jeunes femmes issues de familles de catégories socio-professionnelles plus défavorisées.

Une autre thèse ayant analysée plusieurs études sur ce sujet, retrouvait des résultats discordants concernant le lien entre la CSP des patientes elles mêmes et le professionnel consulté (2), à savoir selon les études, un lien significatif ou non trouvé entre le professionnel consulté et la CSP des patientes.

Les niveaux de couverture maladie des patientes n'étaient pas différents.

De même il n'y avait pas de différence significative concernant le nombre de patientes déclarant à l'époque avoir un médecin traitant.

En revanche on observe nettement que les spécialistes consultés par les mères des patientes de chaque groupe, ne sont pas les mêmes : il est donc fort probable que cela ai influencé leurs filles. Ce qui expliquerait que parmi les patientes consultant elle même un gynécologue, on trouvait une plus grande part de leur mère qui avait aussi consulté un gynécologue, et à contrario dans le groupe de patientes ayant consulté un généraliste, la majorité des mères des patientes, avait elles aussi consulté un généraliste.

Ceci avait déjà été mis en évidence par une étude qui interrogeait les médecins généralistes et qui retrouvait ces mêmes constatations (1), mais également relaté par des patientes elles même dans une autre étude (58).

2 - 2 Première consultation pour motif gynécologique :

Pour cette toute première consultation de gynécologie les patientes, dans mon étude, se sont d'avantage orientées vers un gynécologue.

On retrouvait cette même inclinaison dans leur choix, dans d'autres thèses ou études de ces dernières années (53, 55). Ceci est à nuancer cependant, puisque les taux de l'enquête nationale BVA de 2008 notamment, sont de 17,6 % de femmes assurant leur suivi auprès d'un médecin généraliste contre 82,4% vers un gynécologue, de même, pour la thèse réalisée en île de France où l'on retrouve une répartition de 92% pour les gynécologues et 8% pour les généralistes. Soit des répartitions bien plus fortes envers les gynécologues que celle de mon étude. Or on sait que la démographie médicale des gynécologues en Vendée est plus faible qu'au niveau national. Avec donc une moindre accessibilité aux consultations de ces praticiens. Et cette différence de démographie médicale est encore plus importante avec certains autres départements, comme certains d'île de France, comme dans la thèse sus citée, où la densité y est presque deux fois plus élevée (40). Ce qui explique que la répartition entre les deux professionnels dans mon étude soit de seulement 60,1% vers les gynécologues et 39,9% vers les généralistes.

Ce qui se rapproche plus d'une thèse réalisée en zone rurale, dans le Nord-Pas de Calais, avec une répartition de 65% de gynécologues, 23% de généralistes et 9% mixte des deux (55).

Les patientes avaient 16,8 ans en moyenne, peu importe le professionnel consulté.

En 2010, selon le baromètre santé Jeunes, réalisé dans les Pays de la Loire, près de 50% des femmes de 15 à 19 ans des Pays de la Loire déclaraient « avoir déjà eu une consultation pour raisons de contraception ou gynécologiques » (56), ce qui correspond donc à l'âge de nos patientes.

Que les patientes aient consulté un médecin généraliste ou un gynécologue, elles avaient vu en majorité une femme dans les deux cas. Cette différence significative concernant le sexe du professionnel consulté, était retrouvé pour les consultations de gynécologie, dans d'autres thèses : du à la féminisation de la profession d'une part, et aussi par choix des patientes d'autre part (57 - 59). N'ayant pas posé la question du critère de choix des professionnels pour cette consultation, il n'est pas possible de savoir quelle en était la raison dans mon étude.

Lorsque les patientes se dirigeaient pour cette consultation vers un médecin généraliste, c'était la plupart du temps pour une demande de contraception.

Ce qui correspondait en effet, à un des motifs principaux de consultation de gynécologie rencontré par les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie : déjà noté par l'Observatoire de la Médecine Générale en 2009 (60), et confirmé par différentes thèses dans différents départements français par la suite (39, 57, 58).

Lorsqu'elles se tournaient vers un gynécologue, les patientes y allaient aussi, pour une demande de contraception le plus souvent.

Mais également suite à une demande de leur mère ou aussi, suite à des symptômes. Ce qui correspond à ce que décrivaient eux mêmes les gynécologues médicaux, dans une étude réalisée en 2019, en Nouvelle Aquitaine, sur leur rôle de recours en tant que spécialiste par rapport à des pathologies particulière, et sur ce qu'il décrivaient aussi comme étant souvent le rôle des gynécologues obstétriciens exerçant en libéral (61).

Ceci rejoignait aussi les motifs évoqués par les patientes, dans d'autres thèses (53, 54), quand elles consultaient un gynécologue.

2 - 3 Première consultation pour contraception :

Pour cette consultation nos patientes répondantes se tournaient plus vers un médecin généraliste à 59,2%, que vers un gynécologue : les données de la littérature tendaient effectivement vers une bascule de cette compétence vers les médecins généralistes, comme le confirmait le CNGOF déjà en 2000 (62).

Même si quelques années plus tôt, en 1994, c'était environ les trois quarts de ces premières demandes de contraception qui étaient assurés par un gynécologue (62). En 2004, la Société Française de Médecine Générale (SFMG), d'après les études de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) montrait que la contraception était le premier motif de consultation en médecine générale pour les femmes de 18 à 25 ans (60, 63), et une enquête menée par MG France en 2008, décrites dans une thèse, trouvait que « 45 % des initialisations de contraception orale (...) sont réalisés par les Médecins Généralistes. » (64).

Cependant d'autres thèses réalisées en région parisienne, comme citées précédemment, retrouvaient toujours une prédominance des gynécologues pour la prescription de contraception et même pour son initiation en particulier (53, 54).

Une fois encore les différences de densité médicale selon les spécialités et les départements sont à prendre en compte pour expliquer ces résultats.

Et effectivement une thèse réalisée dans une région rurale, en Bourgogne, retrouve aussi, une prédominance du recours au généraliste pour la première prescription de contraception à 53% (66).

Dans la majorité des cas, les femmes se tournaient vers un professionnel de sexe féminin, pour les gynécologues, mais plutôt vers un médecin généraliste homme. Ces constatations étaient en accord avec les études sur le sujet, qui ne trouvaient pas toujours de différences significatives concernant le sexe du professionnel consulté, en particulier pour les consultations de contraception (65) pour lesquelles ce critère ne semblait pas être déterminant pour les patientes.

Il se peut donc que cela soit plutôt dû à la proportion d'hommes et femmes médecins selon chaque spécialités : en effet en 2013 (les données les plus anciennes disponibles), il y avait une proportion de femmes égales à 72% parmi les gynécologues médicaux en France, alors que les femmes représentaient seulement 41,6% des médecins généralistes (40).

Comme beaucoup de jeunes femmes à cet âge là dans la population générale, l'étude retrouvait que c'était la pilule qui était le contraceptif le plus prescrit, lors de cette première consultation : c'est le cas en particulier en Pays de la Loire, puisque la pilule y représentait plus de 75% des méthodes de contraception des 15-19 ans en 2010 (56).

Enfin lors de cette consultation nos répondantes décrivaient avoir eu un examen gynécologique plus souvent pour celles qui avaient consulté un gynécologue. Il aurait été intéressant pour cette question de savoir si cet examen avait été proposé par le professionnel ou demandé par la patiente à cette occasion.

2 - 4 Consultation pour le premier examen gynécologique :

Pour ce premier examen les femmes de l'étude se sont d'avantage tournées vers un gynécologue 66,6%, ce qui concorde avec de nombreuses autres études, qui retrouvent que les patientes pour leur suivi gynécologique, avec examen donc, vont consulté un gynécologue en priorité à 70% selon l'étude BVA menée en 2008 au niveau national.

Mais le taux est bien plus élevé, de l'ordre de 80 % pour une étude faite en région parisienne (53). Alors qu'on trouve des taux plus proche de mon étude dans les études réalisées en Bourgogne (66) : 69% vers les gynécologues, et 65% qui s'orientent vers un gynécologue pour leur suivi, dans une étude réalisée dans le Nord pas de Calais (55).

Il est même encore plus intéressant de voir qu'une étude s'est intéressée plus particulièrement aussi au premier examen gynécologique, en interrogeant des femmes en Loire Atlantique et Maine et Loire, et retrouvait un taux de patientes s'étant orientées vers un gynécologue pour cet examen de 70% (67).

Elles avaient 17,7 ans dans mon étude en moyenne, lors de ce premier examen ce qui est un peu plus jeune que l'âge déclaré par des patientes dans l'enquête sus citée, réalisée en Maine et Loire et Loire Atlantique, qui était de 18,6 ans, en 2009 (67).

Les motifs de consultation étaient semblables à ceux de la première consultation de gynécologie, pour les patientes se dirigeant vers un gynécologue : contraception, symptômes, mais aussi à la demande de la patiente elle même. Ces principaux motifs sont les même que ceux retrouvés dans l'enquête précédemment citée, réalisée il y a quelques années, en 2009 (67).

On peut émettre l'hypothèse qu'il s'agit peut être d'une seule et même consultation pour certaines patientes : puisque celles ayant consulté un gynécologue étaient plus nombreuses à déclarer, que le professionnel consulté pour cet examen, était aussi le même que pour leur première consultation de gynécologie. Et les patientes ayant consulté un gynécologue pour leur première contraception étaient aussi plus nombreuses à avoir eu un examen lors de cette même consultation.

En ce qui concerne les patientes ayant consulté un généraliste, les motifs pour ce premier examen étaient : pour les trois quart celui de la contraception, ou à la demande du professionnel. Peut être car lors de la consultation de contraception, les patientes qui avaient vu un médecin généraliste n'avaient pas eu d'examen la plupart du temps, comme elles le déclaraient, donc le professionnel leur proposait pour une consultation suivante.

Le médecin généraliste consulté pour cet examen était en, proportion, moins souvent le même professionnel que celui consulté auparavant, par rapport aux femmes consultant un gynécologue : ce qui se remarque vis à vis du sexe du professionnel, puisque lors de la consultation de contraception, les femmes consultant un médecin généraliste voyaient surtout un homme, or lors de ce premier examen gynécologique il s'agissait majoritairement de généralistes femmes.

Ceci peut être expliqué par le fait que certaines femmes suivies par des médecins généralistes préfèrent que ce ne soient pas leur médecin généraliste habituel, par gêne, pudeur ou pour différencier ce suivi du reste de leur suivi (2) : ils se pourraient donc qu'elles consultent pour leur contraception auprès de leur médecin traitant habituel, qui se trouvaient plus souvent être un homme, puis pour certaines si celui-ci était un homme, préféreraient s'orienter vers une collègue femme pour l'examen gynécologique.

Ce critère n'était pas toujours mis en évidence, notamment dans les enquêtes auprès des médecins généralistes eux-même : en effet une étude qui les interrogeaient montrait qu'il n'y avait pas de différence significative dans la fréquence de la pratique de l'examen gynécologique entre les médecins femmes et hommes (66).

Le critère de choix des patientes voyant un gynécologue, était principalement que celui-ci était le même professionnel que leur mère, ce qui avait déjà été mis en évidence dans d'autres travaux de thèses en 2016 et 2018 (1, 38).

Alors que lorsque les patientes allaient voir leur médecin généraliste, elles favorisaient un professionnel avec qui elles avaient une relation de confiance et une proximité géographique.

Ces deux critères avaient aussi été déjà retrouvés d'entre travaux de thèses (38, 58, 53).

Et ceci était confirmé par le fait, que les médecins généralistes étaient significativement plus proches géographiquement de leurs patientes que les gynécologues consultés, dans l'étude.

Le choix du professionnel, avec pour critère que celui-ci soit une femme, n'est pas le critère principal, évoqué le plus souvent par les patientes, contrairement aux idées reçues.

Même si c'est le cas dans la pratique, ce peut être du uniquement à la féminisation de la médecine, ou au fait que les femmes médecins généralistes, notamment, déclarent avoir plus d'attraits pour la gynécologie, et en font d'avantage selon certaines études (2, 57). Même si ceci est en contradiction avec une thèse sus citée précédemment, dans laquelle il n'y avait pas de différence de pratique de l'examen gynécologique selon le sexe du médecin (66).

2 - 5 Déroulement de l'examen, vécu et connaissances des patientes :

Si les patientes avaient vu un gynécologue, elles étaient plus souvent accompagnées par leur mère, ce qui rejoint le fait que le professionnel des patientes était souvent de la même spécialité que celui de leur mère, et que cela avait influencé leur choix : ceci avait déjà été évoqué dans d'autres thèses et d'avantage mis en évidence pour le premier examen notamment (1, 2).

Si les patientes avaient consulté un médecin généraliste elles n'étaient souvent pas accompagnées : peut être car la relation de confiance, citée comme motif de choix du professionnel, était déjà établie.

Dans l'ensemble ces consultations se déroulaient sans étudiants.

En ce qui concerne la position lors de l'examen, c'est surtout au niveau des étrières que cela variait : les patientes étaient examinées plus souvent avec les pieds dans les étrières pour les gynécologues, et plus souvent sans les étrières pour les médecins généralistes : cela peut être en rapport, comme l'ont montré certaines thèses, avec une différence de matériel disponible au cabinet, et avec les moyens investis dans les tables d'examen, notamment selon la fréquence de la pratique de la gynécologie pour certains médecins généralistes (2). Mais c'est parfois un choix de la part des médecins généralistes particulièrement lors du premier examen, pour mettre les jeunes patientes plus à l'aise selon eux (1).

De façon similaire on retrouve la présence d'un endroit dédié pour le déshabillage chez les gynécologues et moins souvent chez les médecins généralistes, leur cabinet n'ayant pas à accueillir les mêmes patients, pour les mêmes motifs de consultation, donc pas la même configuration global. Peut être ceci est-il aussi du au fait que les gynécologues demandant plus souvent aux patientes d'être entièrement nue, selon ce que déclarent les femmes interrogées dans l'étude ; ils ont créé un espace dédié pour ce déshabillage.

Par contre pour les médecins généralistes, peut être car ils connaissent plus la patiente et que des études ont montré que ceux-ci avaient identifié ce lien comme pouvant entraîné plus de pudeur des patientes, et donc être un frein l'examen : celles-ci étaient moins souvent entièrement nue et se déshabillaient plus souvent en deux étapes (1, 38).

En ce qui concerne les informations reçues avant cet examen, près d'un tiers des patientes déclaraient ne pas en avoir eu. Ce qui pouvait expliqué que parmi leur craintes on retrouvait, hormis celle de la nudité et de la douleur, déjà mises en évidence lors d'autres travaux de thèses (39, 67), celle du matériel également, de façon assez importante.

Et effectivement lorsqu'on les interrogeaient sur leurs connaissances du matériel, près de 45% des patientes disaient n'en connaître aucun.

Parmi les instruments connus des patientes, une autre étude réalisée en Loire atlantique avait montré que c'était le spéculum était assez bien connu des femmes : 62,2% dans cette étude, contre 39,3% dans mon étude, mais dans l'autre étude les femmes répondaient en fonction de leurs connaissances actuelles, à distance de leur premier examen et n'étaient pas interrogées sur leurs connaissances à priori comme dans mon étude (67). Ce qui peut expliquer leur meilleure connaissance du spéculum.

De nombreuses études ont montré que les patientes étaient demandeuses d'informations, (2, 39, 58), ce qui représentait dans cette étude plus de 35% des attentes des patientes.

Concernant les autres attentes vis à vis de cet examen, lorsque les patientes consultaient un généraliste, elles en attendaient beaucoup du point de vue du dépistage : qui est un rôle du médecin généraliste que les patientes semblent avoir bien identifié. Mais il aurait été utile de préciser plus cette catégorie de réponse : en effet certaines études ont montré que les patientes se tournaient beaucoup vers les médecins généralistes pour le dépistage d'IST (54). Alors que d'autres études affirmaient que les femmes sont mitigées, et ne voyent pas toujours le médecin généraliste comme compétent pour les actes techniques de gynécologie et notamment le frottis (2, 38, 58), qui fait lui aussi parti du dépistage.

Pour cette question on ne sait donc pas ce que représentait le dépistage pour les répondantes.

Lorsqu'elles consultaient un gynécologue, les attentes étaient plus tournés vers la réassurance de la part du médecin, et une recherche de l'origine de leurs symptômes : ce qui peut s'expliquer par le fait que les patientes le choisissaient d'avantage pour sa spécialité médicale, comme décrit dans une thèse et confirmé par la littérature (2, 54, 74), et donc plus à même selon elles de répondre à ces attentes.

Parmi les intérêts de l'examen identifiés par les patientes, la justification de celui-ci afin de vérifier que l'on peut leur prescrire une contraception est d'avantage cité par les patientes ayant vu un

gynécologue : peut être car cet intérêt est d'avantage mis en avant par les gynécologues, ce qui expliqueraient alors que les patientes ayant vu ces professionnels ont plus souvent eu des examens dès leur première consultation de contraception.

Ceci rejoint une étude américaine, qui traite de l'influence des recommandations des différents collèges de professionnels, dont ont connaissance les patientes, vis à vis de leur demande d'examen. En effet dans l'étude on demandait aux femmes si elles souhaitaient un examen de routine. Ils montraient qu'après lecture des recommandations de la société de gynécologie obstétrique américaine, qui recommande un examen de routine à partir de 21 ans, les patientes souhaitaient toujours cet examen, dans les mêmes proportions de répondantes qu'avant lecture des recommandations. Or quand on leur présentait les recommandations du collège des généralistes américains, qui étaient contre un examen systématique chez les patientes asymptomatiques et sans antécédents, celles-ci étaient ensuite moins nombreuses à demander cet examen de routine, et par contre demandaient une discussion sur les bénéfices-risques de celui-ci avant sa réalisation (68).

Donc même si dans la pratique en France les recommandations des deux spécialité s'accorde à dire qu'il n'est pas nécessaire de faire un examen gynécologique lors de la première consultation pour contraception : ils seraient intéressant de savoir, quel est le discours prédominant en pratique chez les professionnels selon leur spécialité.

Le vécu de ce premier examen n'était pas dépendant du spécialiste consulté : il était bon dans l'ensemble, comme déjà observé dans une autre thèse en 2007, puis en 2009 (54, 67).

L'impact important de cet examen sur la suite du parcours des femmes est déjà pris en compte par les médecins généralistes, comme décrit dans une thèse (1) : ce qui se vérifie ici, puisque la plupart des patientes étaient convaincues de l'importance de poursuivre leur suivi suite à cet examen et même rassurées à son issue.

2 - 6 Analyse selon les classes d'âge :

En moyenne les femmes, dans la classe d'âge des plus jeunes au moment de leur réponse au questionnaire, répondaient à des questions sur des faits datant d'il y a 8 à 10 ans, et les plus âgées sur des faits datant d'il y a 15 à 16 ans.

Il est intéressant de noter que si l'âge des premières règles ne varie pas chez nos répondantes, celui du premier rapport sexuel diminue pour les patientes les plus jeunes, comme observé dans les études de ces dernières années en France, : où l'on observe une diminution de l'âge du premier rapport sexuel (56).

Il y avait peu de différences en matière de données socio-démographiques : sauf en ce qui concerne le mariage, les plus âgées étaient plus souvent mariées, d'après les résultats, au moment de leur première consultation gynécologique. Mais cela pourrait surtout se traduire par une erreur de lecture de la question : puisque l'âge des femmes au moment de leur premières consultations et donc au moment de leur supposé mariage, ne correspond pas du tout à l'âge moyen des femmes en France au moment de leur premier mariage (52).

La répartition des niveaux d'études maximales atteints pas les femmes n'étaient pas le même, mais pour autant la différence n'était pas linéaire et il n'y avait de groupe dans lequel le niveau d'étude maximal atteint était plus élevé que l'autre.

Les pères des patientes les plus jeunes faisaient plus souvent partie d'une catégorie socio-professionnelle défavorisé, que ceux des patientes les plus âgées, cela pourrait peut être être du à la conjoncture économique de ces dernières années.

Première consultation gynécologique :

Pour les deux groupes, l'âge était le même pour cette première consultation, mais d'avantage de patientes parmi les plus jeunes, avaient déjà eu des rapports avant cette consultation. Ce qui implique que malgré un âge plus précoce pour leurs premiers rapports sexuels, les plus jeunes patientes ne consultaient pas plus tôt pour un motif gynécologique.

Le motif principal de cette première consultation de gynécologie reste la contraception.

Même si cette différence était non significative, ($p = 0,056$), les réponses montraient que moins de gynécologues étaient consultés par les plus jeunes, mais plus de sage femme et de généralistes, ce qui correspondrait à l'évolution de la démographie médicale, et à l'élargissement des compétences des sage femmes, avec au contraire une activité des gynécologues de plus en plus spécialisé et moins tourner vers de la « gynécologie courante », et plus comme second recours, après adressage du généraliste (69).

Peut être qu'avec un échantillon d'étude plus grand cette différence aurait pu être mise en évidence, ou bien en prenant des groupes d'âges plus différents, avec notamment des atteintes ayant consulté encore plus récemment.

Dans les deux cas le professionnel consulté était plus souvent une femme.

Première consultation pour contraception :

Contrairement à ce qu'elles ont déclaré pour la consultation pour motif gynécologique, les femmes les plus jeunes consultent plus tôt pour leur contraception.

Avec un âge moyen pour cette consultation, plus précoce que celui pour leur première consultation de gynécologie : donc peut être n'ont elles pas forcément identifié la contraception comme étant une consultation de gynécologie à part entière, même si la contraception était bien le premier motif choisi pour la première consultation pour motif gynécologique.

Il peut alors s'agir dans ce cas d'une erreur de lecture de la part des patientes.

Il n'y avait pas de différence significative pour le type de professionnel consulté lors de cette consultation et il s'agissait toujours d'une femme en majorité.

Même si les études montrent une baisse de la diminution des prescriptions de pilules contraceptives oestro-progestatives ces dernières années au plan nationale (8), cette différence n'est pas retrouvée de manière significative dans notre étude. Ce qui avait été montré en 2010 dans la baromètre santé jeune en Pays de la Loire, où déjà, la pilule oestro-progestative y était plus souvent utilisée au niveau régional qu'au niveau national (56).

Il est intéressant de constaté qu'il y a moins d'examen gynécologique pratiqué lors de cette première consultation pour contraception chez les patientes les plus jeunes, et donc ces dernières années.

Cela peut être lié aux différentes controverses vis à vis des violences gynécologiques et obstétricales (création du hashtag #Payetonutérus sur les réseaux sociaux en novembre 2014, recensant des témoignages de patientes, sur les violences physique ou verbales qu'elles avaient subi lors de consultations et examen de gynécologie) (70), ou le scandale du « TV sous AG » (toucher vaginal sous Anesthésie générale, par des étudiants sur des patientes pas toujours informées du geste) en février 2015 (71), qui sont nés sur les réseaux sociaux ces dernières années et qui ont, peut être incité de ce fait les médecins à plus de prudence et d'explications lors de la réalisation de

ces gestes. Même si cela est à nuancer car ces événements ne s'étaient pas encore produits pour une partie des patientes au moment de leurs consultations.

De plus avant ces événements et en dehors de ceux-ci, la médecine se remet en question et d'une relation paternaliste envers la patiente il y a quelques années, c'est maintenant une relation de confiance qui est recherchée, où la patiente et le médecin sont à un même niveau, dans le but de construire une alliance thérapeutique (75).

Consultation pour le premier examen gynécologique :

L'âge moyen de ce premier examen reste le même entre les femmes les plus jeunes et les plus âgées, il n'y a pas d'évolution avec le temps, visible dans notre étude.

Le motif principal reste la contraception le plus souvent, mais on note plus de demande de la part des patientes elle même, et aussi de la part du spécialiste : peut être car les examens sont d'avantage programmés par la patiente et son médecin, dans une logique de prise de décision conjointe, et moins souvent réalisés en systématique lors de la première consultation de contraception notamment.

Les spécialistes consultés de façon prédominante pour cet examen, sont toujours les gynécologues, sans réel évolution visible entre les deux groupes, mais par contre un nombre moindre de ces consultation ont lieu avec un médecin généraliste au profit des sages femmes. Peut être est-ce lié à une certaine méconnaissance des compétences du médecin généraliste, pour cet partie de la gynécologie parfois considéré comme plus technique par les patientes (2, 38, 58) , et au contraire une meilleure connaissance de celles des sages femmes, dont le nombre en parallèle augmente en libéral sur le territoire vendéen.

Le professionnel de cette consultation, était encore une fois un professionnel féminin, et il s'agissait aussi pour la majorité des patientes dans les deux groupes, du même professionnel qu'elles avaient pu consulter pour leur première consultation de gynécologie.

Les critères de choix des professionnels consultés ne variaient pas avec le temps, puisque l'on retrouvait les mêmes entre les deux groupes : le fait que ce soit le même professionnel que leur mère, la proximité géographique et la relation de confiance.

Cependant on notait une augmentation significative de la distance parcourue par les plus jeunes pour aller consulter ce professionnel : ceci peut être symptomatique de la baisse de la démographie médicale en Vendée.

Les patientes les plus jeunes étaient plus souvent accompagnées et plus souvent par leur conjoint.

Il n'y avait dans l'ensemble pas d'étudiant présent lors de cette consultation.

Les positions lors de l'examen gynécologique étaient les mêmes, avec une nette prédominance pour la position du décubitus dorsal avec pieds dans les étriers.

Il était intéressant de constater que les plus jeunes étaient plus souvent entièrement nues, alors que les plus âgées avaient plus souvent bénéficié d'un déshabillage en deux temps : haut puis bas.

On remarque aussi que les patientes ayant eu des examens plus récemment, n'étaient pas mieux informer : environ un tiers d'entre elles toujours, déclaraient ne pas avoir eu d'informations sur l'examen avant celui-ci.

En ce qui concerne leur craintes, les plus jeunes avaient moins de craintes du matériel, et elles se disaient plus souvent neutre vis à vis de cet examen, mais par contre elles étaient plus nombreuses à avoir une crainte d'être anormal.

On peut se poser les question du rôle des médias qui procurent plus de facilité pour se renseigner notamment sur le matériel, ou grâce au campagne de santé publique qui informe notamment les

patientes de la nécessité de réalisation du frottis par exemple. Mais aussi de l'augmentation du visionnage de la pornographie chez les adolescents (76) et de l'influence des réseaux sociaux qui entraînent peut être plus de comparaison de leurs corps avec ce qu'elles voient.

Cela pourrait donc expliquer le fait que les patientes les plus jeunes, sont d'avantage en demande de réassurance de la part du professionnel lors de ce premier examen.

Le dépistage est toujours identifié comme étant l'intérêt principal de l'examen pour les patientes, mais l'étude montre aussi moins d'intérêt chez les plus jeunes, avec une très courte majorité d'entre elle qui pensent que cet examen n'a aucun intérêt, ce qui était moins souvent le cas chez leurs aînées.

Le vécu des patientes dans l'ensemble est toujours bon.

L'impact de cet examen est le même peu importe le groupe de patientes interrogées.

2 - 7 Parcours de soins des patientes interrogées

Trois parcours de soins

Pour la consultation de contraception dans cette étude, le médecin généraliste est le spécialiste consulté en priorité par les patientes. Il s'agissait de la première consultation des patientes.

Ensuite pour celles qui ont consultés un médecin généraliste on distingue 2 parcours principaux :

Les patientes qui poursuivent tout leur suivi chez le médecin généraliste, pour d'autres motifs gynécologiques ou toujours pour la contraception, puis pour leur premier examen gynécologique.

Ou alors les patientes qui, après cette consultation, se tournent vers un gynécologue pour une consultation pour un autre motif gynécologique et pour leur premier examen.

Dans la majorité des cas les 3 consultations étudiées ne sont pas une seule et même consultation. En effet même si le professionnel consulté pour l'examen gynécologique est souvent le même que lors de la première consultation pour motif gynécologique, et ce peu importe le professionnel consulté, la majorité des patientes disent ne pas avoir eu d'examen gynécologique lors de leur consultation de contraception notamment. Et l'on observe bien des moyennes d'âges différentes pour ces 3 consultations.

C'est toutefois à nuancer car lorsque les patientes consultent un gynécologue, les 3 moyennes d'âges des consultation sont plus proches, et une plus grande partie d'entre elles disent avoir eu un examen gynécologique lors de leur première consultation de contraception.

Pour les patientes qui consultent un gynécologue initialement, idem, il y a 2 parcours de soins : soit elles ont consulté un gynécologue depuis leur première consultation, jusqu'à l'examen gynécologique, que ce soit sur l'espace d'une seule et même consultation, ou plusieurs.

Soit pour environ un tiers d'entre elles, elles ont consulté un gynécologue, après que leur première contraception leur ai été prescrite par un médecin généraliste.

Ceci peut être rapproché du fait qu'en 2007 dans une enquête de la DREES, dans plus de 60% des cas le recours au gynécologue était fait sans recommandations médicales, donc en direct. Et 20% des consultations se faisaient sur recommandation médicale, laquelle provenait surtout du spécialiste consulté lui même. (77)

A noter également le fait qu'un certain nombre de patientes semblent ne pas toujours identifier la prescription de contraception comme étant un motif gynécologique.

C'est surtout le cas chez les patientes consultant un médecin généraliste pour leur contraception : à un âge moyen plus bas que celui auquel elles disent ensuite avoir consulté pour un premier motif gynécologique. Et notamment auprès d'un gynécologue pour cette seconde consultation : peut être n'identifient-elles pas la contraception comme étant de la gynécologie en soit, et donc lorsque celles-ci souhaitent entamer ce qu'elles estiment être leur suivi gynécologique, elles se dirigent ensuite vers un gynécologue.

Cela expliquerait que l'âge de la première consultation pour motif gynécologique, pour lequel on s'attend à ce qu'il soit théoriquement le plus bas, soit au final plus élevé que l'âge au moment de la consultation de contraception

En bref une petite majorité des patientes de notre étude, débutent leur parcours de soins chez le généraliste pour la contraception et soit le poursuivent avec un médecin généraliste, soit change pour un gynécologue (peut être en partie du à un manque de connaissance des compétences du médecin généraliste).

Et le reste des patientes pour la plupart consultent un gynécologue pour tout le début de leur parcours de soins en gynécologie.

3 Forces et faiblesses :

3 - 1 Forces de l'étude :

L'étude a été réalisée sous forme de questionnaire, car cela nous permettait de recruter d'avantage de patientes, et ceci dans un temps plus restreint.

Et donc une des forces de l'étude réside dans la taille de l'échantillon : en effet beaucoup d'études françaises, se sont faites sur des échantillons souvent plus petits, y compris pour des études réalisées également par le biais de questionnaires : ceci avait été étudié dans un autre travail de thèse qui portait sur le suivi gynécologique par les médecins généraliste, et qui analysait plusieurs études françaises (2).

Il aurait été intéressant de réaliser un questionnaire à distribuer aux patientes au moment des consultations étudiées, mais le recrutement aurait été beaucoup plus long pour avoir un échantillon de la même taille ; il aurait fallu sélectionner un grand nombre de cabinets libéraux de médecins généralistes, gynécologues et sages femmes.

Cela aurait aussi nécessité de recueillir le consentement de ces professionnels, avec le besoin d'une certaine implication de leur part afin d'avoir une bonne participation de leurs patientes. De plus un grand nombre de patientes auraient probablement été mineures, vu les moyennes d'âges auxquelles consultent les patientes, et cela aurait donc impliqué de recueillir le consentement de leurs représentants légaux également.

Mais ce type d'étude aurait pu permettre de mettre d'avantage en évidence l'impact de l'évolution de la démographie médicale, et d'éviter le biais de mémorisation.

Description de la population de l'étude

L'étude a eu lieu dans le département de la Vendée, dont la densité de population augmente ces dernières années (666 714 habitants en 2019, avec une hausse de 1% de la population pour cette même année) (46).

En parallèle l'offre de soins évolue, avec une densité plus faible de médecins généraliste et gynécologues, qu'au plan national et même régional, mais avec une augmentation du nombre de sages femmes libérales, avec une densité supérieure à la moyenne nationale (47, 48).

Si l'on compare notre population de femmes répondantes à la population de femmes au niveau départementale, ou régionale : on remarque que celle ci est relativement proche.

L'âge médian du premier rapport est de 17,0 ans chez nos patientes répondantes, il est de 17,7 ans pour les femmes en Pays de la Loire en 2010 (56) et 17,6 ans en France (10) .

L'âge moyen des premières règles en 2000 était de 12,6 ans (72), il est de 12,8 ans pour nos répondantes.

La représentation des ménages desquels nos patientes répondantes étaient issus, était similaire à la population vendéenne.

De même le niveau de formation, qui était similaire au niveau de formation des 20-24 ans, en 2012, en Vendée (73) .

Les données socio-démographiques des patientes répondantes étant proches des données des femmes en Vendée aux mêmes tranches d'âges, il pourrait être possible d'extrapoler ces données à la population des femmes vendéennes, mais il y a 14 ans, cette étude portant sur des données passées.

3 - 2 Faiblesses de l'études :

Biais de sélection :

Les répondantes ont été recrutées parmi les patientes de la maternité du CHD de la Roche sur Yon, il y a donc une sélection de patientes qui pourrait être d'avantage d'origine urbaine ou semi urbaine. Même si cela est à nuancer puisque la maternité du CHD est la maternité de proximité d'un grand nombre de femmes en Vendée de par sa localisation centrale au niveau du département, et le fait que ce soit la seule maternité de niveau 2b, qui accueille donc aussi des patientes de tout le département qui nécessiteraient, une prise en charge plus spécialisée.

Mais afin de vérifier que l'on ne sélectionnait pas uniquement une population de patientes vivant aux alentours proche de la Roche sur Yon et donc du CHD, il aurait pu être pertinent de demander aux femmes le code postal de la ville dans laquelle elles vivaient au moment de ces consultations.

Cette étude ne peut être extrapolée, ni au niveau régional, ni national, la démographie médicale n'étant pas la même dans ces zones, ni il y a 14 ans, ni maintenant.

En effet l'accès à un spécialiste de manière plus ou moins proche (comme mis en évidence dans l'étude) influe sur le choix des patientes, tout comme la rapidité du délai de rendez-vous : cela n'a pas été recherché dans l'étude et cela aurait pu être intéressant puisque ce critère de choix a déjà été mis en évidence dans d'autres thèses (53, 54)

Biais de mémorisation :

L'étude se basant sur des données rétrospectives, les femmes interrogées doivent faire appel à leurs souvenirs concernant un certain nombre d'informations plus ou moins anciennes. La moyenne d'âge des femmes interrogées étant de 29,8 ans et la moyenne d'âge pour les premières

consultations effectuées étant de 16,4 ans pour les consultations de contraception, elles répondaient à des faits s'étant produit environ 13,4 ans plus tôt.

Cet écart important peu avoir fait répondre les femmes de manière plus imprécises, notamment pour des questions ouvertes demandant de se rappeler de données chiffrées. Sans qu'un indicage par le rappel, qu'offrent les QCM, puissent les y aider.

Elles peuvent aussi répondre de manière plus négative, les éléments négatifs étant souvent plus marquant que les événements positifs et ce d'autant plus qu'elles étaient dans un contexte émotionnel lors de leur lecture des questionnaire, après l'accouchement, qui a pu influencer en positif ou négatif leurs réponses.

Biais méthodologique :

Certaines questions ont pu être mal interprétées, le format QCM facilitant l'adhésion des femmes pour répondre mais entraînant une lecture rapide et parfois superficielle des questions.

Par exemple la partie sur les données socio-démographiques, concerne la situation des femmes, au moment de leurs premières consultations de gynécologie, ce qui est précisé dans le questionnaire (annexe 1).

Hors à la question du statut marital, on retrouve au total 5,1% de femmes mariées, alors qu'elles disaient en moyenne avoir entre 16,4 ans et 17,9 ans au moment des différentes consultations. Et sachant qu'elles répondaient à des événements de vies s'étant produit il y a en moyenne 14 ans, l'âge moyen des femmes au moment de leur mariage en 2006 était de 32,9 ans et les mariages des femmes de moins de 20 ans représentaient seulement 0,12% des mariages cette année là (72) : il est légitime de se demander s'il ne s'agissait pas plutôt d'une erreur de lecture des répondantes.

Idem pour la question concernant le niveau d'étude maximal atteint lors de la première consultation gynécologique, près de 42% des patientes disaient avoir le niveau baccalauréat ou plus, allant jusqu'à un niveau supérieur à Bac + 2, alors qu'elles n'avaient en moyenne que 17 ans à ce même moment.

De plus ce type de questionnaire sans rencontre avec l'investigatrice ne permettait pas aux femmes de demander des précisions si une des questions ne leur paraissaient pas claire.

Biais de désirabilité sociale :

Ce biais désigne le fait pour le répondant de vouloir se montrer sous un jour favorable.

Il est possible que certaines questions soient rester sans réponses par crainte d'une forme de jugement négatif, de la part des répondantes, notamment lorsque l'on aborde la question de l'âge du premier rapport sexuel, pour lequel il existe beaucoup d'à priori et de jugement très souvent.

Mais lors de leur réponse au questionnaire, les patientes avaient pour information que le questionnaire était anonyme (cf annexe 1) et aucune des données remplies ne pouvait permettre de les identifier, et ce d'autant plus qu'en tant que réalisatrice de l'étude je n'ai jamais distribué de questionnaire dans le service et n'ai pas non plus été les récupérer dans le service moi-même, ce qui permet une distance et donc de diminuer ce biais, sachant que l'on aborde des questions touchant à l'intimité des femmes.

3 - 3 Cas du suivi par les sages femmes :

À la première lecture des résultats, j'ai décidé de refaire une analyse en excluant la population de femmes ayant consultées des sages femmes pour deux raisons principales. Tout d'abord il s'agissait d'un tout petit échantillon de patientes : 20, comparé au reste de la population de plus de 400 patientes ayant consulté un gynécologue ou un médecin généraliste. Ceci s'explique par le fait que les questions portent sur des éléments datant d'il y a plus de 10 ans pour la majorité des patientes, or comme noté précédemment, l'élargissement des compétences de la sage femme en matière de consultation de suivi gynécologique, n'a été effectif qu'en 2009 (4). Le fait donc que cette étude soit rétrospective ne permettait donc pas suffisamment de pouvoir observer un impact de ce changement de compétences et de l'évolution de la démographie médicale qui l'accompagnait.

De plus ces patientes présentaient un parcours de soins significativement différent des autres patientes : en effet, leurs moyennes d'âges pour chacune des consultations évoquées dans le questionnaire, étaient significativement plus élevées que pour le reste de la population interrogée (20,6 ans pour la première consultation pour motif gynécologique contre 16,8 ans pour les autres femmes, et 21,5 ans pour leur premier examen gynécologique, contre 17,7 ans pour le reste de population interrogée).

Il s'agissait de patientes dont les mères avaient, plus que pour la population générale aussi, consulté elles même une sage femme, ce qui a potentiellement influencé leur fille, bien que ce ne soit pas visible dans leur critère de choix du professionnel.

Ces patientes n'y allaient pas pour les mêmes motifs non plus : moins souvent pour la contraception, mais d'avantage de leur propre chef, pour un examen systématique, suite à une inquiétude ou une découverte de grossesse, en ce qui concerne la première consultation pour motif gynécologique.

Les critères de choix ayant amener les patientes vers ces professionnels étaient relativement mitigés et assez différents de ceux cités pour les médecins généralistes ou gynécologues.

Il serait donc intéressant de refaire une étude sur ce sujet, avec par exemple une cohorte prospective, qui permettrait certainement de mieux mettre en évidence les changements de démographie médicale récents, et peut être, vues les quelques données de cette étude concernant les patientes consultant une sage femme, d'établir un autre type de parcours de soins, qui concernerait un profil particulier de patientes qui se dirigent vers les sages femmes.

Ou bien le profil différent des patientes mis en évidence dans cette étude, est lié au fait que les patientes consultant une sage femme il y a une dizaine d'années étaient des patientes plus âgées, et peut être plus informées des compétences de la sage femme, et si l'on refaisait une étude on ne trouverait peut être plus ce profil particulier. Et la meilleure connaissances des rôles de chaque professionnel et des recours possible pour les patientes tendraient à faire observer un profil similaire de patientes consultant chacun des 3 différents professionnels.

VI) CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'identifier un ou des parcours de soins des patientes en Vendée.

D'après les résultats, les patientes débutent leur parcours de soins en gynécologie par la demande de contraception, un peu plus souvent en Vendée, auprès des médecins généralistes, spécialiste de premiers recours et en qui les patientes ont déjà confiance.

Cette confiance établie, fait qu'une majorité des patientes poursuivent leur suivi avec le professionnel consulté initialement, ceci étant valable aussi pour les gynécologues.

Malgré la baisse importante de la démographie des gynécologues, dans un département où la densité est déjà plus faible que la moyenne nationale, leur place auprès des jeunes femmes, en Vendée, reste importante. Ces spécialistes, sont bien reconnus en tant que tels par les patientes, et ceux-ci sont donc les plus fréquemment consultés pour le premier examen gynécologique des jeunes femmes : même si celles-ci avaient parfois entamé leur suivi chez le médecin généraliste.

Il a été possible de dresser un profil type des patientes interrogées qui consultait une sage femme, mais le caractère rétrospectif de l'étude n'a permis de mettre en évidence un quatrième parcours de soins incluant véritablement les sages femmes.

Pourtant ces professionnelles prennent une place de plus en plus importante dans le suivi gynécologique, et notamment en Vendée.

En ce qui concerne les profils des patientes qui consultent un gynécologue ou un généraliste, cette étude n'a pas relevé de différences entre les patientes consultant l'un ou l'autre des spécialistes.

Il y aurait plutôt des différences de types de consultations : avec des motifs différents déclarés par les femmes, et des conditions de déroulement qui ne sont pas les mêmes selon le médecin sollicité.

Malgré ces différences entre les consultations, le vécu des femmes du premier examen gynécologique est bon, ce qui est rassurant quand on sait que celui-ci a un impact important sur le suivi ultérieur de ces jeunes patientes.

Ces données sont plutôt positives quant au suivi gynécologique des femmes en Vendée. En effet malgré le contexte démographique actuel, les jeunes femmes gardent la possibilité de se tourner vers différents spécialistes, pour une même consultation, selon des critères de choix qui leur sont propres.

Il serait intéressant de voir plus loin que cette étude et de refaire un constat de la situation actuelle afin de voir si les parcours de soins des patientes sont toujours les mêmes, et si la place de la sage femme, grandissante en théorie, apparaît aussi grandissante en pratique.

VII) BIBLIOGRAPHIE

1. Rialland A, Ripaud M. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active. Etude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire [Internet] [Thèse d'état de doctorat] [Angers, France]: Université d'Angers. UFR Santé; 2016 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127022/2016MCEM6136/fichier/6136F.pdf>
2. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale : Revue de littérature [Internet] [Thèse d'état de doctorat]. [Angers, France]: Université d'Angers. Faculté de Santé ; 2018. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
3. Bryan AF, Chor J. Factors influencing young women's preparedness for their first pelvic examination. *Obstet Gynecol.* 2018;132(2):479–486. doi:10.1097/AOG.0000000000002749
4. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. Suivi gynécologique et contraception [cité le 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
5. République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86. 2009-879 [internet] Legifrance du 21 juillet 2009 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_86
6. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique. Contraception (texte court) [Internet]. 2018 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://ansfl.org/document/cngof-2018-contraception/>
7. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Avril 2013 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
8. Institut national d'études démographiques. La contraception en France [Internet]. Octobre 2017 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france-2017/>
9. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. p 8.
10. Assurance maladie. L'entrée dans la vie sexuelle et la contraception [Internet]. Janvier 2020 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : [http:// https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/entree-vie-sexuelle-contraception](http://https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/entree-vie-sexuelle-contraception)

11. Naves M-C, Sauneron S, Centre d'Analyse Stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Centre d'Analyse Stratégique ; 2011 juin. p 12. La Note D'Analyse. Questions sociales. Report No.: 226 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.fr.pdf
12. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Recommandation de bonne pratique [Internet]. Sept 2019 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
13. Letombe B. La première contraception [Internet]. Juin 2013 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%20nationales/MAJ%20en%20GO/2013/2013_GM/orthogenie/La_premiere_contraception.pdf
14. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. La Plaine Saint-Denis, France : Haute Autorité de Santé; 2010 [Internet]. [cité 15 février 2020] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
15. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, et al. for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014;161:67–72. doi: <https://doi.org/10.7326/M14-0701>
16. Tonelli M, Gorber SC, Moore A, Thombs BD. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique: Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs adopte les lignes directrices de l'American College of Physicians. *Can Fam Physician.* 2016;62(3):e117–e121
17. Winckler M. Pour prendre la pilule, examen gynécologique, examen des seins et prise de sang ne sont pas nécessaires... [Internet]. Novembre 2008 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : http://www.martinwinckler.com/article.php3?id_article=307
18. Charbonneau L. Le premier examen gynécologique de l'adolescente: Apprendre à l'adolescente à prendre charge de sa santé. *Can Fam Physician.* 1991;37:1156–1161.
19. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat ME, Oustric S. Le premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles: Recherche qualitative par entrevues semi-dirigées. *Can Fam Physician.* 2017;63(8):e371–e375.
20. Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery.* 2009;25(5):500–508. <https://doi.org/doi:10.1016/j.midw.2007.08.006>

21. Assurance Maladie. Contraception et sexualité [Internet]. Novembre 2019 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/adolescents/contraception-sexualite>
22. Assurance Maladie. Comment bien choisir sa contraception ?[Internet]. Novembre 2019 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/choisir-mode-contraception>
23. Assurance Maladie. Comment se déroule un frottis du col utérin ?[Internet]. Novembre 2019 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/gynecologie/deroulement-frottis-col-uterin>
24. Santé Publique France. La première consultation de contraception [Internet]. [cité 15 Février 2020]. Disponible sur : <https://www.choisirsacontraception.fr/trouver-la-bonne-contraception/la-contraception-des-premieres-fois/la-premiere-consultation-de-contraception.htm>
25. Associations Sparadrap, Santé Publique France. La première consultation gynécologique [Internet]. 2018 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf_feuilletable/L11/index.html#p=18
26. Le Planning Familial. Contraception [Internet]. [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <https://www.planning-familial.org/fr/contraception-101>
27. Santé Publique France . Les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) [Internet]. [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <http://www.info-ist.fr/index.html>
28. Santé Publique France. On sexprime [Internet]. [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <http://www.onsexprime.fr>
29. École des Parents et des Éducateurs d’Île-de-France. Fil Santé jeunes [Internet]. [cité 15 Février 2020]. Disponible sur : <https://www.filsantejeunes.com/contraception-et-grossesse/les-moyens-de-contraception>
30. Winckler M. Contraception : questions/réponses [Internet]. Sept 2005 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <http://www.martinwinckler.com/spip.php?rubrique36>
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Qu’est-ce-que le parcours de soins ? [Internet]. [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>
32. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S [Internet]. Novembre 2012 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909_1.pdf
33. Santé Publique France. INFECTIONS À PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) [Internet]. Décembre 2019 [cité 15 février 2020]. Disponible sur : https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV?gclid=EAIaIQobChMI5fHe3Yzq6AIVC1XTCh08hQ00EAAYASAAEgIrUvD_BwE&xtor=S

43. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [Internet]. Octobre 2014 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
44. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DE LA PROFESSION [Internet]. [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
45. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Accessibilité potentielle localisée [Internet]. [cité 15 février 2020]. Disponible sur : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/carto-apl/>
46. ORS Pays de la Loire. PISSTER - Panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux - 2019 [Internet]. Octobre 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://instant-atlas.santepaysdelaloire.com/PISSTER/index.html?select=44>
47. ORS Pays de la Loire. Sages-femmes. La santé observée dans les Pays de la Loire. 10 p [Internet]. 2016 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/AccompSoinsPrev/SagesFemmes/pdf_sagesfemmes_Isonline.pdf
48. Santé Pays de la Loire. Chiffres et données de santé. La santé observée. Sages-Femmes [Internet]. 2016 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/sages-femmes#Fig3>
49. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. Janvier 2003 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgreguee/1?champRecherche=true>
50. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Niveau de vie selon la catégorie socioprofessionnelle. Données annuelles de 1996 à 2017 [Internet]. Sept 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489735#tableau-figure1_radio2
51. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Niveaux de formation [Internet]. Octobre 2016 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1076>
52. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Âge moyen des mariés selon le sexe. Données annuelles de 1994 à 2019 [Internet]. Janvier 2020 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381500#graphique-figure1>
53. Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. [Internet] [Thèse d'état de doctorat]. [Paris, France] : Université Pierre et Marie Curie- Paris 6. Faculté de médecine pierre et Marie Curie ; 2014. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/benhayoun-these.pdf>

54. ORA M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. [Internet] [Thèse d'état de doctorat]. [Créteil, France] : Université Paris Val de marne. Faculté de médecins de Créteil ; 2007. [cité j12 mars 2020]. Disponible sur : <https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,990004831310204611&vid=upec>
55. Dewez E. Le suivi gynécologique en milieu rural: Etat des lieux et freins. Etude réalisée auprès de 27 cabinet de médecins généralistes de la région Nord-Pas de Calais [Internet] [Thèse d'état de doctorat]. [Lille, France] : Université Catholique de Lille. Faculté de médecine et maïeutique ; 2014. [cité 05 Mai 2020]. Disponible sur : <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2018/11/elisedewez.pdf>
56. ORS Pays de la Loire. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010 [Internet]. 2010 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2012_PDF/2012_bsj2010_sexualite.pdf
57. Dias S. Etat des lieux de la pratique de le gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'île de France. [Internet] [Thèse d'état de doctorat]. [Paris, France] : Université Paris Diderot - Paris 7. Faculté de Médecine ; 2010. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf
58. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes [Internet] [Thèse d'état de doctorat]. [Lyon, France] : Université Claude Bernard Lyon 1. UFR de médecin Lyon-Est ; 2016. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://n2t.net/ark:/47881/m6h130j1>
59. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. [Internet] [Thèse d'état de doctorat]. [Grenoble, France]: Université Grenoble Alpes. Faculté de médecine de Grenoble ; 2017. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439/document>
60. Observatoire de la médecine Générale, Société Française de Médecine Générale. Données en consultation pour : Contraception. [Internet]. 2009 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php?sid=66c81c84b5aeb6479aa6e77e1>
61. Purgues S, Fourneyron E. La prise en charge gynécologique en Nouvelle Aquitaine. Rapport d'étude qualitative menée auprès de médecin gynécologues, de médecins généralistes et de sages-femmes. [Internet]. Février 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1561122684_Etude_PratiquesGynecologiques_2019.pdf
62. Cohen J, Madelanat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé de femmes. Quel avenir en France? Etat des lieux et perceptives en 2020. Paris : Editions Eska; 2000. 188p. [Internet]. [cité 12 mars 2020] Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_04.htm#contra
63. Gallais JL, Malouli A. Contraceptions des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale. Contribution pour la mission parlementaire d'information sur la

70. Allo docteurs. #PayeTonUterus : la gynécologie côté patients [Internet]. Novembre 2014 [cité jour mois année]. Disponible sur : https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante--payetonuterus-la-gynecologie-cote-patients_14906.html
71. FranceInfo, France télévisions. Touchers vaginaux et rectaux : trois questions pour comprendre la polémique [Internet]. Février 2015 [cité 14 avril 2020]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/touchers-vaginaux-et-rectaux-trois-questions-pour-comprendre-la-polemique_819137.html
72. Institut national d'études démographiques. L'âge aux premières règles [Internet]. Aout 2014 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-aux-premieres-regles/>
73. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Projet régional de Santé Pays de la Loire 2018 - 2022 [Internet]. Mai 2017 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-08/PRS2018_2022_ContexteDemoSocialEnvironnemental_internet2.pdf
74. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. [Internet]. Mai 2008 [cité 05 Mai 2020]. Disponible sur : http://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf
75. Fragu P. La relation médecin-patient. Histoire d'une transformation. Ethique santé [Internet]. janvier 2004 [cité 05 Mai 2020] ; 1 (1) 26-31. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/82761>
76. Le Monde. Les adolescents sont de plus en plus exposés à la pornographie sur Internet [Internet]. 20 mars 2017 [cité 05 mai 2020]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/03/20/les-ados-de-plus-en-plus-exposes-au-porno_5097250_3224.html?fbclid=IwAR0S8e5POaMhTCgjMKir9Ob7jgmepeuZ0G6lsvK-V6Z4TdeZG8sS-Nyy3Jg#o6pUyfcPDwD1pwW2.99
77. Gouyon M, DREES. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions. Paris : Dossiers Solidarité et Santé ; 2009. p 18. n° 11

Abréviations

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

BEP : Brevet D'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CEP : Certificat d'Etudes Primaires

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNOM : Conseil National de l'Ordre des médecins

CSP + : Catégories Socio Professionnelle Favorisées

CSP - : Catégories Socio Professionnelle Défavorisées

DIU : Dispositif Intra Utérin

FCU : Frottis Cervico Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

HPV : Human PapillomaVirus

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SFMG : Société Française de Médecine Générale

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

TA : Tension Artérielle

TV : Toucher vaginal

Pilule P : Pilule Progestative

Pilule OP : Pilule Oestro Progestative

VIII) ANNEXE

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Explications : Ce questionnaire est réalisé pour une étude portant sur le parcours des femmes lors de leur première démarche en gynécologie, le début de leur suivi. Il est anonyme. Merci par avance de votre participation.

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : .. / .. /

Quel est votre âge actuel ? ...

Numéro d'anonymat (sera rempli par la réalisatrice de l'étude) :

A quel âge avez vous eu vos premières règles ? ...

A quel âge avez vous eu votre premier rapport sexuel ? ...

Votre situation au moment de votre première consultation de gynécologie :

Quel était votre statut marital ?

1 ☐ Célibataire

2 ☐ Marié

3 ☐ En couple

Quel était votre lieu d'habitation ?

1 ☐ Urbain

2 ☐ Semi rural

3 ☐ Rural

Quel était votre niveau d'études maximal atteint à ce moment là ?

1 ☐ Aucun diplôme ou CEP

2 ☐ Brevet des collèges

3 ☐ CAP, BEP ou autres diplômes de ce niveau

4 ☐ Bac ou brevet professionnel ou autres diplômes de ce niveau

5 ☐ Bac +2

6 ☐ Diplôme supérieur à Bac +2

Quel était la profession de votre mère ?

1 ☐ Agriculteur exploitant

2 ☐ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise

3 ☐ Cadre et profession intellectuelle supérieure

4 ☐ Profession intermédiaire (enseignant, kinésithérapeute, agent de maîtrise, technicien...)

5 ☐ Employé

6 ☐ Ouvrier

7 ☐ Retraité

8 ☐ Sans activité professionnelle

9 ☐ Non connue ou décédée

Quel était la profession de votre père ?

1 ☐ Agriculteur exploitant

2 ☐ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise

3 ☐ Cadre et profession intellectuelle supérieure

4 ☐ Profession intermédiaire (enseignant, kinésithérapeute, agent de maîtrise, technicien...)

5 ☐ Employé

6 ☐ Ouvrier

7 ☐ Retraité

8 ☐ Sans activité professionnelle

9 ☐ Non connue ou décédé

Quel niveau de couverture santé aviez vous ?

1 ☐ Couverture maladie avec mutuelle

2 ☐ Couverture maladie sans mutuelle

3 ☐ La CMU (Couverture Maladie Universelle) de base (maintenant appelé PUMA)

4 ☐ L'ACS (Aide Complémentaire Santé) ou CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)

5 ☐ L'AME (Aide Médicale d'Etat)

6 ☐ Pas de couverture maladie

Aviez vous un médecin traitant ?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Quel professionnel votre mère consultait-elle pour son suivi gynécologique ?

1 ☐ Médecin généraliste

2 ☐ Sage-femme

3 ☐ Gynécologue obstétricien - Gynécologue médicale

4 ☐ Ne sait pas

Première consultation en gynécologie :

Aviez vous déjà eu des rapports sexuels avant votre première consultation de gynécologie ?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Quel était votre âge lors de la **1ère consultation pour motif gynécologique**, sans nécessairement qu'un examen ai eu lieu ce jour là : ...

Quel était votre motif principal pour cette consultation ? (*une seule réponse*)

1 ☐ Un symptôme (saignements, douleur, ...)

2 ☐ Une inquiétude

3 ☐ Consultation systématique à votre demande

4 ☐ Consultation systématique à la demande du professionnel de santé

5 ☐ Consultation à la demande de votre mère

6 ☐ Demande de prescription d'une contraception ou autre traitement

7 ☐ Demande de dépistage de maladie sexuellement transmissible

Quel professionnel de santé avez vous consulté ?

1 ☐ Médecin généraliste

2 ☐ Sage-femme

3 ☐ Gynécologue obstétricien ou Gynécologue médical

Quel était le sexe du professionnel consulté ?

1 ☐ Femme

2 ☐ Homme

Première contraception :

A quel âge avez vous eu **une consultation pour discuter de votre première contraception** ?

Quel professionnel de santé avez vous consulté pour cette consultation de contraception ?

- 1 ☐ Médecin généraliste
2 ☐ Sage-femme
3 ☐ Gynécologue obstétricien ou Gynécologue médical

Quel était le sexe du professionnel de santé consulté ?

- 1 ☐ Femme 2 ☐ Homme

A la fin de la consultation avez vous eu une prescription de contraception ?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si oui, laquelle ?

- 1 ☐ Pilule oestro progestative (pilule combiné avec arrêt classique de 7 jours)
2 ☐ Pilule progestative (pilule en continu)
3 ☐ Implant
4 ☐ DIU (stérilet)
5 ☐ Patch
6 ☐ Anneau vaginale
7 ☐ Autres

Avez vous eu un examen gynécologique lors de cette consultation ?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Premier examen gynécologique :

Quel était votre âge lors de votre **1er examen gynécologique** ?

Quel était le motif principal pour ce premier examen gynécologique ? *(une seule réponse)*

- 1 ☐ Un symptôme (douleur, saignements, ...)
2 ☐ Inquiétude pour votre santé
3 ☐ Systématique à votre demande
4 ☐ Systématique proposé par le professionnel de santé
5 ☐ Au moment d'une prescription de contraception, ou autre traitement
6 ☐ Demande de dépistage de maladie sexuellement transmissible

Quel professionnel de santé avez vous consulté pour ce premier examen ?

- 1 ☐ Médecin généraliste
2 ☐ Sage-femme
3 ☐ Gynécologue obstétricien ou Gynécologue médical

Quel était le sexe du professionnel de santé consulté ?

- 1 ☐ Femme 2 ☐ Homme

Etait ce le même professionnel que pour votre 1ère consultation pour motif gynécologique (sans examen) ?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Quel a été votre critère principal de choix du professionnel de santé ayant fait votre premier examen gynécologique ? *(une seule réponse)*

- 1 ☐ Sa proximité géographique
2 ☐ La relation de confiance
3 ☐ Sa spécialité médicale
4 ☐ Le fait que ce soit une femme
5 ☐ Le fait que ce soit un homme

- 6 ☐ Recommandé par un proche
- 7 ☐ Même professionnel que votre mère
- 8 ☐ Urgence

A quel distance du professionnel de santé consulté en km habitez vous ? ...

Déroulement du premier examen gynécologique :

Etiez vous accompagnée lors de ce premier examen ?

- 1 ☐ Mère
- 2 ☐ Père
- 3 ☐ Ami(e)
- 4 ☐ Conjoint(e)
- 5 ☐ Proche
- 6 ☐ Non accompagnée

Le professionnel de santé était-il accompagné d'un étudiant ?

- 1 ☐ Oui
- 2 ☐ Non
- 3 ☐ Ne sait plus

Quel était votre position lors de l'examen ? (*une seule réponse*)

- 1 ☐ Allongée sur le dos avec les pieds dans les étrier
- 2 ☐ Allongée sur le dos sans les pieds dans les étriers
- 3 ☐ Allongée sur le côté
- 4 ☐ Semi assise

Lors de l'examen : (*plusieurs réponses possibles*)

- 1 ☐ Il y avait un endroit dédié pour vous déshabiller (paravent ou rideau ou dans un coin du cabinet)
- 2 ☐ Vous étiez entièrement nue
- 3 ☐ Vous aviez un drap d'examen pour recouvrir vos jambes
- 4 ☐ Vous avez ôté votre haut lors de l'examen des seins puis votre bas lors de l'examen pelvien

Aviez vous eu des informations sur le déroulement du premier examen avant la réalisation de celui-ci ?

- 1 ☐ Non
- 2 ☐ Oui, de façon spontanée, expliqué par le professionnel
- 3 ☐ Oui, vous avez demandé
- 4 ☐ Oui, vous vous étiez renseignée avant
- 5 ☐ Oui, des proches vous avaient déjà expliqué

Vécu et connaissances de l'examen :

Quelles étaient vos craintes avant votre premier examen gynécologique ? (*plusieurs réponses possibles*)

- 1 ☐ Peur du matériel d'examen
- 2 ☐ Peur de la douleur
- 3 ☐ Peur que l'on découvre une maladie
- 4 ☐ Peur d'être « anormale »
- 5 ☐ Gène par rapport à la nudité
- 6 ☐ Gène par rapport aux possibles sujets abordés et questions posées
- 7 ☐ Inquiète par rapport à votre santé en général
- 8 ☐ Aucune, neutre
- 9 ☐ Aucune et même rassurée, sereine, non inquiète

Quels étaient vos attentes de cet examen : *(plusieurs réponses possibles)*

- 1 ☐ Réassurance sur la normalité de vos organes génitaux
- 2 ☐ Dépistage (frottis)
- 3 ☐ Informations
- 4 ☐ Chercher l'origine de symptômes (douleurs, saignements, pertes anormales ...)

Quel est l'intérêt de l'examen gynécologique en général selon vous ? *(plusieurs réponses possibles)*

- 1 ☐ Dépistage (frottis)
- 2 ☐ Diagnostic d'une maladie
- 3 ☐ Prévenir l'apparition d'une maladie
- 4 ☐ Vérifier si l'on peut vous prescrire un traitement ou une contraception
- 5 ☐ Aucun

Avant votre premier examen connaissiez vous le matériel utilisé ? *(plusieurs réponses possibles)*

- 1 ☐ Spéculum
- 2 ☐ Doigtier
- 3 ☐ Brosse pour le frottis
- 4 ☐ Étrier
- 5 ☐ Écouvillon
- 6 ☐ Aucun de ceux cités plus haut

Quel a été votre vécu de ce premier examen gynécologique ?

- 1 ☐ Très bon vécu
- 2 ☐ Bon vécu
- 3 ☐ Mauvais vécu
- 4 ☐ Très mauvais vécu
- 5 ☐ Sans opinion

Quel a été l'impact de ce premier examen sur votre suivi gynécologique par la suite ?

- 1 ☐ Cela vous a convaincu de l'importance de poursuivre votre suivi gynécologique
- 2 ☐ Cela vous a rassuré pour la suite de votre suivi gynécologique
- 3 ☐ Aucun impact
- 4 ☐ Vous avez changé de professionnel de santé pour la suite de votre suivi
- 5 ☐ Vous n'avez pas poursuivi votre suivi gynécologique car vous avez eu un mauvais vécu

Annexe 2 : Tableau des profession des parents des patientes au moment de leur première consultation gynécologique

	Total (N=448)
Profession de votre mère	
agriculteur	15 (3.3%)
artisan, commerçant,..	26 (5.8%)
cadre et profession intellectuelle supérieure	23 (5.1%)
Employé	231 (51.6%)
non connue ou décédée	4 (0.9%)
Ouvrier	39 (8.7%)
profession intermédiaire	45 (10.0%)
Retraité	5 (1.1%)
sans activité professionnel	60 (13.4%)
Profession de votre père	
N-Miss	1
agriculteur	35 (7.8%)
artisan, commerçant,..	57 (12.8%)
cadre et profession intellectuelle supérieure	64 (14.3%)
Employé	124 (27.7%)
non connue ou décédée	27 (6.0%)
Ouvrier	98 (21.9%)
profession intermédiaire	21 (4.7%)
Retraité	9 (2.0%)
sans activité professionnel	12 (2.7%)

Annexe 3 : Tableau de répartition des différentes professions des parents des patientes, au moment de leur premières consultations de gynécologie selon le professionnel consulté.

	gynécologue (N=271)	médecin généraliste (N=136)	Total (N=407)
Profession de votre mère			
agriculteur	4 (1.5%)	9 (6.6%)	13 (3.2%)
artisan, commerçant,..	17 (6.3%)	8 (5.9%)	25 (6.1%)
cadre et profession intellectuelle supérieure	14 (5.2%)	9 (6.6%)	23 (5.7%)
Employé	146 (53.9%)	65 (47.8%)	211 (51.8%)
non connue ou décédée	1 (0.4%)	2 (1.5%)	3 (0.7%)
Ouvrier	22 (8.1%)	14 (10.3%)	36 (8.8%)
profession intermédiaire	27 (10.0%)	13 (9.6%)	40 (9.8%)
Retraité	2 (0.7%)	1 (0.7%)	3 (0.7%)
sans activité professionnel	38 (14.0%)	15 (11.0%)	53 (13.0%)
Profession de votre père			
agriculteur	18 (6.6%)	15 (11.0%)	33 (8.1%)
artisan, commerçant,..	37 (13.7%)	18 (13.2%)	55 (13.5%)
cadre et profession intellectuelle supérieure	39 (14.4%)	21 (15.4%)	60 (14.7%)
Employé	71 (26.2%)	41 (30.1%)	112 (27.5%)
non connue ou décédée	18 (6.6%)	5 (3.7%)	23 (5.7%)
Ouvrier	60 (22.1%)	28 (20.6%)	88 (21.6%)
profession intermédiaire	17 (6.3%)	4 (2.9%)	21 (5.2%)
Retraité	5 (1.8%)	2 (1.5%)	7 (1.7%)
sans activité professionnel	6 (2.2%)	2 (1.5%)	8 (2.0%)

Vu, le Président du Jury,

Professeur SENAND Rémy

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur DUCARME Guillaume

Vu, le Doyen de la Faculté,

PARCOURS DE SOINS DES FEMMES EN VENDÉE : ÉVALUATION DE LA PREMIÈRE DÉMARCHE VERS LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

ETUDE QUANTITATIVE PAR AUTO-QUESTIONNAIRE DANS LA MATERNITÉ DU CHD LA ROCHE SUR YON

RÉSUMÉ

Introduction : Le premier examen gynécologique peut être source de questionnements, de stress de la part des patientes et conditionne en partie la suite de leur suivi. Les femmes peuvent consulter différents spécialistes pour différents motifs, mais en Vendée la démographie médicale n'est pas la même que sur le reste du territoire national, avec une densité plus faible de généralistes et surtout de gynécologues et une augmentation des sages-femmes libérales. Dans ces conditions les objectifs de l'étude sont : de faire un état des lieux du début du parcours de soins des patientes concernant leur suivi gynécologique. De décrire les populations de patientes qui consultent l'un ou l'autre des professionnels concernés. Et d'explorer les vécus et le déroulement de ce premier examen gynécologique du point de vue de la patiente.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective sur des données rétrospectives, monocentrique, et analytique. Elle a inclus pendant 5 mois, les femmes hospitalisées dans la maternité du CHD de La Roche sur Yon, sachant lire et écrire le français et ayant pu répondre au questionnaire.

Résultats : Au total 448 questionnaires ont donc été analysés, soit 99,3% des questionnaires au total. Seulement 20 patientes ont consulté une sage-femme à un moment du début de leur parcours de soins en gynécologie. Parmi 422 femmes, lors leur première contraception 59,2% ont consulté un médecin généraliste. Pour la réalisation de leur premier examen gynécologique les femmes s'orientent à 66,6% vers un gynécologue sur 407 patientes.

Conclusion : L'étude montre 3 parcours de soins différents : les patientes consultent soit un généraliste soit un gynécologue pour tout le début de leur suivi gynécologique, débutant souvent par une demande de contraception, où bien elles s'adressent à un généraliste pour la contraception puis à un gynécologue pour leur premier examen gynécologique. Le vécu de l'examen est indépendant du professionnel consulté, le déroulement lui est différent.

MOTS-CLES

PREMIER EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE - PARCOURS DE SOINS - VÉCU

CONSULTATION CONTRACEPTION - MÉDECINE GÉNÉRALE - GYNÉCOLOGIE