

UNIVERSITE DE NANTES  
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
Années universitaires 2014-2019

« LA PREMIERE CONSULTATION DE GYNECOLOGIE : CONDITIONS, VECU ET  
IMPACT SUR LE SUIVI ULTERIEUR DES FEMMES FRANCAISES »

Mémoire présenté et soutenu par :  
DUTRUEL Mélodie  
née le 23 Janvier 1995

Directeur de mémoire : Dr Teddy LINET

« J'avais 17 ans et j'ai eu l'impression d'être dévirginisée pour la 2<sup>ème</sup> fois. J'en garde un souvenir très difficile de la pose de spéculum. »

« J'ai mis de très longues années avant de comprendre que mon sexe était mon corps, était à moi, et que je pouvais/devais me respecter et me faire respecter à ce niveau-là. J'ai vécu plusieurs situations d'abus de la part de [professionnel de santé], hommes ou femmes, alors que j'y allais en confiance et en demande de soins. J'espère que mes filles n'auront jamais à vivre ces situations d'humiliation, d'actes douloureux et sans précaution. »

« Si j'étais là « c'est que j'avais bien écarté les pattes auparavant ». J'avais 20 ans enceinte de mon 1<sup>er</sup> amour qui était devenu violent avec moi... »

« J'en pleure encore »

« On m'a prescrit une contraception OP en m'expliquant bien que c'était pour mes dysménorrhées et non contraceptif... »

« A l'heure actuelle je ne comprends toujours pas pourquoi [le professionnel] m'a mis un spéculum et a effectué un toucher vaginal alors que je n'avais jamais eu de rapport sexuel. »

« [Le professionnel] vu à 20 ans ne croyait pas que j'étais vierge et a introduit violemment la main en me déflorant au passage. Cette consultation m'a choqué profondément et fait très mal. »

« Première consultation et dépuclée par un spéculum sans excuse ni explication, ça refroidit pour un suivi régulier !»

« Jamais retournée depuis... »

« [Le professionnel] m'a imposé un examen gynécologique brutal alors que je n'avais jamais eu de rapport sexuel avec pénétration vaginale. Je l'ai vécu comme un viol et c'en était un. »

« A la question si j'avais déjà eu des rapports : à mon oui j'ai senti un jugement extrêmement négatif. J'ai survécu à ce rdv et je ne suis pas allée revoir un gynécologue jusqu'à mes 25 ans tellement ce moment m'a traumatisée. »

« Premier examen gynécologique traumatisant ayant causé par la suite un vaginisme »

« Ah vous êtes grosse, vous n'avez pas mal pendant vos règles c'est l'appendicite !» ne devrait pas être la première chose que l'on entend, à 15ans, lors d'un rendez-vous gynécologique. »

## Remerciements

Merci au Docteur Teddy LINET, gynécologue-obstétricien au centre hospitalier Loire Vendée Océan à Challans, d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire. Merci également pour ses conseils avisés, notamment en matière de statistiques.

Merci à Mme Isabelle DERRENDINGER, sage-femme et directrice de l'école de sages-femmes de Nantes, pour ses relectures et ses précieux conseils, ainsi que son soutien notamment au cours de cette dernière, mais intense, année scolaire.

Merci à l'équipe de sages-femmes enseignantes pour ces 4 années passées à m'encadrer et à m'apprendre l'un des plus beaux métiers.

Merci à mes parents, à ma sœur, pour leur soutien tout au long de mes années d'études. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

Merci à Sylvie, ma belle-mère, pour son aide dans l'apprentissage de la maîtrise d'Excel.

Merci à mon compagnon, Rémi, pour son soutien. Merci d'avoir toujours su trouver les bons mots quand cela était nécessaire.

Merci à ma meilleure amie, Marie, pour son soutien, ses relectures et son aide pour la mise en forme de ce mémoire.

Merci à toute ma famille, à ma belle-famille (tout particulièrement Hélène) et à mes proches amis pour leur présence, leurs encouragements. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Merci à mes copines de promotion, tout particulièrement à Sarah POTTIER, pour ces 4 années passées ensemble à apprendre mais aussi à rire. Merci pour ton soutien et ton aide.

Merci aux personnes ayant participé à la diffusion de mon questionnaire et à celles y ayant répondu.

Et pour terminer, merci à toutes les femmes, qu'elles soient patientes ou sages-femmes, rencontrées durant ces quatre dernières années et qui ont su, chacune à leur échelle, contribuer à faire de moi la future sage-femme que je suis aujourd'hui.

# Table des matières

Remerciements

Index des abréviations

Introduction ..... 1

PREMIERE PARTIE..... 2

1. Les différents acteurs en matière de gynécologie ..... 3

a. Les gynécologues ..... 3

b. Les médecins généralistes ..... 3

c. Les sages-femmes ..... 4

2. Examens gynécologiques et recommandations actuelles ..... 5

a. L'examen général ..... 5

b. L'examen mammaire ..... 5

c. L'examen pelvien<sup>20</sup> ..... 6

c.1. Examen sous spéculum ..... 6

c.2. Toucher vaginal ..... 7

c.3. Toucher rectal..... 8

3. La consultation et le suivi gynécologique..... 8

a. Le déroulement d'une consultation de gynécologie et plus particulièrement de la première consultation de gynécologie ..... 8

b. Le suivi gynécologique des femmes françaises..... 9

DEUXIEME PARTIE ..... 11

L'étude ..... 12

1. La problématique..... 12

2. Les hypothèses ..... 12

3. Les objectifs ..... 12

Matériel et méthode ..... 13

1. Type d'étude ..... 14

a. Population étudiée..... 14

b. Variables étudiées..... 14

c. Mode et outils de recueil des données (Annexes I, II et III)..... 14

d. Procédure de recueil et d'analyse des données ..... 15

Résultats ..... 16

1. Caractéristiques de l'échantillon de l'étude ..... 17

a. Age de la population ..... 17

b. Catégories socio-professionnelles..... 17

c. Gestité ..... 18

2. Conditions de la première consultation de gynécologie ..... 19

a. Note attribuée à la première consultation de gynécologie ..... 19

b.	Conditions concernant les 2018 femmes de l'étude lors de leur première consultation de gynécologie	20
b.1.	Age de la première consultation de gynécologie	20
b.2.	Consultation réalisée à l'initiative de la femme	21
b.3.	Accompagnant présent ou non lors de la première consultation de gynécologie	23
b.4.	Rapports sexuels avant la première consultation de gynécologie	23
b.5.	Sentiments présents à l'approche de la consultation	24
3.	Caractéristiques du professionnel de santé consulté	28
a.	Sexe et profession du professionnel de santé	28
b.	Lieu de la consultation	30
c.	Raisons ayant motivé le choix de ce professionnel de santé	31
4.	Caractéristiques de la première consultation de gynécologie	32
a.	Le motif de la consultation	32
b.	Les examens et/ou prescriptions réalisés lors de cette consultation	36
c.	Éléments concernant la consultation	39
d.	Éléments concernant le professionnel de santé lors de la consultation	44
e.	Lors de l'examen clinique, si examen il y a eu	54
5.	Issue de la consultation	62
a.	Les sentiments présents à l'issue de la consultation.	62
b.	Comportement adopté à l'issue de la consultation chez les femmes âgées de plus de 25 ans	65
c.	Comportement adopté à l'issue de la consultation chez les femmes âgées de 15 à 24 ans	68
	Analyse et discussion	71
1.	Limites et forces de l'étude	72
a.	Lieu de diffusion	72
b.	Questionnaire	72
c.	La population	73
d.	Thématique de l'étude	73
2.	Etat des lieux concernant la première consultation de gynécologie	74
a.	Les caractéristiques des patientes	74
b.	Les caractéristiques du professionnel de santé	75
c.	L'examen gynécologique	76
d.	La première consultation de gynécologie : la grande oubliée à améliorer	77
3.	Mise en évidence des éléments impactant le vécu de la première consultation de gynécologie	78
a.	Le vécu	78
b.	Les impacts primaires	79
b.1.	L'état émotionnel de la femme	79
b.2.	L'accueil du professionnel de santé	79
b.3.	L'information délivrée	79
b.4.	En cas d'examen, ses conditions de réalisation	80
c.	Les impacts secondaires	81
c.1.	L'autonomie de la femme	81
c.2.	Le motif de consultation	81

c.3. L'âge de la femme .....	82
c.4. Le professionnel de santé.....	82
c.5. La vie sexuelle de la femme .....	82
d. Les facteurs primaires et secondaires influençant le vécu de la consultation .....	83
4. Evaluation de l'impact du vécu de la première consultation sur le suivi gynécologique des femmes	83
a. Les moins de 25 ans .....	83
b. Les plus de 25 ans .....	83
c. Première consultation gynécologique et suivi ultérieur .....	84
Conclusion .....	85
BIBLIOGRAPHIE .....	88
ANNEXES.....	94

## Index des abréviations

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes orthogénistes.

CDC : Centers for Disease Control and prevention.

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPV : Human papilloma virus.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

OMS : Organisation mondiale de la Santé.

## Introduction

Depuis les années 1980<sup>1</sup>, nous observons une évolution du modèle médical : le passage d'un modèle paternaliste, dans lequel le soignant est le seul détenteur du savoir et par conséquent, le seul à pouvoir décider de ce qui est ou non bon pour le patient, à un modèle autonomiste où le patient est le point central de la prise en charge, où il peut exprimer ses opinions et faire ses propres choix. L'écoute ainsi que la prise en charge individualisée, et non standardisée, sont des principes de plus en plus appliqués.

L'autonomisation des femmes dans le domaine médical, et dans leur vie en général, s'est faite notamment au travers de lois. Les lois NEUWIRTH<sup>2</sup> et VEIL<sup>3</sup>, adoptées respectivement le 28 décembre 1967 et le 17 janvier 1975, ont permis aux femmes de maîtriser leur fécondité et de décider ou non d'une éventuelle grossesse grâce à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. Les femmes ont ainsi pu choisir les différents axes qu'elles souhaitaient donner à leurs vies.

En France, l'accès à un suivi gynécologique régulier et à la contraception est une mesure importante de santé publique qui tend à réduire le taux de grossesses non désirées et d'IVG, mais aussi à prévenir le taux de cancers génitaux féminins.

La première consultation de gynécologie est une première étape vers un suivi gynécologique ultérieur. Cependant, elle est assez rarement étudiée, puisque la majorité des études se tournent vers les consultations gynécologiques en général ou sur le premier examen gynécologique.

C'est de cette constatation que je suis partie pour réaliser ce mémoire. Ce choix a d'ailleurs suscité beaucoup d'intérêt de la part des femmes de mon entourage. Lorsque nous avons commencé à évoquer cette idée, elles se sont rapidement exprimées, se replongeant ou s'imaginant ainsi lors de leur première consultation de gynécologie. C'est grâce aux patientes rencontrées durant mes études, et à leurs témoignages spontanés, que l'idée de ce mémoire a pu germer. Lorsqu'au détour de consultations les patientes évoquaient spontanément leur première consultation de gynécologie, leurs témoignages étaient souvent empreints d'une émotion négative. Au contraire, lorsque j'évoquais de moi-même le sujet avec certaines femmes, le constat n'était pas le même : soit je faisais face à l'oubli de cette première consultation, elles supposaient donc par défaut que « celle-ci avait dû bien se passer puisqu'elle ne les avait pas marquées », soit je faisais face à un souvenir positif de celle-ci mais le sujet n'était alors jamais abordé spontanément. Ce phénomène est fréquemment observé dans notre société. Notamment sur internet via les différents forums, le négatif est souvent exprimé contrairement au positif, passé lui sous silence ; le négatif semblant donc l'emporter sur le positif.

Tous ces éléments nous ont amené à nous demander : Quels sont les conditions, le vécu et l'impact de cette première consultation de gynécologie sur le suivi ultérieur des femmes françaises ?

PREMIERE PARTIE

## 1. Les différents acteurs en matière de gynécologie

### a. Les gynécologues

Actuellement, il existe deux types de gynécologues : les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens.

Le diplôme de gynécologie médicale est une spécificité française. Ce diplôme a tout d'abord été supprimé en 1984 avant d'être réintégré aux études de médecine en 2003. Ceci explique donc en grande partie le fait que le renouvellement des gynécologues médicaux ne puisse plus être assuré car le nombre de professionnels formés depuis cette réintégration ne parvient pas à pallier les départs en retraite. Actuellement, les gynécologues obstétriciens possèdent des compétences médico-chirurgicales, tandis que la chirurgie n'est pas incluse dans le socle de formation des gynécologues médicaux.

Malgré la création du comité de défense de la gynécologie médicale (CDGM) en 1997, le nombre de gynécologues médicaux a chuté de 41,6%<sup>4</sup> entre 2007 et 2017.

Désormais, une soixantaine de gynécologues médicaux sont à nouveau formés chaque année. Il s'agit d'un nombre insuffisant pour compenser les nombreux départs en retraite. 62% des gynécologues médicaux en activité ont plus de 60 ans. Ils ne sont actuellement plus que 1136 pour près de 28 millions de femmes âgées de plus de 16 ans.

Selon cette même enquête de l'Ordre des médecins, seuls 38% des gynécologues se limiteraient à une consultation au tarif de 30€ (seulement 18% à Paris), alors même que les dépassements d'honoraires peuvent entraîner une difficulté d'accès aux soins pour un certain nombre de patientes. Il est donc possible d'envisager une limitation d'accès à la consultation de gynécologie due à la pénurie actuelle de gynécologues, et majorée par les dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels. De plus, du fait de ce manque de gynécologues, nombreux sont ceux qui ne peuvent plus accepter une nouvelle patientèle. Par conséquent, il existe une difficulté de consultation pour les jeunes femmes.

Entre 2007 et 2016<sup>5</sup>, en Loire Atlantique, l'effectif de gynécologues médicaux a diminué de 12%. En 2016, il restait 36 gynécologues médicaux dont 91,7% exerçaient en libéral ou en libéral et hospitalier. En Mayenne, en Vendée, dans la Sarthe et le Maine et Loire, l'effectif a diminué de plus de 50%.

En France (Métropole et Dom-Com), l'effectif de gynécologues médicaux a diminué de 33,9%. Selon cette même étude, 94% des gynécologues médicaux sont des femmes. La moyenne d'âge est de 59 ans pour les hommes et 57 ans pour les femmes.

### b. Les médecins généralistes 10<sup>6</sup>

Le médecin généraliste, aussi appelé omnipraticien, est confronté au quotidien à diverses questions de santé. Il est en général le premier professionnel de santé auquel les français ont recours. Il est d'ailleurs souvent le médecin choisi pour médecin traitant (médecin tenant à jour le dossier médical du patient, coordonnant le parcours de soins et centralisant les avis des différents soignants). Il convient de rappeler que tous les médecins généralistes ne pratiquent

pas les actes de gynécologie. En revanche, durant leurs études, tous ont été informés sur des notions de gynécologie durant au moins 4 mois pendant leur internat.

En 2003<sup>7</sup>, chez les femmes âgées de 16 à 54 ans, 44% des femmes consultant en médecine générale déclarent confier leur contraception principalement à un médecin généraliste, en association ou non avec le suivi d'un gynécologue.

En 2005<sup>8</sup>, en matière d'équipement des cabinets de médecine générale, le taux de possession de matériel pour la pose d'un dispositif intra-utérin ou la réalisation d'un frottis est de 84%.

En 2009<sup>9</sup>, plus de 50% des contraceptifs remboursés par l'assurance maladie sont issus de prescriptions de médecins généralistes (données SNIIRAM CNAMTS).

En 2016<sup>10</sup>, dans les Pays de la Loire, 73% des médecins généralistes déclarent voir au moins une fois par semaine une patiente pour un motif gynécologique, contre 57% au niveau national. Dans la majorité des cas, le motif de la consultation est le suivi contraceptif, une symptomatologie pelvienne ou bien un examen mammaire. En revanche, la pose et/ou l'ablation d'un dispositif intra-utérin ou implant reste relativement occasionnelle.

### c. Les sages-femmes

En 2009, avec la loi HSPT<sup>11</sup>, les sages-femmes ont acquis des compétences en matière de gynécologie. Elles peuvent réaliser les consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention, sous réserve de rediriger la patiente à un médecin en cas de pathologie. Aucune restriction formelle concernant l'âge des patientes n'a, à ce jour, été établie. Cependant, certaines limites s'opposent à elles, notamment chez les femmes ménopausées et gênées par les troubles du climatère, puisqu'elles ne sont pas autorisées à prescrire le traitement hormonal de la ménopause. Bien que la possibilité de pratiquer la gynécologie ait été accordée en 2009 aux sages-femmes, ce n'est qu'en août 2016 que ces professionnelles deviennent autorisées à prescrire « les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration »<sup>12</sup>. Leur droit de consultation et de prescription s'applique chez les majeures comme chez les mineures.

En juin 2012, les sages-femmes ont également acquis le droit de pratiquer l'IVG par voie médicamenteuse. Elles peuvent désormais, dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé, prendre en charge les IVG médicamenteuses jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée<sup>13</sup>. Les gynécologues et médecins généralistes pouvant quant à eux réaliser des IVG médicamenteuses et instrumentales.

## 2. Examens gynécologiques et recommandations actuelles

### a. L'examen général<sup>14</sup>

Dans un premier temps, il convient de rappeler que de manière générale, un examen, et plus particulièrement un examen gynécologique, doit être réalisé après l'obtention du consentement de la patiente. Toute patiente est libre, après avoir eu une information éclairée sur l'intérêt de celui-ci, d'accepter ou de refuser la réalisation de l'examen.

L'examen général constitue un premier examen appréciant la patiente dans sa globalité. Il est composé d'une prise de tension artérielle, de taille si celle-ci n'est pas connue par la patiente, et de poids afin d'évaluer son indice de masse corporelle et de déceler de potentielles contre-indications à un hypothétique traitement. Un dépistage d'une éventuelle altération de l'état général est également possible grâce à une observation intégrale de la patiente (amaigrissement, asthénie, symptomatologie dermatologique, présence d'hématomes sur le corps de la patiente...). Une palpation abdominale peut également être réalisée à la recherche d'une masse palpable.

Avant de passer à l'examen gynécologique à proprement parler, il est important de souligner que la patiente n'est pas obligée de se retrouver entièrement nue devant le professionnel de santé. Il est possible dans un premier temps de ne retirer que le haut des vêtements, puis de les remettre avant de dévêtir le bas ou l'inverse, selon le souhait de la patiente. Il est également envisageable d'utiliser des artifices tels que la création d'une « jupe » avec le rouleau à papier d'examen par exemple. Cette façon de procéder est d'autant plus appréciable pour les nouvelles patientes ou les femmes pudiques, mais d'une manière générale pour toutes les femmes.

Cet examen peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, en l'absence de contre-indication, notamment chez les adolescentes<sup>15</sup>.

### b. L'examen mammaire

Le sein est une glande exocrine hormono-dépendante qui renferme la glande mammaire. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Il représente 33% de l'ensemble de tous les cancers incidents chez la femme<sup>16</sup>.

En 2012, 22% des cancers du sein étaient observés chez des femmes de moins de 50 ans<sup>17</sup>.

Cette même année, les données de mortalité par tranches d'âges étaient les suivantes : 8% des décès par cancer du sein étaient observés chez des femmes de moins de 50ans (0,8% de femmes âgées de moins de 35 ans)<sup>18</sup>.

Les principaux facteurs de risque de cancer du sein sont : l'âge (femme âgée de plus de 50 ans), le sexe (moins de 1% de cancer du sein retrouvé chez l'homme), une prédisposition génétique (5 à 10% des cancers du sein ont une prédisposition génétique, le plus souvent liée à l'altération des gènes BRCA1 ou BRCA2), un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou de carcinome canalaire in situ, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de cancer lobulaire in situ ou un antécédent personnel d'irradiation thoracique médicale à haute dose.

Dans 90% des cas, le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage organisé (ou individuel). Dans les 10% restants, il est mis en évidence par l'examen clinique.

La Haute Autorité de Santé recommande un examen annuel des seins chez toutes les femmes à partir de l'âge de 25 ans. En cas de risque élevé, ce dernier est recommandé dès l'âge de 20 ans, en cas de risque très élevé (mutation des gènes BRCA1 ou 2 chez la patiente) il doit être réalisé tous les 6 mois<sup>19</sup>. Cet examen se compose de 2 parties, une inspection visuelle des seins et une palpation.

L'inspection visuelle des seins est faite en position assise ou debout, les bras le long du corps puis levés et enfin les pectoraux contractés (mettre les mains sur les hanches). Elle a pour objet de rechercher différents signes cliniques tels que par exemple une asymétrie, un changement de taille et/ou d'aspect des seins ...

La palpation des seins se fait à l'aide de la pulpe des trois doigts médians des deux mains en position allongée sur le dos, les mains derrière la tête. Elle permet d'explorer les quadrants externes et internes, les mamelons, la région sous et rétro-aréolaire des deux seins. Elle a pour objet de rechercher des éléments tels que par exemple la présence d'une tuméfaction ou d'un nodule le plus souvent indolore, une éventuelle rétraction ou une distorsion du mamelon en regard, un pli cutané, une peau rougeâtre ...

En complément, une palpation des aires axillaires et sus-claviculaires sera systématiquement effectuée à la recherche de ganglions.

### c. L'examen pelvien<sup>20</sup>

Il n'existe à ce jour, en France, pas de réelles recommandations sur l'examen pelvien. En effet, aucune preuve du bénéfice de sa réalisation chez les femmes asymptomatiques n'a été démontrée. Certaines études américaines et canadiennes tendent même à affirmer que cet examen, en l'absence de symptomatologie, nuit plus aux femmes qu'il ne leur apporterait de bénéfice. Par conséquent, ils se sont donc positionnés en défaveur des examens pelviens de dépistage chez les femmes asymptomatiques et non enceintes. Chez les femmes vierges, cet examen est d'autant plus à éviter en l'absence d'indication. De plus, l'examen pelvien représente une douleur ou un inconfort pour 35% des femmes et une peur pour 34% d'entre elles.

#### *c.1. Examen sous spéculum*

Cet examen consiste en l'introduction d'un spéculum au niveau du vagin afin de permettre une exposition des parois vaginales, des éventuelles leucorrhées, d'apprécier l'aspect du col et d'effectuer si nécessaire un frottis cervico-vaginal et/ou de prélèvements vaginaux à la recherche de potentielles infections.

Il existe différents modèles (Collin, Cusco...) et différentes tailles (spéculum de vierge, nullipare, multipare...) de spéculums. Celui-ci peut être métallique, ce qui implique la nécessité d'une stérilisation entre chaque utilisation, ou bien en plastique transparent à usage unique.

Cet examen fait partie de l'examen pelvien, il n'est indiqué qu'en cas de nécessité de réalisation d'un frottis cervico-vaginal ou bien en présence d'une symptomatologie évocatrice d'une éventuelle infection (démangeaisons, douleur vaginale et/ou pelvienne, leucorrhées...).

Avant de poser le spéculum, il convient d'inspecter la vulve : son anatomie, la présence d'éventuelles lésions ou ulcérations ou tout autre élément pouvant nous faire suspecter une pathologie. Il est possible d'utiliser un lubrifiant (uniquement de pH neutre), ce dernier ne remplaçant pas la douceur nécessaire du geste afin de ne pas rendre l'examen douloureux. La pose du spéculum se fait en écartant le bas des lèvres et en surveillant de ne pas les pincer.

Pour introduire le spéculum, il est préférable de prendre appuie sur le périnée postérieur, en se dirigeant vers le bas. Il est également possible pour les femmes, à qui cet examen apparaît compliqué, d'insérer elle-même le spéculum. Une fois le spéculum posé, il convient de prévenir la patiente avant de l'ouvrir puis de l'écarter progressivement jusqu'à l'apparition puis la bonne exposition du col.

Les prélèvements vaginaux s'effectuent à l'aide d'un écouvillon. Ils permettent le diagnostic d'une éventuelle mycose, vaginose, infection sexuellement transmissible ou toute autre infection.

Le frottis cervico-vaginal permet quant à lui, de dépister les éventuels stades précancéreux pouvant aboutir au cancer du col de l'utérus. Il est à réaliser à partir de l'âge de 25 ans, à renouveler un an plus tard, et en cas d'absence d'anomalies, à reconstrôler tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 65 ans. L'HAS vient de revoir très récemment ses recommandations. Désormais, à l'instar d'autres pays, elle recommande l'utilisation du test HPV en première intention lors du dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 30 ans. L'autotest HPV fait aussi son apparition, comme alternative au prélèvement cervical par un professionnel.<sup>47</sup>

Le cancer du col de l'utérus est dû à une infection persistante par un virus de la famille des papillomavirus humain (HPV 16 ou 18 dans 70% des cas), il s'agit d'une infection sexuellement transmissible. Lorsque ce virus s'installe de manière durable dans le corps, il peut provoquer des modifications, le plus souvent, de l'épithélium de la zone de jonction. On appelle cela des lésions précancéreuses, le frottis permet de les dépister. Parfois, il arrive que ces lésions évoluent de manière cancéreuse.

Cette évolution est lente puisque le cancer apparaît généralement 10 à 15 ans après l'infection persistante<sup>21 22</sup>. Il s'agit du douzième cancer le plus fréquent chez les femmes en France, avec 3000 nouveaux cas en 2015 et près de 1000 décès en 2012. Il existe une vaccination<sup>23</sup> contre certaines souches d'HPV permettant ainsi de diminuer le risque de cancer du col. Il est actuellement recommandé de vacciner toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans. Si la vaccination n'a pas été réalisée entre ces âges, un rattrapage est possible chez les jeunes filles de 15 à 19 ans révolus. Il convient de rappeler que la vaccination ne remplace en rien le dépistage réalisé grâce au FCV ou au test HPV.

### *c.2. Toucher vaginal*

Lorsque cet examen est réalisé, il doit être fait seulement après l'examen sous spéculum afin de ne pas contaminer les éventuels prélèvements vaginaux effectués.

Il consiste en l'introduction, d'un ou deux doigts dans le vagin de la femme. Il est combiné avec une palpation abdominale externe. Il permet d'apprécier l'état du vagin et de ses parois, le col utérin, les culs de sacs vaginaux, l'utérus (taille, position, mobilité...), les paramètres (ensemble des structures tissulaires qui relient l'utérus latéralement aux parois latérales du pelvis). Les ovaires sont rarement perçus en l'absence d'anomalie. Les trompes sont normalement non palpables. Le toucher vaginal permet également d'apprécier le reste des organes pelviens (vessie, rectum...).

### *c.3. Toucher rectal*

Le toucher rectal est parfois réalisé en complément ou en même temps que le toucher vaginal, il permet d'explorer la cloison recto-vaginale, les ligaments utérosacrés et les paramètres. Cet examen n'a pas prouvé son efficacité. Il peut être réalisé en cas de symptomatologie évocatrice d'une éventuelle endométriose<sup>24</sup>.

## 3. La consultation et le suivi gynécologique

### a. Le déroulement d'une consultation de gynécologie et plus particulièrement de la première consultation de gynécologie

Débutons par un point important, si ce n'est le plus important : la consultation ne doit pas être vécue comme une contrainte anxiogène et douloureuse par la patiente. Il appartient aux professionnels de santé de faire en sorte que cette consultation soit aussi peu traumatisante que possible.

Il est fréquemment mis en avant que les consultations de gynécologie, et tout particulièrement la première consultation, sont source d'angoisse pour les femmes. Le principal facteur de cette angoisse étant l'examen vaginal.

Bien qu'il n'existe pas de méthode prédéfinie pour réaliser sa consultation, il est courant d'observer des similitudes dans les pratiques des divers professionnels de santé. Chaque professionnel est cependant libre de trouver la méthode qui lui correspond et convient au mieux à ses patientes.

L'OMS a élaboré un schéma type de consultation ayant pour but l'obtention d'un moyen de contraception, il s'agit de la méthode BERGER<sup>25</sup> ou GATHER<sup>26</sup> en anglais. Cette méthode peut être extrapolée à toute consultation de gynécologie, en y apportant quelques modifications si nécessaire.

Comme nous l'avons vu précédemment, toute consultation de gynécologie n'implique pas nécessairement un examen. Il s'agit avant tout d'un échange avec la patiente.

La première consultation est souvent objet de mystère pour les jeunes femmes. Il s'agit souvent de la première fois que des thèmes tels que la sexualité, l'anatomie féminine et autre, sont abordés avec un professionnel de santé. Il s'agit aussi parfois, lorsqu'un examen est jugé

nécessaire par le professionnel, de la première mise à nue devant un inconnu. L'INPES et l'association Sparadrap ont réalisé une brochure à destination des femmes s'apprêtant à consulter pour la première fois<sup>27</sup> afin d'expliquer en quoi consiste cette première consultation et les différents examens pouvant y être réalisés.

Longtemps tue, cette première consultation de gynécologie commence à être reconnue. Depuis le 1<sup>er</sup> Novembre 2017, elle bénéficie d'une cotation différente des autres consultations de gynécologie. Cela s'applique pour les gynécologues<sup>28</sup>, les sages-femmes, pédiatres et médecins généralistes<sup>29</sup>. La première consultation de contraception ou de prévention des jeunes femmes âgées de 15 à 17 ans incluses est désormais tarifée à 46€ et prise en charge à 100% car considérée à forts enjeux de santé publique. Pour les femmes âgées de 15 à 18ans, la consultation est facturée à 30€ si elle a lieu dans un cabinet de gynécologie, et 25 € si elle a lieu dans un cabinet de médecine générale ou de sage-femme libérale.

### b. Le suivi gynécologique des femmes françaises

Les avis en matière de suivi gynécologique découlent des recommandations des examens mentionnés précédemment et/ou de la contraception choisit par la patiente.

A partir de 25 ans, comme évoqué précédemment, une consultation gynécologique est recommandée chaque année afin d'effectuer un examen mammaire. Lors d'une consultation annuelle, un examen pelvien pourra également être réalisé en présence d'une éventuelle symptomatologie ou pour la réalisation du frottis cervico-vaginal. Ce dernier est à réaliser à l'âge de 25 ans, 26 ans, puis tous les 3 ans en l'absence d'anomalies dépistées. Il convient de rappeler que ce dépistage n'est à effectuer que chez les patientes ayant déjà eu des rapports sexuels. Puisque le cancer du col de l'utérus a pour responsable un papilloma virus humain sexuellement transmissible.

Avant 25 ans, il n'existe pas de recommandation particulière. La femme consulte si elle le juge nécessaire. Dans le cas où une contraception aurait été mise en place, le suivi gynécologique s'adapte au moyen de contraception choisi :

- Concernant les contraceptifs hormonaux oestroprogestatifs (pilule, patch, anneau), la prescription se fait pour 12 mois. Puis, 3 à 6 mois après l'instauration de cette contraception l'HAS recommande d'effectuer un bilan biologique comportant un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun, en l'absence d'antécédents personnels et familiaux. Ce dosage sera ensuite à renouveler tous les 5 ans. Dans les cas où des antécédents familiaux de dyslipidémie seraient présents, il convient d'effectuer ces dosages avant le début de toute contraception oestroprogestative et 3 à 6 mois après son instauration<sup>30</sup>. A noter cependant que l'OMS et le CDC ne recommandent plus la réalisation de son dosage en l'absence de facteur de risque.

- Concernant les progestatifs (lévornogestrel ou desogestrel) : l'implant, Nexplanon® (68 mG d'Etonogestrel), a une efficacité démontrée pour une durée de 3 ans. En l'absence de problèmes rencontrés, un suivi systématique n'est pas nécessaire. Pour ce qui est de la contraception orale par progestatifs, une consultation annuelle est nécessaire afin d'obtenir une prescription. Les

injectables (medroxyprogestérone) sont préconisés en seconde intention<sup>31</sup>, les injections étant réalisées tous les 3 mois par un professionnel de santé (médecin, sage-femme, infirmière).

- Concernant les dispositifs (Lévonorgestrel) ou systèmes intra-utérins, une visite de contrôle est conseillée entre 1 et 3 mois après la pose. Un suivi annuel n'est pas systématiquement recommandé, les femmes devant cependant venir consulter en cas d'apparition de problèmes<sup>32</sup>.

- Autres : préservatifs, cape, diaphragme, spermicides... Ces différents moyens de contraception sont disponibles sans ordonnance. Il appartient donc à la patiente de consulter lorsqu'elle le juge nécessaire, aucun suivi systématique n'étant recommandé. A noter que depuis le 10 Décembre 2018, le préservatif EDEN, disponible exclusivement en pharmacie, peut être prescrit et permet ainsi un remboursement de 60% par la sécurité sociale, sur la base d'un prix de vente s'élevant à 1€30 la boîte de six, 2€60 la boîte de douze et 5€20 la boîte de 24 préservatifs.

DEUXIEME PARTIE

## L'étude

### 1. La problématique

Comme nous avons pu le voir dans la première partie, le déroulement de la première consultation de gynécologie reste assez peu étudié. L'accès à la consultation de gynécologie met en jeu quatre principaux acteurs : les gynécologues, les médecins généralistes, les pédiatres et les sages-femmes. L'accès à la consultation est, comme évoqué précédemment, plus ou moins facile selon le professionnel de santé consulté et le lieu de la consultation. Parallèlement, l'HAS et l'OMS ont rédigé de nombreuses recommandations concernant la consultation de gynécologie et le suivi gynécologique des femmes. C'est pourquoi la question posée est la suivante : Quels sont les conditions, le vécu et l'impact de la première consultation de gynécologie sur le suivi ultérieur des femmes françaises ?

### 2. Les hypothèses

Voici nos principales hypothèses concernant cette étude :

- Le souhait de l'instauration d'une contraception serait le motif principal de la première consultation de gynécologie. Cette consultation aurait donc lieu aux alentours de 17,6 ans (âge moyen du premier rapport sexuel chez les femmes).
- Le gynécologue serait le professionnel de santé consulté en priorité lors de cette consultation.
- La mère de la patiente aurait une importance dans le choix du professionnel de santé consulté.
- Première consultation de gynécologie et examen gynécologique sont liés dans les représentations de la population générale. En ce qui concerne les examens mammaires et pelviens, ils seraient réalisés de manière systématique par les professionnels de santé.
- Le vécu de la première consultation aurait un impact sur le suivi gynécologique ultérieur des femmes françaises.

### 3. Les objectifs

Cette étude a pour objectif principal de souligner l'importance de la première consultation de gynécologie notamment sur l'impact ultérieur du suivi des femmes françaises : le but étant de faire un état des lieux de cette consultation afin de pouvoir en créer une définition, d'évaluer les facteurs influençant le vécu de celle-ci et l'influence de ce vécu sur le suivi gynécologique ultérieur.

## Matériel et méthode

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et multicentrique. Nous l'avons mise en place du 7 juin au 23 août 2018.

### a. Population étudiée

Elle comprend toutes les femmes françaises, sans limite d'âge, la seule condition d'inclusion étant la réalisation de la première consultation de gynécologie en France.

### b. Variables étudiées

La population d'étude a été décrite suivant l'âge au moment de la première consultation de gynécologie, l'âge actuel au moment de la réponse au questionnaire, le niveau socio-économique et la parité.

Le vécu de la première consultation de gynécologie a été évalué par l'attribution d'une note allant de 1 à 10 par les 2018 femmes de l'étude, ainsi que par les divers sentiments ressentis à l'issue de cette consultation (mis en parallèle avec ceux présents en amont de la consultation). Nous avons par la suite comparé les notes moyennes attribuées par les femmes de l'étude suivant différents critères, afin de pouvoir évaluer les différents facteurs influençant le vécu de la première consultation de gynécologie et l'impact sur le suivi gynécologique ultérieur.

Les conditions de déroulement de la première consultation de gynécologie et les examens et/ou prescriptions ayant pu être réalisés ont été évalués.

Le suivi gynécologique des femmes de plus de 25 ans a été évalué par rapport à l'adéquation ou non avec les recommandations actuelles évoquées dans la partie 1.

Le suivi gynécologique mis en place ou envisagé par les femmes de moins de 25 ans a également été évalué.

### c. Mode et outils de recueil des données (Annexes I, II et III)

Un questionnaire en ligne, créé sur Webquest® a été mis en place et diffusé par l'intermédiaire des réseaux sociaux (Facebook, Instagram et Tweeter) le 7 juin 2018. Notre questionnaire comportait 24 questions communes quel que soit l'âge des répondantes. A ces 24 questions s'ajoutaient 3 autres questions pour les femmes de 25 ans ou plus, 2 autres questions pour les moins de 25 ans et 3 autres questions pour les femmes ayant eu un examen gynécologique lors de leur première consultation. Cette méthode de diffusion nous a semblé appropriée pour toucher un large panel de femmes, tout en permettant à celles-ci de répondre librement, quand elles le souhaitent et de manière anonyme.

#### d. Procédure de recueil et d'analyse des données

Les données étaient automatiquement recueillies via le site Webquest®. Il a été constaté un fort engouement pour le questionnaire durant tout le mois de juin. Deux relances ont cependant été nécessaires durant le mois de juillet, afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses. Une fois les 2000 réponses dépassées et l'absence de nouvelle réponse depuis plus d'une semaine, le questionnaire a été clôturé le 23 août.

Les données ont ensuite été recueillies dans un tableur de Microsoft Excel® 2013 et traitées, dans un second temps, sous forme numérique ou de pourcentage. Pour comparer les notations moyennes obtenues entre-elles, dans nos échantillons indépendants, nous avons utilisé le test de Student en fixant un risque  $\alpha$  à 5% et un seuil de significativité  $p$ -value  $< 0.05$ . Avant d'effectuer ce test nous avons, à chaque fois, vérifié que les conditions pour son utilisation étaient réunies. Ces conditions étaient les suivantes : les échantillons comparés possédaient  $n > 30$ , des écarts-types similaires (seuil fixé à  $\text{Ecart-type } 1 \leq x \leq 1,5 \text{ Ecart-type } 2$ ) et une distribution suivant une loi normale au vu de l'interprétation des différents histogrammes illustrant la répartition des notes.

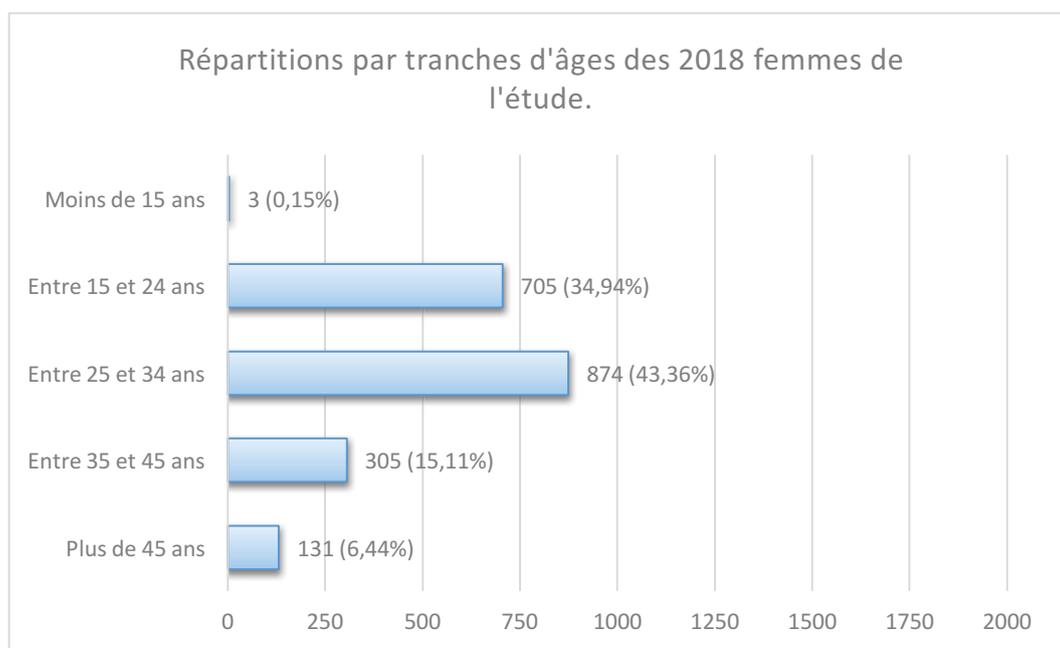
Avant d'exposer nos résultats, il convient de rappeler que toute mention « notation moyenne » fait référence à la moyenne des notes attribuées à la première consultation de gynécologie par les 2018 femmes de l'étude. Cela restera le cas tout au long de l'exposition des résultats, toutes les moyennes mentionnées faisant référence à la moyenne des notes attribuées à cette consultation.

Résultats

## 1. Caractéristiques de l'échantillon de l'étude

### a. Age de la population

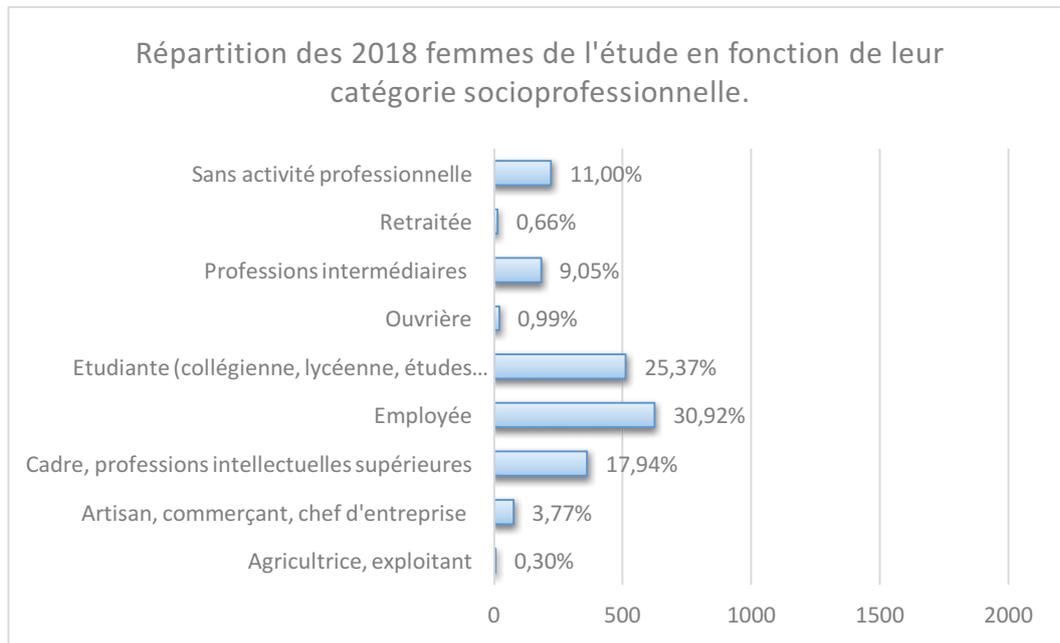
**Figure 1** : Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction de leur âge.



### b. Catégories socio-professionnelles

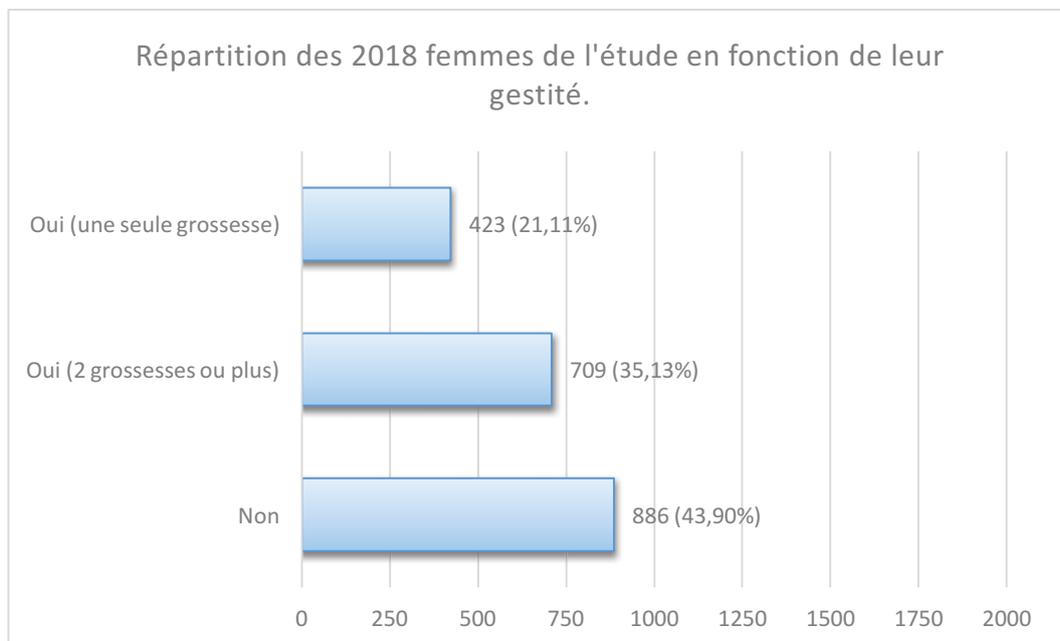
Nous avons utilisé la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de 2003. Une modification a cependant été ajoutée en excluant les étudiantes de la catégorie « Autres personnes sans activité professionnelle » afin de les différencier dans une catégorie leur étant propre.

**Figure 2 :** Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle.



c. Gestité

**Figure 3 :** Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction de leur gestité.

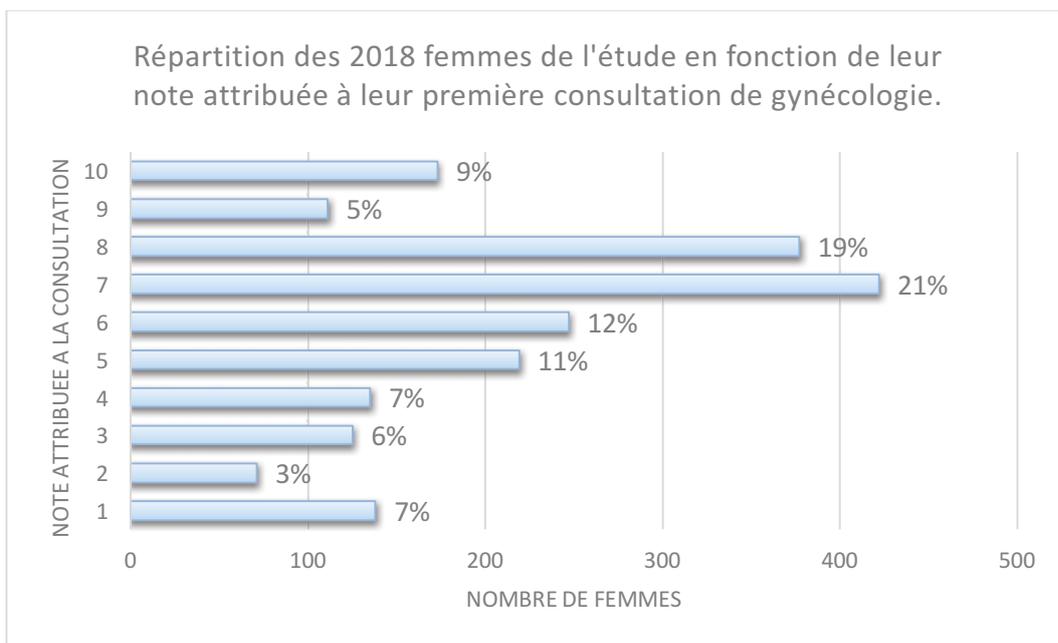


## 2. Conditions de la première consultation de gynécologie

### a. Note attribuée à la première consultation de gynécologie

Lors de l'élaboration de notre enquête, nous avons convenu que le vécu de la première consultation de gynécologie serait évalué grâce à une échelle de notation allant de 1 à 10. 1 correspondant à la note la « plus mauvaise » et 10 la « meilleure ».

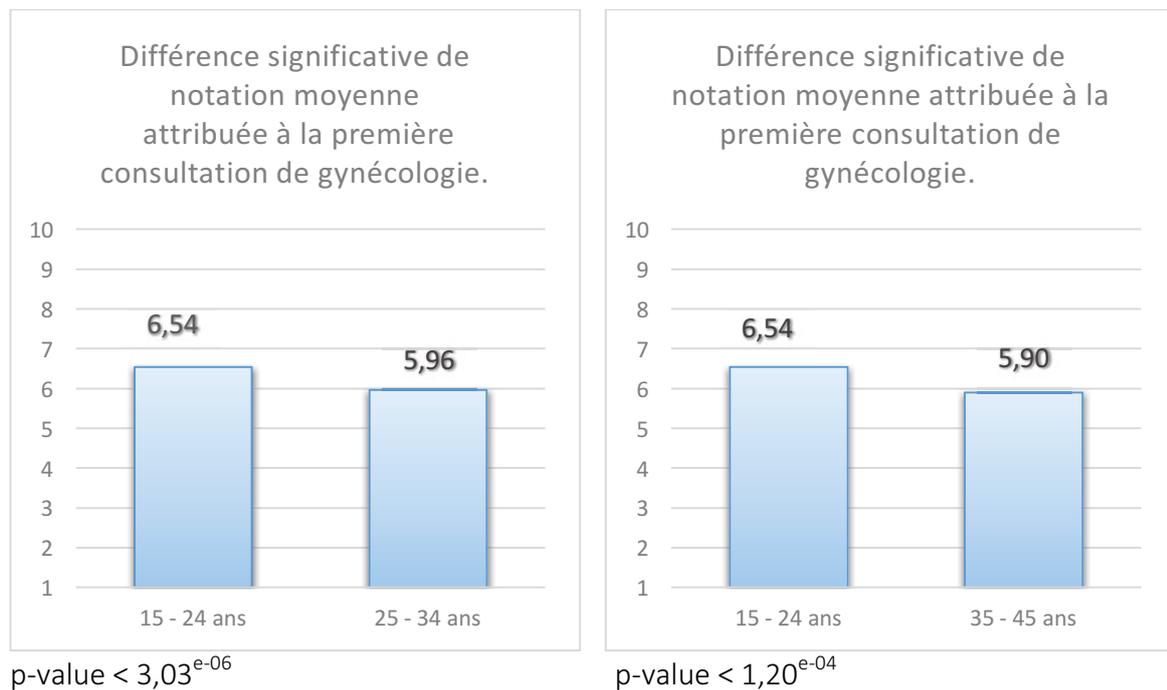
**Figure 4** : Barres groupées illustrant la répartition des notes attribuées à la première consultation de gynécologie par les 2018 femmes de notre étude.



*Moyenne : 6,18 sur 10.*

*Médiane : 7 sur 10.*

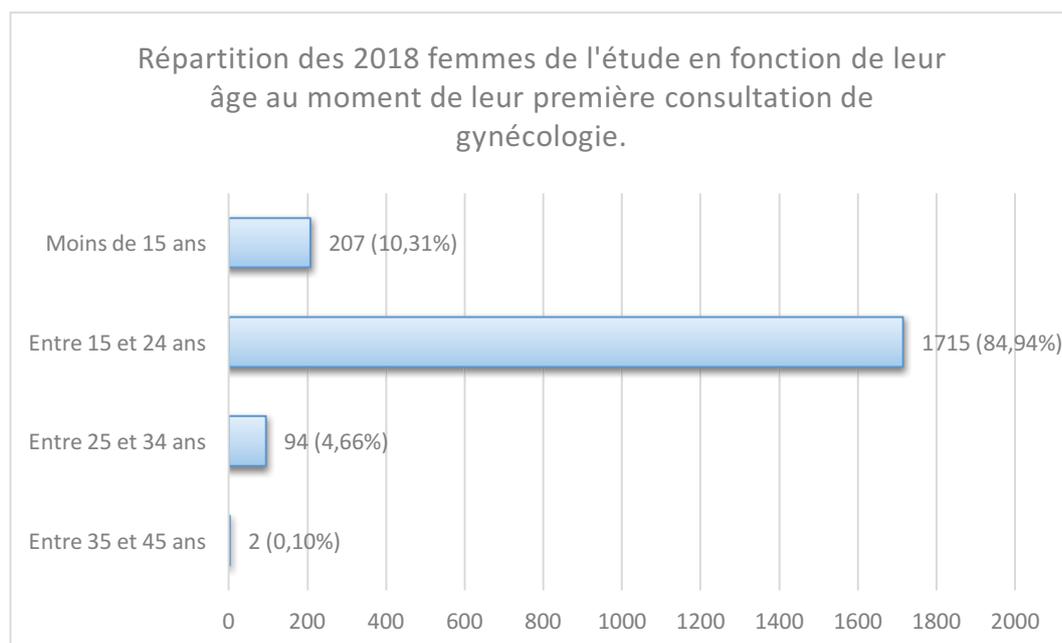
**Figure 5 :** Histogramme illustrant la différence significative de notation moyenne attribuée à la première consultation de gynécologie par les femmes âgées de 15 à 45 ans.



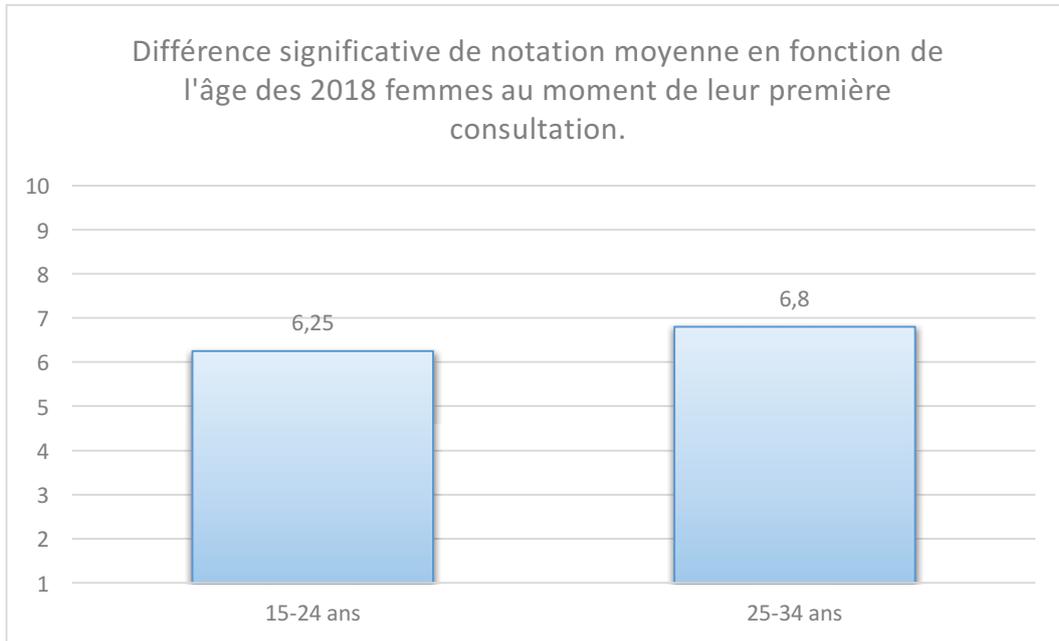
b. Conditions concernant les 2018 femmes de l'étude lors de leur première consultation de gynécologie

*b.1. Age de la première consultation de gynécologie*

**Figure 6 :** Barres groupées illustrant la répartition, par tranches d'âges, des femmes au moment de leur première consultation de gynécologie.



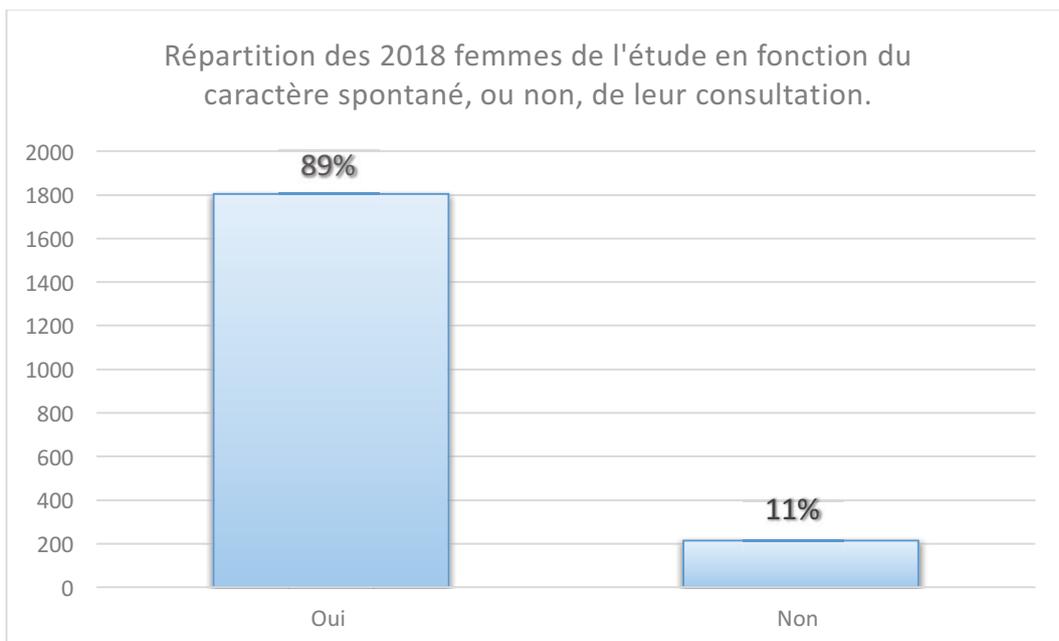
**Figure 7 :** Histogramme illustrant la différence significative de notation moyenne en fonction de l'âge auquel la première consultation de gynécologie a été réalisé.



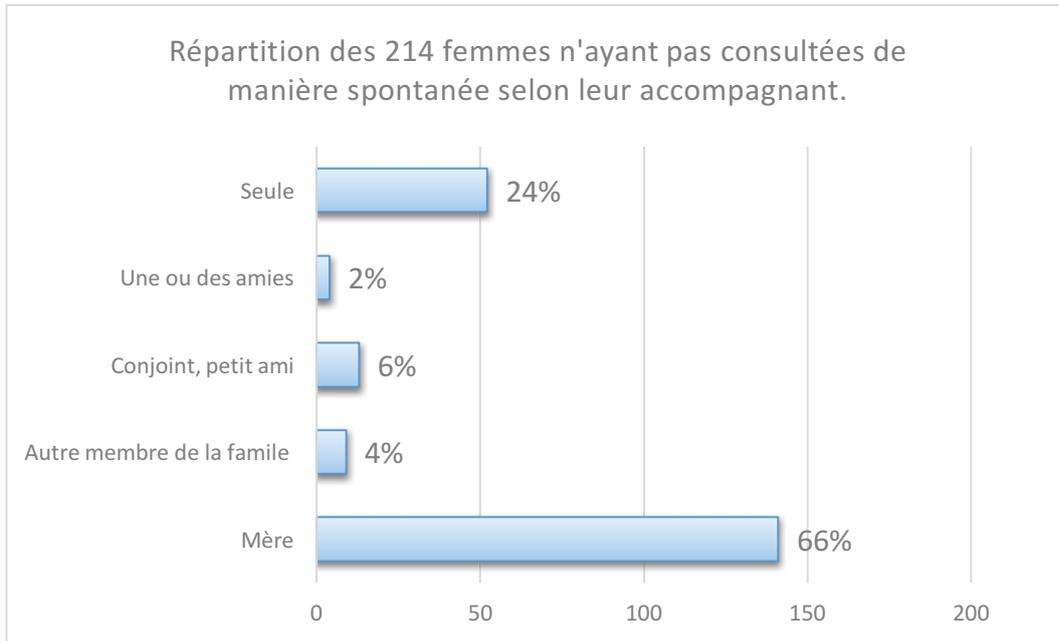
p-value <  $5,14 \times 10^{-6}$

### *b.2. Consultation réalisée à l'initiative de la femme*

**Figure 8 :** Histogramme illustrant la répartition des femmes suivant que la consultation a, ou non, été réalisée à leur initiative.

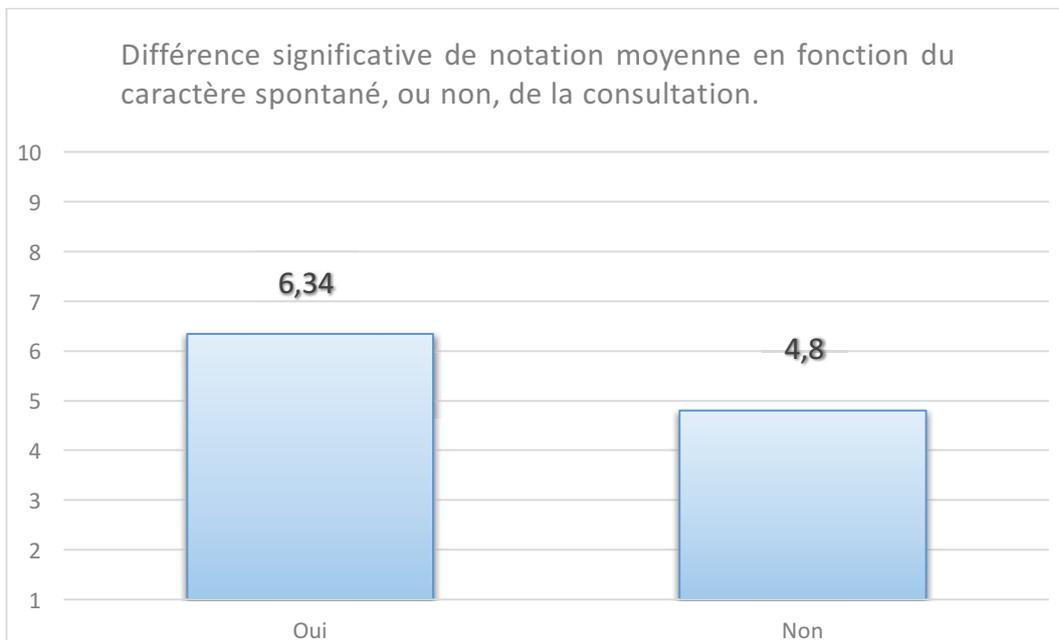


**Figure 9** : Barres groupées illustrant la répartition des femmes n'ayant pas consulté de manière spontanée selon leur(s) accompagnant(s).



Il s'agissait d'une question à choix multiples. Ce qui explique que le total observé soit supérieur à 100 %.

**Figure 10** : Histogramme illustrant la différence significative de notation suivant que la consultation a, ou non, été à l'initiative des femmes de l'étude.



p-value <  $6,46 \times 10^{-15}$

### *b.3. Accompagnant présent ou non lors de la première consultation de gynécologie*

**Figure 11** : Tableau illustrant le nombre de femmes ayant consulté seule ou accompagnée.

<b>ACCOMPAGNANT(S)</b>	<b>NOMBRE DE FEMMES</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Seule	997	49%
Accompagnée par votre mère	771	38%
Accompagnée par votre conjoint, petit ami	154	8%
Accompagnée par un autre membre de votre famille	57	3%
Accompagnée par une ou des amies	52	2%
<b>TOTAL</b>	<b>2031</b>	<b>100%</b>

Nous avons fait 4 propositions aux femmes de notre étude en ce qui concerne leur accompagnement pour se rendre à cette consultation. Il s'agissait d'un questionnaire à choix multiples.

5 réponses ont été exclues. Elles n'étaient pas interprétables puisque les femmes déclaraient à la fois un accompagnant et ne pas être accompagnées.

Lorsque la femme était venue accompagnée, nous nous sommes intéressés au nombre de personnes accompagnant cette dernière.

**Figure 12** : Tableau illustrant le nombre d'accompagnants présents pour les 1016 femmes accompagnées lors de leur première consultation dans notre étude.

<b>NOMBRE D'ACCOMPAGNANT(S)</b>	<b>NOMBRE DE FEMMES</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Accompagnant unique	1001	99%
Accompagnants multiples	15	1%

Dans tous les cas d'accompagnement multiple, la mère était retrouvée. Il s'ajoutait à cette dernière majoritairement le conjoint (7) ou un autre membre de la famille (6).

Nous avons par la suite comparé les moyennes obtenues dans les échantillons et il n'a pu être mis en évidence de différence significative de notation.

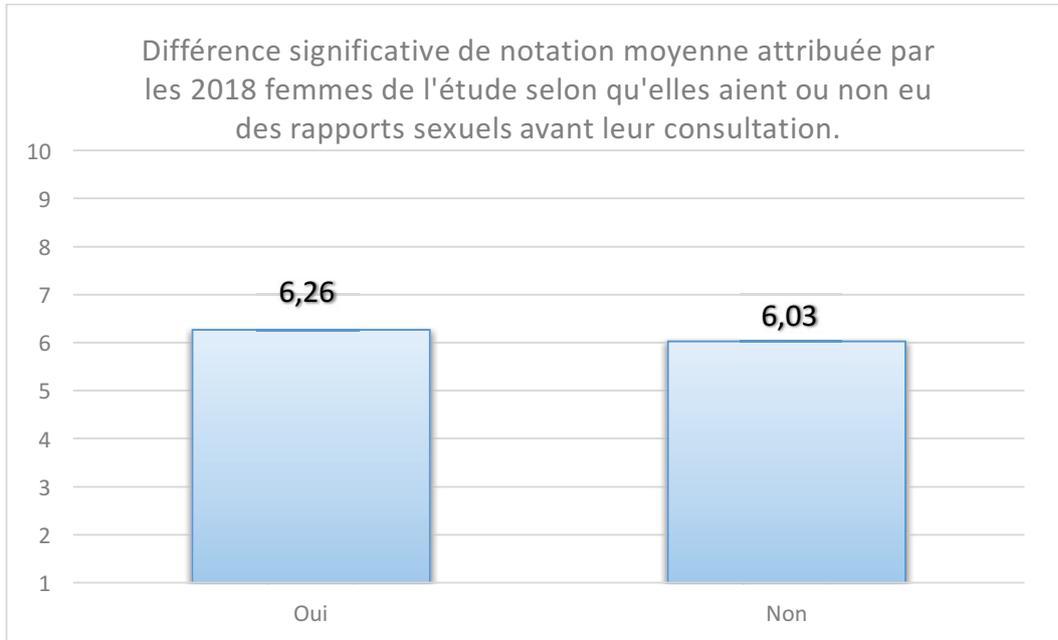
### *b.4. Rapports sexuels avant la première consultation de gynécologie*

**Figure 13** : Tableau illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude suivant qu'elles aient ou non eu des rapports sexuels avant leur première consultation.

<b>RAPPORTS SEXUELS</b>	<b>NOMBRE DE FEMMES</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Oui	1291	64%
Non	727	36%
<b>TOTAL</b>	<b>2018</b>	<b>100%</b>

A noter que dans notre questionnaire, nous n'avions volontairement pas défini le terme de rapports sexuels afin que chaque femme soit libre de le définir comme elle le souhaite en y incluant ou non les rapports autres que la pénétration.

**Figure 14** : Histogramme illustrant la différence significative de notation moyenne attribuée à la consultation par les 2018 femmes de l'étude suivant qu'elles soient ou non vierges.

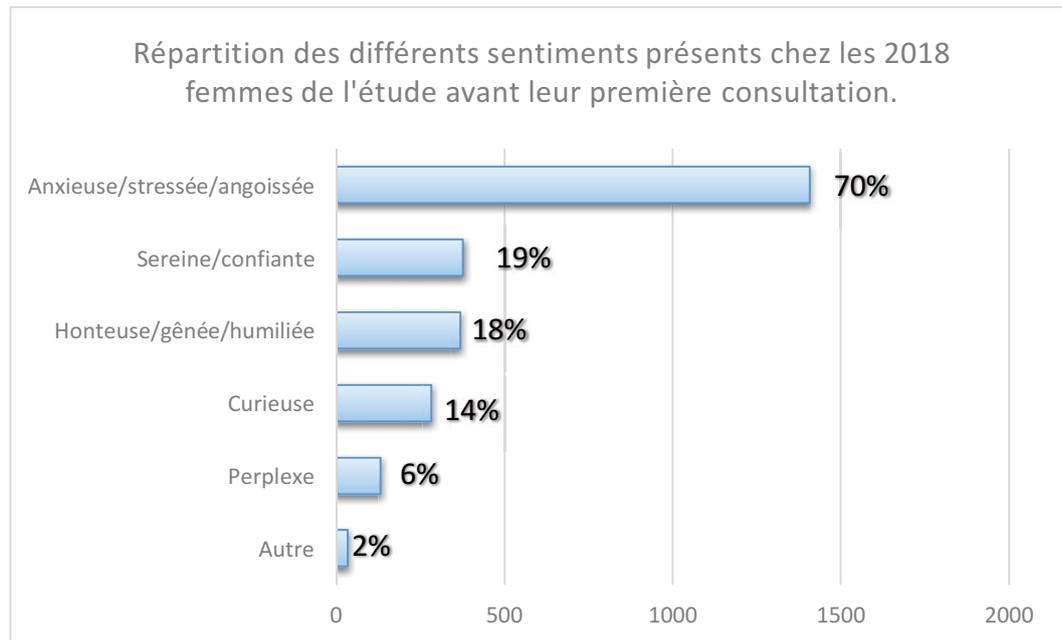


p-value < 0,05

#### *b.5. Sentiments présents à l'approche de la consultation*

Il était proposé 6 choix de réponses possibles, plusieurs réponses pouvant être choisies. Une de ces réponses étant la mention « autre », afin que les femmes puissent répondre ouvertement à la question si les choix proposés ne leurs convenaient pas. Le choix d'alterner propositions à connotations péjoratives et mélioratives ou neutres était volontaire afin de ne pas influencer les femmes dans leurs réponses.

**Figure 15** : Barres groupées illustrant la répartition des sentiments présents chez les 2018 femmes de l'étude en amont de la consultation.



A noter que le total des pourcentages est supérieur à 100% puisqu'il s'agissait d'un questionnaire à choix multiples.

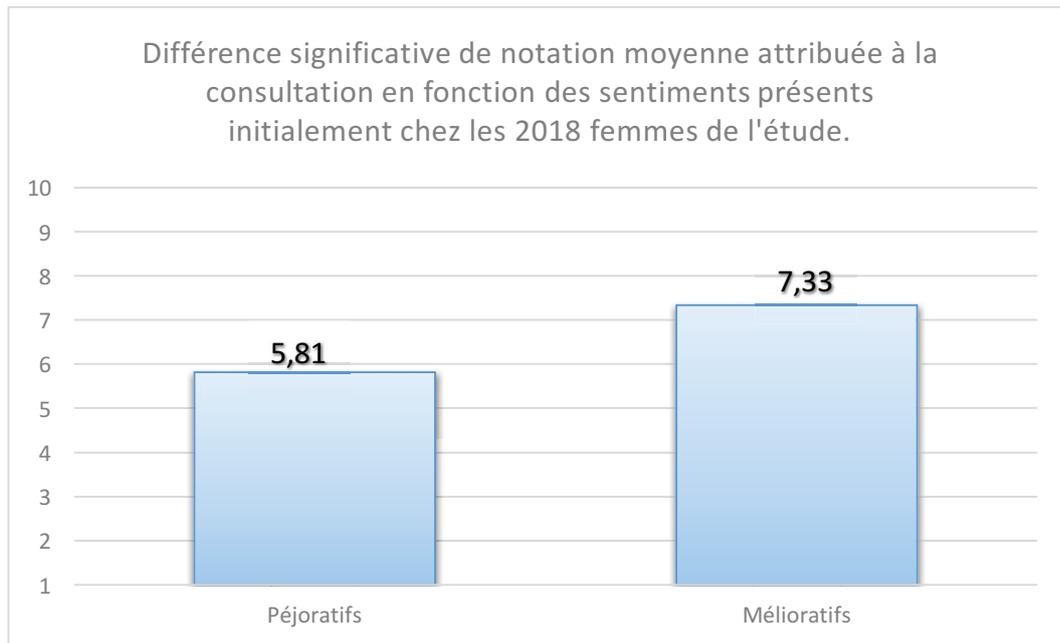
Les femmes ayant coché la mention « autre » ont développé leur réponse, voici celles les plus fréquemment observées :

- Intimidée (8 femmes). Majoritairement à l'idée de se mettre nue et d'exposer leur intimité à un inconnu.
- Ne se rappelle plus (5 femmes).
- Sentiments liés au motif de consultation : triste et déstabilisée (souhait d'IVG), risque de fausse couche (sentiments non détaillés), sous le choc (contexte de déni de grossesse : découverte de la grossesse 2 jours avant la consultation, elle était à 7 mois et demi), anxieuse, stressée, honte d'elle, en pleurs avec le moral à zéro (rapports sexuels à risque).
- Dans l'attente d'une réponse et/ou d'un traitement d'un problème rencontré (3 femmes).
- Dégoutée, apeurée ou terrifiée (2 femmes).

A noter, qu'une des femmes de notre étude, alors âgée de 12 ans, n'était pas au courant que la consultation allait la concerner, elle pensait être accompagnante.

Pour l'analyse, nous avons dans un premier temps séparé les adjectifs à connotation positive et ceux à connotation négative : « curieuse » et « sereine/confiante » étaient réunis pour les adjectifs positifs et « anxieuse/stressée/angoissée » et « honteuse/gênée/humiliée » l'étaient pour les adjectifs péjoratifs. Nous avons exclu les catégories « autre » et « perplexe ».

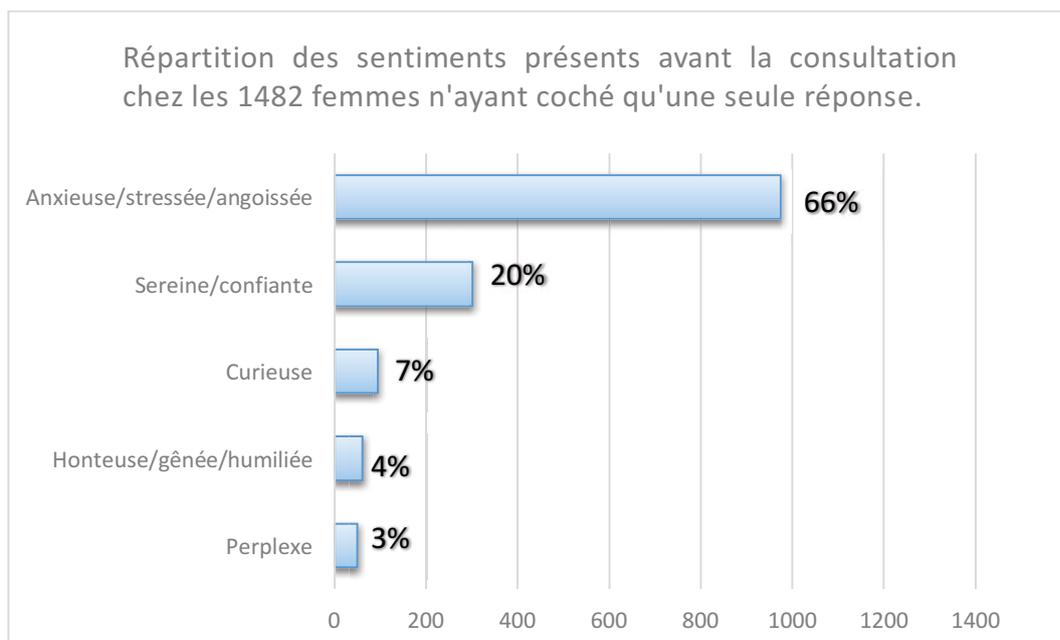
**Figure 16** : Histogramme illustrant la différence significative de notation moyenne suivant les sentiments perçus chez les 2018 femmes de l'étude avant leur consultation.



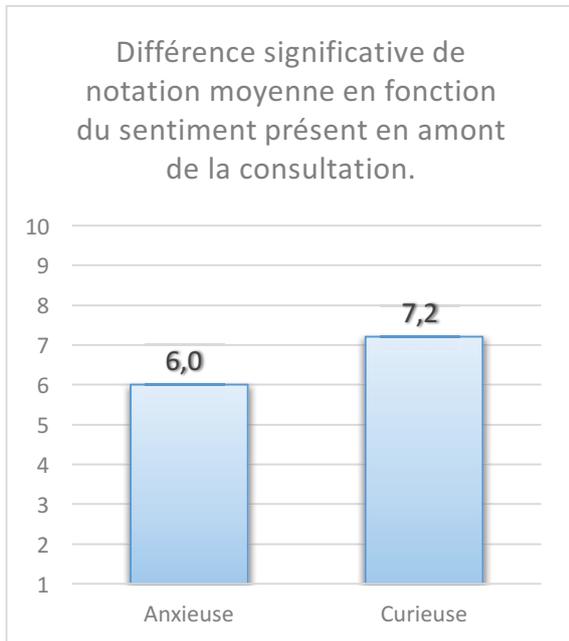
p-value <  $4,36 \times 10^{-33}$

Ensuite, dans le but ne pas entraîner de biais entre chaque sentiment, nous nous sommes intéressés exclusivement aux réponses uniques afin de pouvoir comparer les notations moyennes chez les femmes ayant répondu une seule proposition à notre question.

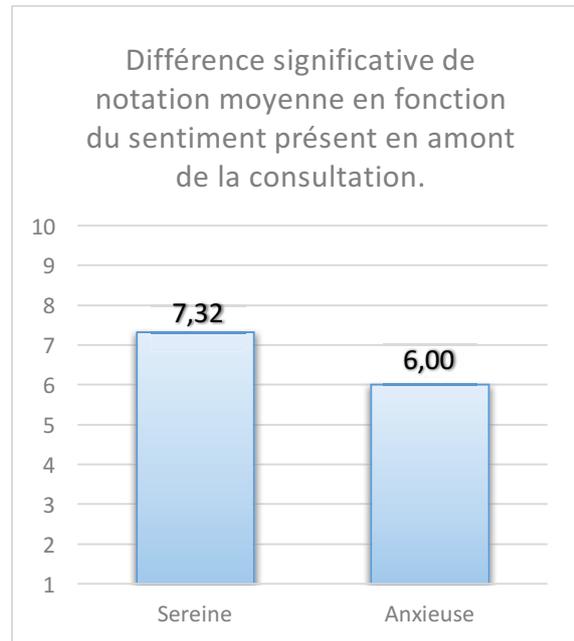
**Figure 17** : Barres groupées illustrant la répartition des sentiments présents en amont de la consultation chez les 1482 n'ayant sélectionné qu'une seule réponse.



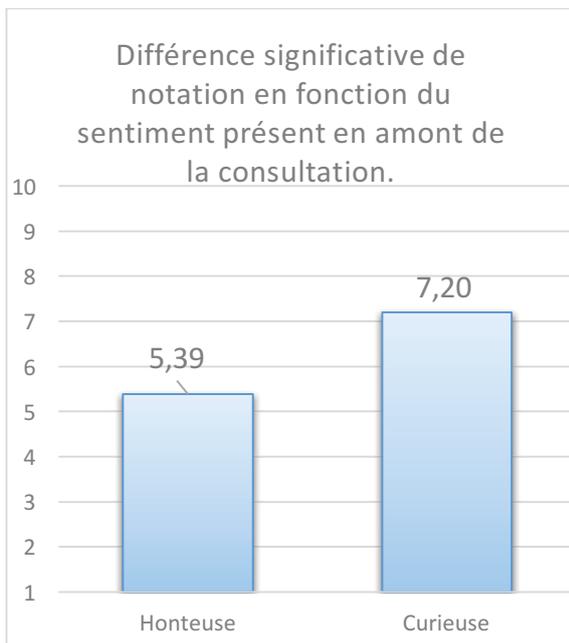
**Figure 18** : Histogramme illustrant la différence significative de notation moyenne suivant le sentiment éprouvé en amont de la consultation chez les 1482 femmes n'ayant choisi qu'une seule réponse.



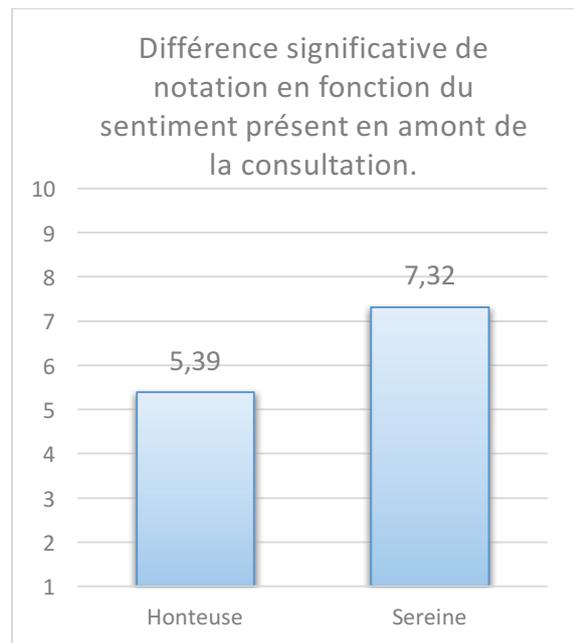
p-value <  $5,16^{e-07}$



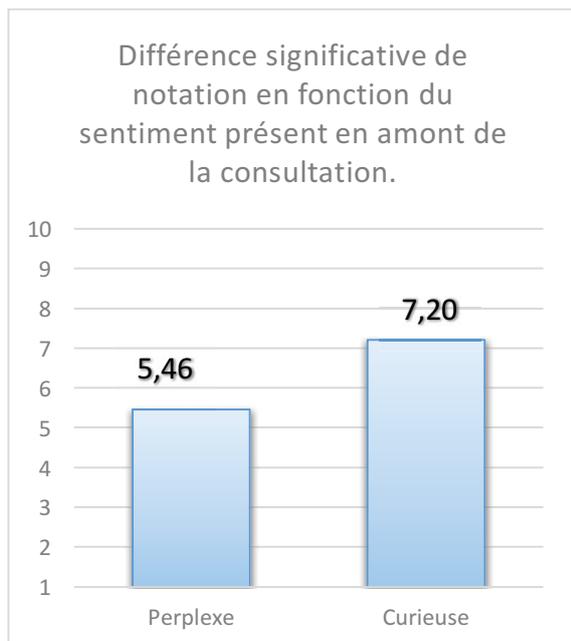
p-value <  $3,84^{e-18}$



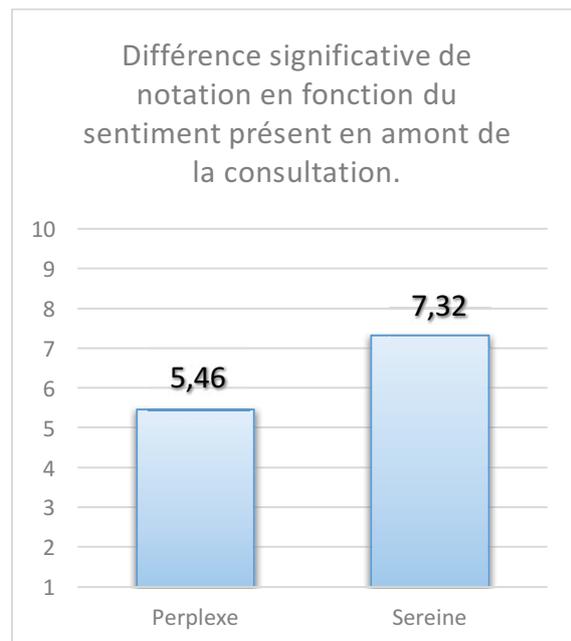
p-value <  $6,70^{e-06}$



p-value <  $2,23^{e-07}$



p-value <  $1,3 \times 10^{-4}$

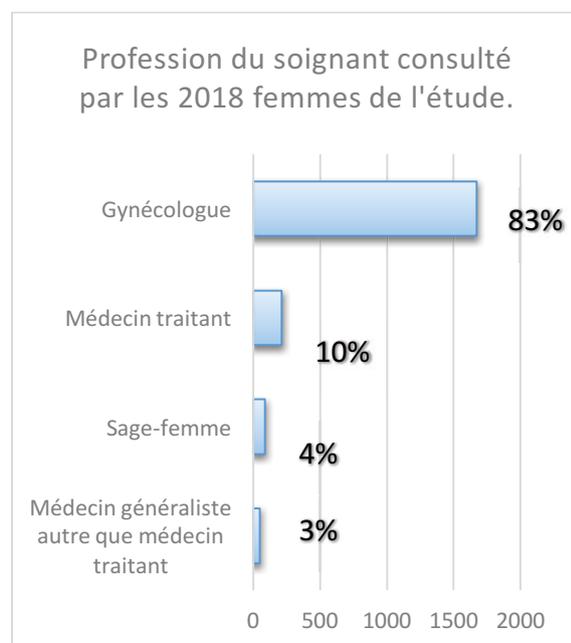
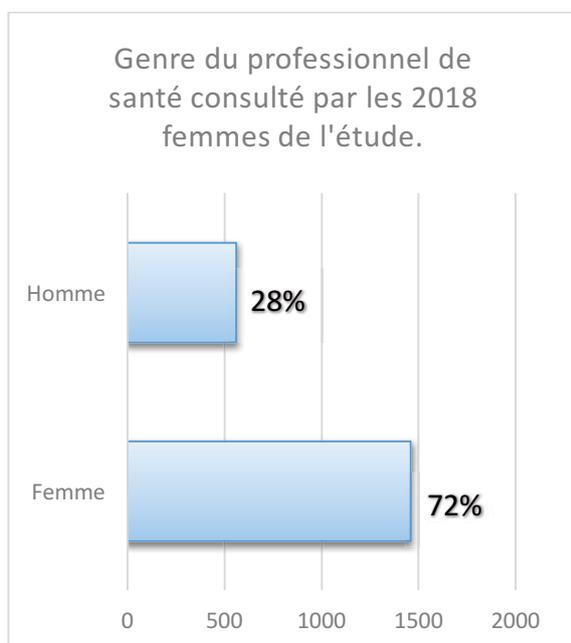


p-value <  $1,50 \times 10^{-5}$

### 3. Caractéristiques du professionnel de santé consulté

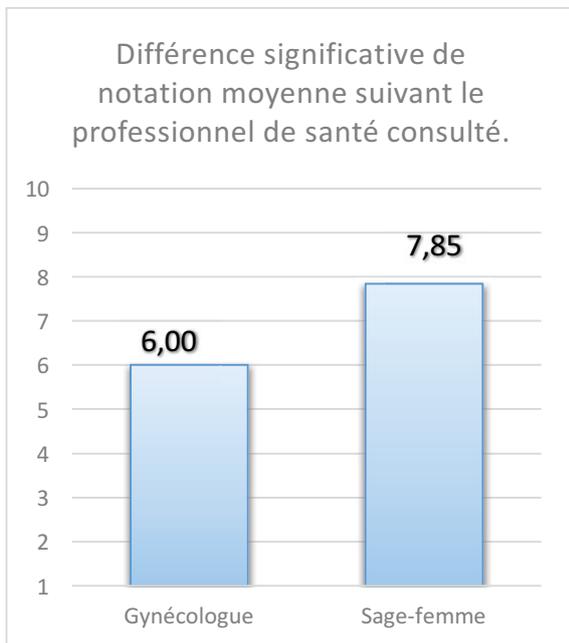
#### a. Sexe et profession du professionnel de santé

**Figure 19** : Barres groupées illustrant la répartition des caractéristiques du professionnel de santé consulté par les 2018 femmes de l'étude.

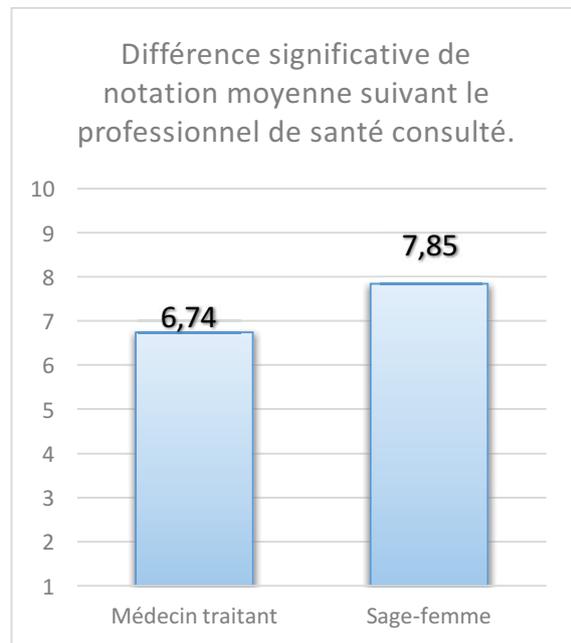


Concernant le genre du professionnel de santé, il n'a pas été mis en évidence de différence significative de notation moyenne.

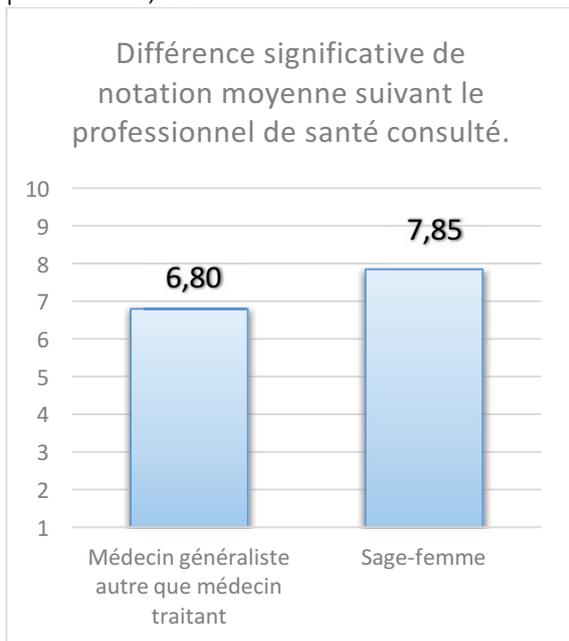
**Figure 20** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction du professionnel de santé consulté par les 2018 femmes de l'étude.



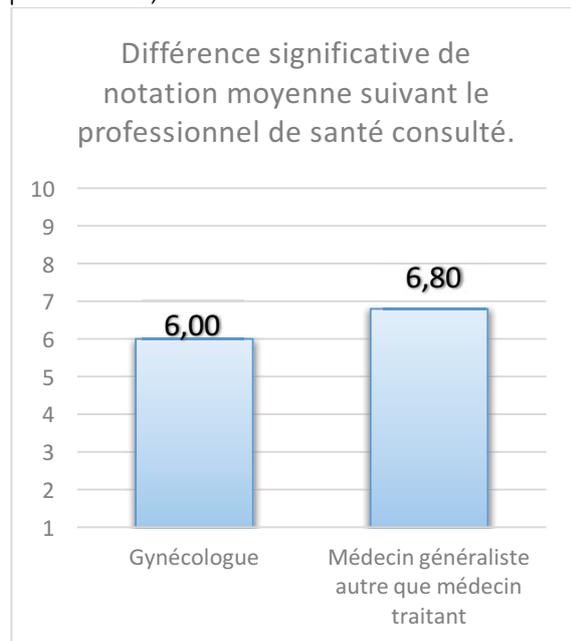
p-value <  $1,31^{e-13}$



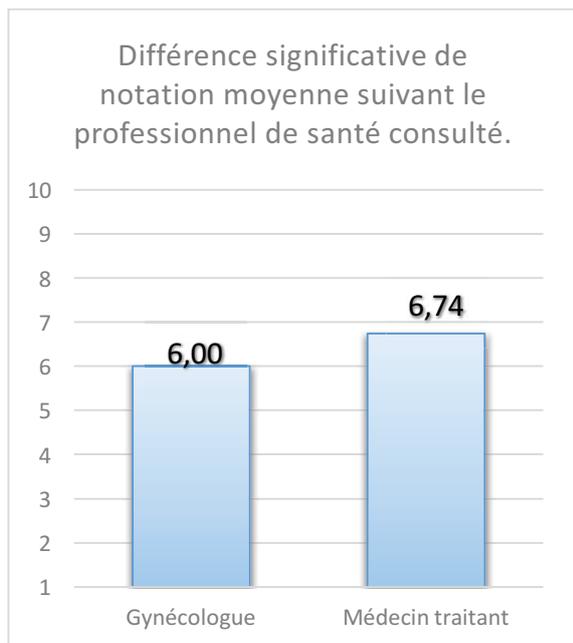
p-value <  $1,38^{e-05}$



p-value <  $8,6^{e-03}$



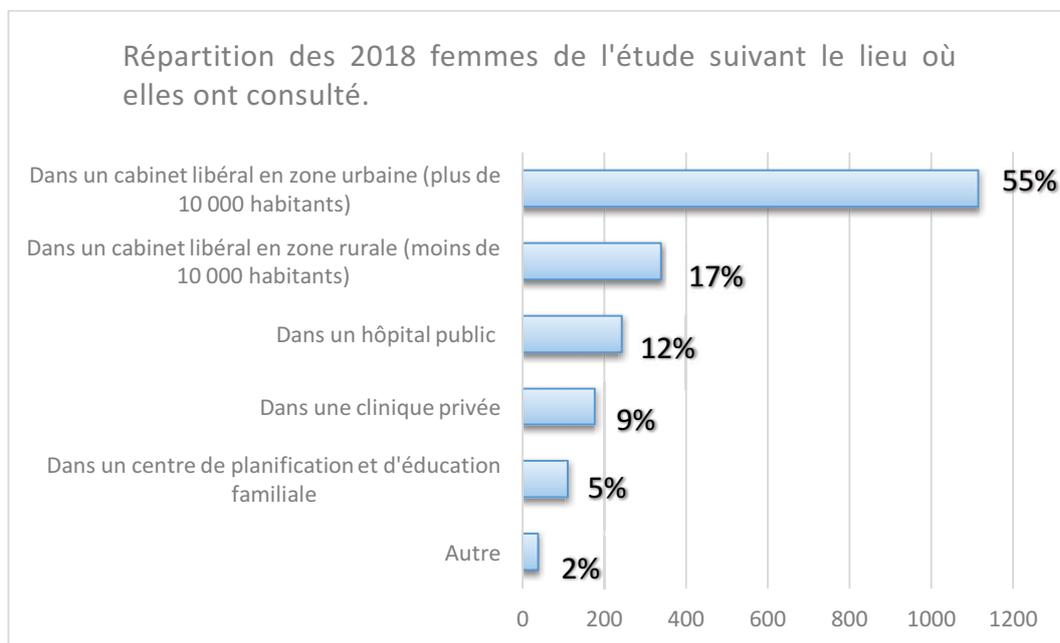
p-value <  $2,2^{e-02}$



p-value <  $9,5^{e-07}$

#### b. Lieu de la consultation

**Figure 21** : Barres groupées illustrant la répartition des lieux de consultation des 2018 femmes de l'étude.



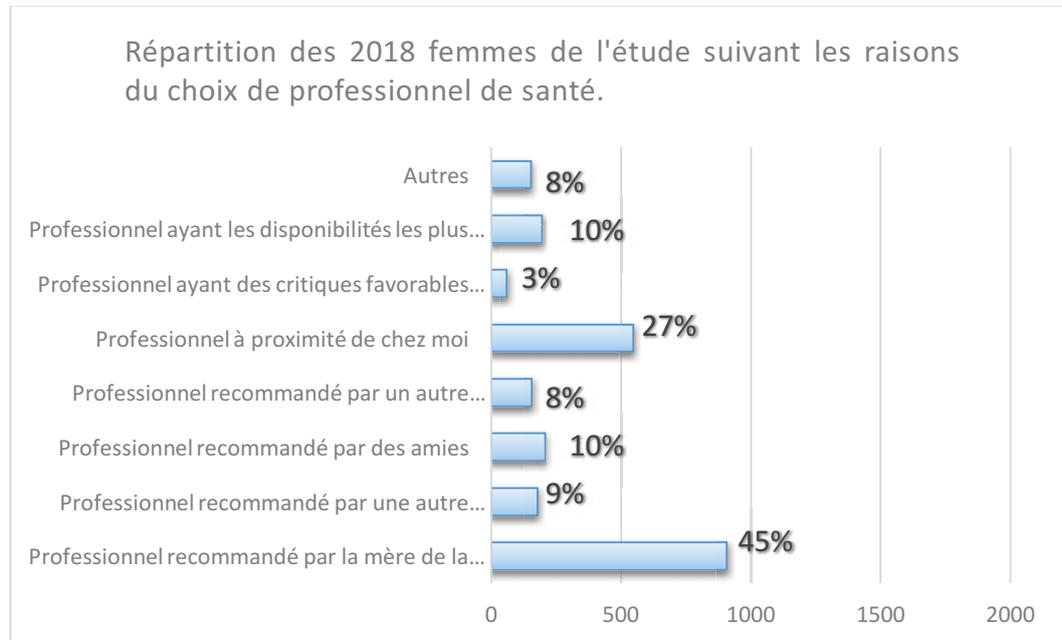
Il était demandé aux femmes ayant choisi la mention « autre » de bien vouloir détailler leur réponse. Voici les réponses obtenues :

- Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) : 16 femmes (1% des répondants).
- Centre de santé (sans autre précision) : 6 femmes (0% des répondants).
- PMI : 1 femme (0% des répondants).

7 réponses ont été exclues car non interprétables.

c. Raisons ayant motivé le choix de ce professionnel de santé

**Figure 22** : Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction des raisons les ayant dirigées vers le professionnel de santé choisi.



Il s'agissait ici d'une question à choix multiples, ce qui explique que nous ayons un pourcentage total supérieur à 100%.

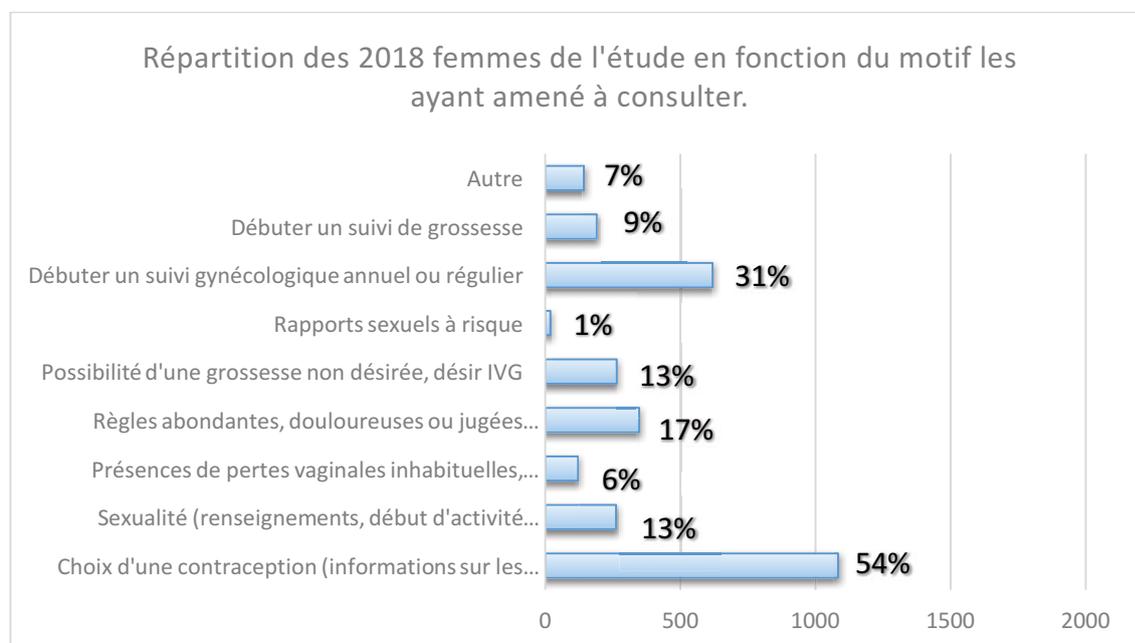
Il était demandé aux femmes de détailler lorsqu'elles avaient choisi la mention « autre », voici les options les plus fréquemment retrouvées :

- Médecin traitant : 39 femmes (2%).
- Professionnel de garde, consultation en urgence, pas de choix possible : 19 femmes (1%).
- Gratuité, tiers payant intégral ou prix conventionné : 18 femmes (1%).
- Femme : 14 femmes (0.6%).
- Professionnel exerçant en centre de planification : 10 femmes (0.5%).
- Anonymat : 9 femmes (0.4%).
- Professionnel étant un collègue de travail, consultation sur le lieu de travail ou d'étude : 7 femmes. (0.3%).

## 4. Caractéristiques de la première consultation de gynécologie

### a. Le motif de la consultation

**Figure 23** : Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction des différents motifs de consultation.



Il s'agissait ici d'une question à choix multiples, ce qui explique que nous ayons un pourcentage soit supérieur à 100%.

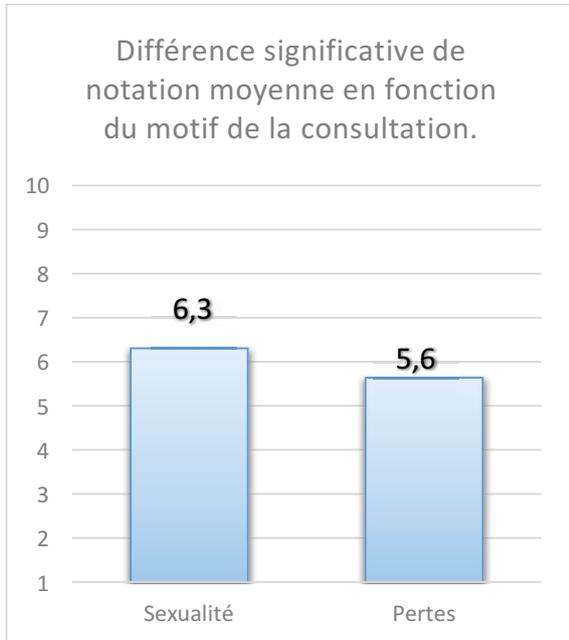
Lorsque les femmes avaient choisi la mention « autre », il leur était demandé de préciser le motif de consultation. Voici les plus fréquemment retrouvés :

- Souhait examen mammaire (inquiétude, palpation d'une masse, douleur) : 13 femmes (0.6%).
- Aménorrhées (11 femmes - 0.5%) : aménorrhée primaire (3 femmes), aménorrhée secondaire (2 femmes) ou non détaillée (6 femmes).
- Kyste ovarien (suspicion, rupture de kyste, douleur causée par le kyste, SOPK) : 10 femmes (0.5%).
- Acné : 10 femmes (0.5%).
- Douleur pelvienne : 8 femmes (0.4%).
- Visite obligée par leur mère/autre membre de la famille : 7 femmes (0.3%).
- Frottis : 6 femmes (0.3%).
- Consultation en vue d'une grossesse : 5 femmes (0.2%).
- Fausse couche : 4 femmes (0.2%).
- Attouchements/agression sexuel(le)s : 3 femmes (0.1%).
- En vue d'une chirurgie (3 femmes – 0.1%) : nymphoplastie (1 femme), réduction mammaire (2 femmes).
- Demande d'informations sur le premier examen gynécologique, premier contact avec un professionnel de santé en matière de gynécologie : 3 femmes (0.1%).

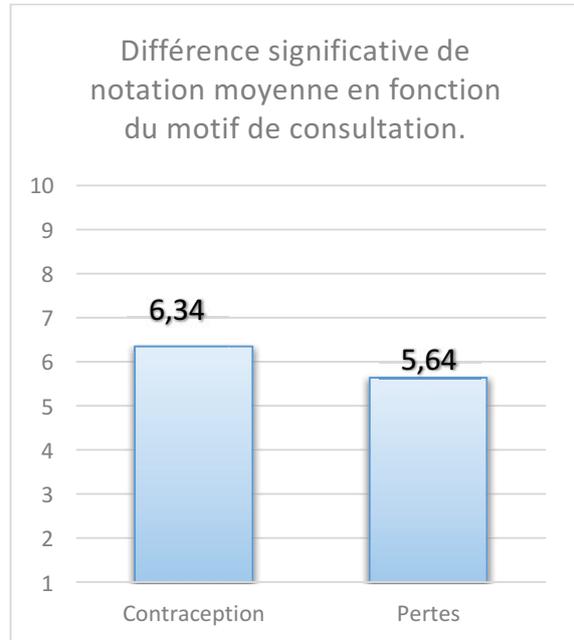
- Non interprétable : 5 femmes (0.2%).

Afin de comparer au mieux l'influence du motif de consultation sur la notation moyenne, nous avons exclu la catégorie « autre ».

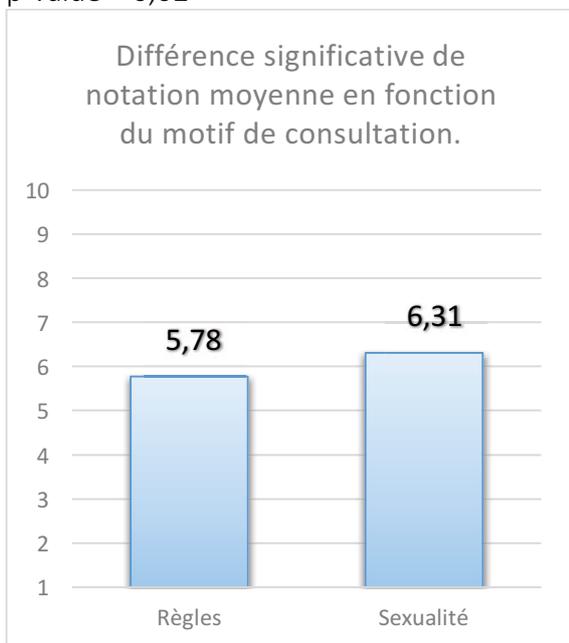
**Figure 24** : Histogramme illustrant les différences significatives de notation moyenne en fonction du motif de la consultation.



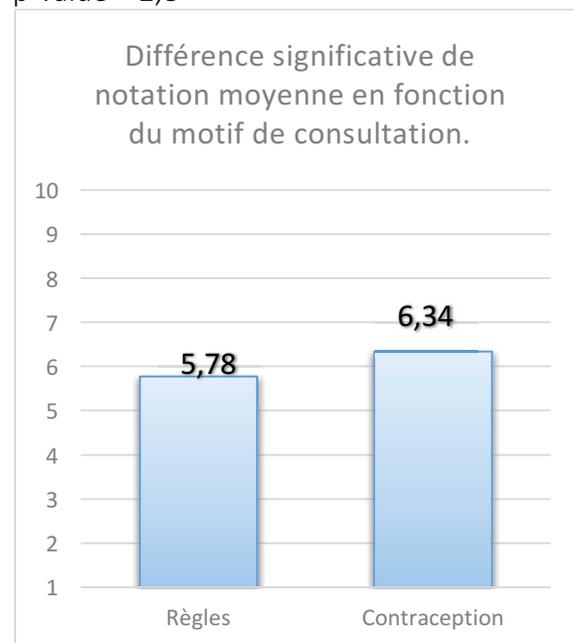
p-value < 0,02



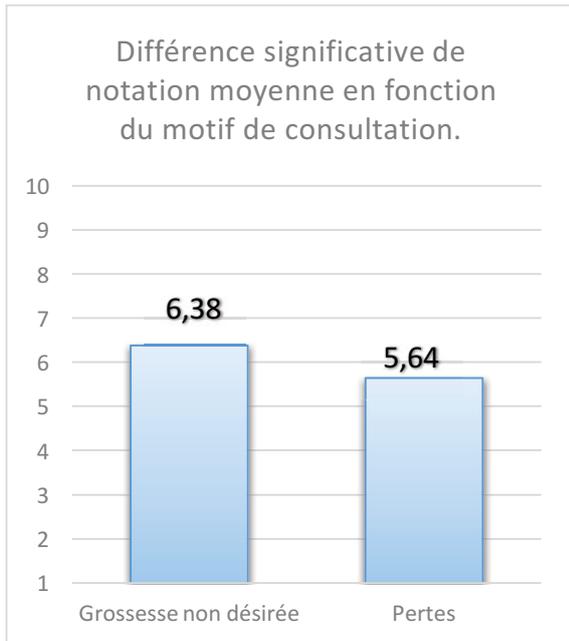
p-value <  $2,8 \times 10^{-3}$



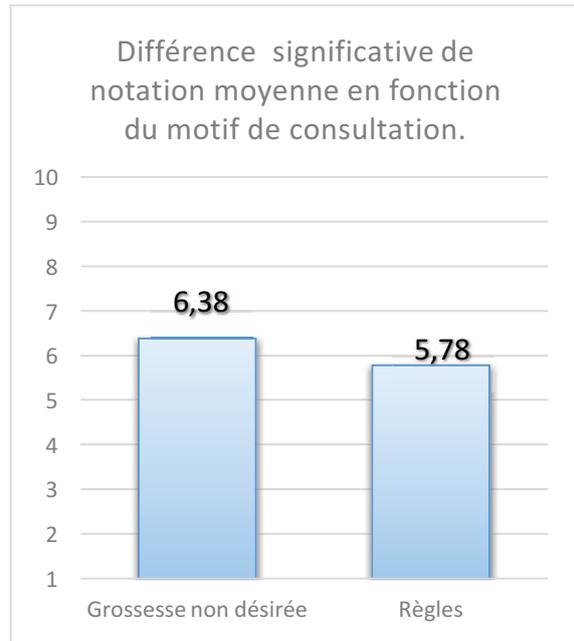
p-value < 0,02



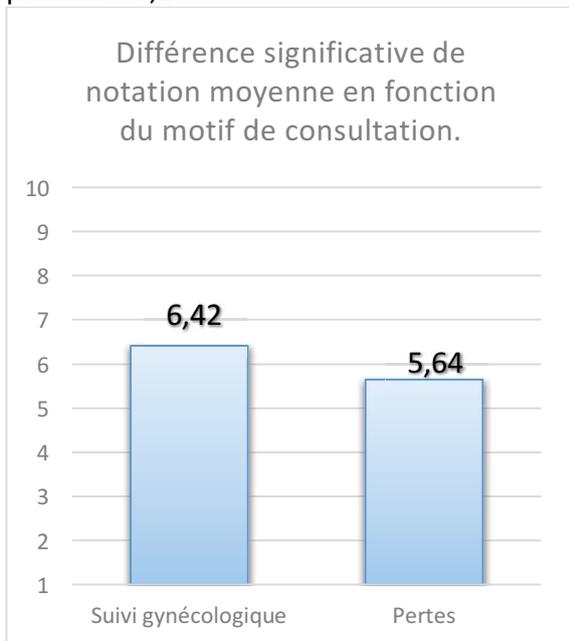
p-value <  $2,3 \times 10^{-4}$



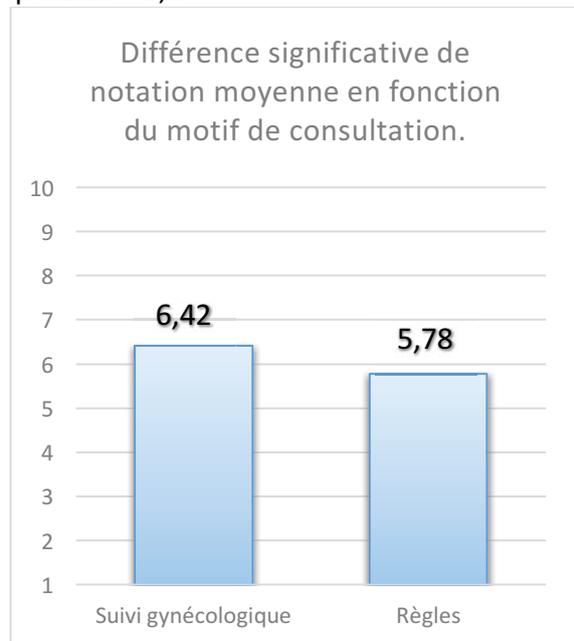
p-value <  $6,1^{e-03}$



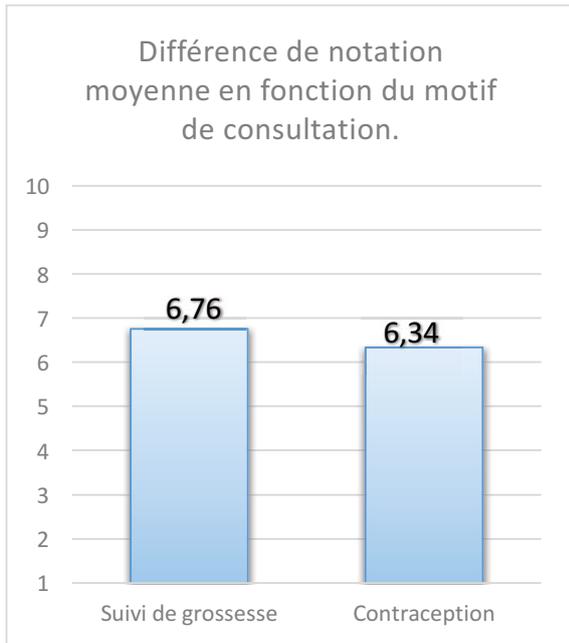
p-value <  $3,6^{e-03}$



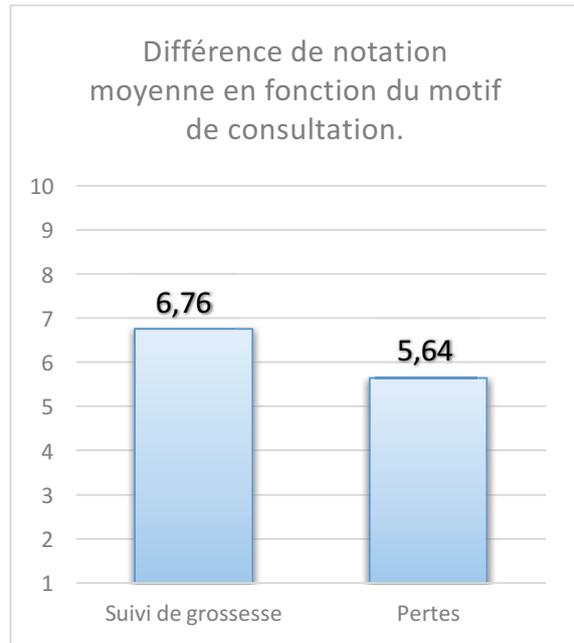
p-value <  $1,03^{e-03}$



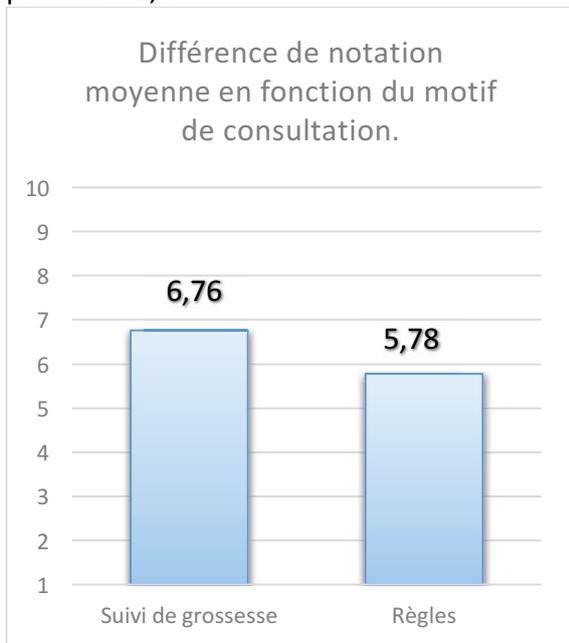
p-value <  $8,6^{e-05}$



p-value <  $3,4^{e-02}$



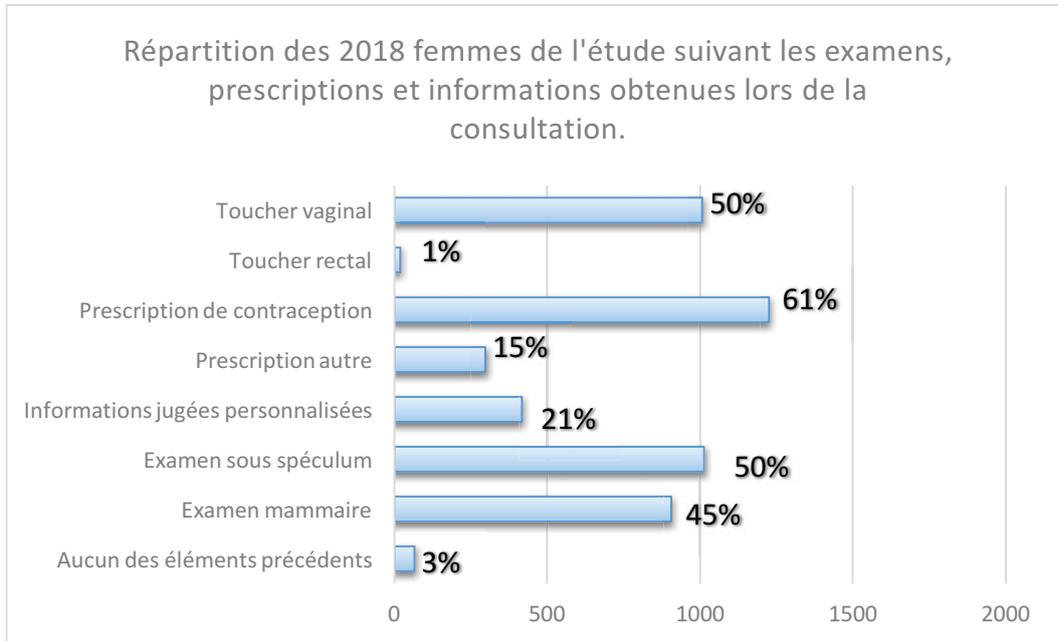
p-value <  $1,2^{e-04}$



p-value <  $2,07^{e-05}$

b. Les examens et/ou prescriptions réalisés lors de cette consultation

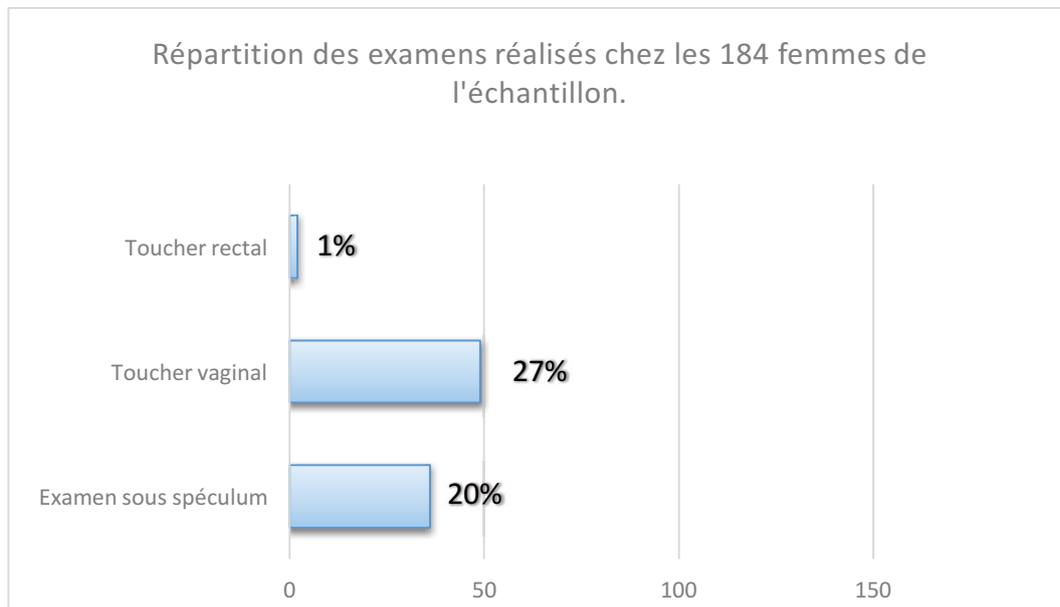
**Figure 25** : Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction des examens, prescriptions et informations reçues lors de la consultation.



Il s'agissait ici d'une question à choix multiples, ce qui explique que nous ayons un total de pourcentage supérieur à 100%.

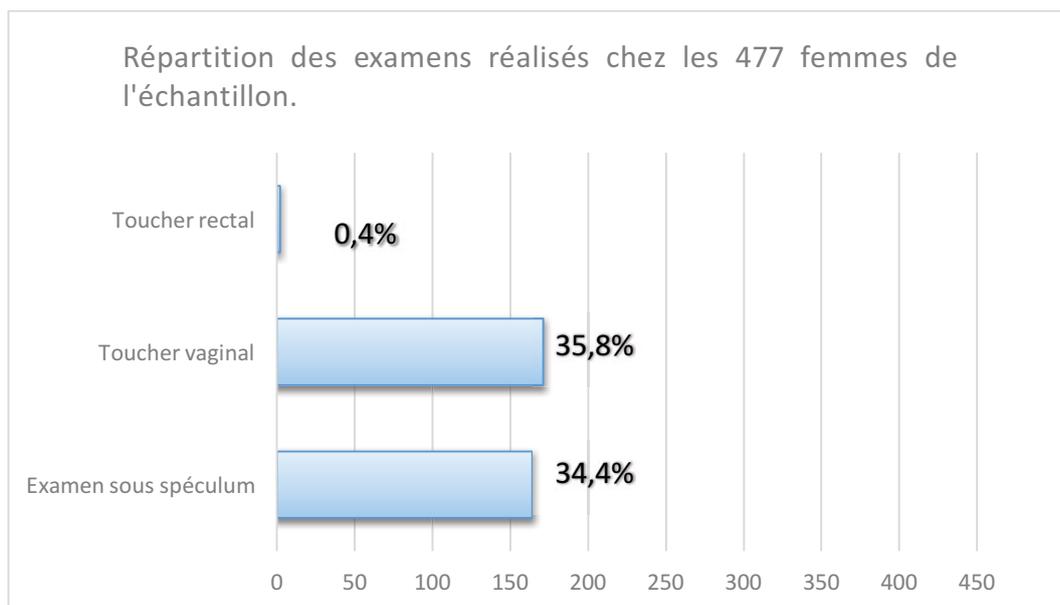
Nous avons constitué un échantillon de 184 femmes incluant toutes les femmes âgées de moins de 25 ans au moment de l'étude, n'ayant jamais eu de rapports sexuels avant la consultation et ne consultant pas pour un motif nécessitant un examen gynécologique au vu des dernières recommandations.

**Figure 26** : Barres groupées illustrant le nombre de femmes ayant eu un examen sous spéculum et/ou un toucher vaginal et/ou un toucher rectal parmi les 184 femmes composant notre échantillon.



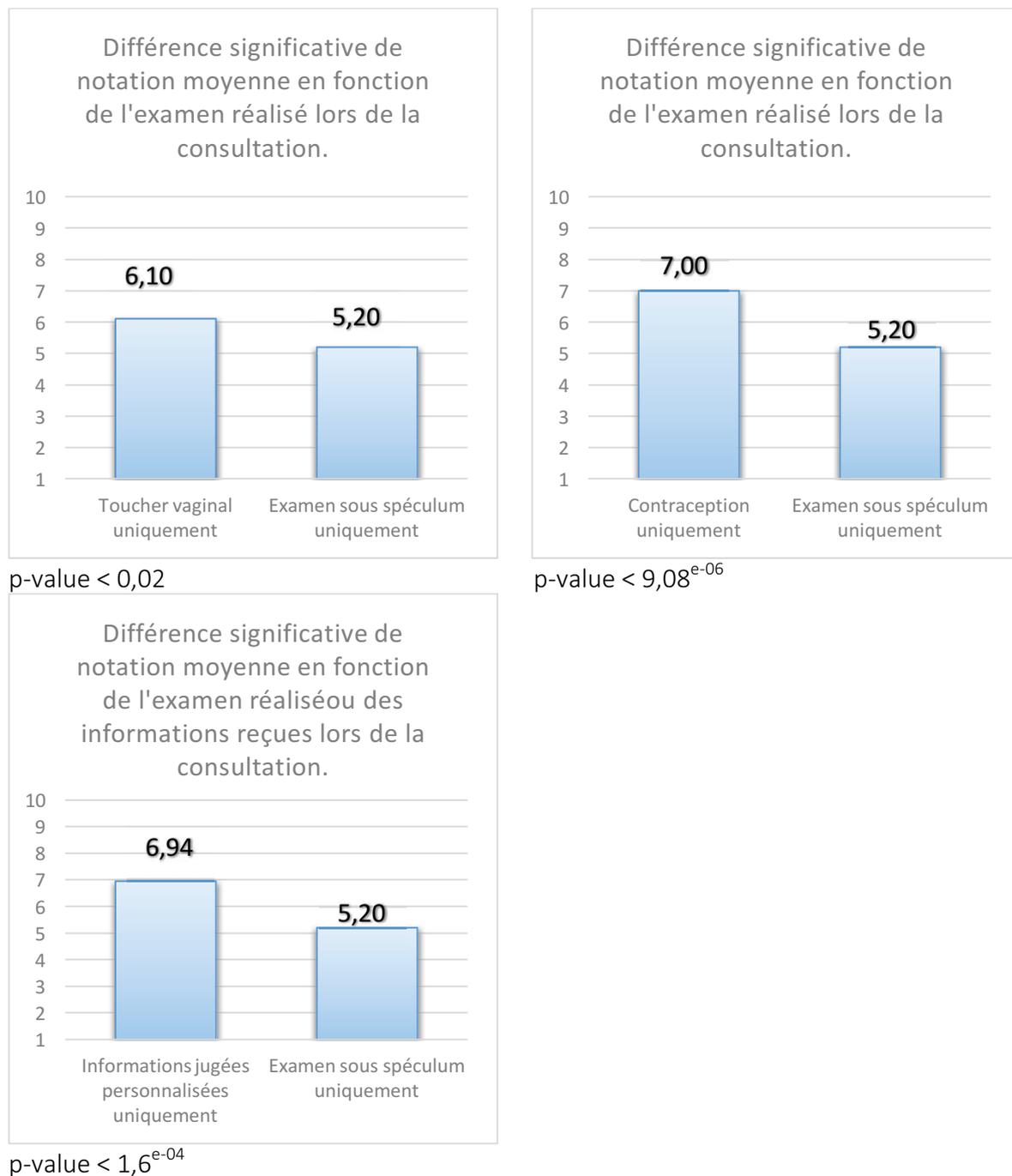
Nous avons constitué un échantillon de 477 femmes incluant toutes les femmes âgées de moins de 25 ans au moment de la consultation, quel que soit leur âge actuel. Ces femmes n'avaient jamais eu de rapports sexuels avant la consultation et ne consultaient pas pour un motif nécessitant un examen gynécologique au vu des dernières recommandations.

**Figure 27** : Barres groupées illustrant le nombre de femmes ayant eu un examen sous spéculum et/ou un toucher vaginal et/ou un toucher rectal parmi les 477 femmes composant notre échantillon.



Afin de comparer au mieux l'influence des examens réalisés, ainsi que des prescriptions et informations reçues, nous nous sommes intéressés aux réponses uniques. Cela dans le but de ne pas évoquer une éventuelle différence de notation moyenne qui ne serait en réalité due qu'à l'influence d'un élément sur un autre. Nous avons donc exclu les catégories « autre », « aucun des éléments précédents », « toucher rectal » (n<30) et « examen mammaire » (n<30).

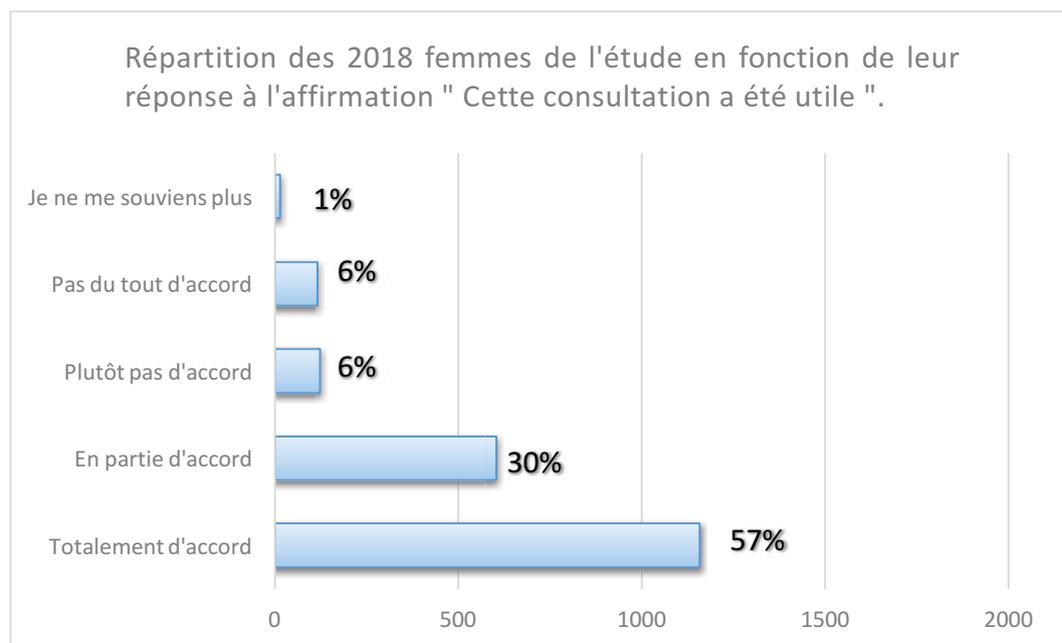
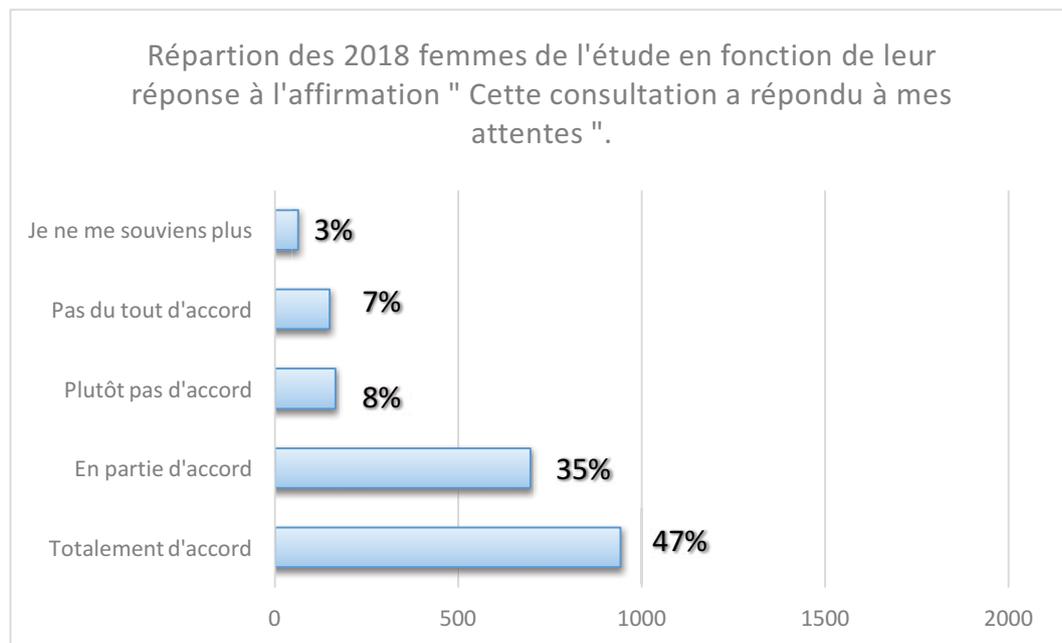
**Figure 28** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des examens réalisés et des informations et prescriptions reçues par les 2018 femmes de l'étude.

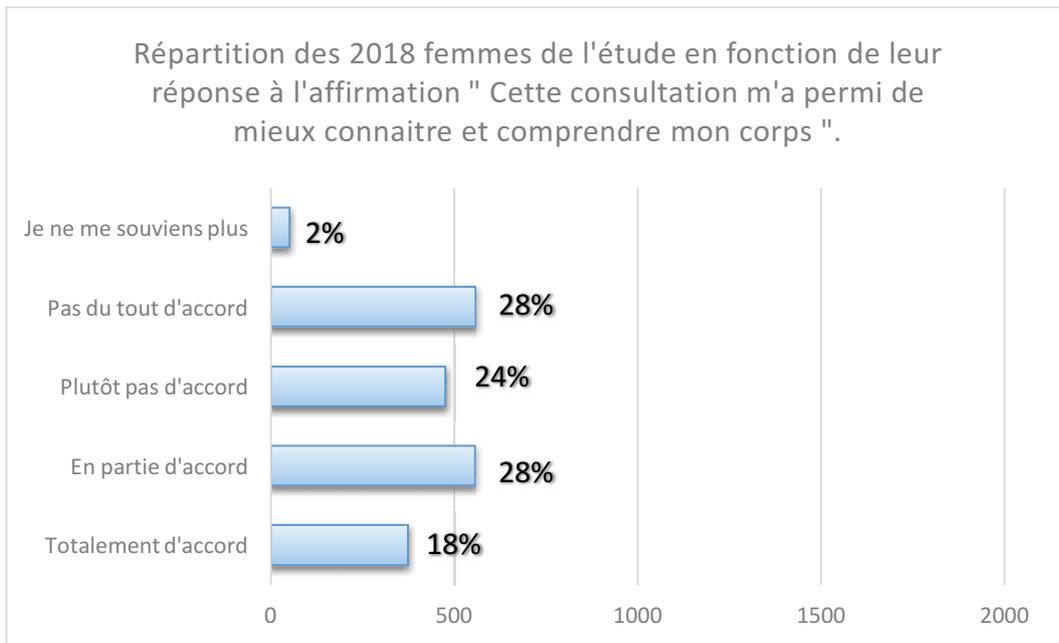


### c. Éléments concernant la consultation

Nous nous sommes focalisés sur trois éléments, à savoir : si la consultation de gynécologie avait répondu aux attentes des 2018 femmes de l'étude, si ces mêmes femmes jugeaient la consultation utile et si cette consultation avait permis de mieux connaître et comprendre leur corps.

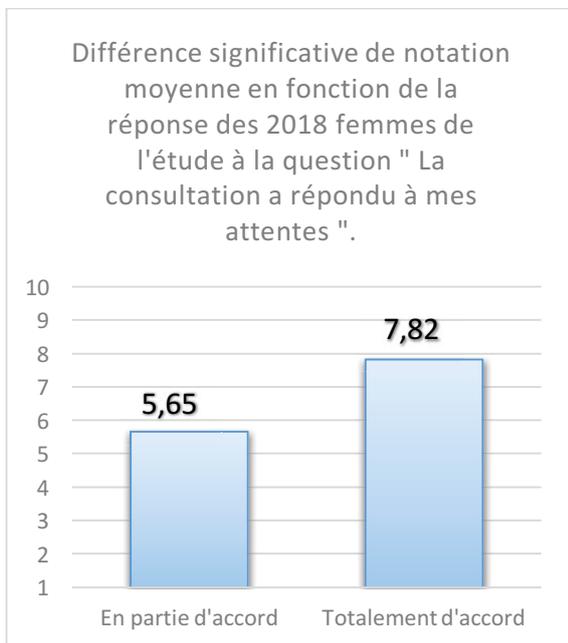
**Figure 29** : Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude suivant leurs réponses à la 17<sup>e</sup> question du questionnaire de notre étude.



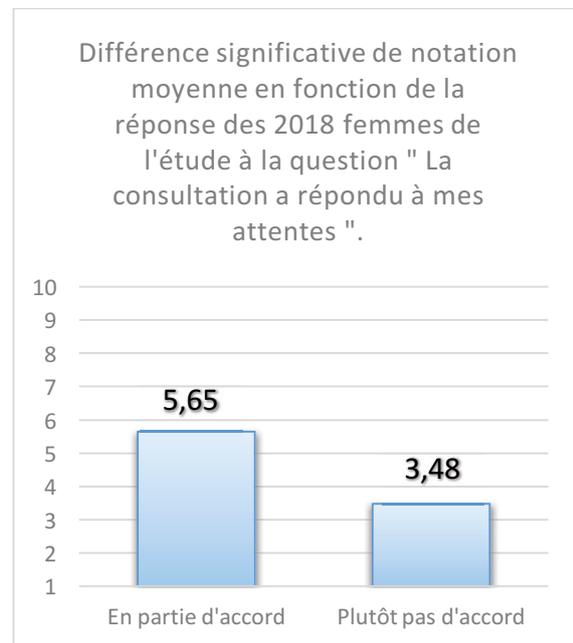


Afin de comparer au mieux les éventuelles différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses, nous avons exclu la catégorie « Je ne me souviens plus ».

**Figure 30** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « La consultation a répondu à mes attentes ».

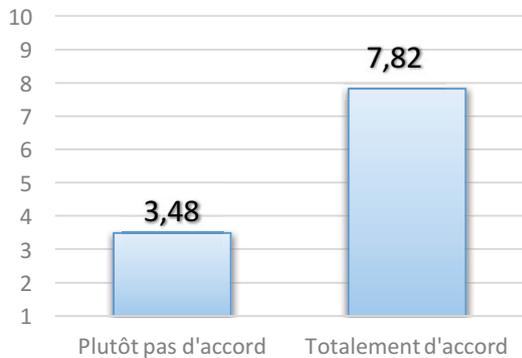


p-value <  $1,3^{e-119}$



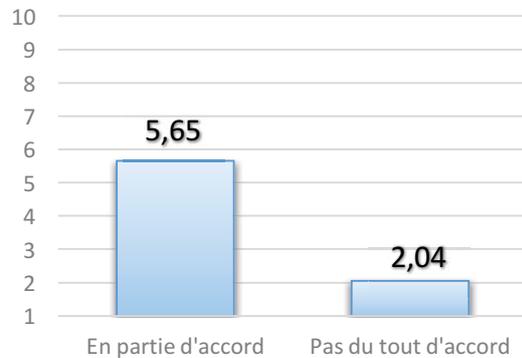
p-value <  $1,2^{e-36}$

Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse des 2018 femmes de l'étude à la question " La consultation a répondu à mes attentes ".



p-value < 2,33<sup>e-82</sup>

Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse des 2018 femmes de l'étude à la question " La consultation a répondu à mes attentes ".



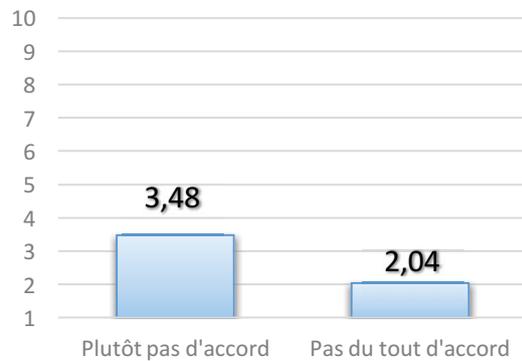
p-value < 4,4<sup>e-77</sup>

Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse des 2018 femmes de l'étude à la question " La consultation a répondu à mes attentes ".



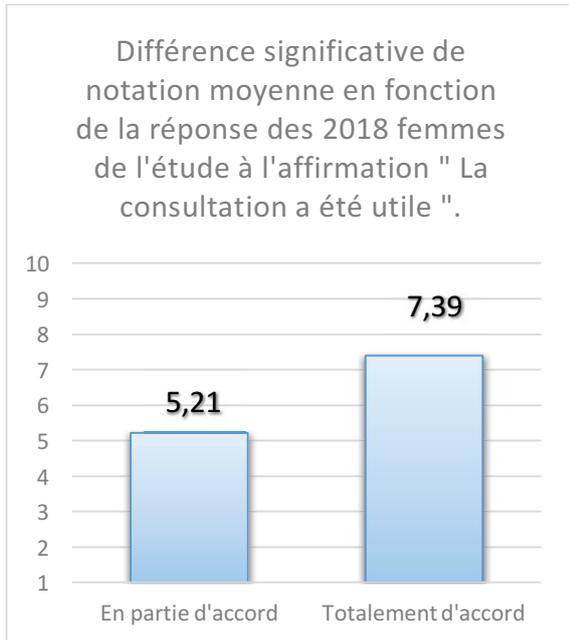
p-value < 3,73<sup>e-110</sup>

Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse des 2018 femmes de l'étude à la question " La consultation a répondu à mes attentes ".

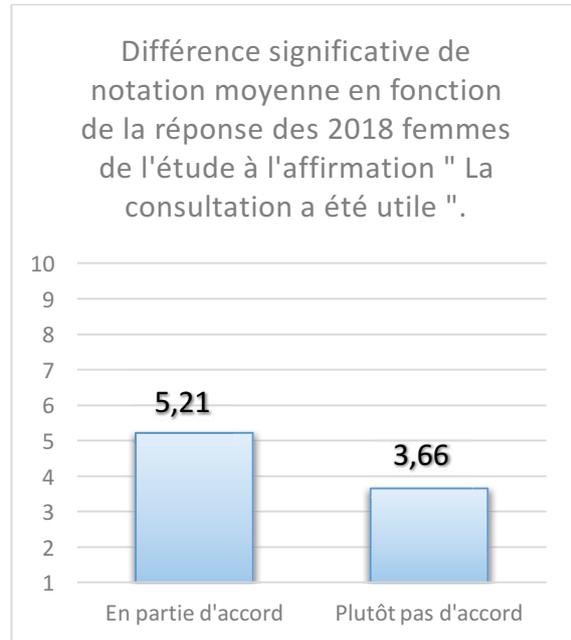


p-value < 3,22<sup>e-15</sup>

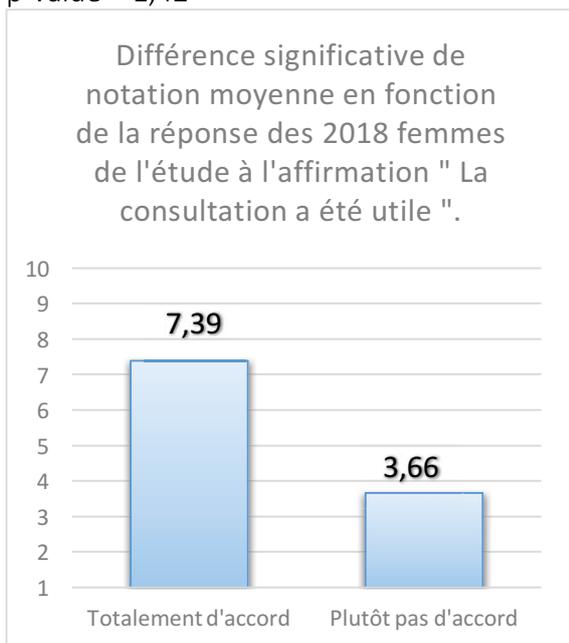
**Figure 31** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « La consultation a été utile ».



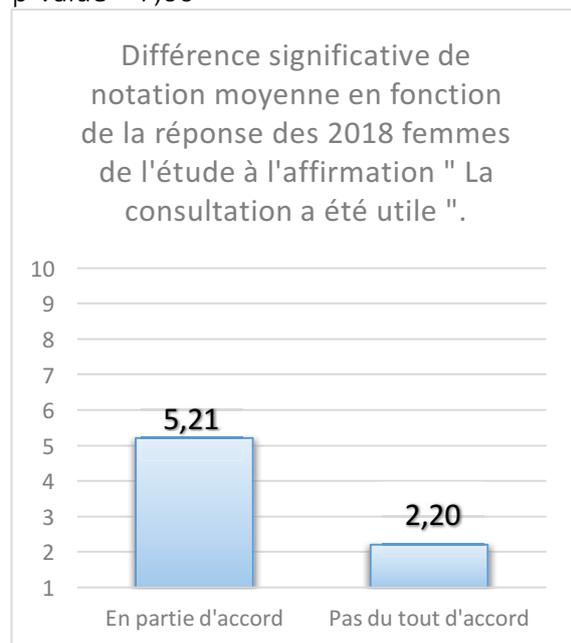
p-value <  $1,42^{e-88}$



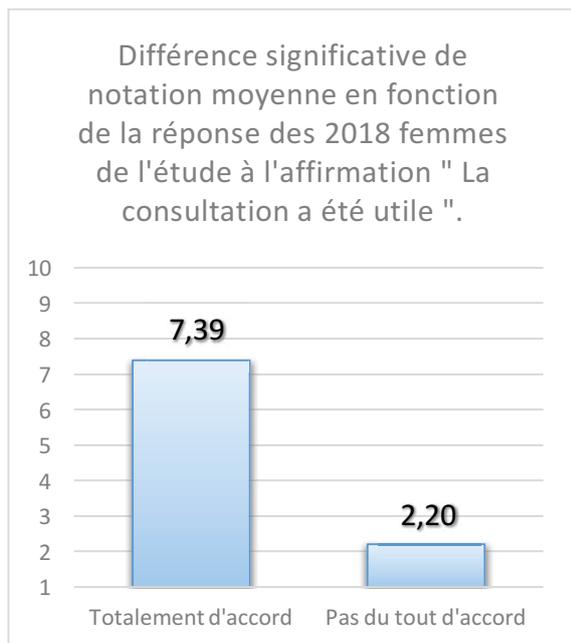
p-value <  $7,06^{e-14}$



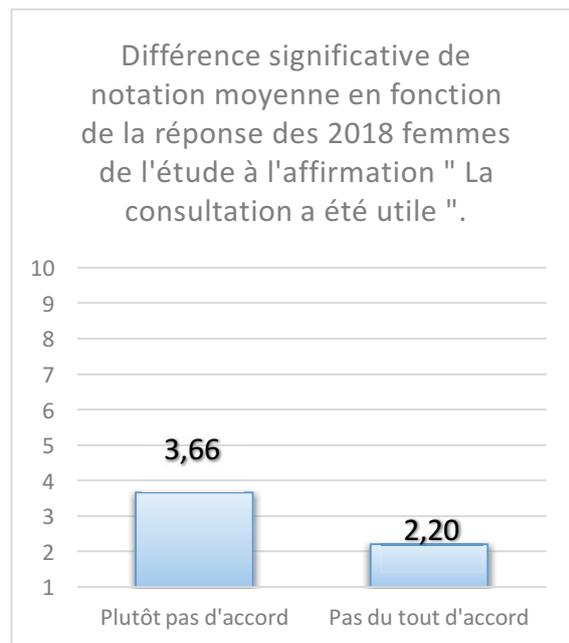
p-value <  $1,86^{e-45}$



p-value <  $1,52^{e-41}$

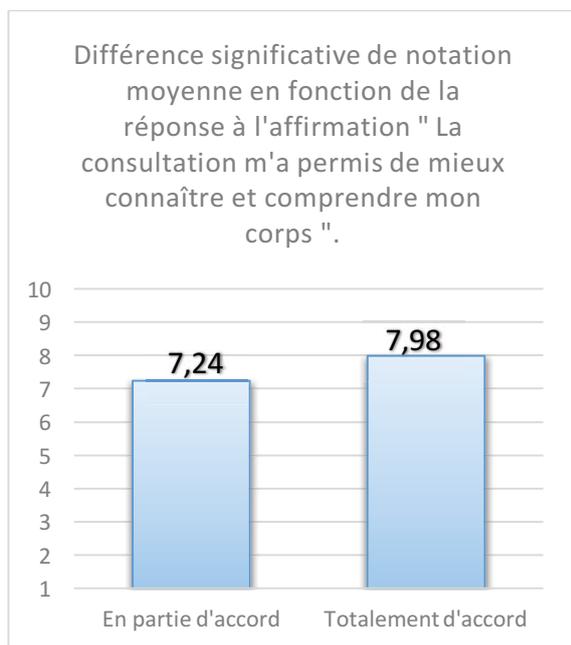


p-value <  $1,77^{e-68}$

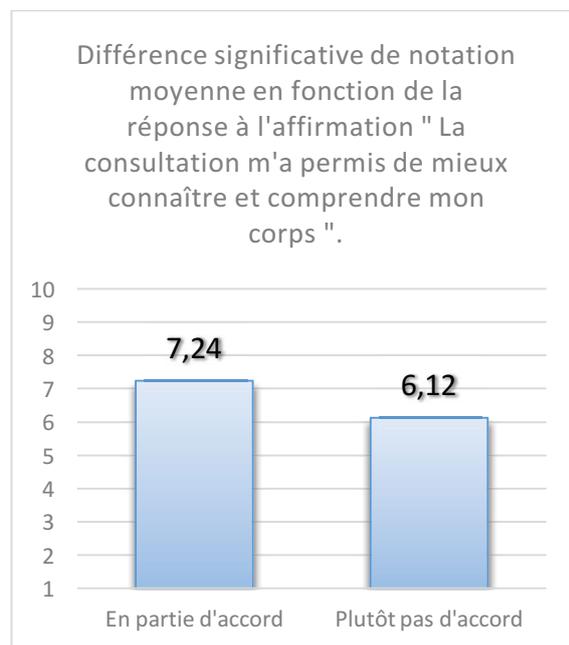


p-value <  $8,68^{e-10}$

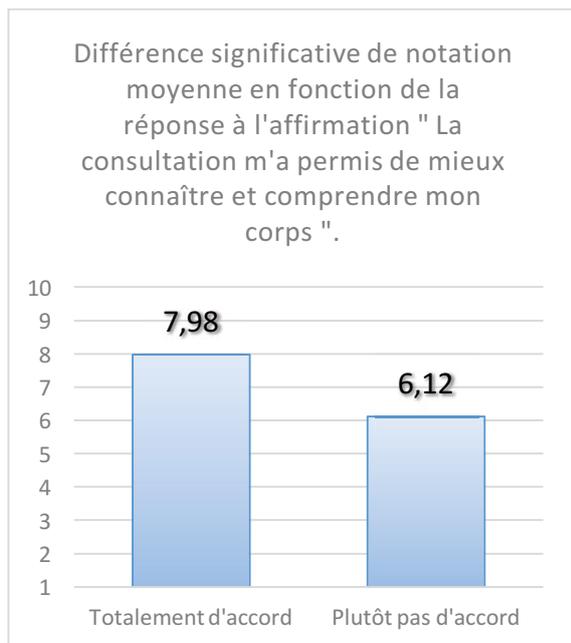
**Figure 32** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « La consultation a permis une meilleure connaissance et compréhension de votre corps ».



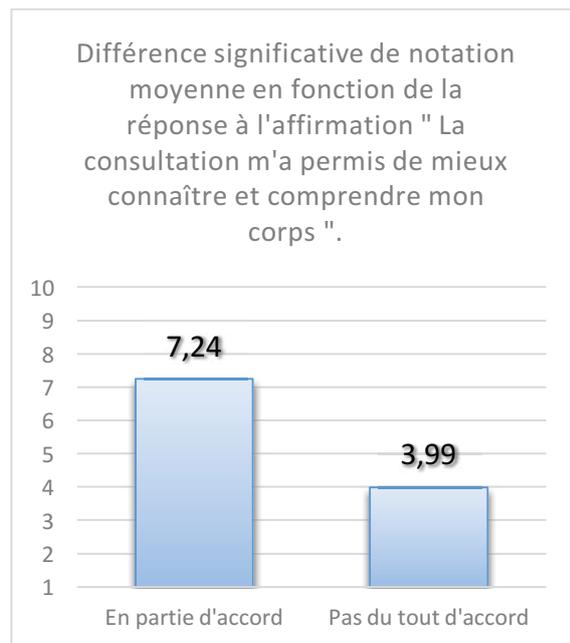
p-value <  $5,40^{e-11}$



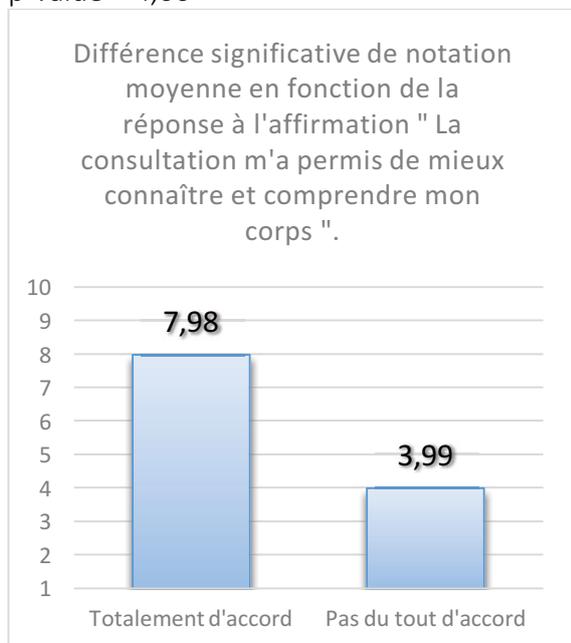
p-value <  $9,23^{e-24}$



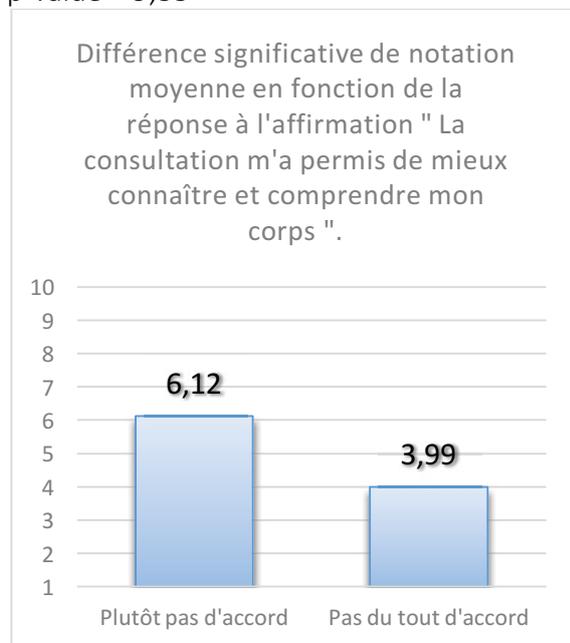
p-value < 4,06<sup>e-46</sup>



p-value < 9,33<sup>e-121</sup>



p-value < 5,33<sup>e-139</sup>

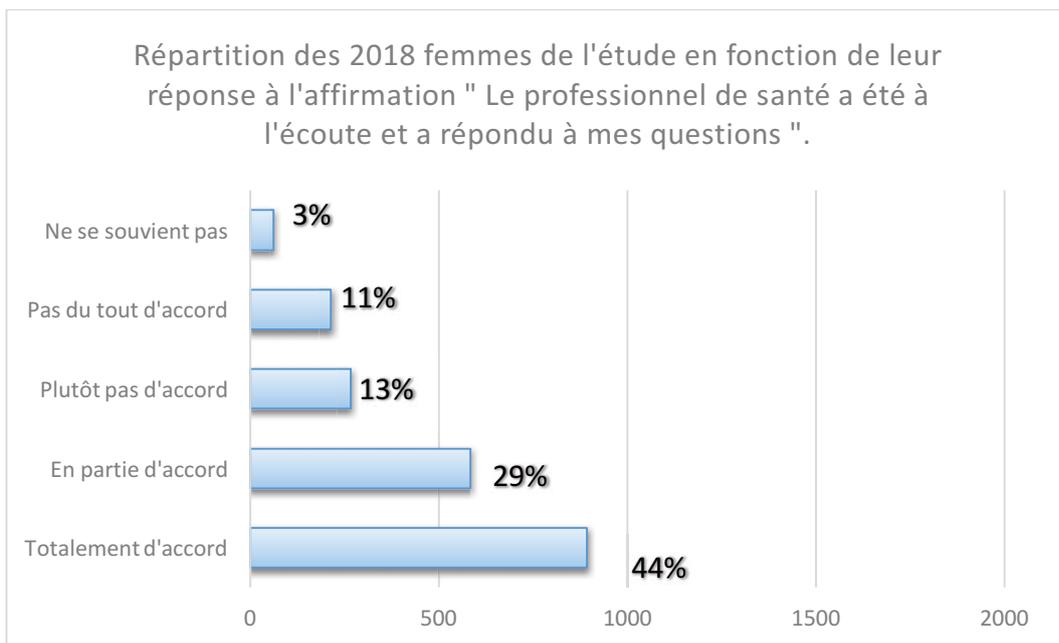
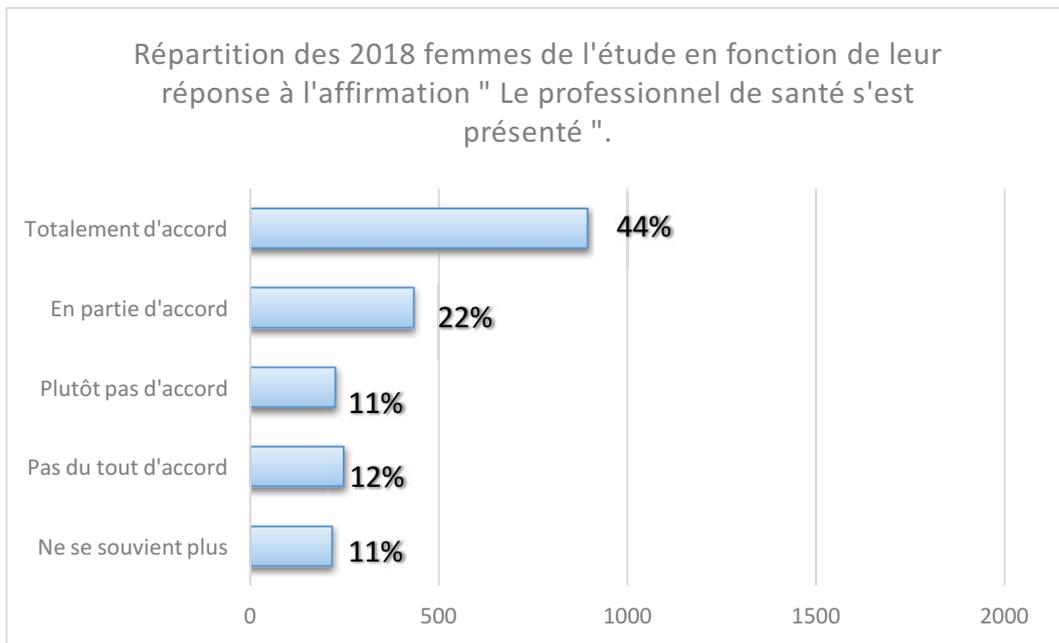


p-value < 1,77<sup>e-52</sup>

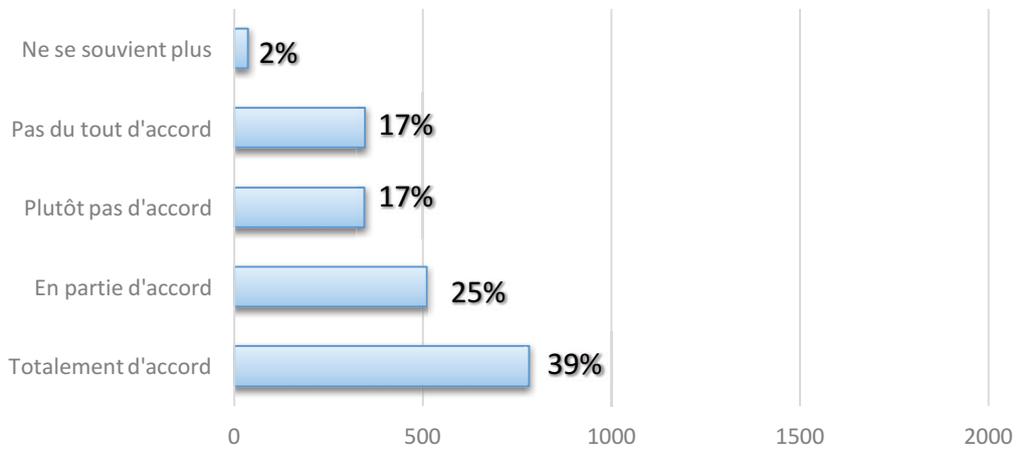
#### d. Eléments concernant le professionnel de santé lors de la consultation

Après nous être intéressés à la consultation nous nous sommes concentrés sur l'attitude du professionnel de santé lors de cette consultation. Dans le but, toujours, de mettre en évidence une éventuelle influence sur le vécu de cette première consultation de gynécologie.

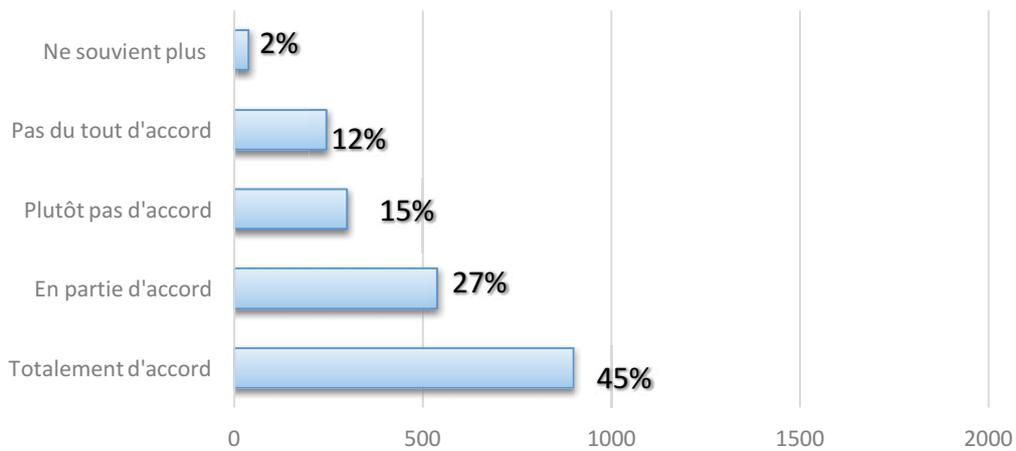
**Figure 33** : Barres groupées illustrant la répartition des 2018 femmes de l'étude suivant leurs réponses aux affirmations évoquant l'attitude du professionnel de santé lors de leur première consultation de gynécologie.

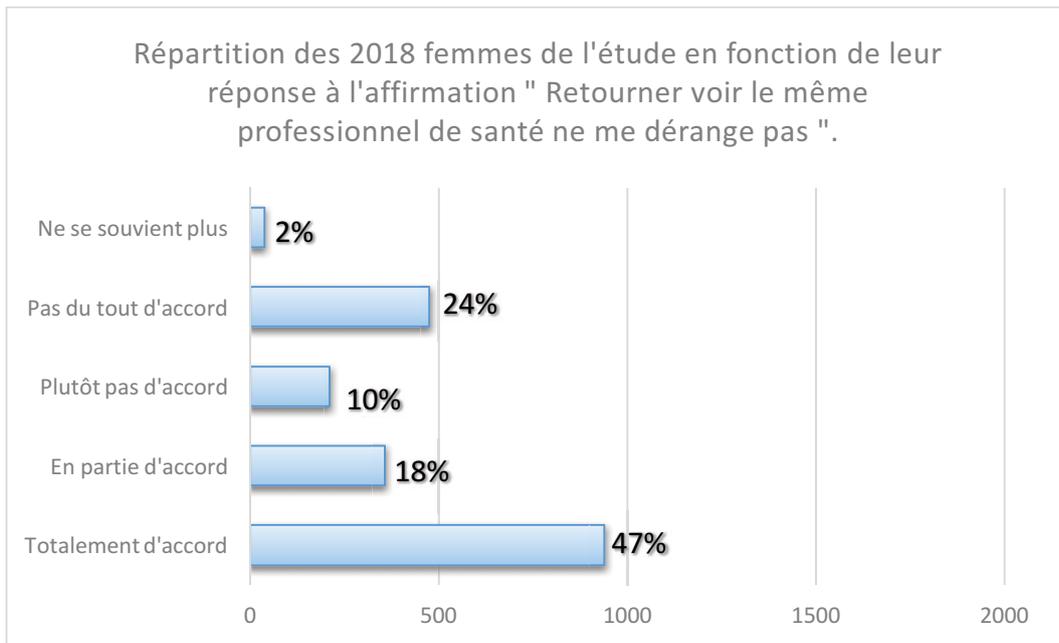


Répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction de leur réponse à la question " Le professionnel de santé m'a mis à l'aise ".

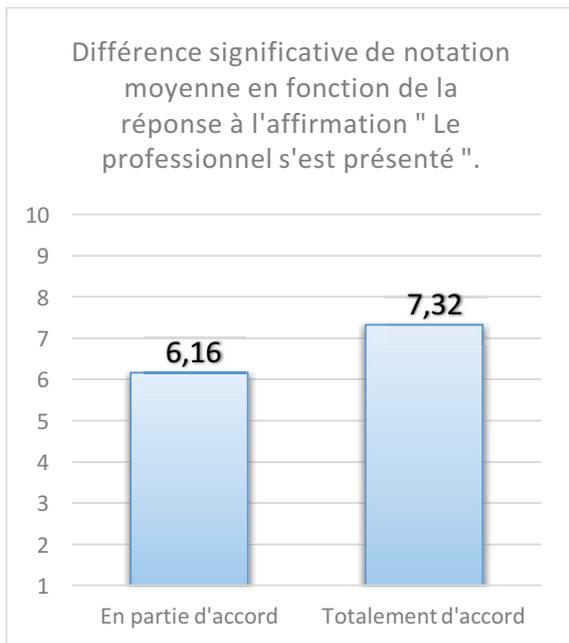


Répartition des 2018 femmes de l'étude en fonction de leur réponse à l'affirmation " Le professionnel de santé a été bienveillant ".

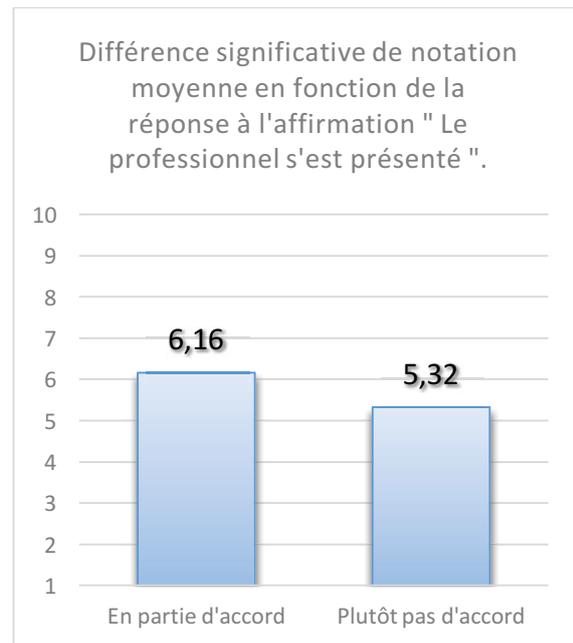




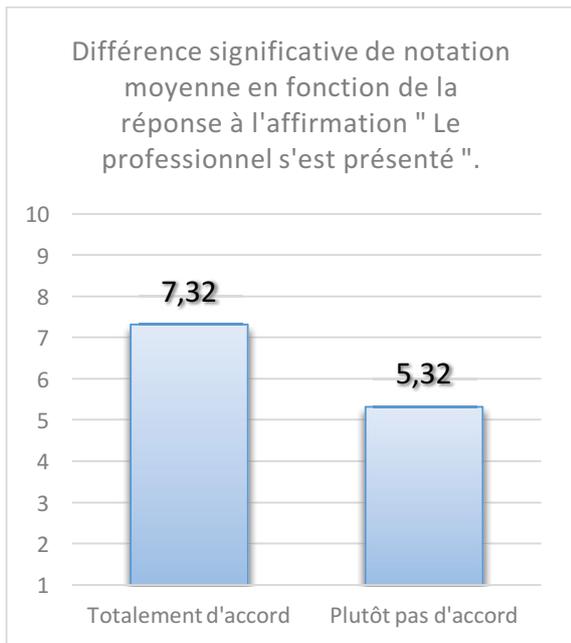
**Figure 34** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « Le professionnel de santé s'est présenté ».



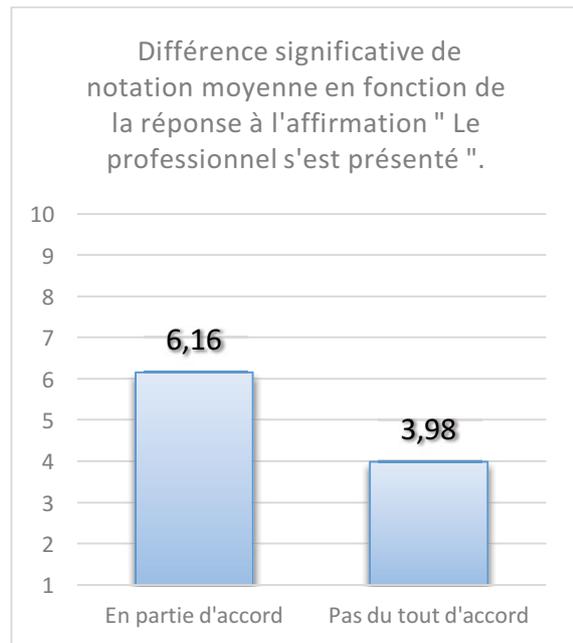
p-value <  $5,24 \times 10^{-27}$



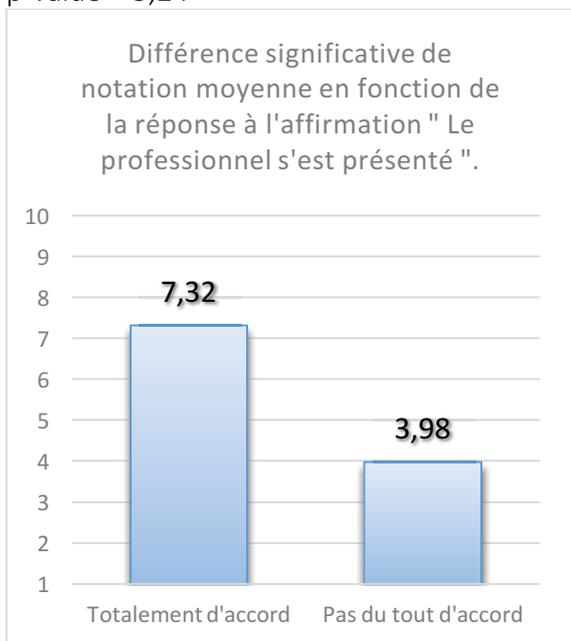
p-value <  $6,71 \times 10^{-06}$



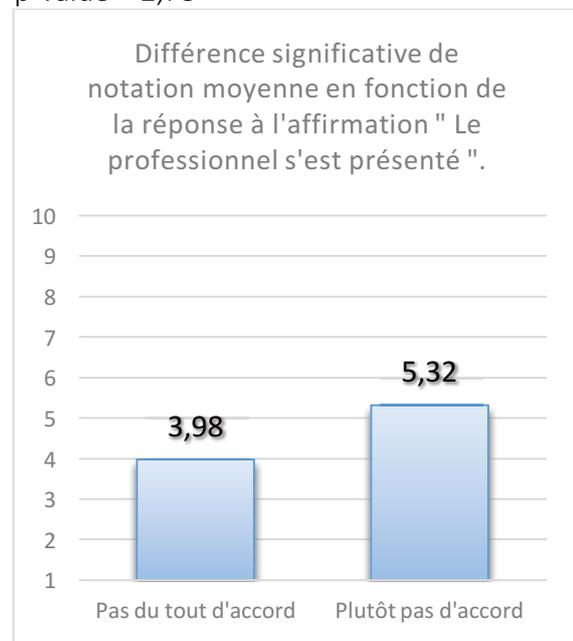
p-value <  $5,24^{e-27}$



p-value <  $2,73^{e-28}$

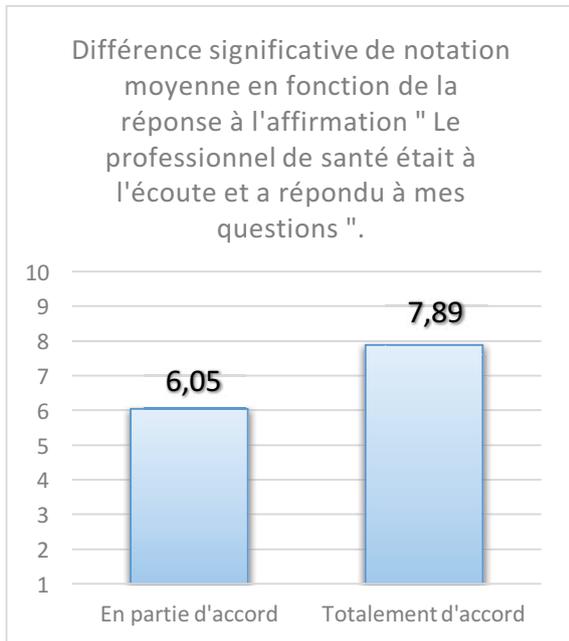


p-value <  $2,09^{e-58}$

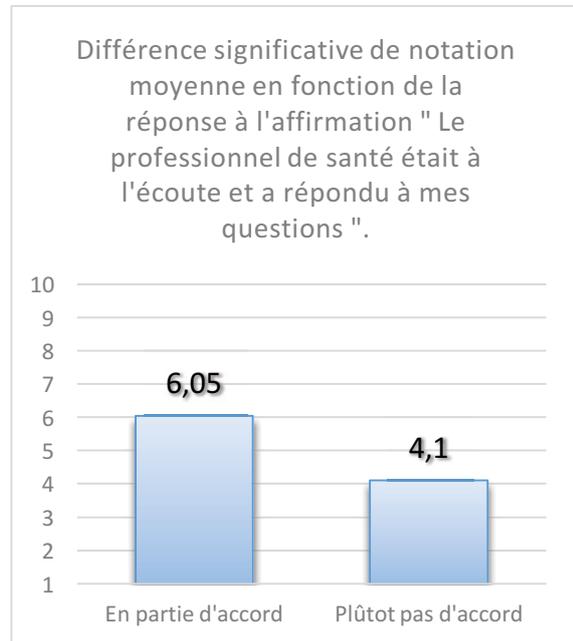


p-value <  $2,09^{e-09}$

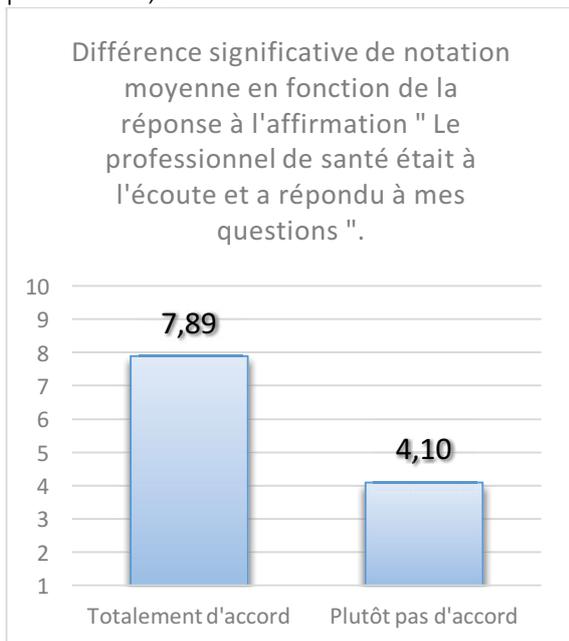
**Figure 35** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « Le professionnel de santé était à l'écoute et a répondu à mes questions ».



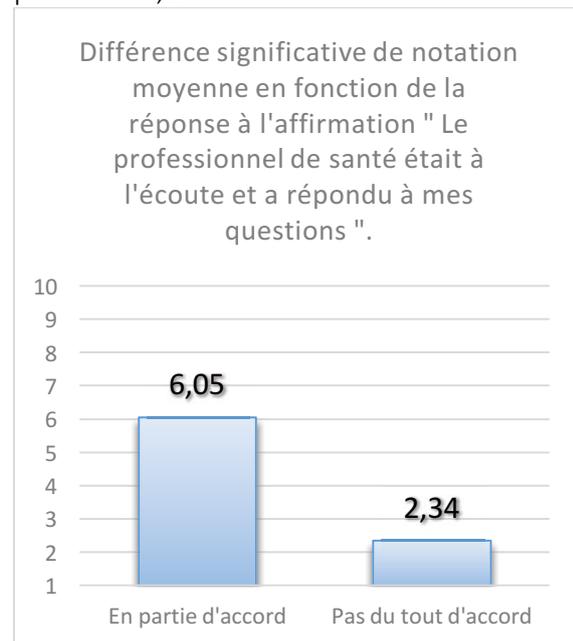
p-value <  $3,10^{e-92}$



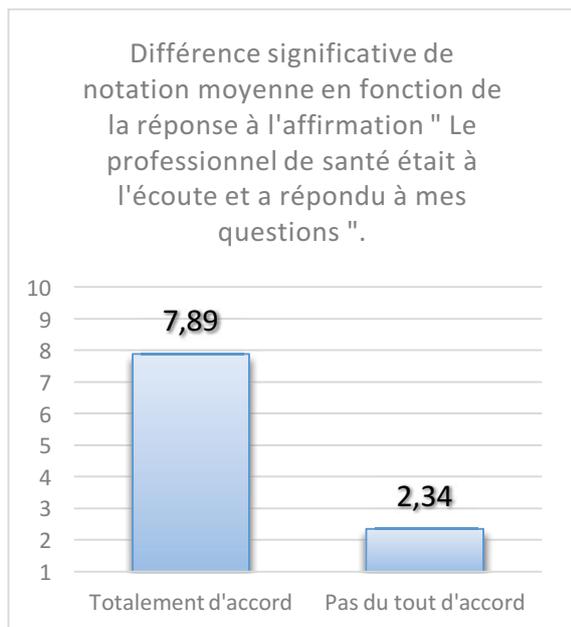
p-value <  $3,17^{e-40}$



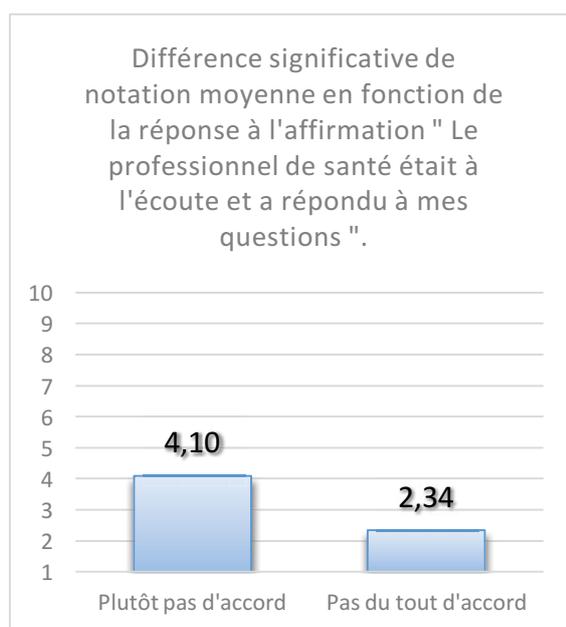
p-value <  $9,88^{e-102}$



p-value <  $4,11^{e-100}$

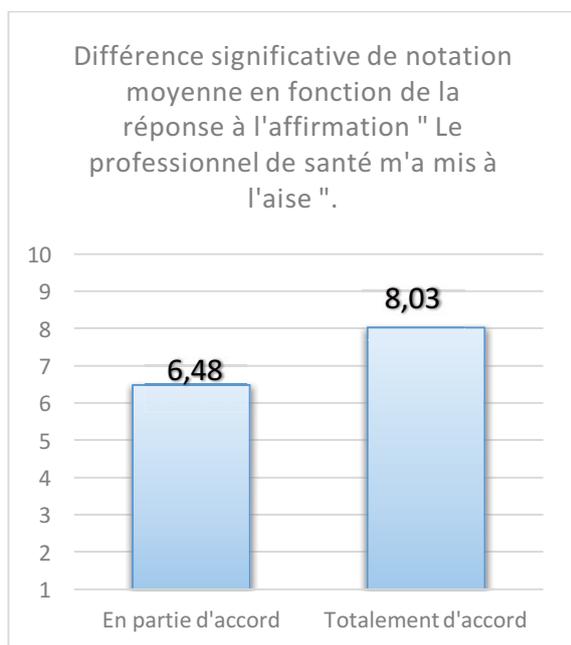


p-value <  $1,90^{e-141}$

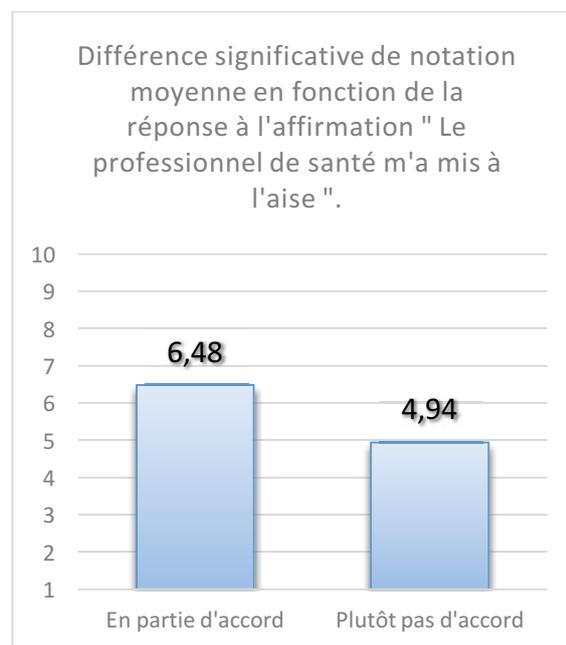


p-value <  $5,73^{e-26}$

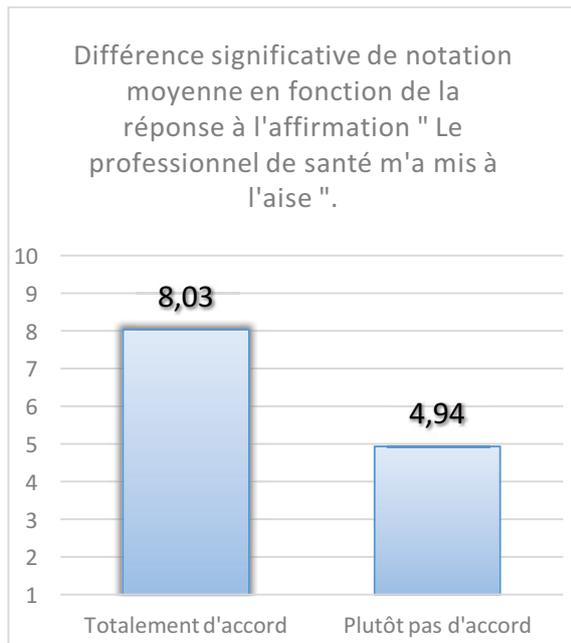
**Figure 36** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « Le professionnel de santé m'a mis à l'aise ».



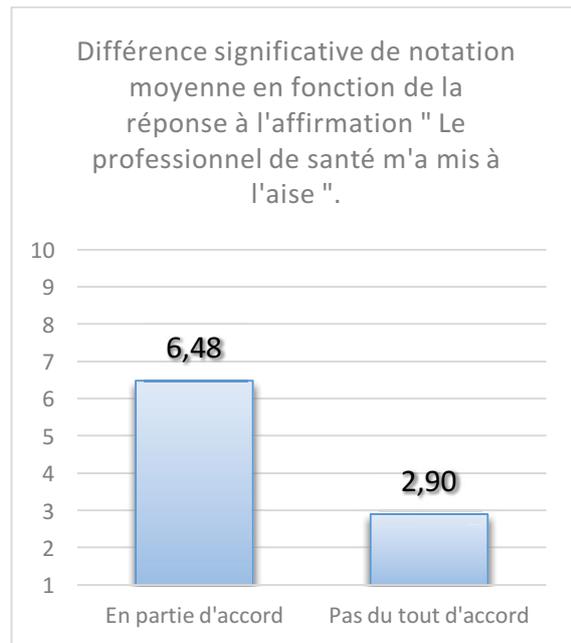
p-value <  $8,51^{e-67}$



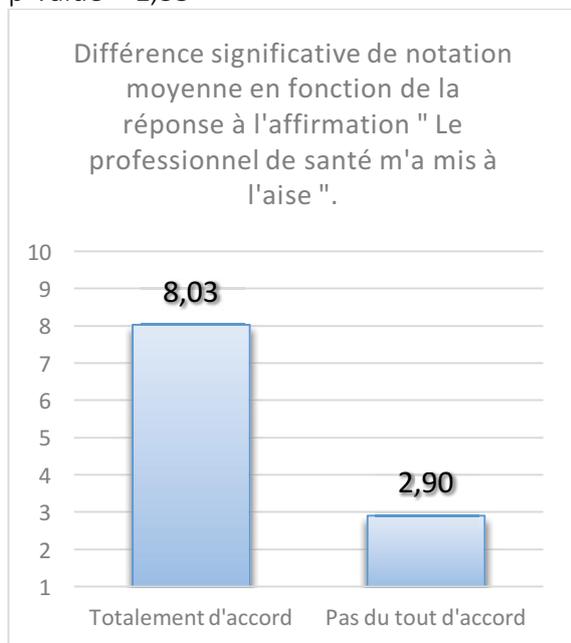
p-value <  $1,24^{e-37}$



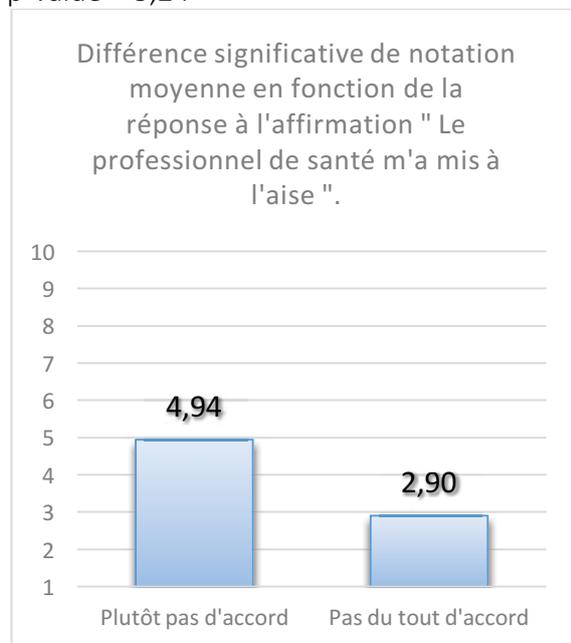
p-value <  $1,35^{e-114}$



p-value <  $3,24^{e-123}$

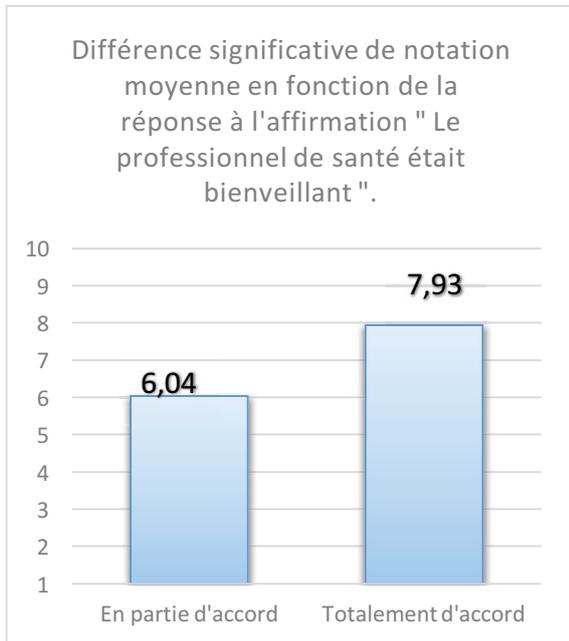


p-value <  $1,68^{e-186}$

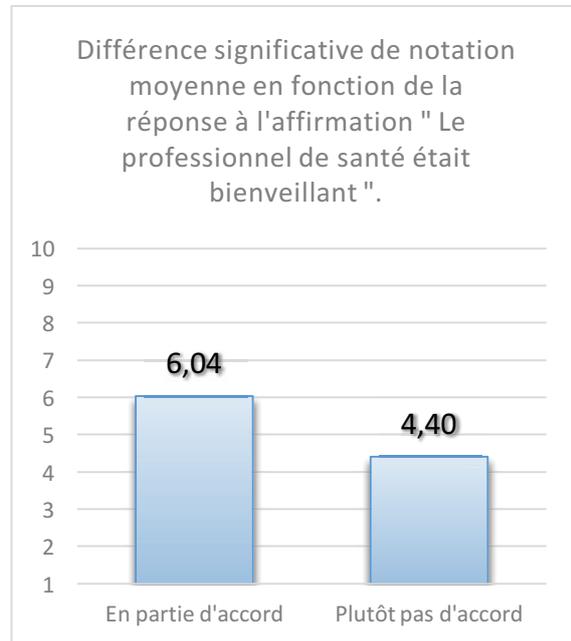


p-value <  $6,44^{e-44}$

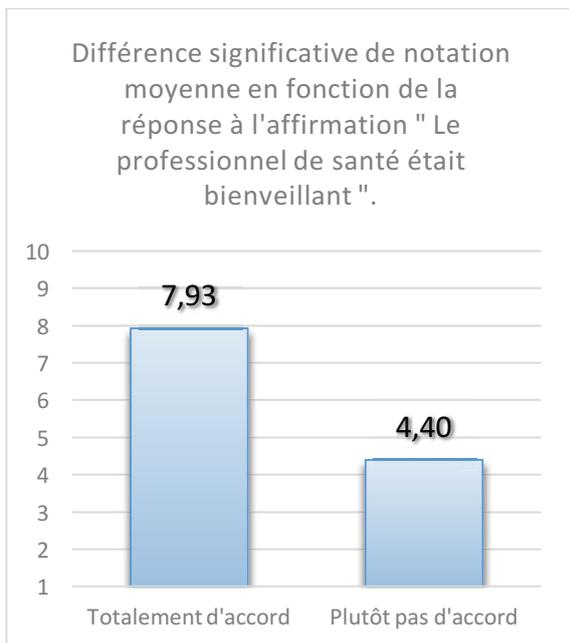
**Figure 37** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « Le professionnel de santé a été bienveillant ».



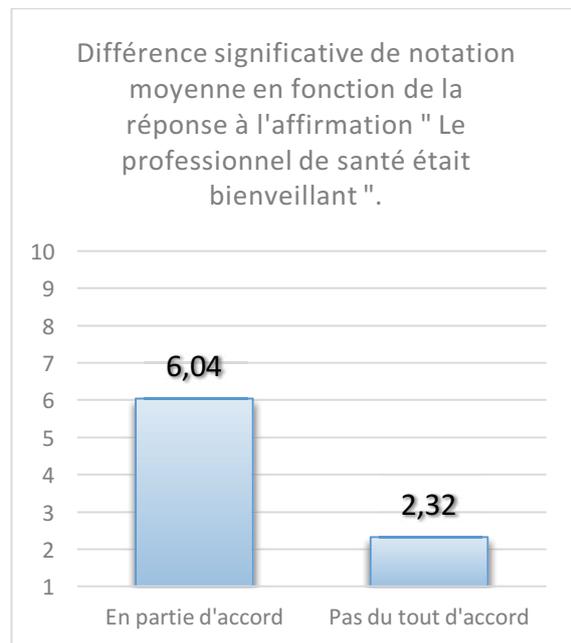
p-value <  $4,98 \times 10^{-96}$



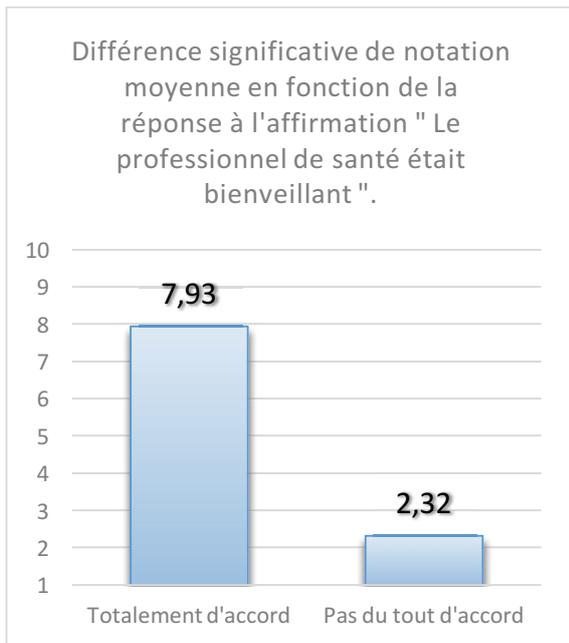
p-value <  $1,40 \times 10^{-35}$



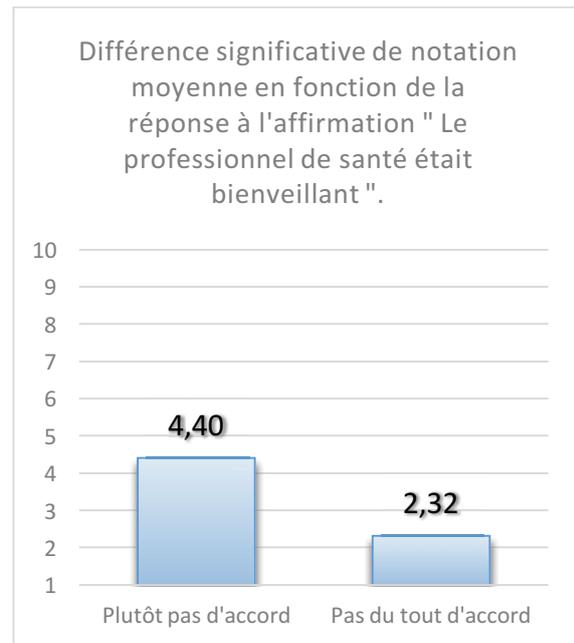
p-value <  $8,18 \times 10^{-114}$



p-value <  $5,66 \times 10^{-112}$

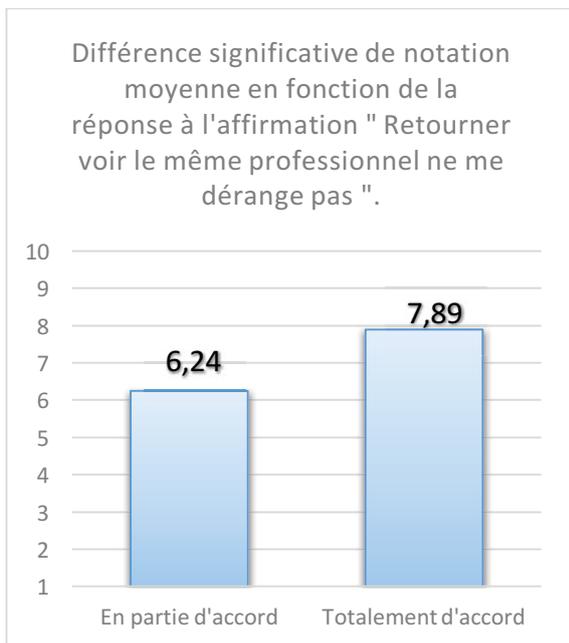


p-value <  $1,30 \times 10^{-161}$

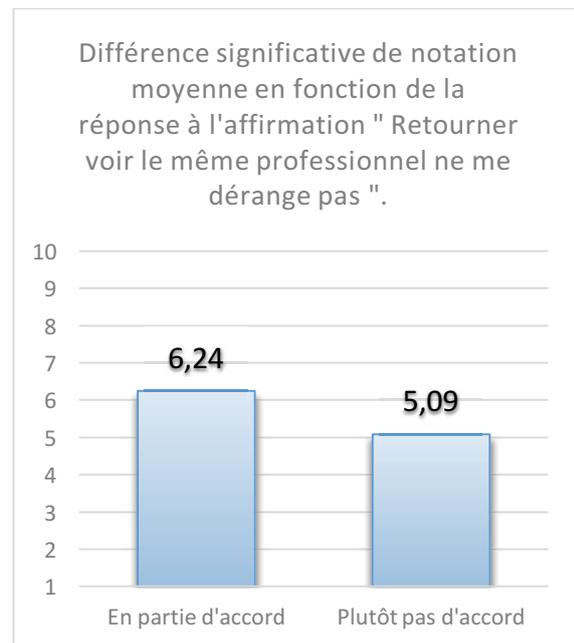


p-value <  $3,71 \times 10^{-40}$

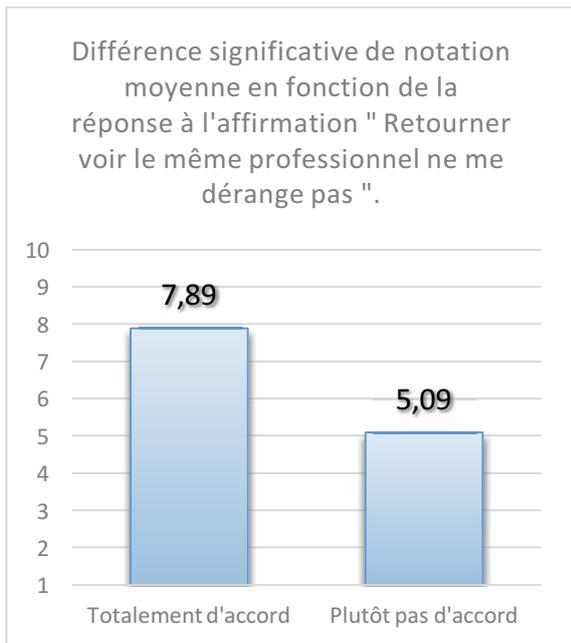
**Figure 38** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 2018 femmes de l'étude à l'affirmation « Retourner voir le même professionnel de santé ne me dérangerait pas ».



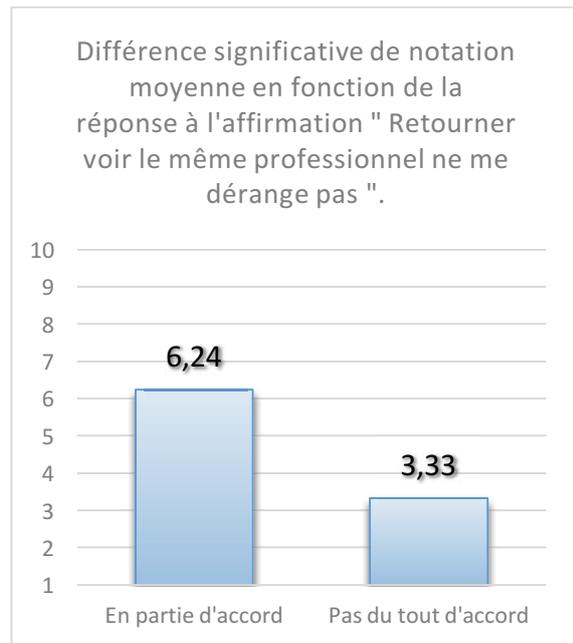
p-value <  $1,38 \times 10^{-63}$



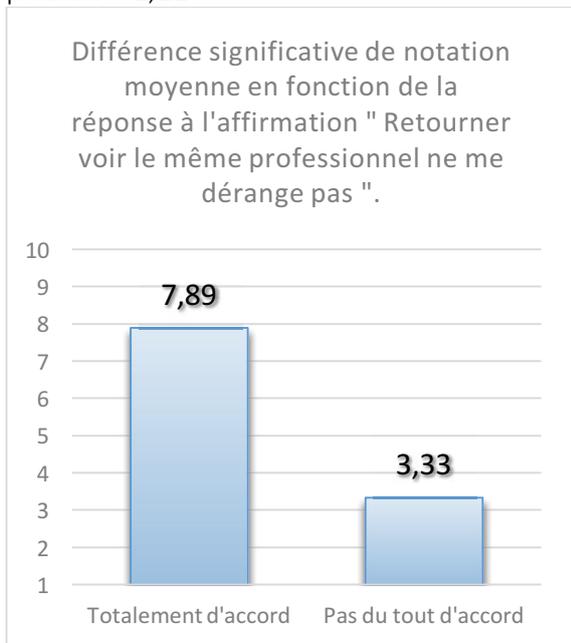
p-value <  $1,90 \times 10^{-15}$



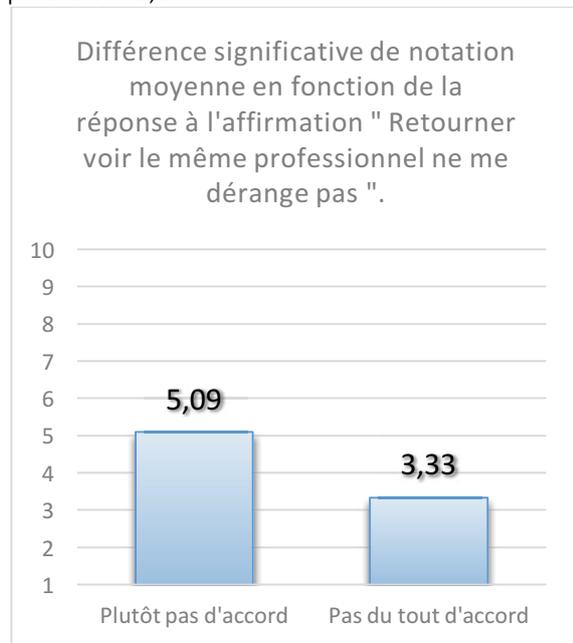
p-value <  $1,11^{e-63}$



p-value <  $3,37^{e-104}$



p-value <  $6,65^{e-218}$

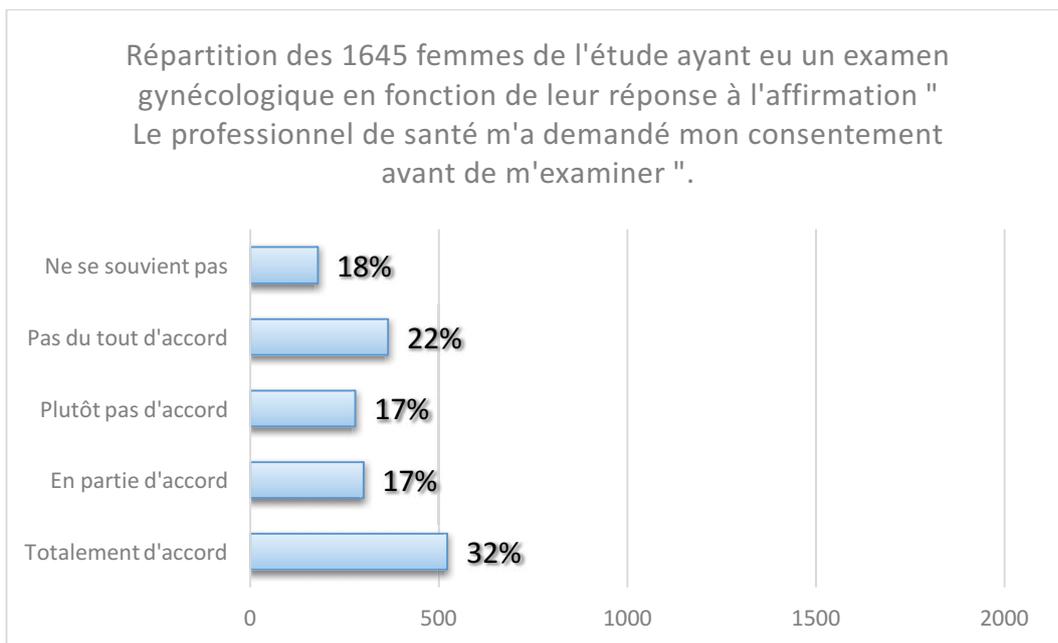
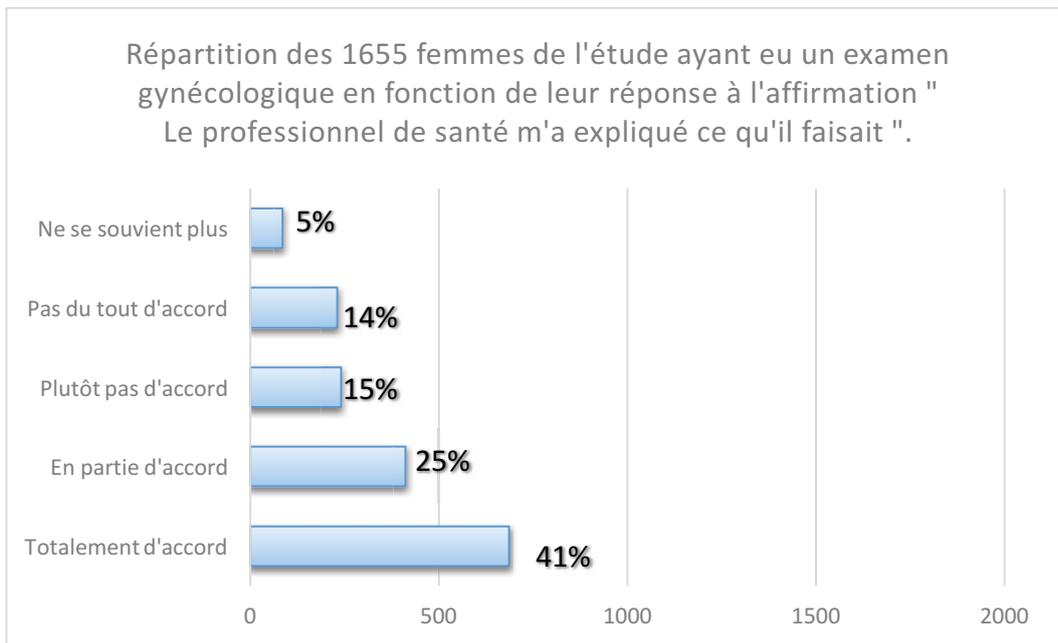


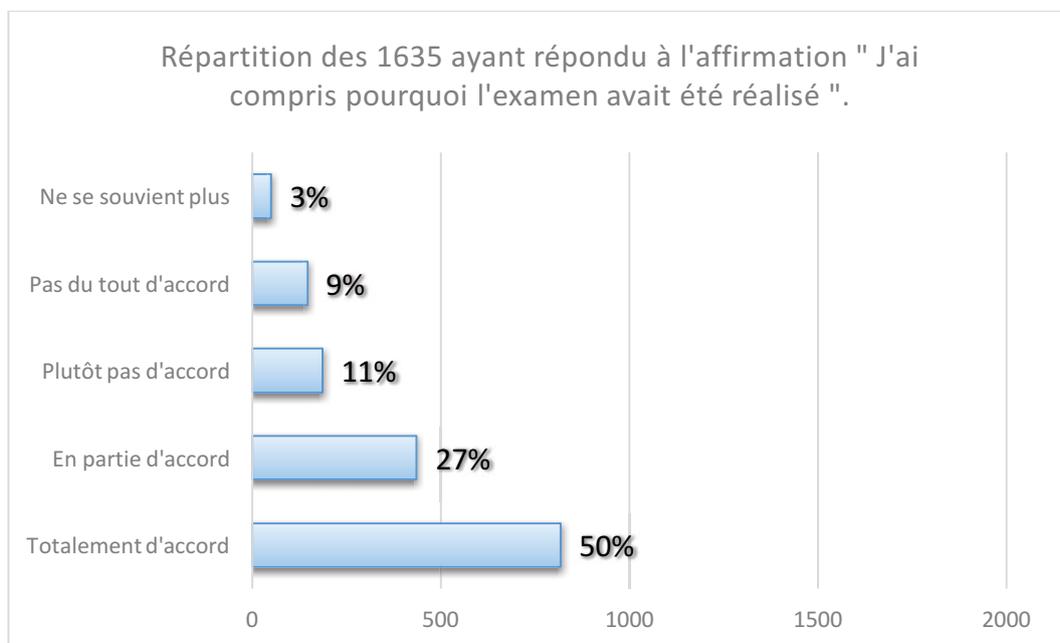
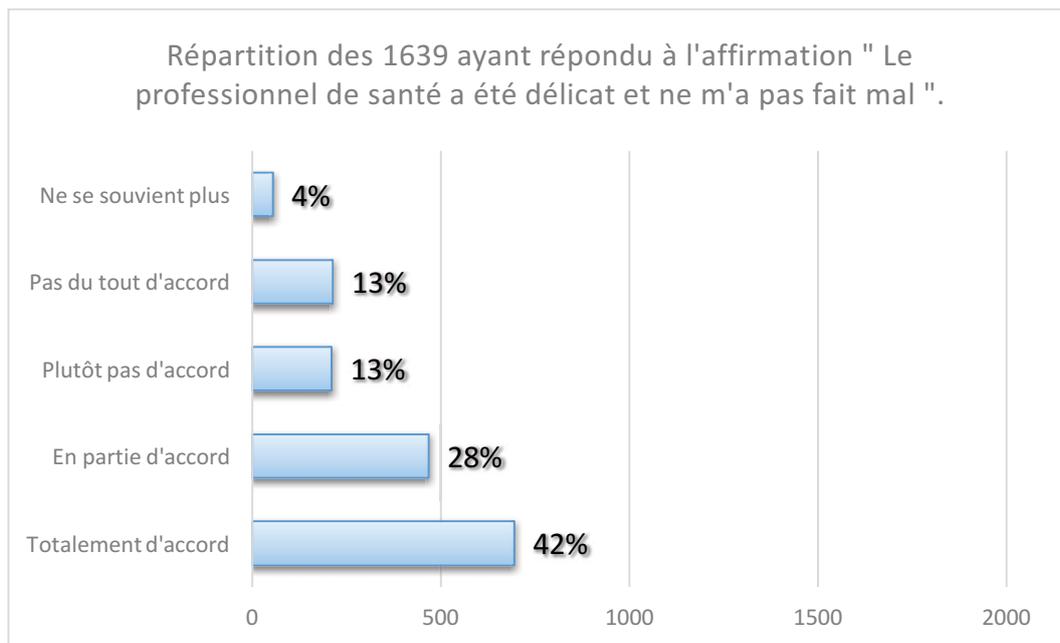
p-value <  $1,23^{e-28}$

e. Lors de l'examen clinique, si examen il y a eu

Après avoir étudié la consultation et l'attitude du professionnel de santé lors de celle-ci, nous sommes intéressés aux femmes ayant eu un examen gynécologique lors de cette consultation afin de connaître les conditions entourant sa réalisation.

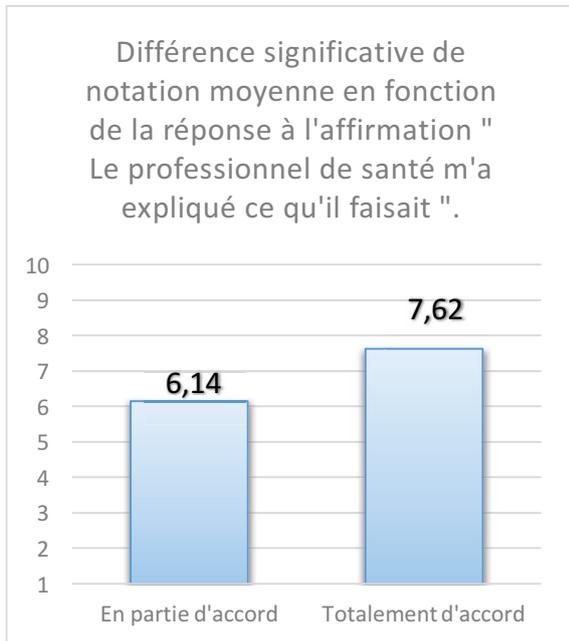
**Figure 39** : Barres groupées illustrant la répartition des 1655 femmes de l'étude ayant eu un examen, suivant leurs réponses aux affirmations évoquant l'attitude du professionnel de santé lors de leur première consultation de gynécologie.



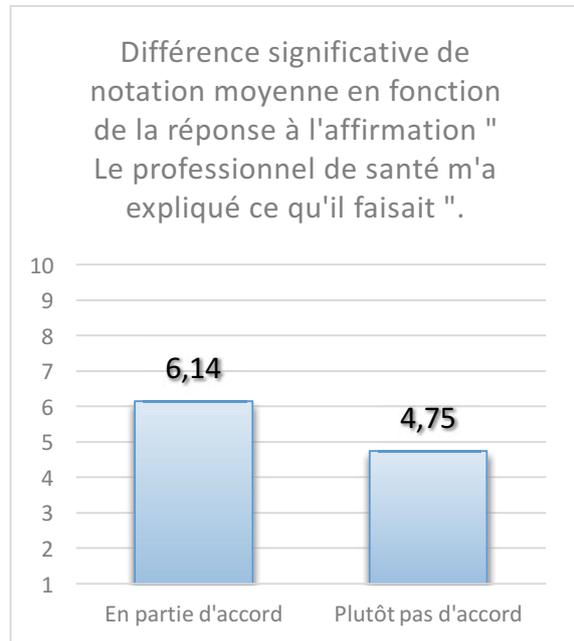


Afin de comparer au mieux les éventuelles différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses nous avons exclu la catégorie « Je ne me souviens plus ».

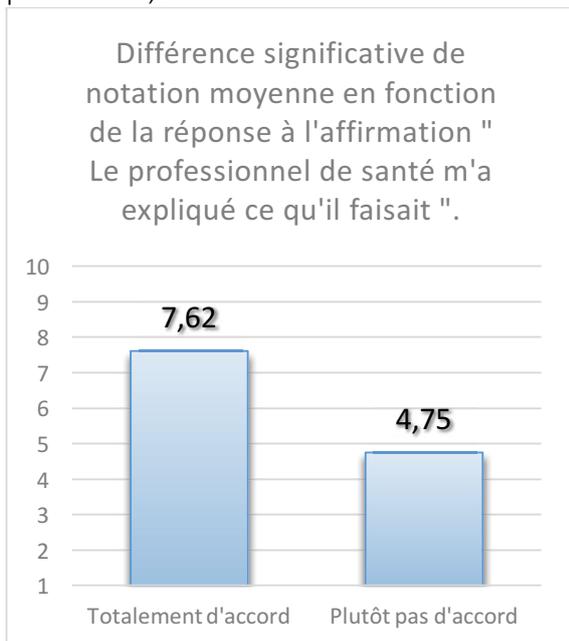
**Figure 40** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 1655, ayant eu un examen, à l'affirmation « Le professionnel de santé m'a expliqué ce qu'il faisait ».



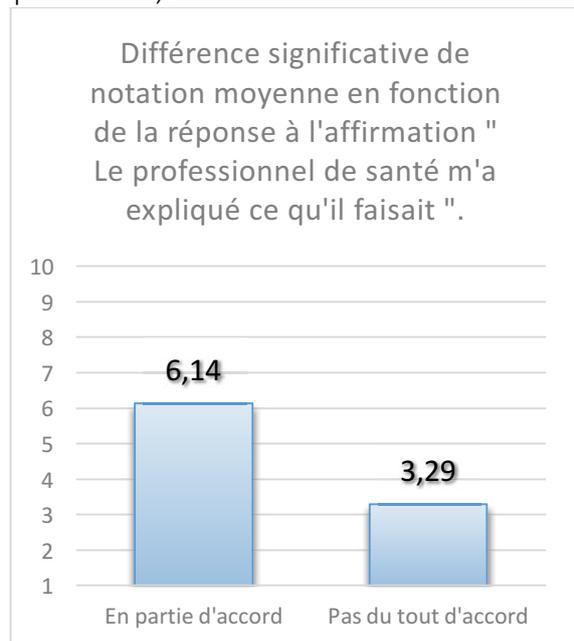
p-value <  $4,07^{e-33}$



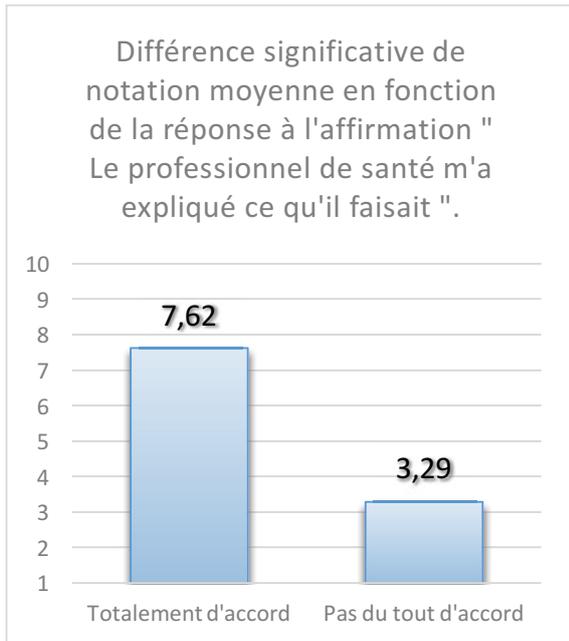
p-value <  $6,85^{e-15}$



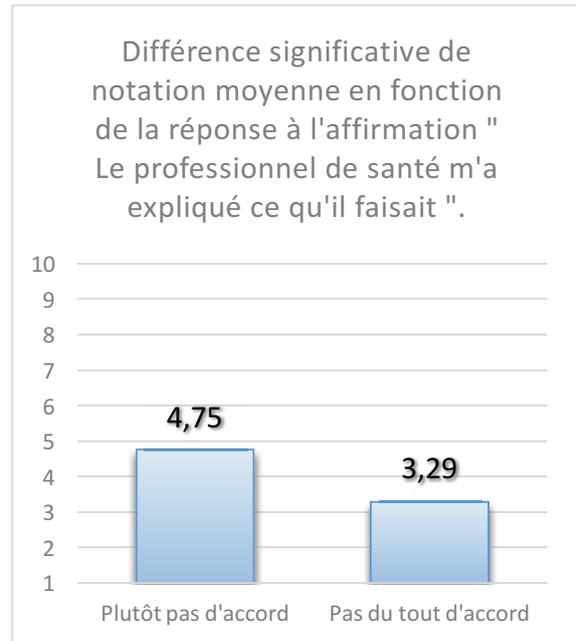
p-value <  $2,75^{e-53}$



p-value <  $1,78^{e-50}$

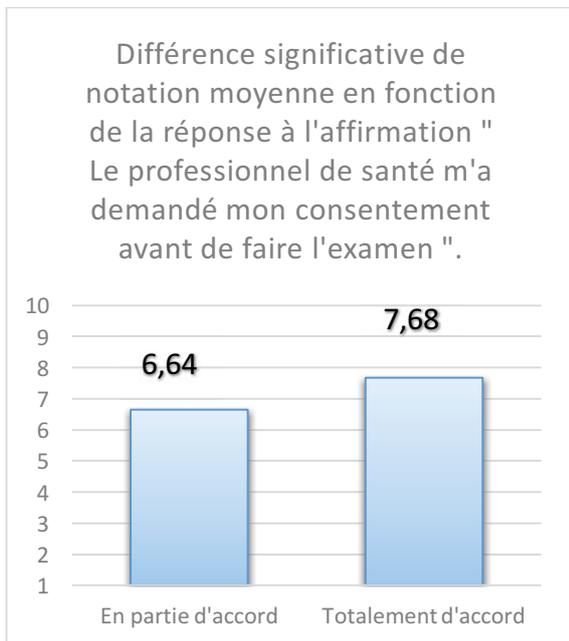


p-value <  $9,30 \times 10^{-93}$

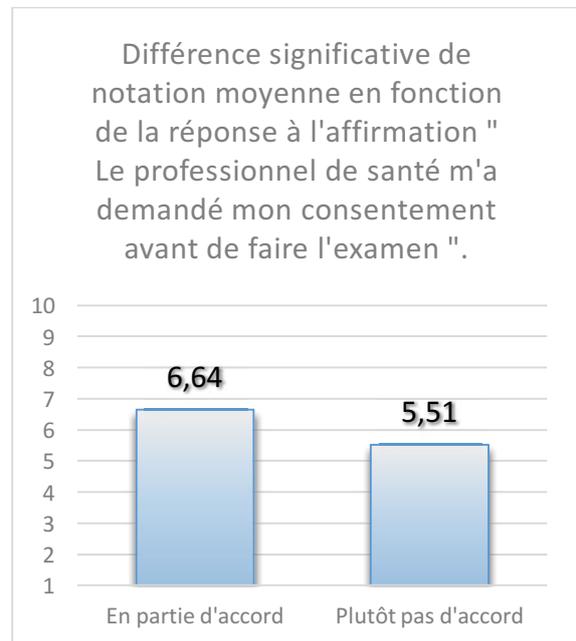


p-value <  $4,10 \times 10^{-13}$

**Figure 41** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 1645, ayant eu un examen, à l'affirmation « Le professionnel de santé m'a demandé mon consentement avant de m'examiner ».

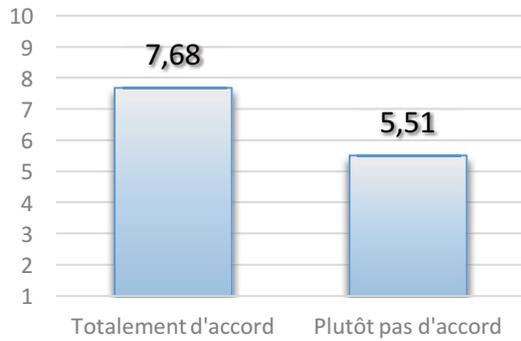


p-value <  $3,36 \times 10^{-14}$



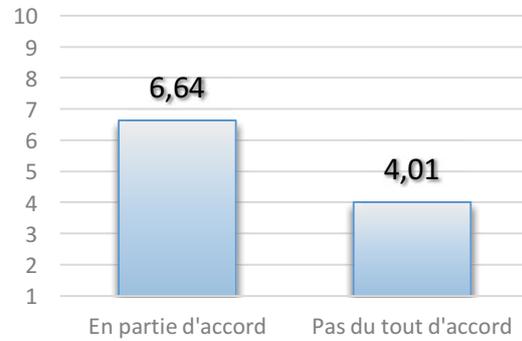
p-value <  $1,60 \times 10^{-10}$

Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse à l'affirmation " Le professionnel de santé m'a demandé mon consentement avant de faire l'examen ".



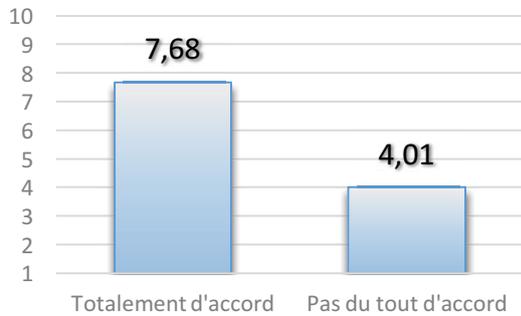
p-value <  $1,58^{e-38}$

Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse à l'affirmation " Le professionnel de santé m'a demandé mon consentement avant de faire l'examen ".



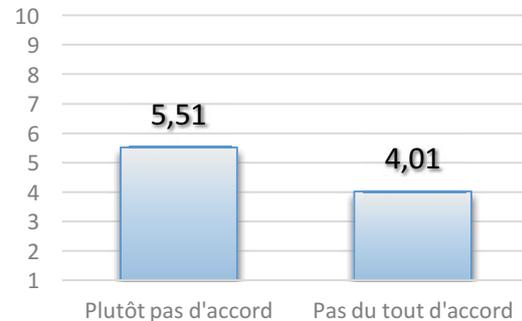
p-value <  $3,16^{e-48}$

Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse à l'affirmation " Le professionnel de santé m'a demandé mon consentement avant de faire l'examen ".



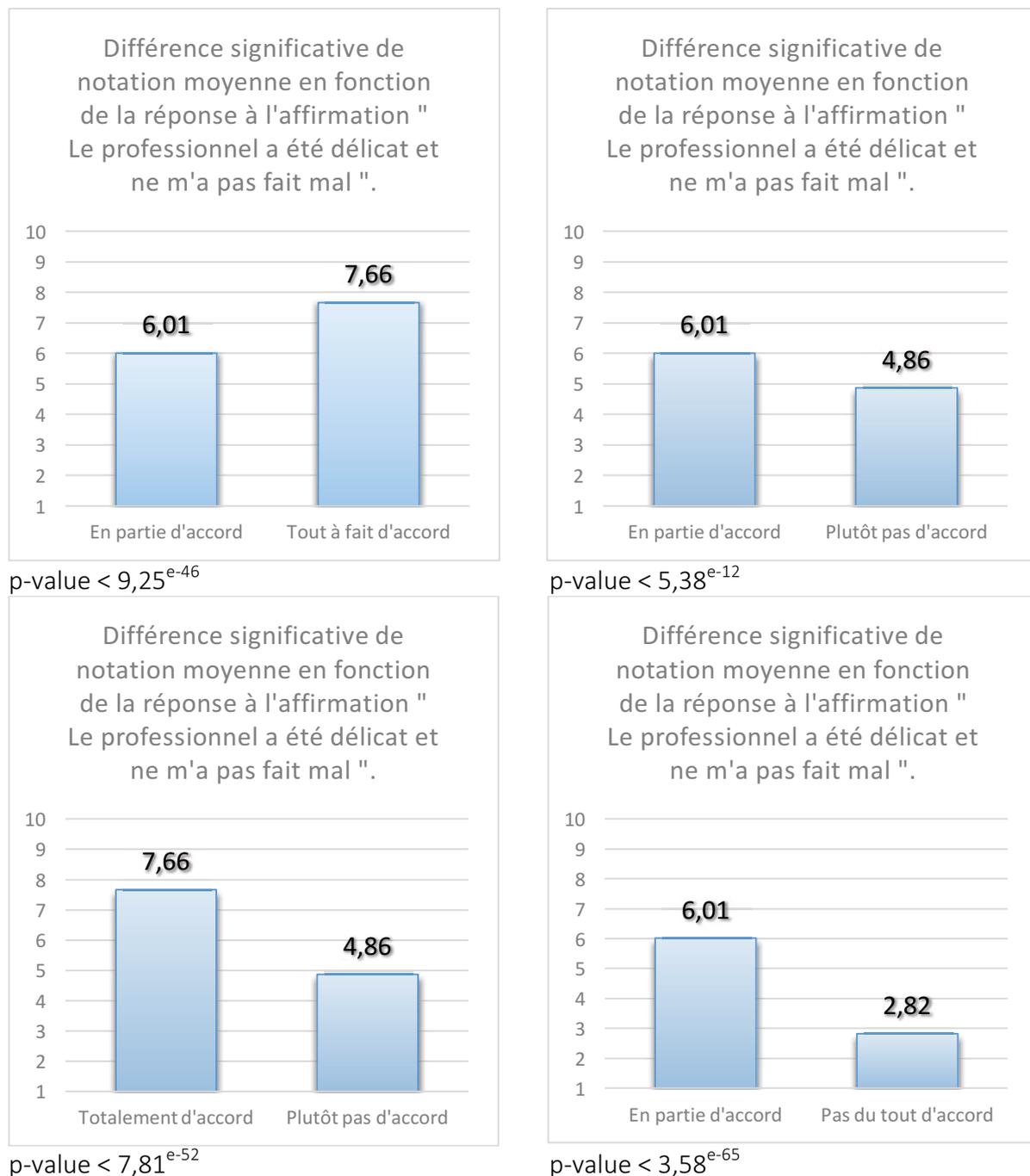
p-value <  $5,07^{e-99}$

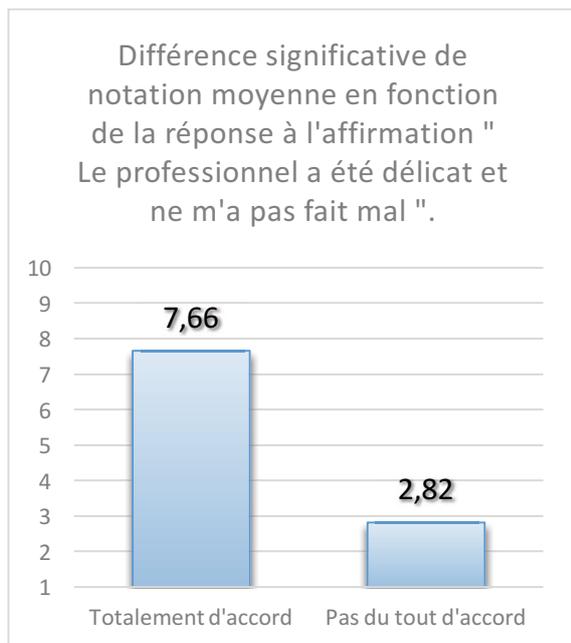
Différence significative de notation moyenne en fonction de la réponse à l'affirmation " Le professionnel de santé m'a demandé mon consentement avant de faire l'examen ".



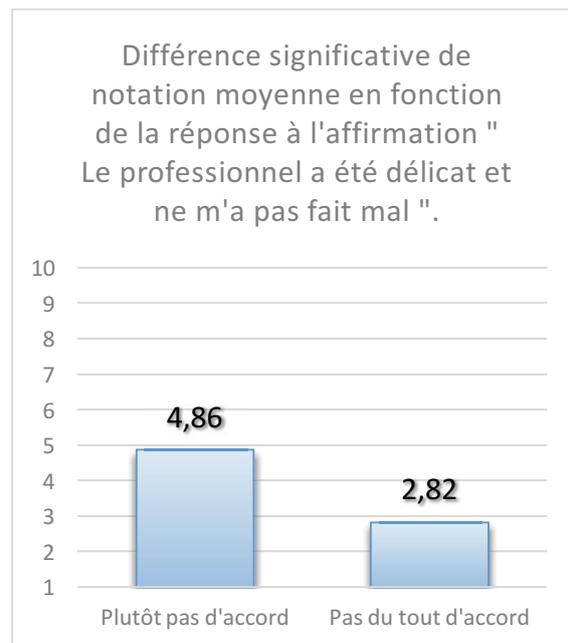
p-value <  $6,37^{e-16}$

**Figure 42** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 1639 femmes, ayant eu un examen, à l'affirmation « Le professionnel de santé a été délicat et ne m'a pas fait mal ».



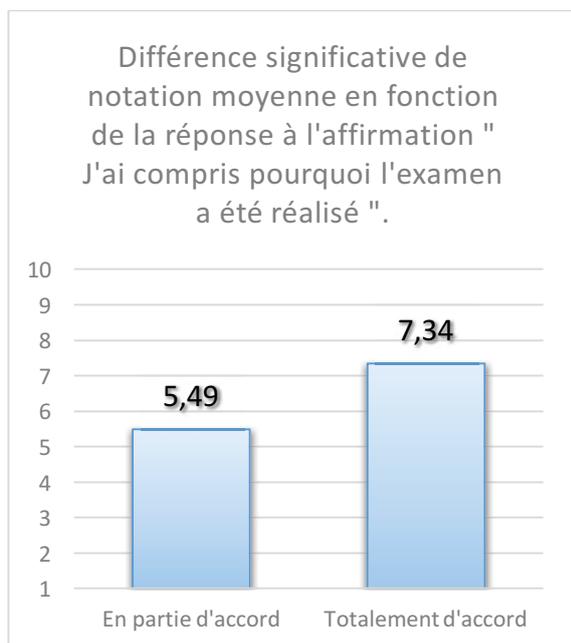


p-value <  $1,26 \times 10^{-108}$

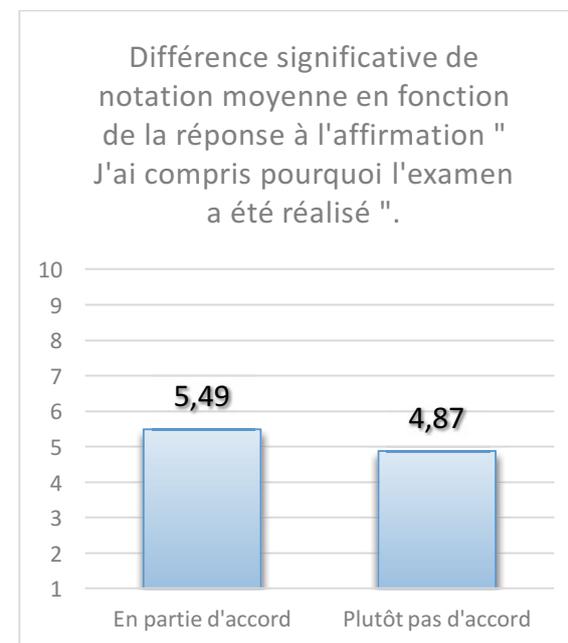


p-value <  $2,50 \times 10^{-24}$

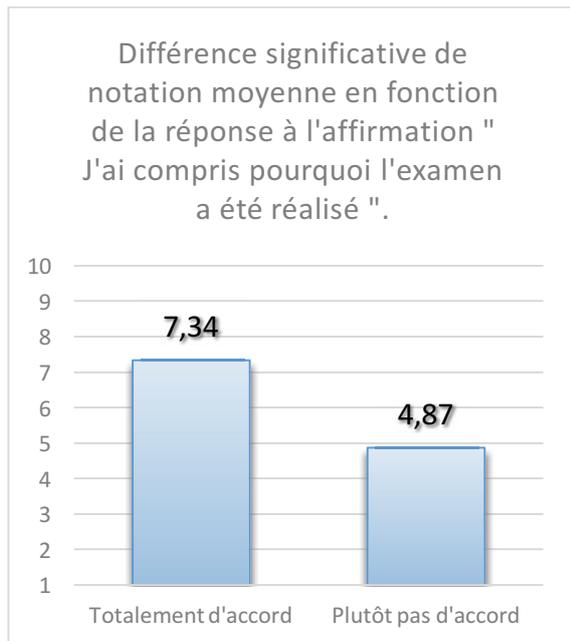
**Figure 43** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction des réponses des 1635 femmes, ayant eu un examen, à l'affirmation « J'ai compris pourquoi l'examen avait été réalisé ».



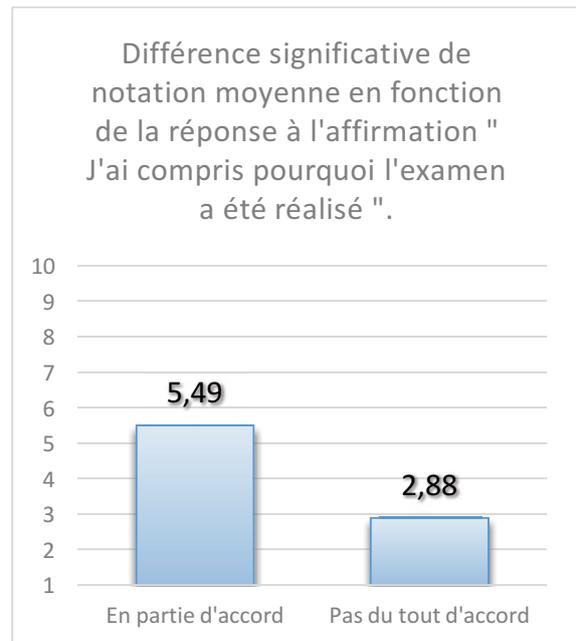
p-value <  $2,20 \times 10^{-43}$



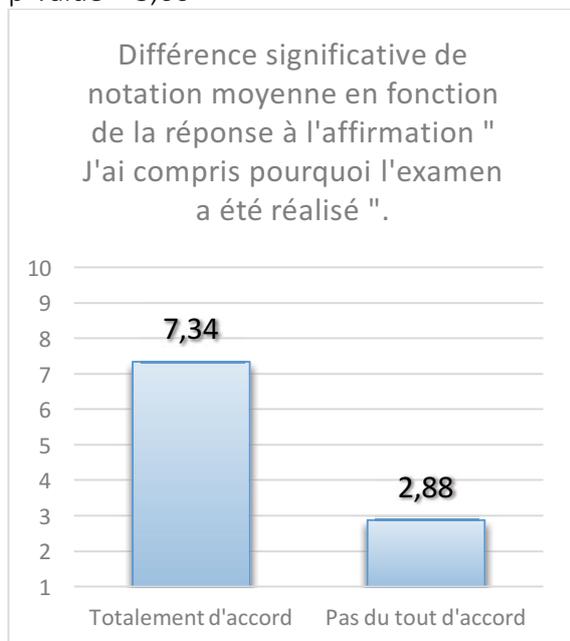
p-value <  $0,6 \times 10^{-03}$



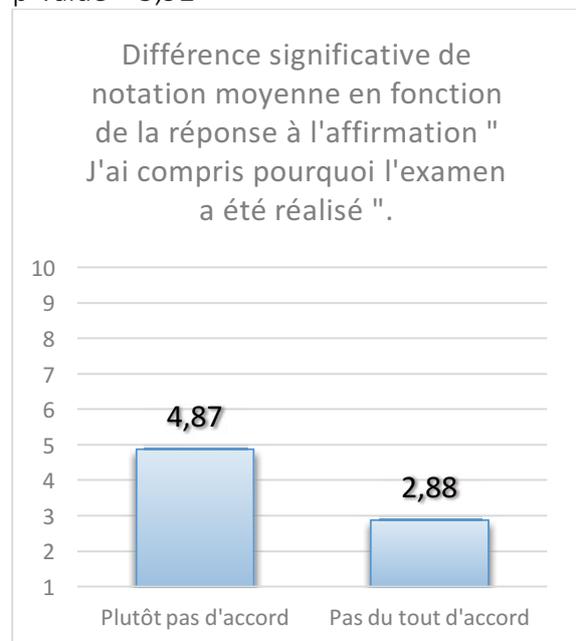
p-value < 3,60<sup>e-39</sup>



p-value < 5,92<sup>e-31</sup>



p-value < 5,84<sup>e-62</sup>



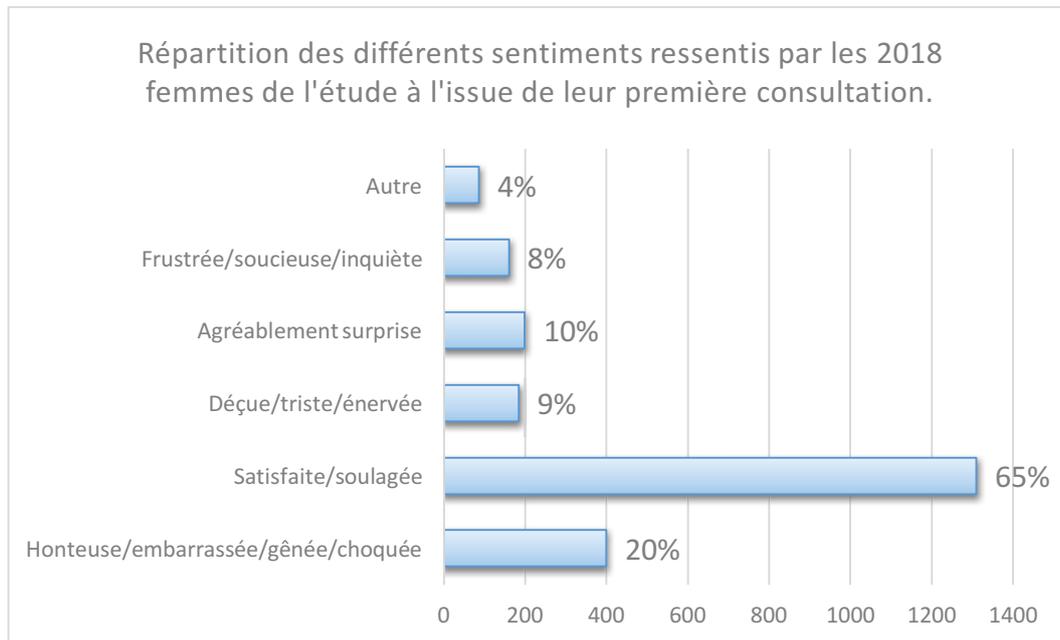
p-value < 2,23<sup>e-17</sup>

## 5. Issue de la consultation

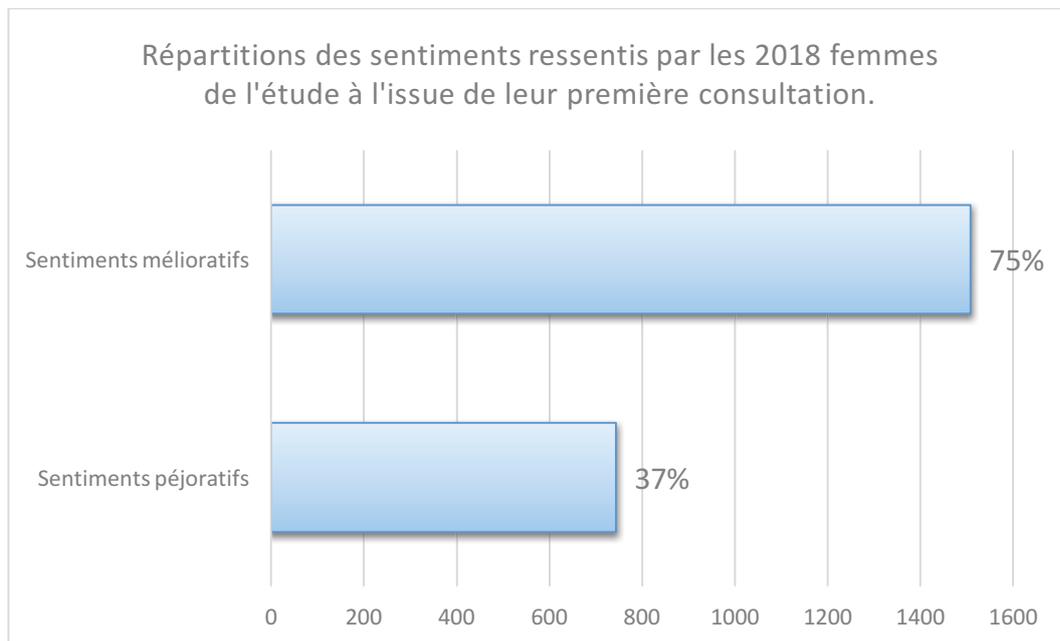
### a. Les sentiments présents à l'issue de la consultation.

Nous nous sommes intéressés aux sentiments présents à l'issue de la consultation chez les femmes de notre étude, afin de mettre en évidence une éventuelle différence avec ceux présents initialement.

**Figure 44** : Barres groupées illustrant la répartition des sentiments des 2018 femmes de l'étude présents après leur première consultation de gynécologie.

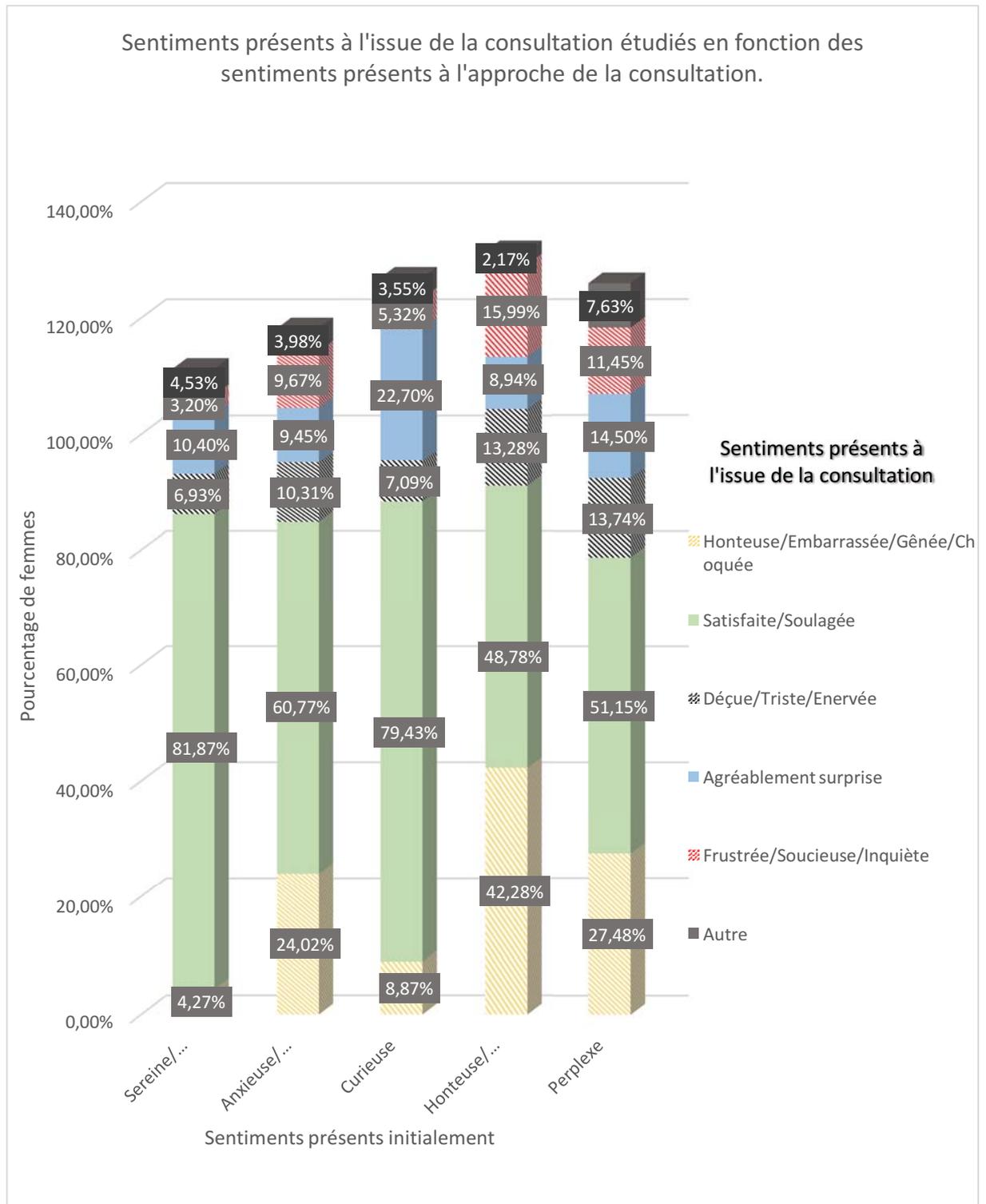


Il s'agissait d'un questionnaire à choix multiples, ce qui explique que le pourcentage total soit supérieur à 100%.



Il s'agissait d'un questionnaire à choix multiples, ce qui explique que le pourcentage total soit supérieur à 100%.

**Figure 45** : Histogramme représentant le sentiment présent à l'issue de la consultation en fonction du sentiment prévu initialement.

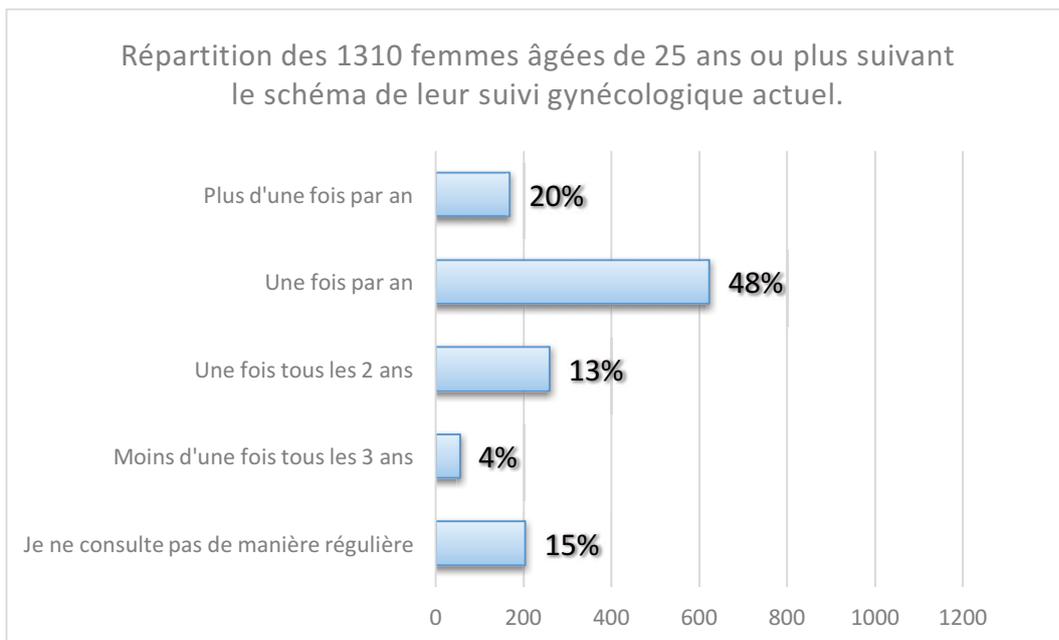
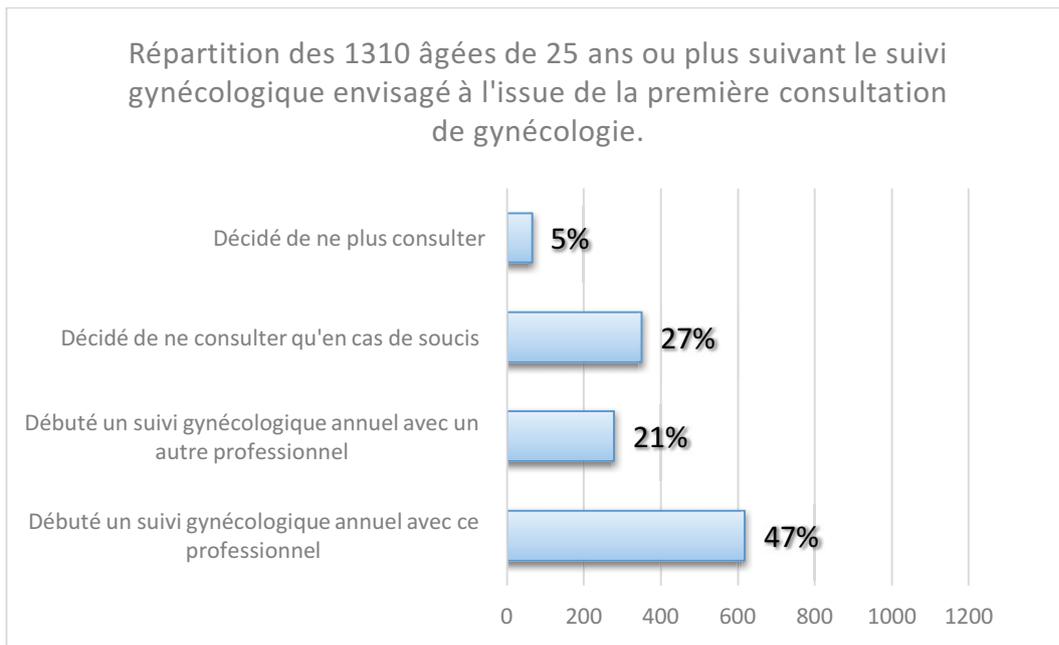


Motifs hachurés : sentiments péjoratifs.

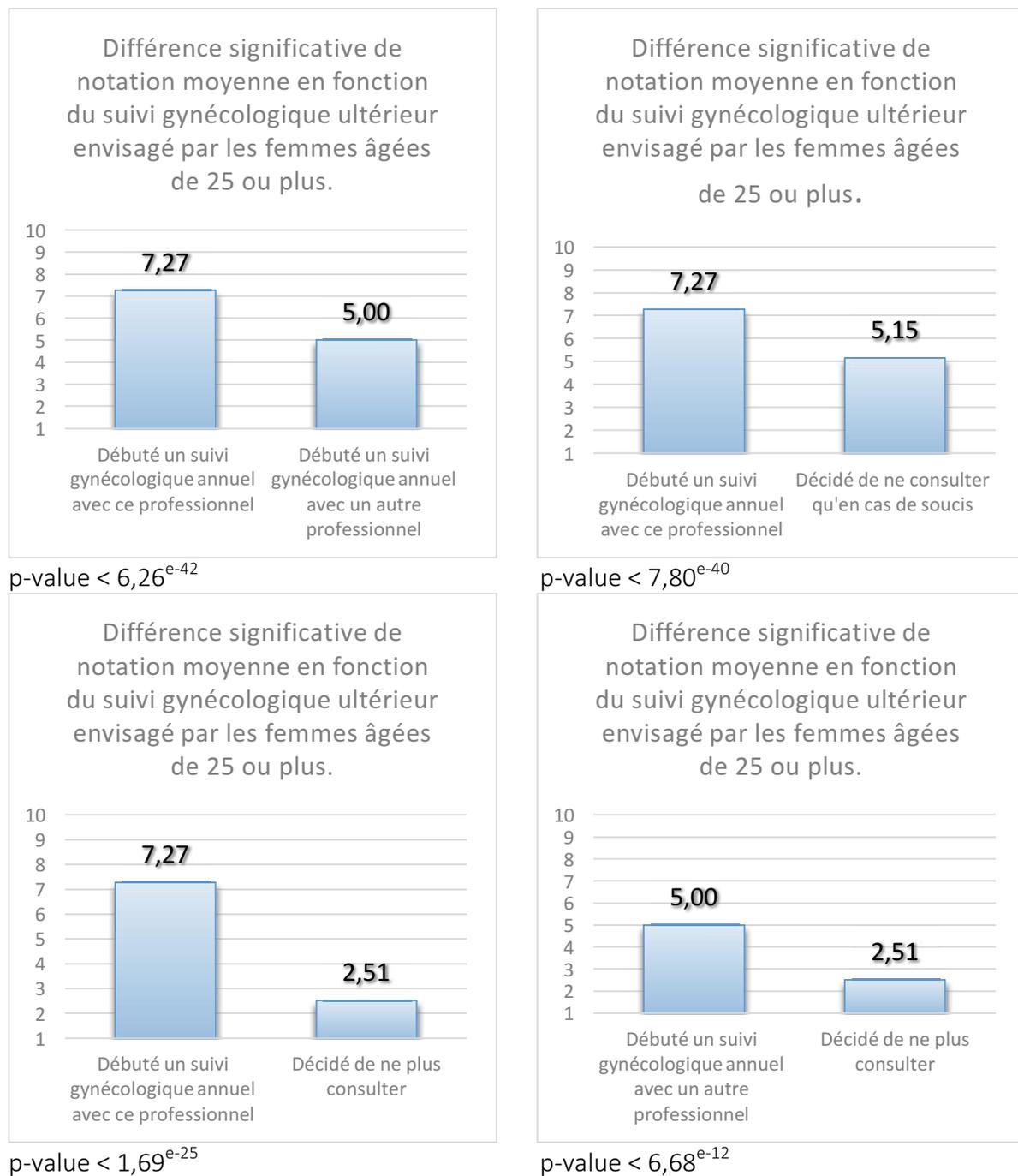
b. Comportement adopté à l'issue de la consultation chez les femmes âgées de plus de 25 ans

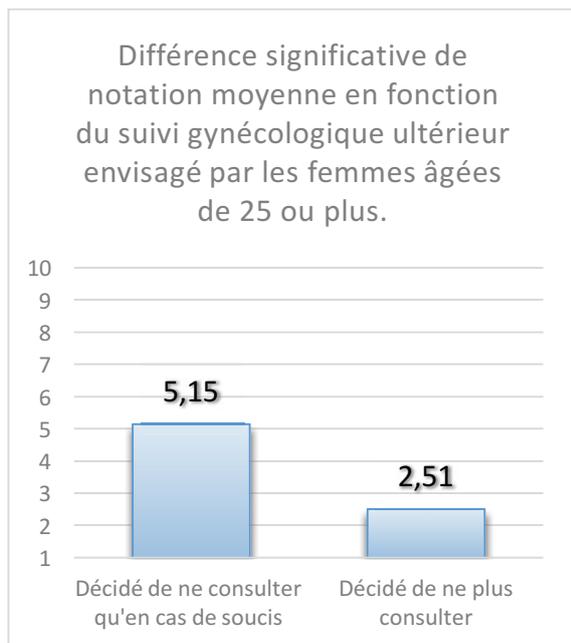
Il était demandé aux 1310 femmes âgées de plus de 25 ans si elles avaient ou non débuté un suivi gynécologique, et le cas échéant si celui-ci était avec le même professionnel de santé que lors de la première consultation de gynécologie. Différentes décisions étaient proposées.

**Figure 46** : Barres groupées illustrant la répartition des 1310 femmes, âgées d'au moins 25 ans actuellement, suivant le suivi gynécologique qu'elles envisageaient à l'issue de leur première consultation et leur schéma actuel de suivi gynécologique.



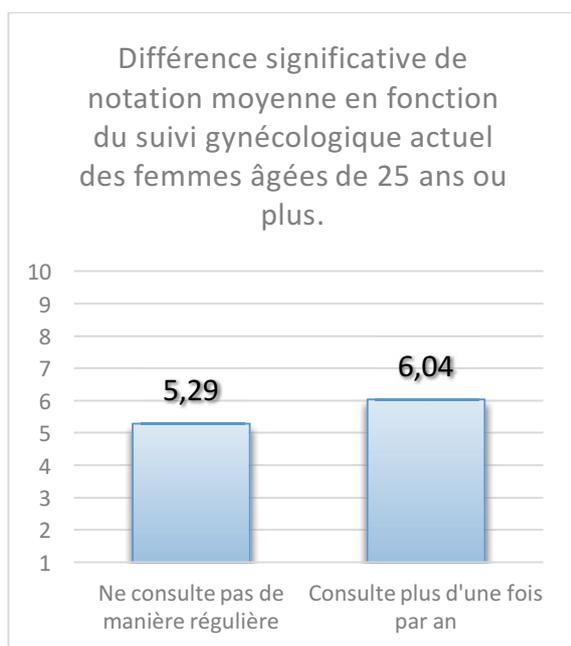
**Figure 47** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne donnée à la première consultation de gynécologie en fonction du suivi gynécologique envisagé par les femmes à l'issue de cette dernière.



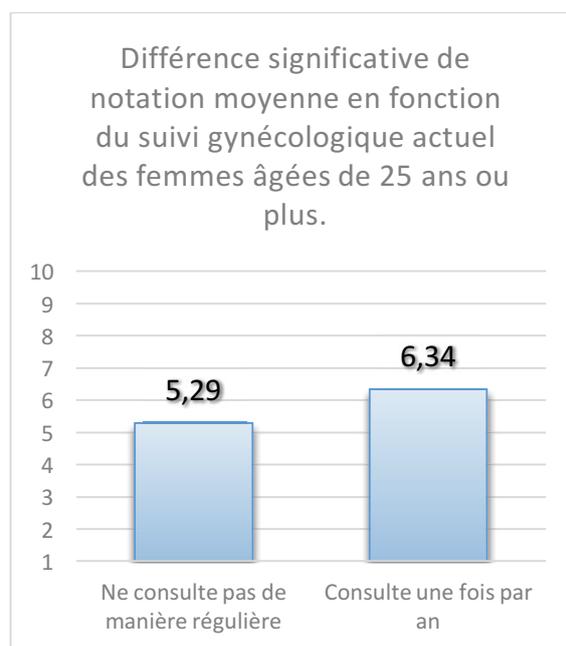


p-value < 5,83<sup>e-13</sup>

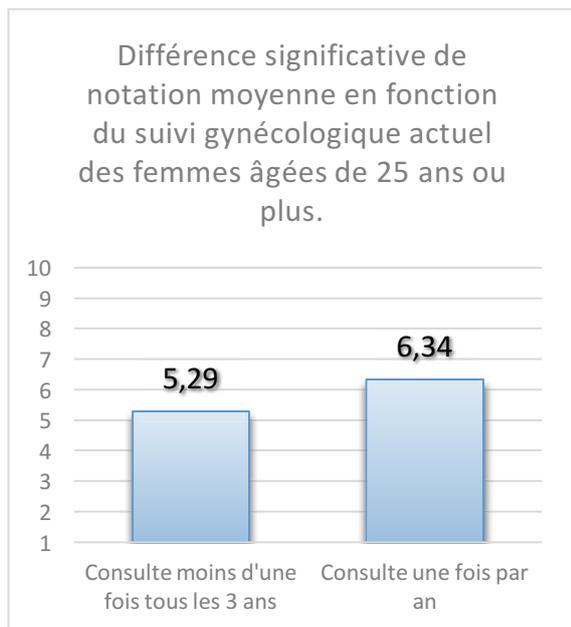
**Figure 48** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction du suivi gynécologique actuel des femmes âgées de 25 ans ou plus.



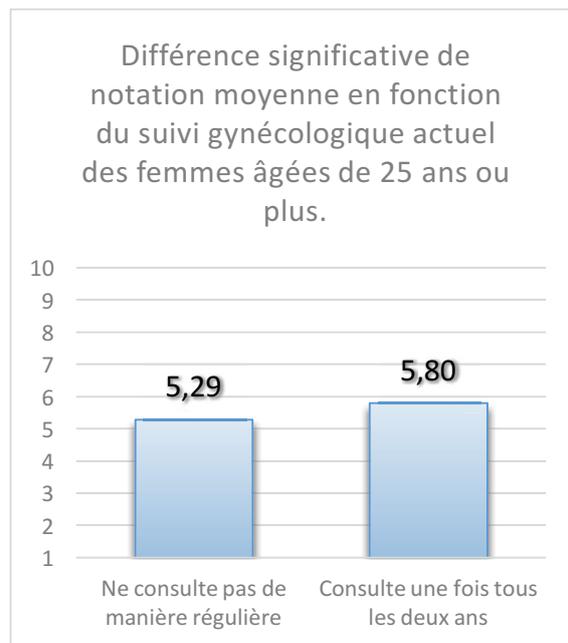
p-value < 0,06<sup>e-1</sup>



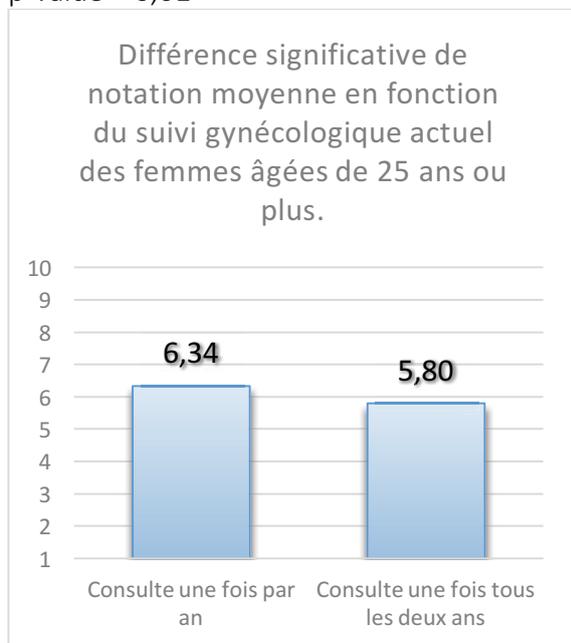
p-value < 1,31<sup>e-06</sup>



p-value < 0,01



p-value < 0,04

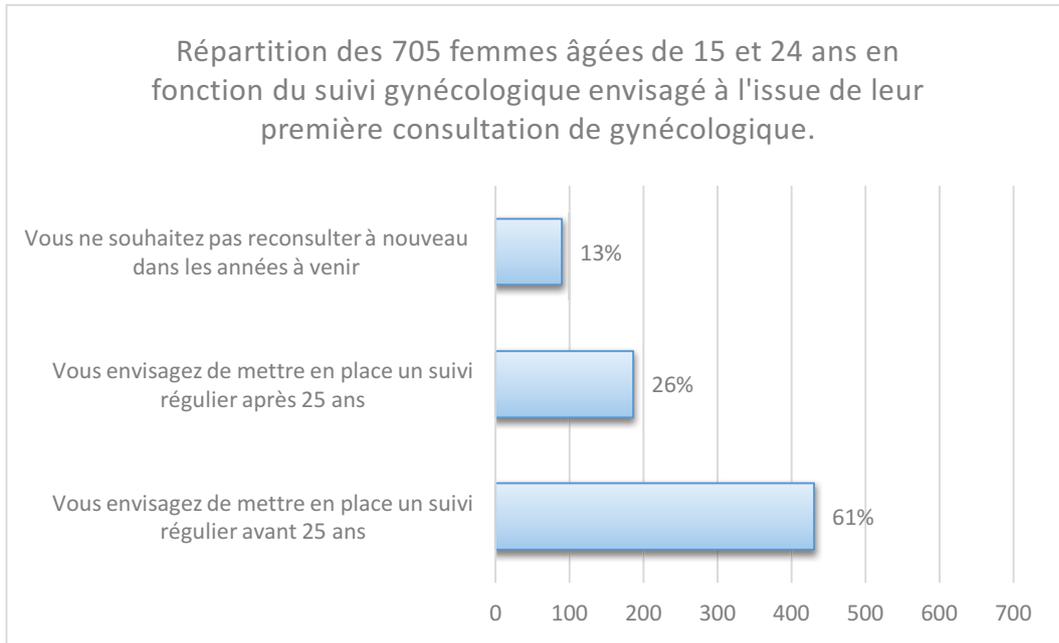


p-value < 0,01

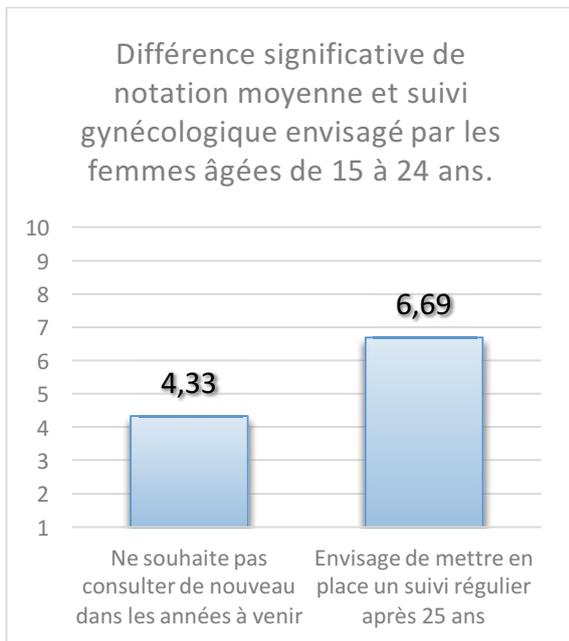
- c. Comportement adopté à l'issue de la consultation chez les femmes âgées de 15 à 24 ans

Notre échantillon des moins de 25 ans comportait 708 femmes, dont 705 étaient âgées d'au moins 15 ans et 3 avaient un âge inférieur à 15ans. Il a donc été décidé d'exclure ces dernières de l'échantillon.

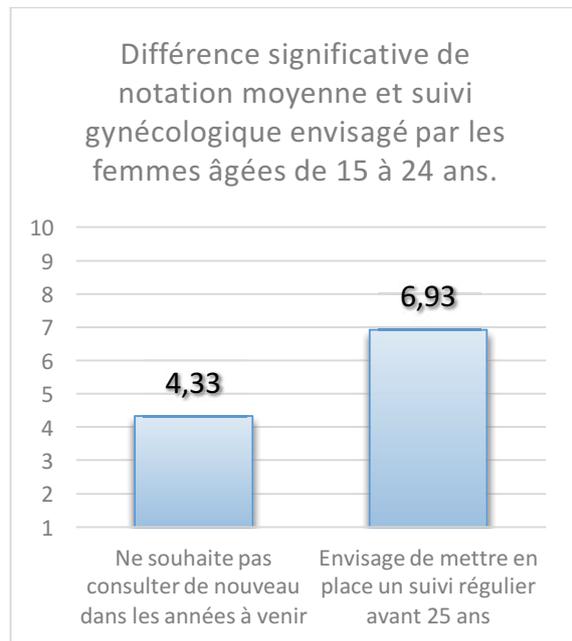
**Figure 49** : Barres groupées illustrant la répartition des 705 femmes, âgées de 15 à 24 ans, en fonction du suivi gynécologique envisagé à l'issue de leur consultation.



**Figure 50** : Histogramme représentant les différences significatives de notation moyenne en fonction du suivi gynécologique envisagé par les femmes âgées de 15 à 24 ans.

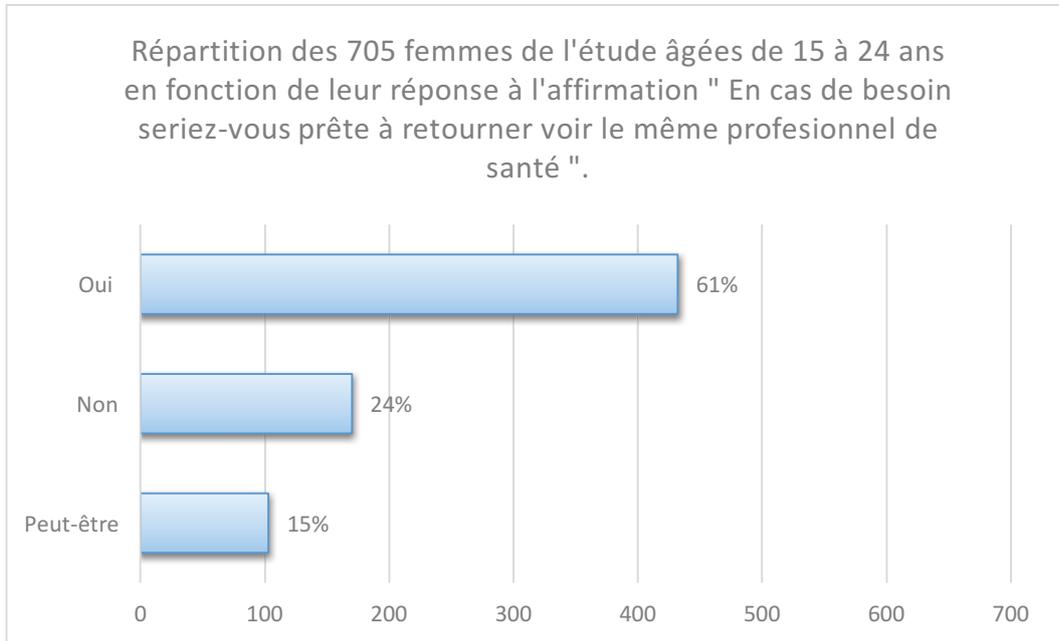


p-value < 1,81<sup>e-12</sup>



p-value < 1,33<sup>e-15</sup>

**Figure 51** : Barres groupées illustrant la répartition des 705 femmes, âgées de 15 à 24 ans, en fonction de leur réponse à l'affirmation « En cas de besoin seriez-vous prête à retourner voir le même professionnel de santé ».



Analyse et discussion

## 1. Limites et forces de l'étude

### a. Lieu de diffusion

Nous avons choisi de diffuser le questionnaire via les réseaux sociaux, en particulier Facebook, afin d'avoir un large champ de transmission et un fort taux de recrutement. Grâce à cette méthode, le partage du questionnaire était facile permettant ainsi une diffusion rapide. Nous avons ainsi pu recueillir un grand nombre de réponse dans un laps de temps court.

En revanche, cette méthode entraîne un biais de sélection, puisqu'il était nécessaire d'avoir accès à internet et de posséder un compte Facebook, Tweeter ou Instagram pour pouvoir y répondre. Facebook était notre réseau de prédilection. Il convient cependant de rappeler qu'en mars 2019, Facebook était le premier réseau social français avec 35 millions d'utilisateurs. Instagram et Tweeter en possèdent respectivement 17 et 10,3 millions<sup>33</sup>.

### b. Questionnaire

Le questionnaire possédait des réponses à choix uniques et multiples. Il permettait d'obtenir une étude majoritairement quantitative. Le fait de proposer des choix de réponse pouvait restreindre les femmes dans leur libre expression, voir les influencer. Afin de diminuer ce biais, nous avons ajouté la mention « autre » pour que la femme puisse s'exprimer si aucun des choix proposés ne lui convenait. Nous avons également, à la fin du questionnaire, laissé la possibilité aux femmes de s'exprimer en toute liberté.

Toutes les questions sont rétrospectives, entraînant ainsi un biais de mémorisation dans cette étude. Nous pouvons d'ailleurs émettre l'hypothèse que ce biais devient d'autant plus important que la première consultation est lointaine, puisqu'il a pu s'écouler parfois plus de 40 ans entre la consultation et la réponse à ce questionnaire. Nous avons donc ajouté des mentions « ne se souvient plus » afin de pouvoir exclure par la suite les femmes ayant choisi cette réponse. Cette mention obtient un faible taux de présence lorsqu'elle est choisie, nous permettant ainsi de montrer le faible impact de ce biais ne pouvant toutefois pas être ignoré.

Dans notre questionnaire, nous n'avons pas fait mention des pédiatres dans les professionnels de santé ayant pu être consultés lors de la première consultation de gynécologie. Cette consultation fait pourtant partie de leur champ de compétences. Cependant, aucune femme n'a mentionné de pédiatre dans leur dernier champ de notre questionnaire. Ce champ leur permettait de s'exprimer librement si elles le souhaitaient.

Nous n'avons volontairement pas défini ce que nous considérions comme une première consultation de gynécologie afin de laisser les femmes la définir au travers de leurs réponses.

En ce qui concerne la note attribuée à la consultation, l'échelle de notation allait de 1 à 10 entraînant une possible surestimation de la note attribuée à cette dernière puisque zéro était exclu.

Le fait d'avoir choisi d'attribuer une note à la consultation nous permet d'en évaluer son vécu. Cependant, cette note étant unique, l'influence de certains éléments sur cette dernière ne reflète qu'une tendance et non un impact certain. A posteriori, il aurait pu être envisagé d'attribuer une note à chaque élément afin d'en déterminer plus précisément l'impact sur le vécu.

### c. La population

Afin de pouvoir répondre au questionnaire, les femmes devaient savoir lire et écrire. Il leur était également nécessaire de comprendre et parler le français. Ces éléments peuvent entraîner l'exclusion de certaines femmes suivant leurs conditions socioéconomiques.

Les trois quarts (78%) des femmes de notre étude étaient âgées de 15 à 34 ans. En France, cette tranche d'âge représente, en 2019, moins d'un quart de la population (22,8%)<sup>34</sup>. Cette surreprésentation des 15-34 ans est due à la diffusion du questionnaire auprès de mes amies, d'une part, et à l'utilisation de Facebook comme vecteur de communication, d'autre part.

Ces mêmes raisons et l'âge des répondantes expliquent également que les catégories socioprofessionnelles « employée » et « étudiante » soient les plus représentées dans notre échantillon.

Notre échantillon est finalement assez homogène en termes d'âge et de catégories socioprofessionnelles.

L'ANSFO a partagé notre étude, ce qui nous a permis d'être repartagés par de nombreux professionnels de santé. Cependant, cet élément peut susciter un biais de sélection en matière de suivi gynécologique. Les professionnels de santé et leur entourage étant peut-être plus à même d'avoir un suivi en accord avec les recommandations actuelles.

### d. Thématique de l'étude

Comme nous l'avions indiqué dans l'introduction, la première consultation de gynécologie, qu'elle soit ou non associée au premier examen gynécologique, n'est que très peu étudiée. Or, au vu du nombre important de réponses dans un laps de temps relativement court, le sujet de l'étude semble avoir suscité un vif intérêt de la part des femmes. Notre étude permet de mettre un peu plus en lumière cette consultation et ses enjeux.

## 2. Etat des lieux concernant la première consultation de gynécologie

### a. Les caractéristiques des patientes

Plus de 80% des femmes de notre étude étaient âgées de 15 à 24 ans lors de la réalisation de leur première consultation de gynécologie. Plus de la moitié des femmes (64%) avaient déjà eu des rapports sexuels. Ces deux éléments permettent d'apporter un premier élément de réponse à notre première hypothèse, à savoir, « Le souhait de l'instauration d'une contraception serait le motif principal de la première consultation de gynécologie, cette consultation aurait donc lieu aux alentours de 17,6 ans <sup>35</sup>(âge moyen du premier rapport sexuel chez les femmes). ». Notre étude tend donc à confirmer cette hypothèse.

Près de 9 femmes sur 10 étaient à l'initiative de cette consultation, et dans la moitié des cas elles ont consulté accompagnées. Lorsqu'elles l'étaient, un accompagnant se distingue des autres proposés, il s'agit de la mère de la patiente. Nous pouvons suggérer ici l'existence d'un lien entre mère et fille en ce qui concerne la gynécologie. Une éducation au corps et à la sexualité faite de femme à femme.

Le fait qu'une femme sur deux ressente le besoin d'être accompagnée peut souligner une idée reçue fréquemment rencontrée : la première consultation de gynécologie est source d'angoisse. Cette idée semblerait être fondée puisque dans notre étude, 70% des femmes exprimaient un sentiment d'angoisse, de stress et/ou d'anxiété en amont de cette consultation. Les sentiments étiquetés comme « péjoratifs » sont d'ailleurs présents, associés ou non à des sentiments plus positifs, chez 88% des femmes (« perplexe » étant volontairement exclu, car ambigu, suivant les interprétations propres à chacune du mot). Chez les femmes n'ayant coché qu'une seule proposition de sentiments, ce sont également l'anxiété, le stress et/ou l'angoisse qui prédominent avant cette consultation. Seules deux femmes sur dix abordent cette consultation de manière sereine et/ou confiante.

Plus d'une femme sur deux a pour motif de consultation le choix d'une contraception. De plus, 6 femmes sur 10 ressortent de leur première consultation avec une prescription de contraception. Ce résultat nous permet de finir de valider notre première hypothèse, comme évoqué précédemment. Nous pouvons donc dire que la première consultation de gynécologie semble être réalisée en vue d'obtenir un moyen de contraception par des femmes âgées de 15 à 24 ans et débutant leur vie sexuelle.

Pour une femme sur 10, la consultation illustre une absence ou un échec de contraception, puisqu'elle se trouve confrontée à l'éventualité d'une grossesse non désirée pouvant aboutir à une IVG.

Seulement 3 femmes sur 10 consultent en vue de l'initiation d'un suivi gynécologique. Ce résultat peut s'expliquer par la proportion de femmes âgées de moins de 25 ans dans notre population. Cela tendrait à illustrer le respect des recommandations françaises en matière de suivi gynécologique développées dans notre première partie.

## b. Les caractéristiques du professionnel de santé

Comme nous l'avions prédit dans nos hypothèses, le professionnel de santé vers lequel s'orientent de manière privilégiée les femmes pour leur première consultation de gynécologie est le gynécologue (83%). Ce choix était prévisible mais l'on pourrait observer une modification du comportement de ces dernières dans les années à venir, avec l'intensification de la pénurie de gynécologue libéraux et l'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie. Cette possibilité est d'autant plus réaliste que la majorité des femmes consultent en cabinet libéral. Nous pourrions émettre l'hypothèse qu'elles associent les hôpitaux et cliniques à la pathologie. Un biais de recrutement reste cependant possible, les utilisateurs de réseaux sociaux étant plus socialement favorisés, cela pourrait influencer leurs choix de lieu de consultation et de soignant.

Un élément qui nous a interrogé était le faible recours des femmes aux CPEF, et ce alors même qu'une majorité de femmes consultent avant l'âge de 25 ans, de manière spontanée et qu'elles ne sont pas accompagnées pour la moitié d'entre elles. Toutefois la proportion de mineures n'a pas pu être calculée dans notre étude au vu des tranches d'âges proposées. Pour expliquer ce résultat, plusieurs hypothèses sont possibles, telle que la faible connaissance de l'existence des CPEF par les femmes par exemple.

Dans 7 cas sur 10, le professionnel de santé consulté est une femme : plus qu'un réel choix des patientes il semble que cela soit dû à une surreprésentation de la population féminine chez les gynécologues<sup>36</sup> et sages-femmes<sup>37</sup>. Bien que le genre du professionnel ne fût pas proposé dans les raisons du choix du professionnel de santé par les femmes, seuls 0,6% des femmes le mentionnent spontanément dans la catégorie « autre », confirmant ainsi nos dires.

Deux déterminants s'individualisent dans le choix du professionnel de santé : la proximité du lieu de vie de la femme (27%) et la recommandation de la mère de cette dernière (45%). Une fois de plus, nous pouvons mettre en valeur l'impact de la mère dans cette première consultation. Impact nous permettant de valider une troisième hypothèse : l'importance de la mère dans le choix du professionnel, et de manière plus large dans l'ensemble de la première consultation.

Concernant l'attitude du professionnel de santé, d'après le point de vue des femmes de l'étude, certains axes nécessitent d'être améliorés. En effet, moins d'une femme sur deux considère que le professionnel de santé s'est présenté. Plus alarmant, une femme sur dix considère que le professionnel ne s'est pas du tout présenté. Or, rappelons-le, la présentation, au-delà d'être une des bases sociétales, est préconisée dans les méthodes BERCER<sup>38</sup> et GATHER<sup>39</sup> (évoquées dans la première partie de ce mémoire).

Moins de la moitié des femmes (49%) considèrent que le professionnel a été à l'écoute et qu'il a répondu à ses questions. Cette consultation ne répondant entièrement à leurs attentes que dans moins de la moitié des cas (47%). Sachant qu'elle est le moment du premier contact avec le monde de la gynécologie et qu'elle se fait fréquemment au démarrage de la vie sexuelle active des femmes, il est regrettable que ces dernières ne puissent être écoutées et conseillées comme il se doit. Une femme sur dix se retrouve dans l'extrémité du questionnaire, en jugeant qu'elle ne s'était absolument pas sentie écoutée et conseillée. Dans l'idéal, toutes les patientes

devraient ressortir de la consultation avec toutes les réponses qu'elles souhaitaient afin de démarrer au mieux leur sexualité et leur vie intime. Nous sommes encore loin de cet objectif puisque moins d'une femme sur dix considère que la consultation lui a permis de mieux connaître et comprendre son corps. Toutefois, elles considèrent quand même pour une majorité (57%) que la consultation leur a été utile.

Autre chiffre alarmant, moins de quatre femmes sur dix considèrent que le professionnel de santé les a mises à l'aise. Or, il semble primordial d'instaurer un climat de confiance et de respect mutuel pour le bon déroulement de la consultation mais aussi pour avoir la meilleure prise en charge possible de la patiente. En effet, une femme ne se sentant pas à l'aise sera-t-elle à même de répondre honnêtement à toutes les questions du professionnel ? Sera-t-elle à même de se livrer, de confier d'éventuels soucis de santé ou autre au professionnel face à elle ? Il semble cohérent de penser que non. La prise en charge de la patiente ne pouvant être optimale dans ces conditions.

Pour continuer dans les points posant fortement question, moins d'une femme sur deux considère que le professionnel de santé a été bienveillant au cours de la consultation. Cela vient appuyer les éléments de réflexion précédents.

En revanche, seulement près de deux femmes sur dix ne souhaitent pas retourner voir le même professionnel pour une consultation ultérieure. Il serait intéressant d'étudier les raisons de cette ambivalence.

### c. L'examen gynécologique

Comme évoqué précédemment, nous n'avons volontairement pas défini la première consultation de gynécologie afin de laisser répondre les femmes librement suivant les représentations qu'elles en avaient et suivant ce qu'elles considéraient comme leur première consultation. C'est pour cela que nous n'avons pas mentionné l'examen gynécologique d'emblée afin de voir si dans la population « examen gynécologique » et « consultation » étaient systématiquement associés.

Nous considérons comme « examen gynécologique » les éléments suivants : toucher vaginal, examen sous spéculum, examen mammaire et toucher rectal.

Plus de 80% des femmes de l'étude ont alors eu un examen. Deux possibilités d'interprétation : les femmes considèrent leur première consultation de gynécologie comme la première fois qu'elles ont un examen gynécologique, ou bien un nombre important de professionnels de santé réalisent de manière systématique un examen gynécologique lors de la consultation. Bien que nous ne puissions, au travers de notre étude, mettre en évidence une possibilité plus que l'autre, il semble raisonnable de dire que les deux hypothèses sont plausibles pouvant ainsi expliquer un tel taux de réponses.

Concernant les conditions de réalisation de cet examen, le consentement de la femme avant celui-ci n'a été recherché que dans un peu moins d'un tiers des cas. Cela constitue un manquement au code de la santé publique<sup>40</sup>. De même, moins d'une femme sur deux (42%) a été informée de ce que le professionnel de santé était en train de pratiquer durant l'examen.

Ce même taux est retrouvé en ce qui concerne la délicatesse du professionnel et l'absence de douleur pour la patiente. Ces éléments sont alarmants. L'examen gynécologique, qu'il comporte ou non un examen vaginal, rentre dans l'intimité des femmes. Or, au travers de ces résultats nous pouvons constater que cette intimité n'est pas respectée. Il semble logique de supposer que les professionnels de santé ne l'ignorent pas volontairement. Peut-être considèrent-ils le demander implicitement ? Sans parler de maltraitance de la part de ces derniers, nous pouvons nous questionner sur la bienveillance envers le patient et la nécessité d'améliorer les conditions de réalisation de l'examen qui, certes représente le quotidien du soignant, mais ne représente en rien le quotidien du soigné.

A la notion de consentement évoquée dans le paragraphe précédent, s'ajoute la nécessité d'information. Nous observons encore une fois un manquement au code de la santé publique en matière d'information du patient<sup>41</sup> ; puisque seulement une femme sur deux a compris pourquoi l'examen gynécologique avait été réalisé. S'ajoute à cela le fait que seulement deux femmes sur dix considèrent avoir reçu des informations personnalisées. Il convient tout de même de nuancer ces propos, puisque « ne pas comprendre » ne signifie pas « ne pas être informée ». En effet, la femme a pu recevoir l'information sans pour autant l'assimiler. Parfois, lorsque le soignant utilise des termes lui semblant compréhensibles, ils ne le sont pas pour la femme. Le vocabulaire est propre à chacun. Différents éléments, notamment le métier, impacte le registre lexical des personnes.

De manière plus approfondie, lorsque l'on s'intéresse en détails aux actes réalisés pouvant constituer un examen gynécologique, nous constatons que l'examen vaginal est le plus fréquent. Qu'il soit sous forme d'examen sous spéculum et/ou de toucher vaginal. Ces deux examens concernent d'ailleurs 50% des femmes de notre étude. L'examen mammaire concerne quant à lui un peu moins d'une femme sur deux.

Ces premiers résultats laissent présager le non suivi des recommandations en matière d'examen gynécologique avant l'âge de 25 ans. Nous avons donc décidé d'analyser ces résultats. Pour cela, nous avons constitué un échantillon de femmes vierges âgées de moins de 25 ans au moment de leur première consultation, qui ne consultaient pas pour un motif nécessitant un examen gynécologique. Sur les 477 femmes interrogées, environ 35% avaient eu un toucher vaginal et/ou un examen sous spéculum. Toutefois, notre échantillon comportait des femmes parfois âgées de plus de 45ans, les recommandations ont depuis évoluées. Nous avons donc composé un autre échantillon de 184 femmes, âgées de moins de 25 ans au moment de l'étude, soit en 2018. Cela nous permettait ainsi de diminuer le biais dû aux variations de recommandations suivant l'année de réalisation de la consultation. Nous avons pu observer une amélioration des taux, passant ainsi de plus d'un tiers à moins d'un quart des femmes vierges ayant eu un examen sous spéculum et/ou un toucher vaginal. Le nombre de professionnels ne suivant pas les dernières recommandations avait donc été surestimé dans l'échantillon précédent.

#### d. La première consultation de gynécologie : la grande oubliée à améliorer

Si nous devons définir cette consultation en quelques phrases, la définition serait la suivante : première fois qu'une femme consulte un professionnel de santé pour un motif portant sur la

gynécologie. Dans une grande majorité des cas, cette consultation est liée au début de la vie sexuelle des femmes. Elle a fréquemment pour but d'obtenir un moyen de contraception et est l'occasion d'informer la femme sur son intimité.

Il est nécessaire de porter un vif intérêt à cette consultation, puisqu'elle constitue la porte d'entrée en matière de suivi gynécologique. Bien qu'elle commence à être mise en lumière, notamment par sa revalorisation monétaire<sup>42</sup>, bien des progrès restent à faire, en particulier en matière d'accueil et d'écoute des femmes, comme nous avons pu l'évoquer précédemment. Une réelle prise de conscience doit être opérée par les professionnels de santé en ce qui la concerne.

Il serait également intéressant de réaliser un questionnaire leur étant destiné, afin qu'ils s'évaluent en matière de bienveillance, de non malfeasance et de respect de leur devoir d'information et de recueil de consentement notamment. Nous pourrions par la suite confronter les résultats des deux études afin de comparer le regard des soignants à celui des soignés.

### 3. Mise en évidence des éléments impactant le vécu de la première consultation de gynécologie

#### a. Le vécu

Afin d'évaluer le vécu de cette première consultation, nous avons demandé aux femmes de lui attribuer une note comprise entre 1 et 10. Certes, il s'agit d'une notation arbitraire, puisqu'un 5 d'une femme représenterait peut-être un 7 d'une autre mais c'est justement ce qui nous intéressait : évaluer le vécu de la première consultation en influençant le moins possible les femmes, savoir ce qu'elles avaient ressenti.

Dans la partie précédente, nous avons mis en avant le fait que moins de la moitié des femmes considéraient que la consultation avait répondu à leurs attentes. La note moyenne observée attribuée à cette consultation est de 6,18 sur 10. Il est possible que cette moyenne soit surestimée de par notre échelle numérique proposée aux femmes. En effet, cette dernière ne contenait pas la valeur 0. Nous pouvons supposer que certaines femmes ont répondu par défaut 1 dû à cette absence. Ce résultat reste tout de même cohérent avec les résultats retrouvés précédemment (consultation jugée utile entre autre).

Nous nous sommes également renseignés sur les sentiments présents à l'issue de la consultation, afin d'évaluer une nouvelle fois le vécu de celle-ci. Presque deux tiers des femmes en ressortent satisfaites ou soulagées. Ces deux sentiments constituaient la même mention dans notre étude. Néanmoins, au vu des résultats antérieurs, nous pouvons émettre l'hypothèse que les femmes ont davantage coché cette mention plus pour le sentiment de soulagement que pour le sentiment de satisfaction. Trois quarts des femmes de l'étude ont au moins sélectionné une catégorie de sentiments considérés comme positifs. Nous constatons donc une inversion de la tendance puisque les sentiments prédominants en amont de la consultation étaient ceux ayant trait à l'anxiété et/ou connotés négativement. Il est cependant

important de souligner qu'une femme sur cinq ressort honteuse, embarrassée, gênée et/ou choquée de cette consultation. Cela constitue un taux de femmes non négligeable.

Nous avons cherché à connaître les facteurs impactant la notation moyenne et donc, par extension, le vécu de la première consultation de gynécologie. Nous avons classé ces facteurs en deux catégories selon l'importance de leur impact sur la notation. Plus l'écart entre les deux moyennes était élevé et plus la p-value était importante ( $p\text{-value} < 10^{-10}$ ), plus nous considérons l'impact de ce facteur comme conséquent.

## b. Les impacts primaires

### *b.1. L'état émotionnel de la femme*

Les femmes exprimant leur ressenti, en amont de la consultation, avec des adjectifs mélioratifs accordent minimum un point de plus à la consultation que celles utilisant des adjectifs péjoratifs. Notre étude permet de mettre en avant l'impact de l'état d'esprit des femmes à l'abord de cette consultation sur le vécu en lui-même de cette dernière. Il serait intéressant d'améliorer la communication autour de ce rendez-vous afin d'amener les femmes à mieux l'appréhender. Nous observons depuis quelques années une amélioration de cette communication au travers, par exemple, de l'élaboration d'une brochure à destination des patientes<sup>43</sup>.

### *b.2. L'accueil du professionnel de santé*

Lorsque les femmes ont ressenti une volonté du professionnel de santé de les mettre à l'aise, elles attribuent entre 1,5 points et 5 points de plus que celles ne l'ayant pas ressenti. De même, les femmes ayant considéré le professionnel de santé comme bienveillant attribuent au minimum presque deux points de plus à la consultation que celles ne l'ayant pas considéré comme tel. Avec un impact moindre, mais non négligeable, le fait que le professionnel de santé se soit de lui-même présenté à la femme influence positivement la notation.

Le vécu de la première consultation est donc en partie corrélé à l'attitude du professionnel de santé. Ce dernier ne doit pas l'oublier dans son exercice quotidien. Ces résultats nous permettent de mettre en valeur les attentes des femmes lors de ce rendez-vous : un professionnel accueillant et bienveillant.

### *b.3. L'information délivrée*

Les femmes s'étant senties écoutées et ayant eu des réponses à leurs interrogations accordent jusqu'à 5 points de plus à la consultation. Une différence moindre en termes de points et de p-value, mais tout de même notable, est observée entre les notes attribuées à la consultation par les femmes suivant que celle-ci leur ait ou non permis de mieux connaître et comprendre leur corps. En sachant, qu'en 2012, d'après l'étude de Maëlle Corré Labat<sup>44</sup>, la majorité des femmes ne connaissaient pas entièrement leur anatomie et les fonctions physiologiques féminines, il est regrettable que ce rendez-vous ne parvienne pas à combler ce défaut de connaissances. D'autant plus que, comme son étude l'illustre, les professionnels perçoivent ce manque de connaissances de la part des femmes. Nous pourrions donc penser que lors de cette

consultation, les soignants étant conscients de ce manque, ils aborderaient l'anatomie féminine et son fonctionnement de manière quasi systématique. Or, ce n'est pas le cas : au contraire ils ne l'abordent pas, voire ne répondent pas aux questions des femmes (en nuancant tout de même car notre étude ne demandait pas aux femmes quelles étaient leurs questions, elles ne portaient donc peut-être pas toutes sur l'anatomie et la physiologie féminine). Il serait intéressant d'étudier les raisons entravant ce devoir d'information. Manque de temps ? Choix du professionnel de santé ?

Dans le même registre, le vécu de la consultation semble meilleur lorsque cette dernière répond aux attentes des patientes et est donc, par conséquent, ressentie comme utile. La note moyenne obtenue par la consultation variant jusqu'à 5 points.

Il est raisonnable de penser que tous ces éléments sont liés. Une consultation ayant permis aux femmes de mieux connaître leur corps, de répondre à leurs attentes et interrogations étant en toute logique considérée comme plus utile qu'une consultation ne l'ayant pas fait.

#### *b.4. En cas d'examen, ses conditions de réalisation*

Avant de débiter un examen, il convient de demander l'accord du patient. L'absence de demande impacte le vécu de cet examen et plus largement celui de la consultation. Les femmes à qui l'on avait demandé entièrement ou en partie le consentement accordent 2 à 3 points de plus à la consultation. A noter qu'il existe tout de même une différence significative d'un point entre celles ayant jugées qu'on ne leur avait demandé qu'en partie leur consentement et celles jugeant l'ayant totalement donné.

Lors de l'examen, l'absence d'explication de la part du soignant et la non compréhension du choix du professionnel de réaliser celui-ci, entraînent également un moins bon vécu de la consultation. Avec un écart de notes maximal de plus de 4 points pour ces deux éléments.

Enfin, lorsque l'examen a été effectué délicatement, n'entraînant ainsi pas de douleur au moment de sa réalisation, le vécu est également meilleur. Une différence de notation maximale de 5 points étant observée. A noter cependant qu'il subsiste un biais, puisque la mise en confiance, ou non, de la patiente réalisée en amont de l'examen intervient également.

Nous pouvons donc dire, afin de ne pas pénaliser le vécu de la consultation, que l'examen gynécologique doit être réalisé après l'information de la patiente et l'obtention de son consentement. Il convient d'expliquer ces actes tout au long de l'examen et de le réaliser de la manière la plus délicate possible. L'examen sous spéculum semblant, au travers de notre étude, être l'examen impactant le plus la notation, il pourrait être proposé aux femmes de l'insérer elles-mêmes. Cette façon de faire pourrait diminuer la gêne occasionnée par cet examen, la femme étant plus à même d'adapter ses actes à ses sensations.

## c. Les impacts secondaires

### *c.1. L'autonomie de la femme*

La note attribuée à la consultation par les femmes n'ayant pas consulté de manière spontanée est inférieure à celles l'ayant fait. Ce résultat est assez logique, le non-respect de l'autonomie d'une personne ayant, en général, un impact négatif. Qui aime se voir imposer des contraintes ? Une femme sur dix n'est pas à l'origine de la consultation. Dans la majorité des cas, ces femmes étaient accompagnées de leur mère. Nous avons précédemment vu l'importance de cette dernière dans la consultation. Cette importance pourrait aussi bien être bénéfique que néfaste lorsque la mère impose ses choix à sa fille. Néanmoins, 1 femme sur 5 ne consultant pas de manière spontanée y va seule. Il existe donc plusieurs possibilités. Une femme se voit imposer la consultation par un tiers, tiers étant ici probablement la mère. Une femme se voit contrainte de consulter face à un évènement indépendant de sa volonté (l'éventualité d'une grossesse non désirée, par exemple). Face à cet évènement la femme peut se rendre seule à la consultation ou bien accompagnée, l'accompagnant étant ici, dans la majorité des cas, la mère.

### *c.2. Le motif de consultation*

Lorsque la consultation n'a pas pour motif une raison pathologique et/ou ayant un impact péjoratif sur la vie de la femme, elle semble mieux vécue.

Une consultation ayant pour thématique la sexualité de la femme est mieux vécue qu'une consultation ayant pour motif la présence de pertes vaginales, associées ou non à des démangeaisons, ou bien les menstruations. De même, une consultation ayant pour motif la contraception est mieux vécue que les deux thématiques précédentes. Nous pouvons d'ailleurs faire un rapprochement entre la thématique de la sexualité et celle de la contraception, les deux étant bien souvent liées l'une à l'autre.

Les thématiques autour des menstruations des femmes et de la symptomatologie évocatrice d'une potentielle infection génitale sont celles impactant le plus négativement la notation. En effet, elles sont sensiblement moins bien notées que celle ayant pour objet la sexualité, la contraception, l'éventualité d'une grossesse non désirée, l'initiation d'un suivi gynécologique ou de grossesse. En ce qui concerne l'éventualité d'une grossesse non désirée, une hypothèse envisageable concernant sa meilleure notation, est le fait qu'une majorité de femmes consultent dans le but de réaliser une IVG. Lorsque cela se réalise elles sont donc plus « satisfaites » du service de soins rendu.

Il n'est pas surprenant de constater que les femmes consultant pour un suivi de grossesse ou gynécologique attribuent une note légèrement supérieure puisqu'elles sont, en principe, d'avantage à l'initiative de la consultation. Cependant, la grossesse étant dans la majorité des cas un évènement heureux, nous aurions pu nous attendre à une note plus élevée, ou du moins une plus grande différence significative avec les autres motifs.

### *c.3. L'âge de la femme*

L'âge actuel des femmes mais aussi l'âge au moment de la première consultation influencent la notation.

Les femmes âgées en 2018 de 15 à 24 ans attribuent une note légèrement supérieure au rendez-vous que celles âgées de 25 à 45 ans. L'explication la plus plausible serait l'évolution des recommandations professionnelles en matière de consultation gynécologique au fil des années.

Si l'on s'intéresse à l'âge au moment de la première consultation, une légère différence de notation est constatée entre la tranche des 15-24 ans et celle des 25-34 ans. Notre étude ne nous permet pas de savoir à quoi elle est due. Les recommandations préconisent actuellement de débiter le suivi gynécologique d'une femme à partir de ses 25ans. Or, dans notre étude, nous constatons que les femmes semblent légèrement mieux vivre leur consultation à partir de cet âge.

### *c.4. Le professionnel de santé*

La note attribuée à la consultation varie également suivant le professionnel de santé consulté. Les sages-femmes obtiennent une meilleure moyenne à leur consultation que les gynécologues et médecins généralistes (traitants ou non). Les gynécologues sont les professionnels de santé les moins bien notés. Cependant, il convient de nuancer ces résultats puisque 8 femmes sur 10 consultent un gynécologue. Elles ne sont qu'une sur dix à consulter un médecin généraliste et une sur vingt à consulter une sage-femme. Il semble raisonnable de penser que plus l'échantillon est important, plus il est possible de rencontrer des insatisfactions. De plus, les sages-femmes n'ont obtenu leurs compétences en matière de gynécologie que depuis 10 ans. L'impact pourrait être dû à l'évolution des recommandations plus qu'au professionnel de santé en lui-même. Un élément supplémentaire étant la notion « d'étudiante sage-femme » dans le questionnaire. Les femmes savaient donc, par conséquent, que j'étais étudiante sage-femme, cet élément ayant pu influencer leur notation de manière positive. Aurais-je eu les mêmes écarts de notation si j'avais mentionné être « interne en gynécologie » ? Afin de mieux étudier cette différence de notation observée, il conviendrait de refaire un questionnaire, ne faisant varier que le professionnel de santé. Nous pourrions axer, par exemple, notre étude sur les femmes âgées actuellement de 15 à 25 ans pour éliminer ce biais temporel.

### *c.5. La vie sexuelle de la femme*

Nous constatons dans notre étude une très légère influence de l'activité sexuelle de la femme sur la notation, la différence restant tout de même faible en termes de chiffre mais aussi de p-value. Le fait qu'une femme ai ou non eu des rapports sexuels avant sa première consultation semble n'avoir que peu d'impact. Cela peut sembler étonnant. Nous aurions pu penser que le fait d'avoir eu des rapports sexuels, notamment si ceux-ci étaient avec pénétration, impacterait le ressenti de l'examen gynécologique et la facilité à aborder le thème de la vie sexuelle par exemple. Mais bien plus que le fait d'avoir démarré sa sexualité, c'est l'attitude du professionnel de santé qui prédomine dans le vécu de la consultation.

#### d. Les facteurs primaires et secondaires influençant le vécu de la consultation

Nous avons pu mettre en avant différents acteurs en matière d'impact sur le vécu de la première consultation de gynécologie. Certains sont intrinsèques aux patientes, d'autres extrinsèques, évitables ou non. Ceux importants à retenir sont les facteurs pouvant être modifiés. Notamment l'impact primordial du comportement du soignant en termes de relationnel, de bienveillance, d'information et de délicatesse lors de l'examen. Il serait intéressant de prendre des mesures, notamment d'informations en amont de la consultation, afin de réduire l'anxiété qu'elle procure aux femmes.

Cette consultation revêt d'ailleurs une réelle importance pour les femmes puisque, bien que certaines aient eu ce rendez-vous il y a de nombreuses années, le taux d'oubli est globalement faible. Il était en général inférieur à 5% des réponses lorsqu'il était une des options de choix.

A noter cependant que les femmes ne se souvenant plus de leur consultation n'ont sûrement pas répondu au questionnaire nommé « Première consultation de gynécologie ». Lorsque la consultation ne s'est pas bien passée, du point de vue de la femme, il semble logique de considérer qu'elle a été plus marquante. La femme était donc plus à même de s'en rappeler pour répondre au questionnaire. Ce biais de mémorisation peut donc concourir à surestimer le nombre de mauvais vécu.

### 4. Evaluation de l'impact du vécu de la première consultation sur le suivi gynécologique des femmes

#### a. Les moins de 25 ans

La majorité des femmes de cette tranche d'âge envisage de débiter un suivi gynécologique avant l'âge de 25 ans. Il serait intéressant de leur demander pourquoi puisqu'actuellement, hors recommandations spécifiques, le schéma du suivi gynécologique démarre à 25 ans. S'agit-il d'un manque d'informations ? D'un besoin ? Il est probable aussi que les femmes sous contraception, hors LARC, considèrent le fait de consulter une fois par an ou plus pour l'obtention de celle-ci comme un suivi gynécologique.

Nous pouvons remarquer que les femmes ne souhaitant pas consulter dans les années à venir attribuent une note moyenne plus faible à la consultation. Les femmes ayant un mauvais vécu de la consultation seraient donc plus à même de ne pas se faire suivre d'un point de vue gynécologique.

#### b. Les plus de 25 ans

A l'issue de la consultation et actuellement, moins d'une femme sur deux a un suivi gynécologique conforme aux recommandations qui, rappelons-le, préconisent un examen mammaire tous les ans à partir de 25ans<sup>45</sup>. Plus d'une femme sur dix ne consulte pas de manière régulière, et une sur vingt moins d'une fois tous les 3 ans. Ce qui rapporte à une femme

sur 5 ne suivant pas les recommandations en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>46</sup>. Nous en arrivons donc à la conclusion que le suivi gynécologique des femmes françaises est globalement mauvais. Mais la première consultation de gynécologie a-t-elle un impact sur ce constat ?

Il semblerait que oui, puisqu'à l'issue de cette consultation nous observons que les femmes ayant décidé de ne plus consulter attribuaient une note moyenne inférieure, voire très inférieure, à la note moyenne attribuée par les femmes envisageant de débiter un suivi annuel avec le même professionnel de santé ou un autre. Ces éléments mettent en avant un second point : plutôt que de changer de professionnel de santé à l'issue de cette consultation, certaines femmes prennent la décision drastique de ne plus du tout consulter. Pourquoi ? Est-ce un éventuel traumatisme ? Une difficulté à avoir accès à un autre soignant ? Il serait intéressant de l'étudier.

Cependant, la différence de notation se réduit, sans pour autant s'annuler, lorsque l'on s'intéresse au suivi gynécologique à plus long terme des femmes de l'étude. Il semblerait donc que certaines femmes reviennent sur leur décision initiale. A contrario, certaines femmes ayant initialement décidé de se faire suivre annuellement ne le font finalement pas.

#### c. Première consultation gynécologique et suivi ultérieur

Nous constatons que le vécu de la première consultation de gynécologie impacte le suivi ultérieur des femmes françaises, nous permettant ainsi de valider notre dernière hypothèse. Cependant, nous avons aussi pu mettre en évidence qu'il n'était pas le seul facteur influençant ce suivi. Il serait intéressant, face à une telle non adhérence aux recommandations d'étudier ces autres facteurs. C'est d'ailleurs ce que réalise en ce moment même Marion Goyeau, future étudiante sage-femme en 5<sup>e</sup> année.

Conclusion

En conclusion, cette étude nous a permis de répondre à toutes les hypothèses de départ que nous avons formulées. Nous avons également pu, dans un premier temps, mieux définir la première consultation de gynécologie et les facteurs influençant son vécu. Puis, dans un second temps, elle a permis de mettre en évidence l'importance de cette consultation et ses conséquences sur le suivi gynécologique des femmes françaises.

Cette consultation touche, en général, des femmes jeunes, au début de leur vie sexuelle active. Dans la majorité des cas, elle a pour but d'obtenir des renseignements sur la contraception et/ou d'initier l'utilisation d'un contraceptif. Les femmes françaises étant relativement peu informées sur leur anatomie et leur physiologie, ce rendez-vous apparaît comme l'occasion d'aborder ces thématiques et de répondre à leurs interrogations quelles qu'elles soient. Cette consultation appartient à la sphère de l'intime, il convient donc d'essayer d'instaurer un climat de confiance, de respect et de bienveillance.

Certains des facteurs influençant le vécu de la consultation ayant pu être mis en évidence dans notre étude sont des éléments pouvant sembler simples, logiques et acquis. Pour autant, nous avons pu constater qu'ils ne l'étaient probablement pas pour un certain nombre de soignants au vu des réponses obtenues. Le vécu de la patiente de la consultation se doit pourtant d'être une de nos priorités. La femme doit toujours figurer au centre des préoccupations puisque c'est son suivi, et donc sa santé, notamment génésique, qui sont en jeu. Nous ne pouvons pas modifier tous les facteurs, mais pour ceux modifiables, notamment ceux ayant traits au professionnel, nous nous devons de tout mettre en œuvre pour le faire.

Il serait intéressant de réaliser un questionnaire à destination des soignants. Cela nous permettrait de voir si les mêmes éléments ressortent, s'ils en ont conscience et surtout les axes d'amélioration possibles pour une meilleure prise en charge. Il serait également pertinent de rechercher d'autres facteurs impactant le vécu de la première consultation. Ou bien d'étudier ceux de notre étude de manière plus approfondie en isolant chaque facteur afin d'en déterminer précisément l'impact.

Dans notre questionnaire, la dernière mention laissait la possibilité aux femmes de s'exprimer librement sur ce qu'elles souhaitaient. Il a été mentionné plusieurs fois que la première consultation s'était bien passée mais que cela n'avait pas été le cas pour les suivantes. Nous pourrions donc réaliser une étude sur la consultation de gynécologie de manière plus générale afin de comparer les résultats obtenus avec ceux de notre étude. Cette enquête permettrait également d'évaluer de manière plus vaste l'impact d'une consultation mal vécue sur le suivi gynécologique.

Cette étude, de par ses résultats, doit certes nous alarmer mais surtout nous permettre de revoir nos pratiques. Nous pourrions envisager d'apporter un complément d'informations aux soignants sur l'enjeu de cette consultation. Cela permettra à chacun de s'interroger sur ses pratiques et de s'adapter si besoin. De même, une information devrait être donnée aux femmes. Notamment à l'école, premier lieu d'éducation des jeunes filles, mais aussi au sein de leur famille afin de dédramatiser cette consultation, leur permettant ainsi de l'envisager plus sereinement.

Cette étude avait pour but de mettre en avant le ressenti des femmes et non de critiquer le travail des soignants, puisqu'il conviendrait aussi d'étudier les conjonctures actuelles de travail des différents professionnels de santé, et surtout leur impact sur la prise en charge des patientes. Il était cependant primordial pour nous d'informer, de la manière la plus neutre possible, sur le retour des femmes en ce qui concerne cette consultation.

Nous pourrions dire que pour que la première consultation soit bien vécue, et de manière plus large, pour que toute consultation soit bien vécue, elle devrait idéalement être réalisée par un professionnel bienveillant et explicatif qui permettrait à la femme de passer outre ses premières craintes. Quant à l'examen gynécologique, il convient de l'éviter si sa réalisation n'est pas jugée nécessaire au vu des dernières recommandations.

Pour finir, ce travail a permis de mieux connaître la première consultation de gynécologie et d'en comprendre ses enjeux. Nous constatons qu'elle représente un fort enjeu de santé publique.

## Bibliographie

## Bibliographie

- [1] Adam Phillips, et Claudine Herzlich. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin. 128 Tout le savoir, 2007.
- [2] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. Consulté le 12 décembre 2018. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754>.
- [3] Code de la santé publique - Article L162-9, L162-9 Code de la santé publique. Consulté le 24 novembre 2018. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83A5DA4DC9806767148BE41FE91F4A34.tplgfr41s\\_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006692449&dateTexte=20190715&categorieLien=id#LEGIARTI000006692449](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83A5DA4DC9806767148BE41FE91F4A34.tplgfr41s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006692449&dateTexte=20190715&categorieLien=id#LEGIARTI000006692449).
- [4] Emanuele, Valeria. « La pénurie de gynécologues n'est pas près de se résoudre ». Franceinter, 27 décembre 2017. <https://www.franceinter.fr/sciences/la-penurie-de-gynecologues-n-est-pas-pres-de-se-resoudre>.
- [5] Lebreton-Lerouillois Gwénaëlle. « Atlas de la démographie médicale 2016 », 2016. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1j2jckd/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1j2jckd/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf).
- [6] Gallais Jean-Luc, et Anne Malouli. « Contraceptions des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale », 2010. [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/734/fichier\\_sfmg\\_ados\\_contraception\\_2010679b4.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/734/fichier_sfmg_ados_contraception_2010679b4.pdf).
- [7] Cogneau Joël. « Etude EPILULE », 2004.
- [8] Gallais Jean-Luc et Col. « Etude B2R ». ADESA, 2007.
- [9] Gallais Jean-Luc et Col. « Etude B2R ». ADESA, 2007.
- [10] Observatoire Régional de la Santé et Union régionale des médecins libéraux. « Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire », 2016. [https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016\\_15\\_suivi\\_gyneco\\_panel3mgpdl.pdf](https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3mgpdl.pdf).
- [11] Code de la santé publique - Article L4151-1, L4151-1 Code de la santé publique §. Consulté le 17 novembre 2018. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930152&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>.
- [12] Code de la santé publique - Article L5134-1, L5134-1 Code de la santé publique §. Consulté le 17 novembre 2018.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927644&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>.

[13] « IVG médicamenteuse en ville ». Ameli. Consulté le 22 décembre 2018. <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/ivg-medicamenteuse>.

[14] « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes ». Haute Autorité de Santé, 2015. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes).

[15] Curtis, Kathryn M., Tara C. Jatlaoui, Naomi K. Tepper, Lauren B. Zapata, Leah G. Horton, Denise J. Jamieson, et Maura K. Whiteman. « U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016 ». *MMWR. Recommendations and Reports: Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports* 65, n° 4 (29 2016): 1-66. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6504a1>.

[16] Institut National du Cancer. « La situation du cancer en France en 2012 », 2012. [https://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/INCa/INCa\\_situation%20cancer%20France%202012.PDF](https://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/INCa/INCa_situation%20cancer%20France%202012.PDF).

[17] Binder-Foucard Florence, Adrien Belot, Patricia Delafosse, Laurent Remontet, Anne-Sophie Woronoff, et Nadine Bossard. « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 », 2013. <file:///C:/Users/HP/Downloads/Estimation-nationale-incidence-mortalite-par-cancer-France-1980-2012-Partie-1-V2.pdf>.

[18] Binder-Foucard Florence, Adrien Belot, Patricia Delafosse, Laurent Remontet, Anne-Sophie Woronoff, et Nadine Bossard. « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 », 2013. <file:///C:/Users/HP/Downloads/Estimation-nationale-incidence-mortalite-par-cancer-France-1980-2012-Partie-1-V2.pdf>.

[19] « Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque - Dépistage du cancer du sein ». Institut National du Cancer, 2017. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>.

[20] Qaseem Amir, Linda L. Humphrey, Russell Harris, Melissa Starkey, Thomas D. Denberg, et 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 ». *Annals of Internal Medicine* 161, n° 1 (1 juillet 2014): 67-72. <https://doi.org/10.7326/M14-0701>.

[21] « Le cancer du col de l'utérus : points clés - Cancer du col de l'utérus ». Institut National du Cancer, 2011. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Points-cles>.

- [22] « Comprendre le cancer du col de l'utérus ». Ameli, 2019. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/comprendre-cancer-col-uterus>.
- [23] « GARDASIL 9, vaccin papillomavirus humain 9-valent ». Haute Autorité de Santé, 2018. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2796800/fr/gardasil-9-vaccin-papillomavirus-humain-9-valent](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2796800/fr/gardasil-9-vaccin-papillomavirus-humain-9-valent).
- [24] Vialard, Jean, et Parawna Zaka. « L'examen clinique dans le cadre de l'endométriose », 2011. <http://www.endofrance.org/wp-content/uploads/2014/03/lexamen-clinique-dans-le-cadre-de-lendometriose-JV.pdf>.
- [25] « Guide\_contraception.pdf ». s. d. Ministère des solidarités, de la santé, de la famille, Mars 2015. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_contraception.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf).
- [26] « Population reports GATHER guide to counseling ». s. d. Décembre 1998. <https://www.k4health.org/sites/default/files/j48.pdf>.
- [27] Sandrine Herrenschmidt, Françoise Galland, et al. 2018. « Guide La première consultation gynécologique ». [https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf\\_feuilletable/L11/index.html#p=20](https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf_feuilletable/L11/index.html#p=20).
- [28] « Revalorisation et nouveaux actes en Gynécologie ». Convention2016.ameli, Fédération des médecins de France, 2016. , [http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/PLAQUETTE\\_GYNECO\\_A4\\_V6.pdf](http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/PLAQUETTE_GYNECO_A4_V6.pdf)
- [29] « La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, synthèse ». Convention2016.ameli, 2016. [https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie\\_Synthese\\_Convention\\_2016.pdf](https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf).
- [30] « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes ». Haute Autorité de Santé, 2015. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraception\\_prescription-conseil-femmes-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf).
- [31] « DEPO PROVERA 150 mg/3 ml suspension pour injection intramusculaire profonde - Synthèse ». VIDAL, 2019. [https://www.vidal.fr/Medicament/depo\\_provera-182210.htm](https://www.vidal.fr/Medicament/depo_provera-182210.htm).
- [32] « Contraception chez l'homme et chez la femme ». Haute Autorité de Santé, 2017. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_fiches\\_memo\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf).
- [33] Tauzin, Alexis. s. d. « Classement des réseaux sociaux en France et dans le monde en 2019 - Tiz ». 1 Mars 2019. <https://www.tiz.fr/utilisateurs-reseaux-sociaux-france-monde/>.
- [34] « Population par sexe et groupe d'âges en 2019 | Insee ». s. d. Consulté le 18 juillet 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>.

- [35] Bajos, Nathalie, Delphine Rahib, et Lydié. 2016. « Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre », 6.
- [36] Lebreton-Lerouillois Gwénaëlle. « Atlas de la démographie médicale 2016 », 2016. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1j2jckd/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1j2jckd/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf).
- [37] « Nombre de sages-femmes par genre en France au 01/01/2017 ». CNOSE, 2017. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf>
- [38] « Guide\_contraception.pdf ». s. d. Ministère des solidarités, de la santé, de la famille, Mars 2015. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_contraception.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf).
- [39] « Population reports GATHER guide to counseling ». s. d. Décembre 1998. <https://www.k4health.org/sites/default/files/j48.pdf>.
- [40] *Code de la santé publique - Article R4127-36*. s. d. *Code de la santé publique*. Vol. R4127-36. Consulté le 1 juillet 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912898>.
- [41] *Code de la santé publique - Article R4127-36*. s. d. *Code de la santé publique*. Vol. R4127-36. Consulté le 1 juillet 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912897&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>.
- [42] « Revalorisation et nouveaux actes en Gynécologie ». Convention2016.ameli, Fédération des médecins de France, 2016. , [http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/PLAQUETTE\\_GYNECO\\_A4\\_V6.pdf](http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/PLAQUETTE_GYNECO_A4_V6.pdf)
- [43] Sandrine Herrenschmidt, Françoise Galland, et al. 2018. « Guide La première consultation gynécologique ». [https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf\\_feuilletable/L11/index.html#p=20](https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf_feuilletable/L11/index.html#p=20).
- [44] Corré Labat, Maëlle. 2012. « Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes. » Angers. <https://studylibfr.com/doc/436292/connaissance-et-méconnaissance-du-corps-des-femmes-par>.
- [45] « Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque - Dépistage du cancer du sein ». Institut National du Cancer, 2017. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>.
- [46] « Comprendre le cancer du col de l'utérus ». Ameli, 2019. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/comprendre-cancer-col-uterus>.

[47] « Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans ». s. d. Consulté le 23 juillet 2019. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans).

### **AIDE A LA REALISATION DU QUESTIONNAIRE.**

« PCS2003 | Insee ». Consulté le 10 avril 2018. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>.

Bajos, Nathalie, Delphine Rahib, et Lydié. « Baromètre santé 2016. Genre et sexualité d'une décennie à l'autre », 2016, 6.

### **AIDE AUX STATISTIQUES.**

« Comparaison de 2 moyennes de 2 échantillons indépendants ». Consulté le 5 juillet 2019. <http://webapps.fundp.ac.be/umdb/biostats2017/biostat/modules/module130/page3.html>.

« Les tests statistiques en pratique : comparaison de deux moyennes » Pr. Bruno Falissard. *Introduction à la statistique avec R- Chapitre 11 : Les tests statistiques en pratique : comparaison de deux moyennes*. Université Paris Sud. Consulté le 6 Juillet 2019.

### **AUTRES RESSOURCES**

Dr Maya Shaha. s. d. « Introduction à l'éthique ». Diaporama. Consulté le 19 juillet 2019. [http://arld.ch/fileadmin/user\\_upload/Documents/ARLD/WWW/Editeurs/Logopedistes/Formations/Actes\\_de\\_formation/M. Shaha - Presentation Neuchatel\\_introduction.pdf](http://arld.ch/fileadmin/user_upload/Documents/ARLD/WWW/Editeurs/Logopedistes/Formations/Actes_de_formation/M._Shaha_-_Presentation_Neuchatel_introduction.pdf).

Ledig, Agnès, et Teddy Dr Linet. 2016. *Mon guide gynéco*. Evol - santé/bien être. Pocket.

« ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE CINQUANTE-SEPTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE A57/13 Point 12.10 de l'ordre du jour provisoire ». 2004. Rapport du secrétariat A57/13. OMS. [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA57/A57\\_13-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA57/A57_13-fr.pdf).

## ANNEXES

## Annexe I

Questionnaire commun pour toutes les femmes.

  
Création de questionnaires, formulaires et sondages sur internet



### La première consultation de gynécologie

Etudiante sage-femme en 4<sup>ème</sup> année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la première consultation de gynécologie afin de mieux connaître l'impact du vécu de celle-ci sur le suivi gynécologique des femmes. Ce questionnaire anonyme s'adresse aux femmes ayant déjà consulté un professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme) pour un motif gynécologique (consultation ayant donnée, ou non, lieu à un examen gynécologique). Ce questionnaire prend entre 5 et 10 minutes pour y répondre.

Quelle est votre tranche d'âge? \*

- Moins de 15 ans
- Entre 15 et 24 ans
- Entre 25 et 34 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Plus de 45 ans

Quelle est votre profession ? \*

- Agricultrice, exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employée
- Ouvrière
- Sans activité professionnelle
- Retraitée
- Etudiante (collégienne, lycéenne, études supérieures)

Avez-vous eu une plusieurs grossesse(s) ? \*

- Oui (une seule grossesse)
- Oui (2 grossesses ou plus)
- Non

A quel âge a eu lieu votre première consultation de gynécologie ? \*

- Moins de 15 ans
- Entre 15 et 24 ans
- Entre 25 et 34 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Plus de 45 ans

Avez vous consulté de votre plein gré : \*

- Oui
- Non

Quel(s) étai(en)t le ou les motif(s) de cette consultation ? \*

- Choix d'une contraception (informations sur les moyens, prescription)
- Sexualité (renseignements, début d'activité sexuelle, troubles ...)
- Présences de pertes vaginales inhabituelles, démangeaisons
- Règles abondantes, douloureuses ou jugées anormales
- Possibilité d'une grossesse non désirée, désir IVG
- Rapports sexuels à risque
- Débuter un suivi gynécologique annuel ou régulier
- Débuter un suivi de grossesse
- Autre

Si autre, quel était le motif ?

Le professionnel de santé consulté était-il : \*

- un homme
- une femme

Le professionnel de santé était-il : \*

- votre médecin traitant
- un médecin généraliste autre que votre médecin traitant
- un gynécologue
- une sage-femme

La consultation a eu lieu : \*

- Dans un cabinet libéral en zone rurale (moins de 10 000 habitants)
- Dans un cabinet libéral en zone urbaine (plus de 10 000 habitants)
- Dans une clinique privée
- Dans un hôpital public
- Dans un centre de planification et d'éducation familiale
- Autre

Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente veuillez détailler

Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous dirigée vers ce professionnel de santé ? \*

- Professionnel recommandé par ma mère
- Professionnel recommandé par une autre femme de mon entourage familial

- Professionnel recommandé par des amies
- Professionnel recommandé par un autre professionnel de santé
- Professionnel à proximité de chez moi
- Professionnel ayant des critiques favorables sur internet
- Professionnel ayant les disponibilités les plus rapides
- Autre

Si la réponse à la question précédente est "Autre" veuillez détailler la raison:

Pour cette consultation vous étiez : \*

- Accompagnée de votre mère
- Accompagnée par un autre membre de votre famille
- Accompagnée par une ou des amies
- Accompagnée par votre conjoint, petit ami
- Non accompagnée

Aviez-vous déjà eu des rapports sexuels avant cette consultation ? \*

- Oui
- Non

A l'approche de cette consultation vous diriez que vous étiez : \*

- Sereine/confiante
- Anxieuse/stressée/angoissée
- Curieuse
- Honteuse/gênée/humiliée
- Perplexe
- Autre

Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente veuillez détailler

A l'issu de cette consultation vous diriez que vous étiez: \*

- Honteuse/embarrassée/gênée/choquée
- Satisfaite/soulagée
- Déçue/triste/énervée
- Agréablement surprise
- Frustrée/soucieuse/inquiète
- Autre

Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente veuillez détailler

Lors de cette consultation, avez-vous eu: \*

- Un toucher vaginal
- Un examen gynécologique sous spéculum
- Un examen mammaire
- Un toucher rectal
- Une prescription de contraception
- Une prescription autre
- Des informations jugées personnalisées
- Aucun des éléments précédents

Quelle note donneriez-vous à cette consultation ? \*



Concernant la consultation:

	Totalement d'accord	En partie d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne me souviens plus
Cette consultation a répondu à mes attentes *	<input type="radio"/>				
Cette consultation a été utile *	<input type="radio"/>				
Cette consultation m'a permis de mieux connaître et comprendre mon corps *	<input type="radio"/>				

Concernant le professionnel de santé

	Totalement d'accord	En partie d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne me souviens plus
Le professionnel s'est présenté *	<input type="radio"/>				
Le professionnel était à l'écoute et a répondu à mes questions *	<input type="radio"/>				
Le professionnel m'a mis à l'aise *	<input type="radio"/>				
Le professionnel était bienveillant *	<input type="radio"/>				
Retourner voir le même professionnel de santé ne me dérange pas *	<input type="radio"/>				

Si examen gynécologique :

	Tout à fait d'accord	En partie d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne me souviens plus
Le professionnel m'a expliqué ce qu'il faisait	<input type="radio"/>				
Le professionnel m'a demandé mon consentement avant d'effectuer l'examen	<input type="radio"/>				
Le professionnel a été délicat et ne m'a pas fait mal	<input type="radio"/>				
J'ai compris pourquoi l'examen avait été réalisé	<input type="radio"/>				

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie pour votre contribution à ce mémoire, n'hésitez pas à le partager avec les femmes de votre entourage !

SUIVANT

## Annexe II

Questions concernant le suivi gynécologique des femmes âgées de 15 à 24 ans.

- A l'issue de cette consultation: \*
- Vous envisagez de mettre en place un suivi régulier après 25 ans
  - Vous envisagez de mettre en place un suivi régulier avant 25 ans
  - Vous ne souhaitez pas reconsulter à nouveau dans les années à venir

A l'issue de cette consultation, en cas de besoin, vous seriez prête à retourner voir le même professionnel \*

- Oui
- Peut-être
- Non

## Annexe III

Questions concernant le suivi gynécologique des femmes âgées de 25 ans ou plus.

A l'issue de cette consultation vous avez : \*

- Débuté un suivi gynécologique annuel avec ce professionnel
- Débuté un suivi gynécologique annuel avec un autre professionnel
- Décidé de ne consulter qu'en cas de soucis
- Décidé de ne plus consulter

Actuellement, vous consultez : \*

- Plus d'une fois par an
- Une fois par an
- Une fois tous les 2 ans
- Moins d'une fois tous les 3 ans
- Je ne consulte pas de manière régulière

Le professionnel de santé pour votre suivi gynécologique: \*

- Est le même que pour votre première consultation
- Est différent (souhait de votre part)
- Est différent (autre, déménagement, arrêt d'activité...)

# La première consultation de gynécologie : conditions, vécu et impact sur le suivi gynécologique ultérieur des femmes françaises.

## Résumé

**Objectifs** : Réaliser un état des lieux sur les conditions de déroulement de la consultation considérée, par les femmes françaises, comme leur première consultation de gynécologie. Evaluer le vécu de cette consultation et les facteurs influençant ce dernier. Evaluer l'impact de cette consultation sur le suivi gynécologique des françaises.

**Population et méthodes** : Une étude descriptive, transversale et multicentrique a été diffusée via les réseaux sociaux (majoritairement Facebook). Elle inclue 2018 femmes âgées de moins de 15 ans à plus de 45 ans. Les femmes de notre étude devaient résider en France et avoir réalisé leur première consultation dans ce pays. Les résultats ont été recueillis du 7 Juin au 23 Août 2018. Ils ont ensuite été analysés, après avoir vérifié qu'il était possible de le faire, sur Excel grâce à un test de Student.

**Résultats** : Les femmes consultent, en majorité (80%), pour la première fois lorsqu'elles ont entre 15 et 24 ans et démarrent une vie sexuelle active (64%). Cette consultation, plus d'une fois sur deux, est programmée dans le but d'obtenir des renseignements sur la contraception ou un moyen contraceptif. Elle est associée à un sentiment anxigène pour plus de 70% des femmes. Un examen gynécologique est réalisé lors de ce rendez-vous dans plus de 80% des cas. Cette consultation obtient une moyenne de 6,18 sur 10. Les facteurs retrouvés comme ayant le plus d'influence sur la note moyenne et le vécu de la consultation, sont : l'attitude du professionnel de santé (accueil, bienveillance, informations délivrées et conditions de réalisation de l'examen si examen il y a) et l'état émotionnel de la femme se rendant à la consultation. La majorité des femmes, presque deux tiers, ressortent soulagées de ce rendez-vous. En revanche, seulement 57% des femmes le déclare utile et moins d'une sur deux considère que la consultation a répondu à leurs attentes. Les femmes n'ayant pas, ou n'envisageant pas, un suivi gynécologique en adéquation avec les dernières recommandations, attribuent une note inférieure à cette consultation. Cependant, moins d'une femme sur deux, a un suivi gynécologique conforme. Le vécu de la première consultation n'apparaît donc pas comme le seul facteur impactant le suivi gynécologique.

**Conclusion** : Ce travail permet de mieux connaître la première consultation de gynécologie et d'en comprendre ses enjeux. Elle se révèle être la porte d'entrée en matière de suivi de la santé gynécologique des femmes. Il apparaît comme primordial d'améliorer les conditions de cette consultation en informant et éduquant les patientes et les soignants sur son importance. Cette consultation représente un fort enjeu de santé publique.

**Mots-clés** : consultation, gynécologie, vécu, examen gynécologique, suivi gynécologique.