



HAL
open science

État des lieux des connaissances des lycéennes dans des établissements puydômois sur la première consultation gynécologique

Anaïs Massé

► **To cite this version:**

Anaïs Massé. État des lieux des connaissances des lycéennes dans des établissements puydômois sur la première consultation gynécologique. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01962599

HAL Id: dumas-01962599

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962599>

Submitted on 20 Dec 2018

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES LYCEENNES
DANS DES ETABLISSEMENTS PUYDOMOIS SUR LA
PREMIERE CONSULTATION GYNECOLOGIQUE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

MASSÉ Anaïs

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES LYCEENNES
DANS DES ETABLISSEMENTS PUYDOMOIS SUR LA
PREMIERE CONSULTATION GYNECOLOGIQUE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

MASSÉ Anaïs

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



Remerciements

A ma directrice de mémoire, Chloé DESMARTIN, et ma co-directrice, Séverine TAITHE, pour leurs conseils et corrections.

Au Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand, à l'Inspection Académique du Puy-de-Dôme, aux lycées, infirmiers, professeurs et élèves volontaires, sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

A Céline LAMBERT, biostatisticienne de la Délégation à la recherche clinique et à l'innovation, pour son aide précieuse lors de la réalisation des statistiques.

A Annie et Sylvain pour leurs relectures attentives.

A ma promotion, pour tous les bons moments partagés au cours de ces quatre années.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue, encouragée et qui m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui.

A Ludo, pour son soutien quotidien, sa vision positive et sa patience.

Glossaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LEGT : Lycées d'Enseignement Général et Technologique

LP : Lycées Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Sommaire

Introduction	2
Revue de la littérature	5
1. Le suivi gynécologique	6
2. La première consultation gynécologique	12
3. L'adolescence	15
4. Les connaissances et sources d'information	19
Méthode	25
1. Etude et objectifs.....	26
2. Population et méthode.....	26
Résultats	31
1. Taux de participation à l'étude.....	32
2. Population étudiée.....	32
3. Connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique	35
4. Analyse comparative des connaissances.....	38
Discussion	48
1. Atteinte des objectifs.....	49
2. Limites et points forts de l'étude.....	49
3. Discussion sur les principales caractéristiques de la population étudiée	51
4. Discussion sur les modalités d'accès à la première consultation gynécologique	52
5. Discussion sur les résultats concernant l'état des connaissances des lycéennes à propos de la première consultation gynécologique	57
6. Projets d'action.....	68
Conclusion	70
Références bibliographiques	
Annexes	

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que l'adolescence est une période de transition critique de la vie, qui est située après l'enfance et qui prépare à l'âge adulte. Elle est marquée par le début de la puberté, qui a lieu entre 10 et 19 ans, avec des phénomènes de croissance importante et de développement humain. Il s'agit d'une période de maturation physique et sexuelle, d'acquisition d'indépendance sociale et économique, de développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte, et de la capacité de raisonnement abstrait [1]. Consulter en gynécologie à l'adolescence consiste à faire l'apprentissage de normes corporelles et sexuelles féminines [2]. La toute première consultation gynécologique est souvent redoutée par la jeune femme puisqu'elle touche à l'intime dans un moment où le corps est en plein bouleversement [3]. Pourtant cette première consultation n'est que le début d'un suivi indispensable qui va durer tout au long de la vie d'une femme. Il est donc primordial que les jeunes filles soient correctement informées quant aux conditions et au déroulement de cette première consultation avant même qu'elle n'ait eu lieu. Ces informations permettent de minimiser leurs craintes et facilitent par la suite un suivi gynécologique régulier.

D'après une enquête nationale sur l'accès aux soins des étudiants réalisée par le « Réseau national des mutuelles étudiantes de proximité », seules 44,88 % des étudiantes interrogées avaient eu recours à une consultation pour un examen gynécologique en 2015 [4]. Au vu de ces résultats, on peut se demander si des freins sont à l'origine de ce faible taux de consultation de la part des étudiantes, et si notamment elles ont eu des informations correctes et suffisantes concernant la première consultation et le suivi gynécologique qui en découle. La problématique de cette étude est donc la suivante : « Qu'en est-il des connaissances des adolescentes sur la première consultation gynécologique ? ».

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des lycéennes du Puy-de-Dôme sur la première consultation gynécologique. La description de ces connaissances vise à orienter les professionnels et l'entourage vers les informations manquantes et nécessitant d'être expliquées davantage aux jeunes.

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée. L'organisation du suivi gynécologique et la description du déroulement de la première consultation gynécologique ont tout d'abord été abordées, suivie d'une partie sur l'adolescence et la sexualité, et enfin un descriptif des principales sources d'informations accessibles aux jeunes a été établi.

Dans un second temps, la population et la méthode de recherche ont été expliquées, puis les résultats obtenus ont été exposés.

Pour finir, une discussion a été élaborée autour des résultats de ce travail de recherche, en apportant des réflexions en rapport avec les données de la littérature. Des projets d'action à mettre en œuvre ont aussi été proposés.

Revue de la littérature

1. Le suivi gynécologique

1.1. Les enjeux du suivi gynécologique

La gynécologie est une spécialité médicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital, du point de vue tant physiologique que pathologique. Elle comporte plusieurs domaines tels que la gynécologie de prévention permettant de dépister des maladies avant qu'elles ne deviennent graves chez des patientes asymptomatiques, la contraception, l'orthogénie et la sexologie. Elle se préoccupe aussi des troubles fonctionnels du cycle qui sont fréquents à l'adolescence [3, 5].

Le suivi gynécologique concerne toutes les femmes. Les consultations de suivi gynécologique de prévention ne sont pas obligatoires en France mais il est recommandé de réaliser une consultation annuelle auprès d'un médecin généraliste (qui peut aussi être le médecin traitant), d'un gynécologue ou d'une sage-femme à partir du début de l'activité sexuelle. Mais, du fait de leur caractère non obligatoire, beaucoup de patientes ne consultent qu'en cas de problème [3, 6, 7].

Dans un mémoire sur le « suivi gynécologique en milieu rural » réalisé en 2014 dans le Nord Pas de Calais, 19,3 % des femmes considéraient qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un suivi gynécologique tous les ans : la raison était le fait de ne ressentir aucun problème pour 27 % d'entre elles, et 40 % estimaient que ce suivi était à réaliser tous les deux ans [8].

Le suivi gynécologique permet pourtant à la femme d'avoir une contraception personnalisée, limitant les cas de grossesses non prévues qui représentent en France une grossesse sur trois, aboutissant six fois sur dix à une Interruption volontaire de grossesse (IVG). Mais quatre IVG sur dix ont lieu chez des femmes utilisant une contraception à forte efficacité théorique [9, 10]. Il est donc primordial pour les professionnels d'informer la patiente sur tous les modes de contraception lors d'une consultation spécialement dédiée afin qu'elle choisisse librement sa contraception et de limiter au maximum son utilisation incorrecte et ses conséquences. Adopter une contraception dès le premier rapport sexuel est de bon augure, sachant que les femmes ont leur premier

enfant en moyenne à 28,5 ans, soit une dizaine d'année après leur premier rapport [11, 12].

Même chez les femmes non actives sexuellement, la consultation gynécologique est tout aussi importante puisqu'elle permet de détecter certains dysfonctionnements hormonaux, une anomalie mammaire,... et d'agir en conséquence.

Dans les résultats de l'étude sur le « suivi gynécologique en milieu rural », 80,1 % des femmes déclaraient se faire suivre sur le plan gynécologique et seulement 58,2 % de la population consultaient au moins une fois par an. La population 26-60 ans se faisait statistiquement plus suivre que celles aux âges extrêmes dont les 18-25 ans qui étaient seulement un peu plus de 60 %. De plus les femmes ayant une profession avaient statistiquement un meilleur suivi que les étudiantes qui étaient là encore seulement un peu plus de 60 % à se faire suivre sur le plan gynécologique [8].

La pudeur, la peur de l'examen gynécologique, la peur du résultat, l'éloignement, le délai jugé « trop long » pour avoir un rendez-vous et le coût jugé « trop important » sont des freins majeurs expliquant entre autre ce non-suivi de la part des femmes [8].

1.2. La consultation gynécologique et l'examen gynécologique

Deux situations peuvent amener une patiente à consulter pour un examen gynécologique. Soit la patiente présente une pathologie qui nécessite un examen gynécologique : il s'agit d'une consultation dans le cadre d'une démarche diagnostique. Soit la patiente ne présente à priori pas de pathologie gynécologique et elle vient pour un examen gynécologique de routine : il s'agit alors d'une démarche de dépistage [6].

Dans une enquête menée aux Etats-Unis en 2006 auprès d'étudiantes actives sexuellement, 75,6 % avaient eu un examen gynécologique dans l'année précédent l'étude. Les étudiantes âgées de 18 à 20 ans, celles d'origine Asiatique ou Hispanique, les étudiantes homosexuelles ou n'ayant pas d'assurance maladie avaient significativement moins eu recours à un examen gynécologique [13].

1.2.1. Interrogatoire

Avant de débiter l'examen clinique, un interrogatoire minutieux doit être réalisé afin de déterminer le ou les motif(s) de la consultation, répertorier les antécédents personnels et familiaux de la patiente, les allergies, les prises médicamenteuses, les dépendances et faire décrire la symptomatologie de la patiente [6]. C'est aussi l'occasion pour le professionnel de dépister d'éventuelles violences.

Outre son côté médical, cet interrogatoire est aussi l'occasion pour la patiente de rentrer en confiance avec le professionnel. C'est un temps d'échange essentiel qui est strictement confidentiel, au cours duquel la patiente pourra aussi poser ses questions, exposer au professionnel ses doutes et inquiétudes, auxquels ce dernier tachera d'apporter des réponses aussi claires et précises que possible. Il est aussi important pour le professionnel d'évoquer le sujet des Infections sexuellement transmissibles (IST) avec sa patiente au cours de la consultation. En effet, un manque de connaissance des jeunes âgés de 15 à 25 ans, notamment sur la transmission, la prévention et le traitement du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et un sentiment d'invincibilité face aux risques liés au virus, ont été mis en évidence par un sondage réalisé par l'Institut français d'opinion publique en 2016. Le sentiment d'information global sur le VIH s'est détérioré, avec 89 % de la population qui se disait bien informée en 2015 contre 82 % en 2016 [14].

1.2.2. Examen clinique général

Le praticien s'intéresse ensuite à l'état général de la patiente, notamment sa morphologie et la recherche d'une éventuelle altération de l'état général ou de pathologie(s) des autres appareils. La taille et le poids sont requis pour calculer l'indice de masse corporelle et la mesure de la pression artérielle est réalisée [3, 6, 15].

1.2.3. Examen clinique gynécologique

L'examen gynécologique doit être réalisé avec douceur, tout en expliquant chaque étape et chaque geste afin de permettre à la patiente de se détendre au maximum pour rendre l'examen le moins désagréable possible. Les femmes qui ont éprouvé de la

douleur ou de l'inconfort pendant l'examen sont moins susceptibles de revenir pour une prochaine consultation. Elles ont tout à fait le droit de le refuser [3, 6, 16].

Il comprend un examen abdominal au cours duquel une inspection et une palpation sont réalisées, et un examen périnéal à la recherche d'anomalies du périnée ou des organes génitaux externes [6].

S'en suit un examen pelvien dont la réalisation systématique n'est pas indiquée par l'American College of Physicians chez des femmes majeures, asymptomatiques, non enceintes, puisque la détection d'un cancer ovarien ou d'une infection vaginale par l'examen pelvien est faible. Malgré ces recommandations, il est souvent réalisé chez des femmes asymptomatiques dans le but de rechercher une pathologie [16].

Cet examen pelvien débute par un examen sous spéculum permettant d'observer le col utérin, d'examiner la glaire cervicale et le vagin à la recherche d'infection(s) ou de malformation(s). Si un dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin doit être réalisé, c'est à ce moment là que le professionnel fera le prélèvement [6].

Il est suivi d'un toucher vaginal combiné à un palper abdominal afin d'explorer la cavité pelvienne : sont examinés la face postérieure de la vessie et l'urètre terminal, le col utérin, le vagin et le cul de sac de Douglas, le corps utérin et les annexes [6]. Il doit être réalisé avec délicatesse.

Un troisième temps peut parfois être nécessaire si l'examen vaginal est peu performant : il s'agit du toucher rectal qui n'est pas réalisé systématiquement mais qui peut aussi être associé au toucher vaginal en cas de prolapsus ou d'endométriose notamment [6, 16].

Les pathologies pelviennes qui peuvent potentiellement être détectées par l'examen pelvien sont un cancer, une infection ou une inflammation pelvienne asymptomatique.

1.2.4. Examen sénologique

Avant ou après l'examen pelvien, un examen sénologique doit être réalisé à partir de 30 ans, voire plus jeune chez les femmes à risque de cancer familial. Il consiste en une inspection des seins, des aréoles et des mamelons, et une palpation des seins, des

aires ganglionnaires axillaires et des aires ganglionnaires sus-claviculaires [6]. Cet examen ne doit pas être douloureux mais il peut parfois être désagréable notamment lors des menstruations où les seins peuvent être plus sensibles.

1.2.5. Examens complémentaires

Des examens complémentaires peuvent être réalisés lors de la consultation ou être prescrits, en fonction de l'âge et des conclusions de l'examen.

La Haute autorité de santé (HAS) recommande la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au niveau national. Il doit être réalisé tous les trois ans, après deux frottis cervico-utérins normaux à un an d'intervalle, pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, asymptomatiques, vaccinées ou non contre le papillomavirus humain, et ayant ou ayant eu une activité sexuelle. S'il est réalisé avant 25 ans, le risque est de trouver des dysplasies « normales » qui ne donneront jamais de cancer et qui entraîneront bien souvent une prise en charge inutile [3, 17].

D'après l'American College of Physicians, l'examen de dépistage du cancer du col de l'utérus devrait être limité à l'inspection visuelle du col de l'utérus et au prélèvement cervical, et ne devrait pas entraîner un examen pelvien complet [16].

Un dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004. Il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen : elles sont invitées à réaliser tous les deux ans une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé [18].

En fonction des données obtenues lors de l'interrogatoire et de l'examen, un prélèvement vaginal pourra être réalisé à la recherche de germes à l'origine d'infections vaginales, d'IST et notamment du *Chlamydiae trachomatis* ou du *Mycoplasme urogénital*. Une échographie pelvienne pourra aussi être effectuée afin de visualiser directement les organes. D'autres examens pourront être prescrits en fonction du cas clinique : examen cytobactériologique des urines, etc...

1.3. Compétences de la sage-femme dans le suivi gynécologique

Depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » du 21 juillet 2009, la sage-femme peut réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention sous réserve qu'elle adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique (article L.4151-1 du code de la santé publique modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011). Elle peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique (article R.4127-324 du code de la santé publique) [19].

D'après l'article R.4127-318 du code de la santé publique, elle est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie à l'occasion de ces consultations. Elle est notamment autorisée à pratiquer l'échographie gynéco-obstétricale ainsi que l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs [19].

D'après l'article L.5134-1 du code de la santé publique, la sage-femme peut prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. Auprès des mineures, les contraceptifs peuvent être prescrits, délivrés et administrés en dehors de tout recueil obligatoire, au préalable, du consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal [19].

Cette extension des compétences à la sage-femme permet ainsi de développer la prévention et le dépistage des IST et des cancers de la femme, et d'élargir l'accès à la contraception. Elle peut notamment prescrire et réaliser la vaccination contre les papillomavirus humains qui est recommandée pour les jeunes filles entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus [20].

Dans les zones de désert médical, le manque de médecins a conduit les femmes vers les sages-femmes libérales pour leur suivi gynécologique de prévention et leur contraception. Dans les zones où les sages-femmes sont connues pour assurer les consultations de suivi de grossesse, le transfert vers le suivi gynécologique de prévention se fait très naturellement [21].

Les sages-femmes libérales sont de plus en plus nombreuses et exercent de plus en plus le suivi gynécologique. Elles représentaient 14 % des sages-femmes en activité en 2010, et 21 % en 2016. De 2010 à 2016, le nombre de sages-femmes exerçant en libéral est passé de 3 375 à 6 175 professionnelles. Au 1^{er} janvier 2016, 22 312 sages-femmes exerçaient leur activité en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, selon le répertoire partagé des professionnels de santé. Parmi ces sages-femmes, 3 063 exerçaient en Auvergne - Rhône-Alpes comprenant 622 sages-femmes libérales exclusives, 299 sages-femmes mixtes, 1 988 salariées hospitalières et 154 autres salariées [21–23].

2. La première consultation gynécologique

Au cours de la première consultation gynécologique, la femme va parler pour la première fois de sujets intimes avec un professionnel qui lui est inconnu et qui devra la mettre en confiance. Il faut donc favoriser une atmosphère détendue. Il est aussi important pour la femme de discuter auparavant de ce sujet avec des ami(e)s ou sa famille pour préparer cette consultation et venir plus à l'aise.

Il n'y a pas d'âge requis pour cette première consultation gynécologique. Dans l'idéal, elle a lieu dès le début de l'activité sexuelle et est poursuivie par un suivi annuel tout au long de la vie de la femme mais elle a surtout lieu lorsque la patiente en éprouve le besoin et se sent prête. Cela peut être pour la prescription d'une première contraception, pour des dysménorrhées, des cycles irréguliers, des leucorrhées pathologiques, suite à un rapport sexuel non protégé pour dépister une éventuelle IST... Les motifs de cette première consultation sont donc très variés. Mais à l'adolescence, les problèmes gynécologiques sont souvent négligés ou considérés à tort comme normaux, et une jeune fille sur six présente des dysménorrhées entraînant des absences scolaires répétées [3, 24].

Cette consultation, comme les suivantes, peut avoir lieu chez un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme et il est possible de consulter à différents endroits : cabinet médical en ville, centre de santé, Maison des Adolescents,

hôpital ou clinique, Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou planning familial [24].

Depuis le 1^{er} juillet 2016, le tiers payant s'applique aux mineures à partir de 15 ans pour les frais relatifs à une consultation annuelle donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ou d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et pour les frais relatifs à une consultation de suivi la première année d'accès à la contraception. Le tiers payant s'applique aussi pour les frais relatifs aux actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif et pour les frais relatifs à la délivrance des contraceptifs remboursables, en pharmacie, sur prescription médicale [25, 26].

Cette consultation sera alors gratuite et anonyme pour préserver le secret par rapport aux parents. Aucune autorisation parentale n'est nécessaire si la patiente est mineure et elle peut tout à fait venir seule à cette consultation. Si elle le souhaite elle peut aussi venir accompagnée, mais pas forcément par sa mère : il peut s'agir d'une amie, de son petit ami... Dans ce cas, le professionnel devrait respecter les souhaits de la patiente en ce qui concerne la confidentialité lors de l'entretien et il est recommandé que l'examen soit réalisé en l'absence d'une tierce personne (si celui-ci doit avoir lieu), sauf si la patiente le désire. En effet cette première consultation est avant tout un dialogue au cours duquel la patiente pourra parler de son corps, de sa sexualité, de ses problèmes de santé, de la contraception... Le professionnel peut apporter des informations sur la prévention des IST, la contraception, la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques en fonction de l'âge. Mais l'examen gynécologique quant à lui n'est pas réalisé systématiquement : cela va dépendre de l'âge, de l'activité sexuelle et du motif de la consultation qui pourront éventuellement amener les professionnels à réaliser un examen. Par exemple, lors d'une première consultation contraceptive, l'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente, sauf si un symptôme le justifie. Mais en général il est réalisé après le début des rapports sexuels : il est donc important de préciser au professionnel s'il y a déjà eu des rapports sexuels ou non. [15, 24, 27].

Dans tous les cas, l'examen gynécologique peut tout à fait être refusé, notamment lors d'une première consultation, qui, trop intrusive, peut être mal vécue, voir traumatisante, et avoir des répercussions importantes sur la suite de son suivi médical mais aussi sur le vécu de sa vie sexuelle [3].

Dans une thèse de 2010 sur « Le premier examen gynécologique – une épreuve pour les femmes », 74 % des femmes avaient des idées négatives quant à cet examen avant de le réaliser pour la première fois (peur, stress, douleur, pudeur...). Dans 42,2 % des cas, cet examen a été réalisé lors d'une consultation pour la prescription d'une contraception qui ne nécessite normalement pas d'examen gynécologique. Dans 10 % des cas, les femmes n'avaient pas été informées du but de l'examen et dans 24,4 % des cas elles déclaraient ne pas avoir eu d'explication sur son déroulement. Dans 42,2 % des cas, les femmes ont rapporté que le médecin ne leur avait pas demandé l'autorisation de les examiner. Le premier examen gynécologique avait été proposé avant le début la vie sexuelle à 36,7 % des femmes [28].

Un examen gynécologique à proprement parler ou un mauvais contact dès la première consultation risque de mettre mal à l'aise une jeune patiente et d'influencer négativement sa perception du corps médical pour les années à venir. Il n'y a aucune obligation pour la patiente à reprendre rendez-vous avec le même professionnel pour une prochaine consultation notamment si elle ne se sentait pas à son aise avec cette personne.

De nombreux facteurs peuvent empêcher les jeunes filles d'aller consulter pour une première contraception tels que des facteurs socioculturels et familiaux avec parfois une non reconnaissance de la sexualité juvénile. Les fausses croyances sur la contraception et les risques sexuels (mythe sur l'impossibilité de tomber enceinte au premier rapport...), la difficulté de parler de sujets liés à l'intimité sexuelle avec des personnes adultes à un âge délicat de pleine transition physique et psychologique sont aussi des facteurs qui peuvent avoir un impact. Tous ces facteurs peuvent être des freins pour certaines adolescentes et il est donc important pour les professionnels d'en avoir conscience pour pouvoir les prendre en compte et réduire ces obstacles.

Des recommandations ont été émises pour les professionnels de santé afin de respecter les règles de confidentialité vis à vis des parents, de mettre l'adolescente à l'aise par une attitude d'écoute empathique et de non jugement, de prendre en compte les spécificités de l'adolescente et son mode de vie (situation de couple, comportements à risques...), et l'informer sur les différentes méthodes contraceptives existantes afin de l'aider à choisir le mode le plus adapté à sa situation [29].

Une étude menée au Brésil en 2010 s'est intéressée aux représentations des adolescents de 14 à 17 ans sur la consultation gynécologique. Les mots qui sont majoritairement ressortis dans cette étude concernant la consultation gynécologique étaient « peur », « contrainte », « embarras », « sexe », qui étaient des raisons pour lesquelles certaines jeunes filles ne consultaient pas. Par ailleurs, elles exprimaient un manque d'informations sur ce qui se passe lors de cette consultation, pensaient qu'elles devaient être accompagnées de leur mère, avaient peur de se dénuder et d'être « touchées », et pensaient qu'elles n'avaient pas besoin d'y aller si elles n'avaient pas eu de relation sexuelle. Elles évoquaient aussi une difficulté à parler de leur sexualité. Autant de raisons qui expliquent les représentations principales qu'elles avaient de cette consultation [30].

3. L'adolescence

A l'adolescence, les risques sont importants : de nombreux adolescents doivent faire face à des pressions et sont tentés de consommer de l'alcool, fumer ou consommer d'autres drogues et d'avoir des relations sexuelles à un âge précoce, ce qui leur fait courir un risque élevé de traumatismes volontaires ou involontaires, de grossesses non désirées et d'IST, y compris par le VIH. Beaucoup connaissent également de nombreux problèmes de santé mentale ou d'adaptation [1].

Selon l'enquête du Baromètre santé effectuée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'âge médian au premier rapport sexuel en 2010 était de 17,6 ans pour les filles et de 17,4 ans pour les garçons, soit en plein dans la période de l'adolescence. Depuis quelques années il semble se stabiliser [12].

L'enquête menée en 2010 par E. Godeau et al. sur la santé des collégiens en France a révélé que 17,8 % des élèves scolarisés en classe de quatrième ou de troisième déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels, dont 22 % de garçons et 13,7 % de filles. Concernant leur premier rapport, 46,5 % ne s'étaient pas posé la question de savoir si c'était le bon moment et 36,5 % étaient satisfaits de la chronologie des événements,

voire auraient aimé être initiés plus tôt. Toutefois, 14,7 % auraient préféré un premier rapport plus tardif et 2,4 % n'en avait pas envie au moment où il a eu lieu. Les garçons et les filles n'apprécient pas de la même manière la période à laquelle ils ont eu ce premier rapport sexuel. Même si elles apparaissent moins précoces que les garçons, les filles ont davantage tendance à regretter que ce premier rapport n'ait pas été plus tardif et les garçons sont plus nombreux à ne pas se poser la question. Aucune contraception n'avait été utilisée par 11,3 % des adolescents sexuellement initiés lors de leur dernier rapport sexuel. Parmi les 88,7 % qui avaient pris des mesures de prévention d'une grossesse, 85,4 % avaient utilisé le préservatif, 33,1 % la pilule contraceptive, 16,5 % la pilule de contraception d'urgence et 7,4 % la méthode de retrait. Ces méthodes étaient utilisées seules ou combinées [31].

La difficulté principale de la prévention est liée au caractère sporadique de la plupart des rapports sexuels chez les adolescents avec en moyenne 5 à 15 rapports sexuels par an, souvent non planifiés, et avec un nombre de partenaires rapidement croissant. Ce rythme n'est pas propice à l'observance d'une contraception régulière et favorise de manière générale la prise de risque [32].

Les adolescents ne sont pas entièrement capables de comprendre les relations entre un comportement et ses conséquences, ou bien encore le degré de maîtrise qu'ils ont ou peuvent avoir sur la prise de décisions en matière de santé, y compris s'agissant du comportement sexuel. Cette inaptitude peut les rendre particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle ou à des comportements à haut risque. Les lois, les coutumes et les pratiques peuvent aussi influencer les adolescents autrement que les adultes [1].

Les jeunes femmes, et plus particulièrement les adolescentes, n'ont pas toujours accès à la contraception en fonction du lieu géographique, de la politique régionale et de la culture. Dans le monde, environ 63 % des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant maritalement, utilisaient un moyen de contraception en 2011, contre 55 % en 1990 : cela va de 4 % au Sud-Soudan à 88 % en Norvège. L'Afrique est le continent où la contraception est la moins répandue, concernant moins d'une femme d'âge fécond sur trois [33].

En France, 91,2 % des femmes de 15 à 29 ans déclarent utiliser un moyen de contraception. Avec 78,6 % d'utilisation, la pilule est le moyen le plus employé et pour ce qui est du préservatif masculin, il est utilisé comme contraceptif par 18,2 % des moins de 20 ans et par 28% de mineures [34].

Chez la plupart des adolescentes, la grossesse n'est pas planifiée et survient plus fréquemment dans des populations pauvres, peu instruites ou rurales. Certaines adolescentes ne savent pas comment éviter une grossesse, notamment en raison d'un défaut d'éducation sexuelle dans beaucoup de pays. Elles ont parfois honte ou n'osent pas avoir recours aux services de contraception. Les contraceptifs sont parfois trop chers ou ne sont pas largement ou légalement disponibles et même lorsqu'ils sont largement disponibles, les adolescentes sexuellement actives sont moins susceptibles de les utiliser que les adultes. Les jeunes filles ne sont pas toujours en mesure de refuser des rapports sexuels non désirés ou de résister à la contrainte, et ces rapports ne sont généralement pas protégés [35].

Dans le monde, près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et un million âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année, pour la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Parmi les 15-19 ans, près de trois millions subissent des avortements non médicalisés et donc à plus haut risque [35].

Le taux de natalité moyen chez les jeunes filles de 15 à 19 ans était de 49 pour 1 000 en 2014. Les taux par pays allaient de une à 299 naissances pour 1 000 jeunes filles, les taux les plus élevés étant enregistrés en Afrique subsaharienne où l'accès aux méthodes contraceptives reste difficile [33, 35].

Aux États-Unis, le taux de grossesses non désirées chez les adolescentes apparaît bien plus élevé que dans les autres pays industrialisés, de l'ordre de quatre et huit fois par rapport, respectivement, à la France et à l'Italie. Ce taux a tout de même diminué en raison d'une plus grande utilisation de contraceptifs [36].

En France, le nombre de grossesses chez les mineures a tout de même diminué de 36 % en 17 ans, passant de 20 710 en 1980 à 13 192 en 1997 [37].

L'OMS a publié, en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la population, des lignes directrices sur la manière de prévenir les grossesses précoces et

leurs conséquences en matière de santé reproductive. Elles recommandent des mesures à prendre par les pays, visant six objectifs principaux qui sont de réduire le nombre de mariages avant l'âge de 18 ans, sensibiliser l'opinion afin d'obtenir un soutien pour réduire le nombre de grossesses avant l'âge de 20 ans, augmenter le recours à la contraception des adolescentes exposées à des grossesses non désirées, réduire l'incidence des rapports sexuels sous la contrainte chez les adolescentes, réduire le nombre d'avortements à risque chez les adolescentes, accroître le recours à des soins qualifiés avant, pendant et après l'accouchement chez les adolescentes [35].

En 2015, 218 100 IVG ont été réalisées en France. Les taux chez les femmes de moins de 20 ans sont en baisse depuis 2010, avec 7,6 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 recours pour 1 000 femmes parmi les 18-19 ans. En Auvergne – Rhône-Alpes, il y avait 6,2 IVG pour 1 000 jeunes filles âgées de 15 à 17 ans alors qu'il y en avait 10,6 ‰ en Provence – Alpes-Côte d'Azur qui avait le taux le plus élevé de France métropolitaine [38].

La HAS recommande la prescription et la délivrance à l'avance de la contraception d'urgence afin de réduire l'incidence des grossesses non prévues [39].

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies. Dans les établissements d'enseignement du second degré, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel, dans les cas d'urgence, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical, notamment en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale [40].

Les parents, les membres de la collectivité, les dispensateurs de services et les institutions sociales ont la responsabilité à la fois de promouvoir le développement et l'adaptation des adolescents et d'intervenir efficacement lorsque des problèmes se posent [1].

4. Les connaissances et sources d'information

4.1. Généralités sur les connaissances

Une connaissance peut être définie comme un ensemble d'informations stockées par le biais de l'expérience ou de l'apprentissage (a posteriori). Les connaissances correspondent donc à la possession de multiples données interdépendantes [41].

Le terme « connaissance » fait référence au sujet lui-même : ce sont les savoirs intégrés par l'apprenant. Les connaissances peuvent être générales c'est-à-dire que leur élaboration est sociale (comme des connaissances scientifiques) ou elles peuvent être individuelles c'est-à-dire propres à l'expérience de la personne [42].

4.2. Les sources d'information

Les sources d'information sont multiples, complémentaires pour certaines, nocives pour d'autres.

4.2.1. L'éducation familiale

Les parents sont désignés comme devant être la principale source d'information sur les risques encourus et les moyens de les prévenir mais il n'est pas sûr qu'ils soient les mieux placés pour communiquer ce savoir [2].

Leur rôle dans l'éducation sexuelle de leur enfant est pourtant essentiel. Bien qu'ils sous-estiment l'impact qu'ils ont sur les décisions de leur enfant, ils représentent la plus grande influence quant à ses choix sexuels [43, 44].

Chaque parent doit avoir la liberté de choisir s'il souhaite ou non parler de sexualité avec son enfant. La majorité des parents aimerait parler de sexualité avec leur adolescent et la plupart des adolescents souhaiterait avoir des informations provenant de leurs parents sur ce sujet. Mais pour certains parents, parler de sexualité peut créer de l'anxiété et de l'appréhension, les mettre mal à l'aise, conduisant parfois à l'évitement de cette discussion. Beaucoup de parents ne savent pas quoi dire, comment le dire, ou

même quand le dire. Pourtant il semble essentiel de discuter avec eux puisque la communication parents-enfant à propos de la sexualité, du contrôle des naissances et de la grossesse est positivement associée à un retardement de l'activité sexuelle, une diminution de la fréquence sexuelle et à une utilisation contraceptive plus cohérente [43, 45, 46].

Face à des questions sur la sexualité, les parents ne doivent pas éluder leur adolescent, même si les questions paraissent gênantes. Si les parents se sentent à l'aise, ils devront l'expliquer de manière bienveillante et objective, c'est-à-dire en transmettant une image positive sur la sexualité et optimiste sur la relation amoureuse, en ne communiquant aucune information sur leur propre sexualité. Si les parents ne veulent pas rentrer dans le sujet ou se sentent mal à l'aise, il faudra l'expliquer à l'adolescent, le diriger vers une autre personne qui pourra lui apporter des réponses ou lui donner un livre... car l'essentiel est de ne pas laisser la question sans réponse [46].

Sentir le dialogue ouvert avec ses parents est très précieux, car les questions ne manqueront pas, surtout à l'adolescence. Se sentir reçu et non jugé par ses parents a une influence positive à la fois sur son estime de soi et sur son image de la sexualité. Un refus catégorique de donner des réponses ou encore dire à l'enfant que ses questions ne sont pas appropriées peut laisser l'idée que la sexualité est sale ou mauvaise. Le fait de ne jamais parler de sexualité avec les enfants peut laisser l'impression que ce sujet est tabou et qu'on ne doit pas en parler.

Dans une enquête menée à Singapour de 2008 à 2009, plus de 80 % des parents ont considéré que de parler de sexualité à leur enfant était important. Cependant seulement 60 % se sont sentis à leur aise et confiants. Seulement 8,3 % ont discuté des questions de santé sexuelle avec leur enfant très souvent, 37,2 % parfois, 22 % rarement (une ou deux fois) et 32,5 % jamais. La communication parents-enfant à propos de la sexualité était significativement associée à la relation parents-enfant, l'appartenance ethnique, le niveau d'éducation, et le niveau de confort et de confiance dans la communication sexuelle [44].

Il faudrait commencer à discuter de ces sujets tôt dans la vie de l'enfant et continuer à en parler au fur et à mesure qu'il grandit en adaptant son discours à son âge.

Les parents devraient leur transmettre des informations précises et compréhensibles et devraient évoquer les aspects positifs de la sexualité tels que le plaisir, la satisfaction, tout comme l'intimité [43, 45, 46].

Dans une enquête de 2012, 87 % des adolescents ont rapporté qu'il serait beaucoup plus facile de reporter l'activité sexuelle et d'éviter une grossesse s'ils avaient pu discuter ouvertement de ces sujets avec leurs parents. 38 % des adolescents disaient être influencés par leurs parents dans leurs décisions sexuelles tandis que 22 % l'étaient par des amis [45].

Il semble alors que l'apport d'informations par d'autres moyens puisse être nécessaire.

4.2.2. L'éducation scolaire

La famille a un rôle majeur dans l'éducation à la sexualité des enfants mais, depuis plusieurs années, cette éducation à la sexualité s'est développée en milieu scolaire en raison de l'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique, ainsi que des connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine. Cette éducation est devenue une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen et elle vise à permettre aux élèves d'adopter des attitudes de responsabilités individuelles et sociales [47].

Elle doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun et doit donc reposer sur une éthique dont la règle essentielle porte sur la délimitation entre l'espace privé et l'espace public, afin que soit garanti le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée de chacun [48].

En lien avec les enseignements et notamment les sciences de la vie et de la Terre, l'éducation à la sexualité est une composante du parcours éducatif de santé et de l'éducation du citoyen. Elle se construit aussi bien à travers les objectifs et contenus des enseignements que de l'organisation de séances spécifiques. Mais elle se construit aussi à travers la vie quotidienne des établissements puisque tout adulte de la communauté éducative contribue à réguler les relations entre les jeunes et à développer chez les

élèves le respect de soi et de l'autre. Cette éducation vise à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, des informations objectives et des connaissances scientifiques, à permettre une meilleure perception des risques (grossesses précoces, IST) et favoriser des comportements de prévention, informer sur les ressources d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement. Le but est aussi de faire connaître aux élèves toutes les dimensions de la sexualité : relationnelle, juridique, sociale et éthique. Elle permet d'accompagner leur réflexion sur le respect mutuel, le rapport à l'autre, l'égalité entre les filles et les garçons, les règles de vie en commun, le sens et le respect de la loi. Elle cherche aussi à développer l'exercice de l'esprit critique, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias [47, 48].

La circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 a permis l'inscription, dans le code de l'éducation (Article L312-16 modifié par la loi n°2016-444 du 13 avril 2016 - article 19), d'au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité par groupes d'âge homogène dans les écoles, les collèges et les lycées. Elles peuvent être assurées par les personnels contribuant à la mission de santé scolaire, par les personnels qualifiés des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, d'un centre de planification ou d'éducation familiale, d'un service social ou d'un autre organisme agréé, ainsi que par d'autres intervenants extérieurs qui sont tous spécifiquement formés dans ce domaine [48–51]. La loi pour la refondation de l'école du 8 juillet 2013 a réaffirmé l'importance de la promotion de la santé et de l'éducation à la sexualité [52].

Le ministère rencontre cependant quelques freins qui l'empêchent d'atteindre les objectifs de trois séances par an et par niveau avec notamment l'emploi du temps des élèves qui est déjà surchargé par les actions à programmer. Le fait que cette éducation soit obligatoire est trop souvent méconnu tout comme la préconisation de trois séances par an [49].

Selon une enquête, 77 % des collèges ont organisé une ou des séance(s) d'éducation à la sexualité, tous établissements confondus : 46 % des collèges déclaraient réaliser au moins une séance dans l'année mais la plupart n'atteignaient pas les trois séances préconisées ce qui fait une moyenne de 1,7 séances organisées dans

l'année par élève. Pour ce qui est des lycées, 61 % des Lycées d'enseignement général et technologique (LEGT) et 64 % des Lycées professionnels (LP) avaient organisé une ou des séance(s) d'éducation à la sexualité : les LEGT étaient 68 % à organiser au moins une séance et 28 % à en organiser au moins deux, ce qui fait une moyenne de 1,3 séances par an et par élève [49].

Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques, et elle est légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes [48].

4.2.3. D'autres sources d'information

Les CPEF assurent des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation, ainsi que des consultations de contraception et la dispensation des contraceptifs [26].

Le médecin généraliste joue aussi un rôle important dans la transmission d'informations quant à la sexualité aux jeunes et notamment aux adolescents. Dans une thèse de 2012 réalisée en région Midi-Pyrénées, 36 % des médecins généralistes ont déclaré aborder systématiquement la sexualité avec les adolescents, 57 % en discutaient souvent alors que 7 % n'abordaient jamais ce sujet. Les thèmes les plus souvent abordés étaient les IST et la contraception alors que d'autres thèmes plus intimes tels que le désir, le plaisir, les sentiments, l'étaient beaucoup moins. Le médecin généraliste était un intervenant considéré comme privilégié par 86 % des médecins pour parler de sexualité aux adolescents [53]. Ils doivent aujourd'hui répondre à une demande croissante de consultation pour le suivi gynécologique ou une demande de contraception et doivent alors se former à cet exercice pour ceux qui ne le pratiquaient pas jusque là.

Des sites internet tels que « on sexprime » ou « fil santé jeunes » proposent aux jeunes des informations simples et accessibles quant à la sexualité et leur permettent de poser facilement des questions. Des informations relatives à la première consultation gynécologique sont accessibles sur ces sites. « Fil santé jeunes » propose, en plus de son

site internet, un numéro de téléphone où l'appel est confidentiel, anonyme et gratuit pour répondre à leurs questions [54, 55].

« IVG.GOUV » propose des informations sur l'interruption volontaire de grossesse et met en place un numéro de téléphone anonyme et gratuit [56].

Cependant les adolescents ont accès à la pornographie très facilement, notamment par le biais d'internet, et cela leur donne une vision erronée de la sexualité. Les statistiques montrent que la majorité d'entre eux, dès l'âge de 12 ans, regardent des films ou images X gratuitement sur internet et sur les téléphones mobiles. Cela peut influencer sur leur sexualité [46].

La télévision peut aussi favoriser un comportement sexuel irresponsable. Elle est devenue un chef de file de l'éducation sexuelle et notamment au Canada. Elle expose les enfants à des comportements sexuels adultes, présentés comme s'ils étaient normaux et sans risque, et puisque ces comportements y sont courants, elle véhicule le message que « tout le monde le fait » [57].

Des magazines dédiés aux jeunes tel que « Okapi », des livres tel que « Mon guide gynéco », des brochures telle que « La première consultation gynécologique » de l'Association SPARADRAP, répondent là encore aux questions concernant la sexualité et la consultation gynécologique.

Méthode

1. Etude et objectifs

1.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les connaissances des lycéennes dans des établissements du Puy-de-Dôme sur la première consultation gynécologique. Le critère de jugement principal était le nombre de réponses justes aux questions sur les connaissances relatives à la première consultation gynécologique.

L'objectif secondaire de cette étude était de déterminer les facteurs influençant ces connaissances. Le critère de jugement secondaire était le nombre de réponses justes en fonction des différents facteurs.

1.2. Type, durée et lieu de l'étude

Pour réaliser cette étude, vingt-quatre lycées publics du Puy de Dôme ont été sollicités dont onze lycées professionnels, deux généraux, sept généraux et technologiques, et quatre polyvalents. L'étude s'est déroulée pendant deux mois, de début avril à début juin 2017.

Afin de répondre aux objectifs, une étude observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique a été réalisée.

2. Population et méthode

2.1. Population

2.1.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Lycéennes en filière générale, technologique ou professionnelle, en lycée public
- Lycéennes en classe de seconde, première ou terminale
- Scolarisées dans un établissement du Puy-de-Dôme
- Autorisation du lycée
- Lycéennes volontaires

2.1.2. Critère d'exclusion

Le critère d'exclusion était l'opposition des parents à la participation de leur fille à l'étude.

2.2. Méthode

2.2.1. Le recueil des données

2.2.1.1. Les variables recueillies

Dans une première partie ont été recueillis des renseignements généraux concernant les lycéennes : leur âge, leur classe et leur filière, si elles avaient déjà eu un rapport sexuel et si oui, l'âge au premier rapport sexuel.

Dans une deuxième partie ont été recueillis des renseignements concernant la famille des lycéennes : fratrie, âge et catégorie socioprofessionnelle des parents.

Dans une troisième partie, les connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique ont été évaluées.

Enfin, dans une dernière partie, les sources d'information sur la première consultation gynécologique ainsi que l'antécédent de consultation gynécologique ont été recueillis (avec l'âge lors de cette première consultation si elle avait eu lieu, la(les) personne(s) ayant conseillé la jeune fille à aller consulter et le(s) motif(s) l'ayant amenée à consulter). (*Annexe I*)

Ces variables n'ont pas toutes été incluses dans les tests statistiques, mais elles ont permis de mieux connaître la population étudiée.

2.2.1.2. Outil de recueil des données

Le recueil des données a été effectué par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire anonyme distribué aux élèves par des infirmiers et professeurs principaux des lycées. (*Annexe I*)

2.2.1.3. Le circuit des données

Tous les questionnaires remplis ont été récupérés par les infirmiers des lycées. Ils ont été soit envoyés par voie postale à l'Infirmière Conseillère Technique Départementale puis récupérés auprès de cette dernière, soit directement récupérés auprès de l'infirmier(ère) du lycée.

2.2.1.4. Le codage des données

Le codage des réponses au questionnaire a été fait par l'attribution d'un numéro pour chaque modalité de réponse (0 ; 1 ; 2 ; 3 ;...).

Ce codage des données a permis l'analyse des données et l'utilisation de tests statistiques.

2.2.1.5. La saisie des données

Les données extraites des questionnaires ont été saisies sur le logiciel informatique Microsoft® Office Excel®.

2.2.1.6. Le contrôle qualité des données

La vérification de l'absence de doublons lors de la saisie des données a été effectuée.

2.2.2. L'analyse des données

2.2.2.1. Les groupes comparés

Des comparaisons ont été faites selon le rang dans la fratrie, la classe, la filière, le fait d'avoir reçu des informations par des professionnels ou non et par l'entourage ou non, et l'antécédent de consultation gynécologique ou non.

2.2.2.2. Etablissement du score de connaissances

Afin d'établir le score de connaissances, il a été attribué un point pour chaque bonne réponse. Pour les questions à choix multiples, il a aussi été attribué un point pour chaque bonne réponse : le fait de ne pas avoir coché une « proposition fausse » attribuait un point. Par exemple, dans la question « Cette consultation peut être réalisée par : », si une élève n'avait pas coché la proposition « infirmière », cela était considéré comme « juste » et un point était donc attribué. Ainsi, un score noté sur vingt-sept points a été obtenu.

Lorsqu'une lycéenne n'avait pas répondu à deux questions ou plus, sa non-réponse à la question était considérée comme réponse fausse.

2.2.2.3. Les tests statistiques et le logiciel d'analyse utilisés

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5 %. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne (\pm écart-type) ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk). Le niveau de connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique s'exprime sous la forme du taux de bonnes réponses à chaque question et sous la forme d'un score moyen sur 27 points. Le taux de bonnes réponses à chaque question (variable qualitative) a été comparé selon les caractéristiques des lycéennes (filière, classe, informations reçues, etc.) par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher. Le score de connaissances (variable quantitative) a quant à lui été comparé entre groupes indépendants par le test t de Student. Enfin, en situation multivariée, une régression linéaire multiple a été mise en œuvre afin d'étudier les facteurs associés au score de connaissances, en considérant les covariables au regard des résultats d'analyse univariée et de leur pertinence. Les résultats sont exprimés sous forme de coefficient de régression et intervalle de confiance à 95 %.

2.2.3. Aspects éthiques et réglementaires

Le sujet d'étude a été accepté en décembre 2016 par un comité scientifique.

Afin de pouvoir mener cette étude dans les lycées, l'accord du Rectorat a d'abord été obtenu avec la validation du questionnaire (deux questions concernant des renseignements généraux ont été supprimées du questionnaire initial) et de la lettre d'information destinée aux parents (*Annexe II*).

Un juriste de la permanence santé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été contacté afin de s'assurer de la non-nécessité de réaliser une demande pour la réalisation de l'étude.

Les chefs d'établissement ont ensuite été sollicités par l'Infirmière Conseillère Technique Départementale, après accord de l'Inspecteur de l'Académie. Pour cela, un courrier de l'Inspecteur de l'Académie leur a été envoyé, ainsi que la lettre d'information destinée aux parents et le questionnaire (version papier et informatique). Les infirmiers ont aussi été contactés, et si le chef d'établissement acceptait de participer à l'étude, les infirmiers pouvaient alors distribuer les questionnaires. L'infirmier d'un lycée a fait passer les questionnaires par les professeurs principaux, accompagnés d'une lettre d'information leur étant destinés (*Annexe III*).

Les parents pouvaient s'opposer à cette étude s'ils ne souhaitent pas que leur fille y participe : s'ils ne s'y opposaient pas, cela valait acceptation.

Toutes les participantes ont été informées par écrit des objectifs de l'étude au début du questionnaire (*Annexe IV*).

L'anonymat des patientes et la confidentialité des données ont été garantis et respectés tout au long de l'étude.

Résultats

1. Taux de participation à l'étude

Au cours de cette étude, vingt-quatre lycées ont été sollicités et seulement trois ont participé. Cependant tous les questionnaires remplis provenant d'un lycée ont été perdus lors de l'envoi par voie postale. Au final, les questionnaires provenant de deux lycées (un lycée général et technologique, et un lycée polyvalent) ont pu être analysés. Le taux de participation des lycées a alors été de seulement 8,3 %.

Dans les lycées ayant participé à l'étude, les questionnaires ont été distribués à 269 élèves et 222 questionnaires ont été récupérés. Le taux de participation des lycéennes a été quant à lui de 82,5 %.

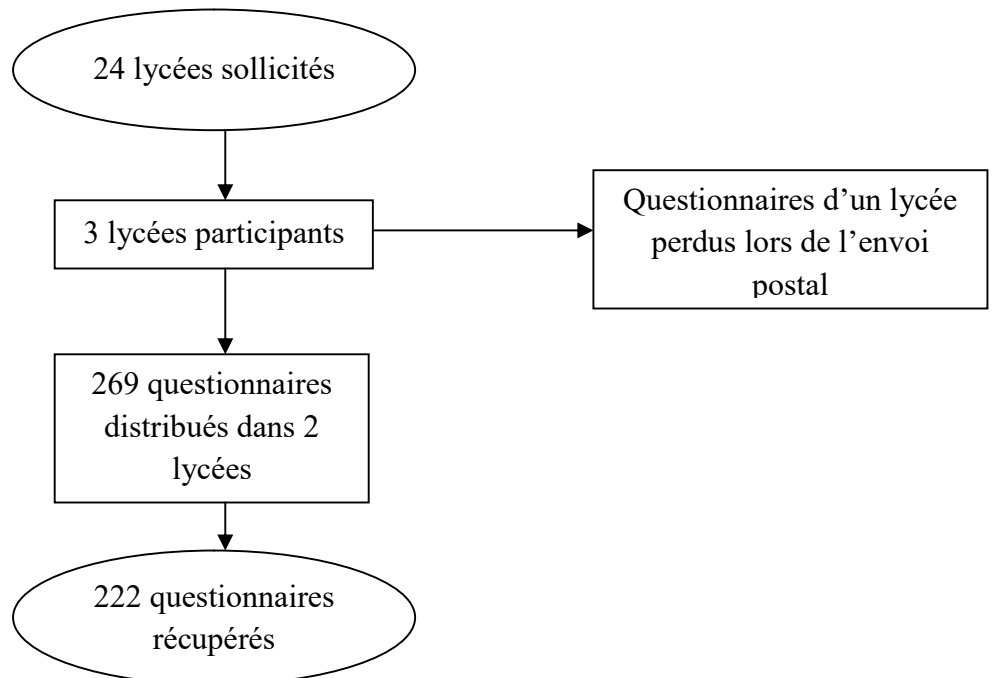


Figure 1 : Diagramme de flux représentant la participation des lycées et des lycéennes.

2. Population étudiée

Les lycéennes étaient majoritairement des élèves de seconde (49,1 %) et de terminale (47,8 %). La filière générale était la plus représentée (76,6 %). Les lycéennes étaient âgées en moyenne de $16,6 \pm 1,2$ ans. Un tiers d'entre elles avaient déjà eu un rapport sexuel avec un âge moyen au premier rapport de $15,8 \pm 1,3$ ans et un âge médian de 16 ans.

Parmi les 23,9 % des lycéennes qui avaient déjà eu une consultation gynécologique, l'âge moyen auquel avait eu lieu cette première consultation était de $16,1 \pm 1,3$ ans. Les deux principaux motifs étaient un problème de menstruation pour 26,1 % d'entre elles et la contraception pour 23,8 %. Le motif n'a pas été renseigné pour 23,8 % des filles qui avaient déjà consulté. Dans 70 % des cas, cette première consultation a été encouragée par la mère. Toutefois, 32,5 % ont répondu avoir consulté d'elles-mêmes et parmi elles, 30,8 % ont précisé avoir consulté d'elles-mêmes tout en ayant été conseillées par une autre personne (mère, sœur, petit-ami ou amie).

Les informations reçues par les lycéennes concernant la première consultation gynécologique provenaient principalement de la mère, qui a été citée par 55,1 % des lycéennes. Parmi celles qui avaient eu des informations, 31,3 % n'ont cité qu'une seule source d'information qui était la mère pour 48,9 % d'entre elles et les séances d'information et d'éducation à la sexualité dispensées au collège ou au lycée pour 23,4 %. Toutes les lycéennes qui avaient eu des informations par l'intermédiaire d'internet avaient aussi eu des informations par au moins une autre source. Les autres sources d'informations citées étaient la famille d'accueil, le gynécologue et une amie de la famille. Par ailleurs, 14,8 % des lycéennes ont répondu ne jamais avoir eu d'informations à ce sujet.

Le tableau I ci-dessous présente les caractéristiques de la population étudiée.

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée.

Caractéristiques	Total (n=222)
Age (années), moyenne ± ET	16,6 ± 1,2
Classe, n (%)	
Seconde	109 (49,1)
Première	7 (3,1)
Terminale	106 (47,8)
Filière, n (%)	
Générale	170 (76,6)
Technologique	39 (17,6)
Professionnelle	13 (5,8)
Antécédent de rapport(s) sexuel(s), n (%)	68 (31,1)
Age au premier rapport sexuel (années), moyenne ± ET	15,8 ± 1,3
Informations sur la première Cs gynécologique, n/n obtenues (%)	
Mère	97/176 (55,1)
Père	9/176 (5,1)
Sœur	21/176 (11,9)
Internet	26/176 (14,8)
Education à la sexualité au collège	65/176 (36,9)
Education à la sexualité au lycée	33/176 (18,8)
Ami(e)s	49/176 (27,8)
Médecin généraliste	33/176 (18,8)
Autre	5/176 (2,8)
Jamais reçu d'information	26/176 (14,8)
Antécédent de Cs gynécologique, n/n obtenues (%)	42/176 (23,9)
Age lors de la première Cs gynécologique (années), moyenne ± ET	16,1 ± 1,3
Personnes ayant conseillé d'aller consulter, n/n obtenues (%)	
Mère	28/40 (70,0)
Sœur	3/40 (7,5)
Amie	2/40 (5,0)
Petit-ami	1/40 (2,5)
D'elle-même	13/40 (32,5)
Autre (médecin)	1/40 (2,5)
Motif de la première Cs gynécologique, n/n obtenues (%)	
Problème de menstruations	11/42 (26,1)
Contraception	10/42 (23,8)
Problème gynécologique	5/42 (11,9)
Premier rapport sexuel	2/42 (4,8)
Conseillée par mère ou sage-femme de la mère	2/42 (4,8)
Découvrir la gynécologie en étant accompagnée	1/42 (2,4)
Parce qu'il faut le faire	1/42 (2,4)
Non renseigné	10/42 (23,8)
Frère(s) et/ou sœur(s), n (%)	209 (94,1)
Aînée de la fratrie, n/n obtenues (%)	89/209 (42,6)
<i>Légende (ET : écart-type ; Cs : consultation)</i>	

3. Connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique

La majorité des lycéennes savaient qu'il n'est pas nécessaire d'avoir déjà eu un rapport sexuel pour consulter (85,5 %) et qu'il n'y a pas d'âge limite pour réaliser cette première consultation (67,4 %). Cependant 68,0 % des lycéennes n'ont pas su répondre que la consultation pour une contraception est une consultation gynécologique.

La plupart des lycéennes (84,7 %) ont su répondre que la consultation est confidentielle et soumise au secret professionnel. Par contre, elles étaient moins nombreuses à savoir que l'information et l'accord des parents pour la prescription d'une contraception à une mineure n'est pas nécessaire (55,5 %), qu'elles ne sont pas obligées d'être accompagnées par une personne majeure pour cette consultation (51,6 %) et que cette dernière n'est pas toujours payante (49,1 %).

Concernant les professionnels pouvant réaliser la première consultation gynécologique, presque la totalité des lycéennes interrogées (94,1 %) savaient qu'elles pouvaient consulter un(e) gynécologue pour cela. Cependant, pour ce qui est de la sage-femme et du médecin généraliste, elles étaient moins nombreuses à savoir qu'ils peuvent eux aussi réaliser cette consultation (respectivement 52,3 % et 39,2 %). Seulement 11,7 % des lycéennes ont coché les trois bonnes réponses.

Près de 80 % des lycéennes savaient qu'il est possible de choisir entre un homme et une femme, en fonction de leur préférence.

Le lieu le plus cité pour consulter était les urgences gynécologiques en cas de problème (68,4 %) puis suivait le cabinet médical cité par 60,9 % des lycéennes. A peine la moitié des lycéennes savaient qu'il est possible de consulter à l'hôpital (48,4 %) et un peu moins de la moitié ont cité le centre de planification ou le planning familial (44,7 %) et la clinique (40,5 %). Les lieux les moins connus par les lycéennes étaient la Maison des Adolescents et le centre de santé pour lesquels 30,7 % des lycéennes ont su répondre correctement.

Seulement 4,7 % des lycéennes ont coché toutes les bonnes propositions. Au moins trois lieux exacts ont été cités par 64,7 % des lycéennes.

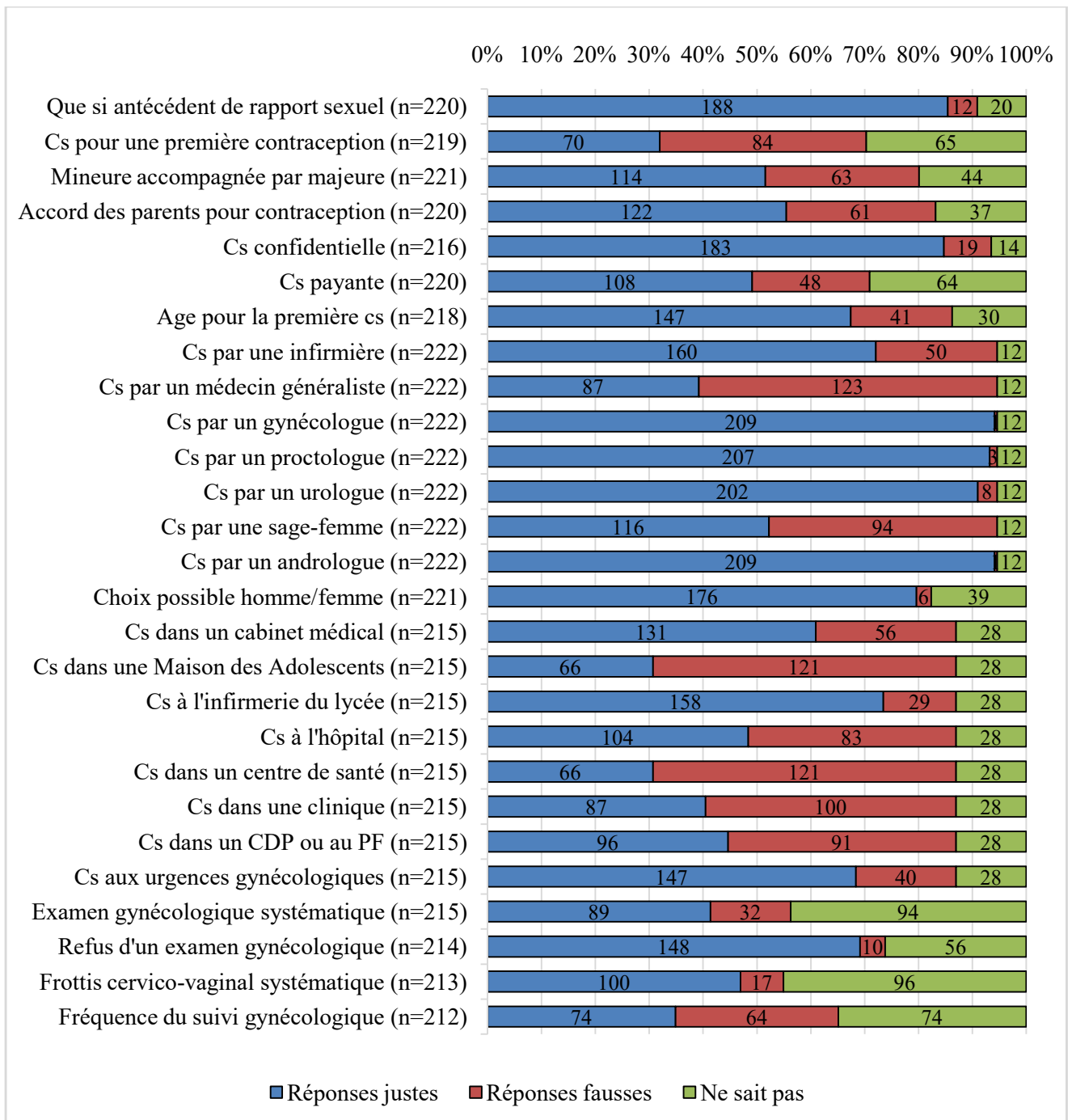
Une minorité (13,4 %) pensait que cette première consultation pouvait être réalisée à l'infirmierie de leur lycée.

Moins de la moitié des lycéennes (41,4 %) ont su répondre qu'un examen gynécologique n'est pas systématiquement réalisé, alors qu'elles étaient 43,7 % à avoir répondu ne pas savoir dont 17,2 % ne savaient d'ailleurs pas en quoi cela consiste. Parmi celles ayant répondu ne pas savoir en quoi cela consiste, certaines ont quand même répondu quant à la possibilité de refuser ou non un examen gynécologique : ainsi, 69,2 % ont répondu qu'il est possible de le refuser.

Un peu moins de la moitié des lycéennes (46,9 %) savaient qu'un frottis cervico-vaginal n'est pas systématiquement réalisé lors de la première consultation gynécologique. Elles étaient 45,1 % à avoir répondu ne pas savoir dont 27,7 % ne savaient pas en quoi cela consiste.

Environ un tiers des lycéennes (34,9 %) savaient qu'il est recommandé de réaliser par la suite une consultation de suivi gynécologique de prévention une fois par an. Elles étaient autant à ne pas avoir su répondre alors que le dernier tiers (30,2 %) pensait qu'il fallait consulter tous les six mois, deux ans ou trois ans.

La figure 2 ci-dessous présente les connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique.



Légende (CDP : Centre De Planification ; Cs : Consultation ; PF : Planning familial)

Figure 2 : Connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique.

4. Analyse comparative des connaissances

4.1. Analyse comparative des connaissances selon la filière

Les lycéennes en filière technologique ou professionnelle étaient plus nombreuses que celles en filière générale à savoir qu'il n'est pas nécessaire d'avoir déjà eu un rapport sexuel pour réaliser la première consultation ($p=0,003$), que celle-ci peut être réalisée à l'hôpital ($p=0,025$) et par une sage-femme ($p=0,013$), qu'elle n'est pas toujours payante ($p=0,004$), qu'il est possible de choisir entre un homme ou une femme ($p=0,028$), et qu'un examen gynécologique n'est pas systématiquement réalisé lors de cette consultation ($p=0,044$). Toutes ces différences observées étaient statistiquement significatives.

Bien que la différence n'était pas statistiquement significative, les lycéennes en filière générale semblaient avoir moins connaissance de la possibilité de consulter à la Maison des Adolescents que les autres (27,8 % vs. 41,3 %, $p=0,08$).

Le tableau II ci-dessous présente une analyse comparative des connaissances des lycéennes selon la filière suivie (générale ou autre).

Tableau II : Analyse comparative des connaissances selon la filière (effectifs n/n obtenues (pourcentages)).

Connaissances	Filière générale (n total=170)	Autre filière (n total=52)	p-value
Que si antécédent de rapport sexuel	137/168 (81,6)	51/52 (98,1)	0,003
Consultation pour première contraception	53/167 (31,7)	17/52 (32,7)	0,90
Mineure accompagnée par majeure	88/169 (52,1)	26/52 (50,0)	0,79
Accord des parents pour contraception	96/170 (56,5)	26/50 (52,0)	0,58
Consultation confidentielle	137/165 (83,0)	46/51 (90,2)	0,21
Consultation payante	74/169 (43,8)	34/51 (66,7)	0,004
Age pour la première consultation	108/166 (65,1)	39/52 (75,0)	0,18
Consultation par :			
Infirmière	121/170 (71,2)	39/52 (75,0)	0,59
Médecin généraliste	67/170 (39,4)	20/52 (38,5)	0,90
Gynécologue	159/170 (93,5)	50/52 (96,2)	0,74
Proctologue	157/170 (92,4)	50/52 (96,2)	0,53
Urologue	152/170 (89,4)	50/52 (96,2)	0,17
Sage-femme	81/170 (47,7)	35/52 (67,3)	0,013
Andrologue	159/170 (93,5)	50/52 (96,2)	0,74
Choix homme/femme	129/169 (76,3)	47/52 (90,4)	0,028
Lieu :			
Cabinet médical en ville	106/169 (62,7)	25/46 (54,4)	0,30
Maison des Adolescents	47/169 (27,8)	19/46 (41,3)	0,08
Infirmierie du lycée	122/169 (72,2)	36/46 (78,3)	0,41
Hôpital	75/169 (44,4)	29/46 (63,0)	0,025
Centre de santé	54/169 (32,0)	12/46 (26,1)	0,44
Clinique	66/169 (39,1)	21/46 (45,7)	0,42
Centre de planification/planning familial	72/169 (42,6)	24/46 (52,2)	0,25
Urgences gynécologiques	115/169 (68,1)	32/46 (69,6)	0,84
Examen gynécologique systématique	64/169 (37,9)	25/46 (54,4)	0,044
Refus examen gynécologique	113/168 (67,3)	35/46 (76,1)	0,25
Frottis cervico-vaginal systématique	77/167 (46,1)	23/46 (50,0)	0,64
Fréquence du suivi gynécologique	56/167 (33,5)	18/45 (40,0)	0,42

Le tableau III ci-dessous présente une analyse comparative des connaissances des lycéennes selon la classe (seconde ou terminale). Des différences statistiquement significatives étaient observées selon la classe avec des connaissances plus élevées en classe de terminale qu'en classe de seconde.

Tableau III : Analyse comparative des connaissances selon la classe (effectifs n/n obtenues (pourcentages)).

Connaissances	Seconde (n total=109)	Terminale (n total=106)	p-value
Que si antécédent de rapport sexuel	84/108 (77,8)	97/105 (92,4)	0,003
Consultation pour première contraception	41/107 (38,3)	27/105 (25,7)	0,049
Mineure accompagnée par majeure	47/108 (43,5)	64/106 (60,4)	0,014
Accord des parents pour contraception	49/108 (45,4)	68/105 (64,8)	0,004
Consultation confidentielle	83/106 (78,3)	94/103 (91,3)	0,009
Consultation payante	49/108 (45,4)	52/105 (49,5)	0,54
Age pour la première consultation	72/107 (67,3)	72/104 (69,2)	0,76
Consultation par :			
Infirmière	71/109 (65,1)	86/106 (81,1)	0,008
Médecin généraliste	37/109 (33,9)	47/106 (44,3)	0,12
Gynécologue	102/109 (93,6)	100/106 (94,3)	0,82
Proctologue	102/109 (93,6)	98/106 (92,5)	0,75
Urologue	96/109 (88,1)	99/106 (93,4)	0,18
Sage-femme	61/109 (56,0)	50/106 (47,2)	0,20
Andrologue	101/109 (92,7)	101/106 (95,3)	0,42
Choix homme/femme	78/109 (71,6)	91/105 (86,7)	0,007
Lieu :			
Cabinet médical en ville	58/108 (53,7)	71/105 (67,6)	0,038
Maison des Adolescents	31/108 (28,7)	33/105 (31,4)	0,67
Infirmierie du lycée	68/108 (63,0)	88/105 (83,8)	0,001
Hôpital	48/108 (44,4)	54/105 (51,4)	0,31
Centre de santé	30/108 (27,8)	36/105 (34,3)	0,31
Clinique	39/108 (36,1)	48/105 (45,7)	0,15
Centre de planification/planning familial	37/108 (34,3)	58/105 (55,2)	0,002
Urgences gynécologiques	70/108 (64,8)	75/105 (71,4)	0,30
Examen gynécologique systématique	32/108 (29,6)	55/105 (52,4)	0,001
Refus examen gynécologique	68/108 (63,0)	78/104 (75,0)	0,06
Frottis cervico-vaginal systématique	33/108 (30,6)	65/103 (63,1)	<0,001
Fréquence du suivi gynécologique	33/106 (31,1)	40/104 (38,5)	0,27

4.2. Analyse comparative des connaissances selon l'information reçue

Les lycéennes ayant eu des informations par des professionnels savaient mieux que celles n'ayant pas eu d'informations de leur part que l'information et l'accord des parents pour la prescription d'une contraception n'est pas obligatoire ($p=0,037$). Elles avaient aussi de meilleures connaissances concernant le fait que la consultation n'est pas toujours payante ($p=0,003$) et qu'elle peut être réalisée à n'importe quel âge ($p=0,032$). Elles savaient mieux qu'elles peuvent consulter dans un cabinet médical ($p=0,015$) ou à l'hôpital ($p=0,048$) et que le médecin généraliste peut réaliser cette consultation ($p<0,001$). Toutes ces différences observées étaient statistiquement significatives.

Les lycéennes ayant eu des informations par leur entourage savaient mieux que celles n'ayant pas eu d'informations de leur part que la première consultation gynécologique peut être réalisée même si la jeune fille est vierge ($p=0,002$). Elles savaient mieux aussi qu'il est possible de choisir de réaliser cette consultation auprès d'un homme ou d'une femme ($p=0,035$). Elles avaient de meilleures connaissances concernant la réalisation de l'examen gynécologique ($p=0,004$) et du frottis cervico-vaginal ($p<0,001$), ainsi que sur la fréquence du suivi gynécologique de prévention ($p=0,005$). Toutes ces différences observées étaient statistiquement significatives.

Les lycéennes ayant reçu des informations par des professionnels ou par leur entourage, comparées aux autres, semblaient mieux connaître le centre de planification ou le planning familial (respectivement $p=0,003$ et $p=0,032$), la Maison des Adolescents (respectivement $p<0,001$ et $p=0,039$) et les urgences gynécologiques (respectivement $p=0,010$ et $p=0,009$) comme lieux possibles où consulter. Elles semblaient aussi mieux informées quant à la confidentialité de cette consultation (respectivement $p=0,030$ et $p=0,016$). Toutes ces différences observées étaient statistiquement significatives.

Bien que le reste des différences observables n'étaient pas statistiquement significatives, il a été observé un taux de réponses justes plus élevé chez les lycéennes ayant eu des informations, que ce soit par des professionnels ou par leur entourage.

Le tableau IV ci-dessous présente une analyse comparative des connaissances des lycéennes selon l'information reçue (par des professionnels ou non, par l'entourage ou non)

Tableau IV : Analyse comparative des connaissances selon l'information reçue (effectifs n/n obtenues (pourcentages)).

Connaissances	Info(s) par des pro. (n total=94)	Pas d'Info(s) par des pro. (n total=82)	p-value	Info(s) par l'entourage (n total=122)	Pas d'Info(s) par l'entourage (n total=54)	p-value
Que si antécédent de RS	84/94 (89,4)	64/81 (79,0)	0,06	110/122 (90,2)	38/53 (71,7)	0,002
Cs pour 1^{ère} contraception	30/94 (31,9)	23/80 (28,8)	0,65	41/121 (33,9)	12/53 (22,6)	0,14
Mineure accompagnée	56/94 (59,6)	38/81 (46,9)	0,09	70/121 (57,9)	24/54 (44,4)	0,10
Accord parents contraception	60/94 (63,8)	39/81 (48,2)	0,037	65/121 (53,7)	34/54 (63,0)	0,25
Cs confidentielle	83/92 (90,2)	61/78 (78,2)	0,030	106/119 (89,1)	38/51 (74,5)	0,016
Cs payante	55/93 (59,1)	30/82 (36,6)	0,003	60/121 (49,6)	25/54 (46,3)	0,69
Age pour la première Cs	68/92 (73,9)	48/82 (58,5)	0,032	84/121 (69,4)	32/53 (60,4)	0,24
Cs par :						
Infirmière	66/94 (70,2)	60/82 (73,2)	0,66	88/122 (72,1)	38/54 (70,4)	0,81
Médecin généraliste	51/94 (54,3)	23/82 (28,1)	<0,001	57/122 (46,7)	17/54 (31,5)	0,06
Gynécologue	91/94 (96,8)	74/82 (90,2)	0,07	117/122 (95,9)	48/54 (88,9)	0,08
Proctologue	91/94 (96,8)	73/82 (89,0)	0,041	117/122 (95,9)	47/54 (87,0)	0,048
Urologue	87/94 (92,6)	72/82 (87,8)	0,29	113/122 (92,6)	46/54 (85,2)	0,12
Sage-femme	57/94 (60,6)	42/82 (51,2)	0,21	73/122 (59,8)	26/54 (48,2)	0,15
Andrologue	91/94 (96,8)	75/82 (91,5)	0,19	118/122 (96,7)	48/54 (88,9)	0,07
Choix homme/femme	81/94 (86,2)	61/81 (75,3)	0,07	104/122 (85,3)	38/53 (71,7)	0,035
Lieu :						
Cabinet médical en ville	61/90 (67,8)	39/79 (49,4)	0,015	73/116 (62,9)	27/53 (50,9)	0,14
Maison des Adolescents	38/90 (42,2)	12/79 (15,2)	<0,001	40/116 (34,5)	10/53 (18,9)	0,039
Infirmier du lycée	64/90 (71,1)	57/79 (72,2)	0,88	86/116 (74,1)	35/53 (66,0)	0,28
Hôpital	49/90 (54,4)	31/79 (39,2)	0,048	54/116 (46,6)	26/53 (49,1)	0,76
Centre de santé	28/90 (31,1)	20/79 (25,3)	0,41	35/116 (30,2)	13/53 (24,5)	0,45
Clinique	33/90 (36,7)	31/79 (39,2)	0,73	47/116 (40,5)	17/53 (32,1)	0,29
CDP/PF	51/90 (56,7)	27/79 (34,2)	0,003	60/116 (51,7)	18/53 (34,0)	0,032
Urgences gynécologiques	68/90 (75,6)	45/79 (57,0)	0,010	85/116 (73,3)	28/53 (52,8)	0,009
EG systématique	43/90 (47,8)	29/79 (36,7)	0,15	58/116 (50,0)	14/53 (26,4)	0,004
Refus EG	68/90 (75,6)	49/78 (62,8)	0,07	84/115 (73,0)	33/53 (62,3)	0,16
FCV systématique	41/90 (45,6)	39/78 (50,0)	0,57	68/115 (59,1)	12/53 (22,6)	<0,001
Fréquence du suivi	31/88 (35,2)	30/78 (38,5)	0,66	50/114 (43,9)	11/52 (21,2)	0,005

Légende (CDP : Centre De Planification ; Cs : Consultation ; EG : Examen Gynécologique ; FCV : Frottis Cervico-Vaginal ; Info(s) : Information(s) ; PF : Planning Familial ; Pro. : Professionnels ; RS : Rapport Sexuel)

4.3. Analyse comparative des connaissances selon l'antécédent de consultation gynécologique

Les lycéennes ayant déjà eu une consultation gynécologique savaient mieux que cette première consultation peut être réalisée même si la jeune fille est vierge ($p=0,007$), que les mineures ne sont pas obligées d'être accompagnées par une personne majeure ($p=0,022$) et qu'un examen gynécologique ($p=0,001$) et/ou un frottis cervico-vaginal ne sont pas systématiquement réalisés ($p<0,001$). Elles connaissaient mieux la fréquence du suivi gynécologique ($p=0,031$), les lieux possibles pour consulter (cabinet médical ($p=0,010$), Maison des Adolescents ($p=0,029$), clinique ($p=0,049$)) et savaient mieux qu'il n'est pas possible de réaliser cette consultation gynécologique à l'infirmerie du lycée ($p=0,004$). Toutes ces différences observées étaient statistiquement significatives.

Bien que le reste des différences n'étaient pas statistiquement significatives, les lycéennes ayant déjà eu une consultation gynécologique semblaient mieux informées quant au caractère gynécologique de la consultation pour une première contraception (40,5 % vs. 27,3 %, $p=0,11$) et quant au fait que les parents ne sont pas forcément informés lors de la prescription d'une contraception à une mineure (65,9 % vs. 53,7 %, $p=0,17$). La confidentialité de la consultation (92,3 % vs. 82,4 %, $p=0,13$) et l'âge (76,2 % vs. 63,6 %, $p=0,13$) semblaient mieux connus par les lycéennes qui avaient déjà eu une consultation gynécologique. Elles semblaient mieux informées sur la possibilité de consulter dans un centre de planification ou au planning familial (56,4 % vs. 43,1 %, $p=0,14$), auprès d'une sage-femme (69,1 % vs. 52,2 %, $p=0,06$) et de choisir entre un homme ou une femme (90,5 % vs. 78,2 %, $p=0,08$).

Le tableau V ci-dessous présente une analyse comparative des connaissances des lycéennes selon l'antécédent de consultation gynécologique ou non.

Tableau V : Analyse comparative des connaissances selon l'antécédent de consultation gynécologique (effectifs n/n obtenues (pourcentages)).

Connaissances	ATCD de cs gynécologique (n total=42)	Pas d'ATCD de cs gynécologique (n total=134)	p-value
Que si antécédent de rapport sexuel	41/42 (97,6)	107/133 (80,5)	0,007
Consultation pour première contraception	17/42 (40,5)	36/132 (27,3)	0,11
Mineure accompagnée par majeure	29/42 (69,1)	65/133 (48,9)	0,022
Accord des parents pour contraception	27/41 (65,9)	72/134 (53,7)	0,17
Consultation confidentielle	36/39 (92,3)	108/131 (82,4)	0,13
Consultation payante	21/42 (50,0)	64/133 (48,1)	0,83
Age pour la première consultation	32/42 (76,2)	84/132 (63,6)	0,13
Consultation par :			
Infirmière	32/42 (76,2)	94/134 (70,2)	0,45
Médecin généraliste	16/42 (38,1)	58/134 (43,3)	0,55
Gynécologue	41/42 (97,6)	124/134 (92,5)	0,46
Proctologue	41/42 (97,6)	123/134 (91,8)	0,30
Urologue	40/42 (95,2)	119/134 (88,8)	0,37
Sage-femme	29/42 (69,1)	70/134 (52,2)	0,06
Andrologue	41/42 (97,6)	125/134 (93,3)	0,46
Choix homme/femme	38/42 (90,5)	104/133 (78,2)	0,08
Lieu :			
Cabinet médical en ville	30/39 (76,9)	70/130 (53,9)	0,010
Maison des Adolescents	17/39 (43,6)	33/130 (25,4)	0,029
Infirmerie du lycée	35/39 (89,7)	86/130 (66,2)	0,004
Hôpital	21/39 (53,9)	59/130 (45,4)	0,35
Centre de santé	11/39 (28,2)	37/130 (28,5)	0,98
Clinique	20/39 (51,3)	44/130 (33,9)	0,049
Centre de planification/planning familial	22/39 (56,4)	56/130 (43,1)	0,14
Urgences gynécologiques	29/39 (74,4)	84/130 (64,6)	0,26
Examen gynécologique systématique	26/40 (65,0)	46/129 (35,7)	0,001
Refus examen gynécologique	27/39 (69,2)	90/129 (69,8)	0,95
Frottis cervico-vaginal systématique	32/39 (82,1)	48/129 (37,2)	<0,001
Fréquence du suivi gynécologique	20/39 (51,3)	41/127 (32,3)	0,031

Légende (ATCD : Antécédent ; Cs : Consultation)

4.4. Analyse comparative des connaissances selon le rang dans la fratrie

Le tableau en annexe V présente une analyse comparative des connaissances des lycéennes selon leur rang dans la fratrie (aînée ou non). Aucune relation statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le rang dans la fratrie et les connaissances sur la première consultation gynécologique.

4.5. Analyse des différents scores de connaissances

Les scores obtenus par les lycéennes s'échelonnaient de trois à vingt-six points (sur un total de vingt-sept points).

Six lycéennes n'avaient pas eu la partie du questionnaire comprenant les cinq dernières questions portant sur les connaissances : elles ont donc été exclues pour cette partie de l'analyse.

4.5.1. Analyse univariée des différents scores de connaissances

Dans un contexte d'analyse univariée, le fait d'être en filière technologique ou professionnelle, le fait d'être en classe de terminale, le fait d'avoir reçu des informations par des professionnels, le fait d'avoir reçu des informations par l'entourage et le fait d'avoir un antécédent de consultation gynécologique étaient associés à des scores de connaissances significativement plus élevés (Figure 3). Par contre, il n'existait pas de lien entre le fait d'être l'aînée ou non et le score de connaissances.

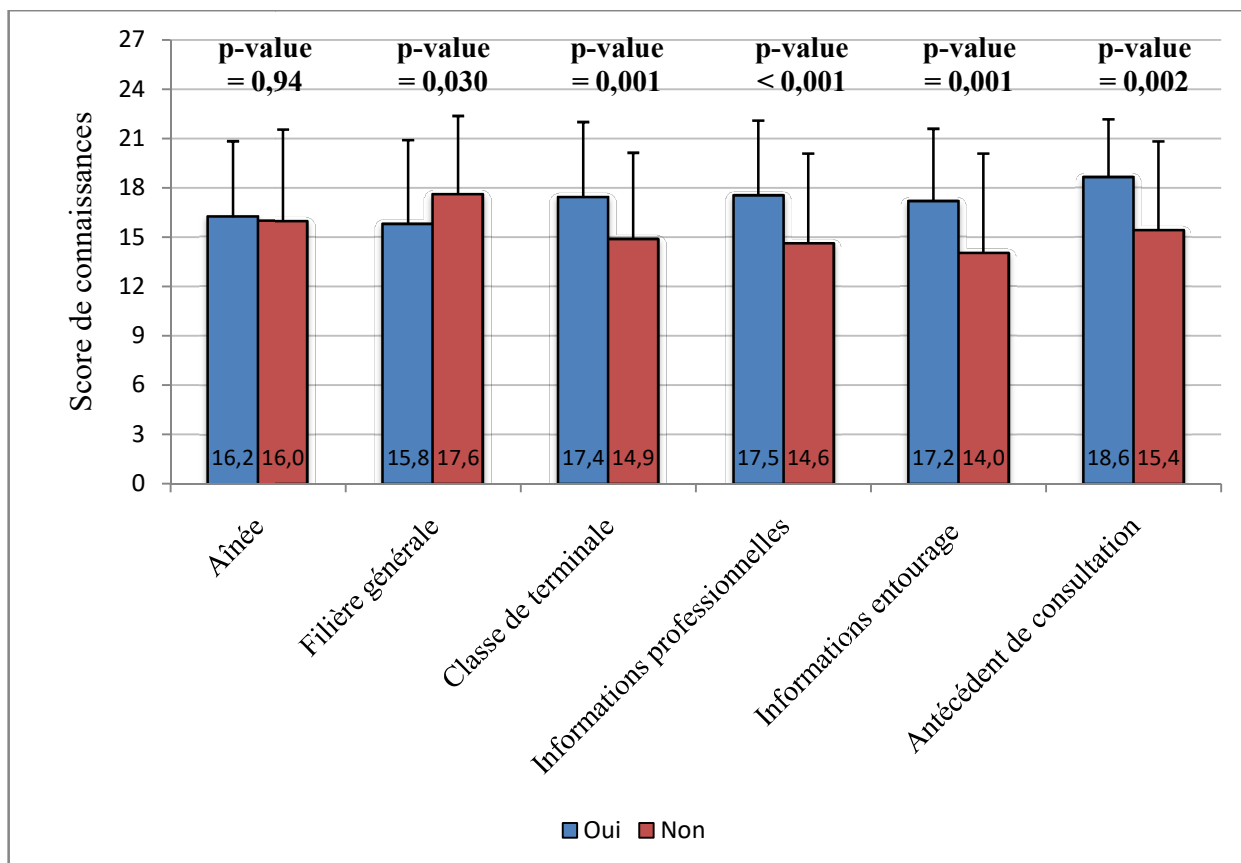
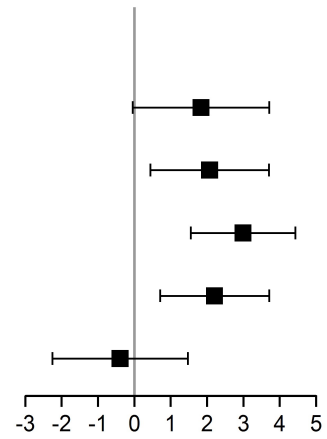


Figure 3 : Analyse comparative univariée des scores de connaissance selon différents critères.

4.5.2. Analyse multivariée des scores de connaissances

Dans un contexte d'analyse multivariée, le fait d'avoir reçu des informations par l'entourage, le fait d'avoir reçu des informations par des professionnels et le fait d'être en classe de terminale étaient associés à des scores de connaissances significativement plus élevés (Figure 4). Contrairement aux résultats de l'analyse univariée, il n'a été établi aucun lien entre l'antécédent de consultation gynécologique et le score de connaissance, et entre la filière et le score de connaissances.

	Coef.	IC 95%	p-value
ATCD de consultation	1.832	[-0.045 ; 3.709]	0.056
Info par entourage	2.068	[0.438 ; 3.698]	0.013
Info par professionnel	2.988	[1.547 ; 4.428]	<0.001
Classe de terminale	2.205	[0.706 ; 3.705]	0.004
Filière générale	-0.393	[-2.256 ; 1.470]	0.678



Légende (ATCD : Antécédent ; Coef. : Coefficient de régression ; IC : Intervalle de Confiance ; Info : Informations)

Figure 4 : Analyse multivariée des scores de connaissances.

Discussion

1. Atteinte des objectifs

L'objectif principal et l'objectif secondaire de cette étude ont été atteints. En effet, il a été réalisé un état des lieux des connaissances des lycéennes du Puy de Dôme sur la première consultation gynécologique ainsi qu'une identification des facteurs influençant ces connaissances.

2. Limites et points forts de l'étude

2.1. Limites de l'étude

Parmi les lycées sollicités, seulement quatre ont répondu positivement pour participer à l'étude sur les vingt-quatre contactés. Un lycée souhaitait une intervention auprès des élèves qui n'a pas pu être réalisée : ils n'ont donc pas participé à l'étude. Un autre lycée a accepté de participer, mais lors de l'envoi par voie postale des questionnaires remplis, ceux-ci ont été perdus. Ainsi, l'étude a été réalisée dans seulement 2 lycées du Puy de Dôme avec un taux de participation des lycées de seulement 8,3 %.

Aucune relance n'a été effectuée, ce qui a pu contribuer au faible taux de participation des lycées.

Le fait que l'étude ait été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire papier, distribué par les lycées, a pu être à l'origine d'un biais de sélection. En effet, toutes les élèves d'un même lycée n'ont pas été sollicitées pour participer à l'étude. Par exemple, au sein d'un même lycée ayant accepté de participer à l'étude, des professeurs n'ont pas voulu distribuer le questionnaire car le sujet était « trop sensible » selon eux. Cela a limité le nombre de sujets susceptibles de participer à l'étude. Par ailleurs, toutes les pages du questionnaire n'ont pas toujours été distribuées, ce qui a diminué le nombre de répondantes pour certaines questions. Il aurait pu être judicieux d'intervenir dans chaque lycée participant, mais cela n'a pas été possible, tant sur le plan du calendrier que sur le plan budgétaire.

Dans l'analyse des résultats, un biais de non réponse a pu intervenir : en effet les non répondantes étaient peut-être des personnes peu à l'aise ou peu sensibles à ce sujet.

La population de l'étude n'était pas homogène, avec les trois-quarts des lycéennes en filière générale alors qu'elles étaient peu nombreuses en filière technologique ou professionnelle. Il y avait aussi très peu d'élèves en classe de première alors qu'elles étaient aussi nombreuses en classe de seconde et de terminale. Certaines comparaisons n'ont alors pas pu être effectuées.

Toutes les catégories socioprofessionnelles des parents n'ont pas été suffisamment représentées ce qui n'a pas permis une comparaison des connaissances selon la catégorie socioprofessionnelle. Il aurait été judicieux de s'intéresser à la profession des parents, en relation avec le domaine de la santé ou non.

Sur le plan éthique et réglementaire, de nombreuses démarches ont été nécessaires avant l'envoi des questionnaires, ce qui a retardé le commencement de l'étude et limité la durée de l'étude avec le baccalauréat et les vacances d'été : l'étude n'a été réalisée que pendant deux mois.

2.2. Points forts de l'étude

Malgré les limites apportées par l'utilisation d'un questionnaire papier, 222 lycéennes sur les 269 sollicitées ont répondu au questionnaire : le taux de participation des élèves de 82,5 % était donc satisfaisant.

Les connaissances des adolescentes sur la première consultation gynécologique est un sujet peu étudié. Une élève a pourtant mentionné à la fin de son questionnaire qu'elle trouvait ce sujet très intéressant. Le suivi gynécologique devrait prendre une place importante dans la vie des femmes.

3. Discussion sur les principales caractéristiques de la population étudiée

3.1. Age au premier rapport sexuel

Dans cette étude, seulement 31,1 % des lycéennes avaient déjà eu un rapport sexuel et l'âge moyen lors du premier rapport était de 15,8 ans. Dans un mémoire réalisé en Lorraine en 2014, elles étaient 90,4 % à avoir déjà eu des rapports sexuels et l'âge moyen lors du premier rapport se situait à 16,8 ans avec 78,7 % de la cohorte qui se situait dans la tranche des 15-18 ans [58].

Les données de l'Institut national d'études démographiques (INED) nous donnent quand à eux l'âge médian au premier rapport sexuel, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des adolescentes a déjà eu une relation sexuelle, qui était de 17,6 ans en 2010 chez les filles [12]. Dans cette étude, il était de 16 ans.

Cependant dans l'étude réalisée en Lorraine, les étudiantes étaient âgées de 18 à 25 ans alors que la moyenne d'âge dans notre étude n'était que de 16,6 ans, ce qui limite davantage le nombre d'étudiantes ayant déjà eu un rapport sexuel et sous-estime donc l'âge au premier rapport.

3.2. Age lors de la première consultation gynécologique

Dans cette étude, 23,9 % des lycéennes avaient déjà eu une consultation gynécologique avec un âge moyen de 16,1 ans lors de cette première consultation. Dans le mémoire réalisé en Lorraine en 2014, les étudiantes étaient 84,9 % à avoir déjà bénéficié d'une consultation gynécologique avec un âge moyen lors de la première consultation à 17,2 ans [58].

Parmi les étudiantes qui n'avaient jamais eu de consultation gynécologique mais qui avaient déjà eu des rapports sexuels, la plupart déclarait ne pas objectiver la nécessité de consulter ou renonçait par peur et/ou gêne [58].

Certains auteurs se sont intéressés à l'âge moyen lors du premier examen gynécologique. Dans l'étude réalisée au Royaume-Uni, il était de 17,3 ans alors qu'il était de 18,6 ans dans la thèse de C. GAUTHIER [28, 59].

Dans notre étude, l'antécédent de consultation gynécologique semblait être un facteur influençant les connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique avec des différences de connaissances observées statistiquement significatives ($p < 0,05$). Dans un contexte d'analyse univariée, le fait d'avoir un antécédent de consultation gynécologique était associé à un score de connaissances significativement plus élevé ($p = 0,002$).

4. Discussion sur les modalités d'accès à la première consultation gynécologique

4.1. Les différentes sources d'informations des lycéennes

Dans cette étude, la principale source d'information citée par les lycéennes était la mère alors que le père n'était quand à lui que très peu cité. Dans une thèse réalisée en région parisienne en 2012 par F. TASSY, toutes les adolescentes avaient exprimé la volonté de se tourner préférentiellement vers une source féminine, dont la mère ou une amie proche en priorité [60]. Dans un mémoire réalisé en 2010 en Moselle par M-C. KINNEL, la mère était aussi plus facilement consultée par les jeunes filles que le père pour l'obtention d'informations [61].

Mais il n'est pas toujours évident pour les jeunes filles d'aborder avec leurs parents les thèmes se rapportant au domaine de la gynécologie et de la sexualité [60]. D'ailleurs, dans le mémoire de M-C. KINNEL, 29 % des lycéennes interrogées n'avaient jamais abordé les thèmes de la sexualité, de la contraception, de la transmission des IST ou du risque de grossesse avec leurs parents [61]. Dans notre étude, 14,8 % des lycéennes n'avaient jamais eu d'informations concernant la première consultation gynécologique.

Pourtant, dans une enquête menée à Singapour de 2008 à 2009, plus de 80 % des parents considéraient que de parler de sexualité à leur enfant était important. Toutefois, seulement 8,3 % discutaient des questions de santé sexuelle avec leur enfant très

souvent alors que 32,5 % n'avaient jamais abordé ce thème. Ce défaut de communication était en partie dû à un manque de confiance [44].

Si les parents ne sont pas toujours les interlocuteurs privilégiés pour parler de sexualité et de contraception, il semblait plus évident pour les jeunes filles de discuter de ces sujets avec des ami(e)s [61]. Dans notre étude, les ami(e)s ont été cité(e)s par un peu plus d'un quart des lycéennes, juste après la mère et les séances d'information et d'éducation à la sexualité au collège.

Dans cette étude, les jeunes filles ont aussi cité ces séances d'information et d'éducation à la sexualité comme deuxième source d'information, dispensées principalement au collège alors qu'il semblerait qu'elles aient été moins informées au lycée. Dans le mémoire de M-C. KINNEL, les adolescentes avaient elles aussi eu majoritairement des informations au collège et 65 % souhaitaient alors une séance d'informations supplémentaire [61]. Malgré ces séances, peu de détails sur l'examen gynécologique étaient révélés au cours de celles-ci [62]. Or dans une thèse réalisée en 2009 par C. GAUTHIER, il a été montré que le premier examen gynécologique était statiquement moins douloureux si elles avaient eu des cours de prévention en matière de sexualité durant la scolarité ($p=0,013$) [28]. Par contre la parole d'un proche pouvait quant à lui avoir une répercussion sur le ressenti du premier examen pelvien avec souvent l'évocation d'un côté assez négatif [63].

Les étudiants sages-femmes participent eux aussi à l'éducation en santé des adolescents. L'Association nationale des étudiants sages-femmes a lancé en février 2017 un projet national de santé publique qui a pour but d'éduquer et de sensibiliser aux relations affectives et sexuelles et à la santé génésique afin d'améliorer la santé des femmes et de permettre un accès égalitaire aux soins. Pour cela, trois axes sont proposés : « la prévention aux cancers gynécologiques », « l'éducation à la vie affective et sexuelle » et « la sensibilisation à la contraception » [64].

Le médecin généraliste n'était pas la source d'information prioritaire puisqu'il a été moins cité que la mère, que les séances d'information et d'éducation à la sexualité au collège et au lycée et que les ami(e)s. Dans la thèse de F. TASSY, le médecin généraliste n'était pas consulté par les adolescentes si celles-ci pensaient avoir trouvé

l'information auprès d'une autre source et les médecins généralistes étaient conscients de leur statut de recours de dernier choix par les adolescentes. [60] D'ailleurs, dans la thèse de C. GAUTHIER, seul un quart des femmes avaient parlé de l'examen gynécologique avec un praticien au préalable contre 41,1 % avec une personne proche [28].

La mère, les éducateurs et le médecin avaient été désignés comme étant des interlocuteurs fiables sur les thèmes de la gynécologie et de la sexualité [60].

Les lycéennes utilisaient aussi internet pour trouver des informations puisqu'il a été cité par 14,8 %. Toutes celles ayant cité internet avaient aussi eu des informations par au moins une autre source. Dans la thèse de F. TASSY, les adolescentes avaient cité internet comme étant une source simple et facile d'accès, mais ne constituant pas un recours prioritaire à l'information [60]. Toutefois, parmi les adolescentes interrogées en 2009 en Moselle, 28 % trouvaient les sites internet suffisants pour les informer et répondre à leurs questions [61].

Les jeunes filles trouvent aussi parfois des renseignements en termes de gynécologie et de sexualité auprès de l'infirmier(ère) scolaire, d'une sage-femme, dans les livres ou brochures [61].

L'Association nationale des étudiants sages-femmes prône la mise en place de permanences de sages-femmes au sein des collèges et lycées qui contribueraient à une éducation des jeunes sur le sujet et à limiter la «censure» actuelle sur la vie affective et sexuelle [64]. Dans le mémoire de M-C. KINNEL réalisé en 2011, 56 % des élèves étaient favorables à leur présence dans leur établissement pour faire des permanences gratuites et anonymes [61] .

La sœur, figure féminine proche, était elle aussi parfois consultée, mais beaucoup moins souvent citée que la mère. Cependant, le pourcentage obtenu dans l'étude était calculé à partir de l'ensemble des lycéennes ayant répondu à la question et non pas à partir de celles ayant une sœur.

Dans plusieurs études, les jeunes filles ont reconnu l'existence d'une carence au niveau des informations sur la sexualité, la contraception, le déroulement et le contenu de la consultation gynécologique ainsi que l'examen gynécologique en lui-même. Les médecins ont d'ailleurs considéré que les interrogations des jeunes filles restaient les mêmes au fil des générations, et ce malgré l'évolution des médias et nouvelles technologies permettant une diffusion et un accès rapide et simple aux informations [60–62]. Ces méconnaissances peuvent, parfois à tort, être à l'origine de peurs pour certaines.

Dans notre étude, le fait d'avoir reçu des informations par des professionnels ou par l'entourage semblait influencer les connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique avec des différences de connaissances observées statistiquement significatives ($p < 0,05$). Dans un contexte d'analyse univariée, le fait d'avoir reçu des informations par des professionnels et le fait d'avoir reçu des informations par l'entourage étaient associés à des scores de connaissances significativement plus élevés (respectivement $p < 0,001$ et $p = 0,001$). Dans un contexte d'analyse multivariée, le fait d'avoir reçu des informations, que ce soit par des professionnels ou l'entourage, était aussi associé à des scores de connaissances significativement plus élevés (respectivement $p < 0,001$ et $p = 0,013$).

4.2. Les motifs ayant motivés la première consultation gynécologique

Les deux principaux motifs de la première consultation gynécologique cités par les lycéennes dans cette étude étaient soit un problème de menstruation, soit la demande d'une contraception. Cette dernière est parfois demandée explicitement, et parfois implicitement par l'intermédiaire d'un problème d'acné ou de dysménorrhées. C'est ce qui avait été constaté dans la thèse de F. TASSY où le principal motif de la première consultation gynécologique chez le médecin généraliste était aussi la contraception. Cette demande était souvent effectuée en fin de consultation, masquée par un autre motif, témoignant ainsi de leur gêne à débiter une contraception [60].

Un autre motif retrouvé plusieurs fois dans notre étude était un « problème gynécologique », sans plus de précision. Dans la thèse de F. TASSY, les autres motifs

de consultation étaient la demande d'un bilan d'IST, des symptômes de mycose vaginale, des mastodynies [60]. Les « problèmes gynécologiques » cités par les lycéennes pouvaient éventuellement être l'un de ces motifs.

Certaines lycéennes avaient consulté à la suite de leur premier rapport sexuel, d'autres parce que cela leur avait été conseillé. Une lycéenne a consulté pour découvrir le monde de la gynécologie et une autre a indiqué avoir consulté « parce qu'il faut le faire ». Aucune n'a cité la grossesse ou la demande d'IVG, qui avaient été des demandes constatées par les médecins de Protection maternelle et infantile dans la thèse de F. TASSY [60].

4.3. Le mode d'accès à cette première consultation gynécologiques

Dans cette étude, la majorité des adolescentes avait déclaré avoir consulté pour la première fois sur les conseils de leur mère, et très rarement sur le conseil de leur partenaire (une seule dans notre étude). C'est aussi ce qui avait été constaté dans les thèses de F. TASSY et de A. RIALLAND et M. RIPAUD [60, 63].

Dans le mémoire de M-C. KINNEL, la réalisation du suivi gynécologique et l'obtention d'une contraception étaient deux motifs principaux d'orientation par les parents vers un spécialiste [61].

Près d'un tiers des jeunes filles interrogées dans cette étude disait avoir consulté d'elles-mêmes. Mais parmi elles, certaines déclaraient avoir aussi été conseillées par une autre personne à un moment donné. Il est difficile d'affirmer si ces dernières ont réellement consulté de leur propre initiative ou suite au conseil.

On remarque ainsi que les adolescentes avaient pour la plupart besoin d'être incitées et accompagnées dans leur démarche de première consultation gynécologique. Quand il ne s'agissait pas d'un conseil de la mère ou du petit-ami, c'était parfois sur les conseils d'une sœur, d'une amie ou d'un médecin.

5. Discussion sur les résultats concernant l'état des connaissances des lycéennes à propos de la première consultation gynécologique

5.1. Consultation gynécologique et vie sexuelle

Dans cette étude, la majorité des lycéennes savaient qu'elles pouvaient avoir une consultation gynécologique même si elles n'avaient jamais eu de rapport sexuel (85,5 %). Pourtant dans l'esprit des jeunes filles, il n'est pas toujours évident de pouvoir envisager une consultation gynécologique en l'absence de relations sexuelles. Dans une étude brésilienne réalisée en 2010 s'intéressant aux représentations des adolescents sur la consultation gynécologique, certaines jeunes filles pensaient ne pas avoir besoin de consulter si elles n'avaient pas eu de relation sexuelle [30]. Dans un mémoire réalisé en 2014 en Lorraine par A. CROCIATI, parmi les jeunes filles qui n'avaient jamais eu de rapport sexuel, certaines n'avaient jamais eu de consultation gynécologique en raison de l'absence de relation sexuelle principalement. Les autres principaux motifs pour lesquels elles n'avaient pas consulté étaient la peur ou la gêne et l'absence de nécessité [58].

Pour ce qui est de l'examen gynécologique, plusieurs médecins notaient que le délai entre les premières relations sexuelles et le premier examen pelvien devait être pris en compte. Certains se fixaient même un intervalle de temps entre le début de l'activité sexuelle et la réalisation du premier examen pelvien [63]. Toutefois, dans la thèse de C. GAUTHIER, le premier examen gynécologique avait été proposé avant le début de la vie sexuelle des femmes pour 36,7 % d'entre elles alors que pour les autres, le délai moyen entre le début de leur vie sexuelle et leur premier examen était d'environ un an et demi. L'examen avait été proposé au bon moment selon 74,4 % des femmes [28].

Il a pourtant été montré que le premier examen gynécologique était statiquement plus douloureux s'il était réalisé avant les premiers rapports sexuels ($p=0,008$) et qu'il y avait plus de sentiment de vulnérabilité vis-à-vis du professionnel ($p=0,016$). Il a aussi été constaté un meilleur ressenti à la fin du premier examen gynécologique si celui-ci était réalisé après les premiers rapports sexuels [28].

Dans cette étude, il a été montré que les lycéennes en filière technologique ou professionnelle, en classe de terminale, ayant eu des informations par l'entourage ou ayant déjà eu une consultation gynécologique savaient mieux que les autres que la première consultation gynécologique peut être réalisée même si la jeune fille est vierge, avec des différences de connaissances statistiquement significatives ($p < 0,05$).

5.2. Age pour réaliser la première consultation gynécologique

Dans cette étude, 67,4 % des lycéennes savaient qu'il n'y a pas d'âge précis pour réaliser la première consultation gynécologique. L'important est que la jeune fille se sente prête. C'est d'ailleurs ce que les jeunes filles souhaiteraient au moment de la réalisation du premier examen gynécologique pour que celui-ci soit idéal. [62] Plusieurs études réalisées dans différents pays (France, Danemark, Royaume-Uni) ont montré que plus l'âge était élevé lors du premier examen gynécologique et plus l'expérience et le ressenti étaient meilleurs et positifs, et moins il y avait d'inconfort lors de l'examen [28, 59, 65].

Dans cette étude, il a été montré que les lycéennes ayant eu des informations par des professionnels avaient de meilleures connaissances sur l'âge que celles n'ayant pas eu d'informations de leur part, avec une différence de connaissances statistiquement significative ($p = 0,032$).

5.3. Consultation de contraception

Seulement 32 % des lycéennes interrogées dans cette étude avaient notion que la consultation pour une contraception est aussi une consultation gynécologique. Mais certaines adolescentes pensent à tort qu'un examen gynécologique est obligatoire pour obtenir la contraception. Cela est parfois source d'angoisse et peut freiner le choix de certaines femmes à recourir à une pratique contraceptive [60, 61, 66]. Parfois ce sont les mères qui transmettent ces idées erronées aux jeunes filles. Dans la thèse de A. RIALLAND et de M. RIPAUD, dans l'imaginaire de la mère, la prise de la première contraception impliquait la réalisation de l'examen gynécologique. Or la plupart des médecins interrogés dans cette étude ont indiqué que pour eux, « la première prescription de pilule » n'était pas synonyme de faire l'examen gynécologique dans le

même temps [63]. En effet, lors de la première consultation contraceptive, en l'absence de symptômes le justifiant, l'examen gynécologique n'est pas nécessaire. Il peut alors être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente [15]. Mais ces recommandations ne sont pas toujours respectées. Par exemple, dans la thèse de C. GAUTHIER, il a été constaté que le premier examen gynécologique avait été réalisé dans 42,2 % des cas lors d'une consultation pour la prescription d'une pilule contraceptive [28].

L'accès des mineures à la contraception est aujourd'hui facilité. En effet depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures [67]. Pourtant, à peine un peu plus de la moitié des lycéennes interrogées dans notre étude (55,5 %) avaient connaissance de ces modalités. Cela a aussi été constaté dans le mémoire de M-C. KINNEL en 2010 dans lequel 11,5 % des lycéennes pensaient que l'autorisation parentale était obligatoire pour obtenir une contraception et 21,6 % pensaient qu'il fallait présenter sa carte vitale pour l'obtenir [61].

Les modalités d'obtention de la contraception d'urgence n'étaient pas mieux connues puisqu'un quart des adolescentes interrogées pensaient qu'elle était payante et devait être obtenue sur ordonnance, et 18 % pensaient qu'il était obligatoire de présenter une carte d'identité pour l'acquérir [61].

Dans cette étude, il a été montré que les lycéennes en classe de terminale étaient mieux informées que celles en classe de seconde quand à la consultation de contraception et que les lycéennes ayant eu des informations par des professionnels ou celles en classe de terminale avaient de meilleures connaissances quand aux modalités de prescription d'une contraception à une mineure. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

5.4. Modalités d'accès à la consultation gynécologique

Que la jeune fille soit mineure ou majeure, elle peut tout à fait choisir de venir seule ou accompagnée par la personne de son choix. Cependant, dans cette étude, seulement la moitié des lycéennes interrogées avaient notion qu'il n'était pas obligatoire d'être accompagnée par une personne majeure lors de cette consultation, et ce même si elle est mineure (51,6 %). Dans une étude menée au Brésil en 2010 s'intéressant aux représentations des adolescents de 14 à 17 ans sur la consultation gynécologique, elles n'avaient pas non plus de bonnes connaissances à ce sujet puisqu'elles pensaient devoir être accompagnées de leur mère [30].

Bien souvent, lorsqu'elles sont accompagnées, il s'agit presque toujours de la mère, la belle-mère, ou une amie dans les situations plus délicates [60]. Etre accompagnée lors de la première consultation gynécologique peut être rassurant pour certaines jeunes filles alors que pour d'autres cela est plutôt gênant. Ainsi, certaines préfèrent venir seule en consultation [60, 62]. La HAS et l'ANAES recommandent d'ailleurs que l'adolescente soit reçue sans ses parents lors d'une consultation contraceptive [15]. Mais dans une étude écossaise réalisée en 2003, lorsque le professionnel était une femme, 11 % disaient préférer être accompagnées par une personne de confiance et lorsque le professionnel était un homme, elles étaient 62 % à vouloir être accompagnées [68].

Du côté des professionnels, la majorité préférerait faire sortir l'accompagnateur afin de recevoir la jeune fille seule lors de cette consultation. Et lorsque l'accompagnateur était le petit ami, cela ne semblait pas toujours apprécié par les médecins [60, 63, 68].

Le fait que la consultation soit confidentielle et soumise au secret professionnel semblait plus évident pour les lycéennes qui étaient 84,7 % à en avoir connaissance. Dans la thèse de F. TASSY de 2012, toutes les adolescentes interrogées avaient la notion que le secret professionnel doit être respecté par le professionnel. Malgré tout, la peur de non-respect du secret persistait et c'est pourquoi les médecins trouvaient primordial de rappeler aux adolescentes que ce secret serait scrupuleusement respecté, afin de gagner leur confiance [60]. Il a d'ailleurs été montré que l'instauration d'une

relation de confiance permettrait de diminuer la sensation de vulnérabilité perçue par les jeunes femmes lors de l'examen gynécologique et que la qualité du lien entre la jeune fille et le professionnel conditionnerait l'acceptation de cet examen [62, 69].

A peine la moitié des lycéennes savaient que la consultation n'est pas toujours payante (49,1 %). Cela est peut être lié à la méconnaissance des lycéennes des différents lieux où consulter, certains proposant pourtant des consultations gratuites pour les mineures, tels que les CPEF et le planning familial [24]. Dans le mémoire de M-C. KINNEL, seulement 56 % des lycéennes connaissaient un lieu qui délivre une contraception gratuitement et anonymement et parmi elles, 81 % ont cité le CPEF [61].

Dans cette étude, il a été montré que les lycéennes en filière technologique ou professionnelle, en classe de terminale, ayant eu des informations par des professionnels ou par l'entourage, ou ayant un antécédent de consultation gynécologiques, avaient de meilleures connaissances quand aux modalités d'accès à la consultation, avec des différences observées statistiquement significatives ($p < 0,05$).

5.5. Professionnels habilités à réaliser cette consultation

Le gynécologue, le médecin généraliste, et depuis 2009 la sage-femme, sont tous les trois des professionnels habilités à réaliser la consultation gynécologique. La possibilité de consulter un gynécologue était évidente pour pratiquement toutes les lycéennes interrogées (94,1 %). Les compétences de la sage-femme et du médecin généraliste dans le suivi gynécologique étaient quant à elles moins bien connues. Malgré leurs compétences plus récentes en matière de suivi gynécologique, le rôle des sages-femmes dans ce domaine semblait mieux connu par les jeunes filles (52,3 %) que celui du médecin généraliste (39,2 %). Ces connaissances restaient tout de même insuffisantes et seulement 11,7 % des lycéennes avaient été capable de citer les trois professionnels.

Dans le mémoire de A. CROCIATI, les résultats vont dans le même sens que dans notre étude. Le gynécologue était jugé apte au suivi gynécologique par 98,1 % des femmes, la sage-femme par 58,2 % d'entre elles et le médecin généraliste par 16,1 %. Toutefois, la sage-femme n'était que très peu consultée [58].

Les compétences du médecin généraliste en matière de gynécologie ne semblaient pas évidentes pour un grand nombre d'adolescentes et il était de ce fait souvent consulté qu'en dernier recours [60, 63]. Les mères orientaient plus facilement leurs filles chez un gynécologue pour l'examen gynécologique alors qu'elles estimaient que le médecin généraliste pouvait leur prescrire la contraception [63].

Le gynécologue est ainsi le professionnel dont les compétences en matière de suivi gynécologique sont les plus connues et cela se retrouve dans le suivi des femmes. En effet, deux études, réalisées avant les nouvelles compétences des sages-femmes dans le suivi gynécologique, ont montré que le premier examen gynécologique et le suivi gynécologique étaient majoritairement réalisés par le gynécologue. Les femmes le jugeaient bien souvent plus compétent que le médecin généraliste dans ce domaine alors que peu de femmes estimaient que les médecins généralistes étaient suffisamment formés pour assurer ce suivi. Elles étaient pourtant un grand nombre à considérer que les gynécologues n'étaient pas assez nombreux en France et qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous pour une consultation gynécologique auprès d'eux [28, 70].

Il semblerait que le type de professionnel consulté (gynécologue ou médecin généraliste) n'ait pas d'impact sur le ressenti à la fin du premier examen gynécologique ou sur la douleur ressentie lors de l'examen. C'est ce qui avait été conclu dans la thèse de C. GAUTHIER en 2009 [28].

Par contre, le choix du sexe du professionnel pourrait jouer un rôle plus important. En effet, il a été montré que cela permettrait aux femmes d'être plus rassurées quant au déroulement de l'examen et de se sentir en contrôle [71, 72].

Dans notre étude, près de 80 % des lycéennes savaient qu'il est possible de choisir entre un homme et une femme, en fonction de leur préférence. Une revue de neuf études publiées entre 2002 et 2012 a retrouvé que la plupart des patientes préféreraient consulter auprès d'une femme plutôt qu'auprès d'un homme [73]. C'est aussi ce qui avait été mis en évidence dans la thèse de F. TASSY et dans une étude réalisée en Turquie en 2004-2005 où la plupart des adolescentes et des femmes indiquaient leurs préférences à être examinées par une femme [60, 74].

Il a d'ailleurs été montré dans une étude réalisée en 2001 au Royaume-Uni, une expérience plus positive de l'examen gynécologique lorsque celui-ci était réalisé par une femme ($p=0,02$) [59].

Dans une étude écossaise réalisée en 2003, 20 % des femmes interrogées accepteraient uniquement une femme pour leur examen gynécologique, 56 % préféreraient une femme et 1 % préférerait un homme [68]. Cependant il a été montré dans une autre étude que les femmes ne sont pas totalement contre le fait d'être suivie par un homme puisque dans la thèse de C. GAUTHIER, 81,1 % des femmes interrogées accepteraient ou avaient accepté d'être suivies par un homme [28].

Dans cette étude, il a été montré que les lycéennes en filière technologique ou professionnelle connaissent mieux les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique que celles en filière générale. Les lycéennes ayant eu des informations par des professionnels avaient de meilleures connaissances quand au rôle du médecin généraliste dans ce domaine. Les lycéennes en filière technologique ou professionnelle, en classe de terminale et celles ayant eu des informations par l'entourage étaient mieux informées que les autres quant à la possibilité de choisir le sexe du professionnel. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p<0,05$).

5.6. Lieux où peut être réalisée cette consultation gynécologique

Dans cette étude, le lieu le plus connu par les lycéennes pour réaliser la première consultation était les urgences gynécologiques en cas de problème (68,4 %). Or la consultation aux urgences n'est en général pas celle qui est programmée mais plutôt celle qui intervient dans un contexte d'imprévu, et qui parfois ne relève pas d'une réelle urgence.

Le cabinet médical n'a été cité que par 60,9 % des lycéennes. Pourtant ce mode d'exercice est fréquent. Mais les jeunes filles connaissant peu les compétences du médecin généraliste et de la sage-femme qui exercent pourtant de plus en plus en cabinet, n'ont peut être pas pensé à ce mode d'exercice. De plus, les gynécologues étant

de moins en moins nombreux, cela a peut être contribué à accentuer cette méconnaissance de la possibilité de consulter en cabinet médical.

A peine la moitié des lycéennes savaient qu'il est possible de consulter à l'hôpital (48,4 %) et un peu moins de la moitié ont cité le centre de planification ou le planning familial (44,7 %) et la clinique (40,5 %). Dans le mémoire de M-C. KINNEL, 86 % des élèves fréquentant un lycée proche d'un CPEF avaient connaissance de l'existence des CPEF, alors que seules 34 % des élèves fréquentant un lycée éloigné en avaient connaissance. Et seulement 18 % savaient que les sages-femmes pouvaient exercer dans ces CPEF [61].

Les lieux les moins connus par les lycéennes étaient la Maison des Adolescents et le centre de santé pour lesquels 30,7 % des lycéennes ont su répondre correctement.

Au moins trois lieux exacts ont quand même été cités par 64,7 % des lycéennes.

Le fait d'être en filière technologique ou professionnelle, en classe de terminale, d'avoir eu des informations par des professionnels ou par l'entourage, ou d'avoir un antécédent de consultation gynécologique, semblait influencer les connaissances des lycéennes quant aux différents endroits possibles pour réaliser une première consultation gynécologiques. Les différences de connaissances observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

5.7. L'examen gynécologique

Moins de la moitié des lycéennes (41,4 %) avaient connaissance qu'un examen gynécologique n'est pas systématiquement réalisé lors de la première consultation gynécologique. Pourtant, comme on a pu le voir précédemment, lors de la consultation de contraception par exemple, cet examen peut effectivement être différé. Mais cela ne semble pas évident dans l'esprit des jeunes filles. Dans la thèse de F. TASSY, la majorité des adolescentes associait l'examen clinique à l'examen pelvien, perçu comme anxiogène, assimilé à un acte douloureux et elles espéraient ne pas se faire examiner [60].

Dans notre étude, les lycéennes étaient plus nombreuses à avoir répondu ne pas savoir si cet examen était ou non systématiquement réalisé (43,7 %) dont 17,2 % ne savaient d'ailleurs pas en quoi il consiste. Une étude réalisée en 2014 en Auvergne et en Midi-Pyrénées s'est intéressée au premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans n'ayant jamais eu d'examen gynécologique. Elles ignoraient en grande partie les indications justifiant la réalisation d'un examen gynécologique, son utilité réelle et le moment adéquat pour la réalisation de ce dernier. Ainsi, cet examen était perçu comme obligatoire, ce qui n'était pas favorable au bon déroulement de l'examen gynécologique [62]. Dans la thèse de F. TASSY, la majorité des adolescentes ne connaissaient pas le matériel utilisé pendant l'examen, et notamment le spéculum [60]. Dans l'étude de A. FREYENS et al., les méconnaissances des jeunes filles interrogées concernaient les différentes étapes de l'examen gynécologique allant du frottis cervico-utérin au toucher vaginal et de l'examen sénologique aux différents outils utilisés au cours de l'examen [62]. Dans notre étude, 45,1 % des lycéennes ne savaient pas si un frottis cervico-vaginal était systématiquement réalisé ou non dont 27,7 % ne savaient pas en quoi cela consiste. Elles étaient seulement un peu moins de la moitié (46,9 %) à savoir que le frottis n'est pas systématiquement réalisé lors de la première consultation gynécologique. Dans la thèse de C. GAUTHIER, 81,1 % des femmes interrogées disaient pourtant avoir eu des informations concernant la réalisation du FCV [28].

Dans la thèse de C. GAUTHIER sur le premier examen gynécologique, les trois quarts des femmes avaient des idées négatives quant à cet examen avant de le réaliser pour la première fois (peur, stress, douleur, pudeur...) mais 33,3 % estimaient que cet examen était l'occasion de s'assurer de l'absence d'anomalies [28]. C'est aussi ce qui a été constaté dans l'étude de H. GRUNDSTROM et al. où les jeunes femmes le considéraient désagréable mais nécessaire pour confirmer leur santé [69]. Et pour certaines jeunes filles, l'examen gynécologique était perçu comme un rite de passage dans le monde des femmes [62, 63, 71, 75] .

Dans la thèse de F. TASSY, dans l'ensemble, les médecins généralistes ne réalisaient pas d'examen pelvien lors d'une première consultation gynécologique. Ils jugeaient d'ailleurs nécessaire d'informer l'adolescente dès le début de la consultation

d'une absence d'examen pelvien et du respect du moment qu'elle choisirait pour l'effectuer [60].

Les jeunes filles ne se laisseraient pas examiner si le professionnel examinateur n'avait pas une attitude adéquate à leur égard [62]. La possibilité de refuser un examen gynécologique était connue par 69,2 % des lycéennes interrogées dans notre étude. D'ailleurs, dans la thèse de F. TASSY, le refus de l'adolescente d'être examinée était généralement respecté par tous les médecins. La seule raison de convaincre l'adolescente à se faire examiner était l'urgence. Ils jugeaient nécessaire d'informer l'adolescente dès le début de la consultation d'une absence d'examen pelvien et du respect du moment qu'elle choisirait pour l'effectuer [60]. Mais il semblerait que peu de femmes refusent réellement un examen gynécologique. Dans la thèse de C. GAUTHIER, 94,4 % des femmes n'avaient pas refusé de se faire examiner avant leur premier examen gynécologique et elles étaient aussi nombreuses à n'avoir jamais refusé un examen par la suite [28].

L'Association nationale des étudiants sages-femmes propose l'introduction d'une consultation d'information et de sensibilisation à la vie affective dans le parcours de soins d'une jeune fille, de 12 ans à la veille des 18 ans, réalisée par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue, pour pallier au manque d'éducation sanitaire [64].

Dans cette étude, il a été montré que les lycéennes en filière technologique ou professionnelle, en classe de terminale, ayant eu des informations par l'entourage, ou ayant un antécédent de consultation gynécologique, connaissaient mieux les conditions de réalisation de l'examen gynécologique et du frottis cervico-vaginal. Les différences de connaissances observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$). Par contre on constate que le fait d'avoir eu des informations par des professionnels n'influçait pas les connaissances à ce sujet.

5.8. Le suivi gynécologique de prévention

Il semblerait qu'un premier examen gynécologique bien vécu, au cours duquel des explications ont été données à la jeune fille et lors duquel une relation de confiance a été instaurée, conditionnerait la qualité du suivi et des futurs examens [60, 63, 76].

Dans la thèse de F. TASSY, beaucoup d'adolescentes percevaient un suivi gynécologique régulier comme une prévention importante pour leur bien-être [60]. La HAS et l'ANAES recommandent d'ailleurs une planification et un suivi régulier, et rapproché pour la contraception chez une adolescente [15]. Mais seulement un tiers des lycéennes de notre étude (34,9 %) savaient qu'il est recommandé de réaliser par la suite une consultation de suivi gynécologique de prévention une fois par an. Dans la thèse de C. GAUTHIER, selon 58,9 % des femmes, la consultation gynécologique devait être réalisée une fois par an [28]. Selon un sondage réalisé en 2008 par l'institut BVA pour la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgées (65 ans et plus) seraient les moins suivies en gynécologie. Près des trois quarts des femmes suivies en gynécologie avaient un suivi tous les ans et 86 % des femmes interrogées considéraient qu'une femme qui ne consulte pas régulièrement prend des risques pour sa santé [70]. Pourtant, dans le mémoire de A. CROCIATI, près d'un quart des femmes disaient consulter uniquement quand elles l'estimaient nécessaire alors que près de 65 % se faisaient suivre tous les ans [58]. Dans le mémoire de E. DEWEZ sur le « suivi gynécologique en milieu rural », 19,3 % des femmes estimaient qu'il n'était pas nécessaire d'avoir un suivi gynécologique une fois par an : parmi elles, 27 % estiment que ce n'était pas nécessaire si elles ne ressentaient aucun problème [8].

Pourtant, ce suivi gynécologique est nécessaire au dépistage de maladies gynécologiques. C'est aussi l'occasion de faire le point, et notamment d'évoquer la prévention en matière de contraception et/ou d'IST [28].

Le fait d'avoir reçu des informations par l'entourage ou le fait d'avoir déjà eu une consultation gynécologique semblait influencer les connaissances des lycéennes quant à la fréquence du suivi gynécologique, avec des différences de connaissances observées statistiquement significatives ($p < 0,05$).

6. Projets d'action

Les infirmiers des lycées ayant participé à l'étude ont demandé à ce que les résultats concernant l'état des connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique leur soient communiqués. Le but serait pour eux d'orienter les séances d'information et d'éducation à la vie affective et sexuelle vers les besoins des lycéennes. Evoquer la consultation gynécologique au cours de ces séances pourrait permettre aux jeunes filles de dédramatiser cette consultation et d'écarter les idées erronées diffusées entre autre par l'entourage.

La formation des professionnels de santé à la prévention et à la promotion de la santé auprès de tout public, et notamment auprès des jeunes, devrait être renforcée afin que chaque professionnel se sente à l'aise et s'investisse davantage. L'Etat propose la mise en place d'une politique publique de service sanitaire obligatoire pour l'obtention du diplôme et dont l'objectif à long terme serait de garantir la compétence de tous les professionnels de santé à mener des actions de prévention et de promotion de la santé. Pour cela, le service sanitaire sera inclus dans la maquette de formation de tous les étudiants en santé et prendra la forme d'interventions de prévention, notamment sur le thème de la vie affective et sexuelle. Il comprendra un temps de formation spécifique, un temps d'intervention et un temps de débriefing et d'évaluation. Il représentera l'équivalent d'une période de trois mois de formation, continue ou discontinue [77].

Des expérimentations sont lancées depuis mars 2018 à Angers, Clermont-Ferrand, Caen et Dunkerque. A la rentrée 2018, ce service sanitaire sera étendu à l'ensemble du territoire pour les formations de kinésithérapie, maïeutique, médecine, odontologie, pharmacie et soins infirmiers. Et à la rentrée 2019, l'objectif sera de généraliser ce service à toutes les formations en santé [77].

Il serait intéressant de proposer systématiquement une consultation d'informations à toutes les jeunes filles mineures, qui concernerait la prévention et le suivi gynécologique, auprès d'une sage-femme, avec une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Cela permettrait à la fois de favoriser une meilleure connaissance du monde de la gynécologie à la jeune fille en réalisant une consultation interactive,

mais aussi de faire connaître davantage les compétences de la sage-femme dans ce domaine.

Une brochure élaborée par l'INPES intitulée « La première consultation gynécologique » est disponible et répond aux différentes questions que peuvent se poser les jeunes filles et qui ont été abordées dans ce mémoire. Mais il semblerait que cette brochure ne soit pas très adaptée aux adolescentes et un infirmier suggérait la réalisation d'un dépliant plutôt court, facile à consulter par des jeunes. Ainsi, une plaquette d'information comportant les réponses au questionnaire sera réalisée et envoyée aux lycées ayant participé à l'étude. Ils pourront la distribuer aux élèves, notamment au cours des séances d'information et d'éducation à la sexualité, ou la mettre en libre service, permettant alors un accès simple et rapide aux informations. Elle sera aussi envoyée à l'Infirmière Conseillère Technique Départementale qui pourra la faire passer aux autres lycées le souhaitant.

Des séances d'information et d'éducation à la vie affective et sexuelle pourraient aussi être proposées aux parents afin qu'ils transmettent les connaissances exactes à leurs enfants. En effet, les parents sont désignés comme devant être la principale source d'information sur les risques encourus et les moyens de les prévenir et leur rôle dans l'éducation sexuelle de leur enfant est essentiel.

Conclusion

Les résultats de cette étude ont montré qu'avec des moyennes de scores de connaissances comprises entre 14 et 18,6 points sur un total de 27 points, les lycéennes ont des connaissances assez restreintes en matière de gynécologie. Il faut tout de même noter que de grands écarts de scores ont été observés puisqu'ils s'échelonnaient de trois à vingt-six points. Certains facteurs tels que le fait d'être en filière technologique ou professionnelle, d'être en classe de terminale, d'avoir eu des informations par des professionnels ou par l'entourage, et le fait d'avoir déjà eu une consultation gynécologique semblaient influencer positivement le niveau de connaissances des lycéennes. Malgré tout, ces connaissances restent à améliorer pour une majorité d'entre elles.

Le manque d'information des adolescentes concernant le déroulement d'une consultation gynécologique et les modalités de réalisation d'un examen pelvien peuvent parfois être un frein à l'accès à la logique de prévention. Il est donc primordial de mener des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de ces jeunes, notamment dans le domaine de la gynécologie.

Avec la multiplication des sources d'informations faciles d'accès comme les sites internet et les forums, mais aussi les ami(e)s, la fiabilité des données recueillies peut parfois être remise en question et le risque de mésusage de l'information augmente. Les parents, reconnus comme étant les principaux éducateurs de leur enfant, devraient jouer un rôle majeur dans la prévention et l'éducation de leurs enfants et dans la transmission des connaissances. Pourtant il semblerait qu'ils ne soient pas toujours à leur aise pour parler de sexualité avec leurs enfants. Les professionnels de santé doivent alors jouer un rôle majeur, autant auprès des adolescents que des parents, afin d'améliorer leurs connaissances et de favoriser les discussions relatives à ces sujets au sein des familles. Le nombre de trois séances par an d'information et d'éducation à la vie affective et sexuelle devrait être respecté par les collèges et les lycées pour permettre davantage aux élèves d'aborder les sujets face auxquels ils éprouvent des difficultés.

Une consultation dédiée à l'information, préalable à la consultation où a lieu l'examen gynécologique, pourrait permettre de diminuer les appréhensions, d'améliorer les connaissances des jeunes filles et de favoriser le bon déroulement du futur premier examen gynécologique.

Il serait intéressant de réaliser d'autres études sur les connaissances des adolescentes sur la première consultation gynécologique. Une étude multicentrique avec des entretiens permettrait de comprendre les réponses apportées par les lycéennes et de savoir réellement d'où elles détiennent ces informations afin de cibler les actions à mener pour remédier à ces connaissances erronées.

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents [Internet]. 2017 [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
2. Guyard L. Chez la gynécologue. Ethnol Fr. 1 janv 2010;40(1):67-74.
3. Linet T, Ledig A. Mon guide gynéco, devenir actrice de sa santé. Pocket. Paris; 2016. 191 p.
4. Union Nationale des Sociétés Etudiantes. L'accès aux soins des étudiants en 2015. 2015.
5. Encyclopédie Larousse. Gynécologie-obstétrique [Internet]. Larousse. [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/gynecologie-obstetrique/13438>
6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Examen gynécologique [Internet]. Université médicale virtuelle francophone. 2011 [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/1.html
7. Ameli. Le suivi gynécologique [Internet]. 2015 [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-vendee/nos-actions-de-prevention/le-suivi-gynecologique_vendee.php
8. Dewez E. Le suivi gynécologique en milieu rural : état des lieux et freins [Mémoire]. [Lille] : Université catholique de Lille; 2014.
9. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Contraception, IVG et grossesses non désirées [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. [Internet]. 2013 [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1543202
11. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 [Internet]. 2017 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
12. Institut National d'Études Démographiques. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. 2014 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
13. Lindley LL, Brandt HM, Annang L, Barnett CL, Hardin JW, Burcin M. Receipt of Routine Gynecological Examinations among Sexually Active Female College Students in the United States. J Womens Health. 23 juill 2009;18(8):1195-200.
14. Sidaction. Sondage Ifop : les jeunes, l'information et la prévention du sida [Internet]. 2016 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <http://presse.sidaction.org/communiqu/62460/Sondage-Ifop-jeunes-l-information-prevention-du-sida>
15. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2017.

16. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1 juill 2014;161(1):67.
17. Barré S. Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national
18. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
19. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Pulnoy: SPEI; 2012. 144 p.
20. Institut National Du Cancer. Vaccination anti-HPV et cancer du col de l'utérus [Internet]. 2017 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus>
21. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Contact sages-femmes n°45, l'exercice libéral. mars 2016;31 p.
22. Ministère des Solidarités et de la Santé. La démographie des professionnels de santé [Internet]. 2015 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/article/la-demographie-des-professionnels-de-sante>
23. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Tableau 1 - Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. Data.Dress. 2016 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,982
24. INPES, Association SPARADRAP, Association Adosen prévention santé MGEN. La première consultation gynécologique [Internet]. 2012 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1400>
25. Légifrance. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans [Internet]. 2016 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/29/AFSS1612900D/jo/texte>
26. Ameli. La prescription de la contraception [Internet]. 2016 [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-la-contraception/prescription-delivrance-prise-en-charge.php>
27. Collège des Médecins du Québec. Y a-t-il des règles relatives à la présence d'un tiers durant l'examen gynécologique ? 2012.

28. Gautier C. Le premier examen gynécologique : une épreuve pour les femmes ? [Thèse]. [Nantes]: Université de Nantes; 2010.
29. Crips Ile-de-France. La contraception à l'adolescence [Internet]. 2014 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.lecrips-idf.net/informer/dossier-thematique/dossier-contraception/contraception-adolescence.htm>
30. de Oliveira Gomes VL, da Fonseca AD, de Oliveira DC, Silva CD, Ferreira Acosta DF, Pereira FW, et al. The representations of adolescents about gynecological consultation. Rev Esc Enferm USP. juin 2014;48(3):438-45.
31. Godeau E, Jovic S, Maillochon F. La santé des collégiens en France / 2010. 2010.
32. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. 25 mai 2013 [cité 9 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/811421/resultatrecherche/1>
33. Institut National d'Etudes Démographiques. La contraception dans le monde [Internet]. INED. 2014 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/>
34. Crips Ile-de-France. Données sur la contraception en France [Internet]. 2014 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.lecrips-idf.net/informer/dossier-thematique/dossier-contraception/contraception-donnes-chiffrees.htm>
35. Organisation Mondiale de la Santé. La grossesse chez les adolescentes [Internet]. WHO. 2014 [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
36. Johnson J. Emergency Contraception for Adolescents: A Political Battle. J Pediatr Adolesc Gynecol. avr 2016;29(2):95-6.
37. Brouard N, Kafé H, Doisneau L. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? [Internet]. INED. 2000 [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/comment-ont-evolue-les-grossesses-chez-les-adolescentes-depuis-20-ans/>
38. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
39. Haute Autorité de Santé. Décision n°2013.0042/DC du 24 avril 2013 du collège de la Haute Autorité de Santé adoptant la recommandation en santé publique « Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance » [Internet]. 2013 [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr//portail/jcms/c_1554576/fr/decision-n2013-0042/dc-du-24-avril-2013-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-adopt
40. Légifrance. Code de la santé publique - Article L5134-1. Code de la santé publique.
41. Le dico des définitions. Définition de connaissance [Internet]. Les Définitions. 2010 [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: <http://lesdefinitions.fr/connaissance>

42. Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie médicale [En ligne]. 2001 [cité le 11/06/2017] ; 2 : 163-169. Disponible sur : <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2001/03/pmed20012p163.pdf>.
43. Ashcraft AM, Murray PJ. Talking to Parents About Adolescent Sexuality. *Pediatr Clin North Am.* avr 2017;64(2):305-20.
44. Hu Y, Wong ML, Prema V, Wong ML, Fong NP, Tsai FF, et al. Do parents talk to their adolescent children about sex ? Findings from a community survey in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* juin 2012;41(6):239-46.
45. Office of Adolescent Health. Talking with Teens About Relationships [Internet]. HHS.gov. 2016 [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.hhs.gov/ash/oah/resources-and-training/for-families/relationships/index.html>
46. Association Education Sexuelle. Conseils d'experts pour parler de sexualité aux ados et mieux comprendre leur sexualité [Internet]. [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.educationsexuelle.com/faq/ouvrir-le-dialogue-avec-un-ado/#.WTf5UMakLIU>
47. Éduscol. Les enjeux de l'éducation à la sexualité [Internet]. [cité 10 juin 2017]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>
48. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées - Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 [Internet]. Education.gouv. 2003 [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
49. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Santé sexuelle : concept, ressources et retours d'expériences. 2015.
50. Légifrance. Article L312-16. Code de l'éducation.
51. Légifrance. Code de la santé publique - Article L2212-4. Code de la santé publique.
52. Légifrance. Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. 2013-595 juill 8, 2013.
53. Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? [Thèse]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2012.
54. On sexprime. Le premier rendez-vous gynécologique [Internet]. On sexprime. 2012 [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.onsexprime.fr/Sexe-anatomy/Le-sexe-des-filles/Premier-rendez-vous-gynecologique>
55. Fil santé jeunes. La première consultation gynéco [Internet]. 2014 [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/premiere-consultation-gyneco-5687>
56. IVG.GOUV. Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/>
57. Les enfants et les médias. *Paediatr Child Health.* 1999;4(5):357-62.

58. Crociati A. Santé gynécologique de la femme jeune : État des lieux auprès des étudiantes de 18 à 25 ans de l'Université de Lorraine en 2014 [Mémoire]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2014.
59. Gupta S, Hogan R, Kirkman RJ. Experience of the first pelvic examination. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* mars 2001;6(1):34-8.
60. Tassy F. Consultation pour motif gynécologique : perceptions d'adolescentes et de médecins généralistes, en région parisienne, en 2012 [Thèse]. [Paris]: Paris Diderot - Paris 7; 2014.
61. Kinnel M-C. Etre adolescente et se préoccuper de sa contraception [Mémoire]. [Metz]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2011.
62. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat M-E, Oustric S. Le premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles. *Can Fam Physician.* août 2017;63(8):e371-5.
63. Rialland A, Ripaud M. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active [Thèse]. [Angers]: Université Angers; 2016.
64. Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes. Hera, un projet de l'Anesf pour éduquer et sensibiliser aux relations affectives et sexuelles, et à la santé génésique des femmes. 2017.
65. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* nov 2003;82(11):1030-6.
66. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
67. Légifrance. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
68. Weaver K. Attitudes towards pelvic examination and chaperones : a questionnaire survey of patients and providers. Fiddes P, Scott A, Fletcher J, et al. *Contraception* 2003; 67: 313-317. *BMJ Sex Reprod Health.* 1 juill 2003;29(3):170-170.
69. Grundström H, Wallin K, Berterö C. « You expose yourself in so many ways »: young women's experiences of pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* juin 2011;32(2):59-64.
70. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. 2008.
71. Kielar A, Moreau E. Enjeux et complexité du premier examen gynécologique de l'adolescente et la femme jeune : une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de femmes âgées de 18 à 30 ans [Thèse]. [Lille]: Université Lille 2; 2012.
72. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract.* avr 1997;14(2):148-52.

73. Janssen SM, Lagro-Janssen ALM. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. *Patient Educ Couns.* nov 2012;89(2):221-6.
74. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery.* 1 oct 2009;25(5):500-8.
75. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. The first pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1 janv 2007;28(1):7-12.
76. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* avr 1998;77(4):422-8.
77. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. *Le service sanitaire : les formations en santé au service de la prévention.* 2018.

Annexes

Annexe I : Questionnaire.

Questionnaire sur l'état des lieux des connaissances des lycéennes du Puy De Dôme sur la première consultation gynécologique.

Renseignements généraux

Quel âge avez-vous ?

Vous êtes :

- En filière générale
- En filière technologique
- En filière professionnelle

Vous êtes :

- En seconde
- En première
- En terminale

Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?

- Oui
- Non

Si oui, à quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

Renseignements concernant votre famille

Avez-vous des frères et/ou sœurs ?

- Oui
- Non

Si oui, quel est votre rang dans la fratrie ?

- 1^{er} enfant
- 2^{ème} enfant
- 3^{ème} enfant
- 4^{ème} enfant
- Autre :

Quel est l'âge de votre mère ?

Quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre mère ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires (enseignement, santé, social,...)
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité professionnelle
- Autre :

Quel est l'âge de votre père ?

Quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre père ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires (enseignement, santé, social,...)
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité professionnelle
- Autre :

Connaissances sur la première consultation gynécologique

Cette première consultation gynécologique ne peut être réalisée que si j'ai déjà eu un rapport sexuel.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

La consultation pour une première contraception n'est pas une consultation gynécologique.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

Si je suis mineure, je dois être accompagnée par une personne majeure lors de cette consultation.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

Si on me prescrit une contraception et que je suis mineure, mes parents doivent être informés et donner leur accord.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

Cette consultation est confidentielle.

- Vrai : elle est soumise au secret professionnel
- Faux : la personne qui m'accompagne (notamment) sera au courant de ce qui sera dit
- Ne sais pas

Peu importe l'endroit où je consulte, je dois payer la consultation.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

Cette consultation peut être faite :

- A partir de 14 ans
- A partir de 15 ans
- A partir de 16 ans
- A partir de 17 ans
- A partir de 18 ans
- Il n'y a pas d'âge pour consulter la première fois
- Ne sais pas

Cette consultation peut être réalisée par : (plusieurs réponses possibles)

- Infirmier(ère)
- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Proctologue
- Urologue
- Sage-femme
- Andrologue
- Ne sais pas

Je peux choisir d'avoir rendez-vous avec un homme ou une femme selon mes préférences.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

Pour cette première consultation, je peux consulter : (plusieurs réponses possibles)

- Dans un cabinet médical en ville
- Dans une Maison des Adolescents
- A l'infirmerie de mon lycée
- A l'hôpital
- Dans un centre de santé
- Dans une clinique
- Dans un centre de planification ou au planning familial
- Aux urgences gynécologiques si j'ai un problème qui doit être pris en charge rapidement
- Ne sais pas
- Autre :

Lors de cette première consultation, j'aurai systématiquement un examen gynécologique quelque soit le motif.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas
- Je ne sais pas en quoi consiste un examen gynécologique

Je peux refuser un examen gynécologique.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je ne sais pas en quoi consiste un examen gynécologique

Un frottis cervico-vaginal sera systématiquement réalisé lors de cette première consultation.

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas
- Je ne sais pas ce qu'est un frottis cervico-vaginal

Une fois cette première consultation réalisée, il est recommandé de réaliser une consultation de suivi gynécologique de prévention :

- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- Ne sais pas

Informations sur la première consultation

Vous avez eu des informations sur la première consultation gynécologique (quand consulter, où, vers qui...) : (plusieurs réponses possibles)

- Par ma mère
- Par mon père
- Par ma sœur
- Sur internet
- Lors des séances d'information et d'éducation à la sexualité au collège
- Lors des séances d'information et d'éducation à la sexualité au lycée
- Par des ami(e)s
- Par mon médecin généraliste
- Je n'ai jamais eu d'information à ce sujet
- Autre :

Avez-vous déjà eu une consultation gynécologique ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas ce qu'est une consultation gynécologique

Si oui, à quel âge avez-vous consulté la première fois ?

Si oui, qui vous a conseillé d'aller consulter la première fois ?

- Ma mère
- Ma sœur
- Une amie
- Mon petit-ami
- J'y suis allée de moi-même
- Autre :

Si oui, pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté la première fois ?

Annexe II : Lettre d'information destinée aux parents.

Mesdames, Messieurs,

Étudiante en 4^{ème} année à l'école de sages-femmes, je suis actuellement en préparation de mon mémoire de fin d'étude pour le diplôme d'État. Le sujet de mon mémoire est le suivant : « **Etat des lieux des connaissances des lycéennes dans des établissements du Puy-de-Dôme sur la première consultation gynécologique** ».

Le but de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des lycéennes afin de savoir si elles sont suffisamment et correctement informées dans ce domaine.

En effet la première consultation est le début de tout un suivi médical essentiel au cours de la vie d'une femme : il est donc important d'avoir de bonnes connaissances sur ce sujet pour ne pas négliger par la suite ce suivi.

Pour pouvoir réaliser mon étude, je vais déposer un questionnaire auprès de l'infirmier(ère) du lycée. C'est lui(elle) qui se chargera de le transmettre à vos enfants.

Ce questionnaire est **totale**ment anonyme : ni les noms, prénoms, date de naissance et nom de l'établissement n'apparaîtront. Seules les filières (générales, technologiques, professionnelles) ainsi que les classes (seconde, première, terminale) seront renseignées. Je n'aurai aucun accès aux coordonnées des élèves.

Ce questionnaire contient à la fois des questions personnelles et de connaissances. Bien entendu, il n'est pas obligatoire de participer à cette étude. Le questionnaire doit être rempli sur la base du volontariat. Mais plus la participation est importante, plus mes recherches seront valides.

À l'issue de ce travail, une plaquette récapitulative et informative sera disponible à l'infirmerie du lycée.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant réponde à ce questionnaire, je vous invite à le faire savoir à l'établissement. Pour toutes questions, ou pour tout autre renseignement, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :

En vous remerciant pour votre compréhension, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de mes sincères salutations.

Annexe III : Lettre d'information destinée aux professeurs principaux.



Professeurs principaux

Mesdames, Messieurs,

Nous souhaitons participer à un état des lieux des connaissances des lycéennes dans les établissements scolaires du Puy-de-Dôme sur la première consultation gynécologique.

Ce travail de recherche est proposé par une étudiante en 4^{ème} année de sciences maieutiques dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

A l'issue, une plaquette d'information répondant aux interrogations de nos lycéennes leur sera remise afin de dédramatiser cette visite souvent redoutée, de rassurer et ainsi permettre un meilleur suivi gynécologique.

Pour mener à bien cette étude, nous avons besoin de vous, professeurs principaux, pour :

- dans un 1^{er} temps, les semaines 18-19 (entre le 02/05/17 et le 12/05/17)
 - présenter rapidement l'intérêt de ce questionnaire à vos élèves
 - leur remettre le courrier d'information destiné aux parents
- dans un second temps, la semaine 20 (entre le 15/05/17 et le 19/05/17)
 - faire remplir le questionnaire (2 pages) à vos élèves « filles » volontaires (temps estimé : 4-5mn)
 - puis les recueillir et les déposer dans notre casier, n°153, en salle des professeurs, dans une pochette avec le n° de la classe.

Merci pour votre aide.

Restant à votre disposition pour de plus amples renseignements

Sincères salutations.

Annexe IV : Information des lycéennes avant de débiter le questionnaire.

« Actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les connaissances des lycéennes sur la première consultation gynécologique.

Je souhaiterais vous faire participer à mon enquête en répondant au questionnaire ci-dessous. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances sur cette première consultation afin de savoir si des informations supplémentaires sont à apporter chez les jeunes.

Ce questionnaire est individuel et totalement anonyme. Des questions personnelles puis des questions testant vos connaissances vous seront posées.

Plus il y a aura de réponses, plus mon étude sera représentative. Cependant je vous invite à ne répondre qu'une seule fois à ce questionnaire.

Je vous remercie par avance pour votre participation et pour l'aide apportée dans la réalisation de ce travail. »

Annexe V : Analyse comparative des connaissances selon le rang dans la fratrie (effectifs n/n obtenues (pourcentages)).

Connaissances	Aînée (n total=89)	Autre rang (n total=120)	p-value
Que si antécédent de rapport sexuel	77/89 (86,5)	100/118 (84,8)	0,72
Consultation pour première contraception	33/87 (37,9)	33/119 (27,7)	0,12
Mineure accompagnée par majeure	46/88 (52,3)	59/120 (49,2)	0,66
Accord des parents pour contraception	50/88 (56,8)	64/119 (53,8)	0,66
Consultation confidentielle	76/86 (88,4)	95/117 (81,2)	0,17
Consultation payante	37/88 (42,1)	66/119 (55,5)	0,06
Age pour la première consultation	63/88 (71,6)	77/117 (65,8)	0,38
Consultation par :			
Infirmière	66/89 (74,2)	83/120 (69,2)	0,43
Médecin généraliste	32/89 (36,0)	48/120 (40,0)	0,55
Gynécologue	84/89 (94,4)	112/120 (93,3)	0,76
Proctologue	83/89 (93,3)	111/120 (92,5)	0,83
Urologue	80/89 (89,9)	109/120 (90,8)	0,82
Sage-femme	44/89 (49,4)	66/120 (55,0)	0,43
Andrologue	83/89 (93,3)	113/120 (94,2)	0,79
Choix homme/femme	73/89 (82,0)	91/119 (76,5)	0,33
Lieu :			
Cabinet médical en ville	55/87 (63,2)	65/115 (56,5)	0,34
Maison des Adolescents	31/87 (35,6)	31/115 (27,0)	0,19
Infirmerie du lycée	68/87 (78,2)	78/115 (67,8)	0,10
Hôpital	38/87 (43,7)	58/115 (50,4)	0,34
Centre de santé	24/87 (27,6)	37/115 (32,2)	0,48
Clinique	36/87 (41,4)	46/115 (40,0)	0,84
Centre de planification/planning familial	40/87 (46,0)	49/115 (42,6)	0,63
Urgences gynécologiques	61/87 (70,1)	77/115 (67,0)	0,63
Examen gynécologique systématique	32/87 (36,8)	52/115 (45,2)	0,23
Refus examen gynécologique	63/86 (73,3)	78/115 (67,8)	0,41
Frottis cervico-vaginal systématique	37/86 (43,0)	55/114 (48,3)	0,46
Fréquence du suivi gynécologique	24/87 (27,6)	42/113 (37,2)	0,15

Résumé

Introduction : La première consultation gynécologique a généralement lieu à l'adolescence, lorsque le corps est en plein bouleversement. Il s'agit donc d'un moment important, qui doit être préparé pour réduire les angoisses et influencer positivement le futur suivi. Pourtant, un certain nombre de femmes ne consultent qu'en cas de problème et les jeunes sont parmi les moins suivies en gynécologie. Cette étude s'est donc intéressée aux connaissances des adolescentes sur la première consultation gynécologique et aux facteurs influençant ces connaissances.

Population et méthode : Une étude transversale a été réalisée de début avril à début juin 2017 dans deux lycées publics du Puy-de-Dôme. Les lycéennes volontaires ont répondu à un auto-questionnaire anonyme. Un score de connaissances noté sur vingt-sept points a été établi.

Résultats : Le taux de participation était de 82,5 %. L'étude a montré des disparités entre les lycéennes avec des scores qui s'échelonnaient de trois à vingt-six points. Dans l'ensemble, les modalités et le déroulement de la consultation et de l'examen gynécologique étaient des domaines peu maîtrisés. Toutefois, la filière, la classe, les informations reçues par des professionnels ou par l'entourage et l'antécédent de consultation gynécologique semblaient influencer favorablement les connaissances.

Conclusion : Les connaissances des adolescentes en matière de suivi gynécologique restent à améliorer. Cela doit passer par une information maîtrisée à la fois par des professionnels, notamment lors des séances d'information et d'éducation à la vie affective et sexuelle, mais aussi par l'entourage.

Mots clés : Adolescence – Connaissances – Première consultation gynécologique

Abstract

Background : The first gynaecological consultation usually takes place in adolescence, when the body is changing rapidly. It is therefore an important moment, which must be prepared to reduce anxieties and positively influence future follow-up. However, a number of women only consult in case of problems and young people are among the least followed up in gynaecology. This study therefore focused on the knowledge of adolescent girls about the first gynaecological consultation and the factors influencing this knowledge.

Population and method : A cross-sectional study was carried out from the beginning of April to the beginning of June 2017 in two public high schools in Puy-de-Dôme. The volunteer high school students replied to an anonymous self-questionnaire. A score of knowledge marked out of twenty-seven points has been established.

Results : The participation rate was 82.5%. The study showed disparities between high school girls with scores ranging from three to twenty-six points. On the whole, the modalities and conduct of consultation and of gynaecological examination were poorly mastered areas. However, the sector, the class, the information received by professionals or by the entourage and the antecedent of gynaecological consultation seemed to have a favorable influence on knowledge.

Conclusion : Adolescent girls' knowledge of gynaecological follow-up needs to be improved. This must go through information mastered by both professionals – including information and education sessions about emotional and sexual life – and the entourage.

Keywords : Adolescence – Knowledge – First gynaecological consultation