HAL
open science

La première consultation gynécologique chez les étudiantes. État des lieux en Île de France

Nina Serezo

To cite this version:

Nina Serezo. La première consultation gynécologique chez les étudiantes. État des lieux en Île de France. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03238228

HAL Id: dumas-03238228

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03238228v1

Submitted on 27 May 2021

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.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

NINA SEREZO

En vue de l'obtention du **Diplôme d'État de sage-femme**

LA PREMIERE CONSULTATION GYNECOLOGIQUE CHEZ LES ETUDIANTES

État des lieux en Ile de France

Soutenu le : 24 septembre 2020
Directeur de mémoire : Christine HAMELIN, enseignante-chercheuse à l'UFR des Sciences et de la Santé, à l'UFR des Sciences Sociales et au laboratoire Printemps (UVSQ), chercheur délégation à l'INED.

JURY
Madame Banafsheh KASHANI, sage-femme coordinatrice, Eaubonne
Madame Audrey BRECKLER, sage-femme hospitalière, CHIPS
Madame Marie BOURDILLON, sage-femme enseignante, UVSQ

Numéro national d'étudiant : 21602034

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je remercie toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire.

À ma directrice de mémoire, Christine Hamelin, pour ses relectures approfondies, ses conseils et son investissement dans ce travail. Celui-ci n'aurait pas pu voir le jour sans vous.

À toute l'équipe pédagogique du département maïeutique de l'UVSQ, et tout particulièrement à ma référente pédagogique Anne Rousseau pour son écoute et son soutient durant ces 4 années.

À cette promotion incroyable remplie de bienveillance.

À Sylvain, pour ces longues heures dédiées à mes figures.

À ma famille pour son soutien infaillible depuis le début.

À mon binôme, ma collègue, mon amie, mon pilier qui m'a portée jusqu'ici.

À ma Rouky, pour son soutien et son amitié sans faille. Merci d'être toujours présente.

À mon chéri qui m'a supportée et soutenue dans les moments difficiles.

Et enfin à toi maman, ce mémoire il est pour toi. Merci de m'avoir donnée les moyens de réussir et d'exercer aujourd'hui le métier qui me passionne. Tu as fait de moi la femme que je suis aujourd'hui.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Table des matières

AVERTISSEMENT II

REMERCIEMENTS III

TABLE DES MATIERES IV

LISTE DES TABLEAUX VIII

LISTE DES FIGURES IX

LISTE DES ANNEXES X

LEXIQUE XI

LA PREMIERE CONSULTATION GYNECOLOGIQUE CHEZ LES ETUDIANTES EN ÎLE DE FRANCE XII

THE FIRST GYNECOLOGICAL CONSULTATION FOR THE STUDENTS IN ÎLE DE FRANCE XIII

INTRODUCTION **1**

1 CONTEXTE ET CONCEPT : SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION ET PREMIERE CONSULTATION GYNECOLOGIQUE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE **2**

1.1 Le suivi gynécologique de prévention **2**

1.1.1 La consultation de suivi gynécologique 2

1.1.2 La contraception et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles 3

1.1.3 Recommandations des dépistages systématiques 3

1.2 Les différents professionnels acteurs du suivi gynécologique **4**

1.2.1 Les gynécologues 4

1.2.2 Les Médecins Généralistes (MG) 4

1.2.3 Les sages-femmes, de nouvelles compétences 5

1.2.4 Le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CEPF) 5

1.3 La population ciblée **6**

1.3.1 Les femmes et le suivi gynécologique 6

1.3.2 Les étudiantes, une population à sensibiliser 6

1.3.3 Le choix du praticien et la première consultation de gynécologie 7

2 MATERIEL ET METHODES **9**

2.1 Objectifs et hypothèses **9**

2.1.1 Identifier le professionnel de santé choisi par les étudiantes et les raisons de ce choix 9

2.1.2 Réaliser un état des lieux sur le motif de la première consultation 9

2.1.3 Identifier l'impact de la première consultation sur le suivi gynécologique de la femme en bonne santé 10

2.2 Description de l'étude **10**

2.2.1 Type d'étude 10

2.2.2 Outils méthodologiques 10
2.2.3 Composition du formulaire : variables retenues 11

2.3 Déroulement de l'étude 15
2.3.1 Participantes 15
2.3.2 Diffusion du formulaire 16

2.4 Stratégie d'analyse 16

2.5 Considérations éthiques et réglementaires 17

3 RESULTATS 18

3.1 Description de l'étude 18
3.1.1 Diagramme des flux 18
3.1.2 Description de la population 19

3.2 Résultats principaux 22
3.2.1 Le type de professionnel de santé consulté par les étudiantes et les facteurs qui ont influencé ce choix 22
3.2.2 Le motif de la première consultation gynécologique 26
3.2.3 L'impact de la première consultation sur le suivi gynécologique 29

3.3 Résultats secondaires 34
3.3.1 Avis des étudiantes sur la première consultation 34
3.3.2 Les étudiantes n'ayant jamais consulté 35

4 DISCUSSION 36

4.1 Résumé des principaux résultats 36

4.2 Discussion des résultats 37
4.2.1 Le suivi gynécologique de prévention 37
4.2.2 La première consultation de gynécologie 40

4.3 Forces de l'études 41

4.4 Limites et biais **42**
4.4.1 Biais concernant la diffusion 42
4.4.2 Limites de l'échantillon 42
4.4.3 Biais de sélection 43
4.4.4 Limites des variables analysées 43

4.5 Perspectives et implications **44**

CONCLUSION **46**

BIBLIOGRAPHIE **47**

ANNEXES **50**

ANNEXE I : FORMULAIRE ENVOYE **51**

Liste des tableaux

Tableau 1 : Motif de la première consultation selon la spécialité du praticien consulté (n=384) 27
Tableau 2 : Niveau de stress en fonction du motif de consultation (n=384) 34

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux 18
Figure 2 : Âge des étudiantes au moment de l'enquête (n=470) 19
Figure 3 : Département de résidence des étudiantes enquêtées (n=470)..... **Erreur ! Signet non défini.**
Figure 4 : Situation économique des étudiantes enquêtées (n=470)**Erreur ! Signet non défini.**
Figure 5 : Âge au moment de la première consultation gynécologique (n=383) 21
Figure 6 : Spécialité du praticien (n=384) 22
Figure 7 : Les facteurs influençant le choix du praticien (n=384) 23
Figure 8 : Les facteurs influençant le choix du praticien en fonction de l'âge au moment de la première consultation (n=383) 24
Figure 9 : Le choix du praticien en fonction de l'âge au moment de la première consultation (n=383) 25
Figure 10 : Le motif de la première consultation (n=384) 26
Figure 11 : Motif de la première consultation en fonction de l'âge au moment de celle-ci (n=383)..... 28
Figure 12 : Régularité du suivi gynécologique en fonction du motif de la première consultation (n=384) 29
Figure 13 : Régularité du suivi en fonction du professionnel (n=384)..... 30
Figure 14 : Niveau de stress des étudiantes aux différents moments de la consultation (n=384) 31
Figure 15 : Régularité du suivi en fonction du niveau de stress après la première consultation (=384) 32
Figure 16 : Niveau de stress en fonction de l'âge au moment de la première consultation (n=383) 33
Figure 17 : Motifs de non consultation de gynécologie (n=86) 35

Liste des annexes

Annexe I : Formulaire envoyé 51
Annexe II : Type de professionnel consulté selon le facteur d'influence 58
Annexe III : Les avis négatifs de la première consultation (n=50) 59
Annexe IV : Affiche de campagne nationale pour les sages-femmes..... 63

Lexique

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales.

CNGOF : Conseil National de Gynécologues Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

DIU : Dispositif Intra Utérin

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

ZUS : Zone Urbaine Sensible

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

La première consultation gynécologique chez les étudiantes en Île de France

Objectifs : L'objectif de ce travail est d'étudier les différentes modalités (choix du praticien, motif de consultation et ressenti) de la première consultation gynécologique des étudiantes en Ile-de-France dans l'objectif d'identifier les freins à un suivi régulier de prévention.

Matériel et méthodes : Une étude quantitative descriptive utilisant un questionnaire directement consultable sur internet a été réalisée. Ce questionnaire a été créé via le logiciel « Google Forms » et partagé sur les réseaux sociaux pendant 3 mois.

Résultats : L'étude a permis d'inclure 470 formulaires complets d'étudiantes d'Île-de-France âgées de 18 à 25 ans. Nous avons pu observer que la majorité (83%) avaient déjà eu recours à une première consultation gynécologique. Parmi les 384 étudiantes ayant déjà consulté, sept sur dix avaient été conseillées par leur entourage familial et amical. De plus les gynécologues sont les praticiens les plus sollicités pour une première consultation. Seul 2% des étudiantes interrogées se sont dirigées vers une sage-femme. Mais quel que soit le type de praticien sollicité ou l'âge au moment de la consultation, l'influence de l'entourage est prédominante. Enfin, nous avons pu constater que seulement 61% des étudiantes répondaient avoir un suivi régulier depuis leur première consultation.

Conclusion : Cette étude a permis de montrer que les modalités de la première consultation étaient très diverses, rendant celle-ci déterminante pour le suivi ultérieur. Nous supposons que la mise en place d'une première consultation d'information pour toutes les femmes permettrait une meilleure entrée dans le parcours de soin.

Mots-clés : suivi gynécologique de prévention, contraception, sage-femme

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

The first gynecological consultation for the students in Île de France

Objective : The objective of this work was to study the different modalities (choice of practitioner, reason for consultation and feeling) of the first gynecological consultation of students in Île de France with the aim of identify the obstacles to a regular preventive gynecological monitoring.

Methods : We used a quantitative descriptive study with an online form. This form was created with the software « Google Forms » and shared on social networks for 3 months.

Results : This study allowed us to 470 forms from Île de France students aged 18 to 25. We observed that the majority (83%) had already had a first gynecological consultation. Among the 384 students who have already consulted, seven out of ten had been counseled by their family and friends. Then the gynecologists are the most requested practitioners for a first consultation. Only 2% of the students consulted a midwife. But regardless of the practitioner involved or the age at the time of the consultation, the influence of the family environment is predominant. Finally, we were able to observe that only 61% of students replied that they had regular follow-up since their first consultation.

Conclusion: This study showed that the modalities of the first consultation were very different, making it decisive for a regular preventive gynecological monitoring. We assume that the establishment of a first consultation of information for all women would allow a better entry into the care path.

Keywords : preventive gynecological monitoring, contraception, midwife

Introduction

Le suivi gynécologique représente un enjeu majeur en matière de dépistage et de prévention pour la santé des femmes. Ce suivi est initié par première consultation qui apparait capitale pour assurer une bonne entrée dans le parcours de soin dédiée à la femme en bonne santé. Cette première consultation gynécologique ne fait pourtant pas encore à ce jour l'objet de recommandations spécifiques.

Avec l'évolution de leur profession et les nouvelles compétences qui leurs sont attribuées, les sages-femmes figurent désormais parmi les professionnels de santé impliqués dans le suivi gynécologique et donc susceptibles de recevoir des patientes pour une première consultation. La formation de sage-femme inclut un module gynécologique formant ainsi les nouveaux professionnels au suivi de prévention des femmes en bonne santé. Elles se placent donc parmi les acteurs principaux du suivi gynécologique de prévention (1).

L'objectif de notre travail est de proposer un état des lieux de la première consultation gynécologique des étudiantes en Île-de-France afin d'identifier les professionnels de santé sollicités et d'évaluer l'entrée des patientes dans le parcours de prise en charge gynécologique.

La population des étudiantes nous paraît particulièrement intéressante à cibler car il s'agit d'une population jeune et d'après l'étude I-Share(2) très peu évaluée jusqu'à présent sur les questions de santé.

Dans un premier temps nous nous intéresserons aux enjeux du suivi gynécologique de prévention. Ensuite nous exposerons les professionnels de santé acteur de ce suivi. Puis nous étudierons les différents facteurs influençant le choix du professionnel de santé. Enfin une présentation de l'étude sera réalisée et les résultats seront présentés. Nous terminerons ce mémoire en discutant les résultats après les avoir analysés.

1 Contexte et concept : suivi gynécologique de prévention et première consultation gynécologique : un enjeu de Santé Publique

Le premier contact professionnel de santé-patiente lors d'une consultation de gynécologique peut impacter le suivi ultérieur des femmes, en particulier lorsqu'il s'agit d'une consultation pour la contraception qui implique un suivi régulier par la suite(3). Par conséquent cette première consultation apparait primordiale pour garantir une bonne entrée dans le parcours de soin et favoriser le bon déroulement du suivi gynécologique.

1.1 Le suivi gynécologique de prévention

Le suivi gynécologique de prévention est un enjeu majeur de Santé Publique en France. Il a pour but le dépistage des cancers féminins tel que le cancer du col de l'utérus ou encore le cancer du sein. Il assure également le suivi de la contraception et permet aux femmes d'aborder le sujet d'une potentielle grossesse avec le professionnel de santé. Il s'agit donc d'un suivi régulier de la santé génésique de la femme. De nombreux sujets peuvent être abordés lors de ces consultations, comme la contraception, les IST ou encore le désir de grossesse.

1.1.1 La consultation de suivi gynécologique

Une consultation gynécologique se découpe en deux temps :

- tout d'abord un entretien avec la patiente afin d'évaluer le motif de consultation (suivi annuel, contraception, ou symptômes particuliers)
- puis un examen en fonction de l'anamnèse.

Le professionnel pratique une palpation mammaire et si nécessaire un examen vaginal sous spéculum ou non. Il est important d'expliquer tous ces gestes à la patiente, afin d'éliminer son éventuelle appréhension et d'enrayer toute réticence à une prochaine consultation (4).

1.1.2 La contraception et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles

D'après le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la Santé des jeunes (CRIPS)(5), les femmes de 15 à 29 ans affirment pour la plupart (91,2%) utiliser un moyen de contraception. Pour 78,6% d'entre elles la pilule est le moyen de contraception privilégié (5). Lors du suivi gynécologique, la contraception est souvent abordée et le professionnel se doit de présenter toutes les options contraceptives adaptées à la patiente (6). Ce sujet doit aussi être accompagné de messages de prévention et il est nécessaire de rappeler que la contraception hormonale comme la pilule ou encore les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) ne protègent pas des IST.

Depuis 2012 on constate une recrudescence des IST. Les jeunes femmes de 15-24 ans sont les plus touchée notamment en Île-de-France. En 2016 le taux de personnes diagnostiquées pour une infection à Chlamydia a été estimé à 491 pour 100 000 habitants(7). Le dépistage et l'utilisation de préservatif sont les outils de prévention à mettre en avant auprès de cette population.

1.1.3 Recommandations des dépistages systématiques

Le cancer est la deuxième cause de décès chez les femmes en France(8).

Le cancer du col de l'utérus compte environ 3000 nouveaux cas chaque année(9). La stratégie de prévention et de dépistage repose sur de nouveaux dispositifs : la vaccination contre le papillomavirus (HPV) des jeunes filles de 11 à 14 ans pour la prévention et le Frottis Cervical Utérin (FCU) à partir de 25 ans pour le dépistage.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le dépistage du cancer du col de l'utérus doit être réalisé tous les 3 ans (10), pour les femmes de 25 à 65 ans qu'elles soient vaccinées ou non. Il s'agit d'une priorité de santé publique.

Le cancer du sein touche une femme sur huit et plus il est dépisté tôt mieux il est pris en charge. En effet on constate un taux de survie augmenté depuis 1995 grâce à une prise en charge précoce (8). Le dépistage est réalisé par examen mammaire. Il s'agit d'une palpation rigoureuse de la poitrine par le professionnel de santé. Il est

aussi recommandé d'apprendre aux femmes l'autopalpation mensuelle afin qu'elles aussi soient actrices de ce dépistage(11). La HAS recommande pour toutes les femmes, un examen mammaire annuel à partir du 25ème anniversaire. En présence de facteurs de risque ou d'indications médicales, une échographie mammaire ou une mammographie peut être réalisée. Pour les femmes âgées de 50 à 74 ans un programme de dépistage national est organisé, avec une mammographie à réaliser tous les deux ans.

1.2 Les différents professionnels acteurs du suivi gynécologique

1.2.1 Les gynécologues

En France, en 2014 on comptait 15,7 gynécologues obstétriciens et 12,4 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes (12). La prévention et le suivi gynécologique sont opérés principalement par les gynécologues médicaux. Face à une population qui augmente et qui vieillit, la pénurie de gynécologues médicaux est à prévoir. Elle se manifeste déjà dans la société (10). Dans ce cadre, l'orientation des patientes vers d'autres professionnels est un enjeu important pour s'assurer qu'elles puissent recevoir toutes les informations nécessaires à leur santé.

1.2.2 Les Médecins Généralistes (MG)

Les médecins généralistes sont en première ligne pour informer les patientes sur le suivi gynécologique. Ils sont compétents pour assurer ce suivi mais les cabinets subissent les mêmes effets que ceux des gynécologues de par l'augmentation démographique de la population inversement proportionnelle à la diminution du nombre de MG (11).

De plus, une trop grande proximité avec le MG peut être un frein pour les patientes qui souhaitent aborder certains sujets concernant leur vie sexuelle ou leurs problèmes d'ordre gynécologique. La qualité de la relation entre le professionnel de santé et sa patiente est très importante, notamment dans le suivi gynécologique où il faut pouvoir être à l'aise. Néanmoins une trop grande proximité avec le

professionnel, comme avec les médecins de famille, peut induire un manque de neutralité et une réticence à se confier (4).

1.2.3 Les sages-femmes, de nouvelles compétences

La profession de sage-femme est en constante évolution(13) avec de nombreux changements au cours de ces vingt dernières années. Des lois ont été promulguées afin d'étendre son champ de compétence, comme la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009 ou encore la loi de Modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 du Code de Santé Publique (14).

Depuis la loi HPST (15) les sages-femmes sont compétentes pour assurer le suivi gynécologique de la femme en bonne santé tout au long de sa vie et non seulement au cours de la grossesse ou de la période post natale. Cela a notamment pour objectif un désengorgement des cabinets de gynécologie.

Le rôle principal de la sage-femme est de délivrer aux patientes des informations concernant leur santé. Il s'agit aussi de transmettre des messages de prévention contre les addictions, les IST, les grossesses non désirées. Les sages-femmes sont amenées à réaliser les Frottis Cervico-Utérin (FCU). En cas de pathologie, la sage-femme est tenue de reconduire la patiente vers un médecin.

Quant à la loi de Modernisation du système de santé de 2016, elle a permis d'attribuer à la sage-femme le droit de pratiquer les IVG médicamenteuses en ville ou dans un établissement de santé.

Cet élargissement des compétences ancre la sage-femme comme un acteur important de santé publique.

1.2.4 Le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CEPF)

Les CPEF sont des lieux d'information, de consultation et de parole accessibles à tous. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires : secrétaires médicales, médecins généralistes, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales, conseillères conjugales et infirmières. Leurs missions sont la prévention et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST), les consultations relatives à la fécondité et la santé génésique de la femme, les consultations de contraception, et la pratique de l'IVG médicamenteuse accompagnée d'entretiens pré et post-IVG (16). Le suivi gynécologique peut être assuré dans ces centres.

L'avantage des CPEF est la gratuité pour les mineurs et les jeunes adultes en difficulté ou en situation de précarité. Ils sont deux fois plus fréquentés en Zones Urbaines Sensibles (ZUS) ou dans les quartiers « moyens » (17).

Le suivi gynécologique, à travers les programmes de dépistage et de prévention et les différents professionnels impliqués, constitue un enjeu majeur pour la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive de la femme à l'échelle populationnelle. Parmi les questions qui se posent au sujet de l'effectivité et de l'efficacité de ce suivi, celles des modalités et de la qualité de la première consultation de gynécologie semblent déterminantes puisqu'elles conditionnent l'entrée dans le suivi et le parcours de soin.

1.3 La population ciblée

1.3.1 Les femmes et le suivi gynécologique

D'après une étude menée en France en 2011, 58% des femmes de plus de 18 ans étaient suivies régulièrement par un gynécologue, ce qui indique que plus de quatre femmes sur dix ne l'étaient pas. Cette étude révèle en outre que plus de 20% des Françaises âgées de 16 à 60 ans n'avaient pas bénéficié d'un suivi gynécologique depuis au moins 2 ans. Ces données mettent en exergue le manque de régularité dans un suivi qui est pourtant capital dans la vie d'une femme (18). D'après l'Institut National du Cancer, le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU ne couvrait que 57,4% des femmes de 25 à 65 ans sur la période 2005-2007(19). Par ailleurs, alors que suivi gynécologique concerne toutes les femmes, dès leur puberté et après la ménopause, on observe qu'il diminue sensiblement avec l'âge(17).

1.3.2 Les étudiantes, une population à sensibiliser

D'après l'Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), on recensait 662 334 étudiants de 18 à 24 ans en 2015 en Ile-de-France, ce qui représentait 60,5% de la population étudiante française. Les femmes représentaient 63,2% de ces étudiants (20). Le questionnement des jeunes femmes autour de la contraception se pose généralement au moment des premiers rapports sexuels.

Selon l'Institut Nationale d'Études Démographiques (INED), l'âge médian du premier rapport sexuel des femmes est de 17,6 ans chez les 18-24 ans en 2010 (21). L'étude I-Share actuellement en cours, porte sur la santé des étudiants et, face à la recrudescence importante des IST dans cette population, un volet est spécifiquement consacré aux IST(2). Les étudiantes constituent donc une population particulièrement importante à cibler afin de les sensibiliser au suivi gynécologique dans ses différentes dimensions, et tout particulièrement les IST et la contraception.

1.3.3 Le choix du praticien et la première consultation de gynécologie

Face aux trois types de professionnels, à savoir, médecin généraliste (MG), gynécologue et sage-femme, consultables dans différentes structures (cabinet, centre de santé, hôpital, ou planning familial), la question du choix du praticien par la patiente paraît intéressante à investiguer. Certaines raisons, notamment le délais d'attente pour une rendez-vous chez un gynécologue sont connues pour influencer le suivi (22). Plus spécifiquement, il a été montré que 8% des femmes renoncent à un rendez-vous avec un gynécologues pour des raisons de délais (18).

La carence d'informations sur le dépistage et sur l'importance du suivi est souvent soulignée par les sociétés savantes. Certains freins aux consultations de dépistage des cancers féminins tels que l'âge ou encore les caractéristiques socio-économiques des femmes sont connus (19). D'après une études du Congrès National des Observations Régionaux de la Santé réalisée en 2008 (17), 77% des femmes déclaraient avoir un suivi gynécologique. Ce nombre diminuait avec l'âge avancé, l'origine démographique ou encore le niveau d'éducation. Ainsi, les facteurs influençant le choix du praticien ne sont pas les seuls paramètres à prendre en compte. La catégorie socio-économique joue un rôle important concernant l'accès aux professionnels de santé. Les habitantes des quartiers classés en ZUS sont plus à risque de ne pas avoir un suivi régulier (17) contrairement à celles issues de quartiers dit « moyens » ou « supérieurs ». Il existe des groupes à risque de non suivi gynécologique de par leur position socio-économique.

Ces déterminants du suivi sont également présents dans la première consultation. S'agissant spécifiquement de cette toute première consultation, il faut

donc considérer l'appréhension qu'elle peut susciter chez les jeunes femmes en raison du caractère intrusif qui lui sont associé et des peurs de dévoiler l'intimité. Or, un mauvais vécu ou bien une mauvaise perception des professionnels de santé peuvent rendre les femmes réticentes à consulter ultérieurement (4). Ainsi le ressenti et le vécu des patientes peuvent constituer des facteurs influençant le suivi gynécologique.

A la lumière de l'ensemble des observations exposées ci-dessus, il nous semble pertinent et utile d'interroger les jeunes femmes sur leur entrée dans le parcours de soin et de prise en charge dans le cadre du suivi de prévention. Nous pouvons donc nous demander quels étaient les modalités de leur première consultation et s'il en résulte un suivi régulier ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif de ce travail est donc d'étudier les différentes modalités (choix du praticien, motif de consultation et ressenti) de la première consultation gynécologique des étudiantes en Ile-de-France dans l'objectif d'identifier les freins à un suivi régulier de prévention.

Cet objectif général sera investigué par les trois entrées suivantes :

2.1.1 Identifier le professionnel de santé choisi par les étudiantes et les raisons de ce choix

L'objectif de cette étude est d'identifier les professionnels de santé sollicités par les étudiantes pour assurer leur première consultation en retenant une hypothèse :

- Le choix du professionnel est influencé par l'entourage familial et amical.

Dans la littérature, l'influence des pairs a été démontrée dans plusieurs domaines comme par exemple dans celui l'éducation à la santé (23). Il est donc pertinent de s'interroger sur le rôle joué par l'entourage familial et amical dans le choix du praticien pour la première consultation gynécologique et d'essayer d'explorer l'influence de ce choix sur le suivi ultérieur.

2.1.2 Réaliser un état des lieux sur le motif de la première consultation

Afin d'identifier ce qui amène les étudiantes à consulter pour la première fois nous avons élaboré un deuxième objectif. Il s'agit d'identifier les motifs de première consultation, en émettant une hypothèse :

- La contraception est le principal motif de la première consultation gynécologique.

En effet, on sait que la majorité des jeunes femmes sont amenées à consulter pour la première fois pour la contraception (3). Ce serait donc par la contraception que les femmes entreraient dans le parcours de soin et initieraient leur suivi gynécologique de prévention.

2.1.3 Identifier l'impact de la première consultation sur le suivi gynécologique de la femme en bonne santé

Comme nous l'avons vu, la première consultation en gynécologie est un moment clé pour délivrer toutes les informations de prévention et expliquer l'importance du suivi gynécologique. On retiendra l'hypothèse générale suivante :

-Les modalités et le vécu de la première consultation de gynécologique conditionnent l'entrée dans le parcours de soin et constituent un facteur déterminant pour le suivi gynécologique de prévention.

2.2 Description de l'étude

2.2.1 Type d'étude

Pour répondre à ces différentes hypothèses, nous avons réalisé une étude descriptive par questionnaire à l'aide d'un formulaire en ligne. Il était intéressant de partager le questionnaire via une plateforme internet afin d'augmenter le taux de participation et d'obtenir une grande variation de réponses des étudiantes d'Île de France participant à notre étude.

2.2.2 Outils méthodologiques

Nous avons utilisé un questionnaire directement consultable sur internet. Celui-ci a été créé via le logiciel « Google Forms » et partagé sur les réseaux sociaux tel que Facebook.

Afin de sélectionner le maximum d'étudiantes, nous avons diffusé le questionnaire sur les groupes dédiés aux étudiants d'Ile de France. Celui-ci a pu être partagé à nouveau par toutes les personnes ayant vu le questionnaire et cela

indéfiniment grâce au « Snowball effect ». En effet, chaque participante avait la possibilité de partager et donc de diffuser à nouveau le questionnaire. Ceci a permis d'augmenter la possibilité d'observer des fluctuations au sein de notre population d'étude.

2.2.3 Composition du formulaire : variables retenues

Le questionnaire était divisé en trois parties dont deux principales qui permettaient de répondre aux hypothèses. La première partie renseignait sur le profil de la population d'étude. Puis les participantes ayant déjà eu une consultation gynécologique étaient orientées vers les deux autres parties, une partie concernant la consultation en elle-même et une partie concernant le professionnel de santé. Pour les étudiantes n'ayant jamais eu de consultation gynécologique, une partie spécifique du questionnaire était prévue afin d'identifier les raisons pour lesquelles elles n'avaient jamais eu recours à ce type de consultation. (Cf. Annexe I)

2.2.3.1 Renseignements généraux

La partie initiale sur les renseignements généraux permettait de recueillir une série d'informations socio-démographiques sur les étudiantes. Les éléments demandés étaient :

- L'âge
- Le lieu de résidence
- Le département d'étude
- La filière d'étude
- Le statut socio-économique

Les questions ont été posées de façon à laisser la liberté aux répondantes de rajouter des remarques ou des réponses qui ne seraient pas proposées.

Pour évaluer le statut socio-économique des étudiantes nous avons posé une question à choix multiples puis nous avons regroupé les modalités de réponse en trois catégories différentes :

- Boursières

- Aide des parents
- Indépendantes financièrement, travail étudiant, alternantes, apprenties et prêt étudiant

Dans le cadre des questions à choix multiples nous avons pris le parti de faire prévaloir une réponse sur les autres afin de les catégoriser pour pouvoir avoir des effectifs suffisants dans chaque catégorie et ainsi pouvoir réaliser des traitements statistiques.

Pour constituer les groupes, nous avons considéré que le statut de boursière signait également le statut économique du foyer familial. Il prévalait donc sur les autres réponses. De même, le travail étudiant primait sur l'aide des parents, considérant que cette aide n'était pas suffisante pour les besoins de l'étudiante. Ainsi toutes les répondantes ayant coché « travail étudiant » ainsi que toutes celles percevant un salaire (alternantes, apprenties) mais n'ayant pas recours à l'aide de leurs parents ont été considérée comme indépendante financièrement.

2.2.3.2 Le motif de la première consultation gynécologique et suivi gynécologique

Cette partie du questionnaire s'intéressait plus particulièrement à la première consultation. Nous avons demandé l'âge de la participante au moment de celle-ci ainsi que le ou les motifs pour lesquels elle avait consulté :

- Règles douloureuses
- Douleurs pelviennes
- Douleurs mammaires
- Contraception
- Grossesse
- Suivi gynécologique de prévention
- Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)
- Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Une case « autre » permettait de rajouter un ou plusieurs motifs de consultation, augmentant ainsi le panel des réponses possibles.

Pour les traitements statistiques et l'analyses des résultats nous avons regroupé les réponses à cette question en six groupes, intégrant les motifs non prévus dans les modalités de réponses et précisés dans la case « autres » :

- Dysménorrhées qui désignent tous les troubles liés aux menstruations comme les règles douloureuses ou encore l'absence de règles (aménorrhée)
- Contraception
- Suivi gynécologique de prévention
- Douleurs et symptômes, qui regroupent les douleurs pelviennes, les douleurs mammaires ou encore les signes fonctionnels urinaires
- MST, IVG et toutes les questions relatives au premier rapport sexuel. Les étudiantes ayant associées ces différents motifs ils nous a semblé pertinent de les regrouper. De plus, le premier rapport sexuel pose souvent la question des IST.
- Grossesse

Pour le motif de consultation, nous avons considéré que les douleurs ou symptômes sont les motifs principaux qui amènent à consulter. Ils prévalaient donc sur les autres motifs. Pour les autres réponses, la contraception primait pour nos analyses, celle-ci étant une demande spécifique de la répondante au moment de la consultation.

Le questionnaire abordait ensuite la question du suivi gynécologique régulier dont la définition était explicitement rappelée : un minimum d'une consultation gynécologique par an avec un professionnel de santé. L'objectif était ici d'obtenir des réponses en accord avec la définition du suivi gynécologique de prévention.

2.2.3.3 Type de professionnel de santé consulté et les raisons de ce choix

Nous avons proposé différents types de professionnel de santé mais aussi des structures tel que le centre de planification familial pour évaluer vers qui les étudiantes se sont dirigées.

- Gynécologue

- Sage-femme
- Médecin généraliste
- Planning familial
- Urgences gynécologiques
- Autre

Pour ce qui concerne les raisons du choix du professionnel nous avons également constitué les modalités suivantes regroupées à partir des réponses au questionnaire :

- Influencé par l'entourage (familial et amical)
- Recherche personnelle d'un professionnel de santé
- Le prix de la consultation et le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous
- Orienté par un professionnel de santé

Pour les facteurs influençant le choix du praticien, les conseils de l'entourage familial et amical primaient sur les autres réponses quand plusieurs étaient données.

2.2.3.4 Le ressenti des étudiantes au moment de cette première consultation

Afin d'étudier le ressenti des étudiantes au moment de cette consultation nous avons décidé d'évaluer le niveau de stress des étudiantes avant pendant et après cette consultation. Pour cela elles devaient coter leur niveau de stress sur une échelle de 0 à 10. Pour nos analyses nous avons divisé les notes en trois groupes :

- 0-4 : Peu ou pas stressée
- 5-7 : Stressée
- 8-10 : Très stressée

Enfin, une question ouverte leur permettait d'écrire ce qu'elles souhaitaient par rapport à cette première consultation.

2.2.3.5 Les étudiantes n'ayant jamais eu recours à une consultation gynécologique

Pour les étudiantes qui n'ont jamais eu recours à ce type de consultation, une question à choix multiples sur les différents motifs leur a été posé afin d'identifier les raisons :

- Vous n'en avez jamais eu besoin
- Vous ne savez pas vers qui vous adresser
- Par manque de moyens
- Par manque d'informations
- Autres

Pour les raisons de non consultation, nous avons considéré, quand plusieurs réponses étaient données, que le manque de moyen prévalait sur les autres réponses étant donné l'impact de celui-ci. Ensuite le manque d'information primait sur les autres réponses. En effet un manque d'information global peut entrainer la méconnaissance des praticiens à consulter.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1 Participantes

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été préalablement définis. Étaient inclues les étudiantes entre 18 et 25 ans et résidants en Ile-de-France. Nous avons choisi l'Ile-de-France tout d'abord pour créer une unité géographique pour notre étude. De plus il s'agit de la deuxième région après la Provence-Alpes-Côte d'Azur avec la plus grande densité médicale en France en 2018 (24). Nous avons sélectionné des femmes majeures jusqu'à 25 ans car cela concordait avec l'âge de la première mise en couple ainsi que l'âge de la fin des études, entre 23 et 24 ans (25,26). De plus il s'agit d'une trance d'âge classiquement choisi pour les enquêtes.

Les critères d'exclusion étaient le fait d'être un homme, d'être mineure ou âgée de plus de 25 ans, et d'être étudiante en filière de santé (médecine et maïeutique). Nous avons pris le parti d'exclure uniquement les étudiantes en médecine ainsi que

les étudiantes sages-femmes car on peut supposer qu'elles disposent d'informations plus complètes sur le suivi gynécologique de par leur filière d'étude. Leur inclusion dans l'étude aurait pu biaiser les résultats.

Afin d'éviter le risque d'avoir des formulaires reçus en doublon, la banque de données a été relue entièrement.

2.3.2 Diffusion du formulaire

L'étude a commencé le 24 mai 2019 avec la diffusion du questionnaire en ligne via la plateforme Facebook. Nous l'avons partagé sur différents groupes étudiants ainsi que sur les groupes des principales universités d'Ile de France. Grâce à la possibilité de partager indéfiniment le lien, le formulaire a été régulièrement et largement diffusé pendant les deux mois.

Â la fin de la première semaine de diffusion, nous étions à 381 formulaires avaient été complétés et reçus. Nous avons effectué une première relance le 2 avril puis une deuxième le 5 juillet. Le lien vers le formulaire est resté accessible jusqu'au 25 juillet 2019. Puis nous avons décidé d'arrêter l'enquête car il nous a semblé peu pertinent de continuer à diffuser le questionnaire pendant la période estivale. De plus nous avions reçu 486 questionnaires complets (cf Figure 1), ce qui constituait une base de données conséquente pour notre étude. Enfin le rythme de remplissage des questionnaires ralentissait très nettement.

2.4 Stratégie d'analyse

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisé à l'aide du logiciel « Microsoft Excel 2018 ». Notre étude est descriptive et inclut des variables quantitatives exprimées en pourcentages. Nous avons procédé à des analyses univariées et bivariées.

Une analyse de contenu a été réalisée pour les réponses obtenues à la questions ouvertes sur la première consultation. Elle a conduit à catégoriser les réponses en trois classes :

- Avis positifs

- Avis neutres
- Avis négatifs. Les verbatims de cette catégorie ont été regroupés selon le thème abordé : la pudeur, le praticien et les gestes.

2.5 Considérations éthiques et réglementaires

Concernant les obligations éthiques, une déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) de l'Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines (UVSQ) n'était pas nécessaire.

Concernant les obligations réglementaires, les étudiantes avaient la liberté de répondre ou non au questionnaire. A aucun moment le nom et les coordonnées des répondantes n'étaient demandés. « Google Form » est un logiciel garantissant le maintien de l'anonymat des répondantes.

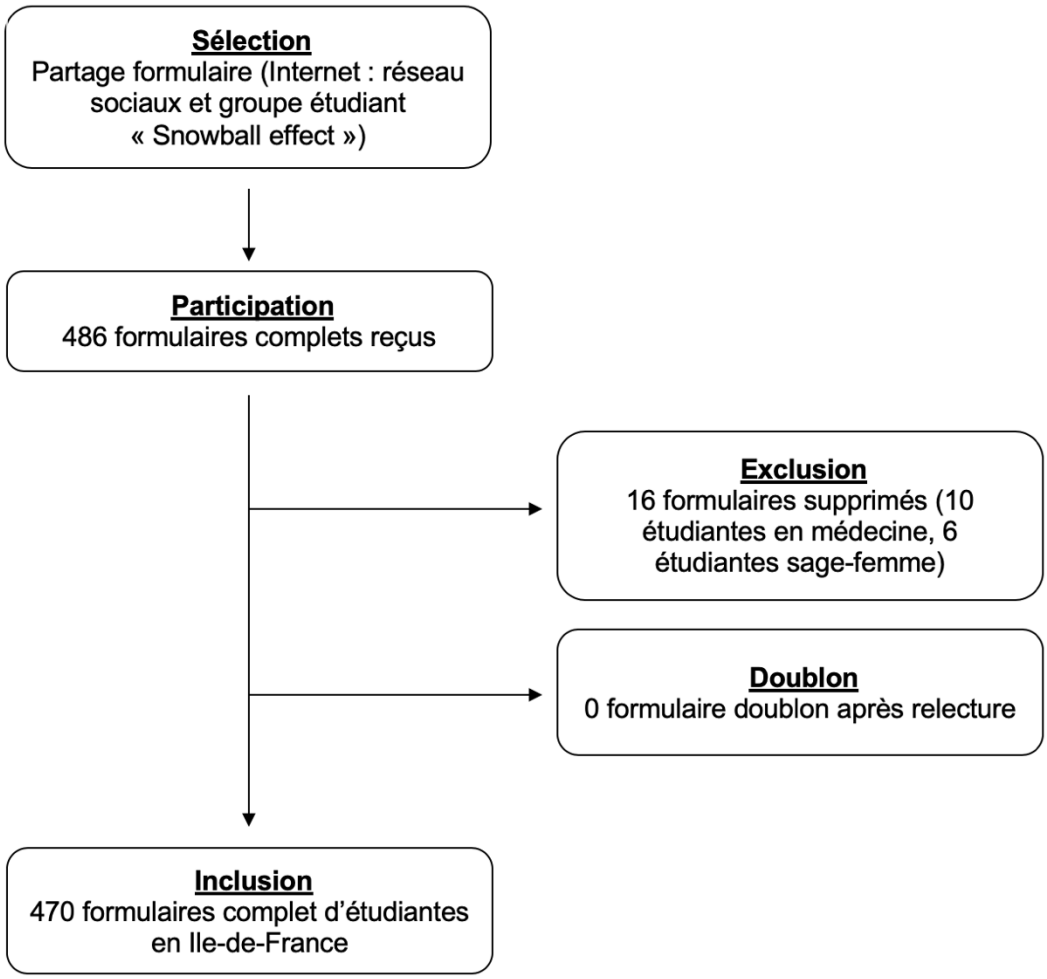
3 Résultats

3.1 Description de l'étude

3.1.1 Diagramme des flux

Le diagramme des flux ci-dessous nous permet de constater que 486 formulaires complets ont été remplis par des étudiantes d'île de France. Dans la mesure où 16 ont dû être exclus, l'analyse porte sur 470 formulaires complets.

Figure 1 : Diagramme des flux



3.1.2 Description de la population

3.1.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Les répondantes avaient en majorité entre 21 et 23 ans (64%). L'âge médian était de 22 ans. Elles résidaient principalement dans les Yvelines (24,5%), les Hauts-de-Seine (23,2%) et à Paris (23,6%), et un peu plus des deux tiers d'entre elles bénéficiaient d'une aide financière de leurs parents (67,5%). Les différentes caractéristiques de la population d'étude sont présentées dans les figures 2, 3 et 4 ci-dessous.

Figure 2 : Âge des étudiantes au moment de l'enquête (n=470)

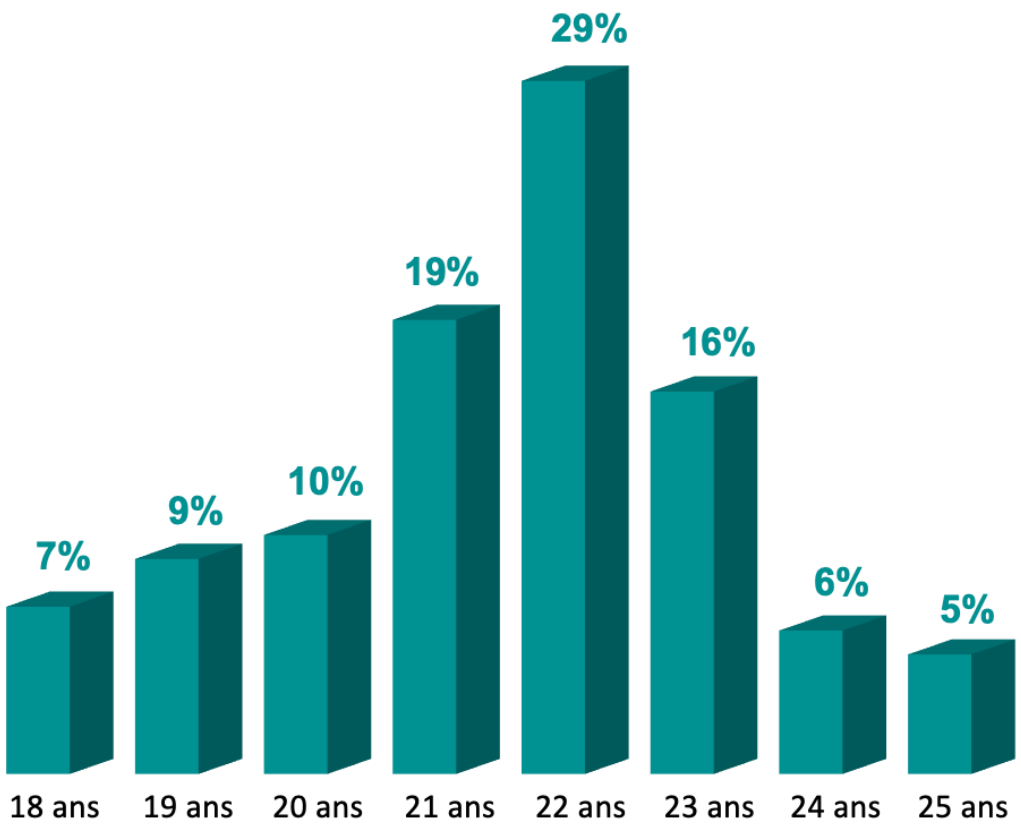


Figure 3 : Département de résidence des étudiantes enquêtées (n=470)

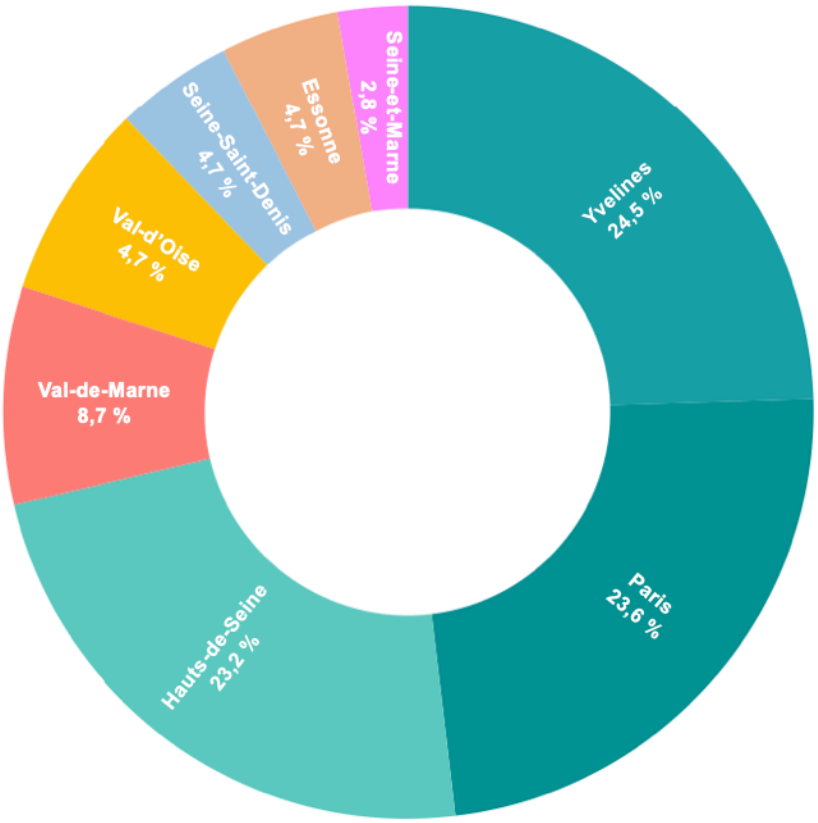
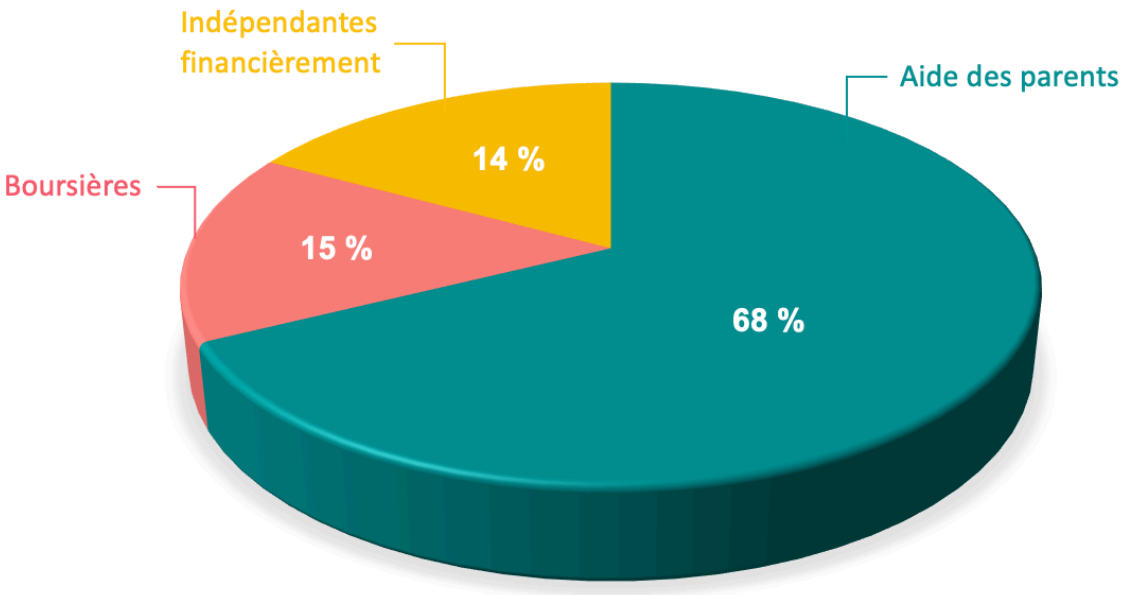


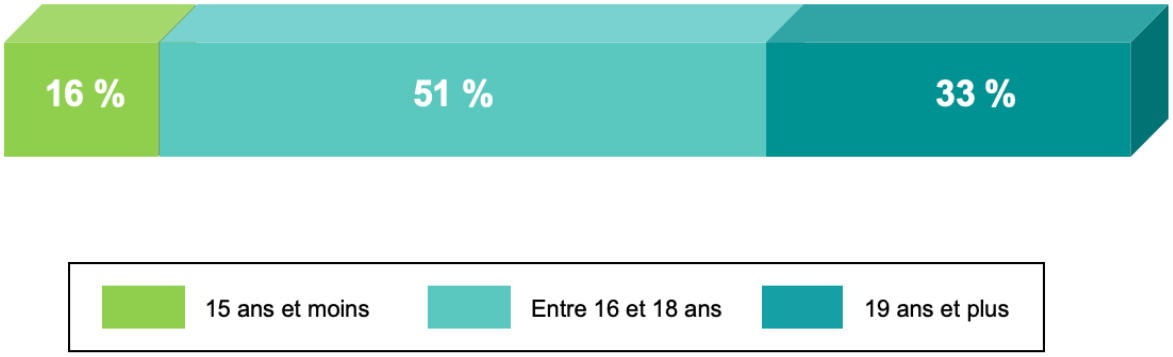
Figure 4 : Situation économique des étudiantes enquêtées (n=470)



3.1.2.2 La première consultation gynécologique

Parmi les 470 étudiantes enquêtées, 384 ont déjà eu une consultation pour un motif gynécologique (83%). La moitié d'entre elles (51%) avaient entre 16 et 18 ans au moment de leur première consultation, avec une moyenne d'âge de 17,8 ans (cf. figure 5). Un tiers des étudiantes ont connu leur première consultation gynécologique à 19 ans ou plus tard. Une répondante n'était pas en mesure de préciser son âge au moment de cette consultation. Nous l'avons donc exclue uniquement pour les analyses prenant en compte cette variable.

Figure 5 : Âge au moment de la première consultation gynécologique (n=383)

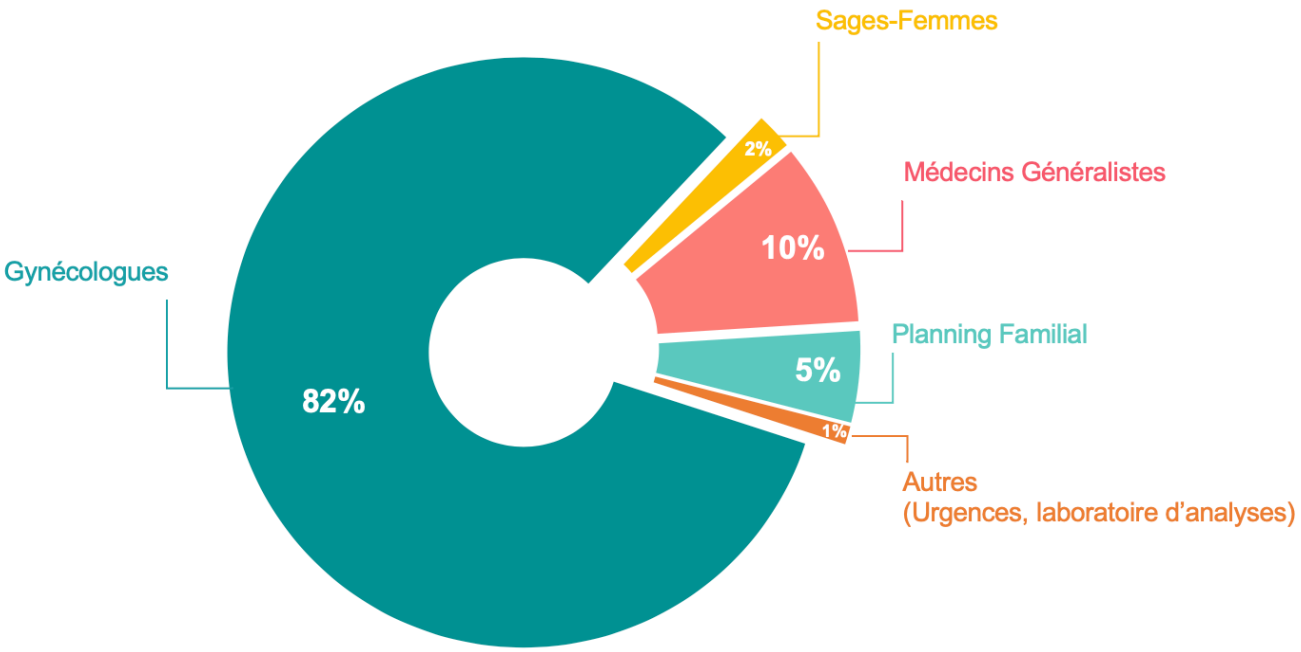


3.2 Résultats principaux

3.2.1 Le type de professionnel de santé consulté par les étudiantes et les facteurs qui ont influencé ce choix

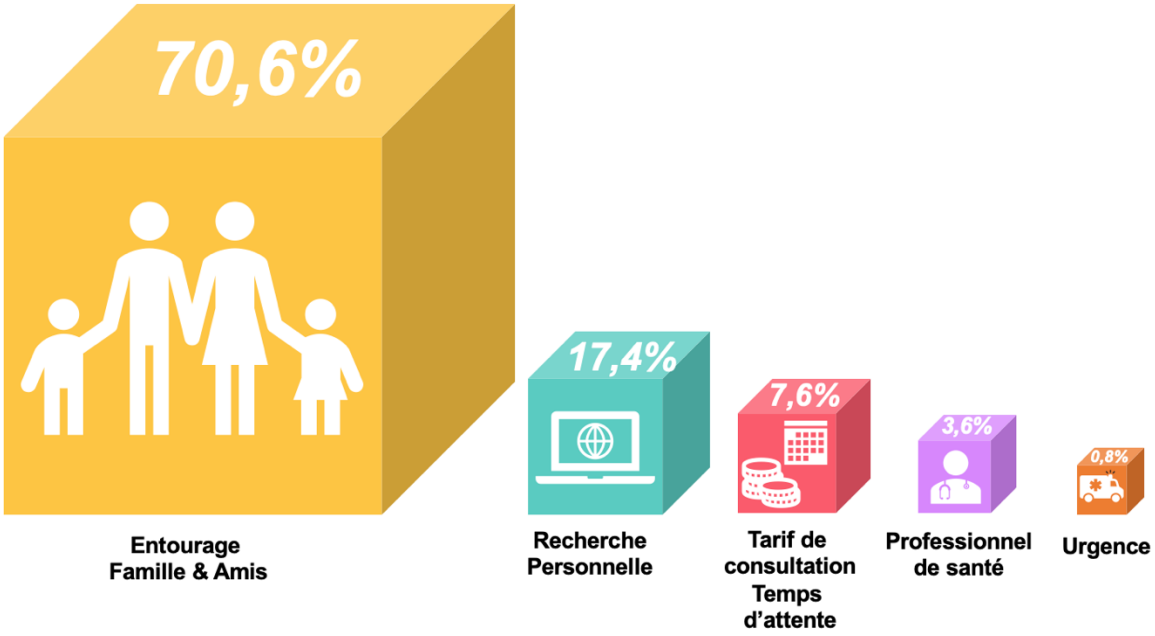
Parmi les 384 étudiantes, une très grande majorité s'était dirigée vers un gynécologue (82%). Les sages-femmes représentaient 2% des praticiens consultés pour une première consultation (cf. figure 6).

Figure 6 : Spécialité du praticien (n=384)



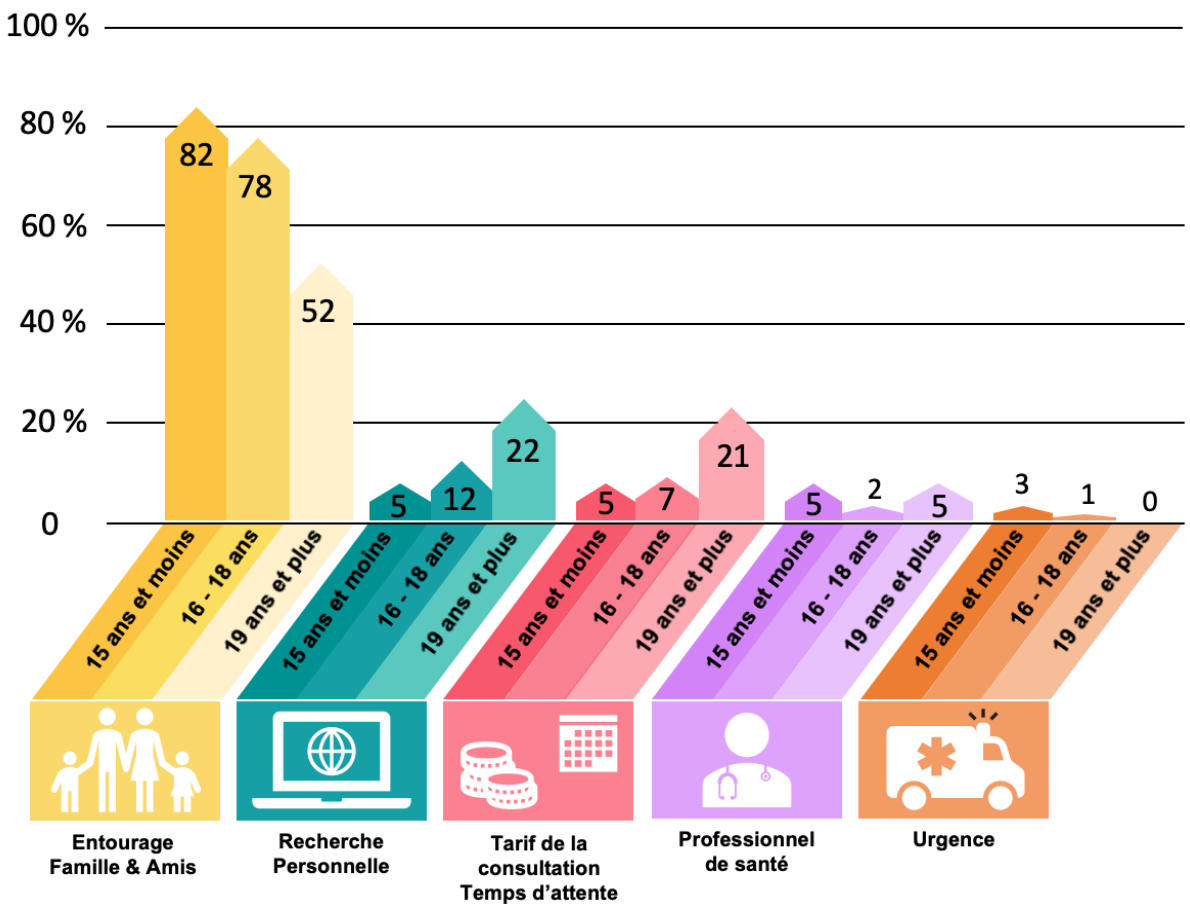
Concernant les facteurs ayant guidé le choix du praticien, dans sept cas sur dix, les étudiantes ont été conseillées par leur entourage familiale et/ou amical (cf. figure 7). Le choix du praticien a été fait à la suite d'une recherche personnelle dans 17,4% des cas.

Figure 7 : Les facteurs influençant le choix du praticien (n=384)



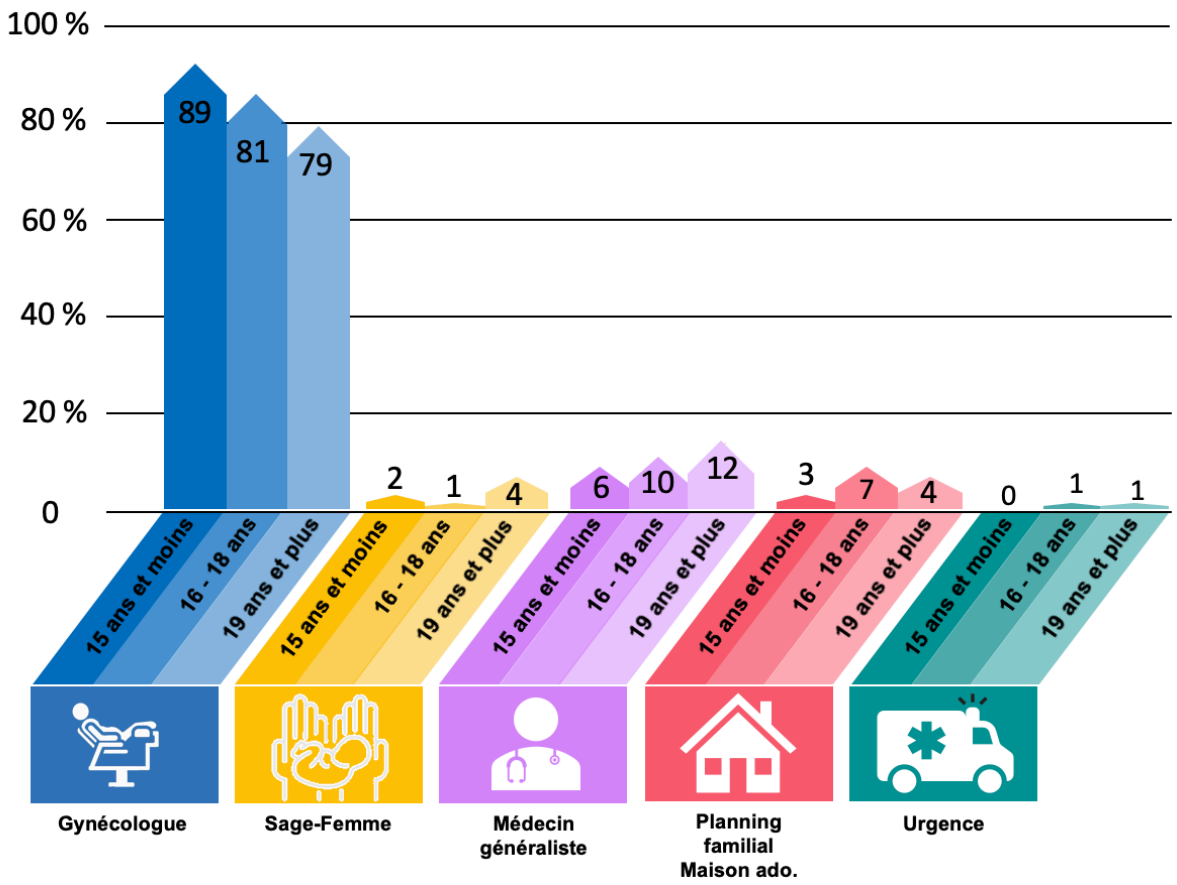
La figure 8 ci-dessous présente le facteur qui a influencé le choix du praticien selon l'âge au moment de la consultation. On constate que l'influence de l'entourage familial et amical décroît avec l'âge à la première consultation. Il est par contre très influant pour des consultations très précoces. L'impact du prix de la consultation et du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous est renforcé chez les 19 ans et plus. Plus d'une étudiante sur cinq cite dans cette tranche d'âge cette raison pour expliquer le choix du praticien.

Figure 8 : Les facteurs influençant le choix du praticien en fonction de l'âge au moment de la première consultation (n=383)



La figure 9 présente le choix du type de praticien selon l'âge à la première consultation. On constate que, quel que soit l'âge, le gynécologue est le professionnel le plus consulté. La faiblesse des effectifs dans les autres catégories invite à la prudence dans l'analyse. On peut néanmoins remarquer que les professionnels choisis sont plus variés chez les étudiantes ayant consulté après 18 ans avec notamment un peu plus de médecins généralistes et de sages-femmes que dans les autres catégories d'âge. Le planning familial semble quand-à-lui d'avantage sollicité par la tranche d'âge 16-18 ans.

Figure 9 : Le choix du praticien en fonction de l'âge au moment de la première consultation (n=383)

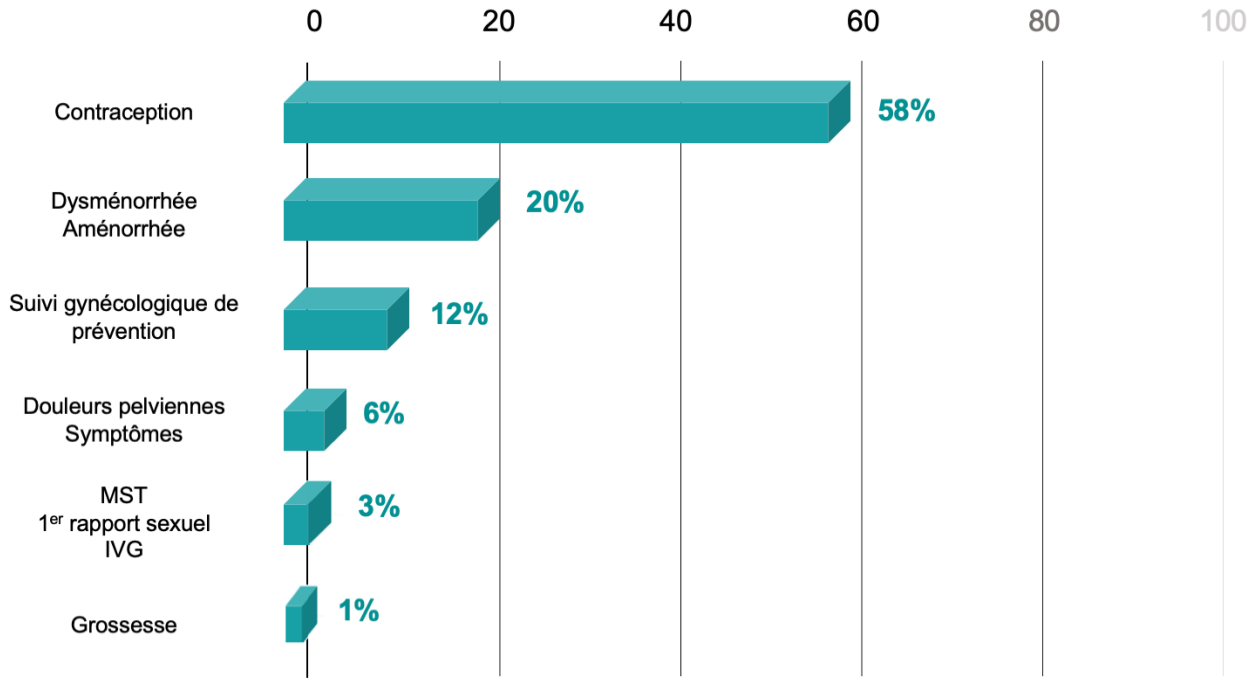


Pour finir, on observe que l'influence du milieu familial et amical est particulièrement forte quand les étudiantes se sont dirigées vers un gynécologue. Pour ce qui concerne les autres praticiens, en particulier les médecins généralistes et les professionnels exerçant en planning familial, les facteurs qui ont participé au choix sont plus diversifiés impliquant également une démarche de recherche personnelle et une prise en compte du prix de la consultation ou du temps d'attente. Concernant les sages-femmes, la faiblesse des effectifs n'autorise aucune conclusion. (Cf. annexe 2)

3.2.2 Le motif de la première consultation gynécologique

Parmi les répondantes ayant déjà eu une première consultation, la contraception est le motif dominant (58%). D'autres motifs ne sont néanmoins pas rares au premier rang desquels les dysménorrhées/ aménorrhées (20%). Il est à noter que le suivi gynécologique de prévention est le motif de première consultation chez une étudiante sur huit (cf. figure 10)

Figure 10 : Le motif de la première consultation (n=384)



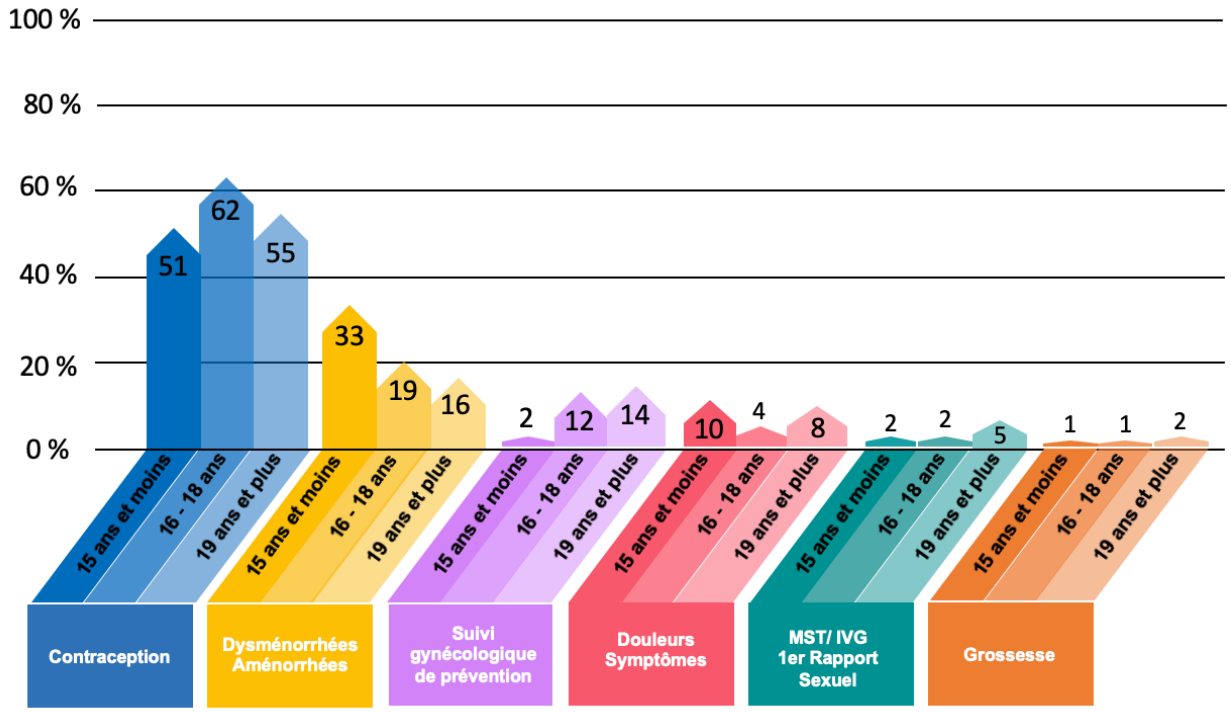
Le tableau 1 ci-dessous indique que lorsqu'elles sont consultées, les sages-femmes le sont de manière très majoritaire, et d'avantage que les autres praticiens, pour motif de contraception. Encore une fois, la faiblesse des effectifs appelle à la prudence. Parmi les 8 étudiantes qui s'étaient dirigées vers une sage-femme, 7 d'entre elles consultaient pour de la contraception. On observe également que si le gynécologue est le praticien le plus sollicité pour une première consultation, il l'est par contre moins pour le motif de contraception.

Tableau 1 : Motif de la première consultation selon la spécialité du praticien consulté (n=384)

	Contraception	Dysménorrhées Aménorrhées	Suivi gynécologique de prévention	Douleurs Symptômes	MST/ IVG 1er Rapport Sexuel	Grossesse
Gynécologue	175 (56%)	66 (21%)	40 (13%)	21 (6%)	9 (3%)	3 (1%)
Sage-femme	7 (86%)	0	1 (14%)	0	0	0
Médecin Généraliste	24 (62%)	10 (26%)	3 (8%)	1 (2%)	0	1 (2%)
Planning familial	13 (65%)	1 (5%)	0	1 (5%)	4 (25%)	0
Autre	3 (75%)	1 (25%)	0	0	0	0

Le motif de la première consultation apparait également en lien avec l'âge des étudiantes comme l'indique la figure 11. Si dans toutes les tranches d'âge, la contraception est le premier motif de consultation, c'est entre 16 et 18 ans que ce motif est le plus fréquent. En effet, 62% des 16-18 ans avaient consulté pour ce motif. Pour un tiers des consultations des 15 ans et moins, le motif concernait les dysménorrhées. Enfin pour celles ayant consulté pour un suivi gynécologique de prévention, les plus concernées pour ce motif sont les 19 ans et plus (14%) puis les 16-18 ans (12%).

Figure 11 : Motif de la première consultation en fonction de l'âge au moment de celle-ci (n=383)

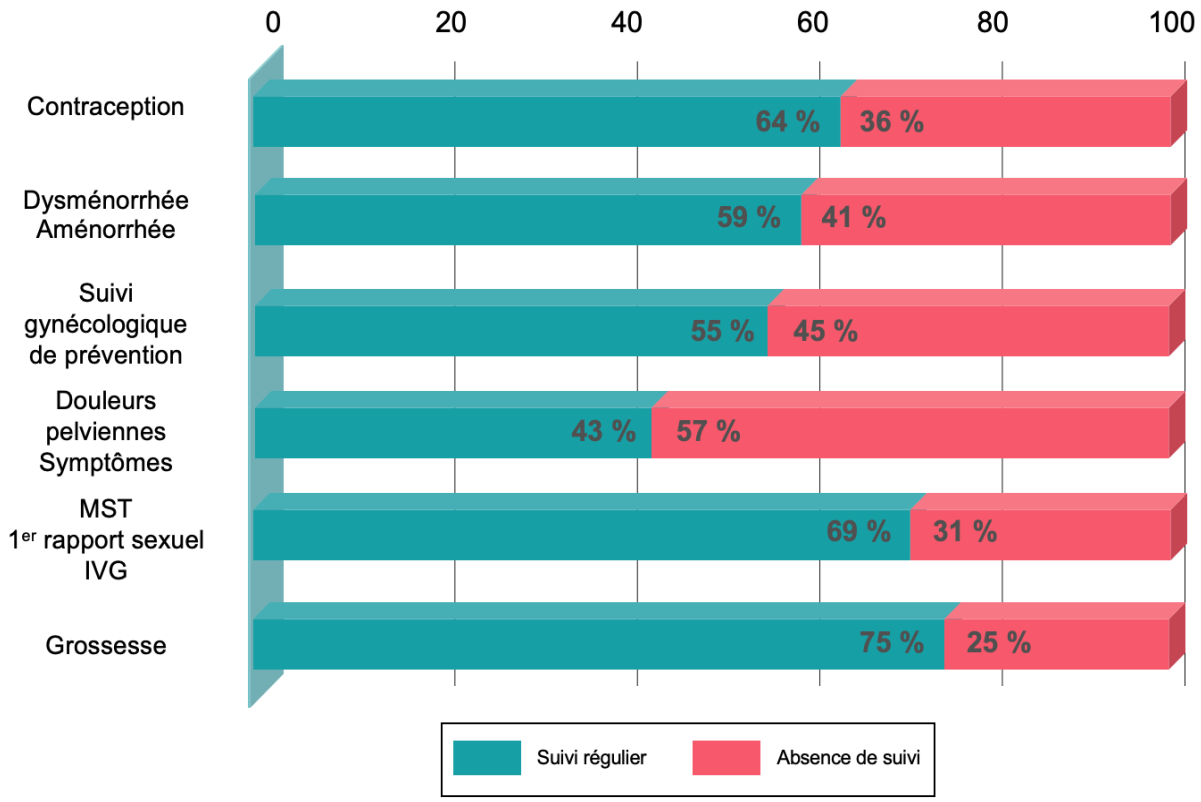


3.2.3 L'impact de la première consultation sur le suivi gynécologique

Parmi les 384 étudiantes ayant consulté une première fois, 233 ont répondu avoir un suivi régulier, soit 61%.

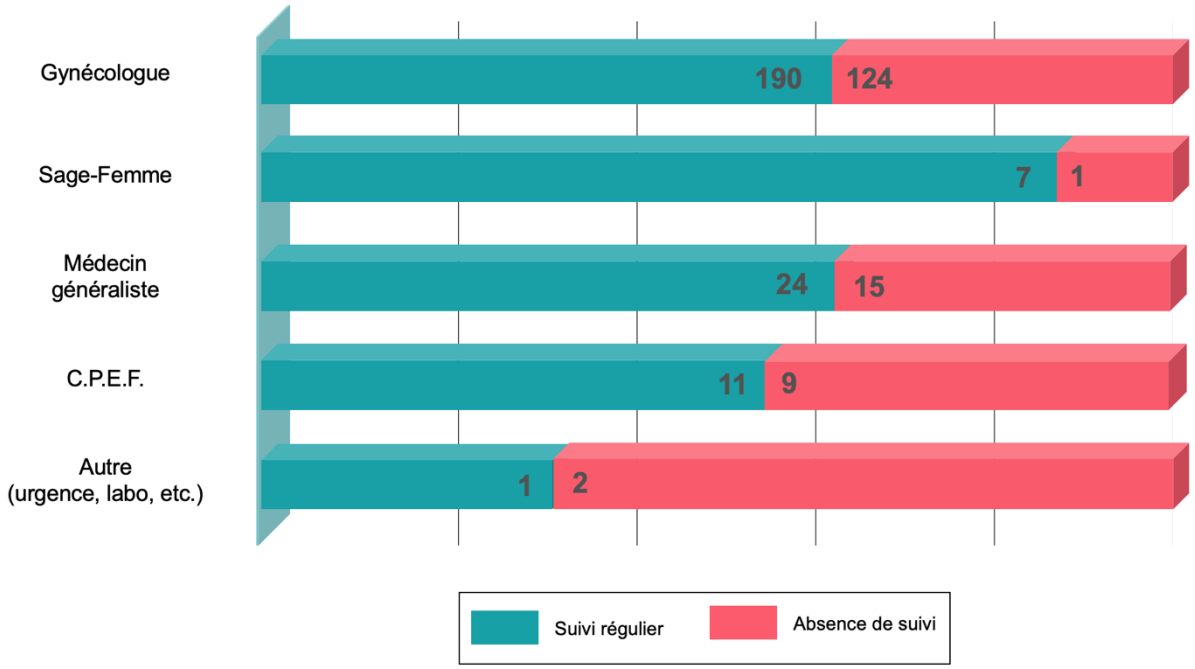
La figure 12 s'intéresse au lien entre le suivi et le motif de la première consultation. L'absence de suivi régulier est le plus élevé quand le motif de consultation correspond à des douleurs pelviennes ou autres symptômes. Observons que pour 45% des étudiantes ayant consulté pour un suivi gynécologique, cette première consultation n'a pas débouché sur un suivi régulier.

Figure 12 : Régularité du suivi gynécologique en fonction du motif de la première consultation (n=384)



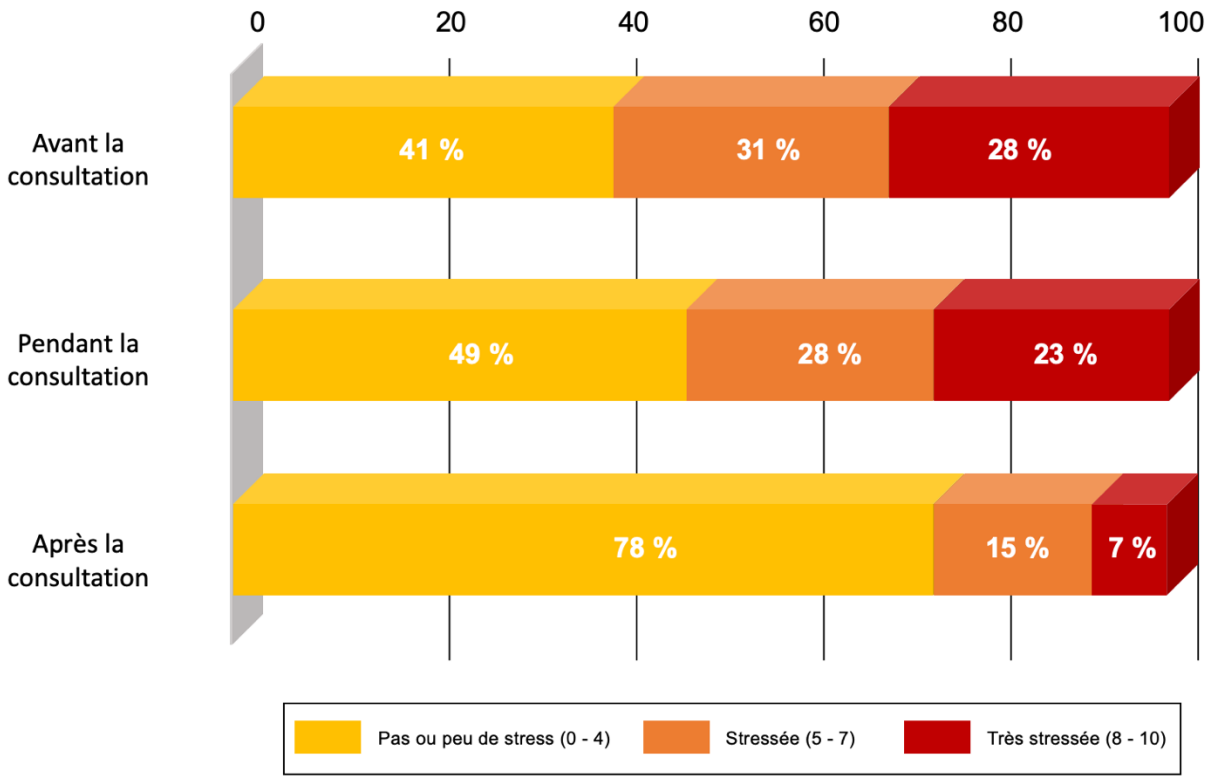
Parmi les 8 étudiantes ayant consulté une sage-femme, 7 ont répondu avoir un suivi régulier depuis la première consultation. Parmi celles qui ont consulté un gynécologue, 39% ont répondu ne pas avoir de suivi régulier, ce qui est le cas de 38% de celles qui s'étaient initialement dirigées vers un médecin généraliste. On observe que 45% des étudiantes ayant consulté au planning familial n'ont pas de suivi ultérieur. Les résultats sont exposés dans la figure 13.

Figure 13 : Régularité du suivi en fonction du professionnel (n=384)



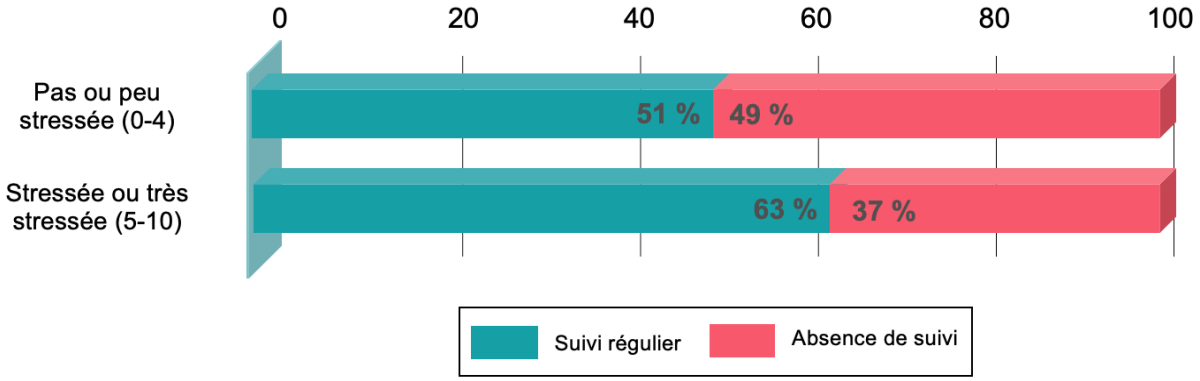
Les résultats présentés dans la figure 14 montrent que plus de la moitié des étudiantes étaient stressées et très stressées (38% et 28%) avant la première consultation. On constate néanmoins que l''évolution du stress avant, pendant et après la consultation de gynécologie suit un gradient négatif.

Figure 14 : Niveau de stress des étudiantes aux différents moments de la consultation (n=384)



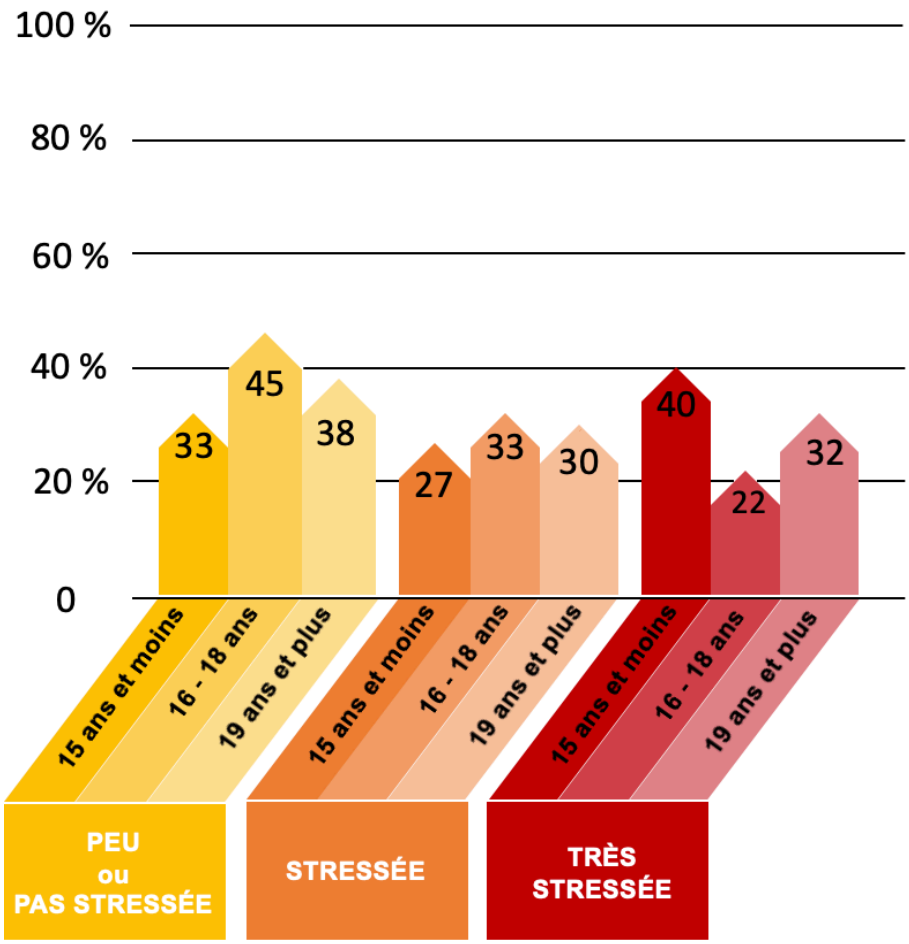
Parmi les étudiantes qui avaient noté leur niveau de stress entre 5 et 10, soit stressée ou très stressé, 63% avait un suivi régulier contre 51% pour celles qui estimaient ne pas être stressée après la consultation (cf. figure 15).

Figure 15 : Régularité du suivi en fonction du niveau de stress après la première consultation (=384)



Afin de mieux identifier ce qui pouvait induire du stress avant la première consultation chez les étudiantes nous avons tout d'abord croisé l'âge au moment de la première consultation avec le niveau de stress avant celle-ci. On observe que les étudiantes qui estimaient être très stressées sont plus nombreuses chez les plus jeunes (15 ans et moins). Les résultats sont présentés dans la figure 16.

Figure 16 : Niveau de stress en fonction de l'âge au moment de la première consultation (n=383)



Nous avons également croisé le motif de consultation avec le niveau de stress. On constate que ce sont les étudiantes qui consultaient pour des douleurs et/ou des symptômes qui ont déclaré le plus souvent un fort niveau de stress (35%).

Tableau 2 : Niveau de stress en fonction du motif de consultation (n=384)

	Contraception	Dysménorrhées Aménorrhées	Suivi gynécologique de prévention	Douleurs Symptômes	MST/ IVG 1er Rapport Sexuel	Grossesse
Peu ou pas stressée (0-4)	89 (40%)	32 (42%)	17 (39%)	12 (52%)	6 (46%)	2 (50%)
Stressée (5-7)	74 (33%)	23 (29%)	12 (27%)	3 (13%)	5 (39%)	1 (25%)
Très stressée (8-10)	59 (27%)	23 (29%)	15 (34%)	8 (35%)	2 (15%)	1 (25%)

3.3 Résultats secondaires

3.3.1 Avis des étudiantes sur la première consultation

Parmi les 384 étudiantes ayant déjà eu une consultation gynécologique, 64 avaient souhaité donner leur avis grâce à la question ouverte qui leur été proposée dans le questionnaire. L'analyse de ces réponses en clair a mis en évidence 9 avis positifs et 5 avis était neutres. La majorité des réponses étaient des avis négatifs (n=50). Ces derniers pouvaient être regroupés en 3 catégories :

- La pudeur : difficultés liées à la nudité pendant la consultation
- Le praticien : difficultés relationnelles
- Les gestes médicaux effectués pendant la consultation, considérés comme invasifs

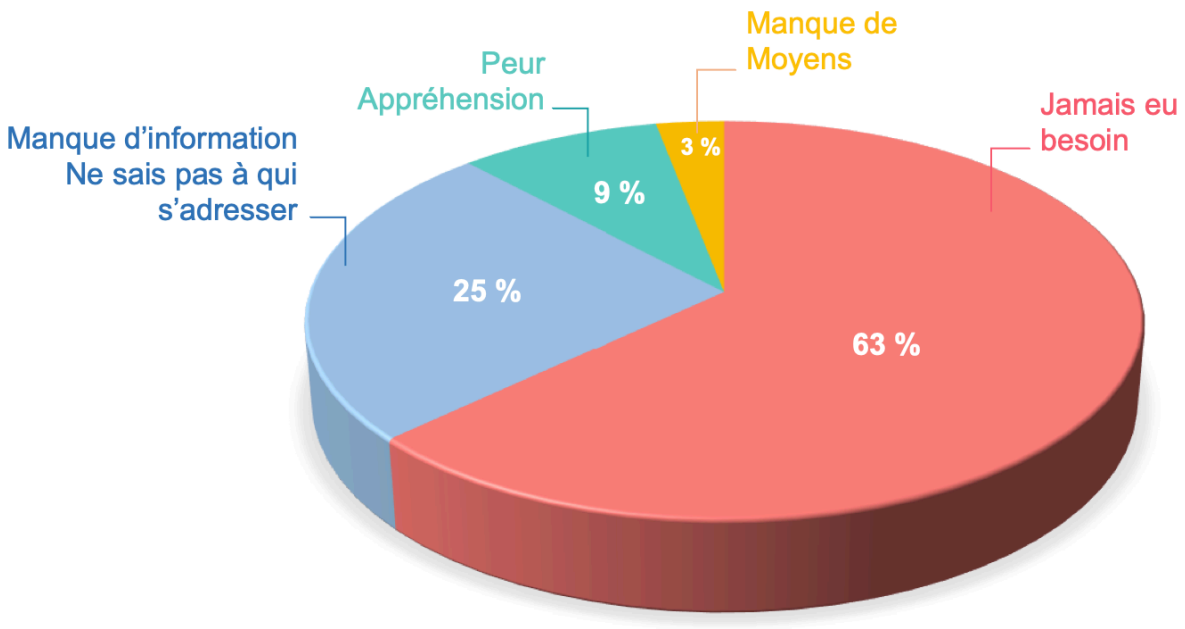
L'annexe 3 reprend les différents avis négatifs. On notera que 49 avis concernent des consultations avec des gynécologues et un avis avec un médecin généraliste.

Parmi les avis positifs on retrouvait principalement le terme de « bienveillance ». Le professionnel était souvent qualifié de « rassurant » et « très à l'écoute ». Une répondante qualifiait aussi le praticien de « rassurant » car il s'agissait du « même gynécologue » que sa mère.

3.3.2 Les étudiantes n'ayant jamais consulté

Parmi les 86 étudiantes qui n'avaient jamais eu recours à une consultation de gynécologie, 54 ont répondu qu'elles n'en avaient jamais eu besoin (63%). Le second motif, le manque d'information, est cité par une étudiante sur quatre. Les réponses sont présentées dans la figure 16.

Figure 17 : Motifs de non consultation de gynécologie (n=86)



Enfin, nous n'avons pas retrouvé de différences au niveau socio-démographique entre la population d'étudiantes ayant déjà consulté et celle n'ayant jamais eu recours à une consultation de gynécologie.

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Parmi les 470 étudiantes âgées de 18 à 25 ans incluent dans cette étude, 83% avaient déjà eu recours à une première consultation gynécologique. Parmi les 384 étudiantes ayant déjà consulté, sept sur dix avaient été conseillées par leur entourage familial et amical. Les gynécologues sont les praticiens les plus sollicités pour une première consultation. Seul 2% des étudiantes interrogées se sont dirigées vers une sage-femme. Mais quel que soit le praticien sollicité ou l'âge au moment de la consultation, l'influence de l'entourage est prédominant. Ainsi, la première hypothèse de notre travail est validée.

Concernant le motif de la première consultation, 58% des étudiantes déclarent avoir consulté la première fois pour la contraception. Ce motif est prédominant quel que soit le praticien consulté. Sur les huit étudiantes qui s'étaient dirigées vers une sage-femme, sept consultaient pour la contraception. Si ces résultats valident notre seconde hypothèse, ils viennent cependant nuancer la prépondérance de la contraception comme motif de première consultation gynécologique puisque quatre fois sur dix, c'est un autre motif qui est évoqué.

Enfin, nous avons pu constater que seulement 61% des étudiantes répondaient avoir un suivi régulier depuis leur première consultation. Parmi les 12% des étudiantes qui consultaient spécialement pour un suivi gynécologique de prévention la première fois, 45 % ont répondu ne pas avoir de suivi régulier depuis cette consultation. Ceci suggère que le motif de la première consultation impacte le suivi ultérieur. Cette étude montre également que la première consultation gynécologique a été source de stress pour six étudiantes sur dix. On peut donc supposer que les modalités de la première consultation sont des facteurs déterminant un suivi gynécologique régulier ultérieur chez ces étudiantes.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Le suivi gynécologique de prévention

4.2.1.1 Éducation au suivi gynécologique

Des études ont montré que la place des pairs, des médias mais aussi des « discours des parents » jouaient un rôle central dans l'éducation pour la santé des jeunes ainsi que dans la diffusion des « normes de bonnes conduites contraceptives et sexuelles »(3). Dans notre population d'étude, l'entourage a effectivement un rôle central dans le choix du praticien pour assurer la première consultation de gynécologie. On peut supposer que la nécessité de consulter en gynécologie fait l'objet d'une transmission familiale implicite, en particulier pour les filles dont les mères consultent régulièrement. Cette transmission est également explicite car les mères prodiguent des conseils concernant le gynécologue voir mêmes les accompagnent à leur consultation (27). Néanmoins, notre étude montre une réelle carence d'information concernant l'importance et l'utilité d'un suivi gynécologique régulier puisque de nombreuses consultations ne débouchent pas sur un suivi régulier. Par ailleurs, parmi les répondantes n'ayant jamais consulté, une étudiante sur quatre estimait ne pas avoir d'informations et ne pas savoir vers qui se tourner pour assurer leur suivi. Ainsi, les préconisations de l'entourage orientent le choix du praticien mais ne semblent pas constituer une source d'information suffisante pour les jeunes femmes.

De plus, l'influence de l'entourage familial et amical est majoritairement citée par les étudiantes qui étaient mineures au moment de leur première consultation, tandis que d'autres facteurs rentrent davantage en ligne de compte pour les étudiantes majeures tels que le tarif de la consultation et le temps d'attente. On remarque également qu'elles effectuent plus de recherche personnelle (22%) que les autres tranches d'âge. Il est probable que les jeunes femmes majeures effectuent ces recherches afin de garder une certaine intimité de leur vie personnelle mais aussi pour acquérir une certaine autonomie. On peut donc en conclure que l'entourage a un rôle à jouer dans le choix du professionnel de santé pour assurer la première consultation de gynécologie des jeunes femmes mais aussi un rôle d'information sur

le suivi gynécologique de prévention. Il serait donc pertinent d'informer de manière ciblée ces personnes afin qu'elles délivrent à leur tour des informations justes et complètes, intégrant la question du suivi régulier, aux jeunes femmes.

4.2.1.2 Les gynécologues : les professionnels les plus sollicités

Contrairement aux autres pays européens comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas qui ont fait le choix d'un suivi gynécologique assuré par le médecin généraliste sans accès direct au spécialiste, la France a gardé sa spécifié du libre choix du praticien. Ainsi les femmes française peuvent choisir entre le gynécologues médicaux, les gynécologue obstétriciens, les médecins généralistes ou les sages-femmes (28). Malgré la pénurie de gynécologue et le temps d'attente parfois très long pour un rendez-vous, 82 % des étudiantes se sont dirigées vers un gynécologue en première intention. Parmi les étudiantes qui avaient moins de 15 ans au moment de leur consultation, 89% s'étaient également dirigées vers un gynécologue. Ces éléments confirment que le gynécologue est, encore aujourd'hui, le praticien privilégié par les jeunes femmes, et leur entourage, malgré les difficultés rencontrées parfois pour accéder à une consultation.

D'après une enquête de Y. Amsellem-Mainguy, les jeunes femmes en France considèrent que les médecin généralistes sont moins compétents que les gynécologues dans le domaine de la gynécologie car non spécialisés (3). On constate que parmi les étudiantes de notre échantillon, seules 10% ont consulté un médecin généraliste pour la première consultation quel que soit le motif de celle-ci. Ces résultats reflètent donc la place prépondérante de la gynécologie en France dans la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes. Ils montrent que ce choix de la gynécologie s'engage très tôt, dès la première consultation. Si ce choix est lié au modèle français d'accès aux soins gynécologiques, il est sans doute aussi à mettre en lien avec l'influence de l'entourage que nous avons évoquée plus haut. On peut faire l'hypothèse que, au moins pour une partie d'entre elles, les femmes de la famille et de l'entourage, souvent plus âgées, conseillent leur propre gynécologique ou un gynécologue connu d'elles.

4.2.1.3 Les sages-femmes, de nouvelles compétences encore peu connues

Afin de faire connaître les nouvelles compétences des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie, différentes campagnes d'informations ont été mises en place depuis le lancement de la campagne nationale d'information sur les sages-femmes du 22 juin 2016. Des plaquettes de synthèse ainsi que des vidéos de campagnes sont disponibles sur le site du Ministère de la Santé. En France, 27% des sages-femmes sont installées en libéral et 5% en CEPF (29). Pourtant l'information ne semble pas circuler de manière optimale. En effet 58% des femmes en 2011 étaient suivies par des gynécologues de ville (18), en sachant que les sages-femmes sont habilitées à effectuer des consultations gynécologique depuis 2009. Dans notre population d'étude seulement 8 étudiantes sur 384 se sont dirigées vers une sage-femme pour leur première consultation soit 2%. Ainsi, les compétences des sages-femmes dans ce domaine semblent encore mal connues.

Des supports abordables sont à disposition pour le grand public (Cf. annexe 4). Des fiches métiers sont aussi disponibles sur le site de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (30). Nos résultats suggèrent pourtant un manque d'information concernant la possibilité de consulter une sage-femme. Ils viennent donc questionner le ciblage et l'échelle de la diffusion de l'information à ce sujet, en particulier pour les sages-femmes installées en libéral, particulièrement concernées par le suivi gynécologique. Il serait intéressant de savoir dans quels établissements de santé, ou d'éducation sont diffusées les plaquettes d'informations.

Malgré les efforts pour promouvoir l'élargissement de leur domaine d'action, les sages-femmes restent les professionnelles de santé les moins sollicitées pour la gynécologie. Les compétences des sages-femmes sont en constantes évolution. Il faut du temps et une mobilisation constante de la profession pour que les informations soient entendues et qu'elles permettent de nouveaux comportements de recours chez les femmes. Dans cette perspective, cinq mesures importantes ont été annoncées par le Ministère de le Santé en 2014, dont une portant sur la communication visant à informer le grand public de l'avancement et l'acquisition des nouvelles compétences des sages-femmes (31).

.

4.2.2 La première consultation de gynécologie

La première consultation de gynécologie a été identifiée dans la littérature comme une source de stress et d'appréhension pour les femmes en particulier en raison de l'aspect intime (32). Dans notre population, 59% des étudiantes ont déclaré avoir être stressées ou très stressées avant leur consultation. Le dévoilement de l'intimité, l'appréhension du déshabillage mais également la peur de l'examen gynécologique et de « l'exploration des organes » sont les raisons les plus souvent avancées(32). La première consultation marque la reconnaissance d'un corps adulte pour les jeunes femmes, ce qui explique la réticence de certaines à consulter(28,32). On peut faire l'hypothèse que si la patiente n'est pas rassurée lors de sa première consultation, il est possible qu'elle hésite à initier un suivi gynécologique régulier ultérieur. Nos résultats indiquent en effet que plus d'une étudiante sur quatre ayant consulté la première fois pour un suivi, n'a finalement pas continué à consulter. Sur ce point, l'analyse de contenu des réponses à la question ouverte permet de mettre en exergue des ressentis et l'importance accordée par les étudiantes à l'interaction professionnel de santé/ patiente lors de la première consultation. Sur les 50 avis négatifs recueillis, les trois quarts concernaient le praticien (Cf. annexe 3). Dans notre enquête, le sexe du praticien n'a pas été demandé même si des études ont montré qu'il s'agissait d'un facteur déterminant pour les femmes (32). On retrouve cet élément chez une des étudiantes de notre échantillon qui exprime ses difficultés vis-à-vis de la nudité en expliquant que « si c'est un homme ou une femme c'est différent ». Ceci est également évoqué par Laurence Guyard dans son enquête sur la gestion de l'intime lors d'une consultation de gynécologie(32). Le ressenti de la patiente lors de la première consultation constitue donc un enjeu majeur pour assurer une bonne entrée dans le parcours de soin.

Le suivi gynécologique fait l'objet de recommandations par les sociétés savantes telles que la HAS qui préconise un suivi régulier à raison d'une consultation par an accompagnée des dépistages des cancers féminins et de la délivrance de messages de prévention. La consultation de contraception fait également l'objet de recommandations (6). Des méthodes éducatives afin de mener à bien une consultation de contraception ont été mises en place comme la méthode BERCER, permettant ainsi aux patientes de choisir de manière autonome leur contraception et

préconisant de limiter l'influence des professionnels de santé sur le comportement et le choix des femmes en matière de contraception (3). Néanmoins, la première consultation de gynécologie ne fait pas l'objet de recommandations. Il n'existe pas d'âge ni même de moment défini pour débuter un suivi gynécologique. Il pourrait également être intéressant d'intégrer des messages visant à rassurer les jeunes femmes sur le déroulement de cette première consultation. Par ailleurs, notre études confirme que la contraception, et secondairement les symptômes amènent généralement la majorité des femmes à consulter pour la première fois (28). Cependant que fait-on des jeunes femmes qui ne souhaitent pas de contraception ou qui n'ont pas de problème gynécologique particulier ? Dans notre étude, sur les 470 questionnaires reçus, 86 jeunes filles ont déclaré ne jamais avoir consulté pour un motif gynécologie. Parmi elles, 63% déclarent « Ne pas en avoir besoin ». On peut supposer que par cette réponse les jeunes femmes pensent qu'il est nécessaire de consulter lorsqu'elles ont un problème. Cela peut souligner une carence informationnelle de ces jeunes femmes. Il est probable que des facteurs sociaux et économiques freinent le recours au professionnel de santé. Cependant, une meilleure information des jeunes femmes et de leur entourage pourrait aider à surmonter cet obstacle. En effet depuis 2016, les consultations de contraception ainsi que le suivi pour les mineures d'au moins 15 ans font l'objet d'une prise en charge à 100% sans avance de frais.

4.3 Forces de l'étude

L'une des forces de notre étude est le nombre des réponses obtenues, soit 470 grâce au « Snowball effect ». Ceci suggère une forte adhésion des étudiantes à la thématique de l'étude.

Le formulaire en ligne a permis aux étudiantes d'y répondre quand elles le souhaitaient et l'anonymat nous permet d'espérer la sincérité des réponses. De plus l'existence de la case « autre » permettait aux répondantes de ne pas répondre aux questions par défaut et d'obtenir une base de données fiable.

Enfin, la question ouverte facultative à la fin du questionnaire a été complété par un nombre important de répondantes (76 réponses) ce qui a permis de recueillir des données plus qualitatives et d'appréhender le ressenti de la première consultation.

4.4 Limites et biais

4.4.1 Biais concernant la diffusion

La diffusion du formulaire en ligne n'a pas permis de quantifier le nombre exact d'étudiantes ayant reçu le formulaire. Il n'est donc pas possible de calculer le taux de participation ni d'identifier les profils des jeunes femmes qui n'ont pas répondu.

On constate dans notre échantillon une surreprésentation de 3 départements : Les Hauts de Seine, les Yvelines et Paris. Ceci est dû à l'outil de diffusion. En effet, le questionnaire ayant été diffusé via Facebook, ce sont donc les personnes de notre entourage qui ont été les vecteurs de diffusion. Ceci nous paraît expliquer donc la surreprésentation de certains départements.

4.4.2 Limites de l'échantillon

Concernant notre population d'étude, nous ne possédons pas de liste exhaustive sur leurs caractéristiques. Les étudiantes ne sont pas sélectionnées. Il ne s'agit donc en aucun cas d'un échantillon représentatif de notre population de référence.

Il est également important de rester prudent concernant les analyses pour le groupe des professionnelles sages-femmes. Malgré le nombre important de réponses, l'effectif des étudiantes ayant consulté une sage-femme est très faible. Nous ne pouvons donc pas faire de conclusion les concernant. Mais ceci apporte tout de même une information sur la méconnaissance des compétences des sages-femmes dans le domaine gynécologique et sur le faible recours, aujourd'hui encore, à ces professionnelles pour la première consultation.

4.4.3 Biais de sélection

Notre étude s'intéressait à la première consultation gynécologique des étudiantes en Île de France. Nous avons expliqué les critères d'exclusion dans l'introduction du questionnaire puis nous leur avons demandé leur lieu de résidence ainsi que leur filière d'étude.

Il est fort probable que les étudiantes ayant répondu étaient les plus intéressées ou se sentaient les plus concernée par la thématique. Le titre du questionnaire évoquant la première consultation gynécologique celles qui n'y ont jamais eu recours ont peut-être considéré qu'elles n'étaient pas concernées. Il y aurait donc une surreprésentation dans notre échantillon des étudiantes qui ont déjà eu une consultation gynécologique.

4.4.4 Limites des variables analysées

Nous avons pris le parti de demander la filière d'étude à l'aide d'une question ouverte afin d'observer un panel varié de filières. Face à la forte hétérogénéité des réponses à cette question, il a été difficile de les catégoriser finement et des regroupements pertinents au-delà des grandes catégories n'ont pas pu être réalisé pour des questions de faisabilité. De plus, concernant le statut socio-économique notre variable n'est pas efficiente. Nous avons pris le parti de privilégier certaines réponses pour des questions de faisabilité. Par conséquent les caractéristiques démographiques de la population sont peu développées dans notre analyse. Il faudrait d'avantage réfléchir aux variables économiques et socio-démographiques pertinentes pour une population étudiante afin de mieux caractériser la population d'étude de ce point de vu.

Concernant la régularité du suivi un problème de temporalité subsiste. Il n'est pas possible d'évaluer cette variable si la première consultation de gynécologie a eu lieu l'année de notre étude. Cette variable est donc biaisée.

Lors de l'élaboration de notre questionnaire, la question concernant le sexe du professionnel de santé a été omis. Or nous avons constaté dans les réponses à la question ouverte ainsi que dans la littérature que le sexe du professionnel était un

facteur déterminant pour les patientes, notamment les jeunes femmes lors de consultation de gynécologie. Il pourra alors être pertinent de s'intéresser plus particulièrement à cette variable dans une prochaine étude.

Certaines associations observées (comme le niveau de stress et le suivi régulier) sont peut-être dues à un troisième facteur non pris en compte dans les analyses.

Enfin la question ouverte sélectionne bien plus fortement les avis négatifs que les avis positifs. En effet, il est probable que les étudiantes insatisfaites de leur consultation aient saisi l'occasion d'en faire part alors que celles qui étaient satisfaites avaient sans doute moins de motivation à le dire. Ainsi, cette variable ne rend pas compte de la satisfaction de l'ensemble de la population mais permet surtout d'appréhender les raisons de l'insatisfaction d'une partie d'entre elle. Pour des questions de faisabilité et dans la mesure où cette question n'était pas l'objet de notre travail, une analyse approfondie de cette base de données qualitative n'a pas été effectuée.

4.5 Perspectives et implications

De nombreux moyens sont mis en place afin de faire connaître les nouvelles compétences des sages-femmes. Tout d'abord pour permettre leur reconnaissance en tant que professionnelles de santé compétentes dans le domaine gynécologique. Mais aussi afin de pallier au manque de gynécologues et désengorger les cabinets de ville. Nous avons réalisé une étude descriptive auprès de 470 étudiantes en Île-de-France. Il serait pertinent d'effectuer une analyse statistique comparative avec d'autres régions où la densité médicale, notamment en gynécologie, est moindre afin de voir si les sages-femmes y sont plus consultées.

Une étude ultérieure aurait également intérêt à mieux caractériser la population afin d'identifier de réelles inégalités socio-démographiques dans l'initiation du suivi gynécologique. Ceci permettrait de réfléchir à de nouvelles stratégies afin de pallier ces inégalités.

Enfin, ce travail a pu mettre en évidence l'importance de la première consultation gynécologique. A la suite de ce travail, il apparaît pertinent de mettre en place des

recommandations spécifiques à propos de cette première consultation. D'une part des messages pourraient être destinés à la population afin de mieux les informer sur le suivi gynécologique, que ce soit les jeunes femmes ou leur entourage dont on a constaté l'influence. D'autre part, des recommandations actualisées et intégrant des outils d'information spécifiques sur la première consultation de gynécologie pourraient être mises en place en direction des professionnels de santé.

Pour finir, nos analyses nous engagent à penser qu'initier l'information et l'éducation sur le suivi gynécologique dès la puberté voire même avant auprès des jeunes femmes pourrait réduire l'anxiété liée à la première consultation et permettre ainsi un meilleur suivi global de la population féminine.

Conclusion

Nous avons constaté que la notion de suivi gynécologique est assez floue pour beaucoup de jeunes femmes.
Notre travail a permis de mettre en lumière le questionnement de ces jeunes femmes vis-à-vis du professionnel à consulter en primo intention. Le choix du praticien est communément influencé par l'entourage. Les mères orientent culturellement leurs filles vers un gynécologue.

De plus, les compétences des sages-femmes en gynécologie apparaissent méconnues tandis qu'elles font partie intégrante de la profession de sage-femme depuis plus de dix ans et ce, malgré des campagnes d'information.

Le suivi gynécologique fait partie intégrante de la vie d'une femme. Il faudrait donc renforcer la communication autour de l'importance de ce dernier. Les professionnels de santé sont en première ligne pour délivrer cette information, notamment les sages-femmes en maternité.
Notre étude invite donc à mieux informer les femmes et leur entourage sur la possibilité de recourir aux sages-femmes pour leur suivi gynécologique de prévention.

En conclusion, il pourrait aussi être pertinent d'élaborer des recommandations afin d'améliorer l'entrée dans le parcours de soin gynécologique. Par exemple, une première consultation d'information pourrait être proposée systématiquement à toutes les jeunes femmes.

Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. *Les compétences des sages-femmes*. http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/ (Page consulté le 18 mars 2019)

- 2. Université de Bordeaux, UVSQ. *Étude I-Share*. 2019

- 3. Amsellem-Maingu. Y. *Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé.* Santé Publique. 2011 ; n°23 : 77-87.

- 4. Gambiez-Joumard. A, et al. *Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique.* Exercer - La revue française de médecine générale. 2011 ; n° 98 : 122-128.

- 5. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. *Données chiffrées sur la contraception en France*. 2010. https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossiers-thematiques/dossier-contraception/contraception-donnes-chiffrees.htm (Page consulté le 20 janvier 2019)

- 6. Haute Autorité de Santé. *Contraception : Prescriptions et conseils aux femmes*. 2019.

- 7. Santé Publique France. *Infections sexuellement transmissibles : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence.* 2018 https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence (Page consulté le 20 janvier 2019)

- 8. Institut National des Statistiques et des Études Économiques. *Causes de décès selon le sexe en 2015 Données annuelles de 1996 à 2015.* 2019. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258 (Page consulté le 23 février 2019)

- 9. Haute Autorité Santé. *Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité*. 2017. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite (Page consultée le 26 janvier 2019)

- 10. Haute Autorité de Santé. *Recommandation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*. 2010. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-France (Page consulté le 20 janvier 2020)

- 11. Association Le cancer du sein. *Les différentes techniques de dépistage* http://www.cancerdusein.org/le-depistage/les-differentes-techniques-de-depistage (Page consulté le 19 janvier 2019)

- 12. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. *Données chiffrées en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale*. 2014. http://www.data.drees.sante.gouv.fr (Page consulté le 14 septembre 2019)

- 13. Charrier Philippe. Les sages-femmes en France : Rapport de recherche. 2010.

- 14. Loi de modernisation du système de santé. Code de Santé Publique, Article L4151-1 janv 26, 2016.

- 15. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V). Code de Santé Publique juill 21, 2009.

- 16. Aubin. C, et al. *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan*. Inspection générale des affaires sociales ; 2011. Report n° RM2011-088P.

- 17. Grillo. F, et al. *Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales*. Congrès National des Observatoires régionaux de la santé/ Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2008 ; n°56 : S357

- 18. Auzanneau Nadia. *Les femmes et l'accès à la santé*. OpinionWay; 2011.

- 19. Institut National du Cancer. *Le cancer du col de l'utérus en France. État des lieux 2010*. 2010.

- 20. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Diplômes-Formation en 2015.*

- 21. Institut National d'Études Démographiques. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. 2014. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/ (Page consulté le 22 septembre 2019)

- 22. Ora Mélanie. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivation des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. Créteil ; 2007.

- 23. Amsellem-Mainguy Y, et al. Observatoire de la jeunesse et des politiques de jeunesse (France). Éducation pour la santé des jeunes, la prévention par les pairs. Paris: Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire; 2014.

- 24. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2018.

- 25. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Couple et Famille. 2015.

- 26. ISEE Référence. *L'école et ses sortants*. 2018. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3526077?sommaire=3526086

- 27. Laurence Guyard. *Chez la gynécologue : Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines.* Ethnologie française. 40.

- 28. Levasseur. G, et al. *L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne*. Santé Publique. 2005 ; n°17 : 109-119.

- 29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche métier sage-femme 2014 http://solidarites-sante.gouv.fr/metier-et-concours/les-metier-de-la-sante/les-fiches-metier/sages-femmes/

- 30. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Les métiers de la santé, Sage-femme 2015 https://ansfl.org/actualites/lacement-de-la-campagne-de-valorisation-du-metier-de-sage-femme/ (Page consulté le 17 mars 2020)

- 31. Marisol Touraine. Cinq avancées sans précédent pour la profession sage-femme. Le Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014

- 32. Laurence Guyard. *Consultation gynécologique et gestion de l'intime*. Champs psychosomatique 2002/3; n°27 : 81-92

Annexes

Annexe I : Formulaire envoyé

Etat des lieux de la première consultation gynécologique chez les étudiantes hors filière de santé en Ile de France

Bonjour à toutes, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme je fais une enquêtes auprès des étudiantes d'Ile de France âgées de 18 à 25 ans HORS FILIÈRE DE SANTÉ. Si vous faites partie de cette population ce questionnaire est pour vous. Il ne vous prendra que 4 minutes et est totalement anonyme. Merci pour votre temps et votre participation.
Nina SEREZO

Renseignements généraux

Description (facultative)

Quel âge avez-vous ? *

- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25

Dans quel département habitez-vous ? *

- 75
- 77
- 78
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95

Dans quel département effectuez-vous vos études ? *

- 75
- 77
- 78
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95

Dans quelle filière étudiez-vous ? *

Réponse courte

Quel est votre statut ? *

- [ ] Indépendante financièrement
- [ ] Boursière
- [ ] Aide des parents
- [ ] Autre...

La consultation pour motif gynécologique

Description (facultative)

Avez-vous déjà eu une consultation avec un ou une professionnel(le) de santé pour un motif gynécologique (règles douloureuses, contraception, saignements anormaux, suivi de prévention, maladies sexuellement transmissibles...) ? *

- ( ) Oui
- ( ) Non

Si vous avez répondu OUI

Description (facultative)

Quels étaient les motifs de cette première consultation ? *

- [ ] Règles douloureuses
- [ ] Douleurs pelviennes
- [ ] Douleurs mammaires
- [ ] Contraception
- [ ] Grossesse
- [ ] Suivi gynécologique de prévention
- [ ] Maladies Sexuellement Transmissibles
- [ ] Interruption Volontaire de Grossesse
- [ ] Autre...

Quel âge aviez-vous ? *

Réponse courte

Avez-vous un suivi régulier (au moins une fois par an) depuis cette première consultation ? *

- ( ) Oui
- ( ) Non

Avant la consultation vous étiez : *

0 : pas du tout à 10 : extrêmement

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stressée	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Confia...	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Pendant la consultation vous étiez : *

0 : pas du tout à 10 : extrêmement

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stress...	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Confia...	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Après la consultation vous étiez : *

0 : pas du tout à 10 : extrêmement

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stress...	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Rassu...	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Souhaitez-vous rajouter quelque chose par rapport à cette première consultation ?

Réponse courte

Le professionnel de santé

Description (facultative)

Vers quel(le) professionnel(le) de santé vous êtes-vous dirigée pour cette première consultation ? *

- ○ Médecin généraliste
- ○ Gynécologue de ville
- ○ Sage-femme
- ○ Planning familiale
- ○ Urgences gynécologiques
- ○ Autre...

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisis ce type de professionnel ? *

- ☐ Votre famille vous a conseillé
- ☐ Vos ami(e)s/ connaissances vous ont conseillé
- ☐ Vous avez cherché par vous-même
- ☐ Le temps d'attente chez le type de professionnel
- ☐ Le prix de la consultation vous a orienté dans ce choix
- ☐ Autre...

Si vous avez répondu NON

Description (facultative)

Pour quelle raison n'avez vous jamais eu de consultation ? *

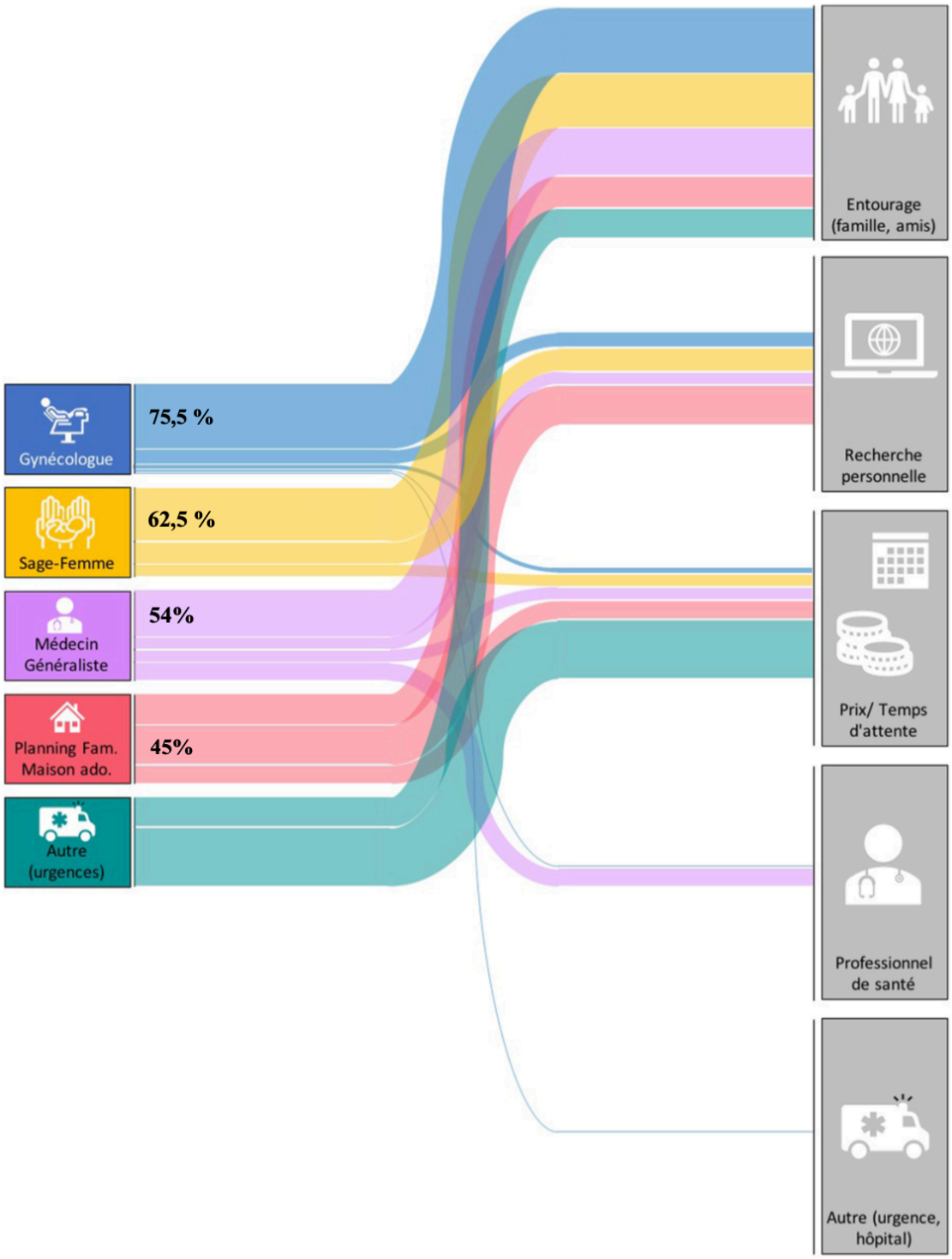
- [ ] Vous n'en avez jamais eu besoin
- [ ] Vous ne savez pas à qui vous adresser
- [ ] Par manque de moyens
- [ ] Par manque d'informations
- [ ] Autre...

Fin du questionnaire

MERCI pour votre aide précieuse. Sachez que depuis 2009 les sages-femmes sont compétentes pour prendre un charge la femme en bonne santé dans son suivi gynécologique de prévention.
Pour plus d'informations sur les différents champs de compétences des sages-femmes je vous invite à consulter le site du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes.
http://www.ordre-sages-femmes.fr

Nina SEREZO

Annexe II : Type de professionnel consulté selon le facteur d'influence



Annexe III : Les avis négatifs de la première consultation (n=50)

Sujets principaux retrouvés		Verbatim
Pudeur N=6	Nudité	« Stressée au niveau de la pudeur » « Je n'étais pas du tout à l'aise à l'idée d'être complétement nue, j'aurai préféré pouvoir garder un vêtement » « Très difficile : nudité, zone touchées… »
	Appréhension du regard sur le corps	« Toujours stressant pour une femme de devoir se mettre nue surtout la première fois. Si c'est un homme ou une femme c'est différent. » « Hyper mal à l'aise » « Je n'étais pas très à l'aise mais avec le temps j'ai fini par « adopter » ma gynécologue »
Praticien N=38	Jugement sur les rapports sexuels	« La première fois que j'ai consulté pour avoir la pilule c'était chez mon médecin généraliste, j'avais 16 ans et elle n'a pas manqué de donner son avis sur le fait que j'étais jeune pour avoir une activité sexuelle… la joie » « Pas du tout rassurante, et jugeante sur les rapports sexuels »

	Remarque sur le poids	« Une gynéco qui te juge (sur ton poids, tes motivations pour la pilule, etc.) c'est pas top pour une première consultation » « Remarque sur mon poids se voulant préventive mais non bienveillante et plus ou moins justifiée par une personne de petite corpulence. Je suis allée voir une gynécologue pas une nutritionniste »
	Présence d'une tierce personne	« Toute la consultation a eu lieu avec m mère et j'ai pas pu dire la vérité » « La présence d'un interne peut parfois augmenter l'anxiété de la première consultation »
	Banalisation de la douleur	« Pas forcément à l'écoute, agis mécaniquement » « La gynécologue m'a répondu que c'était normal d'avoir des règles douloureuses »
	Peu d'écoute, mauvais contact	« Aucune question personnelle, sur mes rapports, mon partenaire etc. » « Pas très humaine » « La gynécologue n'était pas du tout rassurante » « La gynéco n'était pas rassurante et un peu trop cash/brut dans ces paroles »

		« Je suis sortie en pleure, la gynécologue n'avait aucun tact »
	Manque d'explications	« Peu pédagogique » « Aucune mise en confiance. Et rabaissement de mes affirmations ou questions. Pas de dialogue »
	Retard diagnostic, prise en charge	« La gynécologique m'a répondu que c'était normal d'avoir des règles douloureuses à mon âge. Après IRM j'avais effectivement des endométrioses » « Je suis allée chez la gynéco pour la première fois à cause de règles extrêmement longue, abondantes et douloureuses. La pilule m'a donc immédiatement été prescrites sans analyse complémentaire. 7 ans les douleurs sont toujours là ainsi qu'une gêne pendant les rapports sexuels et on présuppose une endométriose. » « La première consultation ma mère m'y a emmené après mes premières règles pour que je puisse m'adresser directement au médecin si il y avait des choses dont je ne voulais pas parler à ma mère. Elle était présente pendant toute la consultation c'était uniquement à titre préventif. Je n'avais encore jamais eu de rapport. En fait la gynéco considérait que c'était normal de souffrir quand on est une femme. Il se

		trouve que j'ai désormais trouvé une gynéco à l'écoute plus jeune et que je me fais opérer d'endométriose sévère dans 2 mois »
	Examens / Prescription systématiques	« Échographie seulement pour prescrire une pilule qui arrête les règles douloureuses » « Mauvaise expérience, ma gynéco suivante m'a dit que le précédent avait fait des analyses pas nécessaires ce que ne me laisse pas une bonne impression »
Gestes N=6	Speculum, frottis et toucher vaginal	« Frottis donnant des nausées » « Toucher vaginal spéculum et échographie pelvienne alors que j'étais vierge et que j'avais mal … je suis ressortie en pleurant »
	Manque de douceur, emploi du mot « violence »	« Si la première s'est bien déroulée, le suivi a été marqué de violences gynécologiques » « Douloureux suivi d'une échographie sans rien d'anormal, m'a rendue stressée pour les futures consultation » « C'était un peu violent, je ne suis pas retournée chez la même praticienne » « J'ai regretté de ne pas avoir choisi un gynécologique de sexe masculin. Ma gynécologue n'a pas été douce lors de ma première consultation »

Annexe IV : Affiche de campagne nationale pour les sages-femmes