



HAL
open science

La première consultation gynécologique : témoignages croisés entre deux générations de femmes

Morgane Lemaire

► To cite this version:

Morgane Lemaire. La première consultation gynécologique : témoignages croisés entre deux générations de femmes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03352636

HAL Id: dumas-03352636

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03352636v1>

Submitted on 23 Sep 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

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 encourt toute poursuite pénale.

**La première consultation gynécologique :
témoignages croisés
entre deux générations de femmes**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Julie Gaillard

Sage-femme enseignante, Ecole Baudelocque

JURY :

Mme Sarah Benjlany

Sage-femme, Psychologue

Mme Sylvie Duquenois

Sage-femme enseignante, Ecole Baudelocque

Mme Marine Promonet

Sage-femme libérale

Mémoire N°: 2021PA05MA18

Remerciements

Je souhaite remercier en premier lieu ma directrice de mémoire, Julie Gaillard, pour son intérêt, sa patience, son accompagnement tout au long de ce travail mais également pour cette dernière année passée ensemble.

Je remercie les femmes ayant accepté de témoigner de leurs expériences, m'offrant une partie de leur temps (même le dimanche) pour partager leurs connaissances et sans qui ce mémoire n'aurait jamais pu se faire.

Je remercie l'ensemble de notre promotion 2017-2021, pour ce chemin parcouru ensemble.

Plus particulièrement, merci à mes copines de promo : Charlotte, Camille, Lucie, Marine et Marjorie pour tous ces bons moments passés ensemble. A nos escape game, nos rigolades et nos pleurs, nos partages, nos vacances ratées et à nos nombreux projets à venir. Je ne l'aurai pas fait sans vous. Vous m'avez beaucoup appris.

Un grand merci à ma mère, qui m'a soutenue plus que quiconque dans ce mémoire.

Et à mes amies, qui me rappellent chaque jour à quel point j'aime ce métier et qui m'ont soutenue depuis le premier jour.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique qui nous a accompagnées ces quatre dernières années, et à Mme Delahaye, une de mes référentes pédagogiques, pour son intérêt et son soutien durant notre année partagée ensemble.

Résumé

Introduction – Objectifs : La première consultation gynécologique joue un rôle important dans la vie des femmes. Elle conditionne en partie l'adhésion au suivi gynécologique tout au long de la vie. Notre étude propose d'explorer plusieurs éléments de cette première consultation (choix du professionnel, déroulement et influence de la transmission intergénérationnelle). En étudiant les témoignages de femmes ayant eu leur première consultation il y a 30 ans et de leur fille, ayant eu leur première consultation dans les années 2015-2016, notre objectif était de décrire la première consultation gynécologique à deux époques différentes pour étudier les évolutions des pratiques ainsi que l'importance de la transmission mère-fille dans un domaine si délicat.

Matériels et méthode : Notre étude consiste en 26 entretiens semi-directifs pour 13 couples mère-fille conduits entre octobre 2020 et décembre 2020. Mère et fille étaient interrogées séparément avec les mêmes questions, nous permettant ainsi de comparer les éléments relatifs à leur première consultation gynécologique à deux époques différentes.

Résultats : D'après les témoignages recueillis, il ressort que la consultation gynécologique est toujours majoritairement construite sur le schéma « interrogatoire médical puis examen clinique ». Seules quatre femmes du groupe 'fille' n'ont pas été examinées. Cette consultation s'effectue presque exclusivement chez un médecin gynécologue, quelle que soit la génération considérée. Une différence a cependant été mise en avant : la prévention a pris une place importante et fait maintenant partie intégrante d'une consultation médicale.

Le changement le plus marquant entre ces deux générations est celui rencontré sur la transmission intergénérationnelle. Les femmes âgées de 20 à 26 ans ont, pour la plupart, pu dialoguer avec leur mère concernant la première consultation et la gynécologie en général. En revanche, les femmes de la génération précédente n'avaient pas bénéficié d'un tel dialogue avec leur mère.

Conclusion : Il a été reconnu à travers les différents motifs de consultation que la place de la gynécologie est devenue plus importante dans la vie des femmes. L'aspect intime de l'examen est moins appréhendé par la jeune génération, en partie grâce à la transmission intergénérationnelle.

La mère a un rôle à jouer dans la première consultation gynécologique de sa fille. L'importance du dialogue a été souligné aussi bien par les mères (qui n'ont pas connu cette transmission mère-fille) que par les filles, qui pensent que leur mère a joué un rôle positif à cette occasion.

Mots-clés: Consultation, Gynécologie, Satisfaction, Transmission, Intergénérationnelle

Abstract

Introduction – Objectives : The first gynecological consultation plays an important role in women's life. It partly conditions the adherence to gynecological follow-up throughout life. Our study proposes to explore several elements of this first consultation (choice of professional, course and influence of intergenerational transmission), studying the testimonies of women who had their first consultation 30 years ago and those of their daughter, who had their first consultation in the years 2015-2016.

Our objective was to describe the first gynecological consultation at two different times in order to study the evolution of practices and the importance of mother-daughter transmission in such a delicate field.

Materials and method : Our study consists of 26 semi-structured interviews for 13 mother-daughter couples conducted between October 2020 and December 2020. Mother and daughter were interviewed separately with the same questions, allowing us to compare the elements related to their first gynecological consultation at two different times.

Results : According to the testimonies collected, the gynecological consultation is still mostly built on the "medical questioning then clinical examination" pattern. Only four women in the "girl" group were not examined. This consultation occurred almost exclusively with a gynecologist, whatever the generation considered. However, one difference was highlighted: prevention has become an important and integral part of a medical consultation.

The most striking change between these two generations is the change in intergenerational transmission. For the most part, Women aged from 20 to 26 years were, able to talk to their mothers about the first consultation and gynecology in general. In contrast, women of the previous generation had no such dialogue with their mothers.

Conclusion : It was recognized through the different reasons for consultation that the place of gynecology has become more important in the lives of women. The intimate aspect of the examination is less apprehended by the younger generation, partly due to intergenerational transmission.

The mother has a role to play in her daughter's first gynecological consultation. The importance of dialogue was emphasized by both mothers (who had not experienced this mother-daughter transmission) and daughters, who felt that their mother had played a positive role in this occasion.

Keywords : Appointment, Gynecology, Satisfaction, Passing on, Intergenerational

Glossaire

ACP American College of Physicians

BERCER Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour

CIANE Collectif InterAssociatif autour de la Naissance

DIU Dispositif Intra-utérin

EBM Evidence Based

Medecine **FCU** Frottis

Cervico-Utérin

HAS Haute Autorité de Santé

HCE Haut Conseil d'Egalité

HPV Papillomavirus humain

HPST Hôpitaux, Patient, Santé, Territoire

IRASF Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes

IST Infections Sexuellement

Transmissibles **IVG** Interruption

Volontaire de Grossesse **OMS**

Organisation Mondiale de la Santé

PRADO Programme de retour à domicile

Table des matières

Remerciements.....	2
Résumé	3
Abstract.....	5
Glossaire.....	7
Liste des tableaux, figures et annexes.....	10
Introduction	12
Première partie : Contexte	14
1.1 La santé gynécologique en chiffres.....	14
1.1.1 Les pathologies gynécologiques participent à la mortalité des femmes en France....	14
1.1.2 IST, contraception et santé sexuelle	16
1.2 Une médecine différente d'il y a 30 ans ?.....	19
1.2.1 Emergence des recommandations par les sociétés savantes.....	19
1.2.2 Vers une nouvelle forme de relation médecin-patient.....	20
1.2.3 La première consultation de gynécologie : une étape particulière.....	22
Deuxième partie : Matériels et méthode	24
1. Problématique.....	24
2. Objectifs	24
3. Hypothèses.....	25
4. Modalités de l'étude.....	25
4.1 Type d'étude.....	25
4.2 Population.....	26
4.3 Déroulement de l'étude.....	27
4.4 Considérations éthiques et réglementaires.....	28
4.5 Stratégie d'analyse.....	28
Troisième partie : Résultats et analyses.....	30
1. Description générale.....	30
2. Qui consulter et pourquoi ?.....	30
2.1 1 Age à la première consultation.....	30
2.2 Motifs de consultation.....	32
2.3 Le gynécologue reste le professionnel consulté.....	36
2.4 Des changements dans les modalités de recherche du praticien.....	43

3. Le déroulement de la consultation.....	45
3.1 Etude du 'care'	47
3.2 Etude du 'cure'.....	58
3.3 Satisfaction.....	61
4. Le rôle du lien mère-fille.....	64
4.1 1 Initiative de cette consultation	64
4.2 Rôle des mères dans l'appréhension de la première consultation gynécologique de sa fille	67
5. Critiques de l'étude.....	76
5.1 Points forts.....	76
5.2 Points faibles.....	77
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	80
Annexes	88
1. Annexe 1 : Note d'information remise aux femmes.....	88
2. Annexe 2 : Grille d'entretien.....	89

Liste des tableaux, figures et annexes

Tableau 1 : Effectif des décès causés par tumeurs malignes en France en 2016	14
Figure 1 : Evolution des modes de contraception depuis l'entrée en vigueur de la loi Neuwirth en 1967	18
Figure 2 : Age des femmes interrogées au moment de leur première consultation gynécologique	31
Figure 3 : Evolution de l'âge moyen à l'accouchement, par rang de naissance de l'enfant	34
Figure 4 : Le professionnel consulté au moment de la première consultation gynécologique	36
Tableau 2 : Les différentes méthodes employées pour trouver le professionnel de santé	43
Figure 5 : Mots utilisés le plus souvent selon le groupe 'mère' et le groupe 'fille' sur la relation mère-fille au moment de la première consultation gynécologique	73
Figure 6 : Nuage de mots sur le relation mère-fille du côté des filles	74
Figure 7 : Nuage de mots sur le relation mère-fille du côté des mères	74
Annexe 1 : Note d'information remise aux femmes	88
Annexe 2 : Grille d'entretien	89

'Rien n'est acquis et ni les femmes ni les gynécologues ne doivent l'oublier' Jean
Cohen, Gynécologue, 2005

Introduction

La gynécologie étudie l'anatomie, la physiologie et les pathologies de l'organe génital féminin, permettant une surveillance régulière et globale de l'état de santé des femmes, et cela à tout âge. Le suivi gynécologique concerne donc chaque femme et participe à l'information, la prévention et le dépistage des maladies telles que les infections sexuellement transmissibles, les cancers du sein, de l'ovaire ou de l'utérus. (1)

Ce suivi est largement répandu dans la population féminine. Selon un sondage réalisé pour la Fédération Française des Gynécologues, sur 1030 femmes, 85% ont un suivi gynécologique régulier, ce qui signifie que 15% de ces femmes ne se font pas suivre, un chiffre minoritaire mais non négligeable. (2)

Ce n'est qu'en 1963 que cette spécialité a fait son apparition sur les bancs universitaires, « la corporation des gynécologues est passée par plusieurs réformes, si bien que la cohérence de la spécialité 'gynécologie' demeure culturelle autant que médicale », rapporte Marilène Vuille. (3)

Il existait initialement deux spécialités : la gynécologie médicale, et la gynécologie-obstétrique. La gynécologie dite médicale est spécialisée dans la prise en charge des pathologies gynécologiques et mammaires, ainsi que dans le suivi de routine. De ce fait, lorsque les femmes vont consulter en ville dans le cadre de leur suivi gynécologique, ce sont majoritairement des gynécologues médicaux qu'elles consultent. La gynécologie obstétrique est une spécialité chirurgicale. Il s'agit donc d'une spécialité exercée principalement dans les centres hospitaliers.

Cette spécialité est en constante évolution afin de répondre aux besoins de la population féminine. C'est dans cette optique, qu'en 2009, la loi HPST (Hôpitaux Patient Santé Territoire) est votée, permettant aux sages-femmes d'étendre leurs compétences au suivi gynécologique pour toute femme en bonne santé. Elles sont

ainsi habilitées à réaliser des actes de prévention comme le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, à assurer des consultations de contraception. Plus récemment, en 2016, elles ont également reçu l'autorisation de pratiquer les IVG médicamenteuses. (4)

De nos jours, la parole des femmes est davantage prise en considération dans ce domaine. On retrouve beaucoup plus de discours relatifs à ce domaine, que ce soit dans les médias à titre informatif, ou sur les réseaux sociaux via des femmes qui partagent leurs expériences et qui expliquent, parfois de manière très détaillée, le déroulement d'une consultation. Les femmes ont donc accès plus facilement aux informations qu'elles souhaitent sur la consultation gynécologique, et revendiquent un droit de regard quant à ce suivi. Une médecine individuelle est demandée, les examens ne sont faits qu'après discussion avec les patientes et accord de leur part. Par ailleurs, la notion de violences obstétricales émerge, dénonçant des conduites irrespectueuses de la part des professionnels de la gynécologie.

La puberté représente le point d'ancrage dans ce suivi gynécologique. C'est à cette période que ce suivi débute le plus souvent. Ce premier passage est une étape importante. Son bon déroulement va contribuer à l'adhérence des jeunes filles et jeunes femmes à un suivi gynécologique régulier. Il est fréquent que cette première consultation soit prise à l'initiative de la mère ou en tout cas, que son avis soit requis.

Dans ce mémoire, nous avons donc voulu décrire la première consultation gynécologique sur deux générations différentes et nous intéresser à l'évolution des pratiques gynécologiques, ainsi qu'au rôle de la mère auprès de sa fille dans le vécu de cette consultation.

Première partie : Contexte

1.1 La santé gynécologique en chiffres

1.1.1 Les pathologies gynécologiques participent à la mortalité des femmes en France.

Selon le recensement de Santé Publique France publié en 2019, les maladies cardio- vasculaires sont les premières causes de décès chez les femmes en 2016. (5)

Les cancers sont la deuxième cause de décès et les pathologies malignes d'origine gynécologique représentent respectivement :

- 12427 décès annuels pour le cancer du sein,
- 3445 décès annuels pour le cancer de l'ovaire,
- 2755 décès annuels pour le cancer du corps de l'utérus,
- 757 décès annuels pour le cancer du col de l'utérus.


Interrogation des données sur les causes de décès de 1980 à 2016


Effectifs de décès

Année : 2016
 Chapitre : Tumeurs
 Zone : France métropolitaine

[Retour au menu](#) [Export CSV](#)

Liste des codes CIM

Code CIM	Libellé	Sexe	Total	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
C50	Tumeur maligne du sein	M	242	0	0	0	0	1	3	14	43	68	61	47	5
		F	12427	0	0	0	1	84	466	1240	1932	2574	2847	2852	431
		T	12669	0	0	0	1	85	469	1254	1975	2642	2908	2899	436
C53	Tumeur maligne du col de l'utérus	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		F	757	0	0	0	0	16	79	155	171	110	136	84	6
		T	757	0	0	0	0	16	79	155	171	110	136	84	6
C54 -C55	Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		F	2755	0	0	0	1	15	21	120	350	625	884	654	85
		T	2755	0	0	0	1	15	21	120	350	625	884	654	85
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		F	3445	0	0	1	3	12	44	191	521	946	1025	647	55
		T	3445	0	0	1	3	12	44	191	521	946	1025	647	55

Tableau 1. Effectif des décès causés par des tumeurs malignes en France en 2016, CépiDc et Inserm

Le taux de décès des cardiopathies ischémiques est de 4,5% pour l'année 2016, contre 4,2% pour le cancer du sein. La gynécologie est donc une spécialité cruciale, qui permet le dépistage précoce des cancers, et la diffusion de messages de prévention, c'est un atout indispensable à la santé des femmes.

En comparant ces effectifs aux taux de décès des années 1980, nous constatons qu'à l'exception du cancer du col de l'utérus, ces chiffres sont aujourd'hui plus élevés que ceux d'il y a 30 ans.

Depuis 1980, le cancer du sein reste donc le plus délétère des cancers gynécologiques chez la femme, suivis par le cancer de l'utérus (corps et col). (6)

C'est la raison pour laquelle ces deux cancers ont très rapidement fait l'objet de campagne d'informations et de prévention.

Le cancer du sein fait l'objet d'un programme de dépistage national. (7) Ce type de cancer peut être diagnostiqué de façon précoce, et les progrès en médecine ont permis d'identifier des facteurs de risques génétiques ou comportementaux.

La consultation de gynécologie est l'outil central du dépistage et de la prévention. Que ce soient les gynécologues, les médecins généralistes ou les sages-femmes, il est important de recevoir les femmes régulièrement, de rechercher des facteurs de risque, de procéder à des examens cliniques mammaires et de les inciter à participer au programme de dépistage par mammographie, recommandé à partir de 50 ans en l'absence de facteurs de risque associés. Cette surveillance est d'autant plus importante que le taux de survie de ce cancer dépend, en grande partie, du stade auquel il a été dépisté. De manière générale, pour le cancer du sein, la survie à 5 ans s'il est découvert à un stade 1 est de 99% mais seulement de 26% si le cancer est métastasé. (8)

6 millions de frottis cervico-utérins (FCU) sont par ailleurs réalisés chaque année. Cela signifie que seulement 59,5% des femmes ont été dépistées chez les 25-65 ans pour la période 2016- 2018, selon Santé Publique France, et ce, sans variation depuis 2012.

(9)(10)

Le cancer de l'ovaire, quant à lui, ne possède pas de test de dépistage contrairement au cancer du sein et de l'utérus. Son dépistage est clinique. L'examen gynécologique prend toute son importance dans ces circonstances.

La consultation gynécologique ne se limite cependant pas au dépistage des pathologies les plus graves. Elle participe à la santé génésique globale des patientes.

1.1.2 IST, contraception et santé sexuelle

Indépendamment de la grossesse, le suivi gynécologique n'est pas obligatoire mais fortement recommandé en France. Cette consultation permet au professionnel de santé de partager des informations sur la santé gynécologique, de discuter des méthodes de contraception, et de prévenir les infections sexuellement transmissibles dont font parties, entre autres, le papillomavirus humain (HPV), virus très majoritairement responsable des lésions malignes dans le cancer du col de l'utérus et Chlamydiae Trachomatis, responsable d'infections génitales hautes et de troubles de la fertilité.

La promotion de la santé et de la prévention est un objectif national. Comme définie dans la Charte d'Ottawa de 1986 « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci. ». (11) La santé est décrite comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » par l'Organisation Mondiale de Santé. (12)

La santé sexuelle fait partie intégrante de la « santé » et se trouve, de ce fait, sujette à une stratégie nationale d'éducation, de communication et de prévention à la santé.

La fin des années 90 et le début des années 2000 ont été les témoins d'une augmentation importante de la fréquence des infections sexuellement transmissibles excepté pour le VIH, dont le nombre reste stable depuis 2007 grâce aux nombreuses campagnes de dépistage et de prévention. (13) Nous retrouvons plus particulièrement des infections à gonocoque et chlamydia dans la population des 15-24 ans en raison d'une baisse de l'utilisation des moyens de prévention. De ce

fait, un dépistage systématique est recommandé à la recherche de Chlamydia avant 25 ans chez toutes les jeunes femmes car cette bactérie peut être responsable de stérilité et de grossesses extra-utérines en raison de lésions au niveau des trompes de Fallope. (14) Sa prise en charge est importante pour la santé de la femme à long terme.

Les IST se transmettent rapidement et parfois silencieusement. Il n'y a pas de signe clinique, c'est pourquoi il est important de procéder à des dépistages en temps réguliers. Ces dépistages peuvent se faire chez un gynécologue, médecin traitant ou auprès d'une sage-femme. Ils ne sont pas toujours systématiques mais proposés dans les situations dites à risques. Le dialogue avec un professionnel est donc essentiel. (15)

La prévention des IST fait partie intégrante de la consultation gynécologique et cela à tout âge. Elle repose aussi sur la vaccination contre certaines IST : le papillomavirus et l'hépatite B notamment.

La santé sexuelle féminine correspond également à la possibilité de « choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent » en améliorant l'accès au choix d'une méthode de contraception adaptée et ainsi, réduire le nombre de grossesses non désirées. C'est en 1967, par la loi de Neuwirth, que la contraception a été acceptée en France mais ce n'est qu'à partir de 1974 qu'elle fut remboursée. Depuis 1978, l'adoption croissante de la couverture contraceptive a permis de réduire le nombre de grossesses non souhaitées, l'indice était de 1,23 grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréer sur la période 1973- 1977 contre 0,85 sur la période 2005-2009 chez ces mêmes femmes. (16)

Ce fut l'un des grands changements médicaux dans la vie des femmes des années 80. Elle a très vite été acceptée et utilisée : environ 38% d'utilisation pour la pilule (17) pour atteindre un pic dans les années 2000 à 56,9%. En 2013, la pilule reste la méthode médicale la plus utilisée en France : 43,3% (voir graphique ci-dessous).

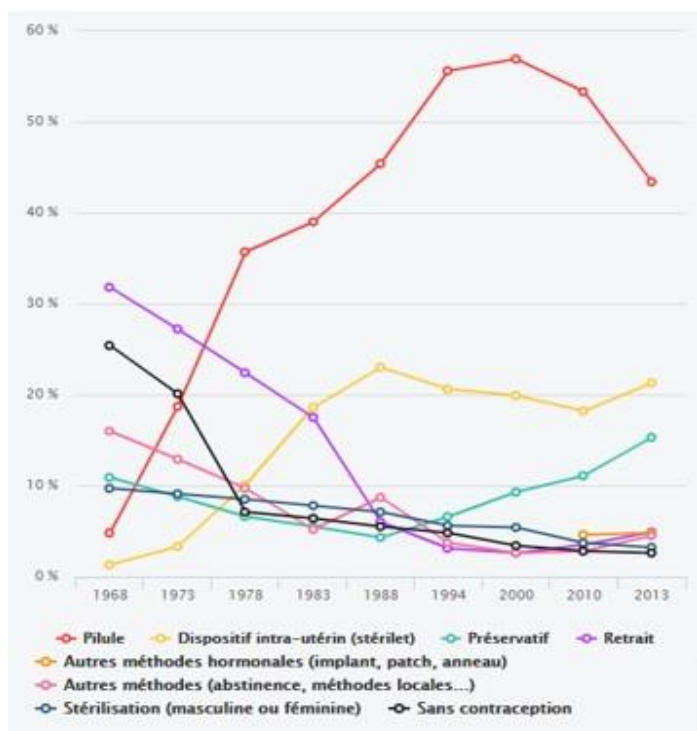


Figure 1 : Evolution des modes de contraception depuis l'entrée en vigueur de la loi Neuwirth en 1967 (18)

Depuis les années 90, nous assistons à une diversification des méthodes de contraception les dispositifs hormonaux ont vu leur apparition (implant, anneau, patch), la possibilité de porter un DIU s'est ouverte aux femmes nullipares.

Cependant face à ces évolutions, le schéma contraceptif français reste peu flexible : préservatif au début de la vie sexuelle, pilule quand la vie sexuelle se régularise, puis DIU chez la femme ayant eu des enfants. En dépit de certaines controverses apparues ces dernières années, la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée en France. (18)

L'un des objectifs de Santé Publique est donc de convaincre les femmes que le suivi de leur santé gynécologique, s'inscrit dans un suivi plus global et fait partie intégrante de leur santé.

1.2 Une médecine différente d'il y a 30 ans ?

1.2.1 Emergence des recommandations par les sociétés savantes

Comme nous venons de le voir, la définition de la santé s'est vue modifiée : sont prises en considération, non seulement les maladies en elles-mêmes, mais également la question du bien-être physique et psychique. Depuis la deuxième moitié du XXème siècle. Il n'est plus seulement demandé au monde médical de guérir une pathologie mais également de prévenir et de tenir compte des patients dans leur globalité.

La relation du médecin par rapport au patient a également évolué. Avant les années 1950, la médecine était centrée sur l'autorité du médecin, seul responsable d'évaluer l'état de santé du patient, il avait une « légitimité médicale sans faille ». (19) Le médecin prenait les décisions pour le patient, il s'inspirait de ses expériences passées et de l'apprentissage auprès de ses pairs. Les étudiants en médecine étaient pris sous les 'ailes' d'un médecin sénior expérimenté et apprenaient principalement selon la pratique et les expériences de leur mentor.

Le peu de publications médicales, et l'accès parfois difficile à celles-ci rendaient l'accès moins direct à la connaissance théorique. Ils se fondaient donc sur les connaissances acquises à l'université et sur leur pratique clinique. Le patient écoutait et acceptait car il n'avait aucun moyen de connaître les différents traitements s'il n'appartenait pas au corps médical.

La révolution médicale de la deuxième moitié du XXème siècle conduit à la naissance d'une thérapeutique rationnelle : on veut connaître et évaluer les effets d'un traitement pour apporter une meilleure connaissance des usages de ces derniers et ainsi, une amélioration des pratiques médicales. Ceci se fait par la naissance des études cliniques médicales et de l'aide de statisticiens permettant une approche

épidémiologique des données récoltées. (20)

C'est aux Etats-Unis que ce mouvement est apparu en premier par le biais de *l'Evidence Based Medecine* (EBM). Le terme est repris au Canada dans les années 1980 pour désigner une médecine pratiquée reposant sur les preuves, sur les données récoltées par des études cliniques comme des essais contrôlés randomisés ou des méta-analyses. Elle fut d'abord développée comme un outil de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique de la

littérature médicale. L'EBM est maintenant utilisée largement pour valider l'efficacité et l'innocuité d'un traitement ou d'une campagne de prévention. Son but est d'améliorer les compétences professionnelles et la qualité décisionnelle des médecins. (21)

Ce désir d'une nouvelle médecine, plus homogène, basée sur des preuves scientifiques et statistiques s'est progressivement mis en place en France à partir des années 1980-90, années marquées par la création d'agences responsables de la diffusion de recommandations dites de bonne pratique. (22) Elles se définissent comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances données » selon la HAS. (22)

La HAS est une autorité publique créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, elle propose une 'conduite des conduites', elle agit pour améliorer la qualité du système de santé en France et apporter un accès équitable à des soins efficaces. De ce fait, la HAS est chargée de produire ces recommandations et de les diffuser aux plus grands nombres. (22)

1.2.2 Vers une nouvelle forme de relation médecin-patient

La relation médecin-patient évolue concomitamment aux transformations du monde médical. Elle importe car la qualité de cette relation va avoir des conséquences sur les adhésions aux soins et particulièrement sur l'adhésion aux messages d'éducation à la santé.

Dans les mois qui ont suivi la fin du dernier conflit mondial et la révélation des terribles expériences pseudo-médicales menées par les nazis, le constat a été fait que la science et la médecine pouvaient ne pas être bienveillantes ni au service des malades.

La confiance portée aux médecins s'en est trouvée ébranlée, il n'est plus possible de leur accorder un pouvoir total sur leur santé sans questionnement. (23)

Face à son médecin, le patient n'accorde plus une confiance sans discussion, Il demande à être informé de son état de santé, à être co-décisionnaire dans la prise en charge, à dialoguer avec le médecin. Une relation de partage doit se créer entre ces deux parties.

L'autonomie du patient est recherchée et valorisée dans notre société, il devient un acteur dans le système de santé et non plus un simple « consommateur ».

Le monde médical que nous connaissons aujourd'hui est une habile composition entre l'importance d'un modèle scientifique porté par les recommandations et la place prépondérante de l'individualité portée par la relation de proximité médecin - patient. (24)

Cette tendance sociétale retrouvée dans les différents lieux de pratique médicale s'est accompagnée d'un encadrement législatif, notamment à travers la loi Kouchner de 2002 relative aux droits des malades. (25) Cette loi a été rédigée après une consultation à grande échelle des Français grâce à des états généraux qui se sont tenus dans 80 villes de France entre septembre 1998 et juin 1999. La force de cette loi est qu'elle porte sur les droits des malades et que ce sont les citoyens, eux-mêmes, qui ont été consultés pour la rédiger permettant ainsi de connaître leurs recommandations et leurs attentes quant au monde médical. (26)

Cette loi entérine notamment les principes suivants : (25)(27)

= le droit à l'information du patient concernant son état de santé ; **Article 1111-2** « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver »

= l'accès direct au dossier médical

= le droit au consentement éclairé : **Article 1111-4** « Aucun acte médical ni aucun

traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

La relation médecin-patient repose donc aujourd'hui sur un juste équilibre de confiance et d'autonomie.

Cette question d'équilibre est particulièrement importante en gynécologie, domaine qui touche à l'intimité, notamment lors de la première consultation car les femmes sont

généralement jeunes (entre 14 et 17 ans). Mettre en confiance les femmes, leur expliquer les raisons de telle question lors de l'interrogatoire ou de tel examen sont nécessaires pour leur montrer que tout ce qui est fait, l'est dans un but médical, toujours en respectant leur personne.

La pratique médicale a donc été modifiée du fait de l'avènement d'une médecine fondée sur les preuves scientifiques et par la nouvelle implication des patients dans leur prise en charge. Les soignants attendent aussi en retour des patients plus investis, qui s'intéressent à leur santé et en sont les promoteurs.

1.2.3 La première consultation de gynécologie : une étape particulière

La première consultation gynécologique a donc souvent pour but d'évoquer des questions intimes touchant à la sexualité et à la contraception notamment.

De par l'âge auquel les patientes consultent la première fois, il est fréquent que les mères soient présentes dans le déroulement de ce processus, que ce soit pour en expliquer le déroulement, lors de la prise de rendez-vous ou lors de la consultation elle-même. La question du dialogue entre les générations se pose donc particulièrement à cette occasion.

De par la complexité de la définition du terme de génération et de son évolution permanente, de nombreux écrivains autant sociologues, que médecins ou anthropologues se sont intéressés au sujet. (28) (29) (30)

Le terme de génération peut s'entendre au sens familial, politique, historique ou sociologique.

La génération dite familiale ou généalogique se définit par les rapports entre générations d'une même famille. Pour Claudine Attias-Donfut, écrivaine et

directrice de recherche à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse : « Cette définition généalogique s'applique généralement à la parentèle mais peut être étendue à des groupes plus larges, et désigne alors un ensemble de personnes (...) qui ont en commun un même degré de filiation par rapport à

un autre ensemble bien identifié. » Par exemple, la génération des grands-parents ne peut exister qu'à la naissance des petits-enfants.

La définition historique désigne un ensemble de personnes nées à une même période partageant des expériences et des influences sociales. Une génération se divise en cohortes d'âges. La cohorte est un groupe de personnes nées pendant le même intervalle de temps et qui partagent au fil du temps des expériences sociales similaires, généralement évalué à 30 ans : une décennie correspond à 3 générations. Lorsqu'une génération commence à sortir du monde du travail, elle va transmettre son savoir et ses valeurs pour aider la génération plus jeune à s'adapter. (31)

La génération socio-historique correspond à « des groupes sociaux auxquels on peut attribuer certains points communs historiques, culturels ou sociaux » d'après François Höpflinger, professeur en sociologie. Ces ensembles d'individus sont reliés par ces points communs mais ces liens ne produisent pas de groupe concret. (32)

Dans notre étude, nous allons principalement nous intéresser à la génération entendue d'un point de vue familial ou généalogique. L'analyse de nos résultats nous a parfois conduit à réfléchir à cette notion en utilisant sa définition historique et/ou socio-historique.

Deuxième partie : Matériels et méthode

1. Problématique

Au vu de l'importance des consultations gynécologiques pour le bien de la santé des femmes, et au vu de l'évolution des pratiques médicales ainsi que de la relation 'médecin-patient', nous nous sommes posé la question suivante :

Le déroulement de la première consultation gynécologique a-t-il évolué depuis 30 ans ?

Cette étude a pour but de comparer la première consultation gynécologique sur deux générations afin de mettre en lumière les différences ou similitudes. Elle va donc s'intéresser aux évolutions engendrées et permettra de réfléchir aux progrès qu'il reste à accomplir pour faciliter l'adhésion des patientes à un suivi régulier.

Il nous a par ailleurs semblé intéressant d'étudier l'impact de la communication intergénérationnelle dans cette situation particulière, où l'intimité tient une place importante.

2. Objectifs

Notre objectif principal est de décrire le déroulé de la première consultation gynécologique en interrogeant des femmes de deux générations différentes sur le professionnel consulté et sur les différentes étapes de la consultation, que ce soit l'interrogatoire médical ou l'examen clinique.

Dans un deuxième temps, nous avons pour objectif d'analyser la place du dialogue mère-fille dans l'appréhension de cette première consultation gynécologique.

3. Hypothèses

Afin de répondre à notre étude, nous avons élaboré plusieurs hypothèses, qui sont les suivantes :

- le déroulement de la première consultation gynécologique a évolué, il ne comprend plus d'examen clinique systématique et fait une part plus large à la prévention
- la transmission intergénérationnelle a un impact positif sur la satisfaction de cette première consultation gynécologique
- les professionnels consultés ne sont plus exclusivement des gynécologues
- les motifs qui conduisent les femmes à consulter se sont diversifiés

4. Modalités de l'étude

4.1 Type d'étude

Pour répondre à cette question, nous avons souhaité procéder à une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs. Le choix de réaliser des entretiens semi-directifs a permis de recueillir des témoignages plus riches, plus intimes et plus précis qu'un simple questionnaire. En effet, les femmes ont souligné des points qui leurs paraissaient importants, et que nous n'avions pas forcément intégré en tant que questions dans notre grille d'entretien. C'est ainsi que le sujet des violences obstétricales est remonté chez certaines d'entre elles.

La grille d'entretien comporte des questions générales fermées, attendant une ou plusieurs réponses puis des questions ouvertes laissant les participantes faire part de leurs impressions et souvenirs.

L'entretien débute par des questions générales portant sur l'âge de la femme et son d'exercice professionnel puis nous développons 3 thèmes distincts : dans un premier temps des questions portant sur le professionnel de santé consulté, puis sur la consultation en elle-même et enfin sur le dialogue avec leur mère. L'ordre des thèmes n'est pas fixe et dépend des réponses des femmes et de leur direction de réflexion pour permettre un dialogue plus fluide.

La grille d'entretien a été rédigée dans le but de répondre aux hypothèses et aux objectifs de l'étude. Elle a été revue et adaptée après un entretien test avec une amie et sa mère correspondant à la population étudiée, permettant d'évaluer la compréhension des questions, leur formulation et d'ajuster l'ordre de celles-ci pour un entretien fluide. Ce test a permis de parfaire la gestion d'un entretien semi-directif.

4.2 Population

L'objectif était d'interroger entre 13 et 15 binômes mère-fille, nombre conventionnellement retrouvé dans les études qualitatives.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- un consentement à la participation à l'étude des 2 personnes du binôme mère-fille
- une première consultation dans le cadre d'un suivi gynécologique hors urgence (demande de contraception, dépistage des IST, suivi de grossesse, santé sexuelle)
- une population 'fille' entre 19 et 26 ans et 'mère' entre 45 et 62 ans. Nous avons choisi un minima de 20 ans chez les filles pour disposer d'une population de personnes majeures appartenant à une tranche d'âge ayant le plus de chances d'avoir eu une consultation gynécologique. Les tranches d'âge de la génération 'mère' ont été choisies pour assurer un écart générationnel entre les deux groupes.
- une compréhension de la langue française.

Les critères d'exclusion sont :

- le refus de l'une ou l'autre partie du binôme mère-fille
- l'existence d'un trouble neurologique, de la mémoire risquant de créer un

biais de mémorisation surajouté

-l'appartenance d'une des personnes interrogées au domaine de la maïeutique ou de la santé, pouvant apporter des connaissances et des informations susceptibles d'influencer leur perception de la consultation gynécologique

4.3 Dérroulement de l'étude

Le recrutement de la population a commencé début octobre 2020. Nous avons contacté des connaissances répondant aux critères de l'étude, surtout appartenant à la population 'mère'. Quelques personnes de notre entourage ont répondu positivement à une demande faite via un réseau social. 13 binômes mère-fille ont répondu favorablement, mais 3 entretiens n'ont pas pu se faire suite à la rétraction de l'une des parties.

L'effet boule de neige nous a permis de compléter notre population. Grâce au premier groupe interrogé, d'autres couples mère-fille sont venues étoffer notre étude.

L'objectif de l'étude et le thème ont été expliqués et les personnes qui ont répondu positivement à notre demande ont reçu par mail une note d'information ainsi qu'une fiche de consentement.

Nous avons recueilli les réponses de 13 couples mère-fille, ce qui représente 26 personnes interrogées pour notre étude. Pour des raisons de confidentialité, les entretiens mère-fille ont été effectués séparément mais nous avons essayé, autant que faire se peut, que ces derniers soient réalisés dans une courte période ou dans la même journée, dans le souci d'avoir les réponses les plus intuitives et spontanées sans que le couple mère-fille n'ait eu l'occasion d'échanger leur vécu à ce sujet.

Les entretiens se sont déroulés entre le 24 octobre 2020 et le 17 décembre 2020. Ils durent de 12 min à 1h, avec une durée moyenne de 18 min.

Un des entretiens s'est déroulé au domicile de la mère. Puis en raison du

confinement, il n'a plus été possible de les faire en présentiel, il a donc été décidé de poursuivre ces entretiens par voie téléphonique pour une question de faisabilité. De ce fait, la confidentialité des informations a pu être assurée.

La réalisation des entretiens par téléphone nous a permis d'interroger des femmes vivant en dehors de l'Ile-de-France. Nous avons donc recueilli la participation de femmes habitant Nantes, Toulouse, Montpellier et Metz.

Les entretiens débutent par un rappel de l'objectif de l'étude tout en les informant que chaque entretien est enregistré sur un appareil mobile pour être retranscrit et analysé par la suite. Il est précisé que ces données seront anonymisées et conservées en sécurité jusqu'à la fin du projet, puis seront détruites.

4.4 Considérations éthiques et réglementaires

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une 'recherche n'impliquant pas la personne humaine' selon l'Article L1121-1 du Code de Santé Publique modifié par Ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016.

Devant le caractère intime du thème de l'étude et des questions posées durant les entretiens, l'avis d'un Comité d'Ethique a été demandé mais celui-ci nous a répondu que le format de notre étude dans le cadre d'un mémoire ne nécessitait pas d'évaluation de sa part.

Avant de commencer les entretiens, nous nous sommes assurés que les participantes avaient reçu et lu la fiche d'information et rempli le formulaire de consentement.

A chaque couple mère-fille a été attribué un numéro afin de respecter l'anonymat de ce dernier.

4.5 Stratégie d'analyse

L'analyse de ces données est qualitative du fait qu'aucun calcul statistique n'a été effectué. De même, l'analyse de ces données ne peut être considérée comme

représentative au vu du nombre d'entretiens. Cependant certains calculs ont été nécessaires, permettant par exemple d'évaluer l'âge moyen lors de la première consultation gynécologique, point important dans l'étude.

La grille de l'entretien est organisée autour de 3 thèmes : le professionnel de santé consulté, le déroulé de la consultation, et le dialogue mère-fille. Nous avons donc procédé à une analyse thématique de nos entretiens, un code couleur a été attribué à chaque thème et les données considérées comme susceptibles de répondre à nos objectifs ont été mises en avant.

Les analyses ont été faites à partir de tableaux comparatifs 'mère' 'fille'.

Troisième partie : Résultats et analyses

Dans un premier temps, nous allons procéder à une description de l'échantillon étudié. Nous effectuerons ensuite une analyse thématique en nous concentrant sur les thèmes suivants : le professionnel consulté, le déroulement de la consultation puis la place de la communication mère-fille.

Les résultats et analyses sont toujours faits en comparant le groupe 'mère' vs le groupe 'fille'. Une discussion sera développée après chaque résultat obtenu où nous reviendrons sur les hypothèses proposées en première partie.

S'agissant d'une étude qualitative et au vu du nombre de personnes interrogées, les résultats ne prétendent pas à être représentatifs de la population générale mais plutôt révélateurs de tendances.

1. Description générale

L'âge moyen des femmes faisant partie du groupe 'mère' était de 55 ans (47 à 61 ans) et celui des femmes du groupe 'fille' était de 22 ans (19 à 26 ans).

Il n'a pas été posé de questions sur les catégories socio-économiques auxquelles elles appartenaient car cela nous a semblé sans incidence sur le principal résultat attendu, à savoir le vécu de la première consultation de gynécologie.

2. Qui consulter et pourquoi ?

2.1 Age à la première consultation

L'âge à la première consultation diffère entre les deux générations. Pour le groupe 'mère' l'âge moyen retrouvé est de 20,23 ans, allant de 16 ans à 30 ans, alors que pour le groupe 'fille', l'âge moyen est de 16,9 ans allant de 11 ans à 22 ans.

Les femmes de la plus jeune génération ont donc consulté plus tôt que leur mère.

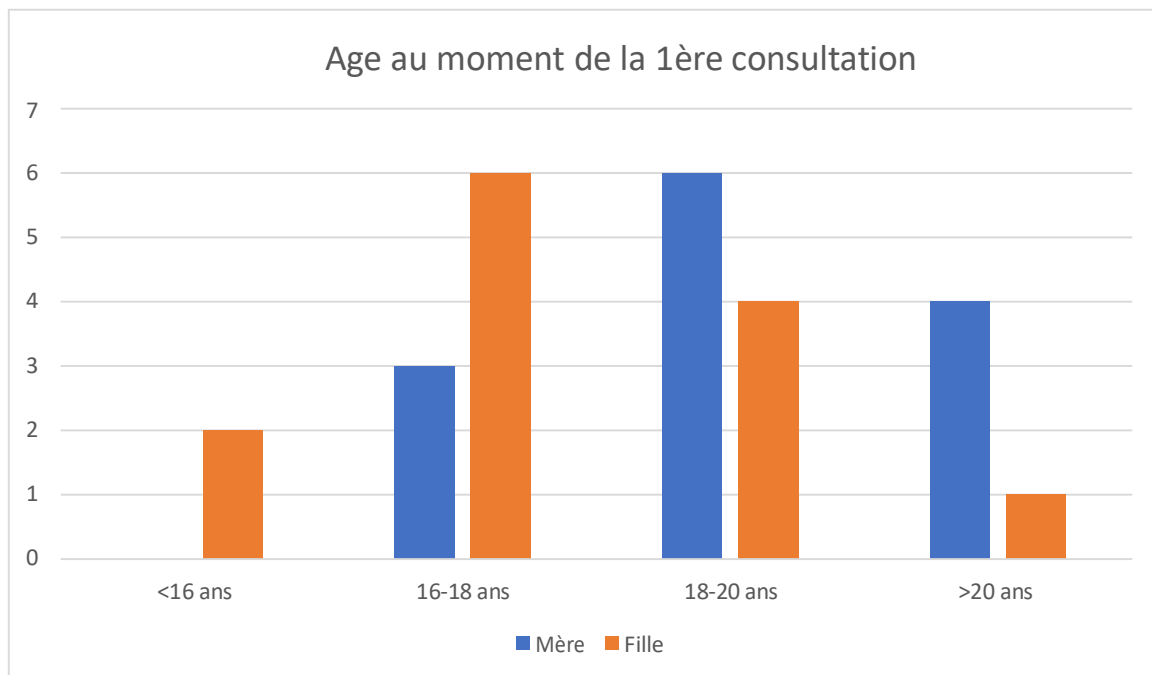


Figure 2 : Age des femmes interrogées au moment de leur première consultation gynécologique

Dans le groupe 'fille', les femmes ont majoritairement consulté entre 16 et 18 ans. Dans le groupe 'mère', les femmes ont majoritairement consulté entre 18 et 20 ans. Comme le montre le graphique ci-dessus, nous retrouvons deux extrêmes d'âges qui renforcent cette tendance à une consultation plus précoce dans le groupe 'fille' : 4 femmes ont consulté après 20 ans dans le groupe 'mère' avec un extrême retenu à 30 ans. Quant au groupe 'fille', deux femmes ont consulté avant l'âge de 16 ans : une première consultation à 10-11 ans et une autre à 14 ans. On ne retrouve en revanche aucune femme du groupe 'mère' ayant consulté à un âge si précoce.

L'avancement de l'âge de la première consultation gynécologique peut s'expliquer par l'avancement de l'âge des premiers rapports sexuels. L'enquête Baromètre Santé de 2016 de Santé Publique France (33), nous dit que l'âge des premiers rapports sexuels pour les jeunes filles en 2016 est de 17,6 ans contre 18,5 ans dans les années 80-85 (34).

Cette enquête de Santé Publique France confirme qu'une femme sur 3 (36,9%) déclare avoir utilisé la pilule au moment de ses premiers rapports sexuels. Cela confirme qu'une consultation gynécologique a déjà eu lieu avant le premier rapport.

L'abaissement de l'âge de la première consultation est également à mettre en lien avec le motif même de la consultation, et nous incite à étudier l'une de nos hypothèses : « Les raisons qui conduisent les femmes à consulter se sont diversifiées ».

2.2 Motifs de consultation

a) Résultats

Lorsque l'on demande quel était le motif de la première consultation gynécologique, la réponse qui revient le plus souvent et ce, dans les deux groupes, est : 'pour une contraception' ; 6 femmes dans le groupe 'mère' et 7 femmes dans le groupe 'fille'. Dans la majorité des cas, les femmes interrogées ont même précisé le type de contraception qu'elles attendaient.

« Pour avoir des rapports sexuels [...] oui, pour avoir une contraception, pour me protéger en fait. » 5 (mère)

« La première fois c'était pour prendre la pilule. » 12 (fille)

Les dysménorrhées arrivent en 2^{ème} position des motifs de consultation dans les deux groupes.

« C'est-à-dire que j'avais vraiment des règles très douloureuses : ingérables, abondantes [...] et du coup, je voulais voir un gynéco pour qu'il m'aide. » 4 (fille)

« Quand j'étais adolescente, j'avais beaucoup de règles douloureuses, et puis après j'avais un petit peu d'acné. » 4 (mère)

Il est intéressant de souligner l'existence de motifs de consultation différents entre les deux générations. Certains sont en effet mentionnés par un groupe et pas du tout par l'autre. Dans le groupe 'mère', 3 femmes ont consulté pour la première fois dans le cadre d'un suivi de grossesse contre aucune dans le groupe 'fille'. Alors que dans le groupe 'fille', deux femmes

ont consulté pour une surveillance de routine, sans pathologie particulière, alors que ce motif n'existait pas pour le groupe 'mère'.

« *Il fallait que je fasse ma déclaration de grossesse.* » 11 (mère)

« *Alors moi la première je m'en rappelle, c'est lorsque j'étais enceinte de ma fille.* » 7 (mère)

« *Pour faire un bilan de contrôle [...] Non, juste un check-up.* » 7 (fille)

b) Discussion

La contraception reste donc le motif principal pour une première consultation de nature gynécologique. Cette demande marque la rencontre de la femme avec ce nouveau spécialiste, que ce soit un gynécologue ou une sage-femme, ou même leur médecin traitant. Dans la mesure où ce motif de consultation est le plus fréquent, quelle que soit la génération interrogée, il est important de poursuivre les mesures mises en place pour que le professionnel soit à l'écoute de la femme dans cette situation.

« La meilleure contraception est celle que l'on choisit » (35). Pour être sûr que la femme ait la possibilité de participer pleinement au choix de sa contraception et lui permette de mieux l'adopter, un modèle de consultation a été proposé : il s'agit du modèle BERGER, reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le modèle BERGER propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications et Retour. (36) Certaines études ont montré que le contexte de prescription a une influence sur l'utilisation et l'observance des méthodes. Selon une enquête menée par la société Bayer, sur une période d'un an, ce sont 80% des femmes qui vont oublier au moins une fois leur pilule (37) contre environ 40% sur une étude utilisant la méthode BERGER. (38)

Une étude de 2018 (39) a été menée sur le respect des 6 étapes de la méthode

BERCER. Sur 1398 femmes, il a été montré que le respect des 6 étapes proposées permettait la pleine satisfaction des femmes et qu'à l'inverse, lorsque qu'une ou plusieurs étapes n'étaient pas pratiquées par le professionnel, cela entraînait un mécontentement des patientes. La qualité de l'accueil est essentielle pour faciliter une confiance et une adhésion des femmes.

Nous avons retrouvé 2 consultations pour grossesse dans le groupe 'mère' contrairement au groupe 'fille' dans lequel aucune femme n'a consulté pour ce motif. Cela peut s'expliquer par un recul de l'âge de la première grossesse entre ces deux générations en France.

En 1974, l'âge d'une première grossesse était de 24 ans contre 28,5 ans en 2015. Cet âge avait déjà reculé 3,3 ans entre 1974 et 1998.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce décalage : la diffusion massive des moyens de contraception et l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse ont permis aux femmes de maîtriser le calendrier des naissances. La généralisation des études supérieures et la place croissante de la femme sur le marché du travail y contribuent également. (40)

Cette différence est reprise dans le graphique ci-dessous où l'on voit bien qu'à partir du milieu des années 70, l'âge au premier accouchement a rapidement augmenté, cette hausse se poursuivant tout au long des années 1980 et 1990. (41)

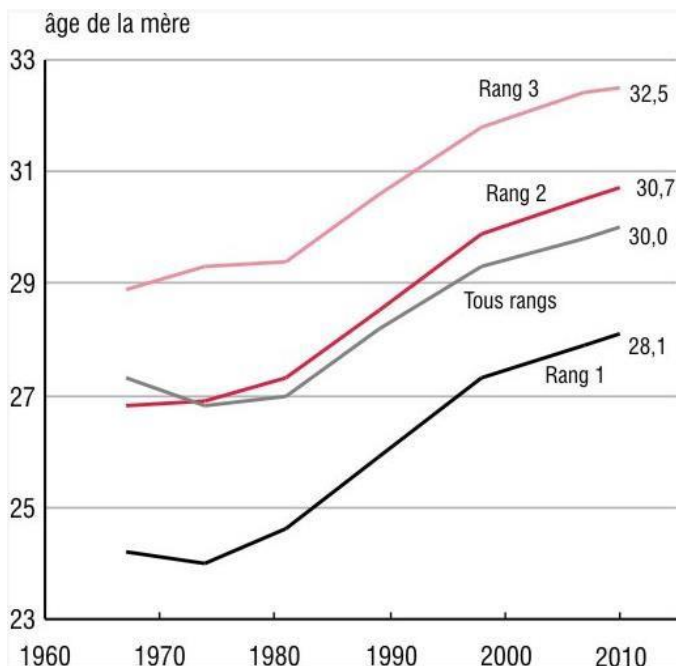


Figure 3 : Evolution de l'âge moyen à l'accouchement, par rang de naissance de l'enfant (41)

Dans le groupe 'fille' nous observons l'émergence d'un nouveau motif de consultation. Plusieurs femmes disent consulter pour un « *check-up* » ou « *pour vérifier que tout va bien* ». Les femmes du groupe 'fille' ont intégré (ou commencent à intégrer) la notion qu'un praticien peut être consulté, même en dehors de toute pathologie. Nous entrons dans le domaine de la prévention et l'apprentissage de la santé globale.

Deux extraits d'entretien illustrent ce constat :

« *Moi, pourquoi je ne vais pas chez le gynécologue si je n'en ai pas besoin ? Parce qu'on ne m'a jamais appris à aller chez le médecin si l'on n'est pas malade.* » 8 (mère)

A l'inverse, à la question « Pour la première consultation, pour quel motif aviez-vous consulté ? » une des réponses données dans le groupe 'fille' était « *Pour faire un premier bilan de contrôle.* » 7 (fille) ou encore « *C'était pour faire un vrai premier contrôle gynécologique.* ». (cf 1^{ère} consultation 18-19 ans) 8 (fille)

Une tendance semble donc se dégager. Une des préoccupations majeures des femmes dans les années 70-80 reposait sur la survenue d'une grossesse et la possibilité de choisir qu'elle ait lieu ou non. Si la contraception reste un motif de consultation important, on constate que les préoccupations évoluent, les jeunes femmes vont également consulter le gynécologue ou le médecin pour recueillir des informations ou faire un suivi de prévention et non plus uniquement pour se soigner. Ce devoir d'information, de dépistage et de communication fait désormais partie du rôle du professionnel.

Cette évolution peut s'expliquer par les campagnes de prévention et d'information menées auprès des jeunes. En effet, les guides remis aux lycéens et aux étudiants mentionnent comme indications pour une consultation : parler du corps (poser des questions sur leurs seins, leur sexe, les règles, si elles sont 'normales'), parler de la sexualité (poser des questions sur la virginité, le plaisir, les rapports sexuels), parler

des problèmes de santé (informations sur les IST) ou parler de contraception. (42)

Ceci résulte également du travail de la Haute Autorité de Santé et du personnel médical qui met en valeur une nouvelle approche de la médecine en insistant notamment sur l'importance

de la prévention et d'un suivi médical régulier. La campagne de vaccination contre le papillo- mavirus et de dépistage du cancer du col de l'utérus en est un exemple. Elle concerne en pre- mier lieu les jeunes filles de 11 à 14 ans.

Des campagnes de prévention et d'information ont été lancées dans les années 90, cette prise de conscience a été progressive dans le quotidien des femmes.

2.3Le gynécologue reste le professionnel consulté

Une de nos hypothèses annoncées était « Les professionnels consultés dans le cadre de la première consultation gynécologique ne sont plus exclusivement des gynécologues. »

Dans notre étude, nous retrouvons en premier (et presque exclusivement) le gynécologue aussi bien dans le groupe 'mère' que dans le groupe 'fille'.

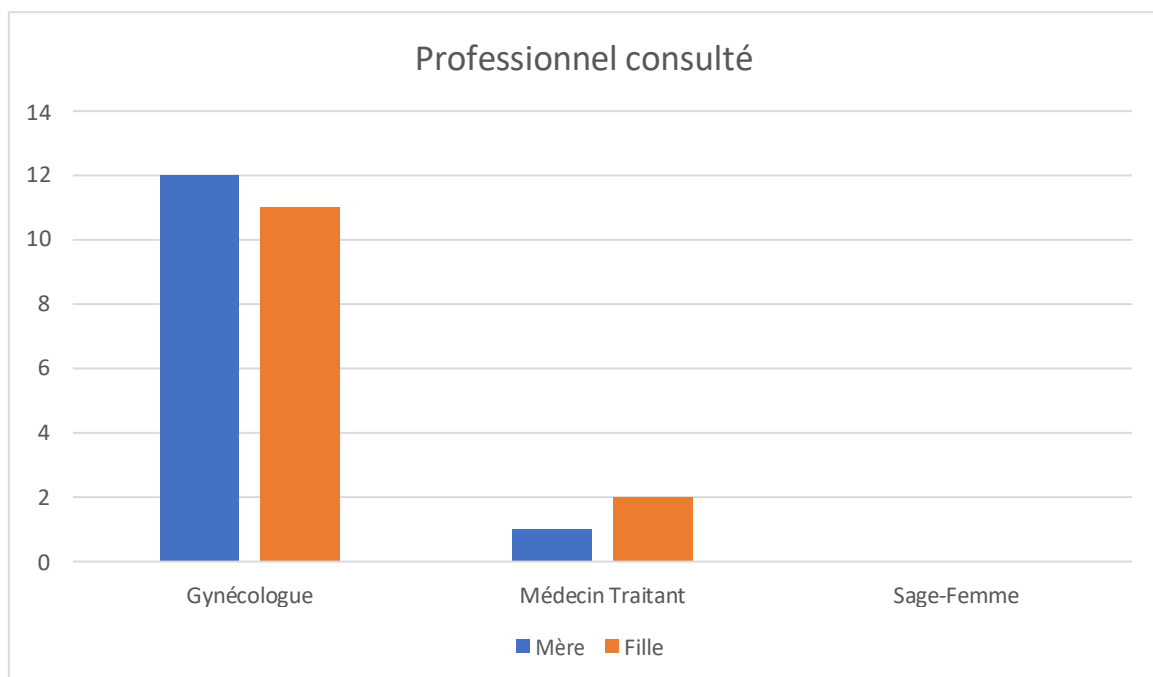


Figure 4 : Le professionnel consulté au moment de la première consultation gynécologique

12 femmes/13 dans le groupe 'mère' ont consulté un gynécologue pour une qui a consulté un médecin traitant.

11 femmes/13 dans le groupe 'fille' ont consulté un gynécologue pour deux qui ont consulté un médecin traitant.

Aucune femme n'a rencontré de sage-femme à l'occasion de cette première consultation.

Il semble donc que le gynécologue reste le professionnel de premier choix pour de nombreuses femmes. Plusieurs pensaient que ce praticien était le seul compétent pour effectuer un suivi gynécologique.

« Je pensais que c'étaient les gynécologues qui faisaient le suivi gynéco. » 4 (fille)

a) Le rôle discret des médecins traitants

Il est important de noter ici que si la première consultation dans le domaine gynécologique ne s'est pas faite avec un gynécologue, cette consultation ne peut pas être une consultation gynécologique à proprement parler.

C'est ce qu'évoquent deux patientes du groupe 'mère'.

« Quel professionnel de santé avez-vous consulté ?

-[...]

-Un gynécologue, un médecin traitant ?

-Ah non, non, non. Je trouve que chacun à son domaine, donc gynécologue. Vraiment là je te parle de la consultation gynécologique donc voilà. » 2 (mère)

« Le professionnel que vous avez consulté la première fois, il s'agissait d'un gynécologue, d'un médecin traitant, d'une sage-femme... ?

-Alors, pour l'octroi de la pilule, c'était un médecin traitant et puis, pour la première visite gynécologique, c'était forcément une femme gynécologue. » 9 (mère)

Dans le groupe 'fille', les deux femmes ayant consulté le médecin traitant considéraient ne pas avoir de réel suivi gynécologique mais voyaient pourtant régulièrement le médecin traitant pour un renouvellement de pilule.

« [...] vers quel âge a eu lieu votre première consultation gynécologique ?

-Je ne l'ai pas eu.

Mais vous avez consulté pour une contraception, c'est ça ?

-Oui, chez mon médecin traitant. » 9 (fille)

« [...] je suis retournée chez mon médecin traitant [...] et elle, elle m'avait fait un frottis. [...]

-Mais après vous avez fait votre premier frottis avec votre médecin, elle aussi peut faire votre suivi gynécologique. [...] Les médecins généralistes peuvent également faire le suivi gynécologique.

Parce qu'un médecin traitant peut faire le suivi gynécologique ? [...] C'est bon à savoir parce que je n'en savais rien du tout. » 1 (fille)

Une autre a profité d'une consultation médicale pour demander une contraception mais le rendez-vous n'était pas dédié au suivi gynécologique.

« [...] j'en avais parlé avec lui et il m'a dit qu'il n'y avait pas forcément besoin d'aller tout de suite chez le gynécologue. Il m'a dit qu'il pouvait le faire lui-même. » 9 (fille)

b) Les compétences gynécologiques des sages-femmes méconnues ou boudées.

Les raisons qui expliquent l'absence de première consultation auprès d'une sage-femme sont de deux ordres et divergent selon la génération interrogée.

La génération 'fille' a consulté le gynécologue pour leur première consultation gynécologique parce qu'elles ignoraient que d'autres professionnels pouvaient faire ce suivi.

La majorité d'entre elles ne sait pas que les sages-femmes peuvent faire le suivi gynécologique. Leurs témoignages en ce sens sont multiples.

« Mais je t'avoue, que je ne sais pas en fait ce que peut faire une sage-femme, à part suivre un

accouchement. [...] en tant que femme qui n'a pas d'enfant, je ne sais pas ce qu'elles peuvent faire d'autre. » 11 (fille)

« Faut dire qu'on ne voit pas trop de cabinet entre guillemets de sage-femme...Mais oui, j'ignorais totalement que les sages-femmes pouvaient faire le suivi. » 8 (fille)

« [...] si j'ai bien compris, la seule chose que les sages-femmes ne peuvent pas faire, c'est tout ce qui est échographie, les choses comme ça non ? » 6 (fille)

« Après, oui elles sont dans le domaine, je veux dire...en fait, ça ne me choque pas tant que ça mais je ne savais pas du tout. [...] Et c'est même rassurant pour la patiente, elle se dit que la sage-femme, elle fait tout quoi... » 10 (fille)

Pour la majorité de la population, la sage-femme reste donc le symbole de la personne qui pratique l'accouchement et la mise au monde. Cette idée est d'autant plus ancrée dans les mentalités que le peu de fois où les médias parlent des sages-femmes ce n'est qu'à travers des reportages sur l'accouchement en centre hospitalier.

En revanche chez les mères, 6 femmes savaient que les sages-femmes faisaient ce suivi. Mais le fait de ne pas avoir consulté une sage-femme était pour la plupart volontaire :

« Le gynécologue est un médecin, la sage-femme, même si tu as un début d'études de médecine, tu n'es pas médecin à la fin. Et c'est ce qui fait la différence pour moi malgré tout. » 3 (mère)

« J'ai la notion mais je ne pense pas à aller directement voir une sage-femme. » 12 (mère)

« Après, c'est plutôt ma façon de voir les choses, la sage-femme reste sur la partie grossesse mais c'est l'image qu'on a de toute façon. Je ne dis pas que vous n'êtes pas compétente pour le faire, au contraire mais voilà, je pense que ce n'est pas encore dans les mœurs. » 5 (mère)

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette méconnaissance du rôle de la sage-femme

ou cette réticence à les consulter pour le suivi gynécologique.

Pour amener les sages-femmes à se faire connaître par la population générale, le gouvernement a diffusé plusieurs spots d'information. En juin 2016, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé lance une campagne d'informations intitulée « Au moins 6 bonnes raisons de

consulter une sage-femme ». (43) Pour ceci, des affiches et dépliants ont été remis dans des plannings familiaux, des centres de planification et d'éducation familiale, des maternités, des centres de protection maternelle et infantile...c'est-à-dire des lieux où les sages-femmes exercent et où vraisemblablement, les femmes ont déjà rencontré une sage-femme. Aucun spot télévisé ou radiographique n'a été diffusé. Il n'a donc probablement pas touché les femmes qui ne connaissaient pas les différentes compétences de la profession.

Cette vision restrictive du métier de sage-femme s'explique également par la difficulté qu'ont les sages-femmes dans leur ensemble à dévoiler toutes les palettes de leur métier : de la pu- berté à la ménopause.

Le manque de visibilité de cette profession a été plusieurs fois souligné par les corps qui les représentent.

L'exercice libéral de la profession de sage-femme ne semble pas être connu.

« *Elles ont des cabinets où il faut aller à l'hôpital ?* » 1 (fille)

« *Pour les sages-femmes comment ça se passe ? Elles ont leur propre cabinet ?* » 1 (mère)

« *Ça se fait à l'hôpital, à la clinique ?* » 3 (fille)

« *[...] mais ce sont des sages-femmes en indépendantes ? Enfin, à leur compte ?* » 13 (fille)

Selon la DRESS, on dénombre 22 812 sages-femmes exerçant en France au 1^{er} janvier 2018, avec une majorité en hospitalier (62%) et 20 % en exercice libéral soit 4 446 en France métro- politaine. Pour les gynécologues, ils sont 1 717 gynécologues médicaux (dont 557 en mixte) et 1 830 gynécologues-obstétriciens à travailler exclusivement en libéral (dont 1 170 en mixte). (44)(45) Au maximum, on comprend que les gynécologues, toutes spécialités confondues, sont environ 5 200 à avoir un cabinet en ville. Ils sont donc en supériorité par rapport aux sages-femmes, et plus facilement identifiables comme consultables en ville.

Le statut des sages-femmes dans la société va de pair avec la place des femmes.

A la lecture de ces chiffres on peut se demander si ce manque de reconnaissance du métier de sage-femme n'est pas tout simplement le reflet de la place accordée aux femmes par notre société (un métier de femme pour des femmes).

Le statut des sages-femmes dans la société va de pair avec la place des femmes.

Jusqu'au XVI siècle, les sages-femmes ne connaissaient pas d'encadrement à leur pratique, les accoucheuses avaient une totale autonomie auprès de leurs parturientes et étaient considérées comme « L'égal des chirurgiens ». Le statut de la sage-femme était bien supérieur à celui d'aujourd'hui. Au XVIII et XIXème siècle, les médecins font leur entrée en salle de naissance et le statut de la sage-femme s'en voit dégradé. (46)(47) Aujourd'hui, le manque de reconnaissance des sages-femmes est une revendication que l'on retrouve à chaque manifestation (46)

« nous sommes des femmes, nous aidons des femmes et notre société patriarcale a l'habitude de considérer que c'est une vocation, pas un métier. Nous sommes considérées comme des petites mains » Sylvie Bonnefont, cadre sage-femme au centre hospitalier de Vichy, « Ce que nous vivons est un résumé de la situation des femmes dans notre pays. » (48)

Par ailleurs, selon un sondage IFOP réalisé par le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes en 2017 (49) : parmi 1064 femmes interrogées 54% d'entre elles savent que les sages-femmes peuvent faire le suivi gynécologique contre 49% en 2009. Cette compétence commence à se faire remarquer, même si 8 ans après l'ouverture des compétences, cela reste insuffisant.

Les sages-femmes peuvent faire le suivi gynécologique des femmes en bonne santé depuis 2009. Pour les sages-femmes diplômées avant cette réforme, il leur est possible de se former via un diplôme universitaire « suivi gynécologique de prévention, sexualité et régulation des naissances ». (4)

Ce qui peut limiter la connaissance générale de nos compétences est également la pratique même de cette dite compétence.

Les sages-femmes sont disposées à faire ce suivi mais cela ne signifie pas que toutes les sages-femmes libérales ou même hospitalières assurent ce suivi. Les pratiques des

sages-femmes libérales restent fortement axées sur le suivi prénatal et post-natal. En 2014, seulement 1% des actes côtés concernait le suivi gynécologique, 43% pour la préparation à la naissance et les consultations de suivi de grossesse, 46% pour la rééducation du périnée et 6% pour le suivi PRADO. (50)

Les sages-femmes qui pratiquent 'souvent' le suivi gynécologique sont la plupart du temps des sages-femmes plus jeunes, c'est-à-dire âgée de 30 ans ou moins, avec une installation récente dans le secteur libéral.

Dans notre étude, nous remarquons enfin que lorsque les femmes savent que les sages-femmes sont habilitées à les suivre dans le cadre de la gynécologie, c'est grâce à l'information donnée par un proche après une grossesse. Il s'agit donc d'une rencontre avec des sages-femmes directement et non d'un renseignement relayé par les médias ou par l'entourage.

« [...] je l'ai appris parce que j'ai une collègue qui était enceinte et qui a accouché, et qui m'a expliqué que oui, elle était suivie gynécologiquement par sa sage-femme qui était venue chez elle. » 10 (mère)

« [...] j'ai une copine qui a eu un bébé donc qui était suivie par la sage-femme pendant toute sa grossesse et qui continue, et c'est elle qui nous a conseillé [...]. » 6 (fille)

Dès sa création, il a été mis en avant que le système PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile) allait permettre aux femmes de rencontrer des sages-femmes libérales une fois de retour à la maison et ainsi, découvrir toutes les facettes du métier de sage-femme.

(51) Contrairement à ce que pouvaient espérer les sages-femmes, différentes études (52) (53)

(54) ne montrent pas de réels changements dans les pratiques des femmes, qui après avoir consulté une sage-femme en post-natale n'ont pas renoué avec une sage-femme pour leur grossesse suivante ou pour le suivi gynécologique.

Il est à noter que, pour les peu de personnes ayant eu contact avec une sage-femme, le ressenti est toujours positif :

« J'ai deux copines qui sont allées voir des sages-femmes et qui sont hyper contentes. [...] c'est vrai que quand elles en parlent, on a l'impression qu'elles sont plus dans l'empathie. » 6 (fille)

Une meilleure visibilité de la profession apporterait davantage de reconnaissance et de confiance envers celle-ci.

Le gynécologue reste donc le professionnel consulté très majoritairement. Cela va à l'encontre de ce que nous pensions en débutant cette étude, notre hypothèse étant que les professionnels consultés n'étaient pas exclusivement des gynécologues.

Cependant, il est important de nuancer nos résultats : nous avons interrogées sur la 1^{ère} consultation, il est possible que les femmes aient consulté d'autres professionnels par la suite. Une femme du groupe 'fille' fait désormais son suivi de contraception chez son médecin traitant. Il serait intéressant de voir si dans 5 ans, d'autres femmes de l'échantillon consulteront toujours un gynécologue ou se seront tournées vers un autre professionnel de santé.

2.4 Des changements dans les modalités de recherche du praticien

A la question « Comment avez-vous choisi ce professionnel ? », nous avons obtenu beaucoup de réponses de type « Le gynécologue de ma mère » ou « C'est ma mère qui me l'a conseillé ».

Dans le groupe 'fille', ce fut le cas de 6 femmes sur 13.

2 ont choisi sur les conseils d'une copine et 4 ont fait des recherches personnelles.

Dans le groupe 'mère' nous retrouvons 4 choix effectués selon les conseils de la mère, 4 choix selon les conseils d'une amie ou d'un membre de la famille (sœur, belle-sœur), 2 professionnels non choisis spécifiquement car rendez-vous à l'hôpital et 1 recherche personnelle par les pages jaunes.

	Conseils mère	Conseils copines	Recherche perso	D'office
Mère	4	4	1	2

Fille	6	2	4	0
-------	---	---	---	---

Tableau 2: Les différentes méthodes employées pour trouver le professionnel de santé

Nous semblons donc assister à un changement dans les modalités de recherche du professionnel. Dans le groupe 'fille' les recherches personnelles sont plus nombreuses et aucune ne s'est vue « imposer » un praticien. Beaucoup d'entre elles ont effectué une recherche personnelle afin de trouver le praticien qui leur convenait.

La génération la plus jeune a sans doute plus de choix dans les différents professionnels à consulter car plus de moyens de réaliser ses propres recherches : site de prise de rendez-vous en ligne, réseaux sociaux, forum de discussion.

Malgré ces recherches plus personnelles, 6 femmes du groupe 'fille' ont consulté le même professionnel que leur mère contre 4 dans le groupe 'mère'.

Contrairement à ce qu'il ressort de la littérature (55) qui démontre que l'influence des pairs semble l'emporter sur l'influence des parents, et que notre société est de plus en plus structurée horizontalement (au sein d'une même génération) et non verticalement (des ascendants aux descendants) ; notre échantillon 'fille' semble être influencé aussi bien verticalement qu'horizontalement. Ces dernières demandent encore conseils à leur mère dans près de la moitié des cas.

Une hypothèse peut être avancée pour expliquer ce résultat.

Cela pourrait être considéré comme une amélioration du dialogue intergénérationnel. Ce qui a pu être vrai pour notre groupe 'mère' faisant partie de cette génération en quête d'émancipation par rapport à l'autorité parentale, cela l'est moins pour le groupe 'fille' qui se confie plus facilement.

Dans les années 60-70, une révolution sexuelle s'opère (56) : une demande de liberté des mœurs voit le jour. Elle est menée par une jeunesse jusqu'alors entravée par une sexualité maritale. Cette libération a été contemporaine d'un accès facilité à la pilule contraceptive. La génération 'mère' a connu des slogans tels « Faites

l'amour pas la guerre » « Jouissons sans entrave ». Ce n'était plus la situation maritale qui construisait le couple et autorisait la sexualité mais la sexualité qui faisait exister le couple.

Il existait donc une réelle divergence de mœurs et de points de vue entre les femmes de la génération 'mère' que nous avons interrogée et leurs propres parents. Le dialogue sur la

sexualité était alors tabou. Nous le constaterons également dans la partie suivante de notre étude.

Aussi, ces jeunes femmes des années 70 n'ont probablement pas pu aborder avec leurs parents ces questions sur la sexualité et les ont davantage abordées avec leurs enfants. Le discours est devenu plus ouvert ; elles concevaient l'existence d'une sexualité hors mariage et assuraient un accompagnement pour le bien être de leur fille, l'arrivée en France du VIH dans les années 80 ayant certainement accentué cette tendance. (56)

Dans le choix du professionnel, nous avons également demandé si les femmes attachaient une importance au sexe du professionnel qu'elles choisissaient. Les résultats étaient semblables : 5 hommes et 8 femmes pour la génération 'mère' et 5 hommes et 8 femmes pour la génération 'fille'. Cependant, dans le discours de la génération 'fille' le choix d'avoir une professionnelle femme était davantage mis en avant.

« Parce que tu as une relation intime avec ton gynéco et du coup...mais je préférerais que ce soit une femme, [...] parler à une femme, je trouvais ça plus simple. » 13 (fille)

« J'aimerais bien que ce soit une femme. Enfin, je ne pense pas que ce sera 'J'aimerais bien' mais ce sera un critère. » 2 (fille)

Les femmes interrogées ont donc consulté majoritairement des gynécologues dans le cadre de leur première consultation gynécologique. Notre hypothèse 3, « Les professionnels de santé consultés ne sont plus exclusivement des gynécologues. » est alors invalidée.

Même si la contraception est restée le premier motif de consultation gynécologique, nous avons vu de nouveaux motifs apparaître et au contraire, d'autres disparaître.

L'hypothèse 4

« Les raisons qui conduisent les femmes à consulter se sont diversifiées » peut être admise.

3. Le déroulement de la consultation

Avant de décrire le déroulement de la première consultation et d'analyser les différences entre les deux générations, il est important de rappeler l'existence du biais de mémorisation, surtout pour les femmes du groupe 'mère' qui disent avoir eu beaucoup d'autres consultations par la suite, il a donc été difficile pour certaines de savoir quel examen correspondait au premier rendez-vous. Nous avons donc voulu nous concentrer sur leurs ressentis, 30 ans après.

Le fait de parler de cette consultation a pu faire remonter des souvenirs au fur et à mesure de l'entretien. *« Je t'ai dit ce que je ressentais pourtant c'est vieux. D'en parler je me revoyais dans le cabinet, c'est rigolo. »* 5 (mère)

La mémoire est sélective, nous nous souvenons seulement de ce qui a été significatif pour nous. Positifs ou négatifs, les souvenirs façonnent en partie notre conduite future. (57)

« Oui, je pense que quand on va voir un spécialiste comme ça, je pense que c'est quelque chose qui te marque quand même, et je te dis, c'est quelque chose qui s'est bien passée donc voilà. Tu vas me parler du dentiste, je vais te dire que j'y suis allée à 3 ans, ça s'est très mal passé, maintenant je fais une crise d'angoisse avant d'aller chez le dentiste. Alors que là, non pas du tout, quand je vais chez le gynéco, j'y vais facilement » 10 (mère)

« Je n'ai pas de mauvais souvenir mais oui, que j'ai eu le 'Ecartez les jambes', je m'en souviens. » 6 (mère)

« Voilà, j'arrive très bien à voir l'endroit où c'était, la clinique, le bureau, et machin. Après, te dire exactement comment ça s'est passé, je ne m'en souviens plus trop. » 3 (mère)

Ce biais de mémorisation a aussi pu être retrouvé chez des femmes du groupe 'fille'.

« [...] c'est vrai que ce n'est pas évident de se souvenir...je n'ai pas non plus de souvenirs, en tout cas, de chocs. » 6 (fille)

« Enfin, je n'ai pas vraiment de souvenir en particulier mais je sais que ça s'était bien passé. »
3 (fille)

Dans l'ensemble, les femmes arrivaient tout de même à se rappeler de la consultation mais pas forcément de tous les détails. Cette notion sera à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

Nous avons choisi d'analyser la suite de nos résultats en séparant ce qui appartient au '*cure*' de ce qui appartient au '*care*'. Ces concepts ne peuvent pas être facilement traduits, sans leur retirer leurs valeurs anthropologiques, temporelles et sociales. Ces notions sont apparues aux Etats-Unis au début des années 1980. (58)

La définition lexicale du *care* signifie le souci ou l'inquiétude mais également le soin et l'attention. Le sens premier de ce terme renvoie au registre des émotions et des affects.

Madelaine Leninger, infirmière américaine, théorise la notion de *caring*, qui se traduit par un *care* en acte, soit une prise en charge marquée par une attention positive. Cette notion a beaucoup été développée dans les sciences infirmières en Angleterre. On y ajoute une dimension personnelle. (59)(60)

Le *cure* se définit par l'ensemble des soins médicaux, principalement d'ordre technique, destinés à traiter des maladies ou des lésions en vue de leur guérison. (61)

Le *cure* va signifier soigner et guérir alors que le *care* va se rapprocher du prendre soin. Ce sont deux notions nécessaires et complémentaires.

3.1 Etude du 'care'

Le premier effet produit par un soignant sur un patient passe toujours par l'accueil et la présentation.

a) L'accueil

Les femmes ont compris l'importance de la relation entre le professionnel de santé et les patientes et ce, surtout dans le suivi gynécologique, qui reste un domaine très intime. Cet aspect fondamental du suivi a été souligné, quelle que soit la génération.

« C'est quand même un moment hyper intime donc il faut bien sentir la personne, il faut qu'il y ait une accroche quelque part. » 5 (mère)

« Moi, je pense que c'est avec le feeling et le bon sens de la personne. Parce que si ça ne marche pas, après tu continues, que ça soit pour les consultations annuelles ou les grossesses futures, si tu ne t'entends pas bien avec ton gynéco, ou ta gynéco, peut être que c'est dur à vivre. » 13 (fille)

« Mais c'est important de bien choisir l'accompagnement. » 8 (mère)

Pour ce qui est de l'accueil, nous ne retrouvons pas de consensus. Il y a des avis positifs comme négatifs chez le groupe 'mère' et chez le groupe 'fille'.

Concernant la population 'fille', 2 femmes ont eu un vécu négatif et ont choisi de changer de professionnel par la suite.

« Je pense que j'aurais changé quand même. En espérant avoir, peut-être quelqu'un de plus empathique. » 1 (fille)

« J'en chercherais un autre tant pis. » 8 (fille)

6 femmes ont reçu un bon accueil, avec un professionnel « rassurant », qui « mettait à l'aise ». 2 femmes ont eu un vécu qu'elles qualifient de « normal ».

Et 3 femmes ont rencontré une professionnelle de premier abord « sèche » mais avec une bonne entente par la suite.

« Elle s'est déridée je trouve au fil de l'entretien mais même au fil des consultations, je trouve qu'elle est plus aimable ou tu vois...Au premier abord ce n'était pas...bon c'était une femme donc elle était professionnelle. Heureusement que j'avais quelqu'un avec moi. [...] parce qu'au premier abord elle faisait un peu froide mais après ça s'est bien passé. » 13 (fille)

« C'est vrai que je pense à la première gynéco [...] c'était une personne assez sèche tu vois, au premier abord et puis en fait, c'est après que je me suis rendue compte qu'elle était assez ouverte quand il y avait des choses un petit plus compliqué à gérer tu vois...Elle changeait un peu, elle était rassurante. » 6 (fille)

Nous voyons que la relation professionnel-femme n'est pas évidente. Le praticien va

lui aussi devoir s'adapter aux attentes singulières des patientes.

Concernant la population du groupe 'mère' ; 3 femmes ont eu un premier vécu négatif.

« L'accueil, c'était froid. Très froid. [...] c'était franchement désagréable à l'époque. On ne te caressait pas dans le sens du poil hein, c'était tout juste si tu n'étais pas un morceau de viande et puis voilà, hein. [...] Maintenant c'est quand même un peu plus humain. » 11 (mère)

6 femmes ont signalé un bon vécu avec un professionnel qui « mettait à l'aise », « très douce ». 4 femmes disent avoir eu un accueil qu'elles qualifient de « normal ».

« Ah oui, donc ça s'était plutôt bien passé si vous l'avez gardé aussi longtemps ?

-Oui et non, enfin oui ce n'était pas le mec le plus causant au monde mais bon. Après il était délicat on va dire, donc ça m'a convenu aussi. » 3 (mère)

« Vous l'aviez trouvé comment dans ses gestes ? [...] respectueux ?

-Professionnel... toujours professionnel on va dire. » 2 (mère)

Pour certaines, une relation de confiance a pu s'installer.

« Elle était quand même sympa, tu sais, elle essayait de parler un petit peu, elle se renseignait sur moi...ce n'était pas froid. » 11 (fille)

« Ce n'était pas froid du tout. On avait parlé de ma relation et tout. C'était simple, il me mettait à l'aise. » 12 (fille)

Il est intéressant de mentionner que les femmes du groupe 'mère' ont été témoins directs des évolutions dans la relation professionnel-patiente au niveau sociétal.

« Ah bah jusque dans les années 80-90 ouais... moi je trouvais qu'ils étaient professionnels certes mais froids. Vous voyez le truc professionnel comme il faut 'Bonjour madame' 'Au revoir, madame'. Mais pas le truc qui fait qu'on a envie de se confier à eux. On sait qu'on a besoin d'eux pour notre santé, mais franchement, le gynécologue j'y allais quand j'étais obligée. » 8 (mère)

« Ça a évolué et heureusement pour eux, parce qu'on ne peut pas avoir une confiance absolue quand on ne ressent pas le respect. Franchement, quand un médecin me parle mal, je n'ai pas envie de l'écouter et de prendre son traitement. » 8 (mère)

La psychologie médicale est un champ de la psychologie qui s'intéresse à la relation soignant- soigné, c'est à dire à toutes interactions entre ces deux personnes. Elle va permettre une approche médicale globale de l'individu en intégrant les composants biologiques, psychologiques et inter-sociaux. (62)

Depuis la naissance de la médecine occidentale avec Hippocrate, la relation médecin-malade est au cœur de la prise en charge. A cette époque, deux médecines sont exercées simultanément : une médecine centrée sur la maladie intrinsèque et une médecine plus globale qui considère que la maladie provient d'un déséquilibre dans la personnalité du patient. Avec l'évolution des progrès scientifiques, la médecine s'est plus concentrée sur le "lésionnel" que sur l'émotionnel, parfois au détriment du patient dans sa globalité.

Depuis une dizaine d'années, nous relevons de plus en plus de plaintes ou de témoignages sur la relation soignant-soigné. Avec l'ampleur qu'a pris internet dans notre société, et principalement Doctolib, il est désormais possible de prendre rendez-vous directement en ligne puis de laisser des commentaires sur le profil du professionnel. Les générations actuelles ont recours régulièrement à cet outil et vont s'y référer pour choisir leurs professionnels. L'influence des commentaires et des critiques retrouvées dans les médias ont pu pousser les instances du monde médical à initier les médecins dès leur formation à la psychologie médicale et à l'importance du contact humain.

Parallèlement, on assiste à un développement progressif du cadre légal de cette relation soignant-soigné : Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients.

Aujourd'hui l'apprentissage de la psychologie médicale est inscrit dans les arrêtés ministériels relatifs au deuxième cycle d'études médicales. (63) Dès la première année des études de médecine (anciennement appelé PACES), une unité d'enseignement aborde les thèmes de Santé, Société et Humanité.

Dans le deuxième cycle de formation, des unités d'enseignement évoquent aussi ce sujet, comme l'UE1 dans laquelle on peut retrouver comme objectif : « L'étudiant doit

comprendre les déterminants d'une relation efficace entre chacun des membres de l'équipe soignante et le malade et s'adapter aux différentes situations. Il doit savoir prendre en compte l'expression du patient et communiquer pour justifier chaque étape de sa démarche (dimensions préventive, diagnostique, thérapeutique, pronostique, palliative) en s'appuyant sur les

données selon leur niveau de preuves. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, respecte la déontologie et les droits des malades ».

Dans ces cours sont abordés, entre autres : (62)

- l'intersubjectivité dans la relation médecin-malade
- les mécanismes psychologiques mis en jeu dans la relation médecin-malade (investissement, transfert, projection)
- les interactions psychologiques et somatiques
- le retentissement psychologique des pathologies
- les interactions médecin-patient-famille

Cependant, malgré les progrès faits dans ce domaine par l'enseignement théorique, nous restons face à une inégalité dans cette formation selon les lieux et les unités de soin, pour l'enseignement pratique.

b) Le consentement

La notion de consentement est née d'une demande de la population générale pour un partage d'informations sur leur santé et d'un recueil de leur volonté. Cette notion a été énoncée dès 1942 mais il a fallu attendre 2002 et la loi « Kouchner » pour qu'elle soit inscrite dans la loi et reconnue comme un droit fondamental. (64)

Le consentement doit être recueilli avant tout acte médical ou avant la mise en place d'un traitement. L'examen clinique fait partie des actes médicaux et de ce fait, il est important d'obtenir le consentement avant d'examiner une femme.

La définition que les patientes de notre étude retiennent du consentement semble

'flou', qu'il s'agisse du groupe 'fille' ou du groupe 'mère'. Lorsque nous demandions si le consentement avait été demandé avant les gestes cliniques, les réponses étaient « *Oui, il expliquait ce qu'il allait faire.* » « *Elle me demandait quoi faire.* » ou encore « *Il a toujours été respectueux.* »

Mais la formulation « Puis-je vous examiner ? » où le consentement est réellement demandé n'a jamais été mentionné.

Pour les femmes interrogées, il semble que si le professionnel était respectueux, expliquait le déroulement de la séance, et qu'il n'examinait pas sans avertir, la notion du consentement était respectée.

« Pendant l'auscultation, il a toujours été respectueux, il vous demandait le consentement avant de faire des gestes ?

-Oui. Il explique toujours avant ce qu'il va faire. » 3 (fille)

« Elle me demandait quoi faire, donc au début elle a commencé par palper ma poitrine, du coup elle m'expliquait avant ce qu'elle allait faire puis elle l'a fait. » 4 (fille)

« Elle vous demandait le consentement avant de vous examiner ?

-Oui, oui elle m'avait expliqué mais moi je n'avais rien compris, du coup je me suis dit 'Bon bah j'écarte les jambes et on verra bien ce qu'elle me fait'. » 10 (fille)

Dans notre groupe 'fille', une femme ne s'est pas vue demander le consentement.

« Non, en y repensant non. Parce que je pense que dans sa logique, c'est vrai qu'elle devrait demander un accord, mais si tu viens la voir c'est que...en même temps. [...] Oui mais là, pour te dire c'était une femme pas jeune, elle doit être plus proche des 60 que des 50. C'est la génération de nos parents. » 13 (fille)

Une autre femme ne se souvient plus si le consentement a été demandé mais garde un mauvais vécu de sa consultation.

« Au niveau de cet examen, elle vous demandait le consentement à chaque fois ?

-Euh... [...] elle n'était pas non plus en mode 'tout va bien se passer ne vous inquiétez pas gnagnagna'. Elle était en mode 'voilà mettez-vous là'. » 1 (fille)

Dans le groupe 'mère', nous retrouvons la même problématique, on nous répondait également sur l'explication des gestes et non précisément sur le recueil du consentement.

3 femmes nous ont dit ne pas avoir reçu d'explications avant les gestes techniques.

« *Il n'expliquait pas avant.* » 2 (mère)

« *On ne vous explique pas avant.* » 8 (mère)

« On ne te caressait pas dans le sens du poil, c'était tout juste si tu n'étais pas un morceau de viande et puis voilà. » 11 (mère)

Les 10 autres femmes ont obtenu des informations avant l'examen.

« Elle était toujours respectueuse ? Elle vous demandait le consentement à chaque fois ?

-Ah oui oui tout à fait. Elle faisait bien son travail, je pense que oui. Pas de soucis. » 4 (mère)

« Je me souviens qu'elle avait été très gentille, elle avait bien expliqué etc. [...] » 10 (mère)

« Elle vous demandait le consentement avant les gestes ?

-Oui, oui. De ce côté-là je n'ai jamais eu de problème, de mise en cause ou je ne sais pas quoi, non. » 1 (mère)

La notion de consentement à laquelle nous sommes attaché n'est que très récente dans l'histoire du milieu médical. Très longtemps, le seul modèle retrouvé était celui du paternalisme. En effet, Gerald Dworkin (65), professeur de philosophie morale, politique et juridique, définit le paternalisme comme « une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte ». Cette notion était inscrite dans le code de déontologie médicale de 1947. (66)

Dans une approche plus moderne, le paternalisme a été considéré comme une atteinte de l'autonomie de la personne critiquant l'idée selon laquelle le médecin est la personne la plus compétente pour prendre soin du patient, ce dernier se devant de croire en son médecin et de lui accorder toute confiance.

Aussi, face à cette pratique du paternalisme, l'information éclairée a été considérée comme utopique.

L'information claire, loyale et appropriée ainsi que le recueil du consentement ont été l'une des étapes visant à se détacher du comportement paternaliste. Il correspond au déplacement de la norme de décision, le point de vue du patient est recherché, et c'est lui qui prendra les décisions sur sa santé, une fois toutes les informations

transmises par le médecin.

Dans le code de déontologie de 1995, apparaît la notion de droit du patient : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés,

le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ». L'énonciation de ce droit marque les changements sociaux et politiques réclamés par la population. (65)

La notion de consentement est étroitement liée à la notion d'information.

c) L'information

Comme nous venons de le voir, le partage d'informations va de pair avec la demande de consentement.

« Ce n'était pas le genre à être pédagogue donc non. Il était gentil quand même, mais pas très causant, tu as beaucoup de médecin comme ça. Parce qu'ils ont trop de monde, mais les gens ont aussi besoin de parler. Mais si tu ne leur poses pas de question tu n'as pas de réponse en fait. » 3 (mère)

« Elle expliquait les choses ?

-Non pas trop. Parce qu'elle essaye de mettre à l'aise ses patientes en discutant. Donc elle changeait de sujet ou autre, pour que ce soit un moment un peu agréable. » 13 (fille)

Le côté pédagogue est apprécié et recherché pour certaines femmes : *« Oui, si j'ai une question il me répond et comme tu dis, très pédagogue, c'est pour ça que je l'aime bien. » 7 (fille)*

« Je n'avais pas peur de sa réaction, j'avais osé lui poser la question. » 6 (fille)

« Je me souviens qu'elle avait été très gentille, elle avait bien expliqué etc., elle m'avait beaucoup rassuré, beaucoup rassuré ma mère, non, non, ça s'était très bien passé. » 10 (mère)

*L'information au sujet de la contraception

Lorsque les consultations portaient sur la contraception, nous demandions si les

différentes méthodes avaient été expliquées ou non, et si la femme avait participé au choix. Car comme nous l'avons vu précédemment : « La meilleure contraception est celle que l'on choisit. » Pour une contraception efficace et adoptée, il faut non seulement faire participer la femme mais

lui laisser le choix, une fois toutes les informations partagées. Les résultats sont comparables dans les deux groupes.

« On va dire que je connaissais un peu les bases de ce qui existait et le gynéco a dû me le rappeler.

Tu as participé au choix ?

-Oui, un peu. » 3 (fille)

« Après quand j'ai demandé ma première pilule, je n'y connaissais rien donc c'était assez de manière pédagogique. » 7 (fille)

« Elle m'avait montré deux ou trois plaquettes [...] oui elle m'avait quand même expliqué les autres méthodes. » 5 (fille)

« Même sur la pilule elle-même, il n'y avait pas tant de choix, moi je ne connaissais pas trop les autres alternatives à part préservatifs. » 1 (mère)

En effet, rappelons que les dispositifs intra-utérins (DIU) peuvent être proposés aux femmes nullipares depuis 2004.

Dans les recommandations de l'HAS de 2016 (67), il est précisé que les DIU doivent être proposés à toutes femmes dès lors qu'il n'y a pas de contre-indication à la pose (risques infectieux, risque de grossesse extra-utérine entre autres). L'OMS considère que les avantages du DIU l'emportent sur les risques théoriques. (68)(69)

Il reste cependant difficile de trouver des professionnels acceptant de poser des DIU sur des nullipares. Le témoignage d'une des participantes à notre étude va dans ce sens.

« Je réfléchis aussi à poser un stérilet et ma gynéco...elle est ok mais bon, je sens que ça ne lui fait pas plaisir non plus. » 6 (fille)

L'enquête Fecond mené par l'Inserm en 2013, confirme cela. Le DIU commence à peine à être utilisé (5%) chez les femmes entre 20 et 24 ans, et en pourcentage infime chez les 18-19 ans (0,8%). (70)

Le schéma classique de la contraception 'Préservatif puis pilule en début de relation et

stérilet après une grossesse' reste majoritairement appliqué.

« *Non, je ne pense pas qu'elle m'avait laissé choisir.* » 6 (fille)

« [...] je n'avais pas choisi dès le début parce que je ne m'y connaissais pas et elle m'avait dit qu'au début il valait mieux commencer avec celle-là. » 9 (fille)

Ceci est également ancré dans les mentalités des femmes. Lorsque nous demandions le motif de la consultation, beaucoup de femmes nous ont dit consulter « pour une pilule ».

« Pour, bah...pour la pilule. » 10 (mère)

« Pour avoir la pilule. » 10 (fille)

« C'était pour commencer à prendre la pilule. » 3 (fille)

*Informations au sujet des cancers

Globalement, les informations sur les préventions des cancers et le suivi gynécologique ont été principalement retrouvées dans les consultations de la génération 'fille'.

7 femmes se rappellent avoir eu une discussion sur la prévention des cancers gynécologiques. 3 femmes disent ne pas avoir eu cette information.

« C'est plus ma maman qui m'en avait parlé. » 7 (fille) ; 3 ne se souviennent pas « Alors si on

m'en a parlé, je n'ai pas écouté. » 8 (fille)

2 femmes ont eu des informations sur le vaccin contre le papillomavirus.

« Elle m'en avait parlé et si, elle m'avait conseillé de faire le vaccin. » 11 (fille)

« Il m'avait parlé des piqûres pour le papillomavirus. » 12 (fille)

Dans le groupe 'mère', 3 femmes seulement disent avoir reçu des informations. 6 n'ont pas eu d'informations.

« Et vous vous souvenez si pendant votre consultation on vous avait parlé des préventions des cancers ? Les frottis ou les choses comme ça ?

-Non, non, non. » 12 (mère)

« Il vous avait expliqué le déroulement du suivi gynécologique ? Avec les dépistages des cancers du sein et du col avec le frottis justement.

-Non, pas du tout. Ce n'était pas le genre à être pédagogue donc non. » 3 (mère)

« Je ne crois pas qu'elle m'ait parlé de ça, je dirais que c'était beaucoup plus tard qu'on m'en a-parlé, mais je ne me rappelle pas de la première fois, non. » 10 (mère).

4 femmes ne se souviennent pas si le sujet a été abordé.

La prévention n'était pas la priorité dans les années 70-80. Cependant, le dépistage du cancer du col de l'utérus, par le biais du frottis, a été initié dès les années 1930 après la découverte du gynécologue Georgios Papanikolaou sur l'examen cytologique cervical des cellules précancéreuses. (71)

Nous avons pu remarquer que pour certaines, cette notion de dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis n'était pas évidente. Elles connaissent le frottis, elles en ont toutes déjà réalisé un dans le groupe 'mère', mais cela ne veut pas dire qu'elles savent à quoi celui-ci est utile.

« Les frottis, je pense que c'est plus lié avec les rapports...je ne sais plus. » 5 (mère)

« Et au niveau de tout ce qui est prévention des cancers, c'est quelque chose dont elle t'avait parlé ?

-Je ne pense pas.

Tu as déjà fait les frottis par la suite ?

-Ah oui, oui. Mais je crois que ça, on l'a fait dès le départ. » 13 (mère)

« Est-ce qu'elle t'avait expliqué un petit peu les préventions pour les cancers ? Cancer du col de l'utérus ?

-Euh...il ne me semble pas.

Après, vous n'êtes pas encore dans la tranche d'âge mais avez-vous déjà eu des frottis ?

-Oui, si j'en ai déjà eu 2. Deux depuis 3ans. Du coup, je crois que, je crois que c'était la barre des 20 ou des 21 ?» 13 (fille)

Nous retrouvons cette même notion dans une étude menée en 2004 en Bourgogne. (72)

Lors- que l'on parle de cancer du col de l'utérus, les femmes âgées de 30-45 ans ne peuvent indiquer que la localisation sans autres informations supplémentaires. Il en

est ressorti que le lien frot- tis-cancer du col de l'utérus n'était pas établi pour tout le monde.

Quant au cancer du sein, il est retenu comme une préoccupation importante, elles peuvent nous parler des modalités de dépistage et également de la notion d'hérédité relevée pour ce type de cancer. Mais le cancer du col et son dépistage n'est pas ancré dans les mentalités.

« Les mammographies j'en ai fait assez tôt parce que je suis dans une famille, malheureusement, de cancer du sein. Les mammo, à partir de 30ans et j'en ai fait tous les 2 ans. Et depuis 40ans, j'en fait tous les ans. » 5 (mère)

3.2 Etude du 'cure'

La consultation de gynécologie suit généralement le schéma d'un interrogatoire médical suivi d'un examen clinique.

Nous avons choisi de réduire l'examen gynécologique à l'examen vaginal (toucher vaginal et/ou pose de speculum) et l'examen mammaire. En ce qui concerne la prise de tension artérielle ou la prise de poids, nous avons pensé qu'il allait être difficile pour les femmes de se rappeler de ce fait. Les résultats n'auraient pas pu être étudiés chez toutes les femmes.

Dans le groupe 'mère', les 13 femmes disent avoir eu un examen gynécologique à la première consultation.

« Je connaissais un petit peu donc je savais ce qui était fait. S'il y avait quelque chose qui sortait des 'clous' on va dire, j'aurais pu dire quelque chose. C'était bien, surtout jeune comme ça. » 4 (mère)

« Il y a eu un examen clinique [...] avec spéculum, oui. » 4 (mère)

« C'était un examen classique, c'est vrai que quand c'est la première fois t'es toujours un peu crispée, mais ça s'était très bien passé, c'était un petit examen [...] c'était un toucher vaginal [...] puis au niveau des seins aussi. » 5 (mère)

« Au début elle m'a posé des questions [...] et puis après il y a eu une consultation dans le cabinet à côté, elle m'avait ausculté, voir un peu, comment ça se passait quoi. » 10 (mère)

« Et j'ai eu un examen clinique, spéculum [...] elle m'a tâté les seins. En fait, elle m'a fait la totale. » 12 (mère)

5 femmes se rappellent avoir eu un examen avec spéculum.

Il a été difficile pour ces femmes de se rappeler si un examen avec spéculum avait eu lieu à la première consultation ou pour les suivantes. « *Spéculum ? Je ne me souviens pas d'avoir connu ça très très tôt.* » 1 (mère)

« *Non je ne pense pas, c'était un toucher vaginal... Peut-être que ça se mélange dans ma tête mais peut être que la première fois, est-ce que j'avais eu une consultation complète ? Je dirais quand même oui, puis au niveau des seins aussi, une palpation mais non je ne pense pas pour le spéculum, il n'y avait pas eu de frottis la première fois donc non.* » 5 (mère)

Dans le groupe 'fille', seules 9 femmes disent avoir eu un examen gynécologique à la première consultation dont 2 ne citant qu'un examen mammaire.

« *Elle m'avait montré deux/trois plaquettes et palpé les seins et c'est tout.* » 5 (fille)

2 d'entre elles se rappellent avoir eu un examen avec spéculum dans le groupe 'fille'.

« *Elle m'avait posé des petites questions de routine, elle m'avait ausculté...voilà, c'était vraiment une première consultation classique quoi. J'avais eu une échographie pelvienne et puis l'examen classique avec le spéculum.* » 8 (fille)

4 femmes n'ont pas eu d'examen clinique.

« *Moi je lui avais dit que je me palpais et tout, donc il n'y avait pas besoin qu'il le fasse.* » 12 (fille)

« *Ça je savais que de toute façon il n'y a pas pour le premier rendez-vous.* » 9 (fille)

L'examen gynécologique est considéré par la quasi-totalité des patientes interrogées comme un passage obligé lors de la consultation gynécologique. Lorsqu'il n'est pas fait, certaines y voient un manque de professionnalisme du praticien.

« *[...] j'allais voir des gynécos mais ils ne m'auscultaient pas, rien du tout, ils me prescrivaient comme ça, la pilule sans savoir...donc je me suis dit 'Celui-là, je ne vais pas y retourner'.* » 6 (mère)

« *Parce que je ne me vois pas trop y aller et qu'elle ne me pose que des questions. Je pense qu'elle a quand même dû examiner pour voir si tout était en place, oui.* » 6 (mère)

Il est à noter qu'avoir eu un examen clinique à la première consultation n'a pas forcément

engendré un mauvais vécu chez les femmes mais nous pouvons dire que c'est bien l'attitude du professionnel qui va faire que cette première consultation sera bien ressentie ou non.

« *C'est quand même un moment hyper intime donc il faut bien sentir la personne. Il faut qu'il y ait une accroche quelque part.* » 5 (mère)

L'examen gynécologique est désormais moins systématique au moment de la première consultation gynécologique : 13 femmes dans le groupe 'mère' contre 9 femmes dans le groupe 'fille'.

Ce résultat correspond aux recommandations actuelles de la HAS ainsi que de l'American College of Physicians (ACP) pour qui l'examen gynécologique ne doit pas être systématique mais pratiqué si besoin (dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 25 ans ou symptôme ou antécédent le justifiant). (73). L'ACP a mené une revue de la littérature incluant 52 études en langue anglaise, pour en conclure que l'examen pelvien à la recherche d'affections asymptomatiques ne devait pas être fait systématiquement en dehors d'une grossesse. L'examen gynécologique systématique apporterait plus d'inconvénients aux femmes (peur, gêne, anxiété, douleur et inconfort) mais aussi un nombre non négligeable de surdiagnostic et surtraitement. (74)

Si les recommandations ne sont pas totalement respectées, cela peut être dû à une demande des femmes d'être examinées.

« *Pour la première consultation, vous aviez consulté pour quel motif ?*

-Alors, pour faire un premier bilan de contrôle et puis aussi parce que j'avais eu ma première fois, et pour demander aussi un frottis du coup. » 7 (fille)

Notre hypothèse 1 « Le déroulé de la 1^{ère} consultation gynécologique a évolué, il ne comprend plus d'examen clinique systématique et fait place à une part plus large à la prévention de la santé » est partiellement validée. Nous avons pu voir que la

place accordée à la prévention est devenue plus importante dans la consultation des femmes du groupe 'fille' mais que l'examen clinique, reste encore largement pratiqué dès la première consultation.

Si la question de la satisfaction n'était pas mentionnée dans notre question de recherche, il nous a semblé important d'évoquer dans cette partie les témoignages que les femmes nous ont confié concernant le souvenir, positif ou négatif, qu'elles gardent de cette consultation.

3.3 Satisfaction

A la question « Quel souvenir gardez-vous de cette consultation ? » ; les réponses s'échelonnent de la façon suivante :

Dans le groupe 'fille'

: 2 « *super bien passé* »

», 10 « *bien passé* »,

1 « *ça ne s'est pas forcément mal passé mais elle ne m'a pas fait une giga impression.* » 1 (fille)

Dans le groupe 'mère'

: 2 « *très bien passé* »,

5 « *bien passé* »,

3 « *ça ne m'a pas choqué* »,

1 « *je n'en garde pas un mauvais souvenir* » 3 (mère),

2 « *mauvais souvenir* ».

On peut constater que dans le groupe 'fille', il n'y a pas de « très mauvais vécu » contrairement au groupe 'mère'. Globalement les femmes du groupe 'fille' sont

globalement plus satisfaites de leur première consultation que les femmes du groupe 'mère', qui elles, se positionnent plus dans le « ça ne m'a pas choqué » sans exprimer un vécu satisfaisant. Les émotions mises en jeu ne sont pas aussi fortes.

Certaines femmes insatisfaites ont employé un vocabulaire fort pour décrire ce qu'elles avaient ressenti à l'occasion d'une consultation gynécologique.

3 femmes nous ont clairement dit avoir été traumatisées. Pour une seule femme, cela a eu lieu pendant sa première consultation gynécologique. Des biopsies devaient être réalisées lors de l'examen au sujet duquel elle témoigne.

*« [...] Parce que moi j'ai des amies, 2 amies, qui ont eu le même souci que moi, et c'est ce qu'il y a de pire au niveau gynécologique qui puisse arriver à une femme. Je sais que je rentre, je suis en panique totale quand je vais chez un gynéco depuis ces problèmes-là. J'en suis, que s'il fallait que je le refasse, je ne sais pas si je ne me laisserais pas plutôt crever que de repasser les examens. J'en suis là. Y a eu un **traumatisme** quand même, oui oui. » 9 (mère)*

Deux autres évoquent spontanément cette notion de traumatisme, même si les événements se sont passés lors de consultations ultérieures.

*« Moi j'étais choquée aussi : on ne vous explique pas pourquoi on va vous mettre les jambes dans les étriers, par exemple. Ça fait que moi, pour mes deux autres accouchements j'ai demandé qu'on ne me mette pas les jambes là-dedans parce que j'étais **traumatisée**. » 8 (mère)*

*« Mais maintenant, je n'ai juste plus envie d'aller chez un gynécologue alors que ma première visite s'était hyper bien passée tu vois. Ça fait du coup 2 fois que mon médecin me dit de prendre rendez-vous, deux fois que je suis **traumatisée** à l'idée d'aller voir un gynécologue à l'idée que ça se repasse. » 2 (fille)*

Ces témoignages nous conduisent à nous interroger sur la notion de violences gynécologiques et obstétricales. Le rapport du Haut Conseil à l'égalité des femmes et des hommes du 29 juin 2018 (75) redéfinit ces violences en tant que violences sexistes, qui se manifestent par des gestes, des propos, des pratiques et des comportements exercés par les professionnels de santé (femmes et hommes).

Dans ce rapport, est considéré comme acte sexiste :

- la non-prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation
- les propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids qui renvoient à des in- jonctions sexistes
- les injures sexistes
- les actes (intervention médicale, prescription) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la femme
- les actes ou refus d'acte non justifiés médicalement
- les violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol

L'examen gynécologique comprenant un toucher vaginal ou l'utilisation d'un spéculum est un acte invasif ; pratiqué avec contrainte ou violence, cet acte peut être considéré comme un viol. Le conseil national de l'Ordre des Médecins confirme cette interprétation.

Ces actes d'examen sont courants dans ce domaine car comme l'estime la HCE, une femme va avoir environ 50 consultations gynécologiques et obstétricales dans sa vie. (75)

Il est difficile de chiffrer ce phénomène de violences gynécologiques. Dans les études, la plu- part des violences retrouvées sont des épisiotomies réalisées sans consentement. Par ailleurs, 3,4% des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins en 2016 concernent des agressions sexuelles et des viols commis par des médecins (75). Dans notre étude, nous avons 3 témoignages sur 26 qui correspondent à la notion de violences gynécologiques. Cela représente 11,5% environ. Notre échantillon semble en accord avec les chiffres retrouvés dans la population générale.

Pour ces femmes, ces violences ont des conséquences sur leur suivi gynécologique futur. Dans nos 3 témoignages, 2 des femmes énoncent clairement leur réticence à

consulter de nouveau un professionnel de santé dans ce domaine. Cette altération de la confiance peut concerner l'ensemble du corps médical.

Ces femmes peuvent échapper aux politiques de dépistages organisés, ce qui revient à mettre leur santé en danger. (76)

Plusieurs associations existent pour aider ces femmes à dénoncer les violences mais aussi à se reconstruire par la suite comme l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes ou le Collectif InterAssociatif autour de la Naissance.

Anne Evrard, co-présidente du CIANE témoigne : « Beaucoup de femmes que nous accompagnons n'ont plus du tout de suivi médical au long court car cela réactive le traumatisme. Je pense à une jeune femme qui a accouché il y a 4 ans et qui n'a vu aucun médecin depuis, elle n'a plus aucun suivi gynécologique et ne va même plus voir le dentiste. » (75)

4. Le rôle du lien mère-fille

4.1 Initiative de cette consultation

Nous avons demandé aux femmes de qui venait l'initiative de ce rendez-vous.

Dans le groupe 'mère', 10 femmes ont répondu que la consultation était à leur initiative et 3 que la consultation avait été initiée par leur mère.

« Il me semble que c'est elle (cf sa mère) qui m'a glissé « Faudrait peut-être... », parce que de moi-même, je crois que je n'y allais pas. » 1 (mère)

« Ce sont mes parents, qui sont venus me voir et qui m'ont dit 'Bon bah maintenant tu as un âge où on ne sait jamais, il faut aller voir le gynéco'. » 6 (mère)

Dans le groupe 'fille', 7 consultations venaient d'une initiative personnelle et 6 avaient été initiées par leur mère.

« [...] c'était moi qui lui avais demandé, je lui avais dit que j'avais un copain [...] » 10 (fille)

« [...] Enfin je pense que c'est ma mère hein, qui avait réfléchi, je ne pense pas que ça venait de moi. » 6 (fille)

« C'est elle qui m'a proposé, en fait [...] c'était pour commencer à prendre la pilule. » 3 (fille)

L'implication des mères peut prendre des formes différentes.

Elles peuvent jouer un rôle simplement dans le choix du professionnel. On va notamment re- trouver cette notion dans le choix du sexe du professionnel.

*« Comme j'ai dit à ***, pour le gynécologue, prends une femme au début, tu seras toujours plus à l'aise. » 8 (mère)*

« Elle m'a toujours conseillé de prendre un homme en tant que gynécologue, justement parce qu'elle, elle a eu les deux, comme quoi les hommes seraient plus doux que les femmes. Du coup, je la crois sur parole. » 9 (fille)

Le simple fait d'effectuer des recherches ensemble (littérature, avis sur internet, émissions télé), prouve l'existence de l'accompagnement de la mère auprès de sa fille. Il porte sur le choix du professionnel afin de trouver la personne qui conviendra le mieux à l'adolescente.

Les résultats nous montrent donc qu'il y a davantage de femmes qui ont sollicité leur mère dans le groupe 'fille'.

Cette différence vient confirmer l'idée avancée dans la partie précédente. Pour la génération 'fille', le dialogue avec la mère semble plus ouvert. Ce n'est pas parce que l'initiative venait de leur mère que cela signifiait qu'elles étaient 'contrôlées' ou moins libres. Le changement de mœurs fait que les filles d'aujourd'hui parlent sans doute plus souvent de gynécologie avec leur mère et plus facilement.

De ce fait, lorsque l'on a demandé si leur mère était au courant de la consultation, 10 ont répondu 'Non' dans la génération mère, contre 1 dans la génération fille.

Les mères parlent peut-être davantage avec leurs filles de la gynécologie et de la sexualité car elles peuvent avoir elles-mêmes souffert de ce manque de communication.

« Moi j'aurais préféré que ma mère m'explique, parce que tu sais, quand tu parles avec tes copines ce n'est pas pareil... » 2 (mère)

« Vu que c'était un sujet tabou avec mes parents, enfin avec ma mère, c'est quelque chose que je ne voulais pas reproduire. » 10 (mère)

D'ailleurs, ce terme tabou est utilisé à plusieurs reprises par les femmes du groupe 'mère'.

Est tabou tout ce qui entoure la consultation gynécologique : les premières menstruations (qui marquent le passage à la puberté et la notion de reproduction), les premiers rapports sexuels, la première contraception.

« Les premières règles [...] je n'en ai jamais parlé avec ma maman. Nous, on n'a jamais su les règles de notre maman...c'était caché, c'était tabou. » 7 (mère)

« Non, et puis ce ne sont pas des sujets qu'on aborde. Tu vois, je n'ai même pas parlé de règles avec ma maman [...] A l'époque, c'était avec les copines. » 2 (mère)

En effet, l'apparition de menstruations évoque la fertilité, la reproduction et donc la sexualité. Ce phénomène biologique a longtemps fait l'objet de croyances et de non-dits. La parole s'est libérée au cours du XXème siècle mais ce n'est qu'à partir du XXIème qu'on accorde une importance particulière à la psychologie dans l'éducation parentale et qu'il est conseillé de préparer ses enfants aux transformations liées à la puberté. (77) De nos jours cette notion fait partie intégrante de l'éducation des enfants au sein du domaine scolaire.

« [...] quand j'en avais parlé aux filles, disant 'voilà les règles comment ça se passe' et tout, elles m'ont dit 'on sait, on a vu ça à l'école', alors que moi je ne le voyais pas à l'école, pas vraiment, en tout cas un peu plus tard. Alors qu'elles, elles le voyaient déjà dès le cm2. » 3 (mère)

Dans le groupe 'fille', cette notion de tabou n'existait pas.

« On n'a pas trop de sujet tabou avec ma mère. » 6 (fille)

« Je n'ai aucun tabou entre ma mère et ma sœur, donc les deux. Si j'ai des questions, il n'y a pas de soucis, je peux demander à l'une ou à l'autre. J'ai cette chance. » 7 (fille)

« Il n'y a jamais vraiment trop eu de tabou, dans la famille. » 8 (fille)

Il y a donc bien une différence entre générations dans le dialogue mère-fille, marquée par davantage de confiance.

Une deuxième raison peut expliquer cette différence de communication mère-fille entre les deux générations.

La génération 'fille', consultant majoritairement plus tôt que les femmes de la génération 'mère', soit entre 16 et 18 ans, a peut-être davantage besoin du soutien logistique des parents : besoin de la carte vitale des parents, règlement de la consultation si une avance de frais est demandée, être amenée au cabinet du professionnel si celui-ci se trouve éloigné du domicile.

Il faut noter qu'il est possible de donner une pilule à une mineure sans l'accord parental, et si elle souhaite garder le secret, il est désormais possible d'anonymiser les relevés de remboursement de l'Assurance Maladie, qui prend en charge à 100% le parcours contraceptif des mineures.

On peut donc penser que si les femmes voulaient vraiment cacher la consultation à leurs parents, cela aurait été possible. Ce n'est donc probablement pas seulement pour le côté pratique qu'un dialogue s'est instauré entre génération mais également parce qu'elles étaient dans un environnement de confiance. (67)(78)

4.2 Rôle des mères dans l'appréhension de la première consultation gynécologique de sa fille

A travers nos entretiens, nous avons essayé de voir si le dialogue mère-fille permet un meilleur ressenti de cette première consultation. Les femmes nous ont souvent confié bien plus sur la relation mère-fille au moment de l'adolescence que concernant leur simple accompagnement lors de la première consultation gynécologique.

Les jeunes femmes appréhendent plusieurs aspects de la première consultation gynécologique, l'examen clinique bien sûr mais aussi une consultation médicale inédite avec un praticien encore inconnu, une approche plus intime de leur corps

qu'elles commencent tout juste à découvrir.

Nous avons constaté une grande différence entre les témoignages du groupe 'mère' et ceux du groupe 'fille'.

a) La transmission intergénérationnelle du côté du groupe 'mère'

Au sein du groupe 'mère', 11 femmes n'ont pas évoqué la première consultation avec leur mère.

« Avec ma maman on n'abordait pas ce sujet-là [...], à l'époque c'était avec les copines. » 2 (mère)

« Nous, on ne parlait pas de ces choses-là [...], on cachait un peu beaucoup de chose [...]. Je n'en veux pas à mes parents, à l'époque on ne parlait pas de ça. » 4 (mère)

« C'était plus avec mes sœurs, je n'en ai jamais parlé avec ma maman [...], c'était caché, c'était tabou à l'époque, c'était très discret. » 7 (mère)

« Une très mauvaise relation en ce qui concerne tout ça. » 8 (mère)

« Non, à l'époque c'était très tabou [...]. Même si la parole s'est libérée, moi, je trouve que sur ce sujet-là, la relation mère-fille est quand même très distante. » 9 (mère)

« Je ne sais pas si c'était tabou mais ce n'étaient peut-être pas des habitudes à en discuter. » 13 (mère)

Par ailleurs, nous retrouvons dans le groupe 'mère' des expressions que nous ne trouvons pas dans le groupe 'fille' : « j'étais morte de trouille. » 11 (mère).

Pour le groupe 'mère', les femmes ayant eu une discussion avec leur mère sur le sujet de la gynécologie sont les plus jeunes de notre échantillon, ayant respectivement 47 et 50 ans.

« Non, non sans tabou. Même quand j'étais petite, elle m'avait montré les bouquins et tout ça (rit). Donc, non pas de tabou du tout. » 3 (mère)

« [...] ma maman m'avait beaucoup parlé de tout ça. » 5 (mère)

« [...] franchement bien, on en avait tellement parlé avec ma maman [...] J'en ai un très bon

souvenir. C'est peut-être pour ça que moi, j'ai aussi fait la même chose, j'étais heureuse pour
**** elle t'expliquera. » 5 (mère)*

Si la femme n'a pas cette liberté de discussion avec sa mère, elle va chercher un autre membre de la famille ou une amie pour en parler, ce qui montre le besoin de parler et de partager à ce sujet.

En effet, durant l'adolescence, la jeune fille est partagée entre le besoin d'une plus grande autonomie et la crainte de ne plus être protégée par ses parents. Dans cette recherche d'identité, le soutien familial est important. Il faut pouvoir montrer aux jeunes filles qu'elles ne sont pas seules tout en leur accordant une part d'indépendance, en les laissant faire leurs propres expériences. Ce discours bienveillant sera mieux perçu par la jeune femme s'il vient d'une personne du même sexe. Il peut s'agir d'une grande sœur, d'une tante, d'une grand-mère.

« Je suis sûre et certaine que le rôle, pas forcément de la mère, mais de **la famille**, c'est important pour ça. » 8 (fille)

« C'était avec **les copines**. » 2 (mère)

« C'était avec **une de mes sœurs**. » 4 (mère)

« C'était plus avec **mes sœurs**, parce que j'avais des sœurs aînées. » 7 (mère)

« Donc plus avec **ma grand-mère** qu'avec ma mère. Ceci dit, le respect des générations m'empêchait de lui poser des questions, un peu plus, technique on va dire. Ce qui faisait qu'au fur et à mesure des années, j'ai pu parler des problèmes gynécologiques qu'on peut avoir en tant que femme. C'est avec elle que j'en parlais et pas avec ma mère. » 8 (mère)

« Mais bon, je me suis plus débrouillée toute seule qu'en parler avec ma mère. Puis, il y avait **mes tantes** aussi, il y avait mes tantes qui étaient là et qui elles, étaient plus ouvertes, donc c'était plus facile d'en discuter. C'était plus simple d'en parler à mes tantes, que d'en parler à ma mère. » 10 (mère)

« J'ai découvert moi-même avec **les copines**. » 11 (mère)

La psychologue Maryse Vaillant fournit des explications sur la relation mère-fille d'avant les années 70. Avoir une fille était considérée comme une malédiction ; « Une mère léguait à sa fille la maternité comme seul destin. En mettant au monde une fille, la mère transmettait le poison : la crainte du viol, la maternité obligatoire, le

risque de mort en couches... A partir du moment où les femmes ont réalisé qu'elles pouvaient transmettre la parité, l'égalité, avoir une fille a commencé à être perçu comme quelque chose de positif." (79)

Le silence des mères auprès de leurs filles dans ce domaine peut se justifier par le poids des cultures antérieures, c'est-à-dire la reproduction du schéma d'éducation reçue. Les mères semblent plus satisfaites de leurs relations avec leur fille, que celles qu'elles avaient leur propre mère. (80)

Cette période de puberté chez l'adolescence peut également engendrer des conflits mère-fille car l'adolescente face à cette première figure féminine, tente de s'y comparer tout en essayant de s'en différencier (80). Cet aspect conflictuel était certainement plus marqué entre les femmes du groupe 'mère' et leur propre mère en raison des différences sociétales et idéologiques très marquées dans les années 70.

Les femmes du groupe 'mère' ont souvent complété leur témoignage en abordant leur responsabilité de transmission auprès de leur fille. Cela s'accompagne d'un regret concernant leur propre adolescence. Beaucoup n'ont pas bénéficié du soutien parental qu'elles attendaient.

« Mais bon, comme moi je n'ai pas eu l'expérience de ma maman, pour mes filles, j'ai voulu leur dire tout ce qui se passait. » 7 (mère)

« J'aurais préféré que ma mère m'explique. » 2 (mère)

« Je pense que c'est le rôle de la maman de prévenir sa fille de ce qui lui arrive. [...] Mais l'importance c'est une confiance, pour moi il est très important, la confiance » 8 (mère)

« Moi j'ai fait attention à tout ce qui m'a choqué quand j'étais enfant, et plus jeune, et jeune femme, dans ma relation avec ma mère, parce que je trouve que justement, que c'est la maman qui doit dire certaines choses et ne pas porter jugement [...]. » 8 (mère)

« Vu que c'était un sujet tabou avec mes parents, enfin avec ma mère, c'est quelque chose que je ne voulais pas reproduire. » 10 (mère)

Celles qui ont choisi de ne pas évoquer la consultation gynécologique ou les sujets liés à l'intimité sexuelle l'ont fait sciemment, non parce qu'elles pensaient le

sujet tabou mais parce qu'elles savaient que ces questions seraient abordées en d'autres occasions et que l'information parviendrait à leur fille d'une autre manière. Les dynamiques familiales sont effectivement différentes d'un couple mère-fille à l'autre. Certaines sentent qu'il y a besoin d'aborder le sujet de la puberté, de la gynécologie ou de la sexualité avec leur fille, et d'autres

femmes vont considérer qu'à notre époque, les jeunes ont accès à toutes les informations dont ils ont besoin, et de ce fait, qu'il n'est pas nécessaire d'en parler.

« Je pense qu'elle devait en parler avec ses copines, plus qu'avec moi. [...] je pense que si elle n'avait pas d'autres questions à me poser, c'est que...entre les copines tout était bien. [...] je ne me vois pas lui expliquer ce qu'on va lui faire...non. En tout cas, je ne m'en rappelle pas. »

6 (mère)

« [...] je ne crois pas avoir fait avec ma fille, parce que j'ai estimé qu'elle était assez grande et qu'elle était assez informée en tout cas et qu'elle savait ce qu'elle avait à faire, enfin je crois... [...] Moi je pense que, enfin peut être à tords, mais pour moi elle était suffisamment informée de ce qu'il fallait faire donc. » 1 (mère)

b) La transmission intergénérationnelle du côté groupe 'fille'

Du côté de la génération 'fille', 4 femmes ne parlaient pas de gynécologie avec leur mère.

« Non, pas spécialement. Après, elle me disait vraiment que si j'avais besoin elle pouvait m'em-mener, il n'y avait pas de problème et tout, mais on n'en a jamais vraiment parlé ensemble quoi. » 11 (fille)

Pour 9 femmes, il s'agissait d'un sujet abordé, et souvent pendant l'enfance.

« Depuis toute petite elle m'en parlait [...], elle m'avait préparé un petit peu à tout ça. » 10 (fille)

« Elle m'avait expliqué comment ça allait se passer, donc du coup j'étais confiante. » 5 (fille)

« Depuis toute petite, [...], enfin j'ai toujours été éduquée par rapport à ça, elle m'expliquait comment ça se passait. [...] Donc depuis petite je n'avais pas de raison d'avoir peur. » 2 (fille)

« Elle m'en a parlé [...], j'y suis allée sans appréhension [...], justement, ça permet de calmer notre côté enfant en nous disant ce qu'il se passe et tu sais qu'en face de toi c'est un médecin. » 8 (fille)

« Elle m'avait tout expliqué, du coup je n'avais pas d'appréhension [...], je pense que, oui, ça m'a aidé. » 13 (fille)

« Elle m'avait tout expliqué, du coup je n'avais pas d'appréhension. Elle m'avait dit que justement, le plus souvent pendant la première consultation gynécologique, il ne t'auscultait pas forcément. » 12 (fille)

« [...] si j'appréhendais la consultation parce que voilà, tu ne sais pas trop comment ça va se passer la première fois. J'appréhendais ça, le fait de me retrouver sur la table et voilà, c'est toujours un peu gênant. Mais sinon, vis-à-vis d'aller avec ma maman, pas du tout au contraire, j'étais hyper heureuse. » 5 (mère)

Sur le fait de parler de la consultation avec sa mère « Ca m'a vraiment rassuré. » 2 (fille)
nous a-t-on dit.

Ou alors « Elle m'a guidé. » 3 (fille),

« [...] du coup, j'étais confiante. » 5 (fille)

« J'étais rassurée. » 7 (fille)

« J'y suis allée sans appréhension. » 8 (fille)

« Ça m'a vraiment permis d'être totalement en confiance. » 10 (fille)

Le fait de parler avec une personne de confiance de ses angoisses ou de ses appréhensions, va leur permettre d'envisager la consultation sereinement.

La transmission intergénérationnelle va se manifester par le récit d'anecdotes, d'histoires vécues par la mère ou alors par des recommandations transmises de mère en fille.

« Elle me racontait un peu comment ça se passait en général. » 6 (fille)

« Mais là-dessus elle m'en parlait, je lui disais mon expérience [...] C'est comme pour le frottis, je lui ai expliqué, j'ai dit 'bon ce n'est pas agréable, il va te mettre un spéculum' je lui ai dit. 'Ne t'inquiète pas c'est ça qu'il va te mettre, pour un frottis'. » 7 (mère)

« Elle m'avait raconté un petit peu. Notamment sur le frottis, parce que c'est vrai que quand tu ne connais pas tu es un peu surprise quand on t'enfoncé le sternum (rit) donc elle m'avait expliqué ce genre de petit détail dont tu ne te rends pas forcément compte au début. [...] Donc, ça elle m'avait déjà expliqué donc je m'en doutais, je savais. » 7 (fille)

Il ressort généralement que les discours venant des ascendants résonnent plus fortement. Les femmes ont l'impression de découvrir ou de redécouvrir leurs aînées, autant, la mère, qui avant la puberté de sa fille, ne parlait pas de ses expériences et de sa relation avec sa propre

mère que l'adolescente qui redécouvre que sa mère a aussi été une adolescente, et a dû vivre les mêmes expériences.

Les informations données aux 'filles' par les 'mères' mettent souvent en avant l'aspect négatif de la consultation : douleur possible à la pose du speculum, gêne ressentie lors de l'examen. Nous avons pu établir un parallèle avec étude menée par Julie Delanoe (81) dans laquelle les mères et les grands-mères partagent le plus souvent les vécus négatifs de leur accouchement. Mais cela ne veut pas dire qu'une histoire négative va apporter des réactions négatives chez la femme qui les entend.

Dans l'un ou l'autre des groupes interrogés, certaines phrases sont revenues très souvent pour illustrer le dialogue mère-fille à propos de la première consultation de gynécologie. Il s'agit notamment des phrases suivantes : *"On n'en parlait pas."* *"C'était tabou."* ou au contraire *"J'étais confiante."* *"J'étais rassurée."* *"Elle m'avait tout expliqué."*

Nous avons étiqueté ces témoignages en les rassemblant sous 4 catégories :

- tabou = pas d'explication donnée, sujet impossible à aborder
- explication = des explications ont été fournies et ont été utiles
- rassurée = la présence maternelle avant ou pendant la consultation a rassuré la fille
- confiance = le dialogue instauré a permis une réelle relation de confiance.

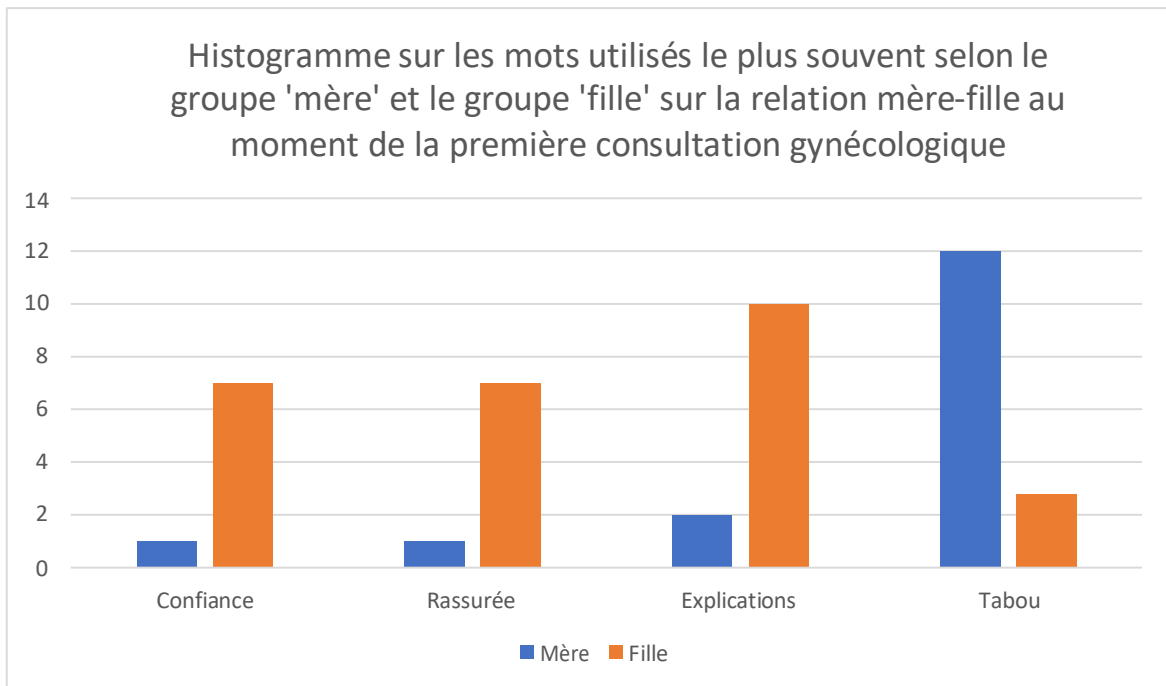


Figure 5 : Mots utilisés le plus souvent selon le groupe 'mère' et le groupe 'fille' sur la relation mère-fille au moment de la première consultation gynécologique

Nous avons ensuite réalisé deux nuages de mots comparant le nombre de citation de ces mots dans les deux populations.

Côté 'fille'



Côté 'mère'



Figure 6 : Nuage de mots sur la relation mère-fille du côté des filles

Figure 7 : Nuage de mots sur la relation mère-fille du côté des mères

La tendance semble donc inversée entre la première et la deuxième génération.

Nous pouvons enfin noter que l'importance de l'accompagnement familial ne concerne pas uniquement les femmes ayant consulté durant la puberté. Elle a aussi été constatée chez les jeunes femmes ayant consulté entre 20 et 22 ans, soit longtemps après la puberté. L'âge de la première consultation n'est pas déterminant, c'est la notion de transmission et de partage entre mère-fille qui va donner confiance à la jeune femme pour son premier rendez-vous.

Notre étude semble montrer que, dans le domaine de la gynécologie, où elle a très peu d'expérience, l'adolescente malgré son besoin d'autonomie, est rassurée d'obtenir des réponses auprès de sa mère.

Un psychanalyste suisse Eugène Bleuler introduit le concept d'ambivalence autour de la dynamique intergénérationnelle entre dépendance et autonomie, similarité et différence, intimité et distance. (80).

L'ambivalence est un fait réel chez l'adolescente qui tout en désirant garder une distance en découvrant intimement son nouveau corps de femme, a besoin d'une intimité avec sa mère pour aborder ces questions. (82)

Discuter de ce sujet est perçu comme une marque de confiance aussi bien pour la mère que pour la fille si l'intimité de la jeune fille est respectée. Plusieurs verbatim vont dans ce sens.

*« La parole s'est libérée mais il ne faut pas rentrer dans l'intimité. Moi, je vois ***, elle me rembarre dès qu'on aborde un sujet un petit peu trop personnel, c'est sa vie, ce n'est pas la mienne. [...] donc je respecte son jardin secret comme je dis [...]. » 9 (mère)*

Il n'est donc pas question de renier le clivage générationnel. Dans plusieurs écrits de psychanalyses, il a été relevé qu'on peut avoir une mère complice avec laquelle on se sent à l'aise pour parler de tous les sujets, sans voir en elle une 'copine'. Aussi cette distance générationnelle, aussi fine soit elle, va permettre à la jeune fille d'atteindre une maturité. (83)

Nous pouvons donc valider notre hypothèse 2. « La transmission intergénérationnelle a un impact positif sur la satisfaction de la première consultation. »

La mère a un rôle à jouer dans l'appréhension de la première consultation gynécologique en préparant sa fille au gré de ses transformations pubertaires, dans l'anticipation et

l'explication. Ce dialogue ne peut suffire au ressenti positif de cette consultation car cela dépendra également du vécu de l'adolescente face au professionnel.

5. Critiques de l'étude

5.1 Points forts

5.1.1 Un sujet d'actualité

La relation mère-fille est un sujet qui fait débat et qui intéresse plusieurs domaines (sociologue, psychologue) mais c'est un sujet qui a très peu été étudié dans le milieu médical à proprement parler. Il existe quelques sujets de mémoire sur la relation mère-fille lorsqu'une femme est enceinte mais il n'a pas été étudié l'importance du rôle de la mère dans ce suivi gynécologique.

Peu d'études s'intéressent au choix des femmes quant au professionnel à qui elles s'adressent pour leur suivi gynécologique. Le gynécologue étant toujours le

professionnel consulté en premier lieu, il était intéressant de se questionner sur la raison de ce fait.

5.1.2 La méthode utilisée

Les témoignages recueillis étaient plus riches et plus intimes grâce aux entretiens semi-directifs, permettant d'avoir le ressenti des femmes, sans tabou et sans appréhension. Il a été plus facile pour ces femmes de se sentir en confiance et de nous livrer leurs expériences.

Malgré le fait que chaque femme a une expérience différente de sa consultation, la taille de l'échantillon (composé de 13 couples) nous a permis d'atteindre un effet de saturation sur les résultats principaux.

5.1.3 Un point de prévention

Cette étude nous a aussi permis de faire de la prévention avec des rappels des recommandations pour les dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein.

Elle nous a permis de mettre en avant le métier de sage-femme et ainsi, de proposer aux femmes un autre recours dans le milieu médical. En effet la majorité des femmes ne connaissaient pas les différentes compétences d'une sage-femme.

5.2 Points faibles

5.2.1 Notre étude

Il existe, comme dans toute étude, des biais que nous avons tenté de minimiser.

Notre étude porte sur des faits passés. Pour certaines femmes, cette première consultation remontait à plus de 35 ans, de nombreuses consultations ont été effectuées par la suite, certains faits ont pu être oubliés ou mélangés malgré des demandes de précisions pendant les entretiens.

Nous avons donc travaillé sur le souvenir plutôt que sur la réalité objective, nous nous sommes concentrées sur leur ressenti et sur ce qu'elles ont retenu de cette première consultation.

De ce fait, certains entretiens ont des durées plus courtes que d'autres puisque certaines femmes avaient du mal à se rappeler le déroulement de leur première consultation.

5.2.2 Notre population

Notre population se composait de 13 couples mère-fille. Les femmes ont principalement été recrutées par connaissances (plus ou moins éloignées) et par effet boule de neige. Elles appartiennent pour la plupart au même milieu social.

De plus, l'analyse des données ne peut être considérée comme représentative au vu du nombre d'entretiens.

Nous pensons qu'il aurait été intéressant de demander l'âge du praticien au groupe 'fille' afin de voir si les praticiens eux-mêmes ont évolué dans leur pratique. Un praticien de 60 ans aujourd'hui, n'aura forcément pas les mêmes conceptions qu'un médecin ou une sage-femme de 30 ans, comme en témoigne l'un des verbatim recueilli.

« [...] Pour te dire, c'est une femme, pas jeune, elle doit être plus proche des 60 ans que des 50 ans. C'est la génération de nos parents. » 13 (fille)

Conclusion

La première consultation gynécologique marque l'entrée de la jeune femme dans le monde gynécologique. Un suivi gynécologique régulier est important pour la bonne santé de la femme car c'est durant ces consultations que le professionnel va pouvoir dépister des pathologies cancéreuses, des IST et prévenir les grossesses non désirées.

Mais cette première consultation touchant à l'intime peut être synonyme d'angoisse et de grandes appréhensions chez les jeunes femmes.

La médecine a vécu de grands changements depuis les années 1980, dans les aspects techniques qui deviennent plus poussés comme dans le domaine de la psychologie médicale et des besoins des femmes lors de leurs rendez-vous médicaux.

Malgré l'ouverture du suivi gynécologique à d'autres professions comme les médecins traitants ainsi que les sages-femmes, notre étude nous a montré que le gynécologue est resté le professionnel quasi exclusivement consulté et ce, d'une part parce que les femmes n'avaient pas la notion que d'autres professionnels pouvaient être consultés mais d'autre part, parce que le gynécologue est un médecin spécialisé dans ce domaine, plus légitime aux yeux de certaines femmes.

Nous avons remarqué un changement dans les pratiques grâce aux témoignages de femmes de générations différentes. Sur les 26 témoignages, 4 femmes n'ont pas eu d'examen clinique à leur première consultation, et ces 4 femmes appartiennent à la plus jeune génération.

Les motifs de consultation ainsi que le déroulement de la consultation ont évolué depuis 30 ans. Certains motifs comme le suivi de grossesse n'a pas été retrouvé dans la jeune génération et à l'inverse, nous avons retrouvé des motifs de consultation dans la jeune génération qui n'existaient pas dans le groupe 'mère' (*surveillance, check-up*). Le changement dans le déroulement de la consultation ne s'est pas exclusivement manifesté dans l'examen clinique mais également dans la prise en charge globale de la femme : une place plus importante est accordée à la prévention, ce qui permet un véritable dialogue entre le praticien et les patientes et permet aux jeunes femmes de se sentir écoutées et prises en charge dans leur globalité.

L'aspect intime de la consultation a moins été redouté par la jeune génération. Lorsque l'on questionne sur les raisons possibles, le dialogue avec leur mère a joué un rôle primordial. La transmission intergénérationnelle a eu un impact positif pour ces femmes, confiantes et sans appréhension s'agissant d'un sujet abordé avec leur mère.

Bibliographie

1. Inserm, Histoire de l'Inserm – les domaines de recherche – gynéco-obstétrique [Internet]. Disponible sur : <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/gyneco-obstetrique> (Consulté en janvier 2021)
2. BVA, Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médical, mai 2008. Disponible en [pdf] : https://www.google.com/url?q=http://www.fncgm.com/images/Enquetes/bva_synthese.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjE3rmK4onvAhUvAmMBHVxjDxAQFjAAegQIAxAB&usg=AOvVaw2797_MoRLCRUIUPCcyrNo3V (Consulté en janvier 2021)
3. Vuille M., Encyclopédie critique du genre, Gynécologie, 283-292, 2016. (Consulté en janvier 2021)
4. Ordre des sages-femmes, Votre sage-femme-Compétences-Suivi gynécologique et contraception, [Internet]. (Consulté en janvier 2021)
5. Inserm, Evolution de la mortalité en France de 2000 à 2016, [Internet], 2019 <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite> (Consulté en janvier 2021)
6. CépiDc, Inserm, Effectifs des décès causés par des tumeurs malignes en France en 1980 [internet]. (Consulté en janvier 2021)
7. Institut National du Cancer, Dépistage des cancers du sein, s'informer et décider, 2017. (Consulté en janvier 2021)
8. Santé Publique France, Incidence et dépistage du cancer du sein en France, 2016. Disponible en téléchargement sur :

https://www.google.com/url?q=https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/182903/2308333&sa=U&ved=2ahUKEwilnLyc94nvAhXT7eAKHcwoDmoQFnoECAQQAg&usg=A_OvVaw0tclztlKUjqVx6VbeVdPmY (Consulté en janvier 2021)

9. Institut National du Cancer, Dépistage du cancer du col de l'utérus -Taux de réalisation d'au moins un frottis cervico-utérin pour 2010-2013 selon les départements de France, 2017. (Consulté en janvier 2021)
10. Fondation ARC pour la Recherche sur les Cancers, Les cancers du col de l'utérus, Comprendre et Agir, 2013. Disponible en [pdf] : <https://www.fondation-arc.org/file/1511/download?token=a0RhGcct> (Consulté en janvier 2021)
11. . Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé, 1986. (Consulté en février 2021)
12. OMS, Définition de la Santé, 1946. (Consulté en février 2021)
13. Santé Publique France, Maladies et traumatismes : infections sexuellement transmissibles, 2019. (Consulté en février 2021)
14. AMELI, Symptômes, diagnostic et évolution des IST, 2021. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst/ist/symptomes-diagnostic-evolution> (consulté en février 2021)
15. Haute Autorité de Santé, IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes, 2018. (Consulté en février 2021)
16. Ministère des Affaires sociales et de la santé, Stratégie nationale de santé sexuelle ; agenda 2017-2030, 2018. (Consulté en février 2021)
17. Imbault-Huart M-J., Histoire de la Médecine : lutte ou nécessité de la fin du XX^e siècle, 629-640, 1984. (Consulté en mars 2021)
18. Bajos N., Bohet N., Le Guen M., Moreau C., La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?, Population et Santé, 2012. (Consulté en mars 2021)
19. Hammer R., Expériences ordinaires de la médecine : Confiances, croyances et critiques profanes, p28, 2010. (Consulté en mars 2021)
20. Chauveau S., Médicament et Société au XX^e siècle, Presses de Science Po

numéro 76 ; 169-185, 2002. (Consulté en mars 2021)

21. Rolland C., Sicot F., Les recommandations de bonne pratique en santé : du savoir médical au pouvoir néo-managérial, VOL 1 ; 53-75, CAIRN, 2012. (Consulté en mars 2021)

22. Haute Autorité de Santé, Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique, 2014. (Consulté en mars 2021)
23. Morgny C., Weber A., Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des à la santé et au système de soin ?, 2004. (Consulté en mars 2021)
24. Rolland C., Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique : application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle, [Thèse], 2011. (Consulté en mars 2021)
25. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (Consulté en mars 2021)
26. AAVAC Asso, Loi Kouchner, Analyse de la loi Kouchner [Internet] (Consulté en mars 2021)
27. Cardin H., La loi du 4 mars 2002 dite « Loi Kouchner », Les Tribunes de la Santé n°42, 27- 33, 2014. (Consulté en mars 2021)
28. Höpflinger F., Génération – structures et relations, 2008. (Consulté en mai 2021)
29. Lisovskii, For a Dialogue on Relations Between the Generations, 2004. (Consulté en mai 2021)
30. Roux P., Stéréotypes et relations entre générations. Rapport final de recherche FNRS, 1994. (Consulté en mai 2021)
31. Labadie F., De Linares C., Lagrée J-C., Les liens entre générations, Entretien avec Claudine Attias-Donfut, AGORA, 2001. (Consulté en mai 2021)
32. Janin A., Les relations entre générations hors de la famille, Une enquête menée auprès des Genevois âgés de 16 à 24 ans, Mémoire de Bachelor département de sociologie, 2011. (Consulté en mai 2021)
33. Santé Publique France, Baromètre Santé 2016 : Genre et sexualité, 2018. (Consulté en mars 2021)
34. INED, L'âge au premier rapport sexuel, 2014. [Internet] (Consulté en mars 2021)

35. INPES, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, La meilleure contraception est celle que l'on choisit, 2007. (Consulté en mars 2021)

36. Ministère des Solidarités, de la Santé et des Familles, Contraception : pour une prescription adaptée, 2005. (Consulté en mars 2021)
37. Bayer Healthcare, Opinion Health, Les Millenials et la contraception : pourquoi les femmes oublient la pilule ?, 2016. (Consulté en avril 2021)
38. Nicolle B., Contraception orale : étude de l'observance et des démarches en cas d'oubli des patientes du CPEF de Laval, 2018. (Consulté en avril 2021)
39. Vignaud C., Evaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans en France, 2018. (Consulté en janvier 2021)
40. INSEE, Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974, 2017. (Consulté en avril 2021)
41. INSEE, Un premier enfant à 28 ans, 2012. (Consulté en avril 2021)
42. Galland F., Blidi M., Herrenschmidt S., La première consultation gynécologique, 2012. (Consulté en janvier 2021)
43. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Sages-femmes. Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme. (Consulté en avril 2021)
44. DRESS, Effectifs des sages-femmes en 2018. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3751> (Consulté en avril 2021)
45. DRESS, Effectifs des médecins par spécialité en 2018. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792> (Consulté en avril 2021)
46. Kuhn S., La grève des sages-femmes de 2013-2014 : la remise en question de la profession au sein du système périnatale, [Mémoire], 2017. (Consulté en avril 2021)
47. Montazeau O, Bethuys J. - Histoire de la formation de sage-femme en France [En ligne] - 2012. (Consulté en avril 2021)

48. Germain I., Les sages-femmes, symboles de l'invisibilité du travail des femmes, 2013. (Consulté en avril 2021)

49. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, Journée mondiale de la contraception : la contraception et les françaises : une information suffisante ?, 2017. (Consulté en avril 2021)
50. Richard-Guerroudj N. La démographie des sages-femmes en question. Profession sage- femme. 2017 ; n°235 : 16-18. (Consulté en avril 2021)
51. Dubreuil T., Etat des lieux des connaissances des patientes à bas risque sur les compétences de la sage-femme et sur leur mode de recours aux soins gynécologiques et de périnatalité ; quelle contribution du PRADO Maternité ?, [Mémoire], 2018. (Consulté en avril 2021)
52. UNSSF. Enquête de satisfaction du PRADO auprès des sages-femmes libérales, 2015. (Consulté en avril 2021)
53. Brun A., Evaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales : étude menée auprès de 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne,[Mémoire]2018. (Consulté en avril 2021)
54. Couly M., Satisfaction des sages-femmes libérales du Limousin concernant le PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile, [Mémoire], 2016. (Consulté en avril 2021)
55. Maillochon F., Ehlinger V., Godeau E., L'âge « normal » au premier rapport sexuel : Perceptions et pratiques des adolescentes en 2014, CAIRN, 37-56, 2016. (Consulté en mars 2021)
56. Weinberg A., La liberté sexuelle et ses lendemains, Sciences Humaines, 2002, [Internet] (Consulté en avril 2021)
57. Waldhauser T., Nos pensées, La mémoire sélective : pourquoi nous souvenons-nous uniquement de ce qui nous importe ?, 2017. [Internet] Disponible sur : <https://nospensees.fr/memoire-selective-souvenons-uniquement-de-importe/> (Consulté en avril 2021)

58. Le Guennic, Pascale Moulignier Le travail du care, fiche lecture, 2013 [Internet]
Disponible sur : <https://journals.openedition.org/lectures/11078>

59. Morvilliers J-M., Le care, le caring, le cure et le soignant, Recherches en Soins Infirmiers, N°122, 77-89, 2015. (Consulté en avril 2021)
60. Rohrbacj Viadas C., Soins et anthropologie, une démarche réflexive, Association de Recherche en Soins Infirmiers, N°90, 19-25, 2007. (Consulté en avril 2021)
61. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, Ortolang, Définition de Cure [Internet] Disponible sur <https://www.cnrtl.fr/definition/cure>
62. Bourgeois G., La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéienne utilisant la simulation, 2017. [Thèse] (Consulté en mai 2021)
63. Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la Défense, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales [Internet], 2016. (Consulté en avril 2021)
64. Bergoignan-Esper C., Le consentement médical en droit français, Laennec, 15-23, 2011. (Consulté en avril 2021)
65. Jaunait A., Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, Raisons Politiques, 59-79, 2003. (Consulté en avril 2021)
66. Legifrance, Décret N°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, 1947. (Consulté en avril 2021)
67. HAS, Recommandations de bonne pratique : Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG), 2016. (Consulté en avril 2021)
68. Organisation mondiale de la santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 2009. (Consulté en avril 2021)

69. Haute Autorité de Santé. MIRENA 52mg (20 microgrammes/24 heures), dispositif intra- utérin B/1 dispositif (CIP: 339292-8). Avis de la commission de la transparence du 6 février 2013, 2013. (Consulté en avril 2021)

70. Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C., La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?, 2014. (Consulté en février 2021)

71. Tan S., Tatsumura Y., Georges Papanicolaou (1883-1962) : Discover of the Pap smear, 2015. (Consulté en avril 2021)
72. Weber A., Lemery B., Millot I., Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne, DRASS, 2004. (Consulté en mars 2021)
73. HAS, Contraception : de la consultation dédiée au suivi, 2020. (Consulté en avril 2021)
74. Recommendations on routine screening pelvic examination : Canadian Task Force on Preventive Health Care adoption of the American College of Physicians guideline, Can Fam Physician, n°62, 211-214, 2016. (Consulté en mai 2021)
75. Bousquet D., Couraud G., Collet M., Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, rapport réclamé par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et hommes, 2018. (Consulté en avril 2021)
76. Konbini, Violences gynécologiques : des témoignages glaçants. Vidéo : 4 :51min Disponible sur : www.youtube.com/watch?v=akWaafmqNmk, 2018. (Consulté en avril 2021)
77. Mardon A., Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence, Société Contemporaine n°75, 109-129, 2009. (Consulté en avril 2021)
78. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures. (Consulté en avril 2021)
79. Dycke E., Mères et filles, des relations complexes, 2010 [Internet] Disponible sur : https://www.lexpress.fr/styles/psycho/meres-et-filles-des-relations-complexes_842910.html (Consulté en avril 2021)
80. Discour V., Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence, Les

Cahiers dynamiques, 40-46, 2011. (Consulté en avril 2021)

81. Delanoe J., Impact des discours de la mère et des grands-mères d'une femme enceinte primigeste nullipare sur la représentation de son accouchement : à partir de 15 entretiens, [Mémoire], 2017. (Consulté en octobre 2020)

82. Widmer E., Luscher K. Les relations intergénérationnelles au prisme de l'ambivalence et des configurations familiales, Recherches Familiales, 40-60, 2011. (Consulté en avril 2021)

83. Chauffaut D., l'évolution des relations entre générations dans un contexte de mutation des cycles de vie, Cahier de Recherche, 2001. (Consulté en avril 2021)

Annexes

1. Annexe 1 : Note d'information remise aux femmes

Mémoire de fin d'étude de sage-femme – Note d'information

La première consultation gynécologique : témoignages croisés entre deux générations de femmes Mesdames,

Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme Baudelocque de Paris, et je réalise cette étude dans le cadre du mémoire de fin d'étude, pour ainsi obtenir le diplôme de sage-femme.

Cette étude porte sur la première consultation gynécologique et son évolution dans le temps, en prenant en compte la satisfaction des femmes et en évaluant l'influence que la mère peut avoir sur l'entrée dans le monde gynécologique de sa fille.

Pour ce faire, je réalise une série d'entretien de durée variable en fonction de ce que vous avez à partager, auprès de couple mère-fille (à partir de 20ans pour les jeunes femmes) en questionnant sur leurs souvenirs de cette première consultation gynécologique. Les questions seront centrées sur le côté pratique et le déroulement de la consultation (par exemple : qui avez-vous été consulter).

Vous gardez le droit de ne pas répondre à certaines questions.

Les informations recueillies seront anonymisées et utilisées seulement dans le but de ce travail de recherche, puis conservées 3mois après la présentation de l'enquête.

En acceptant de rejoindre notre étude, vous avez à tout moment les droits suivants :

- Droit d'accès à vos données. Vous pouvez consulter vos données à tout moment.
- Droit de modification de vos données. Vous pouvez modifier votre témoignage à tout moment.
- Droit de suppression de vos données. Vous pouvez à tout moment nous demander de supprimer les données que nous avons collectées à votre sujet.
- Droit de limitation. Vous pouvez choisir à tout moment de sortir de notre étude.
- Droit de portabilité concernant vos données.

Vous avez le droit à tout moment de nous réclamer vos données. Pour les exercer, vous pourrez me contacter (morganelemairexo@gmail.com) ou vous adresser à l'enseignante qui encadre ce travail (julie.gaillard@aphp.fr)

Si le sujet vous intéresse, vous pourrez consulter la conclusion à cette enquête en me contactant à mon adresse mail donnée plus haut. En signant ce document, j'accepte de participer à ce travail de recherche. Signature de la personne participant à l'étude

2. Annexe 2 : Grille d'entretien

Généralités

Age :

Niveau d'étude et profession :

Exercez-vous dans le domaine de la santé ?

Connaissez-vous quelqu'un dans votre entourage proche dans le domaine de la santé ?

S'il y a une personne dans votre entourage plus lointain, est-ce un sujet dont vous parlez souvent ?

Par rapport à la première consultation gynécologique, vers quel âge a-t-elle eu lieu ?

Concernant le professionnel

Lors de votre première consultation gynécologique, quel professionnel de santé avez-vous consulté ? S'agissait-il d'une femme ou d'un homme ?

Le sexe du praticien était-il un critère important ?

La consultation a-t-elle eu lieu dans un cabinet de ville ? A l'hôpital (hors consultation aux urgences) ? Dans un centre de santé, de planification ou encore dans une maison des adolescentes ?

Comment avez-vous choisi ce professionnel ?

Un changement a-t-il été souhaité suite à la consultation ?

Vous saviez que les sages-femmes pouvaient faire le suivi gynécologique ? (S'il n'y a pas de problème de santé)

Concernant la consultation

Pour quel motif avez-vous consulté ? (Réponse ouverte)

La consultation était-elle à votre initiative ou avez-vous été conseillé ?

Si la consultation a été votre initiative, votre mère était-elle au courant ? Était-ce un sujet dont vous parliez avec votre mère ?

(La gynécologie)

Votre mère vous a-t-elle accompagnée chez le professionnel ? Si oui, pour quelle raison ? Cela vous a-t-il rassuré ou dérangé ? Était-elle avec vous pendant la consultation ?

Concernant le déroulé de la consultation

Comment le professionnel vous a-t-il accueilli ?

Le déroulé de la consultation vous a-t-il été expliqué ?

Un interrogatoire a-t-il été réalisé ? Quels souvenirs en gardez-vous ?

Un examen clinique a-t-il été réalisé ? Quels souvenirs en gardez-vous ? Avait-on utilisé un spéculum pour cet examen ?

Comment vous sentiez-vous après cette consultation ? Votre consentement a-t-il été recueilli avant tout geste ?

Vous a-t-on parlé de la prévention des cancers du col de l'utérus ? du sein ? de contraception ? Les modalités de suivi vous ont-elles été décrites ?

Depuis cette première consultation, avez-vous un suivi régulier chez le gynécologue ? Si non, pourquoi ?

Rôle de la mère

Comment vous sentiez-vous avant ce rendez-vous ? (Appréhension, peur, jugement ?)

Quel rôle a joué votre mère dans l'approche de la consultation ? Son discours a-t-il eu un impact positif sur votre ressenti ?

Pour les mères : Parlez-vous avec votre fille de la consultation gynécologique, de ce qui peut être fait ou non ?

Mes questions sont maintenant terminées. Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré. Si vous avez d'autres remarques à formuler sur un sujet en lien avec mon étude, je reste à votre disposition.