



HAL
open science

Enquête de satisfaction du premier examen gynécologique auprès d'étudiants en santé en Auvergne

Lucie Savin

► **To cite this version:**

Lucie Savin. Enquête de satisfaction du premier examen gynécologique auprès d'étudiants en santé en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03463717

HAL Id: dumas-03463717

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463717v1>

Submitted on 2 Dec 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.



ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**ENQUÊTE DE SATISFACTION DU PREMIER EXAMEN
GYNECOLOGIQUE AUPRES D'ÉTUDIANTES EN
SANTÉ EN AUVERGNE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

SAVIN Lucie

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2021



ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**ENQUÊTE DE SATISFACTION DU PREMIER EXAMEN
GYNECOLOGIQUE AUPRES D'ÉTUDIANTES EN
SANTÉ EN AUVERGNE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

SAVIN Lucie

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2021

REMERCIEMENTS

A Madame Taithe, ma directrice de mémoire, pour son investissement et ses précieux conseils lors de l'élaboration de cette étude.

A Marie Hebbinckuys, pour avoir accepté d'en être la co-directrice et m'avoir reçue avec autant de gentillesse.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école des sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour nous avoir apporté les compétences nécessaires à l'exercice de la profession au cours de ces quatre années.

A l'ensemble des sages-femmes qui m'ont rassurée et formée de la meilleure des manières.

A ma famille, et tout particulièrement à mes parents et mes deux sœurs, pour leur soutien sans faille tout au long de ces années.

A mes amis, nos moments de joie et de rire qui resteront gravés dans ma mémoire. Et plus particulièrement, à Léa et Ambre pour votre soutien et votre amour.

A toutes les femmes, qui ont accepté de se confier et d'échanger avec moi sur leur vécu.

CITATION

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences » Françoise Dolto

LISTE DES ABREVIATIONS

IVG = interruption volontaire de grossesse

INPES = institut national de prévention et d'éducation pour la santé

OMS = organisation mondiale de la santé

HPV = papillomavirus humain

HAS = haute autorité de santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTERATURE	4
I. La satisfaction.....	5
II. Le suivi gynécologique	11
III. L'examen gynécologique	15
IV. La première consultation en gynécologie	18
POPULATION ET METHODE	22
I. Population de l'étude	23
II. Méthode	23
RESULTATS.....	27
I. Caractéristiques socio-démographiques des répondantes.....	28
II. Méthode d'analyse et émergence des résultats	30
III. Résultat autour des entretiens	30
DISCUSSION	41
I. Forces et limites de l'étude	42
II. Discussion des résultats.....	43
III. Perspective d'avenir et projet d'action	49
CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....
ANNEXES

INTRODUCTION

Le système de soin français a pendant très longtemps été dominé par les hommes, laissant les femmes au second plan, ceci était un miroir de la société générale de l'époque. Les femmes n'étaient que peu, voire pas du tout consultées, dans les décisions impactant leur santé. Ce système de soin est souvent qualifié de patriarcal et de sexiste, laissant les femmes sous l'emprise masculine, et les considérant comme incapables de prendre des décisions (1).

Fin 1967, l'assemblée Nationale adopte la loi Neuwirth qui fut un véritable tournant dans la santé gynécologique des femmes. En effet, cette loi autorise et libéralise l'accès à la contraception. Ceci a permis aux femmes d'affirmer leur place au sein de la société (2).

Depuis une dizaine d'années, l'actualité et les médias mettent en lumière ce qui se passe derrière les portes des consultations en gynécologie. Un véritable mouvement d'ouverture de la parole a eu lieu où les femmes sont autorisées à prendre une place active au sein de leur santé. Des comportements qui étaient jusqu'à présent autorisés, sont maintenant dénoncés dans les médias. En effet, ces pratiques sont au jour d'aujourd'hui jugées choquantes et insupportables, comme par exemple sur le recueil du consentement ou la transparence concernant les actes médicaux réalisés (3).

L'objectif principal de cette étude était de recueillir le vécu d'étudiantes en santé sur leur premier examen gynécologique afin d'en évaluer leur satisfaction. Cette étude avait également plusieurs objectifs secondaires, qui sont de mettre en évidence les attentes lors de cet examen, d'explorer l'influence de ce vécu sur leur suivi gynécologique et également sur les pratiques professionnelles actuelles et futures. La réalisation d'une revue de la littérature a permis d'établir une synthèse sur les recommandations existantes concernant la consultation gynécologique ainsi qu'un historique des études déjà réalisées concernant l'évaluation de la satisfaction dans le domaine de la santé, et plus particulièrement dans le domaine de la gynécologie. La revue de la littérature a également évoqué la libération de la parole des femmes dans l'actualité et des médias. Après une présentation de la méthode de recherche, la description des résultats a permis une analyse et une discussion de ces derniers, en proposant des perspectives d'avenir.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. La satisfaction

A. Définition

Satisfaire signifie répondre à la demande de quelqu'un en ce qui concerne un besoin, un désir, une demande. Ce mot a comme synonyme l'assouvissement, le contentement, la joie, le plaisir (4).

Dans notre étude, cela se traduit par « est-ce que la manière du soignant de pratiquer le premier examen gynécologique a répondu aux attentes des patientes ? ».

B. La satisfaction dans la littérature

Dans la littérature, de nombreuses études concernant la gynécologie ont été réalisées, particulièrement sur les prises en charge chirurgicales. Lorsque les chirurgies traitant le cancer du sein ont commencé à pouvoir être réalisées en ambulatoire, les médecins se sont penchés sur la satisfaction des patientes pour cette prise en charge versus une prise en charge standard (une nuit hospitalisée). Cette question a été abordée de différentes manières : dans une étude cas-témoins, à l'aide de questionnaires donnés aux patientes à la sortie de l'hôpital. Pour étudier cette satisfaction, les questions concernaient les douleurs, les effets indésirables, le délai de retour aux activités quotidiennes, le besoin d'avoir recours à un médecin ou aux numéros d'urgences à la suite de l'opération...etc. Ce qui ressort de ces études est une satisfaction générale de la plupart des patientes lors de la prise en charge ambulatoire, malgré le fait qu'il n'a pas été retrouvé de différence significative avec les prises en charges standards, c'est-à-dire avec une nuit d'hospitalisation. La majorité des patientes voient quand même un réel bénéfice à la prise en charge en ambulatoire, citant le retour rapide aux activités quotidiennes, les douleurs faibles ou inexistantes. Parmi les patientes moins satisfaites, certaines auraient souhaité rester hospitalisées à cause de la fatigue, de la lourdeur et longueur de l'opération et du sentiment d'isolement lors de leur retour à domicile.

La satisfaction dans le domaine de la gynécologie a été très souvent étudiée mais la plupart du temps ces études sont axées sur les satisfactions post-opératoires et plus précisément concernant les chirurgies des cancers du sein (5)(6)(7)(8).

Évidemment, d'autres études touchant à la gynécologie se sont également intéressées à d'autres thèmes comme les interruptions volontaires de grossesse par exemple. Cet

évènement peut-être très marquant dans la vie d'une femme, et il est donc important de se rendre compte comment elles le ressentent, comment elles le vivent. Une interruption volontaire de grossesse peut être traumatisante, il faut donc la prendre correctement en charge sur le plan médical mais également psychologique. Une étude française s'est intéressée, en 2016, à la satisfaction des femmes lors d'une IVG à l'aide d'un questionnaire composé de questions axées sur la satisfaction de l'organisation, des délais d'attente, du respect de la confidentialité, de l'intimité, de l'acte en lui-même de l'interruption volontaire de grossesse, de la douleur, de la qualité du soutien et également de la satisfaction globale des femmes (9).

Lors de cette étude, le taux global de satisfaction était de 89%. Les patientes ont jugé que les informations données étaient claires (94%), que l'orientation était adaptée (97%) et que leurs demandes ont été respectées (98%). Le premier rendez-vous au centre a été effectué une semaine après l'appel en moyenne et a satisfait l'ensemble des femmes. L'IVG en elle-même a également un fort taux de satisfaction, allant de 78% concernant le temps d'attente à 98% pour ce qui concerne la confidentialité, le respect de l'intimité. Cette étude a également permis de faire ressortir des points d'amélioration, car 8,2 % des femmes se disaient non satisfaites. Dans les raisons citées, on trouve la douleur perçue, le manque d'explications données, et l'impossibilité d'accompagnement (9).

Dans les études se rapprochant de notre thème, certaines se sont également axées sur l'examen gynécologique. Différentes approches ont été utilisées ; par exemple, étudier les représentations que cet examen représente chez des jeunes filles n'en ayant jamais reçu. Lors de cette analyse, les chercheurs ont donc décidé d'avoir une approche très différente et de ne pas s'intéresser à la satisfaction (impossible car les jeunes filles n'ont pas encore eu d'examen gynécologique) (10).

Dans une étude turque de 2009, déterminer la satisfaction de femmes et leurs ressentis pendant l'examen gynécologique étaient le principal objectif. Ils ont également étudié si le genre du professionnel de santé avait une importance et les différents motifs qui poussent les femmes à consulter. Plus de la moitié des femmes interrogées (54,8%) ressentent de l'anxiété ainsi que de la crainte pendant un examen gynécologique, 41,8% déclarent être embarrassées par la nudité lors de ces examens. Beaucoup de femmes (45,5%) préfèrent que le soignant soit une femme contre seulement 4,2% qui préfèrent un homme. Les femmes attendent pour la plupart que le professionnel de santé leur

explique les résultats après l'examen (62,1%) et qu'il est un comportement doux et compréhensif (71,8%). En revanche, seulement une minorité (28,2%) souhaitent avoir des explications au préalable sur l'examen en lui-même (11).

Si des publications ont analysé les craintes liées à l'examen gynécologique, peu ont évalué les attentes des jeunes femmes concernant cet examen. Pourtant, il est démontré que le bon vécu du premier examen gynécologique chez la jeune fille a une influence considérable sur le futur suivi gynécologique (10).

C.Vignaud, dans son mémoire en 2018, s'est intéressée à la satisfaction de la première consultation gynécologique chez la femme de 18 à 25 ans en France. A l'aide d'un questionnaire qu'elle a partagé sur les réseaux sociaux, elle a rassemblé près de 1400 réponses exploitables. Dans son étude, elle a constaté que plusieurs déterminants ont pu influencer la satisfaction globale des femmes. 78,6 % des jeunes femmes étaient satisfaites, c'est-à-dire une majorité malgré les 16% qui se disaient mécontentes. Le professionnel de santé consulté joue un grand rôle dans cette satisfaction car il est cité comme principale cause de satisfaction mais aussi de mécontentement. Les résultats montrent également une hétérogénéité de prise en charge entre les professionnels de santé lors de cette consultation, notamment pour la contraception. En effet, 87,9% des femmes ayant consulté une sage-femme ont eu le choix dans leur moyen de contraception, 66,7% pour celles qui ont consulté un médecin généraliste et seulement 47,3% pour les gynécologues (12).

Nombreuses des études explorant la satisfaction en gynécologie ont été menées de manière quantitative. Une approche qualitative pourrait donc permettre aux femmes de parler librement et de nuancer leurs propos.

C. La satisfaction dans l'actualité

Depuis quelques années, les femmes ont décidé de lever le voile sur ce qu'il se passait réellement dans les services médicaux. La gynécologie et l'obstétrique ont été très touchées par cette prise de parole des femmes, et un terme a été créé « les violences gynécologiques et obstétricales ».

Cette prise de parole a pris de plus en plus de pouvoir.

Lancé sur Twitter le 19 novembre 2014, le hashtag #PayeTonUtérus a fait émerger plus

de 7000 témoignages de femmes en 24h. Ces messages dénoncent des violences morales majoritairement mais également des violences physiques. Ces tweets ont permis de mettre en lumière des propos méprisant sur le physique des femmes, jugeant sur leur volonté ou non d'avoir des enfants mais aussi des actes allant des touchers vaginaux brutaux ou pratiqués sans consentement aux violences sexuelles.

Face à cette prise de parole sur les réseaux sociaux, le Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes a écrit un rapport afin de rendre public et officiel la notion d'actes sexistes et de violences dans le suivi gynécologique et obstétrical. Pour écrire ce rapport, ils se sont appuyés sur des témoignages, des blogs, des associations mais également sur le ressenti des étudiants en santé, des professionnels de santé et sur des lois inscrites dans le code pénal (13).

Une définition a été donnée à ce genre d'actes afin de pouvoir clairement les exposer et de faire prendre conscience aux patientes que ceux-ci n'ont pas à avoir de place dans leur suivi gynécologique et qu'il est important d'en parler et de les rapporter. « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. » (13).

L'émergence de ce terme d'actes sexistes en France s'inspire d'autres pays plus avant-gardistes comme le monde anglo-saxon ou l'Amérique du Sud. C'est d'ailleurs en Amérique latine que ce courant a commencé lorsque 2 pays ont défini et inscrit les violences obstétricales comme une forme des violences faites aux femmes : le Venezuela en 2008 et l'Argentine en 2009.

Puis le courant s'est étendu à d'autres pays. Au Canada par exemple, l'organisation Humanize Birth a été créée en 2013 pour lutter contre les violences obstétricales, suivi de Birthrights au Royaume-Uni la même année. Ces organisations ont pour but de dénoncer et de lutter contre les violences obstétricales et de promouvoir de bonnes pratiques durant l'accouchement et le respect des droits humains des parturientes.

La question des actes sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical s'est posée à la suite des témoignages sur des actes pratiqués sans consentement préalable. Portée par des blogueuses féministes et des praticiens, cette dénonciation a renforcé le mouvement et de nombreux témoignages ont continué à faire surface dans les médias ou sur les réseaux sociaux.

Pour en citer quelques-uns :

- La page Facebook « Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales » (SIVO) qui collecte des témoignages de femmes victimes (2015)
- Le blog « Je n'ai pas consenti » recense des témoignages de patientes rapportant des actes non consentis dans un cadre médical (2015)
- Le tumblr et la page Facebook « Paye ton gynéco » permettant de mettre en avant des actes ou propos sexistes, voire des violences sexuelles, subis par les femmes.

Cette prise de parole prend également place au sein des soignants, en effet plusieurs associations et projets comme « Pour une M.E.U.F » (signifiant Pour une « Médecine Engagée, Unie et Féministe), ont vu le jour afin de lutter contre le sexisme dans le soin, et plus particulièrement sur le plan gynécologique et obstétrical. Ces associations ou projets ont été créés par des soignants et permettent de continuer la discussion, de mettre des mots sur ce qu'on peut observer, de réfléchir à notre façon d'agir en tant que professionnel de santé (13).

D'autres associations sont également nées, comme l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes qui lutte spécialement contre toutes les violences faites aux femmes au cours de leur parcours de soin. On remarque donc que des actions publiques sont créées afin de protéger les femmes et de lutter contre une médecine patriarcale (14).

Le Haut Conseil de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes identifie 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences :

- Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ;
- Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;

- Injures sexistes ;
- Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;
- Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ;
- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol (13).

Dans ce rapport, on reconnaît l'importance de mettre des mots sur ces violences car elles sont d'autant plus marquantes, traumatisantes pour deux raisons :

- Elles peuvent être répétées dû à la multiplicité d'occasions par rapport à d'autres secteurs médicaux : en effet, le Haut Conseil de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes estime qu'en moyenne, une femme va avoir 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de vie avec beaucoup d'examen gynécologiques (frottis réguliers, nombreux touchers vaginaux lors des grossesses et des accouchements...etc).
- Elles peuvent être minimisées, en effet le caractère particulièrement intime de ces consultations et de ces examens est souvent insuffisamment pris en compte. Les soignants peuvent l'oublier à cause de l'aspect routinier et quotidien (13).

La profession de médecin étant très méticuleuse et technique dans certaines spécialités, il est fréquent que leur formation s'y concentre énormément, pouvant ramener au deuxième plan les relations humaines. Ils peuvent avoir tendance à se distancier de l'aspect social et psychologique lors de leurs prises en charge et en oublier à quel point une consultation, surtout gynécologique, touche à l'intimité et à la pudeur. En effet ces entretiens touchent à la sphère intime et personnelle par :

- Les propos abordés lors de celles-ci : sexualité, vie de couple, maternité...etc
- Les gestes pratiqués : toucher des seins et du sexe, pénétration vaginale par les doigts du professionnel de santé ou par des instruments
- Les conditions dans lesquels ces gestes sont pratiqués : nudité, exposition

Le Haut Conseil de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes a énoncé dans son rapport 26 recommandations afin de permettre d'éviter ces comportements. Parmi celles-ci, on retrouve un besoin de plus de transparence quant aux actes obstétricaux des différentes maternités, d'incorporer la notion d'actes sexistes et de violences dans les études

médicales et paramédicales, d'informer les femmes sur les recours et leurs droits, d'axer les études gynécologiques sur les relations humaines et le respect du consentement, de l'intimité et de la pudeur.

Ces actes sexistes comptent aujourd'hui parmi les comportements les plus dénoncés par les femmes, symbole d'un abaissement du seuil de tolérance au sexisme et à une véritable libération de la parole des femmes concernant des faits se produisant dans le cabinet médical et la salle d'accouchement.

Il est important que des études, des témoignages continuent à faire ressortir ces comportements. D'une part car il est essentiel de perpétuer le mouvement de libération de la parole des femmes et d'autre part car il est possible que certaines femmes aient déjà eu à faire face à des propos ou des actes sexistes sans s'en rendre compte.

II. Le suivi gynécologique

A. Baromètre Santé

1) Fréquence des consultations gynécologiques

D'après l'INPES, dans le Baromètre santé « Les comportements de santé des jeunes » de 2010, plus d'une femme sur deux (52,8%) âgées de 15 à 30 ans déclarent avoir consulté un gynécologue dans l'année. On remarque que le suivi devient plus assidu avec l'âge, en effet 72% des 26 à 30 ont consulté dans l'année, 59,4% chez les 20 à 25 ans contre seulement 23,8% chez les 15 à 19 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que cette dernière tranche d'âge représente souvent le début de la vie sexuelle d'une femme et donc que certaines jeunes filles ne ressentent pas le besoin de consulter avant cela.

Parmi ces femmes, 75,3% avaient effectué leur dernière visite il y a moins d'un an, 18,7% depuis un à deux ans, et 2,1% depuis plus de trois ans. On observe donc qu'il existe des inégalités dans le suivi gynécologique des femmes, seulement certaines se tiennent rigoureusement aux recommandations qui stipulent qu'il faudrait consulter une fois par an minimum (15).

Il existe une population particulièrement touchée par le manque de suivi gynécologique : les femmes homosexuelles. En effet, beaucoup associent la consultation gynécologique à la contraception et aux risques hétérosexuels et donc n'y voient pas d'intérêt. On le

remarque, par exemple, avec celle qui ont un parcours sexuel progressif (relations sexuels avec des hommes puis avec des femmes), on voit une rupture dans leur suivi dès lors de leur changement de sexualité (16).

2) Les professionnels de santé consultés

Au niveau des professionnels de santé consultés, le gynécologue est privilégié à tout âge, même si l'on observe, ces dernières années, une tendance à une diversification des professionnels vers lesquels elles se tournent, comme les sages-femmes par exemple. En effet, les actes relatifs au suivi gynécologique (frottis, pose de stérilet) ont été réalisés à 2,9% par des sages-femmes en 2018, en hausse de 52% par rapport à 2015, selon l'Ordre des sages-femmes (13).

Le médecin généraliste reste également un interlocuteur fréquent chez les 15-19 ans (15).

3) Le motif de consultation

La plupart des consultations gynécologiques ont pour motif un renouvellement de contraception : la pilule par exemple requiert en effet un renouvellement régulier d'ordonnance, tous les six mois à un an en moyenne, d'où un nombre de consultation important chez les femmes ayant choisi ce mode de contraception, ces femmes représentaient en 2016 près de quatre femmes sur dix (17).

En l'absence de pathologie, une femme aura en moyenne près de cinquante consultations gynécologiques entre ses 15 et 45 ans. Un nombre trop important de femmes ont un mauvais vécu des suites de propos, d'actes, d'un manque de considération de leur peur, de leur anxiété par le personnel soignant. Elles peuvent avoir à faire face à ces situations au décours d'une ou de plusieurs consultations gynécologiques, cela a des conséquences néfastes comme la peur de consulter à nouveau, l'errance médicale (pas que gynécologique), le fait de mentir lors des interrogatoires ou de ne pas poser de questions de peur d'être jugées (13).

B. Les professionnels de santé pouvant assurer le suivi gynécologique

Les femmes peuvent s'adresser à différents types de professionnels médicaux pour leur suivi gynécologique, il peut en effet être assuré par :

- Des sages-femmes : Elles peuvent, depuis 2009, assurer le suivi gynécologique

de prévention et de contraception des femmes. Dans leurs compétences, il y a aussi l'accompagnement, la surveillance et le suivi médical de la grossesse, la surveillance du travail et de l'accouchement qui ne présentent aucune pathologie ou facteur de risque.

- Des médecins généralistes : ils peuvent déclarer la grossesse et effectuer les consultations de suivi de grossesse, quand il n'y a pas de complications, jusqu'au 8^{ème} mois. Ils peuvent également assurer le suivi gynécologique des femmes.
- Des gynécologues médicaux : ils assurent la prise en charge de tous les problèmes gynécologiques médicaux pendant toute la vie d'une femme. Ils n'opèrent pas et ne suivent pas les accouchements.
- Des gynécologues-obstétriciens : ils suivent avant tout les grossesses et les accouchements, mais ils peuvent également être amenés à assurer le suivi gynécologique (18).

Les sages-femmes ont des compétences définies, elles ont un rôle important auprès des femmes en les accompagnant médicalement mais également par leur rôle de prévention et d'accompagnement psycho-social. Elles accompagnent les femmes dans les grandes étapes de leurs vies : début de la vie sexuelle, grossesses et accouchements ainsi que lors de leurs premiers pas en tant que mère.

Elles peuvent effectuer :

- l'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs intra-utérins,
- la pose et le retrait de l'implant,
- le suivi de la contraception (19).

Pour ce qui touche à la contraception, les sages-femmes peuvent proposer à leurs patientes, y compris mineures, prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs, à savoir :

- les contraceptifs hormonaux locaux ou par voie orale,
- les contraceptifs intra utérins, les diaphragmes et les capes,
- les contraceptifs d'urgence (20).

Les sages-femmes peuvent également pratiquer des échographies gynécologiques et, depuis la loi du 26 janvier 2016, réaliser des IVG médicamenteuses.

C. La méthode BERCER

Lors de toutes les consultations gynécologiques de la vie d'une femme, la Haute Autorité de Santé recommande de respecter les six étapes de la méthode BERCER de l'OMS, afin de favoriser l'installation d'un environnement confortable, chaleureux et d'une relation de confiance (21).

Les six étapes sont :

- 1) B : Bienvenue. Ceci est un temps d'accueil, un temps pour la présentation du soignant et du déroulement, des objectifs de la consultation. Il faut également rappeler le principe de confidentialité afin de commencer l'entretien sur une base de confiance.
- 2) E : Entretien (écoute, échange, dialogue). Cet entretien permet le recueil d'information et l'expression de la femme ainsi que l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.
- 3) R : Renseignements. Le professionnel doit délivrer une information claire, hiérarchisée concernant la santé génésique de la femme, il doit également s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées à la femme. Il doit évaluer ses attentes, ses besoins et son mode de vie.
- 4) C : Choix. Le praticien doit présenter à la patiente les différentes méthodes de contraception qui sont à sa disposition, leurs bénéfices ainsi que leurs risques. La décision finale appartient à la patiente.
- 5) E : Explication. Après que la patiente ait fait son choix, le praticien doit entamer une discussion autour de la méthode choisie et de son mode d'emploi, les effets secondaires...
- 6) R : Retour. C'est l'occasion d'organiser avec elle et de programmer ses futures consultations et de mettre en place un éventuel suivi régulier, ainsi que réévaluer la méthode de contraception et son utilisation, sa tolérance et son observance (12).

III. L'examen gynécologique

1) Définition

L'examen gynécologique est composé d'un examen des organes génitaux et d'un examen des seins, il n'y a pas d'ordre particulier à respecter, cela dépend du souhait de la patiente et des habitudes du professionnel de santé. Cet examen est toujours précédé d'un interrogatoire, qui permet de prendre des nouvelles de la patiente, de connaître les motifs de sa consultation, de connaître ses antécédents et son état de santé en cas de première consultation.

Cet examen se pratique sur une table et implique, le plus souvent, que la femme soit nue. La position gynécologique classique, en décubitus dorsal, peut susciter un malaise chez certaines femmes. En effet, elles peuvent se sentir vulnérables et observées (13). De nombreuses études attestent du fait que cette position représente un frein à la consultation gynécologique pour les patientes (22). Dr Armelle GRANGE CABANE y a donc consacré sa thèse. Elle a pu constater, à partir d'une étude menée entre 2013 et 2014 auprès de patientes ayant bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral que :

- 62% des patientes estiment que l'examen en décubitus latéral est moins douloureux que l'examen « classique », c'est à dire avec la position gynécologique de référence (décubitus dorsal, jambe écartées)
- 73% des patientes estiment que l'examen en décubitus latéral est moins anxiogène que l'examen « classique »
- 68% estiment que l'examen en décubitus latéral est plus « confortable » que l'examen « classique »
- 87% qu'il est plus respectueux de leur intimité.

Les femmes ont, de manière générale, apprécié cette variante car 91% des patientes pensent demander à être examinées en décubitus latéral lors du prochain examen et 96% souhaitent le faire connaître à une amie (23).

Il est important de garder en tête qu'il ne s'agit pas d'examens anodins. Effectués sans explication suffisante ou sans recueillir le consentement libre et éclairé des patientes, ils

peuvent susciter de la gêne, atteindre leur intégrité physique et parfois faire revivre des traumatismes liés à des violences sexuelles (13).

Dans ces violences sexuelles, on retrouve :

Des agressions sexuelles définies par l'article 222-22 du Code Pénal comme toute atteinte sexuelle effectuée avec « violence, contrainte, menace ou surprise » (24).

En ce qui concerne le toucher vaginal (introduction de deux doigts dans le vagin et palpation), le frottis (qui suppose l'introduction d'un spéculum dans le vagin), ou l'introduction d'une sonde dans le vagin, ceci sont des actes de pénétration vaginale par autrui. Effectués par « violence, contrainte, menace ou surprise », cet acte relève du viol tel que défini à l'article 222-23 du Code pénal (25).

2) Indications

L'examen gynécologique, hors frottis cervico-utérin, n'a fait l'objet d'aucune recommandation. Il en revient au professionnel d'en évaluer le besoin en fonction de l'interrogatoire et des signes cliniques. Des publications ont tendance à remettre en question l'utilité de cet examen lorsque la patiente est asymptomatique, donc en tant que dépistage, en dehors du frottis cervico-utérin (10).

Les conditions médicales qui justifient un examen gynécologique avant qu'une jeune fille ne soit active sexuellement sont peu fréquentes. On retrouve comme indication possible : les dysménorrhées sévères, les aménorrhées, des douleurs abdominales d'origine indéterminée, des leucorrhées anormales (26).

On remarque donc que cet examen n'est pas obligatoirement réalisé à chaque consultation. Il faut donc rassurer les patientes, surtout les jeunes filles, en leur expliquant qu'il n'est pas forcément nécessaire, qu'il peut, en dehors d'indication, être différé à plus tard afin qu'elles se sentent prêtes.

3) Le dépistage du cancer du col de l'utérus

La prévention du cancer du col de l'utérus se compose :

- Du dépistage par le frottis cervico-utérin, qui permet de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses existantes. La Haute Autorité de Santé recommande que toutes femmes, vaccinées ou pas, fassent un frottis cervico-

utérin tous les trois ans, après deux frottis consécutifs normaux réalisés à un an d'intervalle à partir de l'âge de 25 ans (27)(28).

- De la vaccination, qui vise à éviter l'infection des deux plus cancérigènes des virus HPV, l'HPV de types 16 et 18. Elle est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 15 ans (13)(27).

Cette prévention n'est pas encore la plus efficace possible. En effet, les recommandations concernant le frottis cervico-utérin ne sont pas correctement appliquées par tous les professionnels de santé. Plus de 50 % des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées, environ 40 % des femmes sont dépistées trop fréquemment. Au total, seulement 10% des femmes bénéficieraient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé (27).

Ce dépistage doit s'appuyer sur les gynécologues ainsi que sur les médecins généralistes et les sages-femmes. Il est donc important de mettre en place des campagnes d'informations pour les femmes mais également ces professionnels de santé afin de mettre les recommandations en lumière.

En ce qui concerne la vaccination, son impact réel sur le dépistage ne sera pas connu avant au moins une décennie puisque sont vaccinées les jeunes filles à partir de 11 ans, les premières vaccinées ne recevront leur frottis que 10 ans plus tard (28).

4) Le dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est, en France, le plus fréquent des cancers chez la femme et la première cause de décès par cancer. Un programme national de dépistage organisé a donc été créé en 1994 afin de favoriser les prises en charge précoce de cette maladie (29).

Ce programme de dépistage se base sur deux éléments :

- L'identification des facteurs de risque du cancer du sein pour lesquels un dépistage spécifique doit être mis en place.
- La réalisation d'une mammographie ou d'une échographie mammaire de dépistage tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans.

La Haute Autorité de Santé recommande également qu'un examen clinique mammaire annuel soit réalisé par le médecin traitant, le gynécologue ou la sage-femme chez toute femme, qu'elle soit à haut risque ou non, à partir de l'âge de 25 ans.

Cet examen mammaire est composé de deux étapes :

- L'inspection se fait dans différentes positions :
 - Bras relâchés, le long du corps
 - Mains sur les hanches
 - Mains derrière la tête
 - Mains derrière la tête, se penchant en avant

Lors de l'inspection, on recherche des dysmétries, des anomalies au niveau de la forme du sein, de la peau, du mamelon, des lésions, des cicatrices...etc.

- La palpation, en position allongée sur le côté, à l'aide de la pulpe des trois doigts du milieu de la main. Elle doit être réalisée de manière méthodique, quadrant par quadrant ou en escargot, afin de bien ausculter chaque partie du sein. On doit examiner chaque quadrant trois fois en augmentant la pression afin de rechercher les anomalies sur différentes profondeurs : superficielle, intermédiaire et profonde.

La palpation des seins doit être accompagnée de la palpation des aires ganglionnaires axillaires, sus-claviculaires et de la chaîne mammaire interne (30).

IV. La première consultation en gynécologie

La première consultation en gynécologie n'est pas forcément simultanée au premier examen gynécologique. En effet, l'examen n'est pas obligatoire lors d'une consultation, il ne doit être réalisé que pour certaines indications comme la réalisation d'un frottis ou en cas de signes cliniques.

Le motif principal de la première consultation est pour l'instauration d'une contraception. Il doit donc s'instaurer une discussion sur la sexualité, les infections sexuellement transmissibles, les comportements à risques...etc. Or lorsqu'ils sont interrogés sur les sujets qui les mettent mal à l'aise vis-à-vis de la patientèle adolescente, les professionnels de santé citent en tête de liste ces sujets-là. Par contre, quand on demande aux jeunes avec qui ils souhaiteraient en discuter, le médecin est le principal cité. Les jeunes espèrent

retrouver en lui, une personne neutre, objective, de bon conseil ; ils aimeraient créer une relation de confiance. Il est important que le professionnel de santé se sente à l'aise lors de l'abord de ces sujets, car la patiente mieux que quiconque, percevra l'embarras, le rejet, l'agacement ; de la même manière, elle réagira positivement au respect et à l'ouverture d'esprit. Lorsque ce chapitre est abordé, il est essentiel que le professionnel soit à l'aise car ces questions doivent être posées avec le maximum de précision et un certain doigté pour permettre à la patiente de se sentir en confiance et de s'ouvrir (26).

Du fait de leur inconfort, les soignants ont parfois tendance à attendre que l'adolescente aborde elle-même le sujet, alors que de l'autre côté du bureau, elle pense que s'il y a un problème le soignant le découvrira ou abordera le sujet. Ces questions sont donc bien souvent passées sous silence.

Lors de cette consultation, il est possible de demander à la patiente si elle souhaite être accompagnée de ses parents mais il faut se rappeler qu'il est exceptionnel qu'une adolescente s'ouvre complètement en leur présence sur son mal de vivre, sa sexualité ou ses comportements à risque comme une consommation d'alcool ou de drogues (26).

Lorsque cette consultation amène à un examen gynécologique, il est essentiel de communiquer avec la jeune fille, de lui expliquer correctement chaque étape et de s'assurer de son consentement. En effet, bien qu'elle ne l'exprime pas nécessairement, l'adolescente ressent toujours un certain degré d'anxiété face à ce premier examen. Cette peur de l'inconnu est accompagnée de gêne par rapport à l'invasion de son intimité. Bien évidemment, avant même d'aborder la notion d'un examen, il faut créer une bulle de confiance avec la patiente, encore plus particulièrement lorsqu'elle n'a jamais reçu d'examen. C'est sur ce lien que tient la satisfaction, qui impactera positivement ou négativement le reste de sa vie gynécologique et obstétricale, il ne faut donc pas négliger cet aspect de la prise en charge.

Dans plusieurs études, ces différentes craintes ont été répertoriées et regroupées en sept catégories :

- La gêne de se dévêtir
- La peur de la douleur
- La peur que l'on découvre une maladie grave
- Des inquiétudes au sujet de l'hygiène personnelle

- La peur de dégager des odeurs vaginales désagréables
- La peur que ses organes génitaux soient endommagés par l'examen
- L'inquiétude que le médecin se rende comptes de ses pratiques sexuelles (26).

Avant de passer sur la table d'examen, il faut prendre le temps de lui expliquer correctement le déroulement et ce qu'on va rechercher. Il faut utiliser des mots appropriés, compréhensibles et se baser sur les notions de biologie qu'elle a pu recevoir. L'utilisation de schéma est pertinente car cela permet de clarifier les propos.

Le soignant doit également savoir respecter sa pudeur, avoir un endroit isolé ou sortir de la pièce lorsqu'elle se dévêt, lui demander d'enlever ses vêtements étapes par étapes afin de lui éviter de se retrouver complètement nue, lui offrir un drap afin qu'elle puisse se couvrir. Cela rend l'examen plus long mais la patiente se sentira beaucoup plus à l'aise et sa satisfaction en sera positivement impacter.

Il faut donc faire preuve de patience, de pédagogie et surtout avoir une attitude positive envers la sexualité adolescente. Ceci ne veut pas dire que l'on doit accepter tous les comportements mais que l'adolescente se sente respectée, non jugée. Lorsque des comportements à risque ont lieu, il faut lui expliquer calmement les conséquences et les risques de ces comportements, il ne s'agit pas de lui faire une leçon de morale mais de lui donner les informations (26).

Il existe une méconnaissance générale des jeunes filles sur l'examen gynécologique qui entretient l'imaginaire autour de cet examen perçu comme obligatoire, alors qu'il est possible de refuser cet examen si la patiente ne se sent pas prête ou n'en ressent pas le besoin. Certaines adolescentes le perçoivent comme un rite initiatique dans la vie d'une femme, elles l'imaginent comme une transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Les jeunes filles ne savent souvent pas à quoi s'attendre lors de cet examen, elles ont peu d'opportunités d'avoir des informations avant la première consultation gynécologique car le milieu scolaire et les parents occultent souvent ces questionnements. Les méconnaissances concernent toutes les étapes de l'examen : des actes pratiqués avec leurs objectifs et leurs indications jusqu'aux différents instruments utilisés. Ce manque information amène très souvent à de l'anxiété, de la peur et du stress chez les jeunes filles (10).

Plusieurs études se sont intéressées à quoi ressemblerait un examen gynécologique idéal

pour une jeune fille. Différentes conditions sont ressorties : informer la patiente au préalable, lui proposer d'être accompagnée si elle le souhaite, offrir un environnement chaleureux et confortable afin de diminuer le sentiment de vulnérabilité et l'anxiété. De plus, la qualité du lien avec le médecin ou la sage-femme est primordial afin de s'assurer de la satisfaction de la patiente, cette dernière souhaite le plus souvent une relation sincère, de confiance, durable dans le temps et confidentielle (10).

La Haute Autorité de Santé s'est également intéressée à l'importance de la première consultation gynécologique. Elle recommande que cette consultation, le plus souvent dédiée à la première contraception, devrait permettre d'installer une discussion avec la patiente afin de créer un lien, il faut évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie ; lui fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée et adaptée à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations ; s'informer sur son état de santé, des antécédents médicaux, ses habitudes de vie afin d'avoir le maximum d'informations permettant la meilleure prise en charge possible (31).

POPULATION ET METHODE

I. Population de l'étude

1) L'échantillon de l'étude

Les critères d'inclusion permettent de cibler la population la plus à même de répondre à chaque objectif de l'étude.

Les critères d'exclusion se sont voulu restreints afin de permettre au plus grand nombre de volontaire de participer à l'étude et donc d'avoir un maximum de données à analyser.

2) Critères d'inclusion

Les participantes incluses dans l'étude devaient répondre à différents critères d'inclusion, cités ci-dessous :

- Femmes volontaires de plus de 18 ans
- Étudiantes en santé dans les filières suivantes : infirmière, sage-femme, médecine, manipulateur radiologique
- Premier examen gynécologique réalisé en France

3) Critères d'exclusion

L'étude comportait également les critères d'exclusion suivants :

- Femmes ne parlant ou n'écrivant pas le français
- Mineures
- Hommes

II. Méthode

1) Type d'étude

L'objectif de cette étude était de récolter les opinions de futures professionnelles de santé sur leur vécu et leur satisfaction de leur premier examen gynécologique et de leur position de patiente. Pour ce faire, il a été choisi de mener une étude qualitative de type descriptive et interprétative. En effet, cela permettait de récolter des opinions étayées et argumentées.

Les questions de la grille d'entretiens ont été posées de manière ouverte afin de permettre aux participantes d'avoir une parole libre et non dirigée.

2) Les objectifs

a) *Principal*

L'objectif principal de l'étude était d'étudier la satisfaction des étudiantes en santé dans une ville d'Auvergne pour leur premier examen gynécologique.

b) *Secondaires*

Cette étude comportait également plusieurs objectifs secondaires. Ils sont cités ci-dessous :

- Mettre en évidence les attentes lors de cet examen
- Explorer l'influence de ce vécu sur leur suivi gynécologique
- Explorer l'influence de ce vécu sur les pratiques professionnelles actuelles et futures

3) Le mode de recueil des données

Le recueil des données s'est effectué grâce à des entretiens semi-directifs menés à l'aide d'une grille d'entretien. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des participantes et retranscrits à l'aide du logiciel Microsoft Word.

Les entretiens ont été téléphoniques au vue de la situation sanitaire actuelle ; en effet, une partie des entretiens ont eu lieu pendant le confinement de novembre 2020, il était donc impossible de se rencontrer.

4) Le déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée auprès d'étudiantes en santé d'une Université d'Auvergne-Rhône-Alpes. Les entretiens se sont déroulés à distance au vue de la situation sanitaire et par téléphone.

Le recrutement a débuté le 2 octobre 2020 à l'aide d'un texte partagé sur les réseaux sociaux étudiants, où était inscrit les critères d'inclusion et d'exclusion, le titre et le but de l'étude ainsi que les coordonnées de l'enquêtrice.

Un entretien test préliminaire a été réalisé afin de mettre à l'épreuve la grille d'entretien et d'apprécier le temps moyen nécessaire à celui-ci (annexe I).

Le but était de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que deux entretiens consécutifs ne révèlent pas de nouveaux thèmes.

Les entretiens se sont déroulés du 8 octobre 2020 au 10 novembre 2020, sont au nombre de dix et ont une durée comprise entre neuf minutes et trois secondes et 18 minutes et 36 secondes (moyenne d'environ 12 minutes et 51 secondes).

Il n'y a pas eu d'abandon mais une volontaire n'appartenant pas aux filières de santé n'a pas été incluse.

5) Le mode d'analyse des données

L'analyse s'est portée sur les données verbales, les données non verbales étant difficiles à obtenir du fait que les entretiens ont été menés à distance. Le procédé d'analyse thématique était de faire émerger des thèmes à partir des verbatims.

L'analyse s'est passée en deux temps. En premier lieu, les verbatims ont été analysés de manière verticale, c'est-à-dire d'analyser les verbatims séparément afin de faire émerger des codes et des concepts à partir de différentes unités sémantiques. Ces codes ont constitué des sous-thèmes puis ont été regroupés en grands thèmes.

Par la suite, l'analyse s'est portée horizontalement en comparant les différents verbatims et les différents thèmes retrouvés afin d'y trouver une vision globale.

6) Les aspects éthiques et réglementaires

a) *Avis des comités consultatifs*

L'étude a fait l'objet d'une déclaration après du Délégué à la Protection des Données (DPD) qui l'a validée en juillet 2020. Les autorisations écrites des responsables de la Faculté ont été obtenues préalablement à la réalisation des entretiens.

b) *Information et consentement*

Une lettre d'information écrite a été envoyée par mail à chaque participante avant de commencer l'entretien, dans laquelle était inscrit les modalités éthiques et réglementaires, une description de l'étude et de ses objectifs ainsi que les coordonnées de l'enquêtrice afin de laisser la possibilité aux participantes de la recontacter (annexe II).

Une information orale a été délivrée au début de l'appel téléphonique afin de laisser la possibilité aux participantes de se rétracter avant le début de l'entretien. Il leur a également été précisé qu'elles pouvaient, à n'importe quel moment, décider de ne plus participer et que leur entretien serait enlevé des données à analyser.

Après avoir recueilli leur consentement de participation à l'étude et d'enregistrement des interviews, l'entretien a pu commencer.

7) Anonymat

Les entretiens ont été anonymisés de sorte que les participantes ne puissent être identifiées : les répondantes ont été identifiées à l'aide de chiffre, et aucune donnée personnelle telles que la profession, la date de naissance ou l'adresse ne sera précisées.

Les enregistrements ont été archivés dans un fichier informatique sécurisé, accessible par un mot de passe uniquement connu de l'enquêtrice, et détruits après leur retranscription informatique.

RESULTATS

I. Caractéristiques socio-démographiques des répondantes

Dix entretiens ont pu être réalisés à partir d'un échantillon raisonné. Aucun des participants n'a retiré sa participation à la suite de l'entretien. Toutes les participantes étaient des femmes.

La durée des entretiens avaient une moyenne de 12 minutes et 51 secondes. La durée totale cumulée est de 109 minutes et 52 secondes. L'intégralité des entretiens a été enregistré et retranscrit par l'enquêtrice.

Les dix participantes étaient âgées de 18 à 26 ans, pour une moyenne d'âge de 21 ans (écart-type = 2,16). Quatre répondantes étaient étudiantes infirmières, trois étudiantes sages-femmes, deux étudiantes en médecine et une étudiante manipulateur radiologique. La moyenne d'âge du premier examen des participantes était de 19 ans (écart-type = 1,45). Sept d'entre elles sont allées chez une gynécologue, deux chez une sage-femme et une avait reçu son premier examen gynécologique auprès d'un médecin généraliste. Ces consultations ont eu lieu en cabinet de ville pour la moitié d'entre elles, mais également à l'hôpital, en clinique privée ou au service santé universitaire. Les professionnels de santé étaient pour sept d'entre eux des femmes, les trois restants étaient des hommes. Les motifs de consultation étaient très variés, pour des prescriptions de contraceptions, des pose de stérilet, des problèmes de menstruations ou d'acné, des infections génitales ou des interruptions volontaires de grossesse. La plupart des participantes ont été examinées lors de leur première rencontre avec le praticien, une seule répondante a dit avoir eu une première consultation sans examen avec le professionnel de santé.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des participantes à l'étude (Annexe III)

		Participant(e)s (n=10)	Pourcentage (%)
Age	18	1	10
	19	1	10
	20	2	20
	21	3	30
	22	2	20
	26	1	10
Filière	Infirmière	4	40
	Sage-femme	3	30
	Médecine	2	20
	Manipulateur-Radio	1	10
<u>Professionnel de santé</u>			
	Type		
	Gynécologue	7	70
	Sage-Femme	2	20
	Médecine générale	1	10
Sexe	Homme	2	20
	Femme	7	70
	2 professionnels de sexe différent	1	10
<u>A l'examen</u>			
	Age		
	18	5	50
	19	2	20
	20	1	10
	21	1	10
	22	1	10
Lieu	Hôpital	3	30
	Ville	5	50
	Service universitaire	1	10
	Clinique privée	1	10

II. Méthode d'analyse et émergence des résultats

Lors des entretiens, l'enquêtrice s'est intéressée à certaines thématiques dans la prise en charge des patientes afin de pouvoir évaluer la satisfaction globale des participantes lors de leur premier examen gynécologique. Des questions ont été posées sur le ressenti global des participantes, sur leur ressenti par rapport aux propos utilisés, aux questions posées, aux informations données et également par rapport au respect de la nudité, à la prise en compte de la douleur, à la demande du consentement et à la mise en confiance.

Lors de l'entretien, l'enquêtrice recherchait également les attentes que pouvaient avoir les jeunes femmes en amont puis en aval de l'examen.

La deuxième partie a permis de connaître l'influence de cet examen sur leur suivi médical puis sur leurs pratiques professionnelles actuelles et futures.

Grâce aux thématiques abordées, de nombreux critères de satisfaction se sont avérés communs chez les interrogées, regroupés en cinq thèmes au total.

Les thèmes retrouvés sont les suivants :

- Le comportement du praticien lors de la consultation
- Le comportement du praticien lors de l'examen
- La relation soignant-soigné
- Le respect
- Les influences autour de l'examen (annexe IV).

III. Résultat autour des entretiens

A. Le comportement du praticien lors de la consultation

1) La mise en confiance et communication

Tout au long de la consultation et de l'examen, un dialogue se crée. L'ensemble des patientes ont admis que ceci était nécessaire à leur mise en confiance et leur réassurance. En effet, sept participantes sur dix ressentaient du stress, de la gêne ou de la peur en amont de la consultation. Six participantes ont apprécié cette mise en confiance

comme l'exprime Mme N4 : « j'étais assez gênée mais elle a réussi à me mettre à l'aise ». Elle est rejointe par Mme N3 : « j'ai trouvé ça rassurant et ça a participé à ma mise en confiance ». Le reste des participantes, c'est-à-dire quatre d'entre elles, ont été déçues par ce manque de mise en confiance, Mme N5 l'a clairement exprimée : « il n'y a pas du tout eu de mise en confiance (...) je me suis fermée et j'ai coupé court à l'entretien ». Mme N1 n'en pensait « pas beaucoup de positif » également : « le soin relationnel était quasiment nul ».

La communication entre le patient et le professionnel de santé s'avère également important pour les répondantes, Mme N4 admet que cette communication lui a permis d'être à l'aise pendant la consultation mais regrette que celle-ci se soit arrêtée lors de l'examen : « J'aurais juste aimé qu'elle continue peut-être de me parler, parce qu'elle a arrêté de me parler quand elle a fait l'examen il me semble », ce silence l'a ramené à ses sentiments d'anxiété « tu te perds plus dans tes pensées et tu es plus anxieuse du coup ». D'autres répondantes ont fait ressortir un manque de communication lors de leur entretien, comme Mme N1 : « ils ont parlé entre eux, et moi ils me parlaient pas vraiment en face à face » et qui cite dans ses attentes : « qu'il y ait plus de communication » ou Mme N5 : « il était bref », « c'était vraiment mécanique comme entretien, comme si j'étais un numéro de patient ».

Plus de la moitié des participantes (60%) énoncent la mise en confiance et la communication dans les critères primordiaux à leur satisfaction.

2) L'écoute

Les participantes soulignent également l'importance de l'écoute dans leur satisfaction. Mme N6 l'exprime en décrivant une professionnelle de santé « très respectueuse et très compréhensive », Mme N4 l'a rejoint en admettant qu'elle a été satisfaite que le professionnel ait « pris soin de m'écouter ». Mme N10 dit avoir l'écoute comme seule attente particulière avant sa consultation : « elle était toujours à mon écoute, mais j'avais pas vraiment d'autres attentes ».

Au total, six participantes parlent de l'écoute comme élément important de satisfaction dont certaines comme critère majeur. Mme N5 le cite : « l'écoute ça fait vraiment tout », rejoint par Mme N4 : « être à l'écoute déjà ».

3) Le non jugement

Trois participantes regrettent de s'être senties jugées lors de leur consultation. Mme N2 dit s'être « sentie jugée » pour un oubli de retrait de tampon avant son examen, Mme N7 et sa mère n'ont pas apprécié les propos du professionnel de santé par rapport à un refus de vaccination contre l'HPV : « elle avait absolument voulu que je fasse le vaccin », « un peu jugée », elle dit que la praticienne était « un peu vieux jeu et pas très adroite dans ses propos ». Mme N5 rejoint ces deux répondantes, elle décrit un professionnel et « un discours hyper culpabilisant », elle a mal vécu ces propos et décrit sa première expérience comme « la pire » : « j'étais pas du tout dans un mood où je pouvais entendre et accepter ce genre de discours ».

A l'inverse Mme N6 a apprécié être face à un professionnel qui « ne jugeait pas », et le cite d'ailleurs dans les critères qui ont participé à sa satisfaction.

4) La bienveillance

La bienveillance, la gentillesse et le comportement du praticien ont également été citées par les participantes comme éléments clés de la prise en charge. Mme N4 décrit la professionnelle de santé avec qui elle a eu son premier examen gynécologique comme quelqu'un de « toujours agréable et jamais dans la négativité », Mme N8 et Mme N6 ont eu affaire à des professionnelles « très gentille(s) ».

A l'inverse, Mme N5 dit que « le médecin était HORRIBLE » : « il me parlait assez sèchement et assez mal ». Mme N2 a évoqué son ressenti par rapport comportement du praticien : « une gynéco qui est un peu froide d'apparence », elle est rejointe par Mme N7 : « elle paraissait froide, elle était pas très agréable ».

Mme N1 souligne également s'être sentie mal à l'aise car elle a fait face à des personnes qui lui étaient inconnues : « J'étais absolument pas à l'aise dans la mesure où quand ils sont entrés personne ne s'est présenté ».

Malgré que plusieurs répondantes évoquent ces thèmes pendant l'entretien, une seule a cité la gentillesse comme critère de satisfaction et une autre trouve cela important que le

praticien se présente, surtout lorsqu'il s'agit d'un contexte d'urgence où l'on ne connaît pas les professionnels de santé.

B. Le comportement du praticien lors de l'examen

1) La douceur du praticien

Lors de l'examen, 50% des participantes ont évoqué le thème de la douceur. En effet, elles recherchent un professionnel doux et délicat comme le constate Mme N8 : « un homme c'est bien aussi, enfin c'était plus doux ». Mme N9 se réjouit d'avoir eu un praticien doux également : « je pense que si elle m'avait pas dit pour le spéculum, je l'aurai même pas remarqué, donc vraiment très douce ».

De leurs côtés, Mme N5 n'a pas été satisfaite de la douceur du médecin « il était pas du tout dans la délicatesse ». Comme Mme N7, qui a changé de praticien à la suite de son premier examen afin de retrouver plus de douceur : « Tout ce que j'attendais je le retrouve chez elle, c'est la douceur ».

Trois participantes sur dix recherchent impérativement de la douceur dans leur suivi gynécologique lorsque l'enquêtrice leur demande de citer les critères de satisfaction.

2) La prise en compte de la douleur

Un examen gynécologique n'est pas toujours sans douleur. 80% des participantes évoquent le thème de la douleur, et surtout de la prise en compte de la douleur par le praticien.

La douleur peut apparaître à différents moments lors d'un suivi gynécologique, elle peut-être le motif de la consultation ou présente lors de l'examen ou même une conséquence de la prise en charge.

Mme N1 en a ressenti lors de la pose du spéculum : « elle arrivait pas à me mettre le spéculum », et elle n'a pas aimé le manque de considération du praticien : « cobaye quoi ». De même, Mme N5 s'est retrouvée face à un médecin qui n'a pas pris le temps de prendre en compte sa douleur ni d'essayer de la soulager : « il arrêtait pas de me répéter « détendez-vous », « détendez-vous sinon on va pas y arriver » « ah mais là faut se détendre » du coup j'essayais de me détendre mais c'était compliqué ».

De son côté, Mme N3 a été face à un praticien qui a utilisé différentes méthodes afin d'anticiper les douleurs et d'essayer de les diminuer au maximum comme elle peut le citer pendant l'entretien : « on a discuté d'autres choses aussi en même temps donc ça a permis de me détendre », « masser la bas du ventre avec des huiles essentielles de lavande », « elle m'a donné une dose d'homéopathie » ou encore « elle m'a fait respirer un peu des huiles ».

Mme N10, comme Mme N3, a consulté pour une pose de stérilet qui peut s'avérer douloureuse. Elle évoque un manque de préparation face à cette douleur : « par contre je pensais pas que la pose du stérilet ça faisait aussi mal », « on m'avait pas prévenu ».

Mme N7 a ressenti de la douleur à distance de l'examen, qui aurait été causé d'après elle par un traitement prescrit par le médecin. Elle se plaint d'un manque de considération du professionnel face à son état : « je l'avais appelé en disant que je supportais pas... elle m'avait dit qu'en gros, dans d'autres termes, mais que j'étais un peu une chochette », « que j'exagérais mes symptômes ».

Malgré ce taux élevé dans les participantes qui en parlent, seulement une seule a cité la prise en compte de la douleur par le professionnel de santé comme critère clé à sa satisfaction.

C. La relation soignant-soigné

1) Les informations et les explications

La relation soignant-soigné est important pour les participantes, et elle est basée sur l'échange, entre autre l'échange d'information et d'explications de la part du praticien. La quasi-totalité des participantes ont mis en lumière l'importance de recevoir des informations et des explications tout au long de l'examen, comme l'explique Mme N4 : « elle a pris soin de m'expliquer certaines choses par rapport au déroulement de l'examen » ou Mme N10 : « je sais qu'elle m'a vraiment tout expliqué, genre le corps, comment ça fonctionne et je trouve ça important ».

Lors de ce type d'examen surtout lors d'une première expérience, il est fréquent d'avoir besoin d'explication sur le déroulement de la consultation car cette rencontre est souvent

accompagnée de stress, de gêne ou d'anxiété. Mme N9 admet que cet aspect était manquant lors de son examen : « j'imagine un peu plus ce qu'elle aurait pu faire en plus, par exemple expliquer le processus ». Mme N6 souligne l'importance de ces explications : « j'aime bien qu'on me dise ce qu'on fait, être au courant de ce qui se passe, histoire de pas être surprise ».

Certaines participantes ont montré une certaine frustration lorsque le manque de dialogue entre elles et le praticien ne permettait pas d'avoir des réponses à leurs questions : « quand j'ai demandé ce que c'était, on m'a pas vraiment répondu ».

D'autres praticiens mettent en place des outils, des méthodes afin de donner un aspect éducatif, informatif à la consultation comme le cite Mme N3 : « elle m'a vraiment expliqué pas à pas », « elle avait beaucoup de documentation, enfin elle avait des petits utérus, des modèles ». Cela permet également au praticien d'aborder des sujets plus sensibles plus facilement, comme cette même participante peut l'expliquer : « c'est important pour moi qu'elle aborde des sujets tels que les violences ».

La moitié des répondantes explique qu'il leur est nécessaire d'avoir ces informations et ces explications au cours de la consultation afin d'en être complètement satisfaite.

2) Le climat : familial ou professionnel

Chez les jeunes femmes interrogées, les avis divergent concernant les attentes par rapport au climat existant pendant la consultation entre le patient et le praticien.

En effet, certaines recherchent un climat familial, avec une relation plus proche, plus intime. Comme l'exprime Mme N8 : « qu'il y est une sorte de relation spécifique comme par exemple avec le médecin généraliste...plus intime » ou encore Mme N7 : « elle est un peu plus proche, plus familiale, donc ça permet de mettre plus à l'aise quand même », « je préfère que la relation entre soignant-soigné soit plus proche, plutôt que de voir une grosse distinction entre la médecin et la patiente, je trouve qu'on se sent un peu moins à l'aise ».

De son côté, Mme N9 recense comme critère de satisfaction un climat plus professionnel. Elle préfère que le praticien ne soit pas trop familial afin d'éviter de se positionner comme un ami, comme elle le dit : « faire la distinction entre la patiente et un ami ».

D. Le respect

1) Le respect du consentement

Le recueil du consentement n'est pas toujours clairement exprimé par les professionnels de santé lors des consultations et des examens pourtant il représente un élément clé dans la satisfaction pour quatre des dix répondantes, soit près de la moitié (40%). Mme N3 a soutenu cette idée pendant l'entretien : « elle m'a aussi demandé mon consentement à chaque geste, donc ça c'était primordial pour moi », « c'était presque le point le plus important ».

Lorsque l'enquêtrice a posé la question du recueil du consentement, seulement quatre participantes disent que cette règle professionnelle a été respectée. Trois participantes affirment que le professionnel n'en a pas pris compte, et une répondante dit ne plus se souvenir. Pour le reste des participantes, le sujet du consentement n'a pas été évoqué au cours de l'entretien.

2) Le respect de la nudité, de la pudeur, de l'intimité

Le respect de la nudité est un thème qui a été cité par la quasi-totalité des participantes, soit 90%. Chacune d'entre elles soulignent que ce respect participe à les mettre à l'aise lors de l'examen en citant « d'embarrassant » ou de « pas agréable » le fait de se retrouver nue face à un inconnu. Mme N6 l'exprime en tant que sentiment positif : « je me suis pas changée devant elle, c'était pas embarrassant du coup », tout comme Mme N5 qui, elle, montre un ressenti négatif : « c'est toujours en face de lui en fait, le fait que ce soit lui j'étais pas hyper bien ».

Certaines participantes expliquent qu'elles avaient anticipé cette nudité, et ont fait des choix vestimentaires en prévision, comme Mme N3 : « J'avais pris soin de mettre une robe » ou Mme N2 : « j'avais fait exprès de mettre un t-shirt un peu long ».

50% des répondantes ont été face à un praticien qui avait mis en place des mesures pour prévenir de cette sensation de nudité, soit en pensant à un endroit spécifique pour se déshabiller à l'écart, soit en laissant le temps à la patiente de se rhabiller entre chaque partie d'examen (mammaire et vaginal par exemple) ou encore en leur offrant quelque chose afin de se couvrir. Plusieurs l'expriment, comme Mme N3 : « elle m'a passé un

linge pour couvrir », « j'avais gardé mes affaires à portée de main donc j'ai pu me rhabiller », Mme N6 : « c'était deux pièces séparées », Mme N9 : « elle avait créé un petit endroit pour se déshabiller », « elle donnait un paréo », « il n'y avait pas cette impression de nudité totale et j'ai gardé mon haut, j'avais juste le bas qui était nu » ou encore Mme N10 : « elle avait une petite salle, c'était vers la chaise mais à l'écart quand même ».

D'autres répondantes ont regretté cette sensation de nudité, de vulnérabilité. Elles soulignent le manque de considération du praticien face à cet aspect de l'examen, comme peuvent le soutenir Mme N1 : « je suis restée pendant une demi-heure les pattes écartées donc j'ai pas trouvé ça agréable quoi », « on m'a mis un espèce de... de papier d'hôpital sur les jambes mais c'est tout quoi », rejointe par Mme N5 : « je me suis déshabillée devant lui et il n'y avait pas de drap », et également par Mme N8 : « je me rappelle c'était en plein jour, enfin la salle en plein jour avec les fenêtres qui donnent sur l'extérieur », « mon seul petit soucis ça a été au niveau de la nudité ».

Ainsi, presque la moitié des jeunes femmes interrogées, soit 40%, cite ce respect de la nudité, de la pudeur et de l'intimité comme étant un critère majeur dans la satisfaction.

3) Le respect des règles de déontologie (règles d'hygiène, secret médical)

Parmi les thèmes évoqués pendant les entretiens, le respect des règles de déontologie ressortent comme un point important pour la satisfaction.

Une des participantes cite le respect des règles d'hygiène comme critère majeur dans la satisfaction.

De plus, le respect du secret médical est également évoqué dans un entretien, en effet Mme N9 l'explique « elle m'a raconté un truc très bizarre, elle a commencé à me raconter l'histoire d'une patiente qui avait eu les mêmes problèmes... je comprenais pas trop le rapport ». Ce moment avec le médecin l'aurait donc mis mal à l'aise, ne comprenant pas pourquoi le cas d'une autre patiente lui été évoqué, ceci montre donc que le secret médical, c'est-à-dire, le fait de ne pas parler de son histoire médicale avec d'autres personnes, lui semble important.

E. Les influences autour de l'examen

1) Des expériences de l'entourage

Lors des entretiens, plusieurs sont celles qui ont évoqué les expériences de leur entourage comme seule source de connaissance sur le déroulement des examens gynécologiques. Mme N5 l'exprime d'ailleurs très bien : « mes amies, ma mère, ma sœur m'avaient raconté mais moi j'avais encore jamais vécu ça, et je me basais sur ces expériences qu'on m'avait raconté ».

Mme N6, ressentait de la peur avant son examen : « je ne savais pas comment ça allait se passer ». Plus tard dans l'entretien, elle admet que cette peur vient également des échos qu'elle a pu avoir de son entourage sur leurs propres expériences : « j'avais beaucoup d'amies chez qui ça s'était pas bien passé du tout, donc j'avais du stress par rapport à ça ».

De son côté, Mme N8, à l'origine stressée par le fait que le professionnel de santé soit un homme, dit avoir été rassurée par les dires de son entourage : « j'étais un peu flippée que ce soit un mec mais après j'avais demandé à des potes et tout qui m'avaient dit qu'un homme c'était bien aussi ».

2) Du vécu sur le suivi médical

Pour ce qui concerne l'influence sur le suivi médical, deux groupes homogènes se créent parmi les répondantes.

50% admettent avoir vu un impact sur leur suivi, que ce soit au niveau du choix de professionnel, de contraception ou sur la fréquence des consultations.

Trois participantes sur les cinq évoquent un changement de professionnel de santé. Mme N2 le cite : « je n'y suis pas retournée », « je changerais et pourquoi pas prendre un homme ». Tout comme Mme N7 : « j'ai changé parce que je l'aimais pas du tout' « j'ai changé de professionnel et je me sens mieux ». De son côté Mme N9, qui était satisfaite de son premier examen, a dû changer à cause d'un déménagement : « je suis pas retournée la voir mais parce qu'elle est à (ville d'origine) et que ça fait beaucoup de kilomètres pour aller la voir » ; bien qu'elle admette également un souhait de changement suite à un

rendez-vous moins satisfaisant avec un autre professionnel : « je l'ai pas trouvé formidable donc je changerai de professionnel ».

Une participante, Mme N5, a vu sa fréquence de consultation diminuée comme elle l'évoque dans son entretien : « j'ai beaucoup repoussé », « j'y allais en trainant la patte ». Elle parle également de ses attentes lors d'un examen gynécologique : « j'ai revu mes attentes à la baisse ». Elle aurait donc moins d'attentes à la suite de son premier examen pour lequel elle se dit « pas satisfaite du tout ».

La dernière participante du groupe ayant vu un impact sur le suivi médical, évoque une appréhension au niveau du choix de contraception à cause de la douleur ressenti au moment de la pose du stérilet. Il s'agit de Mme N10 : « pour le suivi non mais pour la pose j'ai vraiment eu mal, j'appréhenderai quoi »

L'autre groupe, constitué des cinq autres répondantes, ne voient pas de changement dans la suite de leur suivi gynécologique ou médical. Mme N4 l'évoque très bien : « je pourrais facilement retournée la voir », rejointe par Mme N6 : « J'ai pas du tout peur d'y retourner » ou par Mme N8 : « Je vais toujours voir le même ».

3) Sur les pratiques professionnelles

La majorité des répondantes évoque un changement dans leurs pratiques professionnelles depuis qu'elles ont pris la place du patient. Mme N9 a soutenu cette idée : « quand on s'est mis à la place de la patiente, on voit pas les choses de la même manière ». Mme N7 l'a rejoint également : « je sais que je le reproduirais pas » « jamais je ferai un examen comme elle parce que j'ai détesté », tout comme Mme N5 : « y a ce truc qui te rappelle à quel point tu as été mal à l'aise ».

Mme N1 assume que son comportement a changé, et qu'elle n'a pas la même attitude en stage depuis le début de son suivi gynécologique : « ça permet de se remettre en questions sur comment on est en stage ».

De son côté, Mme N6 souligne que cette influence sur ses pratiques professionnelles ne viennent pas de sa propre expérience mais plutôt de son entourage : « je pense que c'est surtout l'expérience de mes amies ».

Une seule participante sur les dix ne voit aucun changement sur ses pratiques professionnelles. Il s'agit de Mme N3 : « c'est déjà quelque chose que je m'impose en stage », « ça n'a pas spécialement changé ».

F. La satisfaction globale

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer la satisfaction des étudiantes en santé concernant leur premier examen gynécologique. Lorsque l'enquêtrice a posé la question de la satisfaction, trois groupes se sont formés.

Le premier est le groupe qui se dit entièrement satisfait de son examen. Il est représenté par la majorité des participantes, soit 60%. Mme N4 le souligne : « j'ai été très satisfaite », « bonne expérience en tant que première fois ». Tout comme Mme N6 : « oui vraiment, elle était géniale ».

Deux participantes sur les dix se disent « pas du tout satisfaite » de leur examen. Mme N5 soutient cette idée : « j'ai mal vécu cet entretien », elle est rejoint par Mme N1 : « non pas du tout ».

Le dernier groupe se compose des derniers 20%, qui se montrent moins catégorique face à leur satisfaction, évoquant un ressenti mitigé. Mme N2 l'exprime d'ailleurs précisément : « sur l'examen oui, mais après si j'ai envie de changer de gynéco c'est parce qu'il y avait un souci, du coup mitigée ». Mme N7 rejoint ce sentiment en précisant avoir eu affaire à une « bonne médecin » mais soulignant un point négatif tout de même : « au niveau relationnel c'était pas du tout ça ».

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1) Forces

L'une des principales forces de cette étude se base sur la réalisation d'une étude qualitative. Beaucoup d'études, au niveau national comme international, ont été réalisées de manière quantitative ne permettant pas aux femmes de s'exprimer librement et de partager les éléments clés à leur satisfaction.

Chez certaines participantes, cette libération a été un réel soulagement, leur permettant enfin d'exprimer un vécu parfois marquant et difficile.

Par ailleurs, cette étude de type qualitative a permis de faire ressortir des sujets qui n'étaient pas mis en lumière sur d'autres études évaluant la satisfaction des femmes sur leur suivi gynécologique, comme par exemple le besoin d'informations et d'explications, thème qui n'était jamais ressorti auparavant dans d'autres études.

Une autre force de cette étude est le sujet en lui-même. L'intérêt a été centré sur la satisfaction de l'examen gynécologique et non sur l'ensemble de la consultation. Lors de la revue de littérature, l'enquêtrice a remarqué que beaucoup d'études avaient été menées sur la satisfaction en gynécologie, mais peu sur l'examen en lui-même. Peu d'études s'y sont également consacrées car beaucoup s'intéressaient à l'ensemble de la consultation, où un examen n'avait pas nécessairement toujours lieu.

2) Limites

Cette étude s'est déroulée au cours de l'année 2020, année touchée par une violente crise sanitaire limitant les interactions dans la population. Plus particulièrement car la majorité des entretiens ont eu lieu pendant le mois d'octobre, lorsqu'un confinement national a été annoncé par le Président de la République. Les entretiens ont tout de même pu se dérouler, mais de manière téléphonique. Ceci a donc limité l'analyse des résultats, ne permettant pas d'analyser la communication non verbale des participantes.

Cette période sanitaire a été difficile à vivre pour les populations étudiantes, les enfermant dans des petits appartements ou les obligeant à retourner chez leurs parents. Il en est

ressorti que le moral des étudiants a été fortement impacté, ceci a pu également être un frein lors du recrutement car leur motivation de participer à une étude a pu être diminuée.

Une seule enquêtrice a réalisé cette étude constituant un autre frein à l'étude. En effet, par manque de temps et de moyen, il a été impossible de réaliser un large recrutement auprès de la population étudiante.

A noter, un possible biais de mémorisation pour quelques participantes, puisque certains examens avaient eu lieu il y a plusieurs années. De même, un biais de subjectivité est à évoquer, surtout car les souvenirs négatifs peuvent être plus impactant et mémorables.

II. Discussion des résultats

A. Discussion des caractéristiques socio-démographiques

Lorsque l'on regroupe tous les caractéristiques socio-démographiques des participantes à l'étude, on remarque que dans l'échantillon recruté, aucune n'avait eu leur premier examen gynécologique en tant que mineure. Hors, à un jeune âge cet examen peut-être plus marquant, que ce soit dans le sens positif comme négatif. De plus, les répondantes étaient des étudiantes. En conséquence, elles se trouvaient toutes dans la même tranche d'âge « entre 18 et 26 ans » ne permettant donc pas de comparaison de satisfaction selon l'âge.

Lorsque l'on s'intéresse aux spécialités des différentes filières de santé, on remarque que les quatre filières initialement incluses dans l'étude ont toutes été représentées. Malgré tout, il existe un déséquilibre au niveau de la proportion de participante de chaque filière, comme on peut le remarquer avec une seule étudiante en manipulateur radiologique de recrutée.

En observant les caractéristiques des professionnels de santé consultés, il semblerait que les jeunes femmes commencent à se tourner vers d'autres spécialités pour prendre en charge leur suivi gynécologique même si le gynécologue reste prédominant.

Les femmes consultent dans des lieux variés, que ce soit à l'hôpital, en cabinet libéral, en clinique ou bien dans des dispositifs destinés aux étudiants. On remarque tout de même que les consultations à l'hôpital se font souvent en cas d'urgence, soit au service des urgences gynécologiques ouvert tous les jours de la semaine, 24h sur 24, soit en consultation, où l'on retrouve différents professionnels de santé. En conséquence, cela rend difficile le fait d'être suivie par un seul et même praticien. Les femmes consultent donc en majorité dans des cabinets libéraux ou dans les cliniques privées afin de pouvoir consulter un seul soignant pour leur suivi gynécologique, permettant de bâtir une véritable relation de confiance.

B. Discussion autour des entretiens

1) Une satisfaction basée sur :

a) *La communication et l'écoute...*

Les femmes soulignent l'importance du relationnel dans leur satisfaction. Dans l'étude de L.Charbonneau de 1991 concernant le premier examen gynécologique de l'adolescente, le thème du relationnel était déjà évoqué, en effet les femmes recherchaient un praticien à l'écoute, non jugeant, qui prend le temps de les mettre en confiance et de les rassurer (26). Ces éléments sont également ressortis chez nos répondantes. Elles aimeraient que la consultation comme l'examen se déroulent dans la communication afin de se sentir à l'aise de parler librement de sujets intimes et de se retrouver nu devant un inconnu.

Le premier examen gynécologique arrive souvent à l'entrée dans la vie adulte, âge où les femmes peuvent être gênées de parler de leur sexualité, il est donc primordial que le praticien montre des qualités de relationnel afin de permettre à l'examen de se dérouler sans gêne et sans peur. En effet, la gynécologie est un domaine qui touche à la sphère de la vie privée, où le soignant s'immisce dans l'intime de ses patientes (32). Dans la même étude de 1991, il était souligné l'importance pour les soignants de parler aisément de sujet comme la sexualité afin de faciliter l'échange avec les jeunes et d'établir une réelle relation de confiance (26).

Afin d'améliorer les prises en charge, les études de santé commencent à inclure dans leur formation l'aspect relationnel. Une faculté de médecine a décidé de mettre en place des séances de jeux de rôles auprès des étudiants. Les étudiants ont fait un retour

favorable de cette expérience, ils estiment que cela les rapprocherait de la réalité professionnelle et leur permettraient de progresser significativement sur leurs compétences relationnelles (33).

Un article de revue s'est intéressé à l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Il y aurait un manque de communication dans les prises en charge médicales par manque de temps ou d'écoute, difficultés de compréhension à cause de termes hypertechniques. Pour améliorer la qualité de cette relation, un groupe de travail a proposé ces recommandations :

- La prise de conscience de l'importance de la communication
- Avoir une attitude empathique : écoute, comportement, la parole, l'esprit de solidarité
- Une bonne gestion du temps
- Délivrer des informations compréhensibles
- Former des étudiants (34).

Dans son mémoire de 2018, C.Vignaud a mis en lumière que la satisfaction dépendait majoritairement du professionnel de santé rencontré (12). Dans notre étude, on remarque également que lorsque la participante n'a pas été satisfaite de son examen, elle cite toujours le comportement du praticien comme ayant été le principal problème lors de la consultation. Que ce soit parce qu'elle se soit sentie jugée ou pas écoutée ou même pour un climat l'a rendant inconfortable, elles mettent toutes en avant que le comportement du praticien ne leur a pas convenu.

De plus, on observe que les jeunes femmes se veulent actrices de leur santé, en effet elles recherchent au cours de ces consultations des explications et des informations, montrant une recherche de savoir et de compréhension des actes réalisés. Ceci rejoint les résultats d'une étude française évaluant la satisfaction des femmes en cas de recours à un IVG, les répondantes avaient cité que le manque d'explication avait impacté leur vécu (9). Il est donc important pour les professionnels de santé de prendre le temps avec leurs patients, de leur expliquer le déroulement, de répondre à leurs questions ; les examens médicaux ne se veulent plus mécanique ou routinier comme ils ont pu l'être dans le passé, on demande à présent au praticien une capacité d'adaptation à chaque patient.

b) ...*Un examen doux...*

Les femmes s'attendent pour la plupart à un examen potentiellement douloureux. En effet, il est admis auprès de la population féminine que les examens gynécologiques peuvent être accompagnés de douleurs (10). Lorsqu'une douleur apparaît, les femmes ne mettent pas ça sur le compte d'un mauvais praticien, par contre elles recherchent quelqu'un qui en prend compte et essaie d'agir en prévention afin de les soulager. L'enquête de satisfaction auprès de femmes ayant eu recours à l'IVG a évoqué le thème de la douleur et de sa prise en compte, en effet la majorité des femmes ont été satisfaites de leur prise en charge mais la douleur perçue lors de l'intervention reste un élément marquant pour elles (9). Ces résultats apparaissent également dans notre étude. Les répondantes ont souligné que certains professionnels de santé proposent des techniques de relaxation ou des positions antalgiques en prévention. Ceci est fortement apprécié par les femmes qui ont l'impression d'être écoutées et comprises.

En tant que soignant, il est important de prévenir la douleur induite par les soins. Cette prévention se fait à toutes les étapes du soin. Avant, il faut communiquer avec le patient, lui expliquer le déroulement de l'examen afin d'améliorer ses capacités de détente et d'identifier ses moyens de soulagement. Pendant l'acte, il faut s'assurer du confort du patient ainsi que de pratiquer les gestes de manière fluide et délicate. Puis à la suite de l'examen, il est primordial pour le patient de verbaliser son vécu et d'évaluer la douleur ressentie (35). La prise en compte de la douleur fait véritablement partie intégrante du soin, la HAS a donc mis en place des recommandations sur la gestion de la douleur par les professionnels de santé (36).

De plus, les femmes recherchent de la douceur. En effet, elles soulignent l'importance d'avoir un praticien qui fait preuve de douceur tout au long de l'examen afin de limiter au maximum les douleurs potentielles. Une étude turque de 2009 s'intéressant aux attentes des femmes lors d'un examen gynécologique a mis en lumière l'importance de la douceur lors d'un examen. Plus de la moitié des participantes avaient admis vouloir un praticien doux et compréhensif afin de diminuer leur anxiété et leur crainte (11).

La relation entre un patient et un professionnel de santé est asymétrique, le patient subit sa position, il est malade, en position de vulnérabilité et est dépendant du soignant.

c) *...Dans un cadre respectueux.*

Le respect est un des éléments que recherchent en priorité les femmes lors de leur suivi gynécologique. Beaucoup d'études avaient déjà fait ressortir ce thème dans leurs résultats, comme l'étude turque précédemment évoquée, l'étude concernant la satisfaction autour des IVG ou encore l'étude plus ancienne de L.Charbonneau (11)(9)(26). Le respect est un élément clé qui est ressorti de chaque entretien avec nos répondantes. L'examen gynécologique, est un des examens médicaux les plus intimes, les patientes se sentent en position de vulnérabilité et elles veulent pouvoir avoir entièrement confiance en leur soignant.

Le recueil du consentement permet aux femmes de prendre confiance en leur soignant mais également de se sentir prises en considération, si celui-ci n'est pas respecté cela peut fortement impacté le suivi médical. En effet, cela pourrait causer une atteinte à l'intégrité physique des patientes, voire engendrer des traumatismes, selon le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (13).

La nudité fait partie intégrante d'un examen gynécologique mais c'est un élément que les femmes redoutent le plus souvent. Dans l'étude turque publiée en 2019, 41,8% des femmes se disaient gênées par cette nudité (11). Dans la publication de L.Charbonneau, il est mis en avant que la pudeur doit être respectée par le professionnel de santé, et qu'il est préférable de permettre aux femmes de se changer à l'écart ainsi que leur offrir un drap afin de se couvrir (26). Ce sont les mêmes résultats qui sont ressortis de notre étude. En effet, les participantes ont cité la nudité comme l'élément le plus anxiogène lors d'une consultation. Elles ont également souligné qu'elles appréciaient que les praticiens prennent en compte leur pudeur et leur proposent des alternatives afin de ne pas avoir à se retrouver complètement nue devant un inconnu. Il n'existe pas de règles universelles autour de la pudeur, chaque femme vit l'examen de manière différente selon son âge, ses croyances, ses coutumes...etc. Mais lors d'une consultation médicale, une relation asymétrique se crée entre le patient et le soignant, en effet le malade se repose sur le professionnel de santé pour le soigner, il subit sa posture. Cette asymétrie déséquilibre le rapport, entraînant une sensation de vulnérabilité chez le patient (37).

2) Le poids des influences

Cet examen est considéré comme un rite de passage entre l'adolescence et la vie adulte, toutes les femmes vont en recevoir au cours de leur vie. Une étude s'est intéressée à l'examen idéal imaginé par les jeunes femmes n'en ayant encore jamais reçu, les résultats ont montré qu'énormément d'influence venait peser sur leur représentation d'un examen gynécologique. Une méconnaissance générale est présente, les jeunes femmes en recherche d'informations se tournent donc vers leur entourage pour répondre à leurs questions (10). Lors des entretiens, les participantes ont également admis se baser sur les expériences de leur famille ou de leurs amies.

Cet examen est récurrent dans un suivi gynécologique, une femme en bonne santé recevrait une trentaine d'examens au cours de sa vie (15). En effet à partir du 25 ans commence le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'un frottis cervico-utérin ; bien qu'une femme puisse nécessiter un examen avant cet âge. La santé gynécologique est un enjeu majeur en santé publique, beaucoup de pathologies existent et peuvent impacter la vie d'une femme ainsi que sa descendance, il est, par conséquent, important de les dépister au plus tôt afin de garantir une prise en charge optimale. Pour que le dépistage soit efficace, il faut que les femmes restent assidues à l'égard de ce suivi.

Notre étude s'est intéressée aux jeunes étudiantes en santé, c'est-à-dire aux futurs praticiens qui réaliseront à leur tour des examens touchant à l'intimité de leurs patients. Ceci a permis de mettre en lumière que cet examen représente un tournant auprès des futures professionnelles de santé, car cela leur permet de se mettre à la place des patients lors d'un examen des plus intime. Beaucoup affirment être changé à la suite, et prendre conscience de l'importance du comportement du professionnel de santé. Cette réalisation est importante car cela montre que lorsque l'on a pas été mis à la place du patient, il est facile de ne pas se rendre compte que certains aspects de la prise en charge sont primordial à la satisfaction des patients, comme par exemple le fait de se présenter afin que le patient sache qui se trouve en face de lui lorsque sa prise en charge va lui faire rencontrer une multitude de soignants différents. Dans la littérature, aucune étude s'intéressant également à cet aspect a été retrouvée

III. Perspective d'avenir et projet d'action

La plupart des critères de satisfaction cités par les participantes lors de l'examen touchent au comportement du praticien. La communication, l'écoute, la douceur et le respect sont des critères de satisfaction qui sont propres à chacun, que ce soit du côté du praticien ou de la patiente. En effet, chaque femme recherche un comportement différent lors de sa prise en charge, et aura des attentes plus ou moins spécifiques. Il est difficile de mettre un réel cadre sur le comportement du soignant car chacun a un relationnel différent, permettant aux femmes de trouver celui qui leur correspond.

Depuis plusieurs années, le relationnel est inclus dans les études de la santé. En effet, un professionnel de santé de qualité n'est plus seulement expert en théorique et en pratique, il doit également faire preuve d'empathie, d'écoute et de douceur. Il s'agit du seul point de levier afin de former les nouvelles générations de médecins, de sages-femmes et autres professionnels de santé à mettre en valeur l'aspect relationnel d'une prise en charge.

Lors des entretiens, il est également ressorti que les femmes apportait énormément de place au respect de la nudité, de la pudeur et de l'intimité. Lorsqu'elles ont pu parler de ce sujet, elles ont admis apprécier de pouvoir se changer dans un endroit calme, à l'écart ou de se voir offrir un drap ou un vêtement pour se couvrir afin de limiter cette sensation de nudité totale face à un inconnu. Dans les pratiques professionnelles, il est admis qu'un examen est facultatif et ne devrait d'ailleurs pas se faire lors d'une première consultation afin de laisser le temps à la confiance de s'installer entre le professionnel de santé et la patiente. Hors, on remarque que selon les motifs de consultation, un examen est parfois nécessaire dès la première rencontre, laissant peu de temps à une relation de confiance de se bâtir. On peut, par contre, mettre en place des recommandations plus cadrées sur les caractéristiques d'une salle d'examen.

Que ce soit en gynécologie ou lors d'autres examens médicaux, les patients ont parfois à se dévêtir. Il serait peut-être possible d'exiger qu'une salle d'examen soit munie d'un coin isolé d'un paravent afin de permettre aux patients de se déshabiller à l'abri des regards. Il serait aussi sans doute possible de demander au praticien d'offrir au patient un drap ou un paréo lui permettant de circuler dans la cabinet sans être complètement dénudée, et de pouvoir se couvrir pendant l'examen.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en lumière les différents critères de satisfaction des jeunes femmes lors d'un examen gynécologique. Le comportement du praticien tout au long de la consultation, c'est-à-dire pendant l'interrogatoire ainsi que l'examen, est l'élément clé à leur satisfaction. Les femmes souhaitent être face à un soignant compréhensif, à l'écoute et doux avec lequel elles peuvent créer une relation de confiance afin de se sentir à l'aise et non jugées.

Les femmes n'imaginent pas d'examen gynécologique sans nudité, ce qui reste très anxiogène chez la population jeune. Le respect de cette nudité et de cette pudeur est également un facteur décisif dans la satisfaction des patientes, elles apprécient avoir un endroit pour se dévêtir à l'abri des regards ainsi que de se voir offrir un linge leur permettant de se couvrir afin de limiter la sensation de nudité totale face à un inconnu.

Le suivi gynécologique d'une femme se retrouve sous l'influence de nombreux facteurs différents. En effet, les jeunes femmes ne reçoivent que peu d'informations sur ce qui se passe dans une consultation gynécologique, elles se renseignent donc auprès de leur entourage le plus souvent. C'est d'ailleurs la base des représentations que les femmes se font des examens gynécologiques. Cette étude a également mis en lumière l'importance du vécu du premier examen gynécologique sur le reste du suivi médical d'une femme. Il est donc primordial pour les professionnels de santé de prendre le temps d'écouter et de mettre en confiance leurs patientes afin de laisser aux femmes avec une bonne expérience et donc de garantir leur suivi.

Finalement, cette étude s'est intéressée au positionnement des étudiantes en santé. En effet, on remarque que le comportement d'un professionnel de santé change lorsque l'on a eu l'occasion de se mettre à la place des patients, dans ce cas-ci, c'est-à-dire vivre un examen gynécologique qui touche particulièrement à l'intimité.

Des études à plus grande ampleur pourraient être réalisées, sans se concentrer sur la population étudiante en santé par exemple, afin d'évaluer à plus grande échelle la satisfaction autour du premier examen gynécologique. Par ailleurs, il serait intéressant d'explorer les différentes méthodes utilisées pour mettre en confiance auprès des professionnels de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

1. Winckler M. La crise de la médecine générale. Les Tribunes de la sante [Internet]. 2009 [cité 14 juill 2021];n° 22(1):67-74. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/seve.022.0067>
2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
3. Quéré L. Luttes féministes autour du consentement. Rech Fem [Internet]. 18 mai 2016 [cité 14 juill 2021];Vol. 35(1):32-47. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/nqf.351.0032>
4. Larousse É. Définitions : satisfaction [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085?q=satisfaction#70314>
5. Formet J, Dole C, Laroche J, De Lapparent T, Malincenco L, Gay C. Cancer du sein et chirurgie ambulatoire : état des lieux de l'activité et évaluation de la satisfaction des patientes. Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. 2019 [cité 21 févr 2020];47(11):769-75. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.07.012>
6. Boulliard Poulteau M, Trombert B, Gocko X, Bouteille C, Chauleur C. La chirurgie ambulatoire du cancer du sein : étude de satisfaction des patientes et place du médecin traitant. Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. 2019 [cité 21 févr 2020];47(9):619-26. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.07.016>
7. Simoni M, Laurent F-X, Evrard S, Bruneau L, Allio N, Randet M. Patient satisfaction regarding outpatient mastectomy in Saint-Nazaire hospital center. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2017 [cité 21 févr 2020];46(4):323-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.02.011>
8. Raimondi D, Azuar P, Barranger E, Azuar AS. Prise En Charge Chirurgicale Du Cancer Du Sein Ambulatoire Versus Hospitalisation D'une Nuit: Enquete De Satisfaction. Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. 2020 [cité 21 févr 2020]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.01.025>
9. Branger B, David P, Bonnet B, Coutin A-S, Collin R. Enquête de satisfaction de 319 femmes ayant eu recours aux centres d'IVG dans les Pays de la Loire. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2016 [cité 21 févr 2020];45(8):955-62. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.04.004>
10. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat M-E, Oustric S. Le premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles: Recherche qualitative par entrevues semi-dirigées. Can Fam Physician [Internet]. 2017 [cité 27 nov 2019];63(8):371-5. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/63/8/e371>
11. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery [Internet]. 2009 [cité 20 oct 2019];25(5):500-8. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.006>

12. Vignaud C. Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans en France [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Paris]: Ecole de Sage-Femme de Baudelocque; 2018 [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01898622>
13. Bousquet D, Couraud G, Collet M. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (HCE); 2018.
14. Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF). Les violences obstétricales et gynécologiques [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.irasf.org/definition-violences-obstetricales-gynecologiques/>
15. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes | Baromètres Santé [Internet]. Santé Publique France. 2010. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>
16. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : déterminants, enjeux, perspectives. La Revue Sage-Femme [Internet]. 2019 [cité 6 nov 2019];18(3):145-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2019.03.002>
17. Rahib, D, Le Guen, M, Lydié, N. Baromètre Santé 2016 : Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent [Internet]. Santé Publique France. 2016 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
18. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
19. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF). Les compétences des Sages-Femmes : le suivi gynécologique de prévention et la contraception [Internet]. CNOSF. 2011 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Le-suivi-gyn%C3%A9cologique-de-pr%C3%A9vention.pdf>
20. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Les droits de prescriptions des Sages-Femmes [Internet]. 2011 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Les-droits-de-prescription-des-sages-femmes.pdf>
21. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez l'homme et la femme [Internet]. has-sante.fr. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
22. Larsen, M, Oldeide, CC, Malterud, K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. Oxford University Press. 1997;14:148-52.
23. Grange Cabane A. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen

gynécologique du point de vue des patientes [Thèse : Médecine]. [Bordeaux]: Université de Médecine de Bordeaux; 2015.

24. Article 222-22-2. Code pénal.

25. Article 222-23. Code pénal.

26. Charbonneau L. Le premier examen gynécologique de l'adolescente : Apprendre à l'Adolescente à Prendre Charge De Sa Santé. *Can Fam Physician* [Internet]. 1991;37:1156-61. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2145334/>

27. Haute Autorité de Santé (HAS). État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. *has-sante.fr*. 2010 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-France

28. Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. *has-sante.fr*. 2010 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501380/en/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus

29. Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. 2014 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage

30. Boutet G. L'examen gynécologique. *EMC, Gynécologie*. 2009;43-A-10:11-4.

31. Haute Autorité de Santé (HAS). Première prescription de contraception [Internet]. *has-sante.fr*. 2019 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

32. Giami A. Les soignants face à l'intimité et à la sexualité. *Soins* [Internet]. déc 2018 [cité 7 août 2021];63(831):44-7. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2018.10.013>

33. Deffieux X, Faivre E, Frydman R, Senat M-V. Enseigner la relation médecin-malade en gynécologie obstétrique par des séances de jeu de rôle. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 1 mai 2008 [cité 7 août 2021];37(3):291-8. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.10.007>

34. Mantz J-M, Wattel F, Barois MA, Banzet MmP, Duboussat J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Acad Natl Med* [Internet]. 2006 [cité 7 août 2021];190(6):1299-302. Disponible sur: [https://dx.doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)33236-4](https://dx.doi.org/10.1016/S0001-4079(19)33236-4)

35. Hallouët P, Eggers J, Malaquin-Pavan E. Prévention de la douleur induite par le soin. In: *Fiches de soins infirmiers* [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 7 août 2021]. p. 210-30.

Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1016/B978-2-294-74334-4.50038-1>

36. Haute Autorité de Santé. Guide thématique des experts-visiteurs | Prise en charge de la douleur [Internet]. has-santé.fr. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/pec_douleur_-_guide_ev_v2014.pdf

37. Saltel P, Gabelle P. La question de la pudeur dans les relations de soin. *Éthique & Santé* [Internet]. 1 mars 2021 [cité 7 août 2021];18(1):40-4. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462920301100>

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Annexe II : Lettre d'information

Annexe III : Tableau regroupant les caractéristiques sociodémographiques des participantes

Annexe IV : Tableau regroupant les différents thèmes et sous-thèmes de l'étude

Annexe I : Grille d'entretien

- 1) Quel âge avez-vous ? Dans quelle filière de santé étudiez-vous ?
- 2) Quel était le contexte de votre examen gynécologique ?
 - a. Quel âge aviez-vous ?
 - b. Pour quel motif consultiez-vous ? Quels actes ?
 - c. Quel professionnel de santé : genre, qualité, lieu de la consultation ?
 - d. Aviez-vous un accompagnant ? Le souhaitiez-vous ?
- 3) Qu'avez-vous pensé du déroulement de cet examen ? Quel ressenti avez-vous eu ? (douleur, peur, gêne, anxiété, à l'aise, contente, écoutée...etc)
 - a. Qu'avez-vous pensé des propos, du vocabulaire utilisé lors de la consultation ?
 - i. Les propos vous ont-ils mis mal à l'aise ?
 - ii. Comprenez-vous toutes les informations données ? Le vocabulaire était-il adapté ?
 - iii. Avez-vous été gênée par certaines questions ?
 - b. Qu'avez-vous pensé de la gestion de la nudité ?
 - c. Qu'avez-vous pensé de la gestion de la douleur ?
 - d. Qu'avez-vous pensé de la mise en confiance ?
- 4) Quelles étaient vos attentes avant cet examen ? Ont-elles été satisfaites ? Et quelles sont-elles maintenant ?
- 5) Votre expérience a-t-elle influencé votre suivi gynécologique actuel ? Si oui, comment ?
(fréquence des consultations, choix de contraception, suivi médical, type de professionnel de santé...etc)
- 6) Diriez-vous que le vécu de cet examen a influencé votre vision de votre pratique professionnelle actuelle et/ou future ? Et comment ?
(rapport à l'intimité, recueil du consentement, informations données, écoute du patient...etc)
- 7) Avez-vous été satisfaite de manière générale ? Y a-t-il eu un ou plusieurs critères importants à votre satisfaction ? Influencé par position en santé ?

LETTRE D'INFORMATION

**Satisfaction de la prise en charge de l'examen gynécologique
auprès des étudiantes en santé**

Investigateurs :

SAVIN Lucie, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand.

Sous la direction de X, encadrante sage-femme

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail.

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « Satisfaction de la prise en charge de l'examen gynécologique auprès des étudiantes en santé »

Une étude sur la satisfaction de la prise en charge de l'examen gynécologique est engagée auprès des étudiantes en santé à Clermont-Ferrand. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame X, sage-femme encadrante à L'Ecole Sage-Femme de Clermont-Ferrand.

1. Pourquoi cette étude

Le suivi gynécologique fait partie intégrante de la vie médicale d'une femme. Au cours de leur vie, nombreuses sont les femmes qui vont recevoir un ou plusieurs examens gynécologiques. Cet examen touche à l'intimité et à la pudeur d'une femme, et est souvent source d'anxiété et de peur. Cette étude s'intéresse au ressenti des jeunes femmes lors de cet examen et de son influence sur l'avenir de leur suivi. L'intérêt de réaliser cette étude auprès d'étudiantes en santé est de mettre en lumière si leur propre expérience personnelle peut influencer leurs pratiques professionnelles, il s'agit donc de filière de santé ayant des pratiques touchant à l'intimité des patients.

2. L'étude en pratique

Cette étude se fera sur la base d'entretiens semi-dirigés avec des étudiantes en santé de 18 à 26 ans ayant déjà reçu un examen gynécologique. Le recrutement se fera par du bouche-à-oreille, ayant des connaissances dans les différentes filières de santé incluses. A cause de la pandémie actuelle du COVID-19, les entretiens se feront à distance par des applications audio-visuelles. Avec l'accord de chaque participante, les entretiens seront enregistrés (audio seulement) afin de permettre une retranscription exhaustive par la suite puis une analyse des données aura lieu.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n°2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous avez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à l'enquêtrice à cette adresse postale.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires.

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données.

Annexe III : Tableau regroupant les caractéristiques sociodémographiques des participantes

		Participantés (n=10)	Pourcentage (%)
Age	18	1	10
	19	1	10
	20	2	20
	21	3	30
	22	2	20
	26	1	10
Filière	Infirmière	4	40
	Sage-femme	3	30
	Médecine	2	20
	Manipulateur-Radio	1	10
Professionnel de santé	Gynécologue	7	70
	Sage-Femme	2	20
	Médecin général	1	10
	Homme	2	20
	Femme	7	70
<u>A l'examen</u>			
Age	18	5	50
	19	2	20
	20	1	10
	21	1	10
	22	1	10
Lieu	Hôpital	3	30
	Ville	5	50
	Service universitaire	1	10
	Clinique privée	1	10

Annexe IV: Tableau regroupant les thèmes et les sous-thèmes de l'étude

Thèmes	Sous-thèmes
T1. Le comportement du praticien pendant la consultation	<ol style="list-style-type: none">1. Le mise en confiance et la communication2. L'écoute3. Le non jugement4. La bienveillance
T2. Le comportement du praticien pendant l'examen	<ol style="list-style-type: none">1. La douceur du praticien2. La prise en compte de la douleur
T3. La relation soignant-soigné	<ol style="list-style-type: none">1. Les informations et les explications2. Le climat : familial ou professionnel
T4. Le respect	<ol style="list-style-type: none">1. Du consentement2. De la nudité, de la pudeur, de l'intimité3. Des règles déontologiques (règles d'hygiène, secret médical)
T5. L'influence	<ol style="list-style-type: none">1. Des expériences de l'entourage2. Du vécu sur le suivi médical3. Sur les pratiques professionnelles

Résumé :

Introduction : La satisfaction a souvent été étudiée en gynécologie, mais s'est rarement concentrée sur l'examen gynécologique et sur les attentes des patientes. De plus, le système de soin français a longtemps condamné les femmes à rester passives en ce qui concernait leur propre santé. Cette étude s'ajoute donc à une recherche de libération de la parole auprès des femmes afin qu'elles reprennent une place active.

Méthode : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction du premier examen gynécologique auprès d'étudiantes en santé. Une étude qualitative de type descriptive et interprétative a été menée, et les participantes furent recrutées sur les réseaux sociaux. Au total, dix jeunes femmes ont accepté de se livrer dans des entretiens semi-directifs.

Résultats : La satisfaction des femmes repose sur de nombreux critères clés comme la communication, l'écoute, la bienveillance, la douceur, la prise en compte de la douleur et le respect de l'intimité. Les avis divergent concernant la relation soignant-soigné, certaines souhaitent une relation familiale alors que d'autres préfèrent garder un cadre très professionnel. De plus, on remarque que le suivi médical est sous l'influence de nombreux facteurs comme l'entourage ou le vécu de la première expérience.

Discussion : Les données de la littérature sur la satisfaction en terme d'examen gynécologique ont été retrouvées et approfondies. Le lien entre le ressenti en tant que patient et le comportement en tant que soignant a également émergé lors de cette étude.

Conclusion : Les femmes ont des attentes importantes par rapport au comportement du professionnel de santé lorsqu'il s'agit d'un examen aussi intime que l'examen gynécologique. De nombreux critères de satisfaction ont fait surface.

Mots clés : Satisfaction – Gynécologie – Examen – Étudiantes - Santé

Summary :

Background : Satisfaction has often been studied in gynaecology, but it rarely focused on the pelvic exam. Moreover, the former French care system used to condemn women to stay passive about their health. This study maintains the seeking of a liberated speech to help women regain an active place.

Methods : The main objective of the study was to evaluate the satisfaction of the first pelvic exam with female students in health sector. A qualitative study with a descriptive and interpretative aim was led, and the participants were recruited on social medias. A total of ten women accepted to confide in semi-structured interview.

Results : Women's satisfaction rests on many criteria such as communication, attentiveness, kindness, gentleness, pain management and respect of intimacy. However, opinions differ when it comes to patient-carer relationship, some women prefer a closer relationship with health care workers and others prefer a strictly professional setting. In addition, we can note that the medical follow-up is under the influence of several factors like relatives or a first experiences.

Discussion : The literature data on the satisfaction about a pelvic exam have been found and deepened. A link between a caregiver's behavior and the way we feel as patient has emerged from this study.

Conclusion : Women have high expectations about the behavior of a health professional when it comes to an intimate exam such as a pelvic exam. Many satisfaction criteria have surfaced.

Key words : Satisfaction – Gynaecology – Pelvic Exam – Students - Health