

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Bonnes pratiques en consultation gynécologique, parole aux femmes.
Etude observationnelle, descriptive, réalisée par le biais d'auto-
questionnaires destinés aux femmes de plus de 18 ans bénéficiant d'un
suivi gynécologique.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2022 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Pauline LEROUGE**

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Carine MARTIN

SERMENT D HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

HCE = Haut Conseil de l'Égalité

CHRU = Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGOF = Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HPV = Papillomavirus

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

INSEE = Institut National de la Statistique et des Études Économiques

DIU = Dispositif Intra Utérin

ERES = Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale

ENFAMS = Enfants et Familles Sans Logement Personnel

CPEF = Centre de Planification et d'Éducation Familiale

PMI = Protection Maternelle et Infantile

IST = Infection Sexuellement Transmissible

DREES = Direction de la Recherche des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS = Haute Autorité de Santé

INSERM = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

TABLE DES MATIERES

RESUME	10
INTRODUCTION	11
A. Essor de la gynécologie en France : historique et pratiques cliniques	11
1. L'importance de l'examen gynécologique à travers l'histoire	11
2. Suivi de la femme et déroulement d'un examen gynécologique de nos jours	12
3. Recommandations existantes sur la pratique clinique	14
B. Emergence du féminisme en France et scandales médiatiques liés aux violences gynécologiques	16
1. L'histoire du féminisme en France	16
2. Scandales médiatiques	18
C. Réactions des autorités et des professionnels de santé	19
1. Rapport du Haut Conseil de l'Egalité (HCE) du 29 juin 2018	19
2. Charte des bonnes pratiques en consultation par le CNGOF	22
MATERIELS ET METHODES	23
A. Méthode utilisée	23
1. Type d'étude	23
2. Population étudiée	23
3. Elaboration et diffusion du questionnaire	23
B. Données statistiques	24
C. Ethique	24
RESULTATS	25
A. Description de la population participant à l'étude	25
I) Caractéristiques intrinsèques des participantes à l'étude	25
1. Catégorie d'âge	25
2. Catégorie socio-professionnelle des participantes	26
3. Lieu d'habitation	27
4. Etat de santé de la population	27
5. Suivi gynécologique	28
6. Accessibilité aux gynécologues médicaux	30
7. Résumé des caractéristiques des participantes	31
II) Analyses croisées	33
1. Comparaison du profil des patientes suivies par tel ou tel praticien	33
2. Comparaison du profil des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique	35

B.	L'accueil et l'abord du praticien en consultation	36
	1. Abord du praticien	36
	2. Jugement du praticien	36
	3. Choix de la contraception	38
	4. Pression de conception	39
	5. Interruption volontaire de grossesse	40
	6. Sexualité et orientation sexuelle	40
	a. Abord de la sexualité en consultation	40
	b. Orientation sexuelle	41
	7. Résumé	42
C.	L'examen gynécologique	44
	1. Généralités	44
	2. Pudeur et intimité du moment	44
	3. Déroulé de l'examen gynécologique	46
	4. Questionnement sur la sexualité	47
	5. L'examen au spéculum et frottis cervico-vaginal	48
	6. Le toucher vaginal	49
	7. La palpation mammaire	49
	8. L'échographie pelvienne	49
	9. Satisfaction globale du suivi gynécologique	50
	10. Résumé	51
	DISCUSSION	53
A.	Résultats principaux	53
	1. Profil des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique	53
	2. L'accueil et l'abord du praticien en consultation	56
	3. L'examen gynécologique	59
	4. Bonnes pratiques gynécologiques, perspectives d'avenir	62
B.	Forces de l'étude	64
C.	Limites de l'étude	65
	CONCLUSION	67
	BIBLIOGRAPHIE	69
	ANNEXE	74

RESUME

INTRODUCTION : La consultation gynécologique est une consultation indispensable au maintien de la santé de la femme dans toutes ces dimensions : médicale, psychologique et sexuelle. Le Haut Conseil de l'Égalité (HCE) a publié un rapport en 2018 relevant très nettement une insatisfaction globale des patientes concernant la prise en charge de leur santé gynécologique. L'émergence des mouvements féministes ces dernières années a mis en lumière de nombreuses failles dans ce domaine. Nous avons donc mené une étude quantitative observationnelle afin d'interroger les femmes sur ce qu'elles apprécient ou redoutent lors des consultations gynécologiques dans le but d'améliorer les pratiques.

MATERIEL ET METHODE : 1291 participantes de plus de 18 ans bénéficiant d'un suivi gynécologique ont répondu à notre questionnaire mis en ligne via Google Forms sur les réseaux sociaux en moins de 48 heures. Le questionnaire était divisé en trois parties : la première les questionnant sur leur profil et leur modalité de suivi gynécologique, la deuxième sur l'abord du praticien et leur ressenti global en consultation et enfin la troisième partie sur le déroulement de l'examen gynécologique en lui-même. Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie bio-statistique du CHRU de Lille.

RESULTATS : Les participantes à notre enquête sont suivies régulièrement sur le plan gynécologique : dans 86% des cas et sont majoritairement en confiance avec le praticien assurant leur suivi. Elles se sentent souvent écoutées et peu souvent jugées. En revanche, elles sont une majorité à appréhender ce moment. Le manque d'explications sur le déroulé de l'examen gynécologique semble être un des freins aux bonnes pratiques gynécologiques. Le respect de la pudeur pendant la consultation lors du déshabillage ou de l'examen gynécologique est important pour elles. L'abord de la sexualité apparaît insuffisant en consultation gynécologique pourtant les femmes interrogées trouvent en leur praticien l'interlocuteur privilégié.

CONCLUSION : Notre étude retrouve un niveau élevé de satisfaction globale de leur suivi, les participantes se sentent en confiance et écoutées. Cependant il semble important d'améliorer la communication avec une grande ouverture d'esprit et sans jugement, de mieux informer et d'améliorer les conditions de réalisation de l'examen par des détails simples mais de grandes importances.

INTRODUCTION

A. Essor de la gynécologie en France : historique et pratiques cliniques.

La gynécologie médicale est la discipline médicale qui a pour objet l'étude de l'appareil génital féminin. Elle permet de suivre les femmes tout au long de la vie : de l'enfance à la période post ménopausique (1). L'examen gynécologique est un moment souvent redouté par les patientes, source de stress, d'inconfort, allant même parfois jusqu'à un sentiment de gêne et d'humiliation. (2) Pourtant cet examen est indispensable au maintien de la santé des femmes, il est donc important pour le praticien d'instaurer une relation de confiance avec la patiente afin de diminuer au maximum les expériences négatives liées à celui-ci.

1. L'importance de l'examen gynécologique à travers l'histoire

L'exercice de la gynécologie est pratiqué depuis des siècles. Déjà dans l'antiquité nous retrouvons les premières notions de gynécologie comme le rapporte le plus ancien traité de médecine connu « *le papyrus de Kahun* » en 1850 avant-JC qui décrit « le toucher vaginal comme un examen permettant d'explorer une masse » (3)



*Illustration 1 : Dessin de Jacques-Pierre Maygrier
- 1822.*

*Médecin à genou réalisant un toucher vaginal
sans inspection des organes génitaux externes*

Lerouge Pauline

L'examen gynécologique des patientes au XVIIIème siècle était principalement réalisé via le biais du toucher vaginal, moyen diagnostique alors unique et indispensable. Les médecins ne pouvaient pas regarder les organes génitaux des femmes aussi appelées *muliebrias* en latin car cela leur engendrait un sentiment de honte qui a longtemps handicapé la gynécologie. (illustration 1)

Ce n'est qu'au XIXème siècle avec l'arrivée du fauteuil gynécologique que l'examen au spéculum se démocratisa et que la vue se substitua au toucher permettant alors de nombreux progrès scientifiques dans ce domaine. La position allongée ou semi-allongée deviendra alors la position de référence. Cette position allongée, jambes écartées dans les étriers est vécue par certaines femmes comme une position de vulnérabilité et de passivité, les exposant à l'effraction. (illustration 2) (4)



FIG. 18. — Fauteuil à spéculum (genre anglais), ouvert.

*Illustration 2 : Fauteuil à spéculum
LEBLOND A (1878) traité élémentaire de
gynécologie*

2. Suivi de la femme et déroulement d'un examen gynécologique de nos jours

Le suivi de la femme peut-être réalisé par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme. C'est une consultation qui est à la fois un moment de dépistage, de diagnostic, d'éducation sexuelle et thérapeutique. Elle peut avoir lieu de manière préventive « systématique » chez une femme sans symptôme, indemne de pathologie apparente ou

Lerouge Pauline

ressentie ou bien dans un but thérapeutique en cas de manifestations cliniques. Elle vise le maintien de la santé des femmes toujours dans le respect de celles-ci.

Cette consultation a pour but d'accueillir, d'écouter, d'informer, de dépister, de prévenir, de conseiller et de soigner la population féminine selon le principe de « *Care and Cure* » ou prise en soin globale de la patiente. (5)

Les étapes généralement menées lors de celle-ci sont les suivantes :

1. **L'entretien** détaillé visant à connaître l'état de santé global de la patiente et le motif de venue de celle-ci. Première étape primordiale permettant d'orienter l'examen vers un but précis.

2. La prise de **tension artérielle** et la **pesée** de la patiente

3. L'inspection puis la **palpation abdominale**

4. **L'examen mammaire**, l'inspection visuelle recherchant des signes d'inflammation locale ou un écoulement puis la palpation quadrant par quadrant à la recherche d'une masse.

Ensuite, le praticien proposera un examen gynécologique qui sera toujours réalisé avec l'accord de la patiente s'il estime que cela est nécessaire et de façon non obligatoire.

5. **L'examen visuel de la vulve** et du périnée où le toucher intervient par la suite dans le but de déplisser les petites et grandes lèvres et de dégager le vestibule.

6. La mise en place d'un **spéculum** pour l'examen du vagin, du col utérin et l'étude des leucorrhées.

7. La palpation par le **toucher vaginal** qui permet de palper l'utérus et les annexes afin de vérifier l'absence de masse ou de douleur à la mobilisation utérine.

Ces étapes sont données à titre indicatif et l'ordre de réalisation peut et doit varier d'un praticien à l'autre en fonction de son expérience personnelle, du motif de venue et du souhait ou de l'acceptation la patiente.

La position gynécologique classique utilisée en France est le décubitus dorsal, genoux fléchis, pieds dans les étriers. (6) (illustration 3)

Lerouge Pauline

Mais il existe une autre variante moins connue, le décubitus latéral « à l'anglaise » (illustration 4) qui peut dans certaines cas permettre aux femmes de se sentir plus à l'aise et de rendre l'examen moins douloureux. C'est une position majoritairement utilisée en Angleterre. Elle est chez nous plus souvent d'usage en obstétrique.



Illustration 3 : Position gynécologique classique en décubitus dorsal ; illustration de l'Assurance



Illustration 4 : Position gynécologique « à l'anglaise » en décubitus latéral

Le moment de l'examen gynécologique est source de stress et d'appréhension chez beaucoup de femmes comme le suggèrent de nombreux travaux (7-10), l'examen peut-être vécu comme une violation de l'intimité et être source d'inconfort voir de douleurs. Il paraît alors indispensable que la bienveillance des femmes soit au centre des préoccupations du personnel médical s'en occupant.

3. Recommandations existantes sur la pratique clinique

Le suivi gynécologique de la femme est habituellement pratiqué annuellement comme le recommande le CNGOF à partir du début de l'activité sexuelle. (6)

La vaccination contre les infections à Papillomavirus Humains (HPV) est recommandée pour les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans avec un schéma à 2 doses (M0-M6). Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes femmes et les

Lerouge Pauline

jeunes hommes entre 15 et 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses. Elle doit être réalisée par le biais du vaccin Gardasil 9®. (11)

La réalisation d'un examen cytologique par frottis cervico-vaginal est recommandé à partir de 25 ans, puis l'année suivante puis tous les 3 ans jusqu'à 30 ans. Il permet le dépistage des cancers du col de l'utérus. Il se fait à l'aide d'une cytobrosse. (illustration 5)

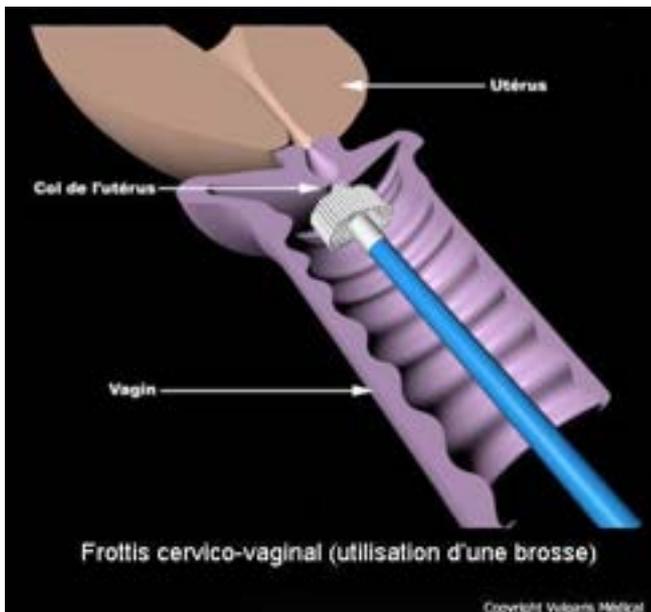


Illustration 5 : illustration de la réalisation d'un frottis cervico-vaginal à l'aide d'une cytobrosse. Illustration reprise à partir de Vulgaris Médical

Après 30 ans, c'est le test HPV qui prend le relais, il consiste en une recherche des HPV oncogènes à l'origine des cancers du col de l'utérus. Il est réalisé à la fréquence de une recherche tous les 5 ans en l'absence de pathologies cervicales jusqu'à l'âge de 65 ans. (12)

Le dépistage du cancer du col de l'utérus a permis de diminuer nettement la mortalité liée à ce dernier mais la couverture nationale du dépistage était de 58.2% (13) en 2019 et reste encore à améliorer.

La réalisation d'une mammographie de dépistage associée à un examen clinique est recommandée de 50 à 74 ans tous les deux ans dans la population générale dans le cadre du dépistage du cancer du sein. (14)

B. Emergence du féminisme en France et scandales médiatiques liés aux violences gynécologiques

1. L'histoire du féminisme en France

Le féminisme en France connaît ses premières heures à la fin du XIX^{ème} siècle. (15) Alexandre Dumas revendique l'invention du terme féminisme dans « *L'homme-femme* » en 1872 où il écrit « *Les féministes, passez-moi ce néologisme, disent : Tout le mal vient de ce qu'on ne veut pas reconnaître que la femme est l'égale de l'homme, qu'il faut lui donner la même éducation et les mêmes droits qu'à l'homme* ».

Il a ensuite rapidement été porté par sa première militante Hubertine Auclert, figure majeure de la lutte pour l'éligibilité et le droit de vote des femmes.

Le féminisme se découpe en trois vagues différentes :

- La **première vague**, basée sur les principes du droit de vote, du droit à l'éducation et des conditions de travail. Elle a eu lieu à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle. Elle a permis entre autre deux avancées majeures : en 1850 l'obligation de scolariser les filles et en 1944 le droit de vote des femmes.

- La **deuxième vague** est apparue au lendemain de mai 68, issues des mouvements politiques d'extrême gauche. Elle revendique la place de la femme dans la famille, une égalité culturelle, une sexualité libre et un droit à l'interruption volontaire de grossesse.

Deux révolutions majeures dans l'histoire de la gynécologie sont nées grâce à ce mouvement :

▶ Le légalisation du droit à la contraception le 19 décembre 1967 grâce à la loi NEUWIRTH (16)

▶ Le droit à l'interruption volontaire de grossesse obtenu grâce à la loi VEIL le 17 janvier 1975 (17)



Affiche du MLF-Genève réalisée entre 1971 et 1972. Pour le droit à l'avortement. [Archives contestataires]



Des femmes, portant une banderole pour la contraception, l'avortement et le contrôle des naissances, participent à la manifestation, 24 mai 1977, à Paris. © AFP

- La **troisième vague** démarre dans les années 1990, plus longue, se poursuivant encore aujourd'hui. C'est une vague plus diversifiée, hétéroclite, influencée par les mouvements féministe des Etats-unis. (15)

Sur le versant gynécologique, des scandales ont récemment émergé en Europe avec notamment l'apparition du concept de violences gynécologiques et obstétricales (18). En effet au début des années 2000, des féministes publiaient des articles sur les violences physiques,

Lerouge Pauline

verbales vécues lors de consultation gynécologique ou lors d'accouchements traumatiques dénonçant alors des pratiques abusives. (19)

2. Scandales médiatiques

Ces dernières années, de nombreux scandales médiatiques sont venus ternir l'image de la gynécologie.

C'est en **1958**, dans le *Ladies Home Journal* (20), magazine grand public américain, que les violences obstétricales sont dénoncées pour la première fois. En effet, l'article « Cruelty in maternity wards » relayait une lettre anonyme d'une femme suppliant l'éditeur « d'enquêter sur les tortures qui se produisent dans les salles d'accouchement modernes ». Cet article a eu un énorme impact sur les femmes et a initié le mouvement visant à autoriser la présence des pères en salle d'accouchement.

Dans les **années 2000** en France, plusieurs associations féministes émergent, dénonçant les actes violents obstétricaux et militent pour « une naissance respectée ». Une revue de littérature est publiée en 2006 concluant que l'accouchement pouvait donner lieu à des traumatismes dont certains allant jusqu'au syndrome de stress post traumatique. (21)

Mais ce n'est qu'en **2014** que le débat est relancé et que de nombreux mouvements ont lieu sur les réseaux sociaux et dans les tribunes médiatiques :

- Le **#PAYETONUTERUS** sur le réseau social Twitter, relayant plus de 7000 témoignages de patientes en l'espace de quelques jours. (22)

- Le groupe Facebook « **Paye ton gynéco** » a pris une ampleur phénoménale, où des centaines de témoignages sur les violences gynécologiques et obstétricales sont recueillis. (23)

- La page Instagram « **Love ton utérus** » (24) qui compte plus de 69000 abonnés créée par Marine GABRIEL, dénonçant également les violences gynécologiques et obstétricales, elle a par la suite publié un livre intitulé « **La vérité au bout des lèvres : combattre les violences gynécologiques et obstétricales** » (25) en 2020.

Lerouge Pauline

- Le blog **Marie accouche là**, (26) tenue par Marie-Hélène LAHAYE, auteure du livre **« Accouchement les femmes méritent mieux »** (27) qui compte plusieurs centaines de podcasts et de témoignages sur la maltraitance gynécologique.

- Le **« Livre noir de la gynécologie »** (28) dont la quatrième de couverture résume clairement l'objectif du livre : *« Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes. Tout au long de leur vie, les femmes mettent leur corps entre les mains des gynécologues. Paternalisme, sexisme, examens brutaux, paroles déplacées ou culpabilisantes, humiliations, absence de consentement, épisiotomies superflues, déclenchements abusifs... Si elles ont longtemps ignoré ou tu la maltraitance médicale, perçue comme inhérente à la condition féminine, les femmes osent désormais dénoncer la violence verbale ou physique de certains praticiens »*

C. Réactions des autorités et des professions de santé de la femme

1. Rapport du Haut Conseil de l'Egalité (HCE) du 29 juin 2018

A la suite de toutes ces controverses le Haut Conseil de l'Egalité a publié un rapport le 29 juin 2018 intitulé : *« Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme »*, sous la direction de Marlène Schiappa alors Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes dans le gouvernement d'Emmanuel Macron. (29-30)

Ce rapport se base sur les témoignages recensés sur les réseaux sociaux, dans les médias et les publications récentes sur le sujet.

Il définit les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical comme je cite *« 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 peuvent prendre*

Lerouge Pauline

des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves et sont le fait de soignants de toutes spécialités femmes et hommes, qui n'ont pas nécessairement l'intention d'être maltraitant.e.s. »

Ce rapport accable l'ensemble des acteurs de la professions, dépeignant alors un portrait peu glorifiant des professionnels de la santé des femmes.

Mais les chiffres sont réels et assez alarmants. Ce rapport a été axé principalement sur les violences obstétricales et n'évoque que très peu le ressenti des patientes lors d'examen gynécologique classique en libéral ou ailleurs.

Sur le versant obstétrical, ce rapport atteste que 6% (soit 50 000 femmes en 2016) des femmes se déclarent insatisfaites du suivi de leur grossesse.

1 accouchement sur 5 se solde par une épisiotomie et les taux d'épisiotomie diffèrent significativement entre deux maternités allant de 0.3% à 45% selon les maternités ce qui met en évidence une réelle discordance entre certains professionnels.

Chez les patientes ayant subi une épisiotomie, la moitié d'entre elles déplore un manque ou un défaut d'information avant ou au moment du geste.

Sur le versant général : 3,4% des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins en 2016 concernent des agressions sexuelles et des viols commis par des médecins.

Le Haut Conseil de l'Egalité a soulevé dans son rapport plusieurs éléments pouvant rendre les prises en charge complexifiées et inadaptées en consultation gynécologique médicale :

- La multiplicité des examens, en effet une femme en moyenne aura 50 consultations de gynécologie dans sa vie.
- Une insuffisance de prise en considération par les praticiens du caractère intime de ces consultations.
- Le sexisme, encore très présent et ancré dans les mœurs dans le secteur médical. Les actes sexistes évoqués dans ce rapport sont identifiés en 6 types (la non prise en compte de

Lerouge Pauline

la gêne de la patiente ; les propos porteurs de jugement sur la sexualité, la tenue, le poids ; les injures sexistes ; les actes exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix de la patiente ; les actes réalisés sans justification médicale et les violences sexuelles)

- L'histoire de la gynécologie médicale, marquée selon eux à l'origine de la spécialité par la volonté de contrôler le corps des femmes

- Et enfin le manque de moyens financiers et humains alloués à la santé des femmes.

Le rapport a alors publié 26 recommandations articulées autour de 3 propositions touchant le domaine du suivi gynécologique et obstétrical :

- Axe 1 : *reconnaitre l'existence et l'ampleur des actes sexistes, dont certains relèvent des violences.*

- Axe 2 : *prévenir les actes sexistes*

- Axe 3 : *améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi.*

Ce rapport a suscité de nombreuses réactions au sein du corps médical, car le portrait tiré est peu élogieux. Une remise en question des pratiques est entamée depuis plusieurs années déjà, mais il est certain au vu des statistiques et des nombreux témoignages que les efforts faits par la profession sont encore insuffisants.

2. Charte des bonnes pratiques du CNGOF

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France a choisi de réagir à l'ensemble des scandales des dernières années sur les violences gynécologiques et obstétricales en publiant une charte des bonnes pratiques pour les praticiens.

Celle-ci a pour objectif de définir un cadre légal afin que les patientes retrouvent confiance (31). Elle a été réalisée le 21 octobre 2021.

Les points principaux du rapport reprennent le fait que :

Lerouge Pauline

- La consultation gynécologique est une consultation à part entière qui touche à l'intimité des patientes, raison pour laquelle elle doit se dérouler dans le respect et la bienveillance.

- L'examen clinique n'est pas systématique, et doit toujours être réalisé sous conditions au préalable d'avoir informé correctement les patientes et d'en avoir eu l'autorisation par celles-ci.

- La personne examinée doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards dans un lieu adapté dans le respect de sa pudeur.

Les grands principes de base de la charte sont les suivants :

- La consultation en gynécologie ou obstétrique touche à l'intimité des patiente
- Le praticien conduit avec bienveillance et respect cette consultation
- L'examen clinique n'est pas systématique
- L'examen clinique doit être précédé par des explications claires sur ses objectifs et ses modalités
- L'accord de la patiente doit toujours être recherché et recueilli
- La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards
- La patiente doit pouvoir être accompagnée par la personne qu'elle souhaite
- L'examen peut comporter une palpation des seins, abdominale, un toucher vaginal ainsi qu'un examen au spéculum ou l'utilisation d'une sonde endovaginale
- L'examen doit pouvoir être interrompu par la patiente à tout moment
- Un étudiant est susceptible d'assister à la consultation, tout geste médical réalisé par l'étudiant doit l'être seulement avec l'accord de la patiente

Nous avons alors réalisé notre travail dans le but d'identifier des points faibles dans les pratiques médicales en consultation de gynécologie afin de trouver des pistes et des leviers pour améliorer celles-ci et redonner confiance aux femmes en permettant à ces dernières de bénéficier d'un suivi de qualité tant au niveau professionnel qu'humain.

En nous basant sur les remarques soulevées par le rapport du Haut Conseil de l'Égalité, nous avons élaboré un questionnaire anonyme visant toutes les femmes de plus de 18 ans bénéficiant d'un suivi gynécologique.

MATERIELS ET METHODES

A. Méthode utilisée

1. Type d'étude

Notre étude est une étude observationnelle, prospective, descriptive, quantitative réalisée par le biais d'auto-questionnaires anonymes visant une population féminine large recrutée via les réseaux sociaux. Notre population a été interrogée au mois de juillet 2021.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion de notre population ont été :

- Individu de sexe féminin
- Agée de plus de 18 ans.
- Ayant déjà bénéficié d'au moins un examen gynécologique.

3. Elaboration et diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé via Internet afin de toucher un maximum de patientes et d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible.

Il a été élaboré via le logiciel Google Forms.

Les réponses recrutées via ce questionnaire sont anonymes.

Il est composé de 43 questions à choix multiples et d'une question ouverte.

- La première partie du questionnaire permet d'étudier le profil des patientes
- La deuxième partie du questionnaire recueille le ressenti des patientes sur l'accueil et l'abord du praticien en consultation gynécologique
- La troisième et dernière partie du questionnaire permet d'interroger les patientes sur le déroulé de l'examen gynécologique lors de la ou des consultations antérieures.

Lerouge Pauline

- La dernière question est une question ouverte permettant d'ouvrir le débat afin de proposer par la suite des solutions pour améliorer les pratiques en consultation gynécologique.

A la suite de la mise en route du questionnaire nous avons recueillis un total de 1292 réponses en moins de 48h.

B. Données statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et de pourcentage. Les variables numériques ont été décrites en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des variables numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les comparaisons des groupes de patients ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux ou de Fisher exact (lorsque les conditions de validité du test du Chi-deux ne sont pas vérifiées). Des analyses post-hoc ont été réalisées pour les résultats significatifs en appliquant la correction de Bonferroni. Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHRU de Lille. Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

C. Ethique

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) a été sollicité, mais il apparaissait que cette étude n'entrait pas dans le champ des recherches impliquant la personne humaine au sens de l'article R.1121-1 du code de la santé publique (21). Par conséquent elle ne relevait pas d'un avis auprès du CPP.

RESULTATS

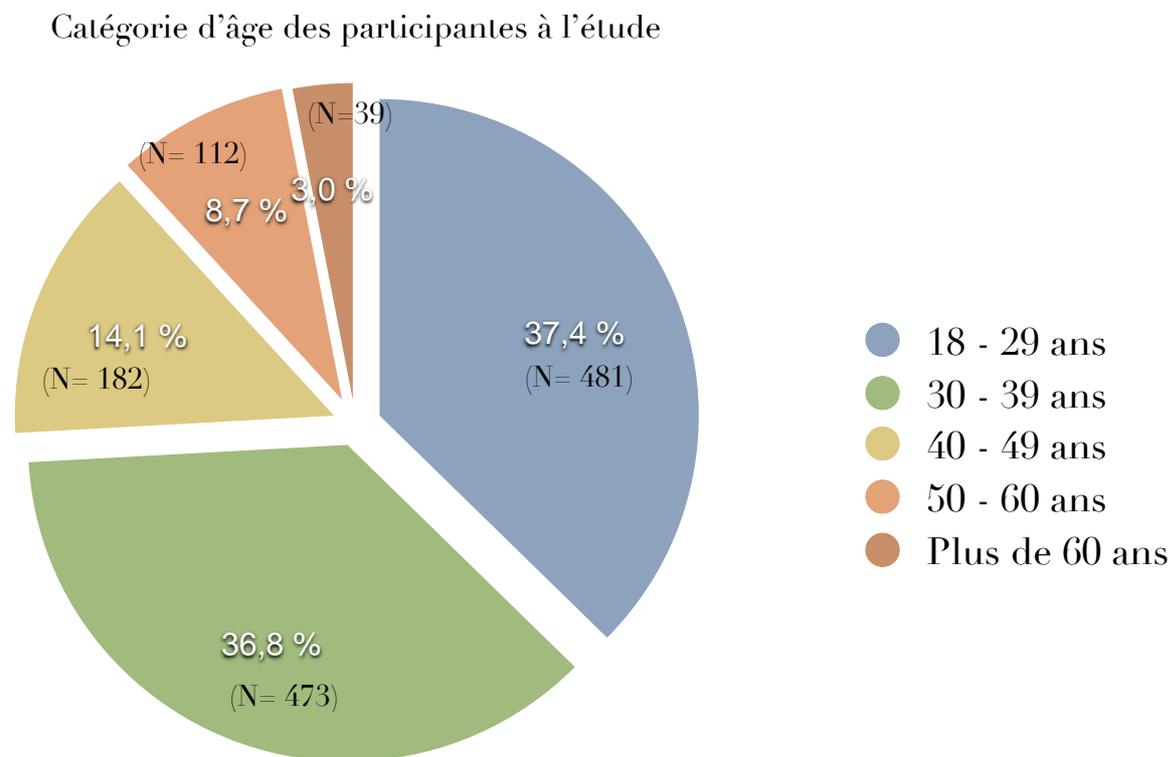
A. Description de la population participant à l'étude

Le nombre total de participantes à l'étude est de 1291. Nous avons obtenu ce nombre de réponses moins de 48h après la diffusion du questionnaire.

l) Caractéristiques intrinsèques des participantes

1. Catégorie d'âge

Nous avons demandé la catégorie d'âge des participantes à l'étude :

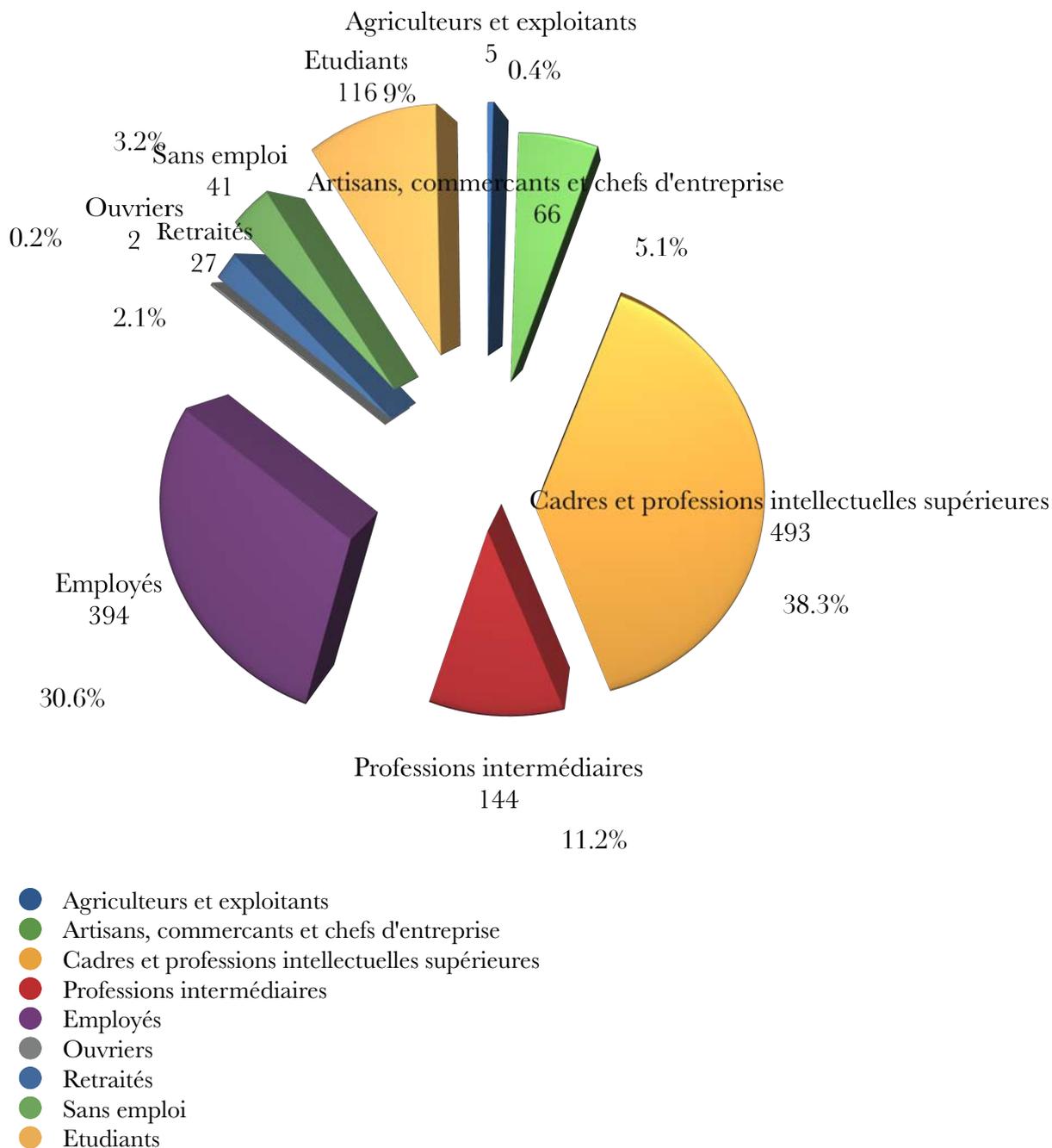


Les participantes de l'étude sont majoritairement jeunes avec 74.2% de notre population qui a moins de 40 ans (N= 954).

2. Catégorie socio-professionnelle des participantes

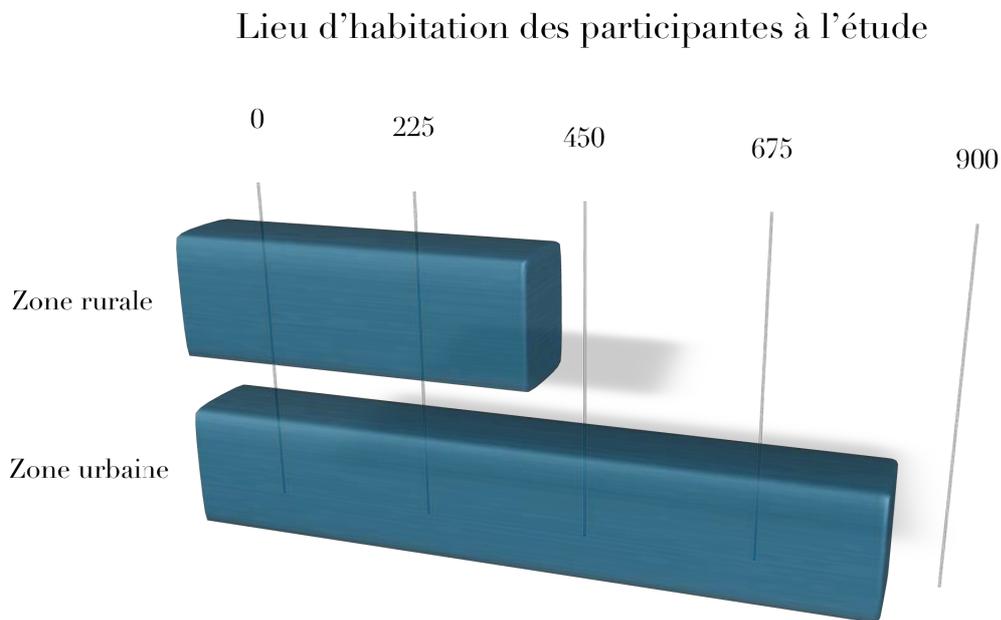
Concernant les catégories socio-professionnelles des participantes :

Les catégories socio-professionnelles ci jointes sont issues de l'INSEE.



Les deux catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les cadres et professions intellectuelles supérieures et les employés respectivement 38.3 et 30.6% des réponduses.

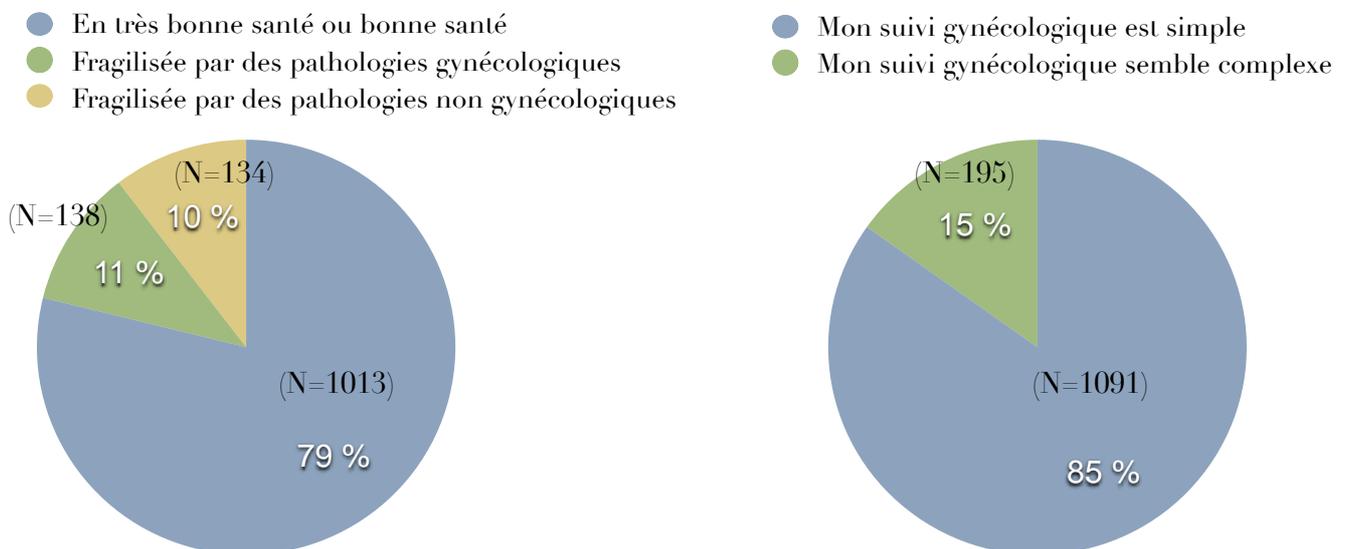
3. Lieu d'habitation



Les participantes de notre étude habitent majoritairement en zone urbaine 842 participantes soit 65.6% de la population et 442 habitent en zone rurale soit 34.4% de la population étudiée.

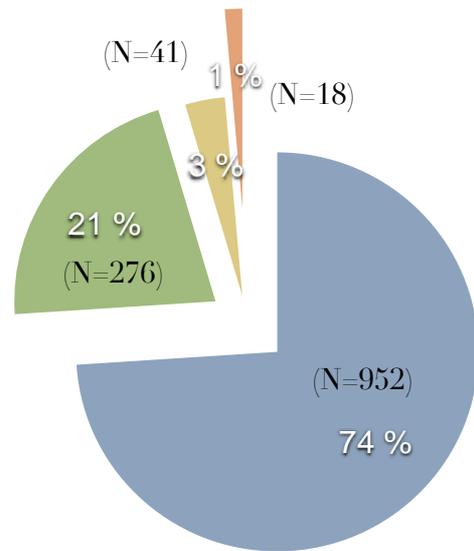
4. Etat de santé de la population

Nous avons questionné nos participantes sur leur ressenti global, leur état de santé, la complexité de leur suivi gynécologique et leur éventuelle prise de traitement journalier.



- Aucun médicament
- 1 à 2 médicaments par jour
- 2 à 4 médicaments par jour
- Plus de 4 médicaments par jour

Etat de santé des participantes de l'étude

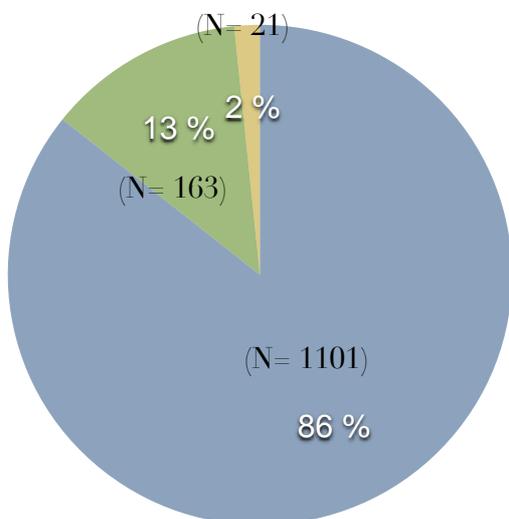


5. Suivi gynécologique

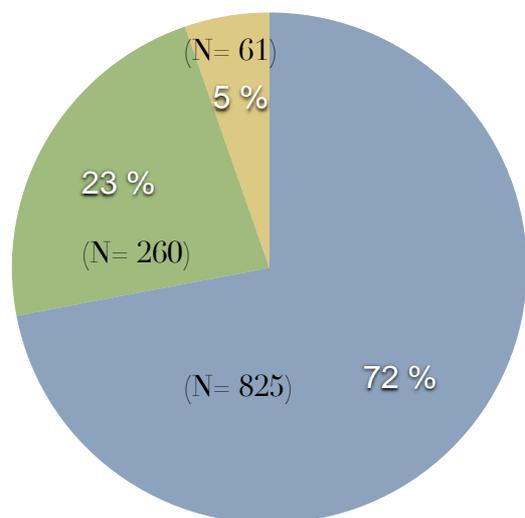
Nous avons interrogé les participantes sur les modalités de leur suivi gynécologique :

- Premièrement si elle bénéficie ou non d'un suivi gynécologique.
- Deuxièmement, nous nous sommes intéressés au praticien assurant leur suivi gynécologique entre un(e) gynécologue, un(e) sage-femme ou un(e) médecin généraliste.

Bénéficiez-vous d'un suivi gynécologique?



Qui assure votre suivi gynécologique ?



- Oui assez régulièrement
- Non, mais j'ai déjà bénéficié de quelques consultations
- Non, je n'ai jamais bénéficié de consultation

- Gynécologue
- Sage-femme
- Médecin traitant

Lerouge Pauline

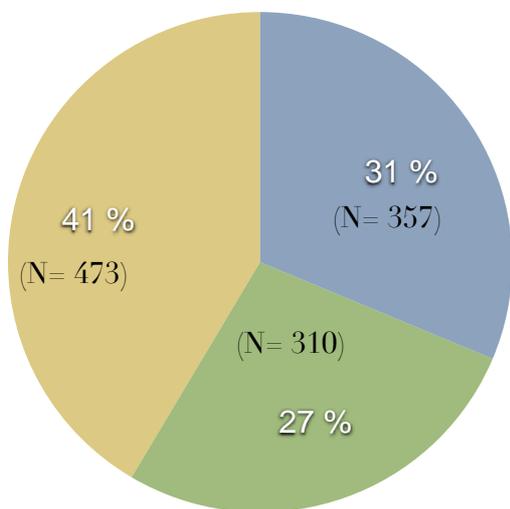
Les femmes interrogées sont 86% à avoir un suivi gynécologique régulier.

La majorité de nos participantes : 7.2/10 sont suivies par un(e) gynécologue.

Les 22 participantes n'ayant jamais bénéficié de consultation ont été amené à arrêter le questionnaire. Elles ont été exclus de l'étude.

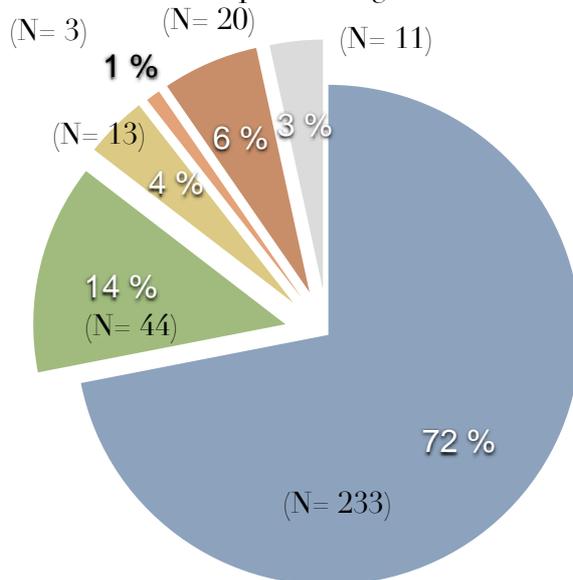
Dans un second temps nous avons demandé aux 310 participantes ayant changé de praticien durant leur suivi dans quel sens s'est effectué le changement.

Avez-vous déjà changé de praticien pour votre suivi gynécologique?



- Non
- Oui, j'ai changé et ai choisi un praticien d'une autre profession
- Oui, et ai choisi un praticien d'une même profession

Vers quel changement ?



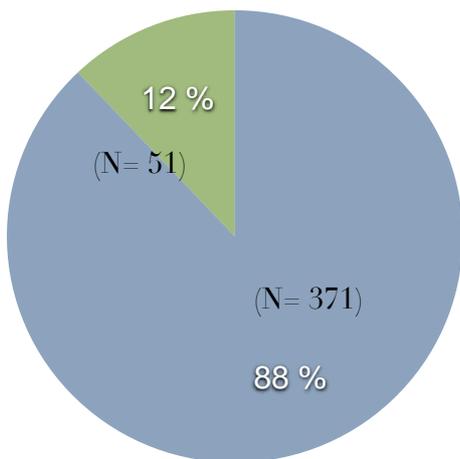
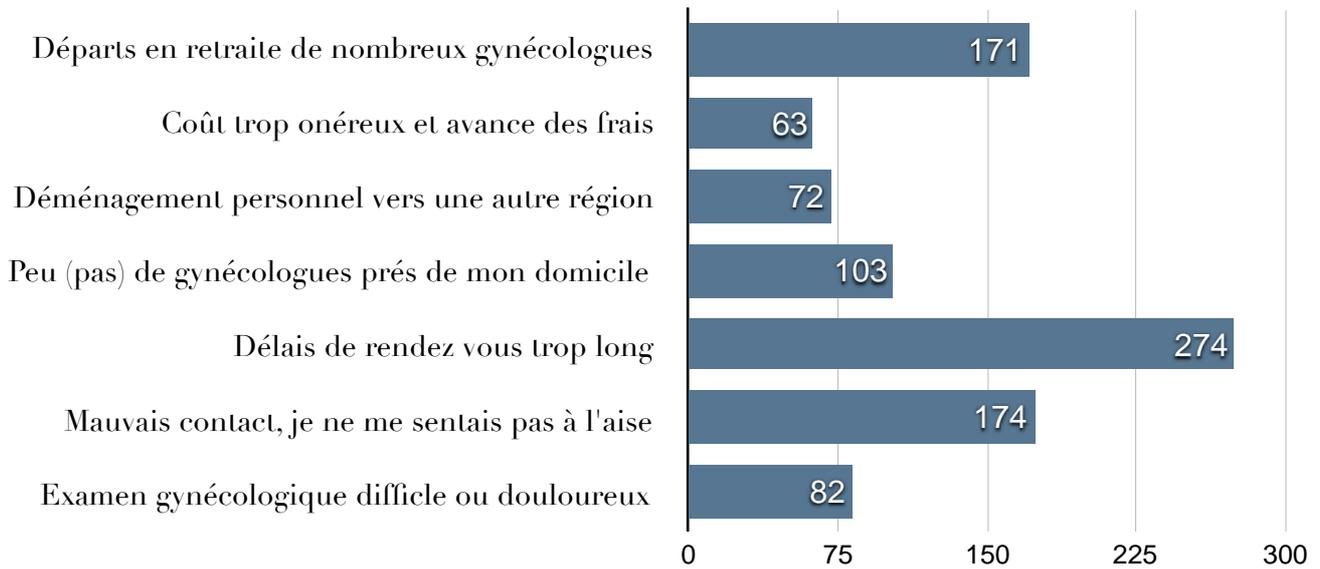
- Gynécologue vers sage-femme
- Gynécologue vers médecin généraliste
- Sage-femme vers gynécologue
- Sage-femme vers médecin généraliste
- Médecin généraliste vers gynécologue
- Médecin généraliste vers sage-femme

Changement de praticien

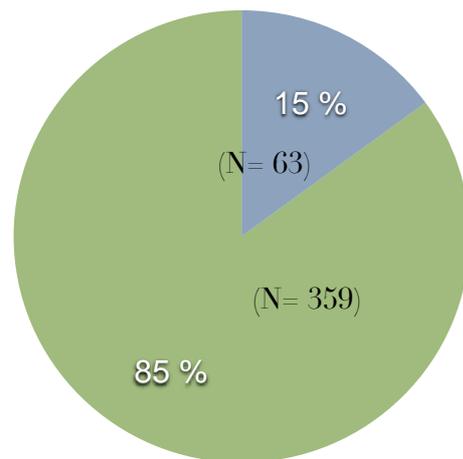
Plus d'une participante sur deux ont déjà changé de praticien pour leur suivi gynécologique et en grande majorité les participantes ont quitté leur gynécologue pour un(e) sage-femme (N=233 , 72%). Ce qui nous a amené à leur poser la question des raisons les ayant pousser à quitter un professionnel gynécologue pour un autre praticien.

6. Accessibilité aux gynécologues médicaux

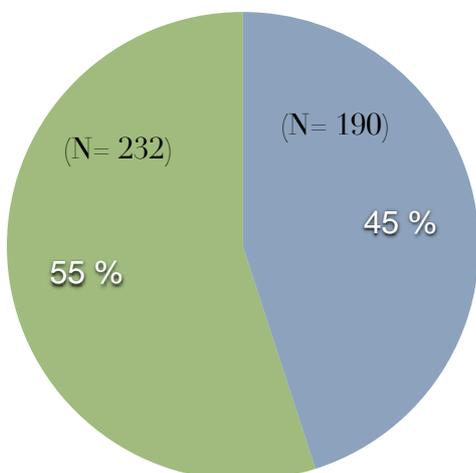
Eléments complexifiant l'accès aux gynécologues médicaux en libéral.



Accessibilité du gynécologue



Coût de la consultation et avance des frais



Vécu difficile de la consultation

Facteurs intrinsèques majeurs favorisant les patientes suivies initialement par un gynécologue à recourir à un autre professionnel de santé

● Oui ● Non

Lerouge Pauline

Nous avons regroupé les motifs suivants : départs en retraite de nombreux gynécologues (N=171), déménagement personnel vers une autre région (N=72), peu (pas) de gynécologue proche de mon domicile (N=103) et délais de rendez-vous trop longs (N=274) dans une catégorie globale de problème d'accessibilité aux gynécologues pour plus de visibilité.

Nous avons regroupé les motifs suivants : mauvais contact je ne me sentais pas à l'aise (N=174) et examen gynécologique difficile ou douloureux (N=82) dans une catégorie globale de vécu difficile de la consultation avec le gynécologue pour plus de visibilité.

7. Résumé des caractéristiques des participantes à l'étude

Tableau 1. Résumé des caractéristiques des participantes à l'étude

Variable			Descriptif
Nom	Unité	Modalités	N = 1291
Catégorie d'âge (CAT_AGE)	N(%)	18 - 29 ans	481 (37.4)
		30 - 39 ans	473 (36.8)
		40 - 49 ans	182 (14.1)
		50 - 60 ans	112 (8.7)
		Plus de 60 ans	39 (3.0)
		Données manquantes	4
Catégorie d'âge bis (CAT_AGE_BIS)	N(%)	Moins de 30 ans	481 (37.4)
		Plus de 30 ans et moins de 50 ans	655 (50.9)
		Plus de 50 ans	151 (11.7)
		Données manquantes	4
Etat de santé (SANTE)	N(%)	En très bonne santé ou bonne santé	1013 (78.8)
		Fragilisée par des pathologies gynécologiques	138 (10.7)
		Fragilisée par des pathologies non gynécologiques	134 (10.4)
		Données manquantes	6
Nombre de médicaments prit au quotidien (MÉDICAMENTS)	N (%)	Aucun	952 (74.0)
		1 à 2	276 (21.4)
		2 à 4	41 (3.2)
		Plus de 4 médicaments	18 (1.4)
		Données manquantes	4
Nombre de médicaments prit au quotidien (MEDICAMENTS_BIS)	N(%)	Moins de 2/jour	1228 (95.4)
		Plus de 2 / jour	59 (4.6)
		Données manquantes	4

Variable		Descriptif	
Complexité du suivi gynécologique (ANTECEDENTS_GYN)	N (%)	Oui mon suivi gynécologique est complexe	195 (15.2)
		Non mon suivi gynécologique semble simple	1091 (84.8)
		Données manquantes	5
Catégorie socio-professionnelle (CATEGORIE_SP)	N (%)	Agriculteurs et exploitants	5 (0.4)
		Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	66 (5.1)
		Cadres et professions intellectuelles supérieures	493 (38.3)
		Professions intermédiaires	144 (11.2)
		Employés	394 (30.6)
		Ouvriers	2 (0.2)
		Retraités	27 (2.1)
		Sans emploi	41 (3.2)
		Étudiants	116 (9)
Données manquantes	3		
Catégorie socio-professionnelle (CATEGORIE_SP_BIS)	N (%)	Revenus modestes	401 (31.1)
		Revenus supérieurs	703 (54.6)
		Revenus très modestes	184 (14.3)
		Données manquantes	3
Lieu d'habitation (HABITATION)	N(%)	Zone rurale	442 (34.4)
		Zone urbaine	842 (65.6)
		Données manquantes	7
Assiduité du suivi gynécologique (SUIVI_GYN)	N(%)	Oui assez régulièrement	1101 (85.7)
		Non, je n'ai pas de suivi mais j'ai déjà eu quelques consultations gynécologiques	163 (12.7)
		Non, je n'ai jamais bénéficié de consultation gynécologique	21 (1.6)
		Données manquantes	6
Praticien assurant le suivi gynécologique (PRATICIEN)	N (%)	Un(e) gynécologue	825 (72)
		Un(e) sage-femme	260 (22.7)
		Un(e) médecin généraliste	61 (5.3)
		Données manquantes	145
Praticien assurant le suivi gynécologique (PRATICIEN_BIS)	N (%)	Un(e) gynécologue	825 (72)
		Un(e) sage-femme ou un(e) médecin généraliste	321 (28)
		Données manquantes	145
Changement de praticien ? (CHANG_PRAT)	N (%)	Non	357 (31.3)
		Oui, et ai choisi un praticien d'une autre profession	310 (27.2)
		Oui, et ai choisi un praticien de la même profession	473 (41.5)
		Données manquantes	151

Variable		Descriptif	
Vers quel changement ? (QUEL_CHANG)	N (%)	Gynécologue vers sage-femme Gynécologue vers médecin généraliste Sage-femme vers gynécologue Sage-femme vers médecin généraliste Médecin généraliste vers gynécologue Médecin généraliste vers sage-femme Données manquantes)	233 (71.9) 44 (13.6) 13 (4) 3 (0.9) 20 (6.2) 11 (3.4) 967
	N (%)	Oui	371 (87.9)
		Non	51 (12.1)
		Données manquantes	869
	N (%)	Oui	63 (14.9)
		Non	359 (85.1)
		Données manquantes	869
N (%)	Oui	190 (45.0)	
	Non	232 (55.0)	
	Données manquantes	869	

II) Analyses croisées

1. Comparaison du profil des patientes suivies par tel ou tel praticien

Le but de cette analyse croisée est de comparer le profil des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique par un(e) gynécologue versus par un(e) sage ou un(e) médecin traitant en fonction de leur catégorie d'âge, de leur catégorie socio-professionnelle, de leur lieu d'habitation, de leur état de santé (antécédents médicaux, complexité du suivi gynécologique et prise journalière de médicaments).

Nous avons regroupé les sous-groupes de catégories socio-professionnelles en trois groupes :

- Les catégories socio-professionnelles aux revenus modestes : agriculteurs et exploitants ; employés et ouvriers

Lerouge Pauline

- Les catégories socio-professionnelles aux revenus très modestes : étudiants ; retraités et sans emploi
- Les catégories socio-professionnelles aux revenus supérieurs : artisans, commerçants chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires

Variable			PRATICIEN_BIS		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	gynécologue N = 825	SF ou Med G N = 321	Test	P-value
CAT_AGE bis	N(%)	Moins de 30 ans Moins de 50 ans Plus de 50 ans`	263 (31.9) 437 (53.0) 124 (15.0)	134 (41.7) 170 (53.0) 17 (5.3)	Khi-Deux	<0.001
CATEGORIE_SP_BIS	N(%)	Revenus modestes Revenus supérieurs Revenus très modestes	244 (29.6) 470 (57.0) 111 (13.5)	108 (33.6) 182 (56.7) 31 (9.7)	Khi-Deux	0.14
HABITATION	N(%)	Zone rurale Zone urbaine	278 (33.8) 545 (66.2)	120 (37.5) 200 (62.5)	Khi-Deux	0.24
ANTECEDEN TS_GYN	N(%)	Mon suivi est complexe Mon suivi est simple	137 (16.6) 687 (83.4)	37 (11.5) 284 (88.5)	Khi-Deux	0,031
SANTE	N(%)	Très bonne santé ou bonne santé Fragilisée par des pathologies gynécologiques Fragilisée par des pathologies non gynécologiques	636 (77.2) 103 (12.5) 85 (10.3)	268 (84.0) 28 (8.8) 23 (7.2)	Khi-Deux	0,039
MEDICAMEN TS_BIS	N(%)	Moins de 2 par jour Plus de 2 par jour	784 (95.1) 40 (4.9)	310 (96.6) 11 (3.4)	Khi-Deux	0.29

- Les patientes jeunes de moins de 30 ans sont **significativement plus suivies par un(e) sage femme ou par un(e) médecin traitant** que les patientes plus âgées.(p<0.001) (tableau 1)
- Nous pouvons conclure que les patientes ayant un suivi gynécologique complexe (groupe 0) sont **significativement plus suivies par un(e) gynécologue** que les patientes ayant un suivi gynécologique simple. (p:0.031) (tableau 1)

Lerouge Pauline

- Les patientes en très bonne santé ou bonne santé (groupe 1) **sont significativement plus suivies par un(e) sage femme ou un(e) médecin traitant** que les patientes ayant des pathologies gynécologiques ou non gynécologiques. (p:0.039) (tableau 1)
- Nous n'avons **pas trouvé de différence significative** de suivi par un(e) gynécologue et un(e) médecin traitant ou un(e) sage femme en fonction de leur catégorie socio-professionnelle. (p : 0.14), de leur lieu d'habitation (p: 0.24) ni de leur prise de médicaments (p: 0.29) (tableau 1)

2. Comparaison du profil des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique

Le but de cette analyse croisée est de comparer le profil des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique régulier en fonction de leur catégorie socio-professionnelle ou de leur lieu d'habitation

Variable			SUIVI_GYN			Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	Suivi gynécologique régulier	Pas de suivi, mais quelques consultations gynécologiques	Jamais bénéficié de consultation gynécologique	Test	Pvalue
CATEGORIE_SP_BIS	N(%)	Revenus modestes	335 (30.4)	59 (36.2)	5 (23.8)	Khi-Deux	<0.001
		Revenus supérieurs	638 (57.9)	61 (37.4)	4 (19.0)		
		Revenus très modestes	128 (11.6)	43 (26.4)	12 (57.1)		
HABITATION	N(%)	Zone rurale	382 (34.8)	55 (34.0)	4 (19.0)	Khi-Deux	0.32
		Zone urbaine	716 (65.2)	107 (66.0)	17 (81.0)		

Les patientes ayant des revenus supérieurs **ont significativement plus de suivi gynécologique régulier.** (p< 0.001) (tableau 2)

Nous n'avons **pas trouvé de différence significative** de suivi régulier en fonction du lieu d'habitation des participantes (p: 0.32) (tableau 2)

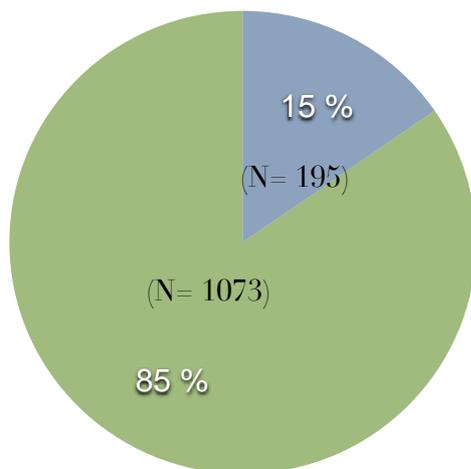
B. L'accueil et l'abord du praticien en consultation gynécologique

Le praticien concerné dans l'ensemble des questions suivantes et celui qui assure le suivi habituel actuel des participantes si elles bénéficient d'un suivi ou celui rencontré lors de l'unique ou la dernière consultation réalisée.

1. Abord du praticien

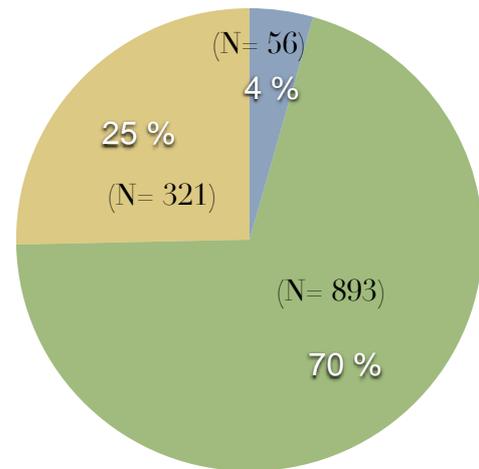
Nous avons demandé aux participantes si lors de leur consultation gynécologique elles ressentaient un abord autoritaire de la part de leur praticien et si elles se sentaient écoutées, entendues

Abord autoritaire du praticien



● Oui ● Non

Ecoute du praticien

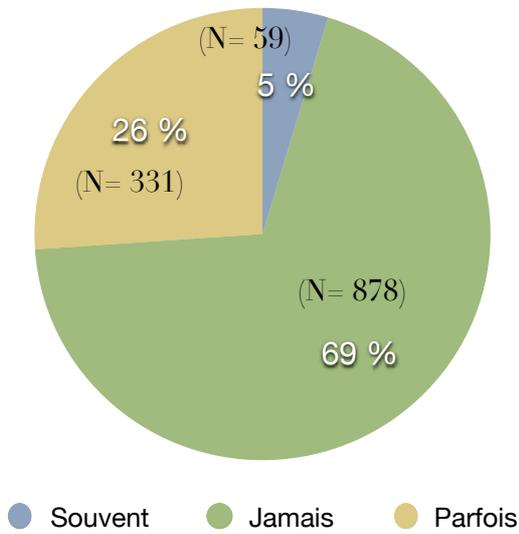


● Jamais ● Souvent ● Parfois

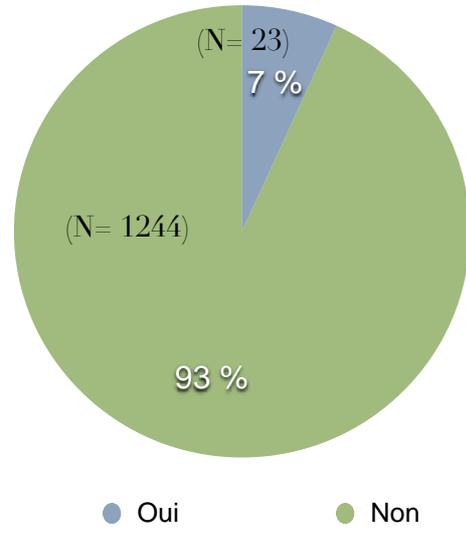
2. Jugement du praticien

Nous avons demandé aux participantes si elles éprouvaient un sentiment de jugement de façon générale, sur leur poids ou sur leur tenue vestimentaire lors de leur consultation gynécologique par le praticien.

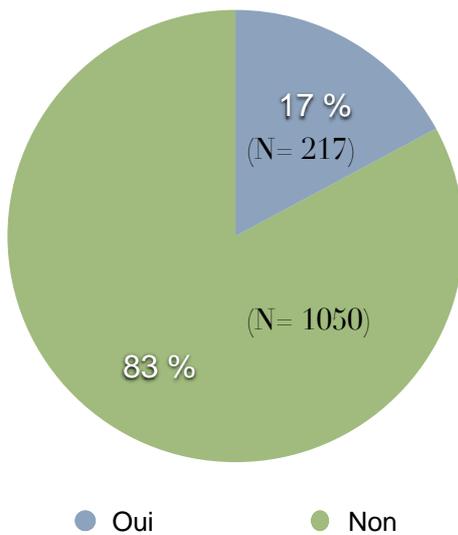
Jugement du praticien



Jugement tenue vestimentaire



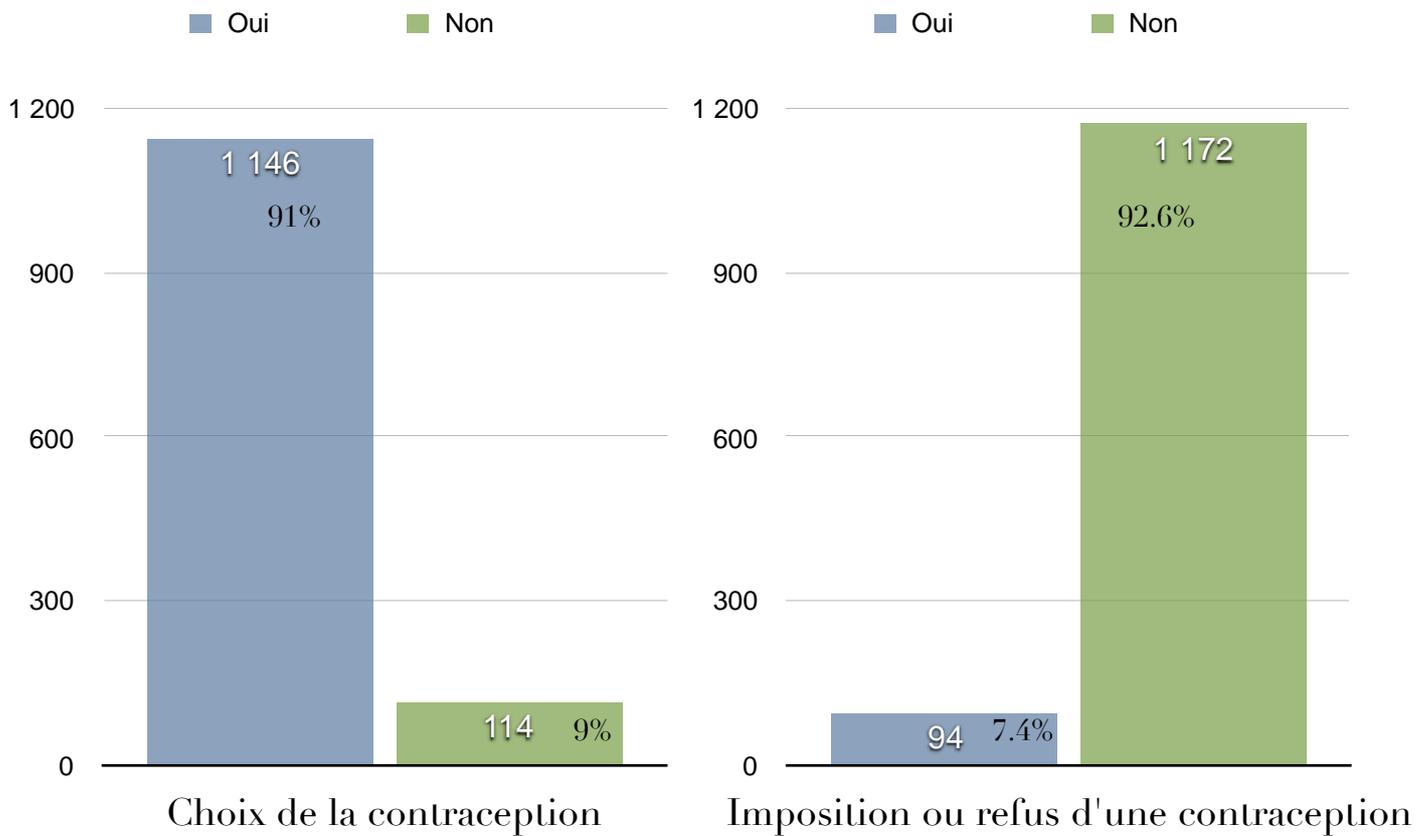
Jugement à propos du poids



Sentiment de jugement des participantes de la part de leur praticien

- 3 participantes sur 10 se sentent parfois ou souvent jugées par leur praticien.
- Près de 2 participantes sur 10 se sentent jugées à propos de leur poids.

3. Choix de la contraception



Les patientes ayant répondu qu'elles ont déjà subi un refus ou une imposition de contraception ont été invitées à répondre à la question ouverte suivante : « Quel moyen de contraception vous a été imposé ou refusé et pour quelle raison ? »

Nous avons obtenu 92 réponses

Imposition de la contraception	Refus de la contraception
Imposition d'un DIU ou un implant à la suite de plusieurs interruptions volontaires de grossesse	Refus de pose de DIU car patiente nullipare
Imposition d'une contraception hormonale alors que pas de souhait de contraception initiale.	Refus de ligature tubaire car patiente estimée trop jeune
Prise d'implant ou DIU à la suite d'une chirurgie de l'obésité car malabsorption de la pilule.	Refus de pilule oestro progestative suite à un antécédent de thrombose veineuse profonde, un âge de plus de 35 ans ou un tabagisme actif.

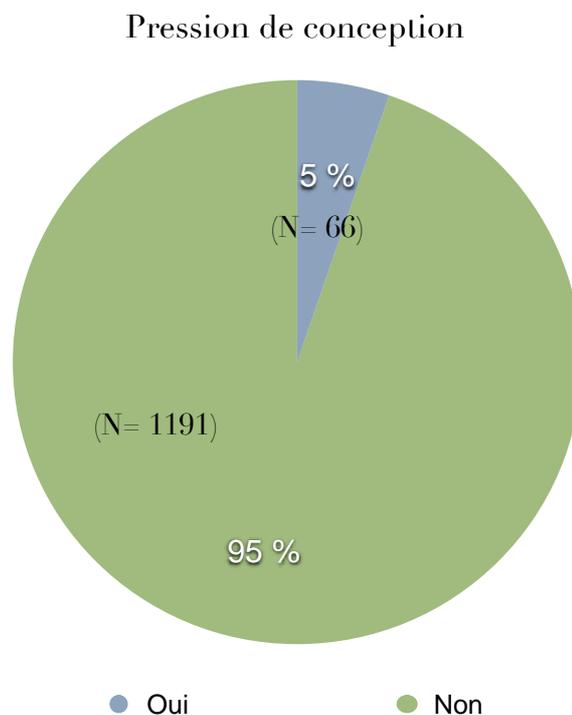
Imposition de la contraception	Refus de la contraception
	Refus de pose d'implant car potentialise la prise de poids
	Refus de prise de contraceptifs oraux pendant une chimiothérapie pour un cancer du sein
	Refus de pose d'implant sans raison évidente

Les deux raisons les plus évoquées sont :

- Le refus de la pose d'un dispositif intra-utérine chez les patientes nullipares. (x29)
- Le refus d'une ligature tubaire car les patientes sont estimées trop jeunes. (x5)

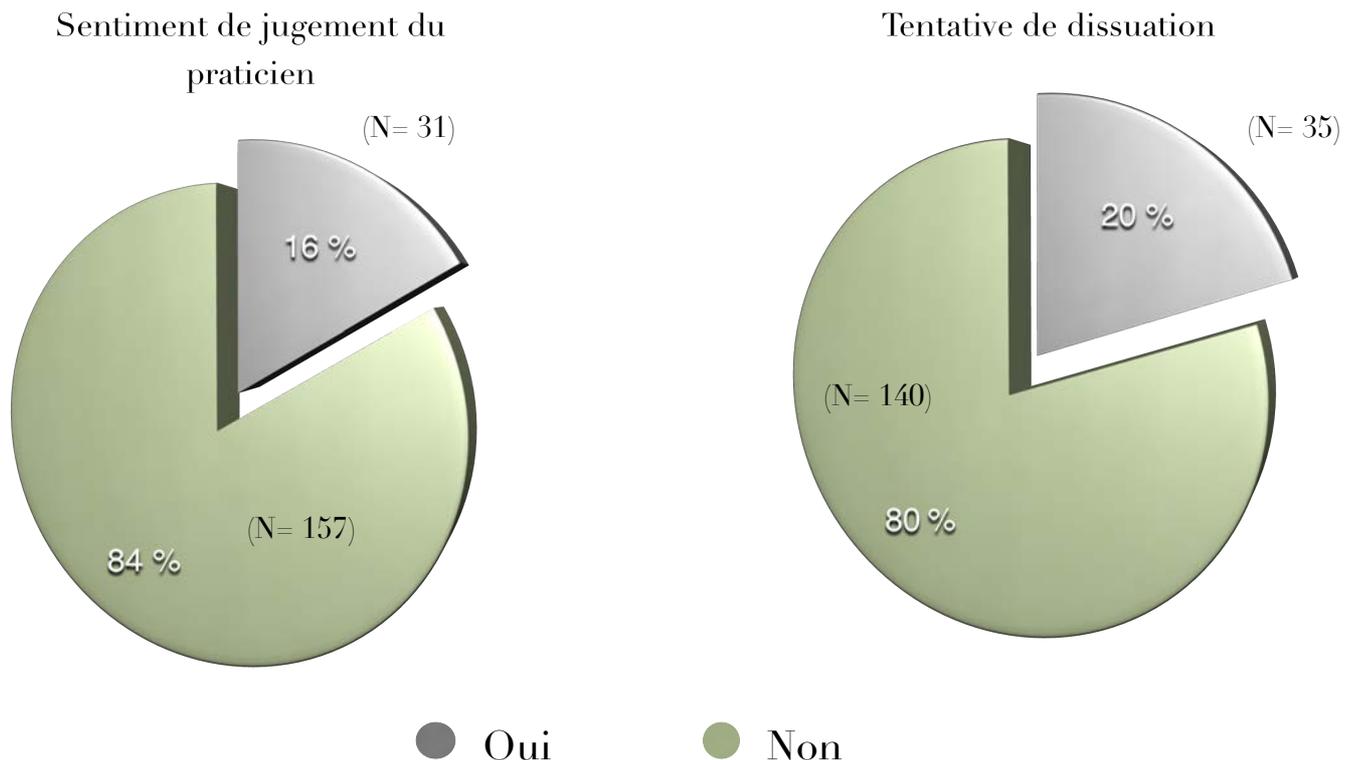
4. Pression de conception

Nous avons demandé aux participantes si elles avaient déjà ressenti une pression sur le fait de ne pas vouloir une grossesse rapidement.



5. Interruption volontaire de grossesse

A propos de l'interruption volontaire de grossesse, 188 participantes sur les 1237 répondeuses soit 15% des participantes ont déjà subi une IVG. Nous avons demandé aux participantes concernées si elles avaient ressenti un jugement sur leur décision ou une tentative de dissuasion émanant de leur praticien.



6. Sexualité et orientation sexuelle

a. Abord de la sexualité en consultation

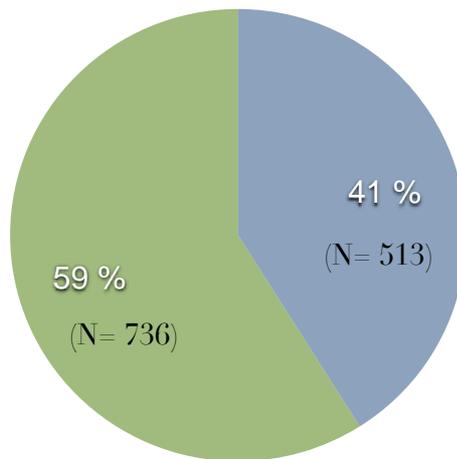
Dans la suite de notre questionnaire, nous avons demandé aux participantes si le sujet de la sexualité était abordé en consultation.

Les participantes ayant répondu OUI (N=513) ont été amené à dire ce qu'elles en pensaient.

Les participantes ayant répondu NON (N=736) ont également été amené à donner leur avis sur le sujet.

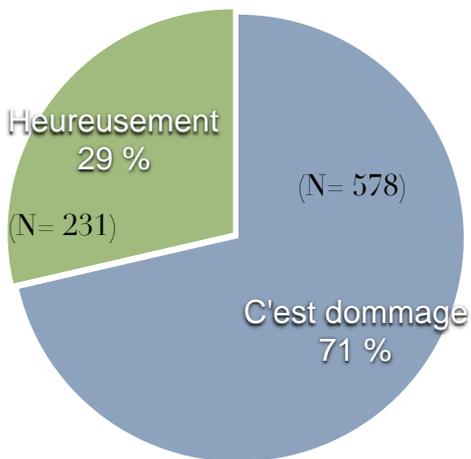
Dans près de 60% des cas la sexualité n'est pas abordée en consultation et 7 participantes sur 10 trouvent cela dommage

Abord de la sexualité en consultation



Si non, qu'en pensez vous?

● Oui ● Non



Si oui, qu'en pensez vous ?



b. Orientation sexuelle

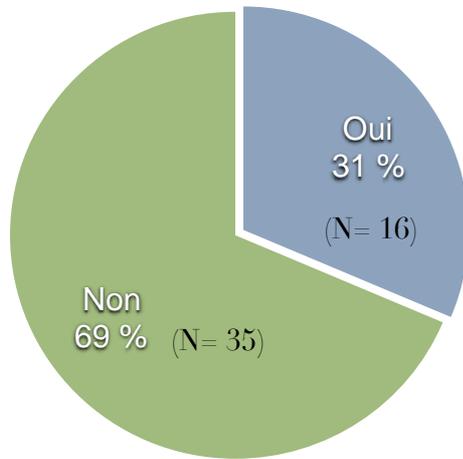
3.1% de notre population s'est déclarée homosexuelle ou bisexuelle soit 39 participantes.

Nous avons alors demandé à ces patientes si elles avaient osé en parler à leur praticien et dans un deuxième temps dans le cas où elles avaient osé en parler si elles s'étaient senties jugées.

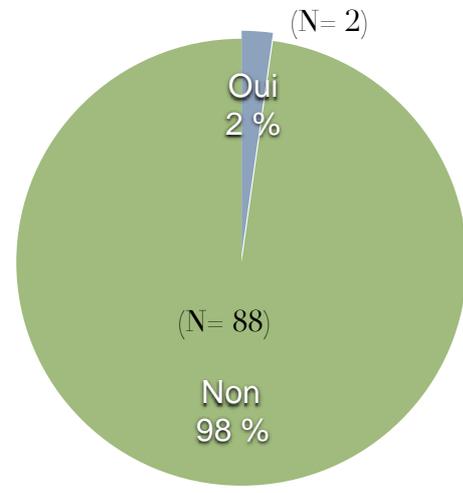
Près de 7 participantes sur 10 n'ont pas osé parler de leur homosexualité ou de leur bisexualité à leur praticien.

Pourtant celles ayant osé en parler sont 98% à ne pas s'être senties jugées.

Avez-vous osé parler de votre orientation sexuelle?



Dans le cas où vous avez osé parler de votre orientation sexuelle, vous-etes vous sentie jugée?



7. Résumé

Tableau 2. Résumé

Variable			Descriptif
Nom	Unité	Modalités	N = 1291
Abord autoritaire (AUTORITAIRE)	N(%)	Oui Non Données manquantes	195 (15.4) 1073 (84.6) 23
Sentiment de jugement (JUGEMENT)	N(%)	Jamais Parfois Souvent Données manquantes	878 (69.2) 331 (26.1) 59 (4.7) 23
Sentiment d'écoute (ENTENDUE)	N(%)	Jamais Parfois Souvent Données manquantes	56 (4.4) 321 (25.3) 893 (70.3) 21
Jugement sur la tenue vestimentaire (TENUE_VESTIMENTAIRE)	N (%)	Oui Non Données manquantes	23 (1.8) 1244 (96.2) 24
Jugement sur le poids (POIDS)	N(%)	Oui Non Données manquantes	217 (17.1) 1050 (82.9) 24

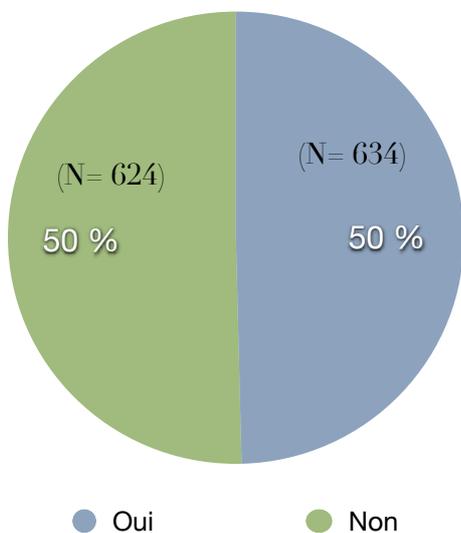
Variable		Descriptif
Choix de la contraception (CHOIX_CONTRACEPTION)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		1145 (90.9) 114 (9.1) 32
Imposition ou refus de contraception (IMPOSER_CONTRACEPTION)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		94 (7.3) 1171 (92.6) 26
Pression sur la grossesse (PRESSION_GROSSESSE)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		66 (5.3) 1191 (94.7) 34
Jugement sur l'interruption volontaire de grossesse (JUGEMENT_IVG)	N(%)	Oui Non Données manquantes
		31 (16.0) 157 (84.0) 1049
Tentative de dissuasion de l'interruption volontaire de grossesse (DISSUASION_IVG)	N(%)	Oui Non Données manquantes
		35 (20.0) 140 (80.0) 1116
Abord de la sexualité (SEXUALITE)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		513 (41.1) 736 (58.9) 42
Si la sexualité est abordée qu'en pensez vous? (OUI_SEXUALITE)	N (%)	C'est une bonne chose Ca me dérange Données manquantes
		522 (91.9) 46 (8.1) 723
Si la sexualité n'est pas abordée qu'en pensez vous? (NON_SEXUALITE)	N (%)	C'est dommage Heureusement Données manquantes
		578 (71.4) 231 (28.6) 482
Orientation sexuelle (ORIENTATION_SEX)	N (%)	Hétérosexuelle Homosexuelle Bisexuelle Données manquantes
		1225 (96.9) 26 (2.1) 13 (1.0) 27
Avez-vous osé parler de votre orientation sexuelle? (ORIENTATION_CONFIER)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		16 (31.4) 35 (68.6) 1240
Vous-êtes vous senties jugées de par votre orientation sexuelle? (ORIENTATION_JUGEMENT)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		2 (2.2) 88 (97.8) 1201

C. L'examen gynécologique

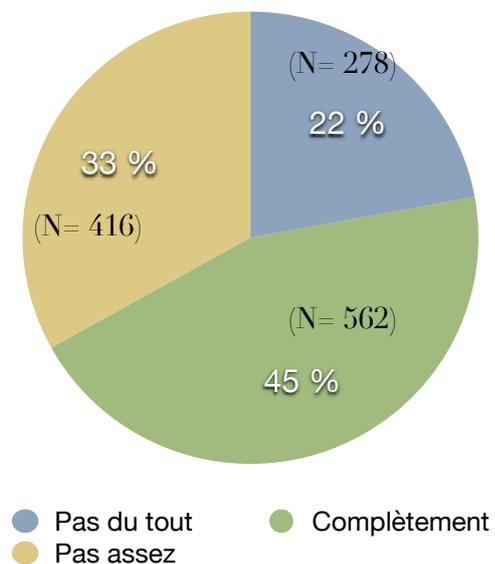
1. Généralités

Nous avons demandé aux participantes si elles appréhendaient le moment de l'examen gynécologique et si elle se sentaient suffisamment informées sur le déroulé de ce dernier avant la consultation.

Appréhension de l'examen gynécologique



Explications sur le déroulement de l'examen

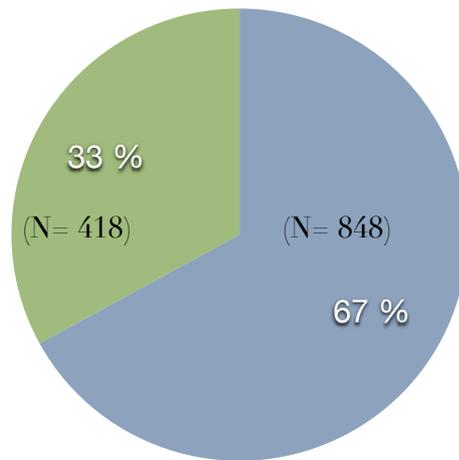


Près de la moitié des participantes déclarent appréhender le moment de l'examen gynécologique

2. Pudeur et intimité du moment

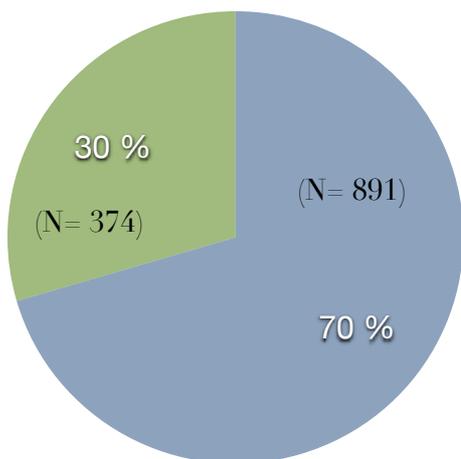
Concernant le respect de l'intimité et de la pudeur de la patiente, nous avons demandé aux participantes de notre enquête comment se passait le déshabillage avant l'examen gynécologique (entièrement ou en plusieurs fois), si elles avaient la possibilité de se couvrir avec un linge et si elles trouvent utile de pouvoir couvrir une partie de leur corps pendant l'examen.

Déshabillage pendant la consultation



- Entièrement
- En plusieurs fois, le haut puis le bas ou inversement

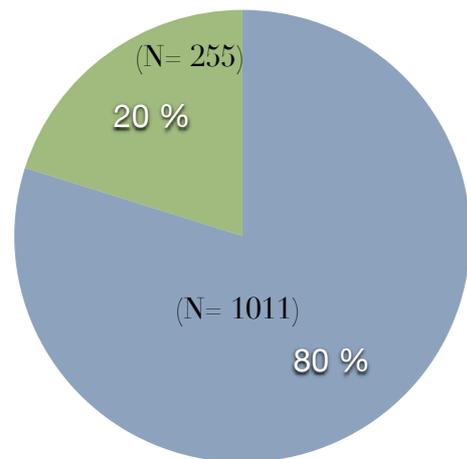
Pouvez-vous garder un linge?



- Oui
- Non



Trouveriez vous ça utile?

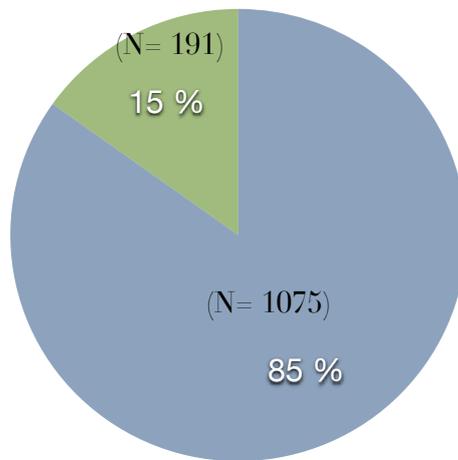


- Oui
- Non, ca m'est égal

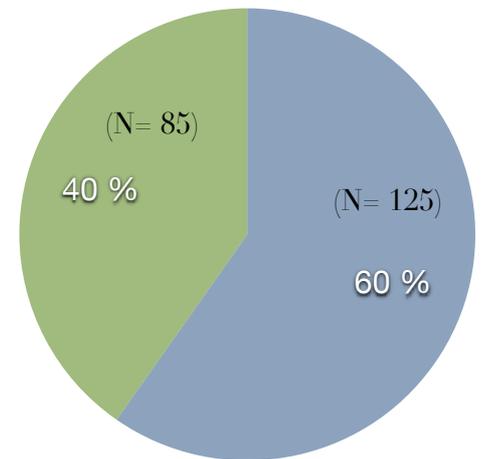
Dans un second temps nous avons demandé aux femmes si elles avaient la possibilité de ne pas se sentir observée pendant le déshabillage

- Nous avons interrogé les patientes qui ont répondu oui si elles trouvaient cela utile
- En parallèle nous avons questionnés les patientes ayant répondu non si elles trouvaient cela dommage.

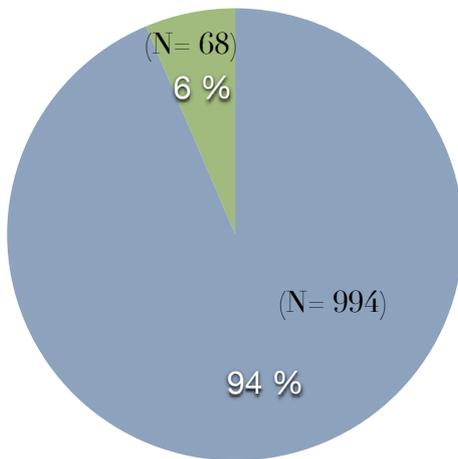
Avez-vous la possibilité de ne pas vous sentir observée pendant le déshabillage



Si non, trouvez vous ça dommage?



Si oui, trouvez vous ça bien?



● C'est super ● Le contraire ne me dérangerait pas

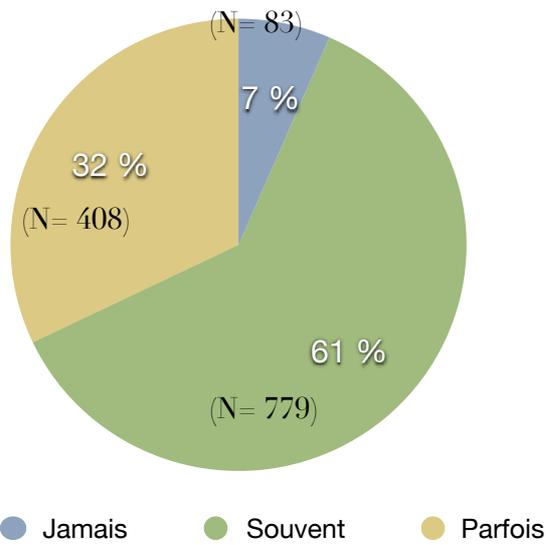
● Oui ● Non, ça ne me dérange pas

3. Déroulé de l'examen gynécologique

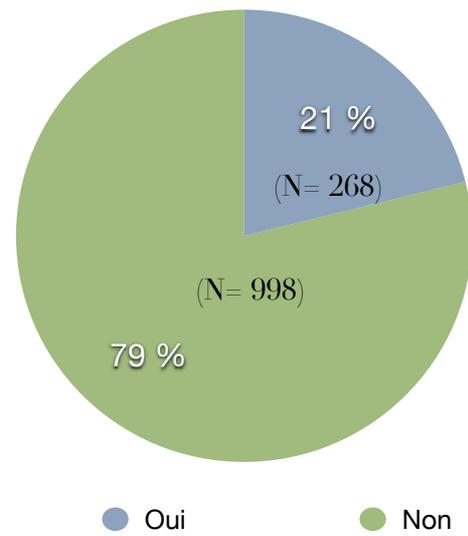
A propos du déroulé en lui même de l'examen gynécologique, nous avons demandé aux patientes si elles se sont senties mises à l'aise, en confiance lors de la consultation.

Nous leur avons demandé en parallèle si elles s'étaient senties offensées pendant leur examen.

Mise à l'aise durant l'examen



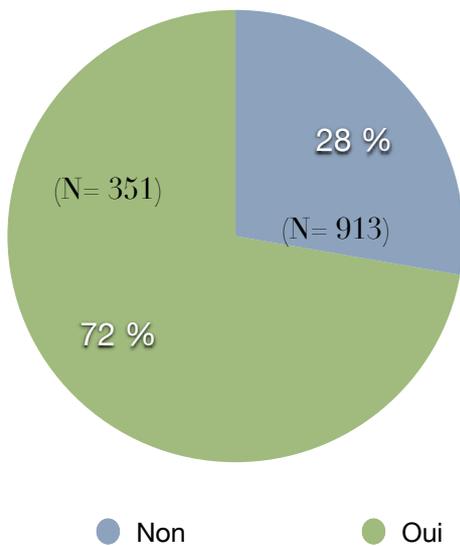
Sentiment d'offensée



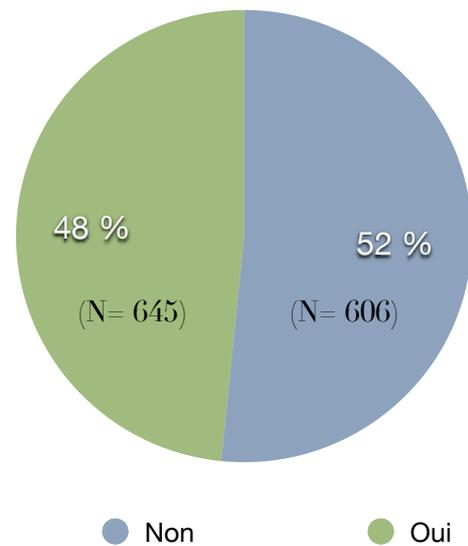
4. Questionnement sur la sexualité

Concernant la sexualité, nous avons demandé aux participantes de notre enquête si elles avaient déjà eu des rapports sexuels avec pénétration avant leur premier examen au spéculum et si le praticien l'ayant effectué s'était préoccupé de cela.

Avez-vous déjà eu des rapports avant votre premier examen avec un spéculum ?



Le praticien vous a-t'il questionné sur le fait d'avoir déjà eu des rapports ?

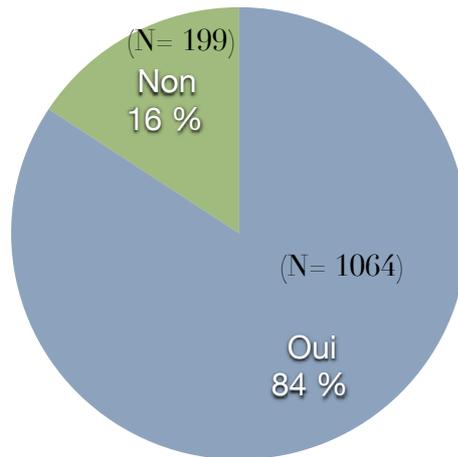


Plus d'une participante sur deux affirme que le praticien qui exerce l'examen gynécologique ne s'est pas préoccupé du fait que celle-ci ait déjà eu des rapports avant l'examen.

5. L'examen au spéculum et le frottis cervico vaginal de dépistage

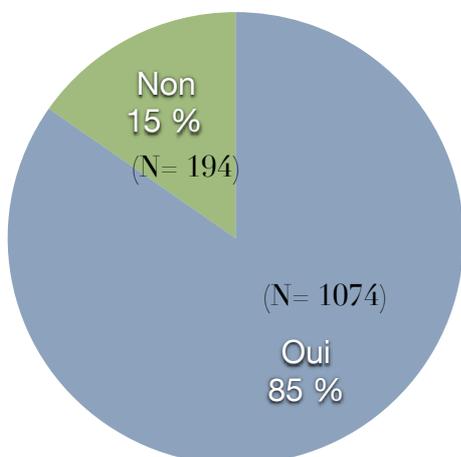
Nous avons demandé aux participantes si elles étaient prévenues par leur praticien avant l'introduction du spéculum.

Etes vous prévenue de l'introduction du spéculum?

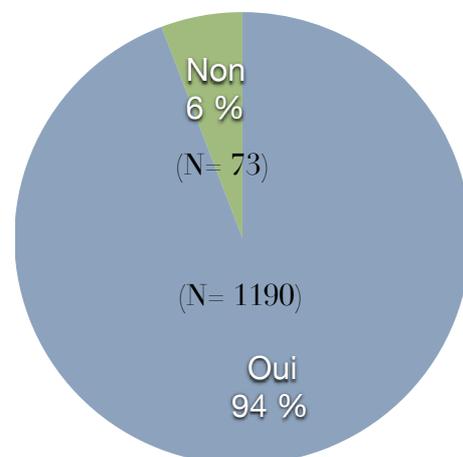


Le praticien a-t-il expliqué aux participantes l'intérêt d'un frottis cervico-utérin de dépistage et les participantes connaissent-elles le papillomavirus?

Explications recues sur l'intérêt d'un FCV

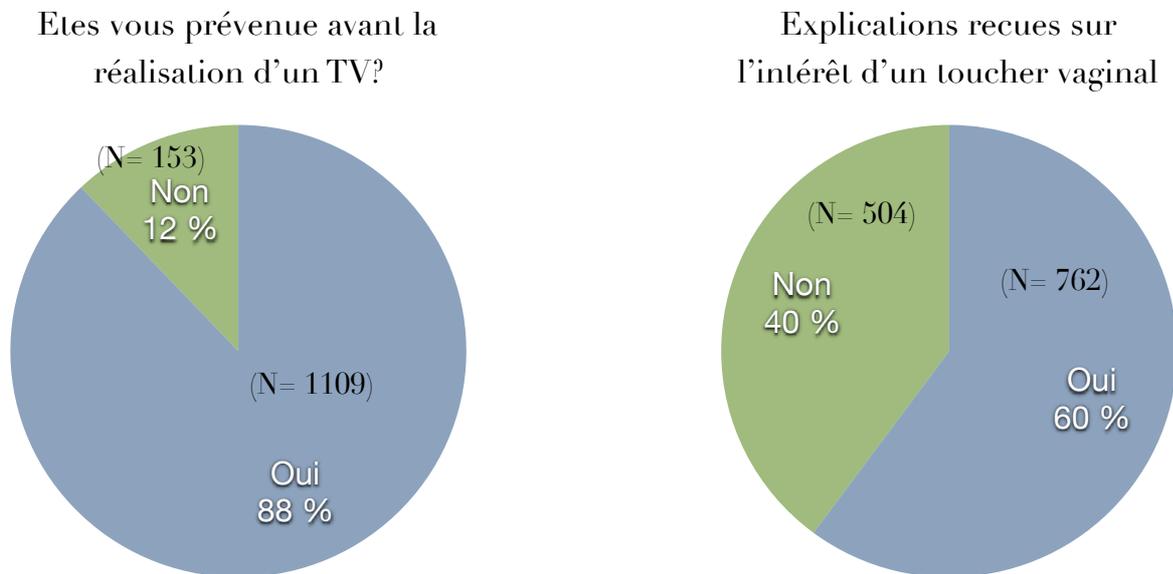


Connaissez vous le virus HPV ou papillomavirus?



6. Le toucher vaginal

Nous avons demandé aux participantes à notre enquête si elles étaient prévenues avant la réalisation du toucher vaginal en consultation et si on les avait informées de son intérêt, utilité.



7. La palpation mammaire

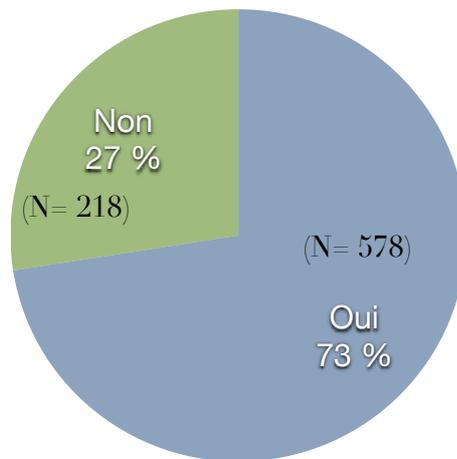
82.4% des participantes (1032) déclarent que le moment de la palpation mammaire ne les dérangent pas du tout.

17.6% des participantes (221) déclarent que le moment de la palpation mammaire est un moment très désagréable pour elles.

8. L'échographie pelvienne

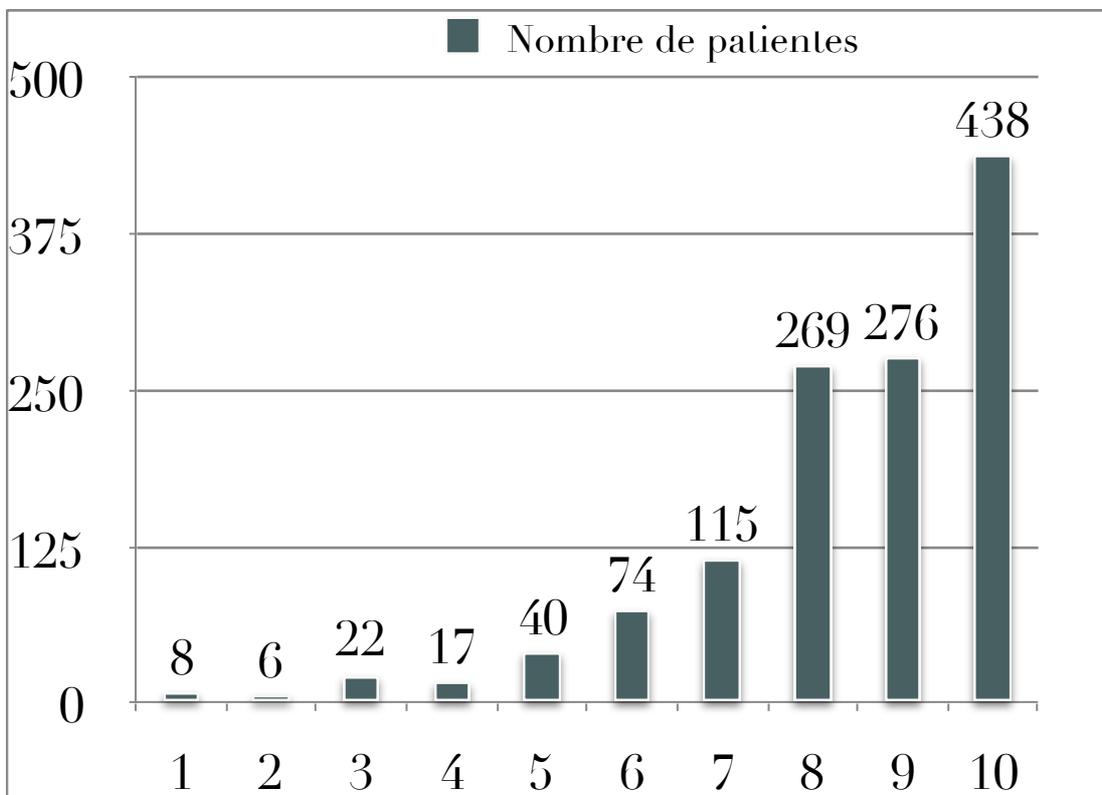
802 participantes au questionnaire ont déjà bénéficié d'une échographie pelvienne soit 63.3% des femmes répondant au questionnaire. Nous avons alors demandé à ces dernières si elles avaient été informées du déroulement de l'examen.

Si oui, vous en a t'on expliqué le déroulement?



9. Satisfaction globale du suivi gynécologique

Nous avons demandé aux participantes de notre étude « Sur une échelle de 1 à 10, vous sentez-vous en confiance avec le praticien qui assure votre suivi gynécologique? »



La moyenne des réponses obtenues est de 8.4/10 +/- 1.8 (écart-type)

La médiane des réponses obtenues est de 9/10.

10. Résumé

Tableau 3. Résumé

Variable			Descriptif
Nom	Unité	Modalités	N = 1291
Appréhension de l'examen gynécologique (APPREHENSION)	N(%)	Oui Non Données manquantes	634 (50.4) 624 (49.6) 33
Avez-vous reçu des explications sur le déroulement de la consultation (EXPLICATIONS)	N(%)	Pas du tout Un peu Complètement Données manquantes	278 (22.1) 416 (33.1) 562 (44.7) 35
Comment on vous demande de vous déshabiller (DESHABILLAGE)	N(%)	Entièrement En plusieurs fois Données manquantes	848 (67.0) 418 (33.0) 25
Pouvez-vous garder un linge pendant l'examen (VETEMENT)	N (%)	Oui Non Données manquantes	891 (70.4) 374 (29.6) 26
Trouveriez vous utile de pouvoir vous couvrir une partie du corps? (COUVRIR_CORPS)	N(%)	Oui Non Données manquantes	1011 (79.9) 255 (20.1) 25
Avez-vous la possibilité de ne pas vous sentir observée pendant le déshabillage? (OBSERV_DESHABILLAGE)	N (%)	Oui Non Données manquantes	1075 (84.9) 191 (15.1) 25
Si oui, trouvez vous ça utile? (OUI_UTILE)	N (%)	Oui Non Données manquantes	994 (93.6) 68 (6.4) 229
Si non cela vous dérange t'il? (NON_UTILE)	N (%)	Oui Non Données manquantes	125 (59.5) 85 (40.5) 1081
Avez-vous été mise à l'aise pendant l'examen (MISE_A_LAISE)	N(%)	Souvent Parfois Jamais Données manquantes	779 (61.3) 408 (32.1) 83 (6.5) 21
Vous-êtes vous senties offensées? (OFFENSER)	N(%)	Oui Non Données manquantes	268 (21.2) 998 (78.8) 25

Lerouge Pauline

Variable		Descriptif
Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avant l'examen par un spéculum? (RAPPORTS_SEX)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		913 (72.2) 351 (27.8) 27
S'est t'on préoccupé que ayez déjà eu des rapports sexuels? (PREOCCUPER_RAPPORTS)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		606 (48.4) 645 (51.6) 40
Vous a t'on prévenu avant l'introduction du spéculum ? (SPECULUM)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		1064 (84.2) 199 (15.8) 28
Vous a t'on expliqué l'intérêt d'un FCV? (INTERET_FCV)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		1074 (84.7) 194 (15.3) 28
Connaissez-vous le papillomavirus? (CONNAISSANCE_HPV)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		1190 (94.2) 73 (5.8) 28
Vous prévient t'on avant la réalisation du toucher vaginal? (PREVENIR_TV)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		1109 (87.9) 153 (12.1) 29
Vous a t'on expliqué l'intérêt de la réalisation d'un toucher vaginal? (INTERET_TV)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		762 (60.2) 504 (39.8) 25
La palpation mammaire est t'elle désagréable pour vous? (PALPATION_MAMMAIRE)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		221 (17.7) 1031 (82.3) 39
Avez-vous déjà réalisé une échographie pelvienne par voie vaginale? (ECHOGRAPHIE_VAGINALE)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		801 (63.3) 464 (36.7) 26
Vous a t'on expliqué le déroulement d'une échographie vaginale? (DEROULEMENT_ECHO)	N (%)	Oui Non Données manquantes
		578 (72.6) 218 (27.4) 495
Niveau de confiance avec le praticien (CONFIANCE_PRATICIEN)		N Données manquantes Moyenne +/- Ecart-type Médiane (Q1;Q3) Minimum/Maximum
		1264 27 8.4 +/- 1.8 9.0 (8.0;10.0) 1.0/10.0

DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude est de soulever les différents leviers possibles à l'amélioration des pratiques en consultation gynécologique.

L'objectif secondaire de notre étude est d'établir un point de vue global du profil des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique.

Nous avons obtenu 1291 réponses au questionnaire en moins de 48h preuve que la question de la bientraitance en consultation gynécologique est plus que jamais un sujet d'actualité.

A. Résultats principaux

1. Profil des participantes bénéficiant d'un suivi gynécologique

✓ *Concernant le profil des patientes bénéficiant plus fréquemment d'un suivi gynécologique par tel ou tel praticien:*

86% des participantes à notre étude bénéficie d'un suivi gynécologique régulier.

Ce suivi est assuré pour la majorité de nos participantes soit 72% d'entre elles par un(e) gynécologue, 23% par un(e) sage-femme et enfin 5% par un(e) médecin généraliste.

Le gynécologue a pour mission entre autre de s'assurer de la bonne santé des femmes, d'assurer le suivi de grossesse, de prévenir et dépister les IST, de dépister et traiter les cancers gynécologiques, de conseiller et prévenir en matière de contraception et de fertilité (32).

Néanmoins le délai moyen en France pour obtenir un rendez-vous chez le gynécologue est de 101 jours selon une enquête publiée dans le magazine *Marianne* en octobre 2021 (33).

Afin de palier aux difficultés d'accès aux gynécologues en France, les sages-femmes peuvent prendre le relai d'un suivi simple physiologique en ville mais n'ont pas la mission de suivre des femmes avec une pathologie gynécologique définie (34).

Les médecins généralistes peuvent également avoir l'opportunité d'effectuer le suivi gynécologique des patientes. En revanche avec l'état actuel de la pénurie de médecins

Lerouge Pauline

généralistes nous pouvons penser que ces derniers n'ont plus beaucoup de temps à accorder aux consultations gynécologiques. Selon une étude menée par Doctolib (plus grande plateforme de prise de rendez-vous en ligne) le temps moyen de consultation du médecin généraliste en France est de 17 minutes (35) alors qu'une consultation gynécologique dure en moyenne 20 minutes.

Dans notre enquête nous avons démontré que les participantes jeunes de moins de 30 ans étaient significativement plus suivies par un(e) sage-femme ou par un(e) médecin généraliste que les patientes plus âgées. Nous pouvons alors nous demander si l'ampleur actuelle de la dénonciation des violences gynécologiques notamment via les réseaux sociaux n'amplifierait pas le phénomène de manque de confiance grandissant des jeunes envers les gynécologues.

En parallèle, nous mettons en évidence dans notre étude que les participantes ayant un suivi gynécologique simple et sans antécédent médical sont significativement plus suivies par un(e) sage-femme ou un(e) médecin traitant. Il est fort probable que cette conclusion soit liée au fait que les patientes en meilleure santé soient majoritairement des personnes jeunes ce qui rejoint notre affirmation précédente.

On ne retrouve en revanche pas de différence significative sur le suivi en fonction du lieu d'habitation ou de la catégorie socio-professionnelle.

Ces derniers éléments sont surprenants car encore aujourd'hui en France 13 départements ne comptent aucun gynécologue médical, ce qui a motivé le déploiement de mesures inédites pour la prévention de la santé des femmes comme le « Mammobile » permettant aux femmes entre 50 et 74 ans d'avoir accès à une palpation mammaire ainsi qu'une mammographie de dépistage pour le cancer du sein par un professionnel de santé reconnu (37 ; 38). La spécialité est menacée depuis plusieurs années car la démographie des gynécologues médicaux ne fait que diminuer avec pour cause notamment la fermeture de la spécialité de 1987 à 2003. La France s'est vue perdre 52.5% de son effectif en gynécologues médicaux entre 2007 et 2020

Lerouge Pauline

(36). En réponse à cela le nombre de postes a été augmenté à l'internat, cette année 87 postes ont été ouverts en gynécologie médicale en France, une avancée mais qui reste insuffisante pour pallier au manque grandissant dans la spécialité.

Concernant la catégorie socio-professionnelle, nous pouvons discuter le fait que dans notre étude les retraités ont été placés dans le groupe « revenu faible » alors que certains ont un niveau de vie plus élevé que la population générale. De plus le nombre de participantes dans ce groupe est faible en comparaison aux autres représentations de catégorie socio-professionnelle.

✓ *Concernant l'assiduité du suivi gynécologique*

Notre étude met en évidence de façon significative que les participantes classées dans une catégorie socio-professionnelle aux revenus très modestes ont statistiquement plus d'absence de suivi gynécologique que les participantes aux revenus supérieurs ou modestes.

Ce constat concernant l'accès aux soins des personnes défavorisées n'est pas étonnant, comme le montre l'étude des chercheurs de l'équipe ERES qui ont étudié le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes sans logement personnel, hébergées en Île-de-France à partir d'une enquête réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris, ENFAMS (Enfants et familles sans logement). Cette enquête a interrogé 801 familles sans logement personnel hébergées en Île-de-France durant l'hiver 2013. Parmi les femmes sans logement âgées de 25 à 57 ans ayant participé à l'enquête, 58% n'avaient jamais effectué de dépistage du cancer du col de l'utérus. (39)

Des dispositifs ont été mis en place afin de garantir un accès aux soins gynécologiques pour les populations défavorisées comme les CPEF (centre de planification et d'éducation familiale) qui ont été créés en 1967 à la suite de la loi Neuwirth ainsi que la PMI (protection maternelle et infantile) créée en 1945 (40). Ces structures permettent aux patientes de bénéficier de consultation gynécologique sans avance de frais et ont pour objectifs principaux : la prévention des grossesses non désirées, le dépistage et la prévention des IST (infections sexuellement

Lerouge Pauline

transmissibles), la prévention du cancer du col de l'utérus, la diffusion d'informations sur la sexualité et sur l'éducation familiale ainsi que le dépistage et la lutte envers les violences faites aux femmes.

On ne retrouve pas de différence significative sur l'assiduité du suivi gynécologique en fonction du lieu d'habitation.

Pourtant une étude de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a retrouvé des résultats effroyables en termes d'accès aux soins primaires chez les patients habitant en zone rurale. En effet les trois quarts des personnes cumulant des difficultés d'accès aux soins vivent dans des territoires ruraux (41,42).

Nous pouvons discuter ici le fait que de nombreuses participantes aient été classées dans la catégorie « zone urbaine » alors qu'elles habitent potentiellement dans une zone rurale mais proche d'une grande ville. Nous aurions pu afin d'être plus précis faire la distinction entre zone rurale, zone semi-rurale et zone urbaine, ainsi que donner la définition de ces trois termes qui ne sont pas faciles à appréhender.

Dans notre étude, le gynécologue est l'interlocuteur principal pour le suivi gynécologique des patientes : 72% d'entre elles sont suivies par un gynécologue. Mais lorsque celles-ci effectuent un changement de praticien ce sont les gynécologues qui sont majoritairement quittés. Le plus souvent c'est l'accessibilité qui pose problème et non l'avance de frais, nous pouvons discuter le fait que ce sont également les patientes les plus aisées qui se font le plus suivre et que cela peut alors provoquer un biais dans la réponse à cette question. Vient aussi le vécu difficile de la consultation qui n'est probablement pas propre à la spécialité de gynécologue mais au fait qu'il est difficile pour les patientes de se mettre en position gynécologique, de se mettre à nu, peu importe le praticien assurant la consultation. Il est alors important d'améliorer les conditions de l'examen dans toutes les spécialités par une prise de conscience de la difficulté de l'examen, de ne pas systématiser nos manières de faire, d'éviter les automatismes, d'observer le corps des

Lerouge Pauline

patientes, les tensions, de les amener à un bon ancrage dans la table, d'éviter l'impératif dans les consultations en se mettant à niveau dans l'observation et l'écoute.

2. L'accueil et l'abord du praticien en consultation gynécologique

Nous avons ici décidé de ne pas comparer les sous groupes (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, soignants jeunes ou moins jeunes) afin de ne cibler aucun professionnel et de ne créer aucune polémique.

Dans notre enquête, les résultats retrouvés sur l'abord du praticien en consultation gynécologique sont plutôt positifs. En ce qui concerne l'abord autoritaire et le jugement qui pourrait émaner du personnel médical, 85% des participantes assurent ne pas ressentir d'abord autoritaire de leur praticien en consultation, 98% d'entre elles ne se sentent pas jugées de par leur tenue vestimentaire et 83% des participantes ne se sentent pas jugées à propos de leur poids.

En revanche, le point faible qui semble prédominer auprès des participantes est la communication lors de la consultation. En effet près d'un tiers des réponduses déplore ne pas se sentir assez entendue de façon générale par leur praticien, ce qui est en concordance avec une étude chinoise de l'Université de Sichuan réalisée en août 2010 qui interrogeait 379 patientes via des questionnaires sur leurs attentes en termes de communication lors de leur première consultation gynécologique. Seules 21% d'entre elles ont compris le but de l'examen qui leur a été réalisé et 28% seulement ont compris la thérapeutique qui en émanait (43).

Les participantes témoignaient en grande majorité d'une liberté de choix dans leur contraception et 93% d'entre elles ne s'étaient jamais vues imposer ou refuser une contraception. Parmi celles s'étant vues refuser une contraception nous retrouvons des raisons médicales évidentes et justifiées à celui-ci comme des contre-indications médicales absolues (44) à la prise d'une contraception oestro-progestative tels que l'âge, le tabac ou alors les antécédents médicaux de thrombose veineuse profonde, il semble alors primordial pendant la

Lerouge Pauline

consultation d'expliquer à ces dernières la raison médicalement justifiée à ce refus pour qu'elles ne perçoivent pas ceci comme un refus ou une imposition mais comme une réelle contre-indication médicale basée sur des études scientifiques et recommandations officielles.

Mais nous retrouvons aussi à quelques reprises des témoignages de patientes s'étant vues refuser des contraceptions pour des raisons non médicalement justifiées ou discutables, la plus retrouvée d'entre elles dans notre étude étant le refus de pose d'un dispositif intra-utérin sur une patiente nullipare, ce qui peut-être vécu pour les patientes comme une prise de pouvoir sur leurs décisions et sur leur corps, d'où l'important d'écouter, d'entendre, d'accueillir les interrogations et d'expliquer précisément afin de justifier notre démarche de soin.

La HAS précise bien que tous les dispositifs intra-utérins peuvent être proposés aux patientes quelle que soit leur parité (45). En parallèle l'enquête FECOND de 2013 qui analyse les pratiques contraceptives et abortives en France, menée par l'INSERM par le biais de questionnaires diffusés via internet retrouve que seules 3% des nullipares portent un DIU (46), réelle problématique quand nous savons que la tranche d'âge des moins de 30 ans reste celle concernée par le plus haut taux d'IVG (47).

En ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse, des efforts sont à mener par les professionnels de santé concernés. En effet près d'une patiente sur cinq ayant subi une IVG s'est sentie jugée dans sa démarche, et une patiente sur cinq relate une tentative de dissuasion par leur praticien. Il semble important d'entourer les patientes dans cette démarche qui est très fréquente dans la vie d'une femme. En effet, elle concernait en moyenne 230 000 femmes par an en France en 2020 (48) et n'est pas sans conséquence sur la santé mentale des femmes comme le montre une étude de 2007 du Pr Bianchi-Demicheli, psychiatre à Genève et qui révèle qu'entre 6 et 10% des femmes souffrent de conséquences psychologiques sévères après un avortement (principalement dépression et anxiété) nécessitant parfois une intervention psychiatrique (49).

L'orientation sexuelle et la sexualité reste encore un sujet tabou de nos jours, dans notre enquête 60% des participantes déclarent que la sexualité n'est pas abordée en consultation gynécologique et près des trois quarts d'entre elles le déplorent. Pourtant la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé globale selon l'OMS, de nombreuses études montrent que si le soignant n'aborde pas la question les patientes n'oseront pas spontanément en parler. Pourtant le gynécologue est perçu comme l'interlocuteur souhaité en matière de sexualité comme le souligne le Dr Schweizer, les patientes s'attendent à parler de sexualité dans ses composantes biologiques, mais aussi psychologiques et relationnelles en consultation (50). Plus d'un tiers des patientes homosexuelles ou bisexuelles n'ont pas osé parler de leur orientation sexuelle à leur praticien, pourtant elles sont unanimes sur le fait qu'elles ne se sont pas senties jugées par ces derniers lorsqu'elles leur avaient révélé.

Nous pouvons alors imaginer afin d'inciter les patientes à témoigner de leur orientation sexuelle d'afficher en salle d'attente une affiche prônant l'ouverture d'esprit du cabinet médical (illustration). Une participante nous a soulevé la remarque que le terme « oser en parler » était potentiellement mal approprié dans notre questionnaire.



Illustration : Affiche issue de la campagne contre l'homophobie à l'occasion de la journée internationale contre l'homophobie et la transphobie de 2016.

3. L'examen gynécologique

L'examen gynécologique est un examen indispensable au maintien de la santé des femmes. Il touche à l'intimité et à la pudeur de ces dernières. Un mauvais vécu de l'examen gynécologique peut provoquer un refus de soins et avoir des conséquences dramatiques sur la santé de celles-ci, comme une infection sexuellement transmissible négligée pouvant entraîner des conséquences sur la fertilité ou encore une pathologie gynécologique maligne non dépistée ou dépistée trop tardivement pouvant entraîner le décès prématuré. L'examen gynécologique peut également avoir des répercussions sur la sexualité des patientes car c'est un acte potentiellement intrusif où les patientes se sentent en position de vulnérabilité, offertes avec les jambes ouvertes dans les étrières.

Nous avons donc à travers notre questionnaire recherché les points forts pouvant inciter les femmes à consulter sereinement et traqué les points faibles pouvant servir de levier à l'amélioration des pratiques en santé de la femme.

Plus de la moitié de nos participantes interrogées disent appréhender le moment de l'examen gynécologique et 55% d'entre elles se plaignent de ne pas recevoir suffisamment d'explications par le praticien le pratiquant sur son déroulement.

Pourtant les premiers instants de la consultation sont indispensables au bon déroulé de celle-ci, ce moment permet de construire la relation de confiance soignant-soigné et conditionne le ressenti positif global. Le code de la santé publique nous rappelle que le soignant a le devoir d'apporter une « information simple, approximative, intelligible et loyale » au patient (51).

Concernant la pudeur et l'intimité du moment spécifique à l'examen gynécologique, lors du déshabillage avant l'examen deux tiers des participantes déclarent que leur praticien leur demande de se déshabiller entièrement en une seule fois mais 70% d'entre elles ont l'occasion de garder un linge pour ne pas se sentir mise à nue. 80% des participantes interrogées trouvent utile qu'elles puissent couvrir une partie de leur corps lors de l'examen.

Lerouge Pauline

Le travail du Dr Manas en 2019 traitait du sujet du déshabillage et de la pudeur, via une étude qualitative, en médecine générale. Il retrouve le fait que le déshabillage représente un moment symbolique et correspond à la transition d'un état habillé vers un état dénudé dont le ou la patiente n'a pas le contrôle car ce dernier se défait de son habit social et se trouve en état de vulnérabilité. (52)

Le moment du déshabillage est un moment en majorité respecté lors de la consultation gynécologique dans notre étude. En effet plus de 85% des participantes disent avoir la possibilité de ne pas se sentir observées lorsqu'elles s'habillent ou se déshabillent et 94% d'entre elles trouvent ça « super ».

A propos du déroulé de la consultation gynécologique en elle-même, un des principaux points négatifs et inquiétants de notre étude réside dans le fait que près d'un tiers des participantes interrogées disent avoir subi un examen gynécologique avant même d'avoir vécu leur première relation sexuelle par pénétration et plus d'une participante sur deux déclare que leur praticien ne s'est pas préoccupé du fait qu'elles aient pu avoir ou non des rapports sexuels avant l'insertion du spéculum. Pourtant la pose de spéculum chez une patiente vierge peut provoquer un traumatisme aussi bien physique que mental et avoir des conséquences néfastes sur l'assiduité du suivi des patientes. En revanche, les participantes s'accordaient souvent pour dire qu'elles étaient prévenues avant l'insertion du spéculum et la réalisation du toucher vaginal.

Le papillomavirus, virus causant la (quasi)totalité des cancers du col de l'utérus est connu des participantes de notre étude et l'utilité du frottis cervico vaginal ou test HPV est compris par celles-ci.

Les résultats de notre étude sur le toucher vaginal relancent le débat sur son utilité, car seules 60% des participantes déclarent avoir déjà été informées de l'intérêt d'un toucher vaginal. L'American College of Physicians a établi une revue de littérature en 2014 concluant qu'il ne recommandait pas d'effectuer des examens pelviens systématiques chez les femmes adultes asymptomatiques non enceintes (54). Pourtant en France ce geste est pratiqué de façon quasi

Lerouge Pauline

systématique lors des visites gynécologiques de routine, en revanche la HAS ne le recommande plus de façon systématique lors des consultations prénatales. (55)

A propos des données concernant l'utilisation d'une échographie intra-vaginale, il est indispensable que la patiente se voit expliquer les modalités et l'intérêt d'un examen paraclinique prescrit par le prescripteur.

Le point positif de notre étude reste le fait que les participantes malgré l'ensemble des scandales ayant terni l'image de notre spécialité restent globalement très satisfaites de leur suivi, preuve en est avec l'échelle de confiance envers leur praticien proposée aux patientes qui retrouve une note moyenne obtenue de 8.4/10.

Les patientes semblent en confiance avec leur praticien, pourtant plus de la moitié d'entre elles appréhendent le moment de l'examen gynécologique.

4. Bonnes pratiques gynécologiques, perspectives d'avenir

Nous avons questionné les participantes librement sur les clés à nous transmettre pour améliorer les pratiques, voici certaines d'entre elles :

- ✓ Le dialogue, l'écoute, la mise en confiance semblent indispensables pour la majorité des patientes. Elles attendent avant toute chose d'être face à un soignant aux qualités humaines avant même d'avoir en face un technicien.

"L'important est d'être en confiance. Cela est plus vrai depuis quelques années car l'approche de la patiente est différente. On est mieux informé sur les faits et gestes effectués. Il est possible de poser des questions alors qu'en 70-80 on n'y pensait même pas. Mais comme dans toute profession, certaines qualités restent indispensables."

"Dialoguer, écouter, conseiller, prévenir et soigner sont les 5 verbes qui caractérisent la relation que j'attends et que j'ai avec ma gynécologue."

"Plus d'écoute, moins de jugement, parler de la sexualité (cela me semble indispensable pour une prise en charge globale)"

“Revoir en profondeur la formation des médecins pour considérer le patient et non juste un organe. Considérer que la patiente a son mot à dire car c'est son corps (même si elle n'a pas les connaissances médicales)”

- ✓ L'ambiance et la décoration du lieu de consultation influent sur le niveau de sérénité de la patiente et facilitent l'examen à venir. Le cabinet pourrait être pourvu d'affiches suggérant l'ouverture d'esprit du cabinet prônant la non-discrimination et la tolérance permettant alors aux patientes de s'ouvrir et de se confier plus aisément.

“La décoration du cabinet joue beaucoup sur l'état d'esprit des patientes. J'ai eu l'occasion d'être auscultée dans un cabinet cosy-chaleureux et j'ai trouvé cela apaisant rassurant. Ce n'est pas parce que c'est un lieu médical que ce lieu doit être froid et vide de décoration.”

De nombreux projets ont été menés ces dernières années dans le but d'améliorer encore les pratiques, et certaines idées ont émergé, portées par les patientes.

- ✓ Ainsi l'auto-insertion du spéculum semble être une bonne alternative chez celles pour qui l'examen gynécologique est douloureux et difficilement supportable.
- ✓ La diffusion de musique relaxante pendant l'examen pourrait avoir des vertus relaxantes.
- ✓ L'examen gynécologique en décubitus latéral a également été étudié notamment grâce au travail du Dr Botalla-Piretta qui a mené une étude qualitative sur le ressenti des patientes et des praticiens sur cette modalité d'examen par auto-questionnaires dirigés, l'étude interrogeait 13 patientes dont la moyenne d'âge était de 32 ans et 12 professionnels de santé . Les résultats sont concluants de part une position qui semble plus confortable pour les patientes qui se réjouissent également d'un meilleur respect de leur pudeur. (56)

“L'une des clés pouvant améliorer les pratiques en mon sens est l'examen gynécologique en position latérale (« a l'anglaise ») l'auto-palpation des seins et la pose de spéculum par la patiente”

Lerouge Pauline

- ✓ Enfin le respect de l'intimité et de la pudeur sont également des principes auxquelles tiennent les patientes et qui est une clé essentielle à cette relation de qualité soignant – soigné

“Un drap posé par le gynécologue pour couvrir une partie du corps devrait être systématique à chaque consultation”

“Imposer au cabinet un paravent pour se déshabiller et un endroit où poser sa petite culotte ! Car habituellement c'est sur une chaise !”

“Je suis très reconnaissante d'avoir un vestiaire pour me déshabiller avec des wc, de quoi changer éventuellement ma protection hygiénique et des poubelles. Étant professionnelle de santé et en ayant discuté avec de nombreuses femmes, je sais que ça n'est pas toujours le cas. Aussi, de la même façon, la préservation de la pudeur est primordiale. Ma gynécologue me fait enlever le soutien gorge, je garde le haut et enlever le bas. “

Nous retrouvons dans notre étude beaucoup de points d'accord concernant l'attente des patientes sur leur suivi gynécologique avec la charte des bonnes pratiques gynécologiques publiée par le CNGOF.

Des efforts sont encore à mener afin de redonner confiance aux patientes et améliorer la santé gynécologique de celles-ci.

Une étude est actuellement en cours de réalisation par A.Yves dirigée par le Dr G.Robin afin d'analyser les différents points de la charte des bonnes pratiques gynécologiques et évaluer le ressenti des femmes en consultation gynécologique.

B. Forces de l'étude

La taille de l'échantillon

Nous avons recruté 1291 patientes en 48 heures via le questionnaire diffusé en ligne sur les réseaux sociaux ; nous avons donc pu réaliser des tests statistiques fiables augmentant donc la puissance de notre étude et prouvant encore une fois le vif intérêt que portent les patientes sur ce sujet.

Lerouge Pauline

Le point fort principal de notre étude est l'évaluation en détail de l'ensemble du déroulé de la consultation gynécologique, du ressenti global de la consultation aux gestes précis pratiqués lors de celle-ci.

C. Limites de l'étude

Biais de sélection via un biais de recrutement : nous avons utilisé les réseaux sociaux comme mode de recrutement ce qui explique que notre population recrutée est jeune pouvant alors biaiser l'interprétation de nos résultats.

Nous avons souhaité initialement diffuser notre questionnaire à la fois sur les réseaux sociaux et dans les cabinets de médecine générale mais notre étude a été menée lors de la première vague de COVID 19 limitant alors très fortement la diffusion des questionnaires papiers dans les salles d'attente.

Biais de volontariat : les participantes étaient libres de répondre ou non au questionnaire pouvant entraîner une sélection des patientes intéressées/concernées par le sujet de la bientraitance gynécologique notamment de par d'éventuels mauvaises expériences passées.

Biais de migration : nous retrouvons des données manquantes au fil du questionnaire.

Biais de déclaration : notre étude repose sur des données déclaratives. Les réponses proposées pouvaient influencer les participantes qui n'aurait peut-être pas décrit la même pratique gynécologique si le questionnaire était uniquement sous forme qualitative, de réponses libres. Ce biais a été minimisé par anonymisation du questionnaire favorisant une réponse vraie.

En somme, l'exercice de la gynécologie est une spécialité qui est singulière de par la proximité patient-soignant qui en découle.

L'approche de la gynécologie du Dr Balint est résumée par le Dr Diane Winaver : « *La gynécologie psychosomatique n'est pas une spécialité dans la spécialité gynécologie-obstétrique. C'est une approche particulière dans l'exercice de la gynécologie. Elle est fondée sur la relation médecin-patient(e). Le gynécologue psychosomaticien reste avant tout un*

Lerouge Pauline

médecin du corps formé à une prise en charge psychologique. L'appareil génital féminin se situe anatomiquement entre l'appareil urinaire, en avant et la partie distale de l'intestin en arrière, émonctoirs de l'urine et des selles, zone pudique, longtemps qualifiée de "honteuse", passage obligé du nouveau-né, car c'est là qu'il a été conçu. C'est le cœur de la sexualité génitale. La gynécologie est donc une médecine du sexe, de l'amour, de la vie et de la mort. Le gynécologue ne peut faire l'impasse sur tout ce qui touche aux malheurs du sexe, pathologies organiques ou psychologiques retentissant sur la santé physique et mentale des femmes. L'approche psychosomatique des malades nécessite un "travail sur soi" bénéfique et pour la patiente et pour le médecin. » (53)

CONCLUSION

La consultation gynécologique est une consultation vraiment particulière car elle touche à l'intimité la plus stricte des patientes. Le gynécologue est l'interlocuteur principal pour le suivi gynécologique mais la difficulté d'accès à ce dernier rend son intervention de plus en plus compliqué et les patientes notamment celles jeunes et sans antécédent médical se tournent vers d'autres praticiens tels que les sages-femmes ou leur médecin généraliste. Notre étude fait ressortir le fait que les femmes sont globalement bien suivies sur le plan gynécologique mais il existe encore des disparités d'accès aux soins en fonction des revenus.

Les participantes à notre enquête se sentent globalement en confiance avec leur praticien mais elles attachent des valeurs à ce dernier comme : l'écoute sans émettre de jugement, la tolérance et l'ouverture d'esprit. Il est indispensable d'expliquer avec détails l'ensemble de la prise en charge et du raisonnement ayant mené à toute décision médicale. Les patientes aiment se sentir acteur de leur santé et maître de leur corps, il est alors important de prendre en compte leur ressenti global en gardant à l'esprit leur histoire personnelle.

Le praticien assurant leur suivi gynécologique est l'interlocuteur privilégié en matière de sexualité, les patientes aiment que le sujet soit abordé car spontanément elle ne l'évoqueraient, pour la plupart d'entre elles, pas seule. La sexualité fait partie d'un épanouissement global pour la majorité des femmes, il est important alors de maintenir leur bonne santé sexuelle.

Plus de la moitié de nos participantes appréhendent le moment de l'examen gynécologique, moment compliqué, redouté, car il touche à la sphère intime et atteint la pudeur de nombre d'entre elles. C'est pour cela que l'examen gynécologique doit être expliqué et compris avant d'être réalisé, les patientes doivent pouvoir se dévêtir à l'abris des regards dans un coin dédié à l'habillage et au déshabillage, elles doivent avoir l'opportunité de garder un linge sur elle pour ne pas se sentir mises à nue.

De nombreuses propositions ont émané de ce questionnaire afin d'améliorer les pratiques et méritent d'être connues comme l'auto-insertion du spéculum ou l'examen gynécologique en

Lerouge Pauline

décubitus latéral qui pourraient diminuer la gêne occasionnée par l'examen. Les participantes semblent également attachées à l'ambiance générale du cabinet de consultation, qu'il soit cosy, chaleureux afin d'être le plus en confiance et détendues possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. INCA (Institut national du cancer) définition ; disponible en ligne sur : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/G/gynecologue>
2. Oscarsson M, Benzein E. Women's experiences of pelvic examination: an interview study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002 Mar;23(1):17–25.
3. Hutin J-F. L'examen clinique à travers l'histoire. Paris: Glyphe; 2006. 474 p. (Société, histoire et médecine)
4. Anne Carol, "L'examen gynécologique en France, XVIIIe-XIXe siècles : techniques et usages", dans P. Bourdelais et O. Faure, Les nouvelles pratiques de santé. XVIIIe-XXe siècles, Belin, 2005, p. 51-66.
5. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Examen gynécologique [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010 disponible en ligne sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf
6. HAS (Haute autorité de santé); déroulé de la consultation dédiée au suivi ; disponible en ligne sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
7. Oscarsson M, Benzein E. Women's experiences of pelvic examination: an interview study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002 Mar;23(1):17-25. doi: 10.3109/01674820209093411. PMID: 12061033.
8. Tam T, Crisp CC, Hill AM, Aldrich E, Ghodsi V, Yook E, Yeung J, Pauls RN. Utilization of a Mirror During Pelvic Examinations: Does it Improve the Patient's Experience? *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2021 Mar 1;27(3):208-213. doi: 10.1097/SPV.0000000000000975. PMID: 33620906
9. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract.* 1997 Apr;14(2):148–52.
10. Yilmaz FT, Demirel G. The relationship between body privacy and anxiety in women having gynecological examination. *J Obstet Gynaecol.* 2021 Oct;41(7):1112-1115. doi: 10.1080/01443615.2020.1835845. Epub 2021 Jan 11. PMID: 33427553.

Lerouge Pauline

11. Vaccination info service ; disponible en ligne sur <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Les-Infektions-a-Papillomavirus-humains-HPV>
12. HAS (Haute autorité de santé) dépistage du cancer du col de l'utérus test HPV R recommandé chez les plus de 30 ans ; disponible en ligne https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/dépistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
13. Santé Publique France ; actualités sur le dépistage du cancer du col de l'utérus disponible en ligne sur <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/dépistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>
14. HAS (Haute Autorité de Santé) ; modalités de dépistage du cancer du sein disponible en ligne sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/dépistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-dépistage
15. Women to day ; l'histoire du féminisme en France disponible en ligne sur <https://womentoday.fr/histoire-du-feminisme-en-france/>
16. Loi Neuwirth ; légalisation du droit à la contraception disponible en ligne sur <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
17. Loi Veil ; légalisation du droit à l'avortement, article paru dans Libération disponible en ligne sur https://www.liberation.fr/societe/2014/11/26/la-bataille-de-simone-veil-pour-le-droit-a-l-avortement_1149560/
18. Revue Santé Publique ; Cairn Info ; disponible en ligne sur <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-5-page-629.htm>
19. Diniz SG, d'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. Int J Gynaecol Obstet. 1998;63:S33-4
20. Sheila Stubbs, Cruelty in Maternity Wards [archive], Ladies Home Journal, 1958.
21. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. Clin Psychol Rev. 2006 Jan;26(1):1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.002. Epub 2005 Sep 19. PMID: 16176853.
22. Réseau social TWITTER ; les internautes créent leur hashtag #PAYETONUTERUS disponible sur <https://twitter.com/search?q=%23payetonuterus&lang=ms>

23. Réseau social FACEBOOK ; les utilisateurs créent leur page Facebook PAYE TON GYNECO disponible sur <https://www.facebook.com/tongyneco/>
24. Réseau social INSTAGRAM ; la page Facebook créée par Gabriel M « Love ton utérus » disponible sur <https://www.instagram.com/lovetonuterus/>
25. Gabriel M. « La vérité au bout des lèvres : combattre les violences obstétriques et gynécologiques », Kiwi éditions ; 2020
26. Lahaye ME ; créatrice du bloc « Marie accouche là » <https://marieaccouchela.net/>
27. Lahaye ME. « Accouchement, les femmes méritent mieux » ; Michalon éditions ; 2018.
28. Déchalotte M. Le Livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes. Paris : First ; 2017. 488 p.
29. Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, « Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales » [archive], sur www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr, 24 juillet 2017
30. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [en ligne]. Paris : Secrétariat général du HCE; 26/06/2018 [consulté le 29/08/2018]. 172 p. Rapport n°2018-06-26-SAN-034.
31. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; Charte de la consultation en gynécologie ou obstétrique ; 21 octobre 2021
32. RemplaFrance Devenir Gynécologue ; disponible en ligne sur <https://remplafrance.com/blog/devenir-gynecologue#21>
33. Info-gyn ; délai pour obtenir un rendez-vous ; disponible en ligne sur <https://www.infogyn.com/delai-pour-obtenir-un-rendez-vous-chez-un-gynecologue/>
34. Ordre des sages femmes ; compétences disponible en ligne sur <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
35. La veille acteur de santé ; étude Doctolib, disponible en ligne sur https://toute-la-veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf

Lerouge Pauline

36. Sénat ; Question écrite n° 24116 de Mme Françoise Dumont (Var - Les Républicains) publiée dans le JO du 05/08/2021 - page 4801 <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210824116.html>
37. Mammobile, moyen de prévention contre le cancer du sein disponible en ligne sur <https://www.mammobile.com/>
38. HAS. Modalités de dépistage du cancer du sein, disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque
39. Chiffre retrouvé sur DREES SOLIDARITES <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>
40. Santé publique France ; Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention ; E.Piet
41. Observatoire du Samusocial. Enfams- Enfants et familles sans logement en Ile-de-France. Paris: Observatoire du Samu Social; 2014 p. 442.
42. Le Parisien. Les femmes grandes oubliées de l'accès aux soins en zone rurale disponible en ligne sur <https://www.leparisien.fr/sentinelles/deserts-medicaux-les-femmes-grandes-oubliees-de-lacces-au-soin-en-zone-rurale-18-10-2021-PJ4USYDSCREC5EEY42QLXYFFWI.php>
43. Li XH, Han ZY, She WJ, Lei HK. Patients' poor communication with their doctors in the first visit of the gynecological endocrinology outpatient clinics. Gynecol Endocrinol. 2016;32(5):357-60. doi: 10.3109/09513590.2015.1118759. Epub 2015 Dec 3. PMID: 26631458.
44. HAS ; recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de la con-traception oestro-progestative disponible en ligne sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine
45. HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes contraceptives les plus efficaces, en ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
46. INSERM INED ; Enquête FECOND ; 2013
47. Source DRESS <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>.

48. Vilain A, Allain S, Dubost C-L, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse: une hausse confirmée en 2019. 2020
49. Bianchi-Demicheli F. Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse. *Revue médicale Suisse de psychiatrie* ; 2007 ; Genève
50. Schweizer A. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique [The introduction of sexuality during gynaecological consultation]. *Rev Med Suisse*. 2017 Mar 15;13(554):590-593. French. PMID: 28718600.
51. Code de la santé publique -Article R4127-35. Code de la santé publique
52. Manas M. Le déshabillage en consultation de médecine générale : étude qualitative sur le vécu et les représentations des patientes. 2019.
53. Winaver D. Gynécologie psychosomatique. *EMC – Gynécologie* 2013; 9:1–8.
54. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014 Jul 1;161(1):67-72. doi: 10.7326/M14-0701. PMID: 24979451.
55. HAS. Suivi et orientation des femmes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations Mai 2016
56. Botalla Piretta A Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Rouen. 2015

ANNEXE : Questionnaire destiné aux participantes de l'étude

Violences gynécologiques, qu'en pensent les femmes ?

Travail de thèse d'une interne de gynécologie médicale.

Le 26 juin 2018, le Haut Conseil de l'Egalité, publie un rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical accablant l'ensemble des acteurs de la profession. Qu'en pensent les patientes ? Quels sont les points faibles ? Quels sont les leviers possibles pour améliorer les pratiques ?

Nous avons décidé de nous centrer dans ce travail sur les violences ressenties par les patientes à l'occasion des consultations de suivi gynécologique.

Ce questionnaire est anonyme et sa durée est estimée à 5 minutes.

A. Mieux vous connaître....

1. Dans quelle catégorie d'âge vous trouvez-vous ?

- 18 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 60 ans
- Plus de 60 ans

2. Évaluez votre état de santé global. Vous vous estimez :

- En très bonne santé ou bonne santé
- Fragilisée par des pathologies gynécologiques
- Fragilisée par des pathologies non gynécologiques

3. Combien de médicaments prenez-vous en dehors d'une éventuelle contraception ou d'un traitement hormonal de la ménopause ?

- Aucun
- 1 à 2
- 2 à 4
- Plus de 4 médicaments par jour

4. Vos antécédents médicaux/chirurgicaux ou vos problèmes gynécologiques complexifient t'ils votre suivi gynécologique? (Certaines contraceptions interdites, difficultés de trouver une solution à vos problèmes gynécologiques)

- Oui : mon suivi gynécologique est complexe
- Non : mon suivi gynécologique semble simple

5. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?

- Agriculteurs et exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans emploi
- Étudiant

6. Habitez-vous en zone ?

- Rurale
- Urbaine

Lerouge Pauline

7. Bénéficiez-vous d'un suivi sur le plan gynécologique ?

- Oui, assez régulièrement (Aller à la question 8)
- Non, je n'ai pas de suivi mais ai déjà eu une ou quelques consultations gynécologiques (Aller à la question 12)
- Non, je n'ai jamais bénéficié de consultation gynécologique = Le questionnaire est terminé pour vous / Merci de votre participation ☺ ☺ ☺

8. Quel praticien assure votre suivi gynécologique ?

- Un(e) gynécologue
- Un(e) sage-femme
- Un(e) médecin généraliste
- Non (Aller à la question 13)
- Oui, j'ai changé de praticien et ai choisi un praticien d'une autre profession
- Oui, j'ai changé de praticien et ai choisi un praticien de la même profession (Aller à la question 13)

9. Vous est-il arrivé de changer de praticien pour votre suivi gynécologique ?

10. Si vous avez changé de praticien et choisi un praticien d'une autre profession, comment s'est effectué le changement :

- Gynécologue vers sage-femme
- Gynécologue vers médecin traitant
- Sage-femme vers gynécologue
- Sage-femme vers médecin traitant
- Médecin traitant vers gynécologue
- Médecin traitant vers sage-femme

11. A votre avis, quels sont les éléments qui complexifient le suivi gynécologique par un gynécologue et peuvent favoriser le recours à un autre professionnel?

- Départ en retraite du gynécologue
- Coût trop onéreux d'une consultation chez un gynécologue
- Déménagement personnel vers une autre région
- Peu (pas) de praticiens gynécologues proches de mon domicile
- Délais de rendez-vous trop longs chez le gynécologue
- Mauvais contact, je ne me sentais pas à l'aise pour poser des questions etc...
- Examen gynécologique difficile ou douloureux

B.L'accueil et l'abord du praticien en consultation de gynécologie (Celui qui assure votre suivi habituel actuel si vous bénéficiez d'un suivi, ou celui rencontré lors de l'unique ou la dernière consultation déjà réalisée)

12. Ce praticien a-t-il eu ou a-t-il un abord autoritaire ?

- Oui
- Non

13. Vous-êtes vous sentie déjà jugée de façon générale par votre praticien ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

14. Vous sentez-vous ou vous êtes-vous sentie entendue par ce praticien ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

15. Vous êtes-vous déjà sentie jugée sur votre tenue vestimentaire par ce praticien ?

- Oui
- Non

Lerouge Pauline

16. Vous êtes-vous déjà sentie jugée à propos de votre poids par ce praticien ?

- Oui
- Non

17. Ce praticien vous a-t-il laissé le choix de prendre ou non une contraception ?

- Oui
- Non

18. Votre praticien vous a-t-il déjà imposé ou refusé une contraception ?

- Oui
- Non

Si la réponse est oui à la question précédente, pouvez-vous préciser quel moyen de contraception on vous a refusé et pour quelle raison ?

Exemples : Problème en lien avec vos problèmes de santé et d'incompatibilité avec la contraception ?

Contraception pas assez efficace ? Stérilet et vous n'aviez pas encore eu d'enfant ? Refus et de pose ou retrait d'implant

19. Vous êtes-vous sentie jugée de ne pas souhaiter une grossesse rapidement, ou avez-vous déjà subi une pression sur ce sujet par ce praticien ?

- Oui
- Non

20. Si vous avez déjà subi une interruption volontaire de grossesse, vous êtes-vous déjà sentie jugée dans votre volonté de réaliser une interruption volontaire de grossesse par ce praticien ?

- Oui
- Non
- Non concernée (Passer à la question 22)

21. Lors de votre démarche d'interruption volontaire de grossesse, le praticien a-t-il (elle) déjà essayé de vous faire changer d'avis

- Oui
- Non

22. La sexualité est-elle abordée par votre praticien ?

- Oui (passer à la question 22bis)
- Non (passer à la question 22ter)

22 bis. Si la sexualité est abordée par votre praticien, vous trouvez que :

- C'est une bonne chose
- Ça me rend mal à l'aise et je préférerais que ce sujet ne soit pas abordé

22 ter. Si la sexualité n'a pas été abordée par votre praticien, vous trouvez que :

- C'est dommage
- Heureusement, car ce sujet me rendrait mal à l'aise

23. Quelle est votre orientation sexuelle ?

- Hétérosexuelle (passer à la question 26)
- Homosexuelle
- Bisexuelle

24. Dans le cas où vous seriez homosexuelle ou bisexuelle, avez-vous osé en parler à votre praticien ?

- Oui
- Non

25. Vous êtes-vous sentie jugée par le praticien à propos de votre orientation sexuelle ?

- Oui
- Non

C. L'examen gynécologique

26. Appréhendez-vous le moment de l'examen gynécologique ?

- Oui
- Non

27. Au moment du premier examen gynécologique, aviez-vous reçu des explications par le praticien sur son déroulement ? (Comme vous expliquer les différentes étapes de l'examen, vous montrer le spéculum, parler du toucher vaginal et de son intérêt etc...)

- Oui complètement
- Pas trop
- Pas du tout, c'est dommage

28. De quelle façon vous a-t-on demandé ou vous demande-t-on de vous déshabiller pour l'examen ?

- Entièrement
- En plusieurs fois, le haut puis le bas (ou l'inverse)

29. Pouvez-vous ou aviez-vous pu garder un vêtement ou « un linge » pour ne pas vous sentir mise à nue ?

- Oui
- Non

30. Pensez-vous qu'il serait utile que vous puissiez couvrir une partie de votre corps au moment de l'examen ?

- Oui
- Non, ça m'est égal

31. Avez-vous/ aviez-vous eu la possibilité de ne pas vous sentir observée lorsque vous vous habillez ou déshabillez ?

- Oui (passer à la question 31bis)
- Non (passer à la question 31ter)

31 bis. Si votre réponse est oui à la question précédente, vous trouvez que :

- C'est super
- Le contraire, ne vous dérangerait pas

31 ter. Si votre réponse est non à la question précédente, vous trouvez que :

- C'est dommage
- Ça ne vous dérange pas

32. Avez-vous été mise à l'aise durant l'examen gynécologique (rassurée, comprise, détendue) ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

33. Vous êtes-vous déjà sentie offensée de façon générale lors d'un examen gynécologique ?

- Oui
- Non

34. Aviez-vous déjà eu des rapports sexuels avant votre premier examen gynécologique avec un spéculum ?

- Oui
- Non

35. Votre praticien s'est-il préoccupé du fait que vous ayez eu ou non des rapports sexuels avant de vous examiner avec un spéculum ?

- Oui
- Non

36. Lors de l'examen gynécologique vous prévient-on/ vous a-t-on prévenue avant d'introduire le spéculum ?

- Oui
- Non

37. Vous a-t-on déjà expliqué l'intérêt du frottis cervico-vaginal de dépistage ?

- Oui
- Non

38. Connaissez-vous le virus HPV ou papillomavirus (virus que l'on recherche lors de la réalisation du frottis cervico-vaginal) ?

- Oui
- Non

39. Le praticien qui assure votre suivi, vous prévient-il habituellement avant de réaliser le toucher vaginal ?

- Oui
- Non

40. Vous a-t-on déjà expliqué l'intérêt de réaliser un toucher vaginal ?

- Oui
- Non

41. La palpation mammaire est t'elle un moment désagréable pour vous ?

- Oui ça me dérange vraiment
- Non pas du tout

42. Votre praticien vous a t'il déjà fait ou prescrit une échographie pelvienne par voie vaginale ?

- Oui
- Non (Passer directement à la question 43)

42 bis. Si la réponse est oui à la question précédente : au moment de votre première échographie endovaginale, vous avait-on déjà expliqué son déroulement (introduction d'une sonde d'échographie en intravaginal) ?

- Oui
- Non

43. Sur une échelle de 1 à 10, vous sentez vous en confiance avec le praticien qui assure votre suivi gynécologique ?



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

44. Enfin, auriez-vous des clés à nous transmettre pour améliorer les pratiques ? (réponse libre)

AUTEUR(E) : Nom : LEROUGE

Prénom : Pauline

Date de soutenance : 13 septembre 2022

Titre de la thèse : Bonnes pratiques en consultation gynécologique : parole aux femmes. Étude observationnelle, descriptive, réalisée par le biais d'auto-questionnaires destinés aux femmes de plus de 18 ans bénéficiant d'un suivi gynécologique.

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Gynécologie

DES + FST/option : DES de Gynécologie médicale

Mots-clés : consultation - bonnes pratiques - gynécologie médicale - gynécologue - accessibilité - démographie - praticien

Résumé :

La consultation gynécologique est une consultation à part entière car elle touche à l'intimité propre des patientes. Ces dernières années plus que jamais la question de la bienveillance des femmes a été mise à l'honneur. L'image de la gynécologie et de la sexologie s'est vue parfois ternir son image par des scandales médiatiques relayés notamment par les réseaux sociaux. Cette enquête observationnelle descriptive a interrogé les femmes de plus de 18 ans bénéficiant d'un suivi gynécologique via un auto-questionnaire en ligne basé sur des questions simples analysant les modalités de suivi des participantes, leur ressenti sur l'abord du praticien les recevant en consultation et l'examen gynécologique en lui-même. L'objectif principal de notre travail est de faire ressortir des points clés permettant d'améliorer les pratiques en consultation. Nous avons obtenu 1291 réponses en 48h après la diffusion du questionnaire, preuve de l'engouement sur le sujet. 86% des participantes sont suivies sur le plan gynécologique et le gynécologue médical est l'interlocuteur privilégié cependant la démographie décroissante de ces derniers rend de plus en plus difficile leur accessibilité. Pour pallier au manque de gynécologues les femmes notamment jeunes et sans antécédent médical se tournent vers d'autres professions comme les sages-femmes ou les médecins généralistes pour assurer la continuité de leur suivi. Il semble toujours exister des disparités d'accès aux soins en fonction des revenus. Les participantes se sentent globalement en confiance avec leur praticien (échelle de confiance avec une moyenne à 8.4/10) pourtant elles sont 50% à appréhender le moment qu'est l'examen gynécologique. Il reste à améliorer la communication, il est indispensable pour elles de se sentir écoutées, entendues sans jugement. Il est nécessaire d'expliquer avec détails l'ensemble du déroulé de la consultation et les décisions médicales en découlant en les impliquant afin qu'elles se sentent maîtresse de leur corps. Le sujet de la sexualité reste un sujet tabou pour beaucoup de professionnels pourtant le praticien de leur intimité semble être l'interlocuteur privilégié pour les participantes. L'agencement du cabinet leur permettant de se changer dans un endroit à l'abri des regards dans une ambiance cozy, cocooning permettraient aux patientes de se sentir détendues dans un environnement apaisant. Les points relevés dans ce travail concordent en majorité avec les notions soulevées dans la charte des bonnes pratiques publiée par le CNGOF.

Composition du Jury :

Président : Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Professeur Damien SUBTIL et Docteur Geoffroy ROBIN

Directeur de thèse : Docteur Carine MARTIN

