

Université de Lille
École de sages-femmes du CHRU de Lille

**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
CONCERNANT L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE
CLINIQUE ET LA RÉALISATION DU FROTTIS CERVICO-
UTÉRIN CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 18 À 24 ANS**

Mémoire réalisé et soutenu par Léa DANEL
Sous la direction de Benjamin MULLER, sage-femme

Promotion Anna Roy
Année 2021

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier,

Tout d'abord, mon directeur de mémoire Benjamin MULLER, sage-femme au centre hospitalier d'Hazebrouck de m'avoir accompagnée. Merci pour votre investissement, vos conseils, votre réactivité et votre soutien sans faille à la construction de ce mémoire qui, sans vous, n'aurait pas été possible

Merci à Virginie PHILIPPE et Alexandra BROGNARD, sages-femmes enseignantes au CHRU de Lille, de m'avoir guidée et conseillée

Les professionnels de santé ayant pris le temps de participer à mon étude

Martin WINCKLER, d'avoir diffusé mon questionnaire et d'avoir façonné l'approche et l'accompagnement que j'ai aujourd'hui avec les femmes et les couples, grâce à ses nombreux écrits

Je remercie également Timothée de m'avoir aidée pour les statistiques, ainsi que Louise pour les relectures

Enfin, mes copines de promotion pour leur soutien et ces années d'études partagées

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	4
I. TYPE D'ÉTUDE ET MATÉRIEL	4
II. MÉTHODE DE RECUEIL.....	4
III. OUTILS D'ANALYSE	4
RÉSULTATS	5
I. CARACTERISTIQUES DE NOTRE POPULATION	5
II. EXAMEN GENERAL.....	6
III. L'EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET SES DIFFERENTES MODALITES DE REALISATION .	7
IV. LE FROTTIS CERVICO-UTERIN.....	14
V. PRATIQUES PROFESSIONNELLES	17
ANALYSE ET DISCUSSION	19
I. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	19
II. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	19
III. DISCUSSION.....	20
A. <i>L'examen clinique gynécologique des femmes de 18 à 24 ans.....</i>	<i>20</i>
1. Profils des professionnels.....	20
2. Pratiques professionnelles, freins et motivations	20
a. Pratique systématique.....	20
b. Jamais de pratique.....	21
B. <i>Le frottis cervico-utérin chez les femmes de 18 à 24 ans</i>	<i>22</i>
1. Pratique systématique	22
2. Pratique en présence de facteurs de risque.....	22
3. Jamais de pratique	23
IV. APPORTS DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES	23
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE.....	26
ANNEXES	31

GLOSSAIRE / LISTE DES ABRÉVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ORÉHANE : Organisation Régionale Hauts-de-France Autour de la Périnatalité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INTRODUCTION

L'examen clinique gynécologique permet d'évaluer la santé gynécologique d'une femme. Il comprend les examens suivants : sénologique, abdominal, périnéal et pelvien. L'examen pelvien consiste en la pose de spéculum, avec possibilité d'effectuer un frottis cervico-utérin, et la réalisation d'un toucher vaginal (1) (2).

À ce jour, il n'existe pas de recommandations claires et précises concernant l'examen clinique gynécologique des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans. Néanmoins, il existe des recommandations pour les adolescentes. Celles-ci relatent le fait que « l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant » et qu'il « peut être expliqué lors du premier entretien et programmé pour une consultation ultérieure » (3). De plus, la HAS (Haute Autorité de Santé) a diffusé des informations sur la contraception des femmes (quel que soit leur âge), dans lesquelles la réalisation d'un examen clinique vise à rechercher des contre-indications à une méthode contraceptive et à faire de la prévention (4).

Le cancer du sein est fréquent. Il représente la première cause de mortalité chez la femme en termes de cancer (5) (6). Il touche rarement la femme jeune. Son apparition est sous l'influence de nombreux facteurs de risque, ce qui nécessite une surveillance clinique adaptée (7) (8) (9). D'après la HAS en 2014, un examen clinique sénologique annuel doit être réalisé, que la patiente « soit à haut risque ou non, à partir de l'âge de 25 ans » (10). En 2017, l'Institut National du Cancer a publié des recommandations concernant les femmes porteuses de mutations BRCA 1 et 2. Il mentionne qu'un examen clinique annuel doit être réalisé chez ces femmes mais n'indique pas de notion d'âge (11).

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne toutes les femmes de 25 à 65 ans, ayant eu des rapports sexuels. Il est fondé sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (ou test HPV (Human Papillomavirus) à partir de 30 ans) (12) (13). Dans le cadre du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus, les femmes françaises reçoivent un courrier de sensibilisation (14) (15). Ce dépistage a été fixé à 25 ans car l'infection à HPV est fréquente, mais le plus souvent transitoire en raison d'une clairance spontanée de celle-ci (90% à 3 ans). Parmi les différents types d'HPV, seule une faible part de ceux-ci sont considérés comme étant à risque de cancer. De plus, il faut plusieurs années pour que le cancer progresse d'un stade pré-cancéreux à un stade invasif. Ainsi, « le dépistage chez des femmes âgées de moins de 25 ans détectera une majorité de lésions qui n'évolueront pas jusqu'au stade de cancer, entraînant des traitements inutiles et une balance bénéfice/risque défavorable ».

Avant de disposer de ces recommandations actuelles, plusieurs recommandations avaient été émises comprenant des notions, pouvant au long terme, prêter à confusion. En effet, la HAS précisait en 2013 que le frottis cervico-utérin pouvait être réalisé avant 25 ans en cas de facteurs de risque augmentés de cancer du col de l'utérus, tels que « les partenaires multiples (en l'absence de définition unanime ≥ 3 -5/an), les infections sexuellement transmissibles chroniques et l'infection par le VIH » (Virus de l'Immunodéficience Humaine) (12). Depuis ces recommandations, aucune information sur la réalisation des frottis cervico-utérins avant 25 ans n'est mentionnée. En 2011, le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) s'est intéressé au dépistage du cancer du col de l'utérus chez l'adolescente (16). En effet, la femme de moins de 20 ans est particulièrement exposée aux différents HPV mais présente une clairance plus élevée par rapport aux femmes adultes, rendant les lésions histologiques sévères rares. Elle bénéficie le plus souvent d'une guérison spontanée des lésions cytologiques. Cependant, « le col utérin de l'adolescente est plus exposé aux infections mais aussi plus vulnérable : ceci pourrait expliquer que la précocité des premiers rapports soit responsable d'une augmentation du risque de cancer du col utérin », tout comme le nombre de partenaires sexuels.

Au terme de cette étude, le respect des recommandations à partir de 25 ans était encouragé et il convenait de « ne réserver les frottis avant 20 ans qu'au cas particulier de patientes très exposées en raison de la précocité des premiers rapports et de la multiplication de leurs partenaires ». Ces précisions, amenées en 2011, ne figurent plus dans les dernières recommandations.

En France, le suivi gynécologique des femmes peut être assuré par plusieurs professionnels de santé tels que les sages-femmes, les gynécologues et les médecins généralistes (17). En effet, depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du code de santé publique, du 21 juillet 2009, la sage-femme peut réaliser des « consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la patiente à un médecin en cas de situation pathologique » ainsi que les frottis cervico-utérins (18). D'autre part, les professionnels de santé ont la possibilité de réaliser une formation complémentaire, notamment à travers des diplômes universitaires (généralement communs aux médecins généralistes et sages-femmes), s'ils souhaitent approfondir et élargir leur formation initiale en gynécologie (19).

Le gynécologue, quant à lui, est le professionnel de santé le plus consulté par les femmes. (20) (21) (22) (23) (24) (25). Les principaux motifs de consultation des femmes âgées de 18 à 24 ans sont la contraception, l'IVG, la prévention des IST (Infection Sexuellement Transmissibles), suivis des pathologies gynécologiques et la présence d'antécédents particuliers (26) (24). La moitié des femmes âgées de 18 ans et plus ont un suivi gynécologique annuel régulier. Néanmoins, beaucoup de patientes consultent irrégulièrement ou uniquement en cas de besoin, et ce, malgré un accès aux soins abordable (20) (24) (21) (22) (25). En effet, en 2019, suite à la disparition du régime des étudiants, ceux-ci restaient affiliés à leur régime de sécurité sociale antérieur et 70% des 18-24 ans étaient couverts par une complémentaire santé (27) (28).

Malgré une augmentation de la vaccination anti-HPV, qui est une autre alternative pour lutter contre le cancer du col de l'utérus, la couverture vaccinale anti-HPV reste insuffisante. En effet, après une forte diminution, celle-ci s'est accrue entre 2016 et 2018 afin d'atteindre 29,4% pour une dose à 15 ans, et 23,7% pour le schéma complet à 16 ans (29) (30) (31). Néanmoins, les femmes ayant un suivi gynécologique sont davantage vaccinées contre le papillomavirus (32).

Concernant l'examen clinique et la vaccination des femmes de 18 à 24 ans, peu de données sont disponibles. Une étude réalisée chez des étudiantes sages-femmes a montré que 56% des 18-24 ans avaient déjà eu un frottis cervico-utérin. Dans cette étude (où seules 5 étudiantes avaient plus de 25 ans sur 275), 68% des jeunes femmes avaient bénéficié d'un examen sénologique et près de 74% étaient vaccinées contre le papillomavirus (24). Une seconde étude menée chez des étudiantes de Lorraine âgées de 18 à 25 ans (où seules 10 étudiantes sur 414 avaient 25 ans), indique que 79,8% d'entre elles ont eu un examen gynécologique complet, 13,5% un examen uniquement pelvien, 6,7% un examen uniquement sénologique et 73,3% étaient vaccinées contre l'HPV (21). En 2013, 7,2% des femmes de moins de 25 ans ont eu un frottis cervico-utérin, 0,5% ont eu une conisation par exérèse et « 35,5% des femmes âgées de 20-24 ans avaient eu au moins un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années ». Ainsi, « environ 10% des frottis cervico-utérins sont réalisés chaque année chez des femmes âgées de moins de 25 ans alors que les recommandations françaises de dépistage du cancer du col précisent que les frottis doivent être initiés à 25 ans ». Il semblerait néanmoins qu'il y ait un respect ascendant des recommandations de la part des professionnels de santé au fil des années (33).

Face à ces chiffres, à un manque d'études récentes et à l'absence de recommandations claires et précises relatives aux femmes de 18 à 24 ans, quelles sont les pratiques actuelles des professionnels de santé concernant l'examen clinique gynécologique et la réalisation du frottis cervico-utérin dans cette population ?

Les objectifs de cette étude sont donc :

- D'étudier les disparités de pratique entre les différents professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes)
- Connaître les freins et les motivations de ceux-ci, à réaliser un examen clinique gynécologique et/ou frottis cervico-vaginal chez les femmes âgées de 18 à 24 ans

Nous émettons l'hypothèse que la réalisation de l'examen clinique sera adaptée selon la présence de signes cliniques. En outre, les examens cliniques gynécologiques des professionnels de santé peuvent différer des recommandations en fonction de leurs expériences.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. TYPE D'ÉTUDE ET MATÉRIEL

Il s'agit d'une étude quantitative, multicentrique, transversale, réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Nous avons interrogé 490 professionnels de santé français réalisant l'examen clinique gynécologique des femmes âgées de 18 à 24 ans (sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes). Ces derniers exerçaient dans plusieurs centres tels que : les cabinets libéraux, les CPEF (Centres de Planification et d'Éducation Familiale), les centres hospitaliers et la PMI (Protection Maternelle et Infantile). Les critères d'exclusion sont les professionnels de santé n'effectuant pas d'examen clinique gynécologique chez les femmes de 18 à 24 ans et toute autre profession médicale.

L'étude a été menée grâce un questionnaire, pour lequel une autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été reçue afin de pouvoir le diffuser sur les réseaux sociaux (Facebook) d'octobre 2020 à février 2021 (annexes I et II).

II. MÉTHODE DE RECUEIL

Dans un premier temps, nous avons effectué deux relances sur les réseaux sociaux. En corrélation à la diffusion du questionnaire, une demande auprès du réseau ORÉHANE (Organisation Régionale Hauts-de-France Autour de la Périnatalité) a été effectuée afin de pouvoir bénéficier d'une plus large diffusion auprès des professionnels de santé concernés. Cette demande a été refusée.

Face à une grande disparité de réponses, nous avons sollicité secondairement différentes fédérations et associations de gynécologues. Néanmoins, celles-ci ont constitué un réel frein à l'enquête car elles ont estimé que nous ne pouvions pas étudier les pratiques de professionnels issus de formations différentes (sages-femmes / gynécologues et médecins généralistes).

C'est pourquoi nous avons contacté ultérieurement, via mailing et transmission de contacts, des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) et maternités de France dans le but d'avoir un nombre significatif de réponses pour notre étude.

III. OUTILS D'ANALYSE

Les questionnaires ont été réalisés, protégés et traités via les logiciels Lime Survey, ZED et Excel. Afin d'effectuer les analyses statistiques, nous avons utilisé le test de Chi 2 ainsi que le test de Fisher (lorsque les conditions de validité de ce dernier n'étaient pas vérifiées, $n < 5$).

Nous avons retenu un seuil de confiance de 5% : une différence était considérée comme significative lorsque la valeur de la probabilité « p » était inférieure à 0,05.

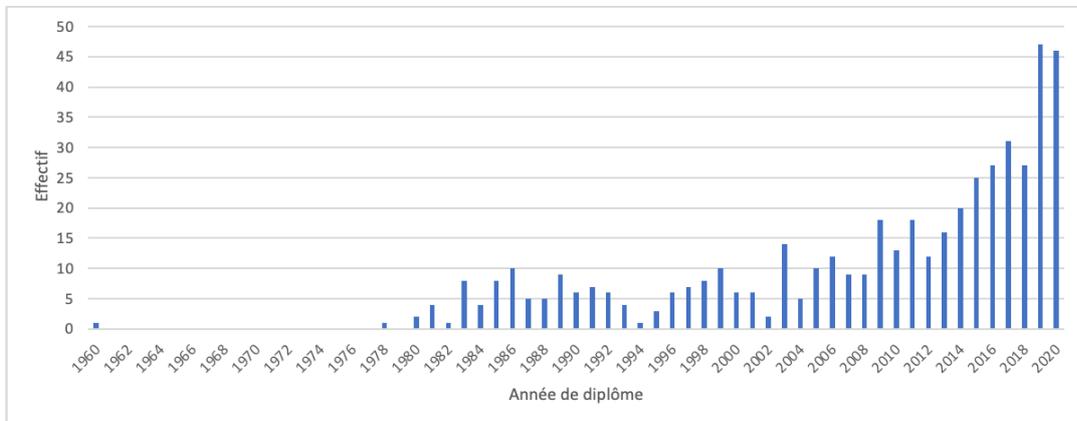
RÉSULTATS

I. Caractéristiques de notre population

Pour un recueil total de 644 réponses au questionnaire, seules 490 sont exploitables. Nous avons exclu les questionnaires partiellement remplis. Parmi les participants, nous comptons 273 sages-femmes (55,71%), 100 gynécologues (20,41%) ainsi que 117 médecins généralistes (23,88%).

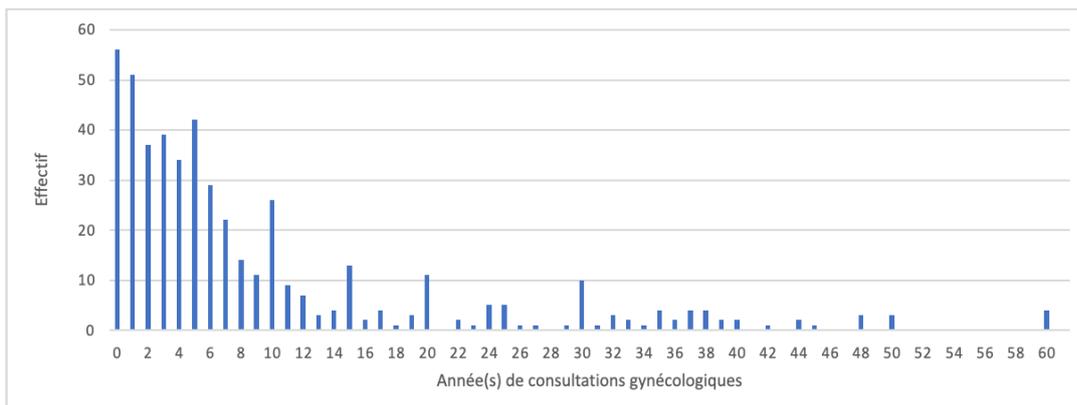
Au sein de l'échantillon, 257 professionnels de santé avaient une formation complémentaire en gynécologie (52,45%) et 233 n'en possédaient pas (47,55%). La majorité des médecins généralistes ne possédaient pas de formation complémentaire (70,09% n = 82). 53,11% (n =148) des sages-femmes en possédaient une. La majorité des gynécologues ont déclaré avoir une formation complémentaire en gynécologie (77%, n = 77 contre 23% n = 23).

Figure I : année d'obtention du diplôme des différents professionnels de santé (n = 490)



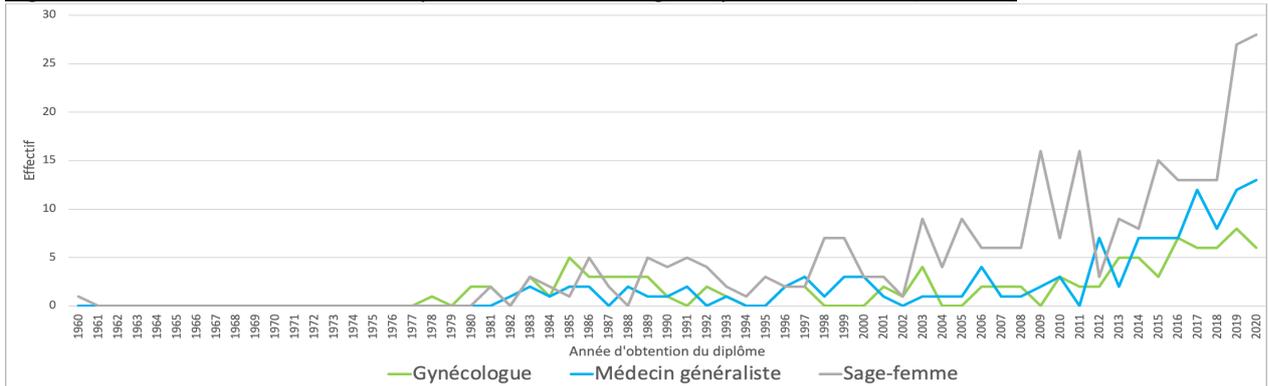
La plupart des professionnels de santé de notre échantillon avaient été récemment diplômés.

Figure II : années de consultations gynécologiques des différents professionnels de santé (n = 490)



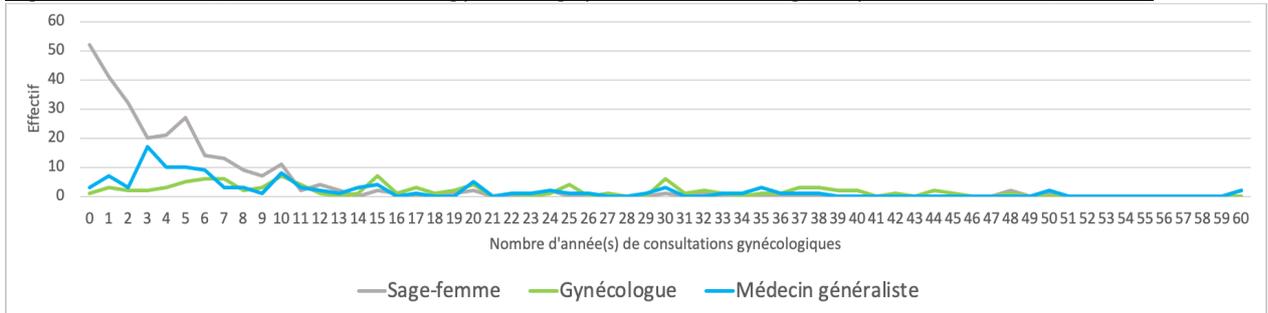
En lien avec le schéma précédent, nous constatons qu'il existait un plus grand nombre de professionnels ayant quelques années, voire quelques mois (0 année), d'expérience en termes de consultations gynécologiques ; la médiane étant de 5 années d'expérience.

Figure III : année d'obtention du diplôme selon la catégorie professionnelle (n = 490)



Une plus grande partie des médecins généralistes était récemment diplômée, la médiane étant de 2015. Les populations de sages-femmes et des gynécologues étaient semblables concernant l'année d'obtention du diplôme (les médianes étant respectivement de 2011 et 2010,5).

Figure IV : année(s) de consultations gynécologiques selon la catégorie professionnelle (n = 490)



Les gynécologues avaient plus d'expérience (la médiane étant de 15 années), contrairement à la majorité des sages-femmes interrogées, qui en possédaient le moins (la médiane étant de 3 années). La médiane des médecins généralistes était de 6 années de consultations gynécologiques.

Nous avons interrogé les différents professionnels de santé sur leur(s) mode(s) d'exercice. Parmi les 567 réponses récoltées, le principal secteur d'activité était le libéral (64,90%, n = 368), suivi de l'exercice hospitalier (22,22%, n = 126), de l'exercice en CPEF (7,94%, n = 45) et de la PMI (4,96%, n = 28).

Après avoir étudié notre population, nous allons regarder comment celle-ci prend en charge les consultations gynécologiques chez la femme de 18 à 24 ans.

II. Examen général

80,41% (n = 394) des professionnels réalisaient un examen général (prise de tension artérielle, poids...) de façon systématique. Seule une minorité n'en réalisait jamais (1,63%, n = 8) et 17,96% (n = 88) le réalisaient s'ils repéraient des facteurs de risque.

Figure V : réalisation d'un examen général chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (n = 490)

	Sages-femmes (n = 273)	Gynécologues (n = 100)	Médecins généralistes (n = 117)	p-value
Systématiquement	82,42 % (n = 225)	68,00 % (n = 68)	86,32 % (n = 101)	0.48
Si présence de facteurs de risque	15,38% (n = 42)	31,00 % (n = 31)	12,82 % (n = 15)	0.008
Jamais	2,20 % (n = 6)	1,00 % (n = 1)	0,85 % (n = 1)	0.55

Il existe une différence significative entre les trois professions concernant la réalisation de l'examen général en présence de facteurs de risque. Si nous comparons la prise en charge des gynécologues, par rapport aux sages-femmes et médecins généralistes associés, nous constatons qu'ils étaient plus sensibles à la présence de facteurs de risque ($p = 0,002$) (annexe III).

III. L'examen clinique gynécologique et ses différentes modalités de réalisation

Figure VI : réalisation des étapes de l'examen clinique gynécologique chez les 18-24 ans (N = 870, questions à choix multiples)

	Systématiquement	Si signe récolté lors de l'interrogatoire	Jamais	Si la patiente le demande	Si antécédent
Palpation mammaire	33,88% (n = 166)	56,53% (n = 277)	3,06% (n = 15)	47,14% (n = 231)	36,94% (n = 181)
Palpation abdominale	30,41% (n = 149)	59,80% (n = 293)	8,16% (n = 40)	25,31% (n = 124)	Non demandé
Inspection périnéale	15,71% (n = 77)	75,31% (n = 369)	3,88% (n = 19)	51,22% (n = 251)	Non demandé
Spéculum	10% (n = 49)	81,63% (n = 400)	5,10% (n = 25)	40,61% (n = 199)	Non demandé
Toucher vaginal	8,78% (n = 43)	78,57% (n = 385)	10,61% (n = 52)	32,86% (n = 161)	Non demandé

La plupart des examens étaient réalisés si la patiente évoquait un signe clinique lors de l'interrogatoire ou si elle le demandait. Nous constatons que dans notre population, peu d'examens sont réalisés systématiquement.

Figure VII : réalisation des différentes étapes de l'examen clinique gynécologique chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (questions à choix multiples)

Variables	Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes	p-value
Palpation mammaire (N = 870)				
Systématiquement	29,30% (n = 80)	59,00% (n = 59)	23,08% (n = 27)	0.0002
Si signe récolté lors de l'interrogatoire	59,71% (n = 163)	35,00% (n = 35)	67,52% (n = 79)	0.02
Si antécédent	41,03% (n = 112)	21,00% (n = 21)	41,03% (n = 48)	0.03
Jamais	4,76% (n = 13)	0,00% (n = 0)	1,71% (n = 2)	0.048
Si la patiente le demande	51,65% (n = 141)	25,00% (n = 25)	55,56% (n = 65)	0.006
Palpation abdominale (N = 606)				
Systématiquement	20,15% (n = 55)	51,00% (n = 51)	36,75% (n = 43)	0.0001
Si signe récolté lors de l'interrogatoire	64,47% (n = 176)	42,00% (n = 42)	64,10% (n = 75)	0.1
Jamais	11,72% (n = 32)	7,00% (n = 7)	0,85% (n = 1)	0.0009
Si la patiente le demande	30,40% (n = 83)	8,00% (n = 8)	28,21% (n = 33)	0.001

Inspection périnéale (N = 716)				
Systématiquement	13,55% (n = 37)	31,00% (n = 31)	7,69% (n = 9)	0.0002
Si signe récolté lors de l'interrogatoire	76,92% (n = 210)	64,00% (n = 64)	81,20% (n = 95)	0.5
Jamais	4,03% (n = 11)	3,00% (n = 3)	4,27% (n = 5)	0.9
Si la patiente le demande	55,68% (n = 152)	34,00% (n = 34)	55,56% (n = 65)	0.07
Spéculum (N = 673)				
Systématiquement	6,96% (n = 19)	25,00% (n = 25)	4,27% (n = 5)	0
Si signe récolté lors de l'interrogatoire	83,88% (n = 229)	70,00% (n = 70)	86,32% (n = 101)	0.5
Jamais	5,86% (n = 16)	1,00% (n = 1)	6,84% (n = 8)	0.09
Si la patiente le demande	42,86% (n = 117)	36,00% (n = 36)	39,82% (n = 46)	0.7
Toucher vaginal (N = 641)				
Systématiquement	6,59% (n = 18)	21,00% (n = 21)	3,42% (n = 4)	0.0002
Si signe récolté lors de l'interrogatoire	80,95% (n = 221)	72,00% (n = 72)	78,63% (n = 92)	0.8
Jamais	10,26% (n = 28)	5,00% (n = 5)	16,24% (n = 19)	0.054
Si la patiente le demande	39,56% (n = 108)	29,00% (n = 29)	20,51% (n = 24)	0.02

De manière générale, il existe une différence significative entre les trois professions concernant la pratique systématique des différentes étapes de l'examen clinique gynécologique. À l'inverse, les pratiques semblaient similaires, entre les catégories professionnelles, quant à la réalisation d'examens en présence de signe(s) clinique(s) à l'interrogatoire.

Figure VIII : raison(s) pour laquelle / lesquelles les professionnels de santé réalisaient « systématiquement » les différentes étapes de l'examen clinique gynécologique chez les 18-24 ans selon la catégorie professionnelle (questions à choix multiples)

Variables	Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes	p-value
Inspection périnéale faite systématiquement (N = 86)	n = 37	n = 31	n = 9	
Je repère régulièrement des éléments pathologiques	13,51% (n = 5)	16,13% (n = 5)	11,11% (n = 1)	0.99
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)	40,54% (n = 15)	41,94% (n = 13)	55,56% (n = 5)	0.88
Par habitude / réflexe	35,14% (n = 13)	51,61% (n = 16)	22,22% (n = 2)	0.56
Autre	13,51% (n = 5)	16,13% (n = 5)	11,11% (n = 1)	0,99
Spéculum mis systématiquement (N = 58)	n = 19	n = 25	n = 5	
Je repère régulièrement des éléments pathologiques	5,26% (n = 1)	24,00% (n = 6)	20,00% (n = 1)	0.3
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)	36,84% (n = 7)	52,00% (n = 13)	20,00% (n = 1)	0.68
Par habitude / réflexe	36,84% (n = 7)	44,00% (n = 11)	20,00% (n = 1)	0.85
Autre	26,32% (n = 5)	12,00% (n = 3)	40,00% (n = 2)	0.38

Toucher vaginal fait systématiquement (N = 54)	n = 18	n = 21	n = 4	
Je repère régulièrement des éléments pathologiques	5,56% (n = 1)	28,57% (n = 6)	25,00% (n = 1)	0.2
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)	38,89% (n = 7)	47,62% (n = 10)	0,00% (n = 0)	0.5
Par habitude / réflexe	50,00% (n = 9)	42,86% (n = 9)	50,00% (n = 2)	1
Autre	11,11% (n = 2)	23,81% (n = 5)	50,00% (n = 2)	0.28

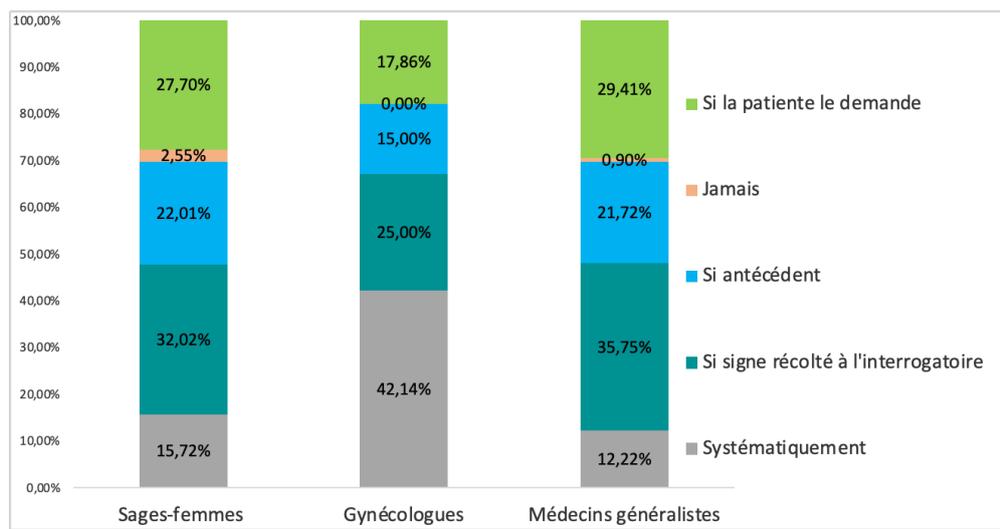
Figure IX : raison(s) pour laquelle / lesquelles les professionnels de santé ne réalisaient « jamais » les différentes étapes de l'examen clinique gynécologique chez les 18-24 ans selon la catégorie professionnelle (questions à choix multiples)

Variables	Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes	p-value
Palpation mammaire jamais faite (N = 26)	n = 13	n = 0	n = 2	
Cela ne me semble pas nécessaire / d'intérêt limité	46,15% (n = 6)	0,00% (n = 0)	100% (n = 2)	0.59
Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente	46,15% (n = 6)	0,00% (n = 0)	100% (n = 2)	0,59
Cela va à l'encontre des recommandations	38,46% (n = 5)	0,00% (n = 0)	0,00% (n = 0)	1
Il m'est arrivé de la faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques	15,38% (n = 2)	0,00% (n = 0)	50% (n = 1)	0.44
Autre	15,38% (n = 2)	0,00% (n = 0)	0,00% (n = 0)	1
Inspection périnéale jamais faite (N = 37)	n = 11	n = 3	n = 5	
Cela ne me semble pas nécessaire / d'intérêt limité	54,55% (n = 6)	100,00% (n = 3)	80,00% (n = 4)	0.21
Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente	81,82% (n = 9)	66,67% (n = 2)	60,00% (n = 3)	0.3
Il m'est arrivé de la faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques	18,18% (n = 2)	33,33% (n = 1)	20,00% (n = 1)	0.18
Autre	27,27% (n = 3)	66,67% (n = 2)	20,00% (n = 1)	0.68
Spéculum jamais mis (N = 42)	n = 16	n = 1	n = 8	
Cela ne me semble pas nécessaire / d'intérêt limité	75,00% (n = 12)	0,00% (n = 0)	62,50% (n = 5)	1
Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente	75,00% (n = 12)	100,00% (n = 1)	87,50% (n = 7)	1
Il m'est arrivé de la faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques	12,50% (n = 2)	0,00% (n = 0)	0,00% (n = 0)	0,99
Autre	6,25% (n = 1)	100,00% (n = 1)	12,50% (n = 1)	0.23
Toucher vaginal jamais fait (N = 97)	n = 28	n = 5	n = 19	
Cela ne me semble pas nécessaire / d'intérêt limité	82,14% (n = 23)	100,00% (n = 5)	73,68% (n = 14)	0.9

Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente	85,71% (n = 24)	80,00% (n = 4)	78,95% (n = 15)	0,99
Il m'est arrivé de la faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques	3,57% (n = 1)	40,00% (n = 2)	15,79% (n = 3)	0.1
Autre	10,71% (n = 3)	20,00% (n = 1)	10,53% (n = 2)	0.69

A. Examen sénologique

Figure X : réalisation d'une palpation mammaire chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (N = 870, question à choix multiples)



Nous mettons en évidence des différences significatives quant à toutes les modalités de pratique de la palpation mammaire chez les 18-24 ans entre les catégories professionnelles (figure VII). En effet, les gynécologues étaient plus systématiques que les sages-femmes et les médecins généralistes ($p = 0$). Par conséquent, ils étaient moins sensibles à la présence d'antécédent familial, de signe clinique et à la demande de la patiente (les p étant de 0.008, 0.007 et 0.001). Les sages-femmes ont répondu plus souvent « jamais » que les gynécologues et les médecins généralistes ($p = 0.017$) (annexe III).

Figure XI : raison(s) pour laquelle/ lesquelles les professionnels de santé réalisent une palpation mammaire « systématiquement » et/ou en présence « d'antécédents » chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (n = 390, question à choix multiples)

Variables	Sages-femmes (n = 192)	Gynécologues (n = 80)	Médecins généralistes (n = 75)	p-value
Je repère régulièrement des éléments pathologiques	4,17% (n = 8)	8,25% (n = 7)	5,33% (n = 4)	0.33
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)	32,81% (n = 63)	46,25% (n = 37)	41,33% (n = 31)	0.34
Par habitude / réflexe	28,13% (n = 54)	42,50% (n = 34)	36,00% (n = 27)	0.25
Autre	42,71% (n = 82)	25,00% (n = 20)	30,67% (n = 23)	0.12

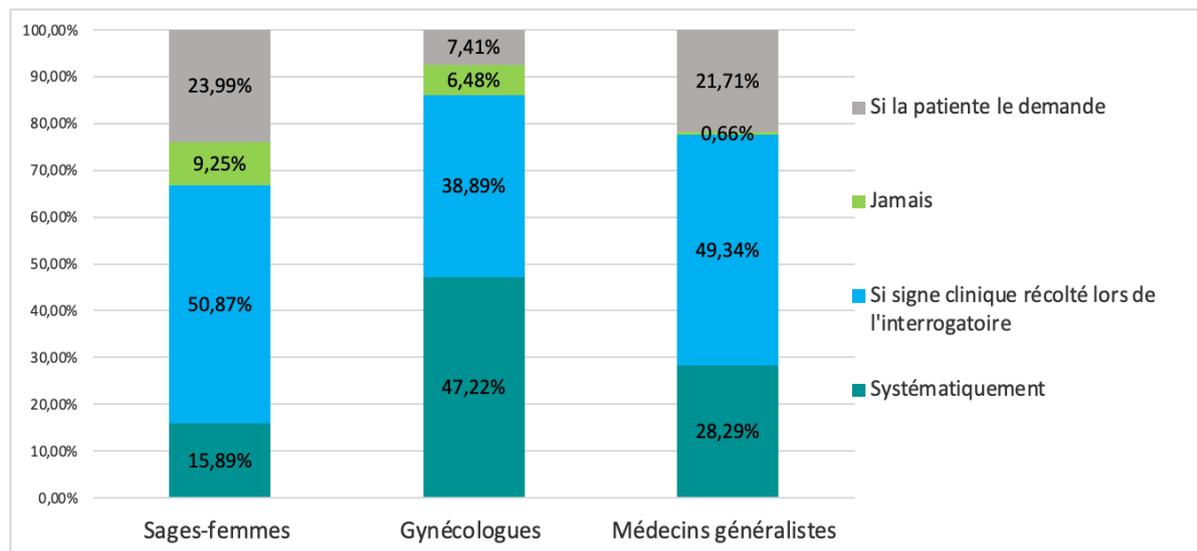
Il n'existe pas de différences significatives concernant les différentes raisons exposées par les trois professions à réaliser, systématiquement ou en présence d'antécédents, une palpation

mammaire aux femmes de 18-24 ans (figure VIII). Parmi les réponses « autres » on retrouve les notions de prévention, de sensibilisation à l’auto-palpation, d’apprentissage, d’information, d’éducation, de connaissance du corps des femmes et d’initiation à l’examen gynécologique. Pour certains professionnels de santé, la palpation mammaire (systématique ou en présence d’antécédents) figurait dans les recommandations. Pour d’autres, la grossesse était un autre argument pour en réaliser une.

De même, il n’existe pas de différences significatives concernant les différentes raisons exposées par les trois professions à ne jamais réaliser de palpation mammaire (figure IX). Deux personnes interrogées trouvaient cet examen “inutile car les femmes connaissent leur corps”.

B. Palpation abdominale

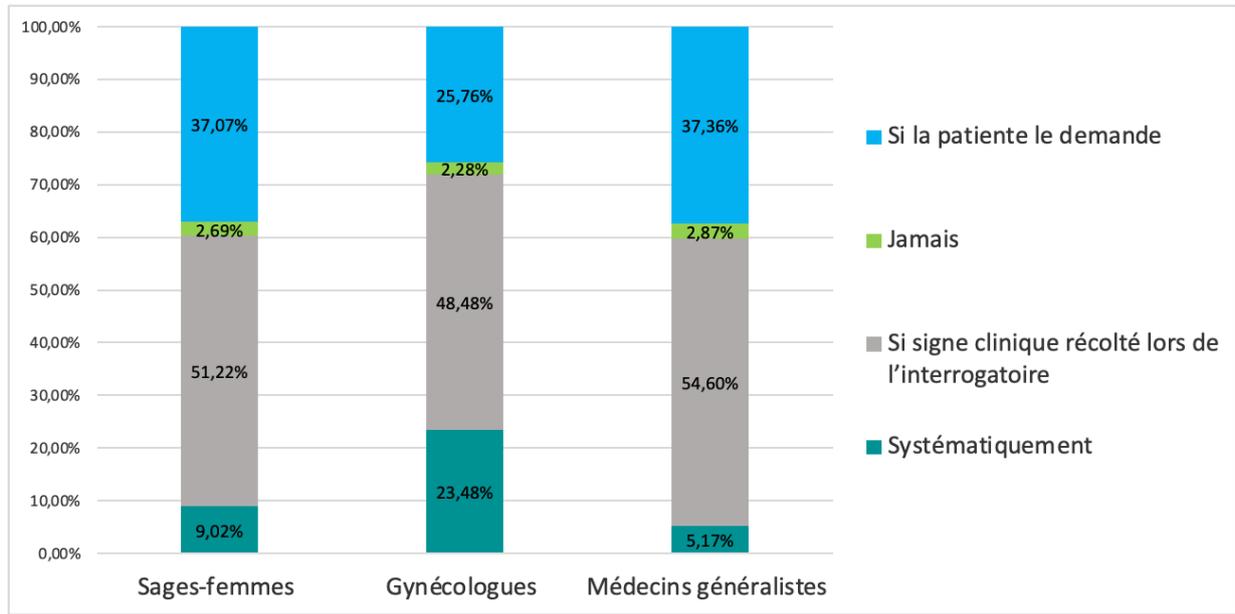
Figure XI : réalisation d’une palpation abdominale chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (N = 606, question à choix multiples)



Concernant la palpation abdominale, il existe des différences significatives entre les professions concernant les modalités de réalisation suivantes : « systématiquement », « si la patiente le demande » et « jamais » (figure VII). Les gynécologues étaient plus systématiques quant à la réalisation de la palpation abdominale chez les jeunes femmes et en réalisaient donc moins en fonction de la demande de la patiente (les p étant de 0.0005 et 0.0002). Les sages-femmes ont répondu plus souvent « jamais » par rapport aux gynécologues et médecins généralistes (p = 0.0028) (annexe III).

C. Inspection périnéale

Figure XII : réalisation d'une inspection périnéale chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (N = 716, question à choix multiples)



À propos de l'inspection périnéale chez les femmes de 18 à 24 ans, des différences significatives entre les trois professions ont été mises en évidence concernant sa pratique systématique et relative à la demande des patientes (figure VII). En effet, les gynécologues étaient plus systématiques que les sages-femmes et les médecins généralistes. Inversement, ils réalisaient moins d'inspection périnéale en fonction de la demande de la patiente (les p étant de 0 et 0.02) (annexe III).

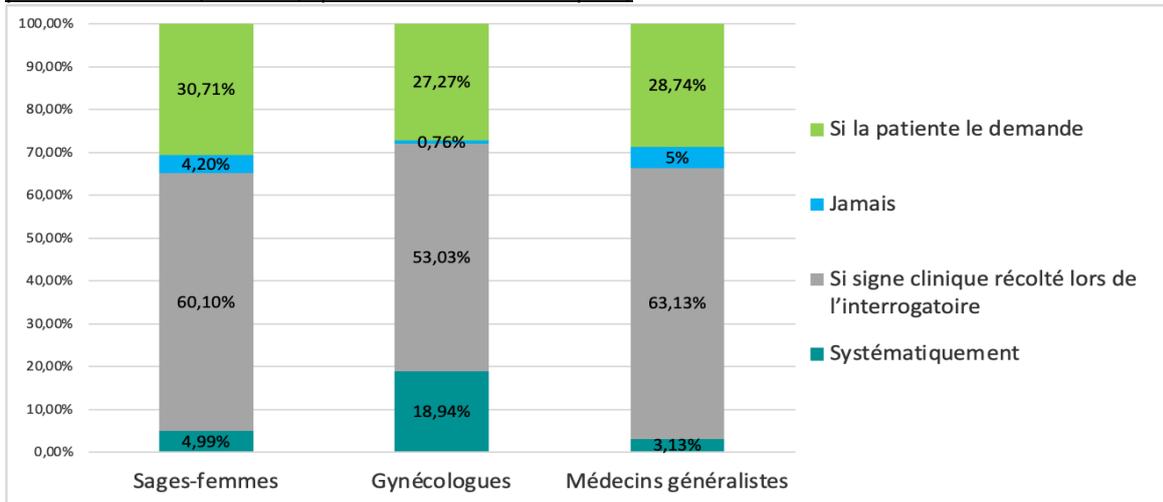
Il n'existe pas de différences significatives concernant les différents arguments exposés par les trois professions à réaliser systématiquement d'inspection périnéale (figure IX).

11 personnes ont donné d'autres raisons pour lesquelles ils justifiaient une inspection périnéale systématique. Parmi celles-ci, certains voyaient l'inspection périnéale comme « indispensable », d'autres considéraient que « cette étape essentielle fait partie intégrante de l'examen gynécologique » et enfin, d'autres la réalisaient dans le but de « rassurer d'un aspect normal ».

Il n'existe pas de différence significative concernant les différents arguments exposés par les trois professions à ne jamais réaliser d'inspection périnéale. Les autres raisons évoquées par les professionnels de santé qui ne réalisaient jamais d'inspection périnéale étaient les suivantes : « cela ne figure pas dans les recommandations » et « il n'y a aucune indication à le faire ».

D. Examen au spéculum

Figure XIII : réalisation d'un examen au spéculum chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (N = 673, question à choix multiples)



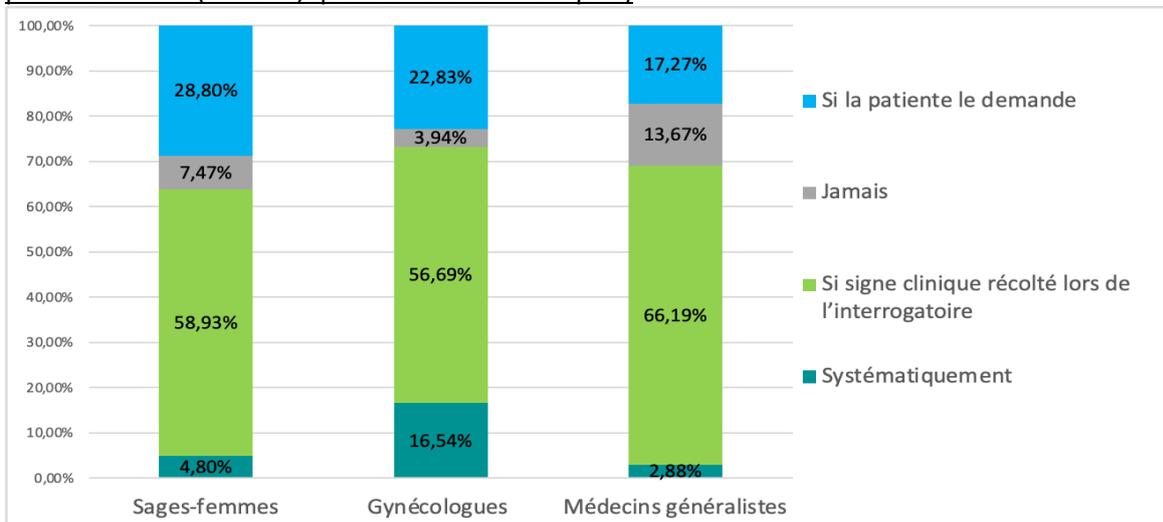
Il existe une différence significative entre les trois professions interrogées concernant la pratique systématique de l'examen au spéculum chez les femmes de 18 à 24 ans (figure VII). En effet, les gynécologues étaient plus systématiques, et par conséquent, ont répondu moins souvent "jamais" que les sages-femmes et les médecins généralistes (les p étant de 0 et 0.04) (annexe III).

Il n'existe pas de différences significatives concernant les différentes raisons exposées par les trois professions à réaliser systématiquement un examen au spéculum (figure VIII). 10 participants justifiaient l'examen systématique au spéculum par d'autres arguments : certains le considéraient comme « indispensable » et trois professionnels rapportaient que « le dépistage des IST est hors recommandations chez les moins de 25 ans ».

Il n'existe pas de différences significatives concernant les différentes raisons exposées par les trois professions à ne jamais réaliser d'examen au spéculum (figure IX). Ce dernier était « hors recommandations » d'après 3 personnes ayant répondu au questionnaire.

E. Toucher vaginal

Figure XIV : réalisation d'un toucher vaginal chez les femmes de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (N = 641, question à choix multiples)



En ce qui concerne la réalisation, face à la demande de la patiente et systématique, d'un toucher vaginal, on met en évidence une différence significative entre les professionnels (figure VII). Les gynécologues étaient plus systématiques que les médecins généralistes et les sages-femmes ($p = 0$). De plus, les sages-femmes étaient plus sensibles à le réaliser, suite à la demande de la patiente, que les autres professionnels ($p = 0.01$) (annexe III).

Il n'existe pas de différences significatives entre les professions concernant les motifs de réalisation systématique du toucher vaginal (figure VIII). 9 professionnels ont exposé d'autres arguments. Pour trois d'entre eux, il faut « être systématique pour ne pas passer à côté de quelque chose » et pour trois autres, le toucher vaginal est « indispensable ». Enfin, pour les derniers, il fait « évidemment partie intégrante de l'examen gynécologique complet à réaliser chez ces jeunes femmes ».

Il n'existe pas de différence significative concernant les différentes raisons exposées par les trois professions à ne jamais réaliser de toucher vaginal (figure IX). D'autres raisons ont été apportées telles que le fait qu'il ne soit « pas urgent aux premières consultations de réaliser un toucher vaginal » ou encore qu'il n'existait « pas de recommandations à ce sujet ». Un professionnel réalisait « systématiquement une échographie pelvienne par voie abdominale », étayant ainsi sa pratique.

F. Toucher rectal

En outre, la majorité des professionnels de santé interrogés ($n = 502$) ne réalisaient jamais de toucher rectal chez les femmes âgées de 18 à 24 ans (83,67%, $n = 410$). 0% en réalisait systématiquement, 2,86% ($n = 14$) si la patiente le demandait et 15,92% ($n = 78$) s'ils détectaient un signe clinique à l'interrogatoire.

IV. Le frottis cervico-utérin

Figure XV : réalisation d'un frottis cervico-utérin chez les femmes âgées de 18 à 24 ans (N = 679, question à choix multiples)

Réalisation du frottis cervico-utérin	%
Systématiquement	2,45% ($n = 12$)
Si âge précoce des premières relations sexuelles	19,80% ($n = 97$)
Si nombre élevé de partenaires sexuels	16,73% ($n = 82$)
Si signes cliniques récoltés lors de l'interrogatoire	26,33% ($n = 129$)
Si antécédent	6,53% ($n = 32$)
Jamais	60,61% ($n = 297$)
Si la patiente le demande	6,12% ($n = 30$)

En majorité, le frottis cervico-utérin n'était jamais réalisé chez les femmes de 18 à 24 ans. Une fois de plus, nous remarquons que la présence de signe(s) clinique(s) était un facteur conditionnant la pratique de ce dernier. Le frottis était très peu réalisé de manière systématique.

Figure XVI : réalisation d'un frottis cervico-utérin chez les femmes âgées de 18 à 24 ans selon la catégorie professionnelle (N = 679, question à choix multiples)

	<u>Sages-femmes</u>	<u>Gynécologues</u>	<u>Médecins généralistes</u>	<u>p-value</u>
Systématiquement	1,47 % (n = 4)	5,00% (n = 5)	2,56% (n = 3)	0.16
Si âge précoce des premières relations sexuelles	15,02% (n = 41)	10,00% (n = 10)	39,32% (n = 46)	0
Si nombre élevé de partenaires sexuels	15,38% (n = 42)	8,00% (n = 8)	27,35% (n = 32)	0.005
Si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire	21,98% (n = 60)	29,00% (n = 29)	34,19% (n = 40)	0.1
Si antécédent familial	6,96% (n = 19)	3,00% (n = 3)	8,55% (n = 10)	0.27
Jamais	69,23% (n = 189)	61,00% (n = 61)	40,17% (n = 47)	0.02
Si la patiente le demande	5,49 % (n = 15)	4,00% (n = 4)	9,40% (n = 11)	0.26

Les modalités de réalisation systématique, en présence d'antécédent familial, de signe clinique et relatives à la demande de la patiente, semblaient être homogènes pour les sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes. En revanche, il existe une différence significative de pratique entre les trois professions si la patiente avait débuté ses premières relations sexuelles à un âge précoce et si elle avait un nombre élevé de partenaires sexuels. Nous notons également une différence significative entre les trois corps de métier concernant la réponse « jamais ». En effet, les médecins généralistes réalisaient plus facilement de frottis cervico-utérin aux patientes de 18 à 24 ans face à un âge précoce des premiers rapports sexuels et un nombre de partenaires sexuels élevé, que les sages-femmes et les gynécologues (les p étant de 0.003 et 0.004). Les sages-femmes et les gynécologues répondaient davantage ne jamais en réaliser par rapport aux médecins généralistes (p = 0.007) (annexe III).

Figure XVII : freins et motivations associés à la pratique du frottis cervico-utérin chez les 18-24 ans selon la catégorie professionnelle (questions à choix multiples)

	<u>Sages-femmes</u>	<u>Gynécologues</u>	<u>Médecins généralistes</u>	<u>p-value</u>
Réalisation systématique du frottis cervico-utérin (N = 20)	n = 4	n = 5	n = 3	
Je repère régulièrement des éléments pathologiques	25,00% (n = 1)	0,00% (n = 0)	0,00% (n = 0)	1
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)	25,00% (n = 1)	100,00% (n = 5)	66,67% (n = 2)	0.83
Par habitude / réflexe	50,00% (n = 2)	100,00% (n = 5)	66,67% (n = 2)	0.86
Autre	25,00% (n = 1)	0,00% (n = 0)	33,33% (n = 1)	0.7
Réalisation du frottis cervico-utérin chez les patientes ayant eu leurs premières relations sexuelles à un âge précoce / des antécédents familiaux / un nombre élevé de partenaires sexuels (N = 257)	n = 102	n = 21	n = 88	
Je repère régulièrement des éléments pathologiques	3,92% (n = 4)	9,52% (n = 2)	1,14% (n = 1)	0.14
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)	33,33% (n = 34)	76,19% (n = 16)	20,45% (n = 18)	0.0057
Je considère que la patiente est à risque	37,25% (n = 38)	66,67% (n = 14)	46,59% (n = 41)	0.3
Autre	45,10% (n = 46)	100,00% (n = 21)	25,00% (n = 22)	0.0012

Jamais de réalisation de frottis cervico-utérin (N = 562)	n = 189	n = 61	n = 47	
Cela va à l'encontre des recommandations	98,41% (n = 186)	98,36% (n = 60)	97,87% (n = 46)	1
Cela ne me semble pas nécessaire / d'intérêt limité	50,26% (n = 95)	37,70% (n = 23)	44,68% (n = 21)	0.57
Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente	43,39% (n = 82)	26,23% (n = 16)	34,04% (n = 16)	0.23
Il m'est arrivé de le faire mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques	0,53% (n = 1)	1,64% (n = 1)	4,26% (n = 2)	0.09
Autre	3,70% (n = 7)	4,92% (n = 3)	6,38% (n = 3)	0.65

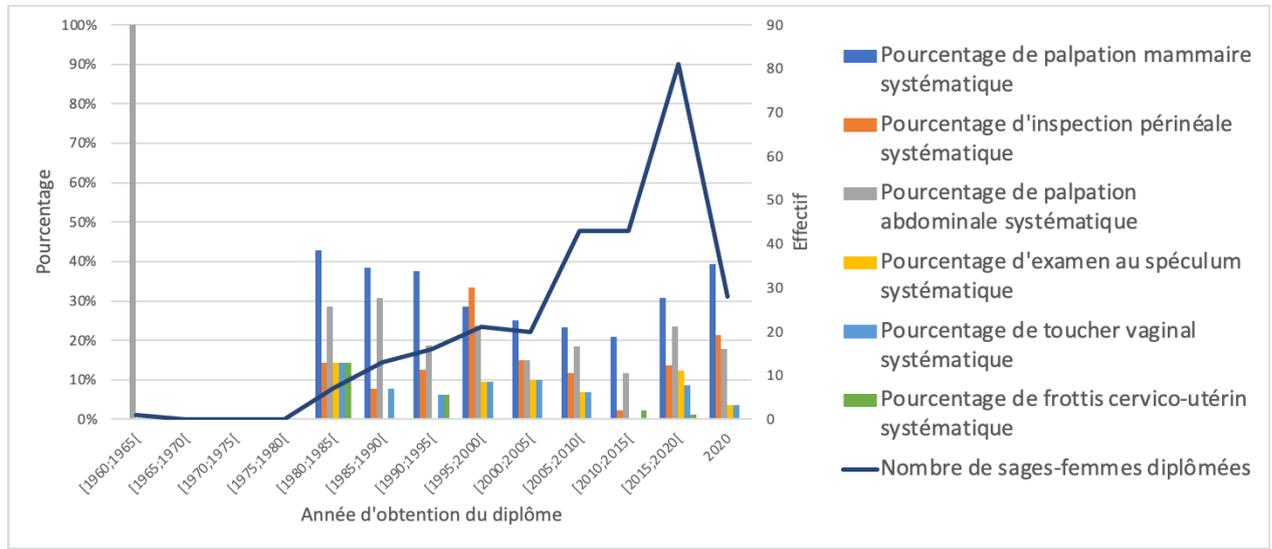
Concernant la pratique systématique du frottis cervico-utérin chez les 18-24 ans, il n'existe pas de différence significative entre les professionnels, les pratiques semblaient similaires (figure XVII). De plus, deux personnes interrogées considéraient le frottis cervico-utérin comme « faisant partie de l'examen gynécologique ».

À propos des motifs de réalisation du frottis cervico-utérin en cas d'âge précoce des premières relations sexuelles, du nombre élevé de partenaires sexuels ou encore d'antécédent familial, nous observons des différences significatives entre les professions. Les gynécologues avaient davantage répondu avoir rencontré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle) et exposé d'autres arguments que les sages-femmes et les médecins généralistes (les p étant de 0.004 et 0.0018) (annexe IV). En outre, nous avons obtenu 89 réponses « autre ». Parmi elles, la notion de « conscience professionnelle » prédominait. Une autre notion importante a été énoncée : si la jeune femme avait déjà eu un frottis cervico-utérin précédemment, les professionnels santé poursuivaient la prise en charge en en reconduisant un. De même, si le partenaire de la patiente présentait des signes cliniques et si la femme de moins de 25 ans était en période de post-partum, alors, un frottis cervico-utérin était réalisé.

Parmi les différents professionnels de santé ne réalisant jamais de frottis cervico-utérin chez les 18-24 ans, il n'existe pas de différence significative concernant les différentes justifications exposées par ceux-ci (figure XVII). La « peur du sur-diagnostic », « des prises en charge invasives » et la clairance faisaient partie des freins à la pratique des frottis cervico-utérin pour beaucoup de professionnels de santé. En effet, le frottis cervico-utérin pouvait « révéler des infections non pathologiques à cet âge » car « beaucoup d'HPV s'éliminent seuls », « les résultats peuvent être faussés par l'immaturation des tissus » et pouvant amener à des « traitements abrasifs sans bénéfice attendu pour la patiente » selon eux. Les conséquences de cette pratique seraient très « anxiogènes » pour la patiente, et d'autres ne sauraient pas « comment interpréter les résultats, ni donner de conduites à tenir ».

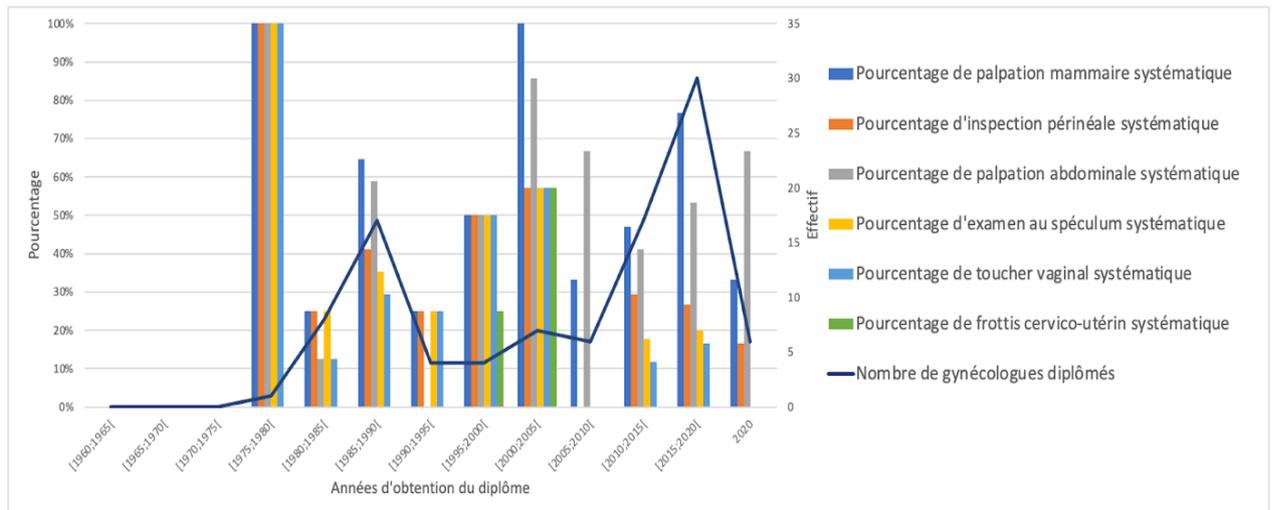
V. Pratiques professionnelles

Figure XVIII : sages-femmes ayant une pratique systématique concernant des étapes de l'examen clinique gynécologique et le frottis cervico-utérin chez les femmes de 18 à 24 ans en fonction de leur année de diplôme (n = 273)



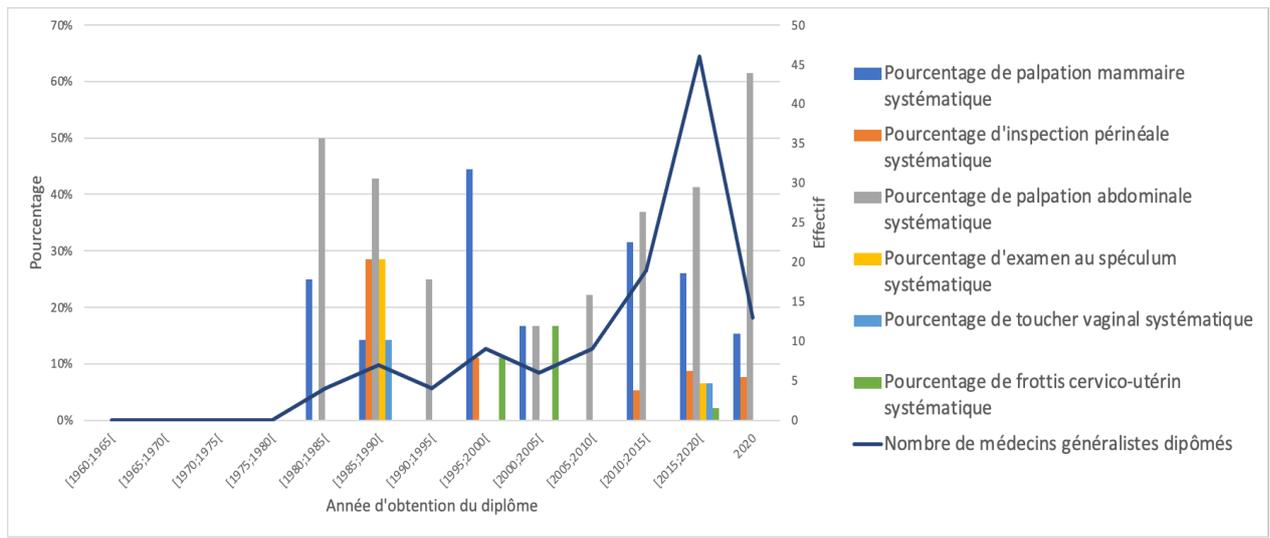
Nous remarquons que les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant les années 2000 réalisaient les examens de façon plus systématique.

Figure XIX : gynécologues ayant une pratique systématique concernant des étapes de l'examen clinique gynécologique et le frottis cervico-utérin chez les femmes de 18 à 24 ans en fonction de leur année de diplôme (n = 100)



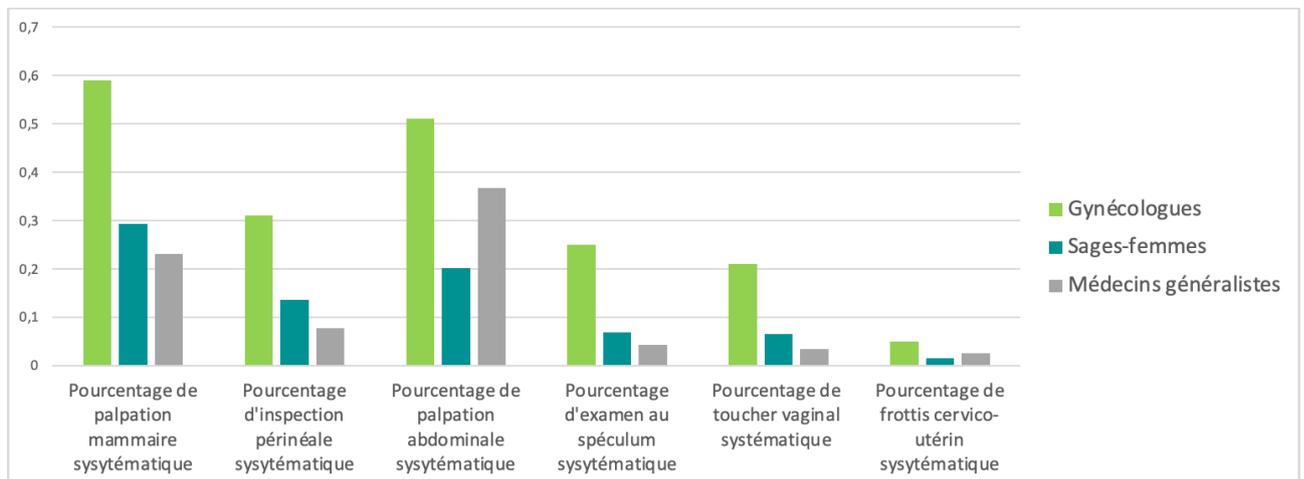
On observe de manière générale une proportion élevée de réalisation systématique des étapes de l'examen clinique gynécologique indépendamment de l'année d'obtention du diplôme. En revanche, pour les gynécologues ayant obtenu leur diplôme entre les années 1975-1979, 1995 et 2004, leur pratique était plus systématique que les autres.

Figure XX : médecins généralistes ayant une pratique systématique concernant des étapes de l'examen clinique gynécologique et le frottis cervico-utérin chez les femmes de 18 à 24 ans en fonction de leur année de diplôme (n = 117)



On remarque que les médecins généralistes, de manière générale, réalisaient des palpations mammaires et abdominales de manière systématique indépendamment de l'année d'obtention de diplôme. En revanche, concernant les autres pratiques, les médecins généralistes diplômés avant 1990 étaient plus systématiques que les autres.

Figure XXI : pourcentages de réalisation systématique de certaines étapes de l'examen clinique gynécologique et du frottis cervico-utérin chez les femmes de 18 à 24 ans selon les catégories professionnelles (n = 490)



Parmi les professionnels de santé ayant une pratique systématique, on observe que les gynécologues étaient plus systématiques que les sages-femmes et médecins généralistes, peu importe les étapes de l'examen clinique observées. Les sages-femmes ayant une pratique systématique, l'étaient davantage que les médecins généralistes (hormis concernant la palpation abdominale et le frottis cervico-utérin).

En comparaison avec les pratiques systématiques, aucun professionnel n'a répondu ne « jamais » réaliser la totalité des différentes étapes de l'examen clinique gynécologique.

ANALYSE ET DISCUSSION

I. Résumé des principaux résultats

L'étude nous a permis de montrer des disparités de pratiques entre les différentes professions réalisant le suivi gynécologique des femmes âgées de 18 à 24 ans. En effet, nous avons remarqué que celles des sages-femmes et des médecins généralistes étaient souvent similaires et que les gynécologues avaient une tendance plus systématique. Notre premier objectif a donc été atteint. Dans un second temps, nous avons étudié les freins et motivations dans l'application de gestes techniques chez les femmes de 18 à 24 ans. Nous avons ainsi atteint notre second objectif.

Nous avons émis d'une part l'hypothèse que la réalisation de l'examen clinique serait adaptée selon la présence de signe(s) clinique(s). Notre étude confirme cette hypothèse puisque la majorité des professionnels de santé ont répondu réaliser les examens cliniques gynécologiques en fonction de la présence de signe(s) clinique(s).

D'autre part, nous avons émis l'hypothèse que les examens cliniques gynécologiques des professionnels de santé pouvaient différer des recommandations en fonction de leurs expériences. Notre étude nous a permis de constater que les professionnels de santé réalisant les examens de façon plus systématique étaient les professionnels les plus anciennement diplômés ou ceux réalisant des consultations gynécologiques depuis plusieurs années. Ainsi cette deuxième partie de l'hypothèse est confirmée : les examens cliniques gynécologiques des professionnels de santé peuvent différer des recommandations en fonction de leurs expériences.

II. Limites et forces de l'étude

Notre étude présente des limites. En effet, les gynécologues étaient moins représentés dans notre échantillon et à l'inverse, les sages-femmes constituaient l'effectif principal. Bien que les effectifs totaux soient recevables, cette inégalité diminue la puissance de l'étude. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'enquête soit menée par une étudiante sage-femme. En effet, les sages-femmes seraient un public plus sensible pour répondre aux questionnaires, tandis que certains gynécologues auraient émis quelques réticences concernant l'enquête.

En outre, la pauvreté en termes d'études réalisées et de littérature concernant le sujet ne nous permet pas de pouvoir comparer les pratiques à la population générale. Ce manque constitue à la fois une limite et un atout. En effet, cette étude est donc marquée par sa singularité.

Le questionnaire ayant été diffusé dans toute la France, les pratiques issues de tout le territoire ont donc été prises en compte. De plus, notre enquête a suscité de l'intérêt. En effet, plusieurs professionnels de santé ont exprimé la volonté de recevoir les résultats. Ainsi, nous présageons que les pratiques professionnelles gynécologiques pourraient être remises en question par la suite.

Les sages-femmes et les médecins généralistes réalisent le suivi gynécologique de prévention et de diagnostic, contrairement aux gynécologues, à qui on adresse les patientes en cas de situation pathologique. On peut donc supposer que les gynécologues, prenant en charge plus de pathologies gynécologiques, sont plus sensibles à les détecter de manière systématique. Il existe alors un biais face à la comparaison de populations de professionnels n'ayant pas le même type de patientèle, même si les recommandations sont les mêmes pour tous.

III. Discussion

A. L'examen clinique gynécologique des femmes de 18 à 24 ans

1. Profils des professionnels

Les professionnels de santé plus récemment diplômés étaient moins systématiques, et inversement concernant les plus expérimentés ainsi que les plus anciennement diplômés. Nous suggérons qu'il faut du temps pour que les nouvelles recommandations soient diffusées à tous les professionnels, et encore plus pour qu'elles soient appliquées.

Parmi les professionnels de santé réalisant systématiquement les différents gestes de l'examen clinique gynécologique, les gynécologues étaient nettement plus systématiques que les autres professions et ce, peu importe l'étape de l'examen clinique. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, les gynécologues sont plus souvent confrontés à des pathologies gynécologiques. La sage-femme, par exemple, plus habituée à prendre en charge la physiologie, doit adresser les patientes à un médecin lorsqu'elle rencontre des situations pathologiques (18). Les gynécologues étaient, cependant, les professionnels les plus sensibles à la présence de facteurs de risque quant à l'examen général. Néanmoins, lorsqu'on a interrogé les professionnels de santé à propos des raisons pour lesquelles ils réalisaient de manière systématique les différentes étapes de l'examen clinique, nous n'avons pas relevé de différences significatives entre les différentes professions. Par conséquent, les gynécologues seraient plus systématiques, sans pour autant déclarer retrouver plus de pathologies que les autres professions.

Les sages-femmes et les médecins généralistes semblaient, dans l'ensemble, avoir des pratiques similaires. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils auraient des niveaux de connaissances voisins. En effet, la moitié des sages-femmes interrogées possédaient une formation complémentaire. Les médecins généralistes, quant à eux, étaient plus récemment diplômés. La formation complémentaire en gynécologie et l'année d'obtention du diplôme peuvent ainsi jouer sur le niveau de mise à jour et de connaissances des professionnels de santé.

2. Pratiques professionnelles, freins et motivations

La majorité des étapes de l'examen clinique gynécologique était pratiquée en fonction de la présence de signe(s) clinique(s) et selon la demande de la patiente.

a. Pratique systématique

L'examen le plus systématiquement réalisé par l'ensemble des catégories professionnelles était la palpation mammaire (33,88%, soit 1 professionnel sur 3). La majorité des motivations données par ces derniers était la notion de prévention et d'apprentissage à l'auto-palpation. Une étude tchèque de 2016 a montré que l'auto-palpation ne réduisait pas la mortalité du cancer du sein malgré une pratique régulière et au contraire, que l'auto-examen des seins augmentait le nombre d'exams complémentaires et de biopsies, bénignes (34). Parmi les professionnels réalisant une palpation mammaire, 36,94% le faisaient si la patiente présentait des antécédents familiaux. Certains pensaient que cette notion figurait dans les recommandations. Nous notons qu'il est difficile d'évaluer une éventuelle méconnaissance des recommandations de la part des professionnels de santé car ces dernières ne sont pas précises.

Les principaux motifs de réalisation systématique des étapes de l'examen clinique gynécologique étaient l'automatisme et le fait d'avoir déjà rencontré des éléments pathologiques à l'issue de ces gestes. Les professionnels ont énoncé d'autres raisons telles que : la réassurance (le fait de réaliser de façon systématique pour rassurer le professionnel / la patiente de la normalité du résultat de l'examen, « être systématique pour ne pas passer à côté de quelque chose »), les fondements personnels (estimer que tel examen est « indispensable », « évident » ou « fait partie intégrante de la consultation gynécologique »), la grossesse, ainsi qu'un défaut de connaissances (geste technique figurant dans les recommandations alors qu'il n'en existe pas). Ainsi, la pratique systématique serait en partie basée sur des croyances et fondements personnels.

b. Jamais de pratique

Très peu de gestes techniques n'étaient jamais réalisés par les professionnels de santé. Concernant le toucher vaginal, 10,61% des professionnels ne le réalisaient jamais chez les 18-24 ans. Celui-ci était l'examen le moins souvent réalisé par les différentes professions.

Dans une étude datant de 2015 réalisée auprès de sages-femmes de Lorraine, une seule sage-femme sur 69 ne faisait jamais de toucher vaginal si la patiente était asymptomatique et 52% n'en réalisaient pas d'emblée. Les raisons pour lesquelles elles en pratiquaient étaient la recherche de pathologie comme la présence de fibrome ou de kyste, or deux tiers n'en avaient jamais diagnostiqué grâce au toucher vaginal. Elles recherchaient également des infections, néanmoins les femmes asymptomatiques ne nécessitent pas obligatoirement de traitement. Quant aux IST, le dépistage peut se faire par auto-prélèvement. Pour d'autres sages-femmes, le toucher vaginal représentait l'occasion pour elles de repérer des difficultés sexuelles féminines. Les sages-femmes réalisaient un toucher vaginal pour rassurer leur patiente et se rassurer elles-mêmes dans 40% des cas. Elles évoquaient aussi une certaine pression médico-légale, ce que nous avons également retrouvé dans notre étude. 70% des sages-femmes n'effectuaient pas de toucher vaginal chez les patientes de 18 ans (35). Dans notre étude, seulement 10,26% des sages-femmes n'en réalisaient jamais chez les 18-24 ans. Nous pouvons supposer que la grande différence avec notre étude est la population étudiée. En effet, nous nous intéressions aux jeunes femmes de 18 à 24 ans alors que l'étude lorraine s'intéressait à celle de 18 ans uniquement. Cependant, les recommandations ne diffèrent pas avant l'âge de 25 ans.

En 2020, une étude a montré que le toucher vaginal était de faible efficacité dans le dépistage d'éventuels cancers et infections lorsqu'il était réalisé chez des femmes asymptomatiques. Le toucher vaginal peut être traumatisant pour la patiente. Ainsi, la crainte qu'il risque d'engendrer peut constituer une « source d'évitement » des soins chez les patientes (36).

Une étude américaine de 2014 a mis en évidence que l'examen clinique pelvien engendrait plus d'effets indésirables que de bénéfiques. En effet, l'American College of Physicians ne recommande pas de pratiquer un examen clinique pelvien (toucher vaginal / examen au spéculum, le frottis cervico-utérin étant exclu) chez la jeune femme adulte asymptomatique et non enceinte. L'examen pelvien provoquerait plus de peur, d'inconfort, de douleur, de fausses réassurances, de sur-traitements et serait plus coûteux. De plus, il détectait peu de cancers et d'infections. L'étude a montré que l'examen clinique pelvien n'était pas associé à de meilleurs résultats et ne réduisait pas la morbi-mortalité. Ainsi, il ne devrait pas être pratiqué chez les femmes asymptomatiques et non enceintes (37).

Concernant les freins exposés par les professionnels au sujet des différentes étapes de l'examen, ces derniers estimaient en majorité que le geste technique était d'intérêt limité ou pouvait être intrusif voire traumatique pour la patiente. Certains professionnels ne jugeaient « pas urgent » de réaliser un

examen gynécologique aux premières consultations. Ces déclarations sont en accord avec les informations figurant dans le feuillet d'informations concernant la consultation gynécologique, publié par Santé Publique France de 2017. Il est mentionné que l'examen gynécologique est débuté « après le début de la vie sexuelle, si nécessaire, et jamais systématiquement » (38). Or, une étude menée en 2017 a montré que, parmi 1398 patientes, 70,80% ont bénéficié d'un examen clinique alors qu'elles consultaient pour la première fois en gynécologie (23).

B. Le frottis cervico-utérin chez les femmes de 18 à 24 ans

1. Pratique systématique

Dans notre étude, seuls 2,45% des professionnels effectuaient systématiquement un frottis cervico-utérin aux femmes âgées de 18 à 24 ans.

Dans l'étude concernant la satisfaction des femmes lors de leur première consultation gynécologique en 2017, 275 femmes avaient reçu un frottis cervico-utérin avant 25 ans (23). Dans une autre étude menée en 2019, 93% des gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes ont répondu débiter le dépistage à partir de 25 ans (39). En 2015, 35% des médecins généralistes d'une étude préconisaient systématiquement le premier frottis cervico-utérin avant 25 ans (40).

Les 20 professionnels de notre étude ayant cette pratique systématique ont répondu en majorité le réaliser par automatisme et avoir déjà repéré des éléments pathologiques. Seule une sage-femme en décelait de façon régulière. La présence d'éléments pathologiques ne nous étonne pas car les jeunes femmes sont particulièrement exposées à l'HPV or il existe une clairance naturelle permettant de l'éliminer de manière spontanée. D'autres ont répondu que le frottis cervico-utérin faisait « partie intégrante de l'examen gynécologique », témoignant de la persistance de croyances, fondements personnels et d'une méconnaissance des recommandations. Ces arguments ont été retrouvés également dans les études précédentes. Notamment, le frottis était devenu un acte systématique pour les professionnels (58%) et pour 73% des sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes interrogés, c'était le défaut de connaissance des recommandations qui était à l'origine du dépistage précoce (39). Dans une étude en 2015, nous retrouvons aussi d'autres motivations comme le fait d'initier et d'habituer la patiente à un suivi gynécologique (30%), l'expérience d'un élément pathologique (27%), la grossesse (36%), la crainte de « passer à côté de quelque chose » (40). Dans une étude menée en 2016 sur les freins et les motivations de réalisation du frottis cervico-utérin avant 25 ans, les besoins de rassurer la patiente, le professionnel et d'éduquer les patientes figuraient également parmi les motifs de réalisation précoce du frottis cervico-utérin (41).

Malgré la limite de nos effectifs, il semblerait que le nombre de professionnels réalisant systématiquement des frottis cervico-utérins avant 25 ans semble diminuer, et ce, même si les motivations des professionnels de santé semblent être similaires au fil des années. La publication de nouvelles recommandations en 2019 sur le frottis cervico-utérin a possiblement entraîné des mises à jour médicales, ce qui expliquerait cette tendance.

2. Pratique en présence de facteurs de risque

Depuis 2013, le frottis cervico-utérin avant 25 ans n'est plus recommandé malgré la présence de facteurs de risque. Dans notre étude, les médecins généralistes réalisaient plus de frottis cervico-utérin chez les 18-24 ans que les sages-femmes et gynécologues devant un âge précoce des premières relations sexuelles et un nombre élevé de partenaires sexuels. Cependant, les gynécologues diagnostiquaient davantage d'éléments pathologiques dans cette population. De plus, la majorité des

médecins généralistes ne possédaient pas de formation complémentaire en gynécologie. Ces pratiques peuvent être dues à un manque de mises à jour médicales, qui lui-même, pourrait être expliqué par le faible taux de médecins généralistes ayant une formation complémentaire en gynécologie.

Parmi les motivations énoncées par les professionnels de santé à pratiquer un frottis cervico-utérin avant 25 ans face à des facteurs de risque (âge précoce des premières relations sexuelles, nombre de partenaires sexuels élevé, antécédent), on retrouve d'autres motifs tels que : la conscience professionnelle, la présence des signes cliniques chez le partenaire, la période du post-partum et la poursuite d'une prise en charge initialement réalisée par un confrère. Nos résultats étaient concordants avec d'autres études, dans lesquelles on retrouvait, également en grande partie, les notions de début d'activité sexuelle, de partenaires multiples, d'antécédents (familiaux ou d'IST ou d'immunodépression), de signes cliniques (condylomes), la contraception orale oestro-progestative, l'absence de vaccination contre le papillomavirus, les addictions... (39) (40) (41). 67% des professionnels de santé effectuaient un frottis cervico-utérin si le dépistage avait été débuté par un autre professionnel d'après l'étude de M. Demolin Devulder (39). De plus, 82% des médecins généralistes interrogés en 2015 réalisaient un frottis cervico-utérin dans les 3 années suivant les premiers rapports sexuels (40).

De nombreux facteurs de risque sont énoncés au fil des années par les professionnels de santé, or plusieurs ne figurent pas dans les recommandations. On pourrait également se poser la question de la conduite à tenir face à un frottis anormal réalisé avant 25 ans.

3. Jamais de pratique

Parmi les professionnels interrogés, 60,61% ne réalisent jamais de frottis cervico-utérin chez les femmes de 18 à 24 ans. Nous pouvons dire que la majorité de notre population respectait les recommandations. En plus des recommandations, les freins constatés pour la réalisation de frottis cervico-utérin avant 25 ans étaient : la clairance, le caractère invasif du geste, l'anxiété liée à la découverte d'éléments pathologiques et l'absence de connaissances en termes de conduites à tenir ou d'interprétation des résultats. Une thèse de 2016, nous montre qu'un sur-dépistage pouvait entraîner un sur-traitement pouvant compliquer une éventuelle future grossesse et la présence de regret d'une pratique précoce du frottis cervico-utérin (41).

En 2020, des Américains ont publié les résultats d'une étude visant à réduire la fréquence de réalisation des frottis cervico-utérins chez les femmes de 21 à 29 ans. Les frottis cervico-utérins étaient réalisés une fois tous les trois ans. Peu d'HPV hauts grades avaient été retrouvés chez les 21-25 ans, contrairement aux 26-29 ans chez qui ils étaient en hausse. L'étude a montré qu'il n'existait pas de conséquences chez les 21-25 ans. Réaliser des frottis à cette tranche d'âge restait inconvenant car il existait une grande chance de traitement inutile et de régression spontanée (42).

Les pratiques de nos voisins anglais sont plutôt intéressantes. En 2003, l'initiation du dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin en Angleterre est passée de 20 à 25 ans. Depuis, la mortalité due au cancer du col de l'utérus n'a pas augmenté chez les femmes de 20 à 25 ans (33).

IV. Apports de l'étude et perspectives

Cette enquête nous a permis d'établir qu'il existait une disparité de pratiques entre les professionnels. Celle-ci se justifie probablement par le manque de recommandations claires et précises dans la population des 18- 24 ans, par le manque de mises à jour des connaissances des professionnels ainsi que la persistance de croyances et fondements basés sur l'expérience personnelle.

Cette étude nous a également permis de nous interroger sur les pratiques actuelles, les différents besoins et manques (tels que les études, les recommandations, les connaissances des femmes et des professionnels), et les différentes stratégies que nous pourrions mettre en place pour y remédier.

De nombreuses études ont prouvé que les professionnels montraient des manques de connaissances (43) (40) (41) (39). De même, les professionnels eux-mêmes considèrent manquer de connaissances (44). Il serait judicieux de reconduire le principe d'e-learning : c'est-à-dire effectuer des rappels de connaissances chez les professionnels de santé de manière brève à travers des vidéos, afin de faire évoluer les pratiques. Ce principe avait été utilisé pour favoriser la promotion de la vaccination anti-HPV en 2019. L'étude avait montré une optimisation des connaissances chez les professionnels de santé ayant participé (45). À propos de l'adhésion des professionnels de santé aux nouvelles recommandations, il est parfois difficile de faire changer les pratiques habituelles de ceux-ci. Par exemple, concernant les dernières recommandations sur la vaccination masculine afin de réduire la morbi-mortalité liée aux HPV, les professionnels de santé sont partagés sur ces nouvelles conduites à tenir or cette dernière est nécessaire (46) (47).

Nous n'avons retrouvé que peu d'études sur le suivi gynécologique des femmes spécifiquement dédiées aux femmes de 18 à 24 ans. De plus, les dernières études françaises sur le taux de réalisation de frottis cervico-utérins ont été publiées en 2013, et il pourrait alors être intéressant de mener une nouvelle enquête afin de connaître les pratiques actuelles à la suite des dernières recommandations. Il pourrait également être pertinent de se rendre compte de l'impact qu'ont ces nouvelles recommandations sur les professionnels de santé selon leur année de diplôme. Les professionnels récemment diplômés sont-ils plus sensibles aux nouvelles recommandations ? Si ce n'est pas le cas, la diffusion de ces recommandations ne devrait-elle pas être revue ? La méthode de diffusion est-elle adéquate ?

Une étude menée auprès des femmes quant à leur choix de lieu de consultation gynécologique au sein d'un CPEF ou chez le médecin généraliste a montré que la prise en charge pouvait être améliorée (26). En effet « le manque de communication, de coordination et de complémentarité entre les professionnels de santé est une faiblesse du système qui nuit à l'accompagnement des jeunes femmes » et nous pourrions améliorer ces pratiques en insistant davantage sur la coordination professionnelle. Toujours dans un souci d'harmonisation des pratiques, il serait également enrichissant de proposer des temps d'échanges entre les différentes catégories professionnelles (formations, plateformes sur internet, applications, séminaires...). Ceux-ci permettraient alors de débattre sur les recommandations, les mises en pratique et les situations rencontrées.

Enfin, nous mettons en avant la nécessité de mises à jour de connaissances médicales de la part des professionnels de santé et d'études sur les sujets abordés dans ce mémoire. Il serait intéressant de faire davantage d'études adaptées à la population des femmes de 18 à 24 ans qui permettraient d'aboutir à l'établissement de recommandations précises. Ces recommandations amèneraient probablement une harmonisation des pratiques professionnelles et développeraient ainsi les connaissances des différents acteurs de santé.

Du fait des limites de notre étude, il serait profitable de la réaliser à plus grande échelle afin d'avoir plus de force dans les résultats.

CONCLUSION

Pour conclure, des disparités de pratique entre les professionnels de santé réalisant le suivi gynécologique des femmes de 18 à 24 ans existent. Les gynécologues ont des pratiques plus systématiques que les sages-femmes et les médecins généralistes. L'expérience des professionnels semble influencer et étayer leurs pratiques, et ce, malgré la présence de recommandations. La majorité des examens sont adaptés à la présence de signes cliniques.

Les principales motivations énoncées par les professionnels de santé sont : la réassurance, l'automatisme, l'éducation à la patiente, l'expérience d'avoir déjà fait face à des éléments pathologiques, la demande de la patiente, les défauts de connaissances, les croyances et fondements personnels. Nous avons également relevé plusieurs freins dont les principaux sont : le manque d'intérêt du geste, son caractère intrusif, l'anxiété que celui-ci pouvait engendrer à la patiente, le risque de sur-traitement.

De nouvelles études et des recommandations spécifiques à notre population d'étude seraient nécessaires afin d'obtenir une harmonisation des pratiques, de manière à ce que les jeunes femmes puissent disposer d'une meilleure prise en charge gynécologique. Afin de lutter contre les croyances, les fondements personnels et le manque de formation continue des professionnels, nous pourrions proposer plus d'échanges, de jeux de rôles et de cas cliniques. Ainsi, les connaissances seraient mieux assimilées, comprises et appliquées par les professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Examen clinique. [En ligne]. http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf. Consulté le 17/04/2021
2. COURBIERE B., CARCOPINO X. IKB Gynécologie Obstétrique. Paris : Vernazobres ; édition 2019, 735p
3. HAS, Haute Autorité de Santé. Contraception de l'adolescente Mise à jour mars 2018. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/04/Fiche-mémo-HAS-contraception-des-adolescentes.pdf>. Consulté le 17/04/2021
4. HAS, Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes Mise à jour juillet 2019. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf. Consulté le 17/04/2021
5. Santé Publique France. Cancer du sein : la maladie. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>. Consulté le 17/04/2021
6. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du sein. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>. Consulté le 17/04/2021
7. HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du sein février 2015. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf. Consulté le 17/04/2021
8. Institut National du Cancer. Bulletin épidémiologique, « Les cancers en France ». [En ligne]. https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/. Consulté le 17/04/2021
9. Institut National du Cancer. Niveaux de risque : quel dépistage, pour quelle femme ?. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-niveaux-de-risque>. Consulté le 17/04/2021.
10. HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf. Consulté le 17/54/2021
11. Institut National du Cancer. Femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA 2/ Détection précoce du cancer du sein et des annexes et stratégies de réduction du risque. https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjzyKLb8YfwAhWQ4YUKHdLhBJEQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F198925%2F2674462%2Ffile%2FPlaque_Femmes_porteuses_d_une%2520mutation_de_BRCA1_ou_BRCA2_mel_20170529.pdf&usg=AOvVaw2Vltx4h6S2JCrpDjrS0jL. Consulté le 17/04/2021

12. HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) Juin 2013. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf. Consulté le 17/04/2021
13. HAS, Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 Juillet 2019. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf. Consulté le 17/04/2021
14. Institut National du Cancer. Le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-national-de-depistage>. Consulté le 17/04/2021
15. Institut National du Cancer. Dépliant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. [En ligne]. https://www.e-cancer.fr/content/download/297681/4243403/file/Depliant%20297x210%20Uterus_DEPCCU_20_BD_octobre.pdf. Consulté le 17/04/2021
16. Douvier S. Faut-il faire des frottis de dépistage du cancer du col utérin avant 25 ans ? CNGOF; 2011 p. 645-59 (mises à jour en gynécologie médicale). [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_539_morcel.pdf. Consulté le 17/04/2021
17. Legifrance. Le service public de la diffusion du droit, Code de Santé Publique article L 4130-1, modifié par loi 2016-41 du 26 janvier 2016 – article 68.. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438/. Consulté le 17/04/2021
18. Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>. Consulté le 17/04/2021
19. Bonhomme I., Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute Savoie : une étude quantitative. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2017, 72p. Disponible à partir de l'URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439/document>. Consulté le 17/04/2021
20. Portebois M. L'impact des études supérieures sur la qualité du suivi gynécologique de prévention. Mémoire de sage-femme. Université de Lille ; 2020, p. Disponible à partir de l'URL : <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2020/06/MEMOIRE-MARGOT-PORTEBOIS.pdf>. Consulté le 17/04/2021
21. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA. Mémoire de sage-femme. Université de Aix-Marseille ; 2019, 72p. Disponible à partir de l'URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381103/document>. Consulté le 17/04/2021
22. Crociati A. Santé gynécologique de la femme jeune : état des lieux auprès des étudiantes de 18 à 25 ans de l'Université de Lorraine en 2014. Mémoire de sage-femme. Université de

- Lorraine ; 2015, 54p. Disponible à partir de l'URL : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02110915/document>. Consulté le 17/04/2021
23. Vignaud C. Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans en France. Mémoire de sage-femme. Université Paris Descartes ; 2018, 65p. Disponible à partir de l'URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01898622/document>. Consulté le 17/04/2021
 24. Franc S. Le suivi gynécologique des étudiantes sages-femmes de 2ième et de 5ième années. Mémoire de sage-femme. Université de Limoges. 2017, 44p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjYpdXM9ofwAhWszoUKHasUBYAQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fauroure.unilim.fr%2Fmemoires%2Fnxfile%2Fdefault%2F70bb9faf-47bd-4b8c-be38-de522ce8e1db%2Fblobholder%3A0%2FM-SM2017-012.pdf&usq=AOvVaw25kuXnzK5pGH6RbifKSsZb>. Consulté le 17/04/2021
 25. Dewez R. Le suivi gynécologique en milieu rural : état des lieux et freins. Mémoire de sage-femme. Université de Lille. 2014 ; 44p. Disponible à partir de l'URL : <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2018/11/elisedewez.pdf>. Consulté le 17/04/2021
 26. Charpentier M. Facteurs déterminant le choix des femmes entre le centre de planification et d'éducation familiale et le médecin généraliste pour un motif de consultation gynécologique. Thèse de médecine. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. 2017 ; 101p. Disponible à partir de l'URL : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1443/fichier_the768se_marine_charpentier40767.pdf. Consulté le 17/04/2021
 27. Epsy FNIM, Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles. Baromètre de la Fédération, État de l'opinion à l'égard de la couverture et des services en Santé, décembre 2019. [En ligne]. https://www.fnim.fr/IMG/pdf/barometre_2019_conference_de_presse_bd.pdf. Consulté le 17/04/2021
 28. Service public, République Française. Sécurité Sociale d'un étudiant. [En ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F675>. Consulté le 17/04/2021
 29. Fonteneau L., Barret A-S., Lévy-Bruhl D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France - 2008-2018. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2-3 du 17 septembre 2019, pages 424-430. [En ligne]. https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjrgpOagYjwAhWRHRQKH48DrcQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F194615%2F2351178&usq=AOvVaw0_5mn39A9xlwJHJfUcZJq4. Consulté le 17/04/2021
 30. Institut National du Cancer. 10 arguments clés sur la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV). [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/10-arguments-sur-la-vaccination-contre-les-HPV>. Consulté le 17/04/2021
 31. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation vaccinale : élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons, décembre 2019. [En ligne]. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019->

[12/recommandation vaccinale elargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garcons.pdf](#). Consulté le 17/04/2021

32. Guechot M. La vaccination contre le papillomavirus : facteurs intervenants dans la décision de vaccination. Mémoire de sage-femme. Université Paris Descartes. 2018 ; 57p. Disponible à partir de l'URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01840611/document>. Consulté le 17/04/2021
33. Maura G., Chaignot C., Weill1 A., Alla F., Heard I. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2-3 du 24 janvier 2017, pages 32-38. [En ligne]. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3_2.pdf. Consulté le 17/04/2021
34. Šašková P, Pavlišta D. Breast self-examination. Yes or No?. Ceska Gynekol. 2016 Winter ; 81(6) p463-469. [En ligne]. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/27918166/>. Consulté le 17/04/2021
35. Perry J. Intérêt du toucher vaginal en systématique lors d'une consultation de gynécologie chez une femme à bas risque et asymptomatique. Mémoire de sage-femme. Université de Lorraine. 2015 ; 58p. Disponible à partir de l'URL : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2016_PERRY_JUSTINE.pdf. Consulté le 17/04/2021
36. Jacot-Guillarmod M., Mathevet P., Diserens C. Is there still a space for the vaginal examination in the gynecological consultation ?. Review Med Suisse. 2020 Oct 28; 16 (712),2037-2041. [En ligne]. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/33112516/>. Consulté le 17/04/2021
37. Qaseem A., Humphrey L., Harris R., Starkey M. and Denberg T. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. 1 July 2014 ; Annals of Internal Medicine, Volume 161, Number 1 : p 67-73. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24979451>. Consulté le 17/04/2021
38. Association SPARADRAP - Santé publique France. La première consultation gynécologique. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/337089/2997836/>. Consulté le 17/04/2021
39. Demolin Devulder M. La pratique du frottis cervico-utérin avant 25 ans. Mémoire de sage-femme. Université de la Sorbonne. 2019 ; 51p. Disponible à partir de l'URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02440203/document>. Consulté le 17/04/2021
40. Perraudin A. Déterminants de la préconisation des frottis cervico-utérins chez les femmes âgées de moins de 25 ans en médecine générale : hiérarchisation par étude quantitative. Thèse de médecine. Université de Montpellier. 2015 ; 79p. Disponible à partir de l'URL : <https://urml-m.org/wp-content/uploads/2016/06/These-A-Perraudin.pdf>. Consulté le 17/04/2021
41. Armand A. Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico- utérins, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ?. Thèse de médecine. Université de Toulouse. 2016 ; 67p. Disponible à partir de l'URL : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1436/1/2016TOU31124.pdf>. Consulté le 17/04/2021

42. Morris C.P, Chowsilpa S., Mustafa S., Chan I., Miller D., Maleki Z. and Erika F. Rodriguez E. Impact of the Current US Preventive Services Task Force Recommendations for Cervical Cancer Screening in Young Women 21 to 29 Years Old. American Journal of Clinical Pathology. 2020 ; p 1-9. [En ligne]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32221518/>. Consulté le 30 17/04/2021
43. Dos Santos S. Évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes sur le frottis cervico-utérin et sur le suivi gynécologique. Mémoire de sage-femme. Université Paris Descartes. 2012 ; 101p. Disponible à partir de l'URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724770/document>. Consulté le 17/04/2021
44. Parenti S. Suivi gynécologique de prévention : freins et motivations chez les sages-femmes libérales. Mémoire de sage-femme. Université de Limoges. 2016 ; 56p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjn0ujd24jwAhWEx4UKHeZ7C2UQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Ffaurore.unilim.fr%2Fmemoires%2Fnxfile%2Fdefault%2F51f1a31d-bf5e-4a69-9835-f1574ab5633c%2Fblobholder%3A0%2FM-SM2016-016.pdf&usg=AOvVaw1Zr6uBuB5o9nLd7VTCb5-W>. Consulté le 17/04/2021
45. Puissegur A. Favoriser la promotion de la vaccination HPV par l'optimisation des connaissances des professionnels de santé: impact d'un e-learning. Thèse de médecine. Université Clermont-Auvergne. 2019 ; 109p. Disponible à partir de l'URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02467811/document>. Consulté le 17/04/2021
46. Casimont L. Opinions des médecins généralistes sur les nouvelles stratégies de prévention du cancer du col de l'utérus. Particularités départementales du Maine et Loire. Thèse de médecine. Université de Nantes. 2015 ; 97p. Disponible à partir de l'URL : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/25d95d06-3ac8-4552-8c0e-682a2af73deb>. Consulté le 17/04/2021
47. Damour C. État des lieux des leviers et des freins à la vaccination anti papillomavirus. Mémoire de sage-femme. Université de Lille. 2020 ; 86p.

ANNEXES

ANNEXE I : questionnaire

QUESTIONNAIRE

- 1) Êtes vous : sage-femme / gynécologue / médecin généraliste
 - 2) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
 - 3) Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie ?
 - 4) Depuis combien de temps effectuez vous des consultations gynécologiques?
 - 5) Quel est votre/ vos mode(s) d'exercice :
 - Libéral
 - Hospitalier
 - Planning familial / CPEF
 - PMI
 - 6) Vous réalisez un examen général (taille, poids, tension artérielle..) chez les 18-24 ans :
 - Systematiquement
 - Si présence de facteurs de risque
 - Jamais
 - 7) Vous réalisez une palpation mammaire chez les 18-24 ans (plusieurs réponses possibles) :
 - Systematiquement
 - Si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire
 - Si ATCD
 - Jamais
 - Si la patiente le demande
- Si systématiquement / si antécédent, pour quelle(s) raison(s) réalisez-vous une palpation mammaire chez les 18-24 ans ? :
- Je repère régulièrement des éléments pathologiques
 - J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)
 - Par habitude / réflexe
 - Autre :
- Si jamais, pour quelle(s) raison(s) ne réalisez-vous pas une palpation mammaire chez les 18-24 ans?
- Cela me semble pas nécessaire / d'intérêt limité
 - Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente
 - Cela va à l'encontre des recommandations de l'HAS
 - Il m'est arrivé de le faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques
 - Autre :
- 8) Vous réalisez une palpation abdominale chez les 18-24 ans (plusieurs réponses possibles) :
 - Systematiquement
 - Si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire
 - Jamais
 - Si la patiente le demande
 - 9) Vous réalisez une inspection périnéale chez les 18-24 ans (plusieurs réponses possibles) :
 - Systematiquement

Si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire
Jamais
Si la patiente le demande

→ Si systématiquement : pour quelle(s) raison(s) réalisez-vous une inspection périnéale chez les 18-24 ans ?

Je repère régulièrement des éléments pathologiques
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)
Par habitude / réflexe
Autre :

→ Si jamais : pour quelle(s) raison(s) ne réalisez-vous pas une inspection périnéale chez les 18-24 ans?

Cela me semble pas nécessaire
Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente
Il m'est arrivé de le faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques
Autre :

10) Vous réalisez un examen pelvien au spéculum chez les 18-24 ans (plusieurs réponses possibles) :

Systématiquement
Si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire
Jamais
Si la patiente le demande

→ Si systématiquement, pour quelle(s) raison(s) réalisez-vous un examen pelvien au spéculum chez les 18-24 ans?

Je trouve régulièrement des éléments pathologiques
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)
Par habitude / réflexe
Autre :

→ Si jamais, pour quelle(s) raison(s) ne réalisez-vous pas d'examen pelvien au spéculum chez les 18-24 ans?

Cela me semble pas nécessaire / d'intérêt limité
Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente
Il m'est arrivé de le faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques
Autre :

11) Vous réalisez un toucher vaginal chez les 18-24 ans (plusieurs réponses possibles) :

Systématiquement
Si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire
Jamais
Si la patiente le demande

→ Si systématiquement : pour quelle(s) raison(s) réalisez-vous un toucher vaginal chez les 18-24 ans?

Je repère régulièrement des éléments pathologiques
J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)
Par habitude / réflexe
Autre :

→ Si jamais : pour quelle(s) raison(s) ne réalisez-vous pas un toucher vaginal chez les 18-24 ans?

Cela me semble pas nécessaire / d'intérêt limité

Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente

Il m'est arrivé de le faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques

Autre :

12) Vous réalisez un toucher rectal chez les 18-24 ans (plusieurs réponses possibles) :

Systematiquement

Si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire

Jamais

Si la patiente le demande

13) Vous réalisez un frottis cervico-vaginal chez les 18-24 ans (plusieurs réponses possibles) :

Systematiquement

Si âge précoce des premières relations sexuelles

Si nombre élevé de partenaires sexuels

Si signes cliniques récoltés lors de l'interrogatoire

Si ATCD familiaux

Jamais

Si la patiente le demande

→ Si systématiquement : pour quelle(s) raison(s) réalisez-vous un frottis cervico-vaginal chez les 18-24 ans ?

Je repère régulièrement des éléments pathologiques

J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)

Par habitude / réflexe

Autre :

→ Si âge précoce rapports sexuels / si nombre élevé de partenaires sexuels / si antécédents familiaux : pour quelle(s) raison(s) réalisez-vous un frottis cervico-vaginal chez les 18-24 ans?

Je repère régulièrement des éléments pathologiques

J'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)

Je considère que la patiente est à risque

Autre :

→ Si jamais, pour quelle(s) raison(s) ne réalisez-vous pas un frottis cervico-vaginal chez les 18-24 ans?

Cela va à l'encontre des recommandations

Cela me semble pas nécessaire / non adapté

Cela peut être intrusif / traumatique pour la patiente

Il m'est arrivé de le faire auparavant mais je ne trouvais pas (ou rarement) d'éléments pathologiques

Autre :



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Examen clinique gynécologique et le frottis cervico-vaginal chez les femmes de 18 à 24 ans
Référence Registre DPO : 2020-175
Responsable du traitement / Chargé de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur : Mme Léa DANEL - M. Benjamin MULLER
Spécificités : <i>Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i>

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 24 septembre 2020

Délégué à la Protection des Données

Annexe III : tableau des p-values de l'examen gynécologique selon les différentes catégories professionnelles

<u>Variables</u>	<u>Gynécologues</u>	<u>Sages-femmes et médecins généralistes</u>	<u>Sages-femmes</u>	<u>Gynécologues et médecins généralistes</u>	<u>p-value</u>
Examen gynécologique	n = 100	n = 390	n = 273	n = 217	
Examen général : en présence de facteurs de risque	31	57			0.002
Palpation mammaire : systématiquement	59	107			0
Palpation mammaire : si signe clinique récolté lors de l'interrogatoire	35	242			0.007
Palpation mammaire : si antécédent	21	160			0.008
Palpation mammaire : jamais			13	2	0.017
Palpation mammaire : si la patiente le demande	25	206			0.001
Palpation abdominale : systématiquement	51	98			0.0005
Palpation abdominale : jamais			32	8	0.0028
Palpation abdominale : si la patiente le demande	8	116			0.0002
Inspection périnéale : systématiquement	31	46			0
Inspection périnéale : si la patiente le demande	34	217			0.02
Examen au spéculum : systématiquement	25	24			0
Examen au spéculum : jamais	1	24			0.04
Toucher vaginal : systématiquement	21	22			0
Toucher vaginal : si la patiente le demande			108	53	0.01

ANNEXE IV : tableau des p-values concernant la réalisation du frottis cervico-utérin selon les différentes catégories professionnelles

<u>Variable</u>	<u>Médecins généralistes</u>	<u>Sages-femmes et gynécologues</u>	<u>Gynécologues</u>	<u>Sages-femmes et médecins généralistes</u>	<u>p-value</u>
	n = 117	n = 373	n = 21	n = 190	
Si âge précoce des premières relations sexuelles	10	87			0.003
Si nombre élevé de partenaires sexuels	8	74			0.004
Jamais	47	250			0.007
Raisons pour lesquelles les professionnels réalisent un frottis cervico-utérin en présence d'antécédent / si âge précoce des premières relations sexuelles / nombre de partenaires sexuels élevé : j'ai déjà repéré des éléments pathologiques (rarement ou de manière exceptionnelle)			16	52	0.004
Raisons pour lesquelles les professionnels réalisent un frottis cervico-utérin en présence d'antécédent / si âge précoce des premières relations sexuelles / nombre de partenaires sexuels élevé : autre			21	68	0.0018

TITRE : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES CONCERNANT L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE CLINIQUE ET LA RÉALISATION DU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 18 À 24 ANS

Résumé

Objectifs : étudier les disparités de pratique entre les différents professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes) ; connaître les freins et les motivations de ceux-ci, à réaliser un examen clinique gynécologique et/ou frottis cervico-vaginal chez les femmes âgées de 18 à 24 ans

Méthodologie : enquête menée à la diffusion d'un questionnaire sur les réseaux sociaux, auprès de 490 professionnels réalisant le suivi gynécologique des femmes âgées de 18 à 24 ans

Résultats : les gynécologues avaient des pratiques plus systématiques que les sages-femmes et les médecins généralistes. L'expérience des professionnels semblait influencer leurs pratiques, et ce, malgré la présence de recommandations. La majorité des examens étaient adaptés à la présence de signes cliniques. Les principales motivations énoncées étaient : la réassurance, l'automatisme, l'éducation à la patiente, la demande de la patiente, les défauts de connaissances, les croyances et fondements personnels. Les principaux freins étaient : le manque d'intérêt du geste, son caractère intrusif, l'anxiété que celui-ci pouvait engendrer à la patiente et le risque de sur-traitement.

Conclusion : des études adaptées et des recommandations seraient nécessaires afin d'obtenir une harmonisation des pratiques de manière à ce que les jeunes femmes puissent disposer d'une meilleure prise en charge gynécologique

Mots-clés : examen gynécologique – frottis cervico-utérin – pratiques professionnelles – jeunes femmes

Abstract

Objectives : study the disparities in practice between different health professionals (midwives, gynecologists and general practitioners) ; know the obstacles and motivations of these professionals to perform a gynecological clinical examination and/or pap smear on women aged 18 to 24 years

Methodology : survey conducted through the distribution of a questionnaire on social networks, nearby 490 professionals performing gynecological monitoring of women aged 18 to 24 years

Results : gynecologists had more systematic practices than midwives and general practitioners. Professionals' experience seemed to influence their practices, despite the presence of recommendations. The majority of the examinations were adapted to the presence of clinical signs. The main motivations stated were : reassurance, automatism, patient education, patient request, lack of knowledge, personal beliefs and foundations. The main obstacles were : the lack of interest in the procedure, its intrusive nature, the anxiety that it could cause to the patient and the risk of overtreatment.

Conclusion : appropriate studies and recommendations are needed to harmonize practices so that young women can receive better gynecological care

Keywords : gynecological examination - pap smear - professional practices - young women