



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

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 présenté et soutenu par

CROCIATI Anaïs

Directeur de mémoire : Madame GALLIOT Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

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 présenté et soutenu par

CROCIATI Anaïs

Directeur de mémoire : Madame GALLIOT Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont encouragée et soutenue.

Mme GALLIOT qui a accepté de diriger ce travail, pour son soutien et le temps qu'elle y a consacré.

Mme FLENGHI pour avoir été mon experte de mémoire et pour ses conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Mme AMBROISE pour une relecture attentive et judicieuse de mon étude.

Mes amies étudiantes sages-femmes pour leur aide dans la réalisation de mon enquête et pour les années d'études traversées ensemble.

Ma famille et mes proches pour leur présence, leur patience et leur soutien dans les choix effectués.

GLOSSAIRE

AS : Aide soignante

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage, de Diagnostic et de traitements des Infections Sexuellement Transmissibles

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

HPV : Human Papillomavirus

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIUMPPS : Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé des Étudiants

TPE : Traitement Post-Exposition

UDL : Université de Lorraine

UFR : Unité de Formation et de Recherche

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| GLOSSAIRE | 3 |
| SOMMAIRE..... | 4 |
| INTRODUCTION..... | 6 |
| 1. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE GYNECOLOGIQUE DES JEUNES FEMMES DE 18-25 ANS | 6 |
| 1.1. LA SEXUALITE DES JEUNES ADULTES | 6 |
| 1.2. LE SUIVI INSUFFISANT DES JEUNES FEMMES EN AGE DE PROCREER | 6 |
| 1.3. LES PROFESSIONNELS CIBLES ET LES ETABLISSEMENTS RELAIS..... | 7 |
| 1.4. MODELES CONTRACEPTIFS..... | 8 |
| 1.5. CONTRACEPTION D'URGENCE ET IVG..... | 8 |
| 1.6. VACCINATION ANTI-HPV | 8 |
| 1.7. LE RECOURS FAIBLE AU DEPISTAGE DES IST ET UNE PROGRESSION LENTE DES CONNAISSANCES..... | 9 |
| 1.8. L'INFORMATION ET LES PROGRAMMES DE PREVENTION | 9 |
| 2. PROBLEMATIQUE | 10 |
| PARTIE 1 : METHODOLOGIE | 12 |
| 1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE..... | 13 |
| 1.1. OBJECTIF PRINCIPAL | 13 |
| 1.2. OBJECTIFS SECONDAIRES | 13 |
| 1.3. HYPOTHESES..... | 13 |
| 2. SCHEMA D'ETUDE ET DEROULEMENT | 14 |
| 2.1. TYPE D'ETUDE..... | 14 |
| 2.2. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE..... | 14 |
| 2.3. DEROULEMENT | 15 |
| 2.4. ASPECTS LOGISTIQUES | 15 |
| 2.5. POPULATION | 16 |
| 2.6. METHODES D'ANALYSES STATISTIQUES | 18 |
| PARTIE 2 : RESULTATS..... | 19 |
| 1. CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES..... | 20 |
| 1.1. AGE ET ORIGINE..... | 20 |
| 1.2. CARACTERISTIQUES SCOLAIRES..... | 21 |
| 1.3. MODE DE VIE | 22 |
| 1.4. COUVERTURE SOCIALE | 23 |
| 2. VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE..... | 24 |
| 3. SUIVI GYNECOLOGIQUE..... | 26 |
| 3.1. RECOURS AUX SOINS..... | 26 |
| 3.2. FREQUENCE DE SUIVI | 27 |
| 3.3. L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE..... | 27 |
| 3.4. RESSENTI LORS DE L'EXAMEN..... | 28 |
| 3.5. LES PROFESSIONNELS CIBLES..... | 28 |
| 4. VACCINATION HPV | 29 |
| 5. CONTRACEPTION..... | 31 |
| 5.1. PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES..... | 31 |
| 5.2. PREVENTION DES IST..... | 32 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.3. | PRESCRIPTEUR DE LA CONTRACEPTION | 33 |
| 5.4. | CONTRACEPTION D'URGENCE ET IVG..... | 33 |
| 5.5. | INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION | 33 |
| 6. | DEPISTAGE DES IST, INFORMATIONS ET TRAITEMENTS..... | 34 |
| 6.1. | DEPISTAGE DES IST | 34 |
| 6.2. | ITEM TEST CONCERNANT LES CONNAISSANCES SUR LES IST | 36 |
| 6.3. | CONCERNANT LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION | 36 |
| 6.4. | INFORMATION GENERALE SUR LA SEXUALITE | 37 |
| | PARTIE 3 : DISCUSSION | 38 |
| 1. | RESULTATS DE L'ETUDE | 39 |
| 1.1. | DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES | 39 |
| 1.2. | VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE | 40 |
| 1.3. | LE SUIVI GYNECOLOGIQUE..... | 40 |
| 1.4. | VACCINATION | 42 |
| 1.5. | CONTRACEPTION | 42 |
| 1.6. | IVG | 43 |
| 1.7. | DEPISTAGE DES IST, TRAITEMENTS, INFORMATIONS | 44 |
| 2. | POINTS FORTS DE L'ETUDE | 45 |
| 3. | LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS..... | 46 |
| 4. | IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES..... | 46 |
| 4.1. | EXTRAPOLATION DES RESULTATS | 46 |
| 4.2. | LES PERSPECTIVES DE TRAVAIL | 46 |
| 4.3. | REPERCUSSION VIS A VIS DES PARTICIPANTES..... | 47 |
| 4.4. | REPERCUSSION PROFESSIONNELLES | 47 |
| 4.5. | CONCERNANT LA PROFESSION DE SAGE-FEMME..... | 47 |
| | CONCLUSION..... | 48 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 49 |
| | TABLE DES MATIERES | 52 |
| | ANNEXES..... | 55 |

INTRODUCTION

Les étudiants, à la fois grands adolescents et jeunes adultes, ont été décrits par le HCSP, comme une population qui se caractérise par un bon état de santé avec, paradoxalement, une fréquence élevée de comportements dits « à risque ». La prévention des grossesses non désirées et la protection contre les IST constituent des cibles majeures de l'INPES chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans. (1)(2)

1. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE GYNECOLOGIQUE DES JEUNES FEMMES DE 18-25 ANS

1.1. La sexualité des jeunes adultes

Durant la seconde moitié du XXème siècle et le début du XXIème siècle, l'univers des rencontres affectives et sexuelles s'est profondément transformé notamment avec l'accélération des échanges entre les jeunes (mobilité, téléphonie, web...) et ceci a contribué à modifier les conditions et le contexte général de la sexualité au cours des dernières décennies. Les pratiques des jeunes adultes présentent alors des spécificités qu'il faut prendre en compte dans les politiques de prévention. (1)(3)

En 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des adolescent(e)s a déjà eu une relation sexuelle, est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles chez les 18-24 ans, selon l'enquête "Baromètre Santé" de l'INPES. Moins de trois mois séparent les femmes et les hommes, alors que l'écart était de quatre ans dans les années 1940.(4)

1.2. Le suivi insuffisant des jeunes femmes en âge de procréer

Selon les études, les jeunes femmes étudiantes consultent plus que les hommes, mais seulement moins de la moitié d'entre elles a bénéficié d'une consultation gynécologique au cours de la dernière année et les taux augmentent après 23 ans. On constate que les jeunes étudiantes y ont eu moins recours en 2013 (50,4%) qu'en 2011

(55%).(5)Le coût, l'accès, le choix du praticien et la confidentialité sont des "freins" aux consultations spécialisées. 7% des étudiants ayant eu des rapports sexuels ont rencontré des difficultés pour se procurer un moyen de contraception, essentiellement parce qu'ils n'ont pas osé demander à un médecin ou par manque de moyens financiers (30%). (6)

Cette problématique, déjà soulevée par le réseau EmeVia il y a quelques années, est toujours d'actualité. Il publie aujourd'hui, en partenariat avec l'Institut CSA, le quatrième volet de son enquête de référence sur la santé des étudiants en France en 2013 qui porte sur la sexualité des étudiants : « L'augmentation des comportements sexuels à risque illustre une nouvelle fois la nécessité du maintien d'un régime spécifique de sécurité sociale étudiante afin d'apporter des réponses adaptées à des besoins spécifiques. Cette problématique requiert également des dispositifs supplémentaires d'accompagnement. Les mutuelles étudiantes du réseau EmeVia n'ont eu de cesse de promouvoir l'élargissement d'un chèque santé et de l'élaboration d'une consultation gynécologique pour les jeunes femmes de 18 à 25 ans. ». (7)

1.3. Les professionnels cibles et les établissements relais

Dans près d'un cas sur deux, le gynécologue est à l'origine de la prescription du contraceptif (47 %). Le médecin généraliste est souvent décrit comme un interlocuteur privilégié et cité par 31% des étudiantes comme prescripteur de la contraception ou du renouvellement.(5)(6)Il existe encore peu de données concernant les consultations des jeunes femmes chez une sage-femme, profession encore peu connue du grand public en matière de gynécologie malgré les nouvelles compétences définies par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 article numéro 86 de la loi Hôpital, Patients Santé et Territoires. (8)

Enfin les jeunes femmes connaissent bien pour la plupart les structures (CPEF, Planning familiaux, CIDDIST...) mais elles n'y ont pas ou peu recours.(9) Les centres de santé étudiants quant à eux sont accessibles gratuitement aux détenteurs d'une carte étudiant et répondent aux besoins de santé de la population des jeunes adultes. Le SIUMPPS de Nancy propose des consultations de gynécologie réalisées par un gynécologue, il n'y a pas de sage-femme au sein de cette institution. (10)

1.4. Modèles contraceptifs

Les pratiques contraceptives des 15-29 ans se sont sensiblement modifiées depuis 2000 même si la pilule contraceptive garde une place prépondérante. Elle demeure comme la méthode de contraception la plus utilisée : 78,6 % des femmes de 15 à 29 ans en couple ou déclarant une relation amoureuse stable, concernées par un risque de grossesse non prévue et utilisant un moyen contraceptif y ont recours. Les méthodes contraceptives plus récentes (à savoir les implants, patchs, anneaux ou injections contraceptives) concernent 5,7 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans. *(11)*

1.5. Contraception d'urgence et IVG

En 2010, 11,0 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence durant cette période. Les outils mis à disposition des femmes et des couples pour planifier les grossesses se sont multipliés. Malgré ceux-ci, des épisodes de grossesse non désirées peuvent survenir pour de multiples raisons. On retrouve parmi les principales raisons : l'absence d'un moyen contraceptif pour 46 % des femmes âgées de 15 à 29 ans n'ayant pas désiré être enceintes et l'oubli de pilule (44 %). *(11)*

On compte en 2011 en France près de 210 000 interruptions volontaires de grossesse. Après avoir diminué de 1975 à 1995, le recours à l'IVG a légèrement augmenté avant de se stabiliser à la fin des années 2000. L'âge moyen de recours est stable, à 27,5 ans. La part des IVG répétées augmente régulièrement. Un tiers des femmes (33 %) ont recours au moins une fois dans leur vie. De 19 à 25 ans, les taux d'IVG dépassent 25 pour 1000 en 2011. Il y a presque autant d'IVG aujourd'hui qu'au début des années 1980 aux âges jeunes, alors qu'après 25 ans, les taux d'IVG ont nettement diminué. *(12)*

1.6. Vaccination anti-HPV

On observe en France une diminution régulière de la couverture vaccinale anti-HPV. En 2012, seulement 20% des jeunes filles ont reçu une dose à 15 ans et un schéma complet à 16 ans sur le territoire national. En moyenne seulement une femme sur deux a été vaccinée HPV entre 15 et 23 ans. La disponibilité d'un vaccin, même efficace, n'est pas pour autant la garantie de l'adhésion des populations. En effet, il

demeure un sentiment de manque de recul sur le vaccin, la peur des effets secondaires et une connaissance insuffisante sur les bénéfices ainsi qu'une inégalité d'accès aux soins persistante. (13)

1.7. Le recours faible au dépistage des IST et une progression lente des connaissances

C'est entre 15 et 25 ans que le multipartenariat sexuel est le plus fréquent ; cette classe d'âge est donc particulièrement à risque de contracter ou transmettre une IST. (14) Pourtant, le recours au dépistage des IST reste très faible ; seuls 44% des étudiants, ayant déjà eu des relations sexuelles, ont effectué un test de dépistage du VIH/SIDA au cours de leur vie et 22% seulement au cours des 12 derniers mois. 22% ont effectué un dépistage pour une autre IST. (5)(6)

Selon l'enquête Baromètre santé nationale réalisé en 2005, les étudiants ont le sentiment d'être bien informés sur le SIDA mais chez les 18-24 ans on remarque une absence de prise de connaissance sur les traitements existants. Ce sont majoritairement les jeunes femmes qui ont recours au test de dépistage de l'infection à VIH. Concernant les autres IST, on constate que la population étudiante ne progresse pas ou peu sur les connaissances, le dépistage et le traitement des autres IST alors que les prévalences reflètent une réelle fréquence de survenue de celles-ci dans cette tranche d'âge notamment l'infection à Chlamydia Trachomatis. (14)(15)

1.8. L'information et les programmes de prévention

Les politiques de santé se concentrent depuis des années sur la mise en place et la pérennisation des programmes de prévention et d'information aussi bien en termes de contraception que de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Pourtant il reste encore des points sur lesquels les 15-25 ans ont besoin d'être éclairés et encadrés.

L'information et éducation à la sexualité sont devenues obligatoires depuis le 4 juillet 2001 à raison de trois séances annuelles dans les écoles, collèges et lycées. Leur évaluation reste difficile en termes de mise en place et d'application. D'autant plus que cela nécessite un investissement des établissements et des équipes pédagogiques ainsi que des moyens matériels et organisationnels. Ainsi certains adolescents ne reçoivent pas d'information dispensée par un professionnel compétent et commencent leur vie

affective et sexuelle avec des interrogations, des idées fausses et des pratiques moins sécurisantes.(9)En termes de sources d'informations, Internet est la source la plus consultée : elle fait cependant partie des moins fiables. Les médias et la presse écrite sont de moins en moins consultés. (16)

2. PROBLEMATIQUE

Nous nous sommes interrogés sur la situation actuelle (en 2014) des jeunes femmes étudiantes de 18 à 25 ans au sein de l'Université de Lorraine sur l'agglomération Nancéienne.

Leur suivi actuel réunit-il les critères de bonne prise en charge? Les pratiques professionnelles rencontrées sont-elles adaptées? Comment la profession de sage-femme se positionne-t-elle dans le suivi de cette tranche de population?

Afin d'établir un diagnostic de l'état de santé gynécologique des étudiantes, il est préalablement nécessaire dans un premier temps de définir la santé gynécologique et dans un second temps de lister les critères de qualité de prise en charge spécifiques à cette population.

Dans la littérature sont évoqués les termes de santé sexuelle, santé génésique et santé reproductive pour faire référence à la santé gynécologique. Ces termes comprennent en réalité la définition de la santé sexuelle propre à l'individu mais aussi des droits qu'il possède et les moyens du système de santé et de ses acteurs auquel il fait face.

La santé sexuelle est défini par l'OMS en 2002 comme : *''Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.''*

Le système de santé doit être capable de fournir des soins sûrs et de qualité, de comprendre et répondre aux besoins de la population. Il doit s'assurer des attitudes, tâches, connaissances et compétences dont peuvent avoir besoin les soignants qui

dispensent des soins de santé primaires pour protéger et promouvoir la santé sexuelle et reproductive.

Dans l'étude suivante, nous nous sommes d'avantage concentrés sur le système de santé et la façon dont les étudiantes y ont recours. Nous avons alors défini des critères de qualité de prise en charge qui s'inscrivent dans le cadre des politiques de santé nationales afin de situer l'état de santé de la population ciblée :

- Suivi gynécologique débuté de manière adaptée et poursuivi de façon régulière
- Promotion des attitudes et aptitudes liées à la santé sexuelle (respect de soi et d'autrui, sens des responsabilités ...)
- Accès aux soins, aux traitements et à la vaccination facilités
- Prévention des grossesses non désirées en établissant une prescription et un suivi personnalisé de la contraception
- Prévention, dépistage et lutte contre les IST
- Connaissance et appropriation des ressources disponibles en termes d'informations et d'accès aux soins.

Partie 1 : Méthodologie

1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE

1.1. Objectif principal

Établir un diagnostic de santé gynécologique des étudiantes de l'Université de Lorraine de 18 à 25 ans poursuivant leur cursus sur le bassin du Grand-Nancy durant l'année 2014-2015.

1.2. Objectifs secondaires

- Dégager des axes d'amélioration et des pistes de travail en matière d'accès aux soins, d'informations et de pratiques professionnelles.
- Faire un état des lieux sur le positionnement de la profession de sage-femme du point de vue des étudiantes.
- Diffuser les résultats de l'étude au sein du centre de santé universitaire et auprès des praticiens plus particulièrement auprès des sages-femmes libérales ayant une activité gynécologique.

1.3. Hypothèses

Les hypothèses formulées en amont du projet d'étude sont les suivantes :

- Le suivi gynécologique est encore insuffisant chez la femme jeune en âge de procréer.
- Les connaissances concernant les professionnels et/ou établissements auprès de qui les jeunes femmes pourraient consulter et demander de l'information sont encore insuffisantes ou erronées.
- Il demeure un manque d'information sur les examens de dépistages, leur déroulement et les traitements d'urgence et de post-expositions.

Si les hypothèses s'avèrent exactes il serait intéressant d'établir des propositions de pistes de travail en vue d'une information ciblée et adaptée (ex: diffusion d'une plaquette informative).

2. SCHEMA D'ETUDE ET DEROULEMENT

2.1. Type d'étude

Afin d'établir un diagnostic de santé, nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, transversale et monocentrique.

2.2. Élaboration du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire simple et court afin d'obtenir un taux de réponse suffisant. Nous avons adopté un vocabulaire à la fois précis et adapté au public cible pour que les questions soient claires pour les participantes. Enfin le questionnaire a été testé auprès de cinq jeunes femmes pour juger à la fois du temps, de la faisabilité et de la bonne compréhension des questions dans leur ensemble. La relecture a été effectuée à la fois par des étudiantes sages-femmes de la même promotion, qui n'ont pas participé à cette étude pour recueillir leurs avis et leurs propositions d'amélioration et par mon expert de mémoire. La moyenne de réalisation du questionnaire est de 4 à 6 min.

Nous avons créé pour les questionnaires informatisés une barre de suivi de l'avancée des réponses en pourcentages afin d'encourager la personne à terminer. Nous avons choisi d'utiliser des questions fermées avec proposition d'items pour simplifier les réponses et obtenir un meilleur taux de participation à une majorité des questions.

Le questionnaire a été organisé en quatre grandes parties (*Annexe I*):

- Caractéristiques socio-démographiques : âge et origine, mode de vie (lieu de vie, revenus, couverture sociale)
- Vie affective et sexualité
- Suivi gynécologique : fréquence, examen, ressenti, professionnels cibles, vaccination, contraception
- Dépistage des IST, informations et connaissances

2.3. Déroulement

La diffusion du questionnaire a débuté le 10/10/2014 et s'est terminée le 10/12/2014. Elle s'est effectuée essentiellement par informatique via le logiciel Google docs, les réseaux sociaux, la diffusion du lien au sein associations étudiantes, des bureaux étudiants et une dernière partie par questionnaires papiers distribués au sein des bibliothèques universitaires.

2.4. Aspects logistiques

2.4.1. Les aspects budgétaires

La diffusion informatique des questionnaires était gratuite. La diffusion des questionnaires "papiers" a engendré des frais d'impression de 20 euros et l'impression des manuscrits du mémoire a été estimée à 50 euros.

2.4.2. Les ressources humaines

La réalisation de la diffusion du questionnaire et le traitement des données ont été effectués par un seul et même opérateur. Les personnes qui ont testé le questionnaire et participé à sa relecture sont toutes volontaires.

2.4.3. Aspects médico-légaux et réglementaires

La participation à l'étude s'effectue sur les conditions uniques du volontariat et de la majorité des participantes (âge >18 ans). Tout au long de l'étude et du traitement des données nous sommes restés vigilants au respect de la réglementation concernant la protection des personnes, leur anonymat et la confidentialité des résultats obtenus.

Un formulaire d'information (*Annexe II*) concernant l'étude, le traitement des données, la consultation des résultats a été rédigé et placé en tête des questionnaires diffusés (informatisés ou papiers). Il contient les coordonnées de la personne responsable de l'étude et une mention concernant la possibilité de consulter les résultats une fois publiés.

2.5. Population

2.5.1. Population cible

La population cible de l'étude est constituée par les jeunes femmes étudiantes dans l'enseignement supérieur de la ville de Nancy.

2.5.2. Population source

La population source de l'étude réunit les étudiantes âgées de 18 à 25 ans, inscrites pour l'année universitaire en cours (2014/2015) à l'Université de Lorraine dans une école, UFR ou faculté domiciliée sur le territoire du Grand-Nancy. (*Annexe III*)

2.5.3. Échantillonnage

Afin de pouvoir extrapoler les résultats à la population cible de l'étude il a fallu constituer un échantillon représentatif au sein de la population source. Nous avons constitué celui-ci par distribution aléatoire pour réduire les biais de sélection après avoir calculé l'effectif nécessaire à sa représentativité et défini les critères d'inclusion et d'exclusion selon nos objectifs de population cible.

Lorsque plusieurs variables sont décrites dans une population, l'idéal est de calculer une taille d'échantillon pour chaque variable et de choisir la plus grande d'entre elles pour déterminer le nombre de sujets à inclure. On peut utiliser les formules approchées si la population cible et l'échantillon sont de grande taille, comme c'est le cas ici.

À l'université de Lorraine à Nancy : en 2012-2013, on dénombre 42 800 étudiants et en 2013-2014, 35 655 étudiants, si l'on réalise une moyenne des deux années on obtient environ 39 000 étudiants ; on sait que les femmes représentent 54 % de ces étudiants. (17)(*Annexe IV*) Environ 21 000 femmes constituent donc la population cible. La distribution des âges s'effectue entre 16 et 29 ans, avec une moyenne de 21 ans (variance $\leq 6,5$ inconnue avec précision, car les chiffres précis par tranches d'âges étaient indisponibles).

Pour les variables quantitatives :

Formule approchée : $n \geq (z_{\alpha/2} \times \sigma)^2 / \varepsilon^2 \mu^2$

n effectif de l'échantillon

σ^2 est la variance de la variable dans la population

μ est la moyenne attendue dans la population

ε est l'écart toléré à la moyenne (10% tolérés)

$z_{\alpha/2}$ est lu dans la table de la loi normale centrée réduite, pour une valeur de α égale au risque d'erreur consenti à 5% on a $z_{\alpha/2} = 1,96$.

Si on calcule n pour la variable de l'âge on obtient $n \geq 36,8$: il faudra donc au minimum 37 individus.

Pour les variables qualitatives :

Formule approchée : $n \geq (z_{\alpha/2} \times (1-P) / \varepsilon)^2 P$

P est la proportion attendue dans la population (ici P est fixée à 50% car les valeurs de P ne sont pas disponibles dans la littérature pour les variables décrites)

ε est l'écart toléré à la proportion (10 %)

$z_{\alpha/2}$ est lu dans la table de la loi normale centrée réduite, pour une valeur de α égale au risque d'erreur consenti 5% on a $z_{\alpha/2} = 1,96$.

On obtient $n \geq 384$, il faudra donc au minimum 384 individus.

En conclusion, que ce soit pour les variables quantitatives ou qualitatives l'effectif requis retenu sera de 384 individus puisqu'il représente la taille la plus importante d'échantillon qu'on puisse exiger et que pour des proportions supérieures à 50 % (ce qui est le cas pour une majorité des variables) la taille de l'échantillon exigée est moins conséquente.

2.5.4. Unité : critères inclusion/exclusion

| Inclusion | Exclusion |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• sexe féminin• 18 à 25 ans inclus• inscrite dans un cursus universitaire ou une école domiciliée sur le territoire du Grand-Nancy• volontaire | <ul style="list-style-type: none">• hors classe d'âge• non appartenance à l'UDL. |

2.6. Méthodes d'analyses statistiques

2.6.1. Variables utilisées

Les variables quantitatives utilisées pour l'étude sont les moins nombreuses (ex : âge, revenus, nombre d'injections...) et les variables qualitatives les plus nombreuses (ex : origine, lieu de vie, cursus universitaire, statut marital...).

2.6.2. Tests statistiques envisagés

Le recueil des données et l'exploitation ont été effectués sur un logiciel de tableur informatique. Pour les variables qualitatives, l'exploitation des données a été décrite.

2.6.3. Modalités de prise en compte des données manquantes

Il sera précisé dans les résultats :

- le nombre de non réponses à un item
- le nombre de données manquantes à un item
- le nombre de réponses aberrantes à un item

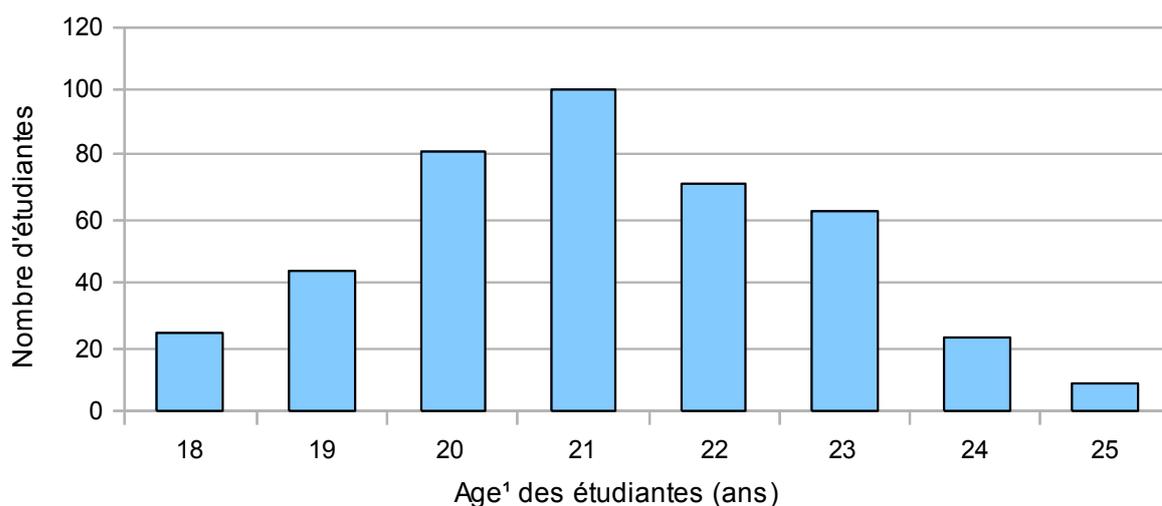
Partie 2 : Résultats

430 étudiantes se sont portées volontaires pour répondre au questionnaire de notre étude. 14 questionnaires n'ont pas pu être retenus car 10 étaient hors critères d'âge et 4 hors filière de l'UDL. 416 questionnaires ont été retenus pour le traitement et l'exploitation des données.

1. CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1. Age et origine

Comme le précise les critères d'inclusion, la population de la cohorte est exclusivement féminine avec une moyenne d'âge de **21,1 ans**, moyenne ($\sigma = 1,7$ ans) concordante avec les données générales de la population étudiante Nancéienne.



(1) L'âge considéré comme atteint dans l'année de l'enquête, soit 2014

Figure 1. Répartition des âges des étudiantes de la cohorte (n=416)

94,2 % (n=392) des étudiantes interrogées sont d'origine française, dont **82,0 %** (n=341) de la région Lorraine et **5,8 %** (n=26) d'origine étrangère diverses.

1.2. Caractéristiques scolaires

1.2.1. Filières

La majorité des filières universitaires de l'Université de Lorraine sont représentées au sein de notre échantillon, avec une dominance de la filière médicale.

(*Figure 2*)

Nous avons classé les différents cursus en trois filières : médicales, scientifiques et littéraires. (*Tableau I*)

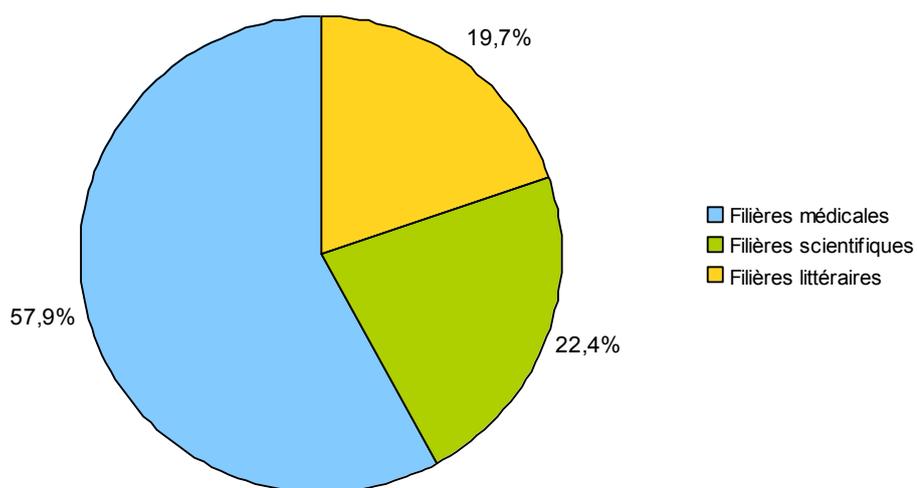


Figure 2 : Répartition des étudiantes de la cohorte dans les différentes filières au sein de l'UDL pour l'année 2014-2015 (n=416)

Tableau I. Classements des différents cursus représentés au sein de la cohorte par filières.

| Filière médicale | Filière scientifique | Filière littéraires |
|--|---------------------------------------|---|
| Faculté de médecine, de pharmacie, de dentaire | Faculté des sciences et technologies | Faculté de droit, de psychologie, de lettre |
| École de sage-femme | Licence professionnelle (DUT/IUT/BTS) | École de commerce, ESPE (professorat) |
| École de santé publique | École d'architecture | Section histoire, section géographie |
| Sciences de la santé | École d'ingénieur | LEA langues étrangères appliquées |
| École d'orthophonie | STAPS | CEU (centre européen universitaire) |
| IFMK (kinésithérapie), IFE (ergothérapie) | | ISAM IAE (management) |
| Manipulateur électroradiologie | | |

1.2.2. Niveau d'étude

Les étudiantes sont en moyenne en troisième année ($m=3,1$ année, $\sigma = 1,4$ années) d'études universitaires après l'obtention du baccalauréat ce qui est cohérent avec la moyenne d'âge de la cohorte et **70,0%** ($n=287$) des étudiantes se situent entre la deuxième et la quatrième année.

1.3. Mode de vie

1.3.1. Lieu de vie

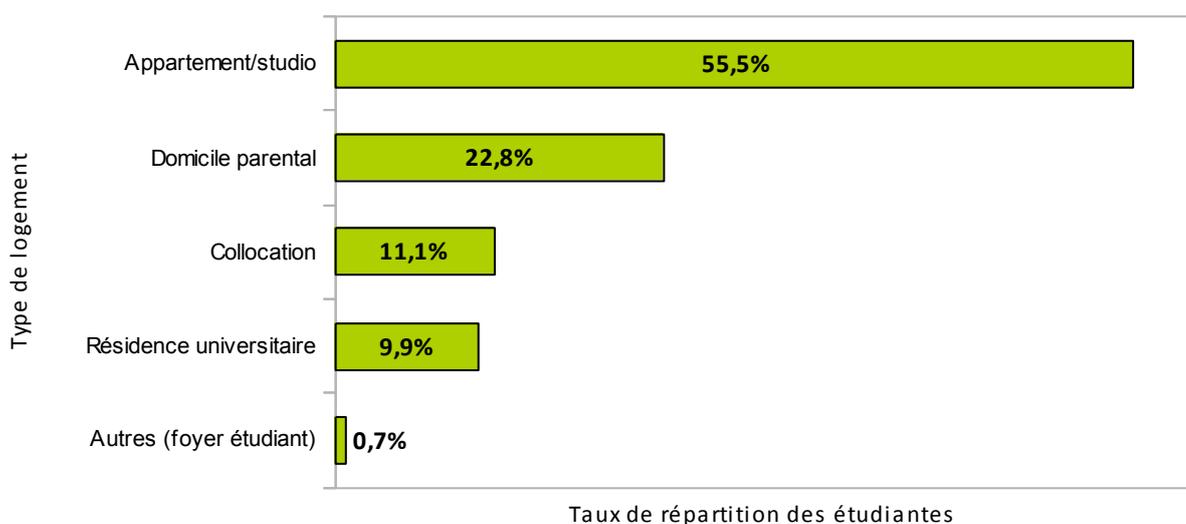


Figure 3. Répartition des étudiantes selon leur mode de logement (n=416)

1.3.2. Revenus : montant et sources

Les étudiantes interrogées perçoivent en moyenne **478 euros** par mois de revenus, nous n'avons cependant pas ici le moyen de s'assurer que les montants annoncés correspondent à une somme englobant les dépenses totales du mois (loyer, charges, factures, soins, alimentation etc..). Une personne ne déclare bénéficier d'aucun revenu.

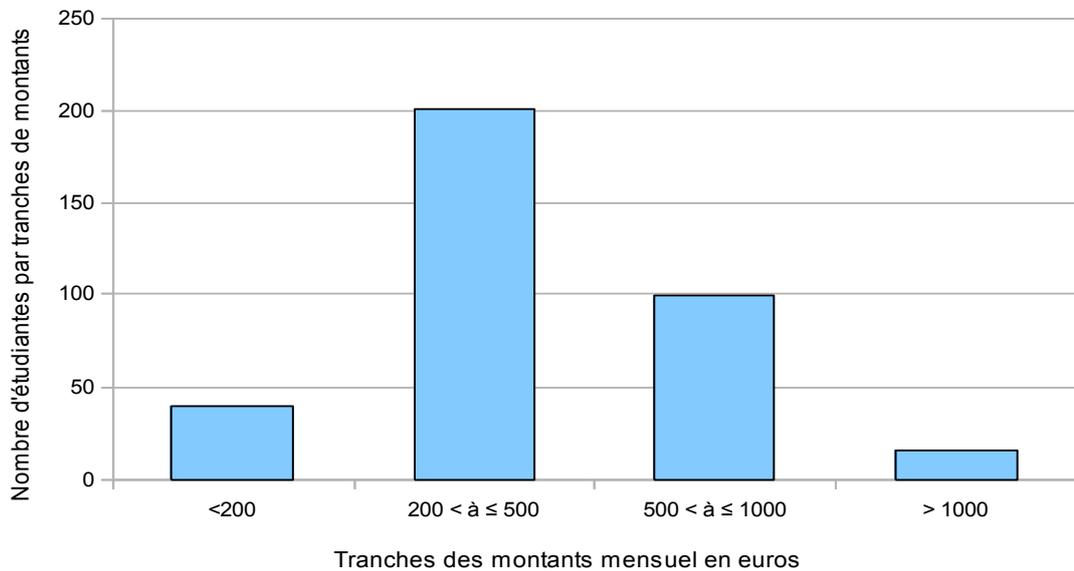


Figure 4 .Répartition des revenus mensuels des étudiantes par classe de montants en euros(n=356)

L'aide parentale demeure la source financière la plus citée, **75,5%** (n=314) d'entre elles en bénéficient.**36,1%** (n=150) de la cohorte sont boursières, **27,6%** (n=115) travaillent durant leurs études, **1,9%** (n=8) ont du réaliser un emprunt pour pouvoir vivre et financer leur projet professionnel. Dans les sources annexes citées, on retrouve les aides de la CAF, les compensations financières des stages et/ou études rémunérées, les économies et l'argent généré lors des emplois d'été.

1.4. Couverture sociale

1.4.1. Sécurité sociale

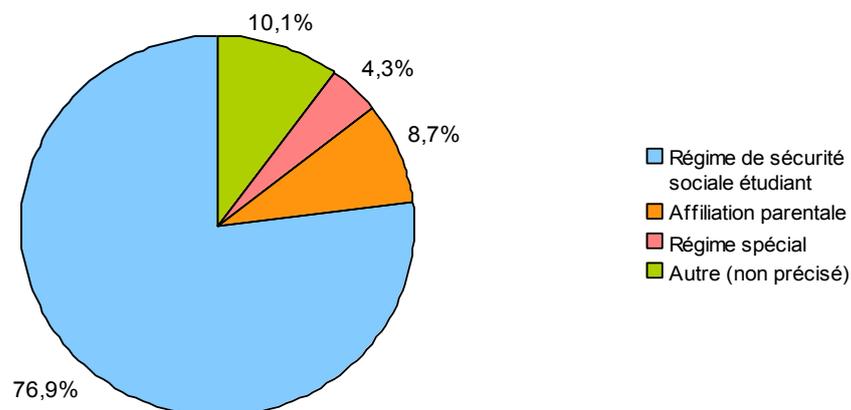


Figure 5. Répartition des différents types de couverture sociale au sein de la cohorte (n=416)

1.4.2. Couverture complémentaire

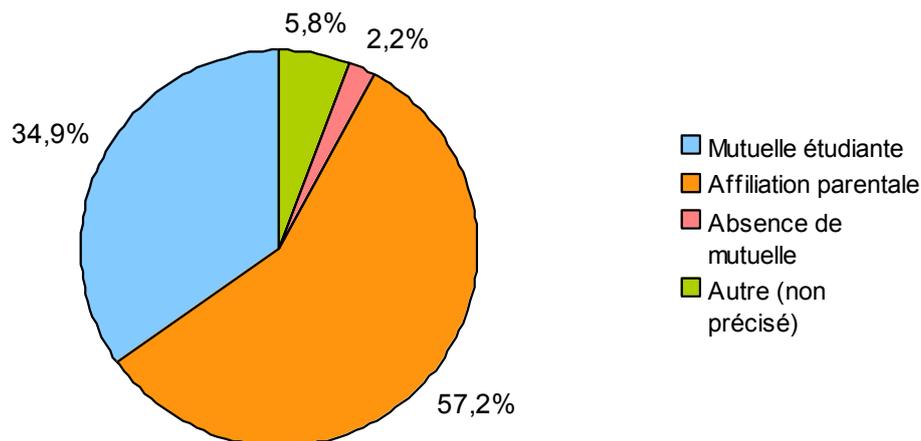


Figure 6. Répartition des différents types de couvertures complémentaires santé au sein de la cohorte (n=416)

2. VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE

62,3% (n=259) des étudiantes déclarent être en couple au moment de l'étude, **36,1%** (n=150) célibataires, **1,7%**(n=7) pacsées et aucune mariée. **95,7%** (n=398) déclarent avoir une orientation hétérosexuelle, **2,4%** (n=10) une orientation bisexuelle, **1,4%** (n=6) une orientation homosexuelle et **0,5%** (n=2) ne savent pas.

90,4 % (n=376) des étudiantes nous confient qu'elles ont déjà eu des rapports sexuels au cours de leur vie. L'âge moyen du premier rapport se situe à **16,8 ans** avec **78,7%** (n=280) de la cohorte qui se situent dans la tranche des 15-18 ans (20 personnes n'ont pas souhaité répondre à cet item).

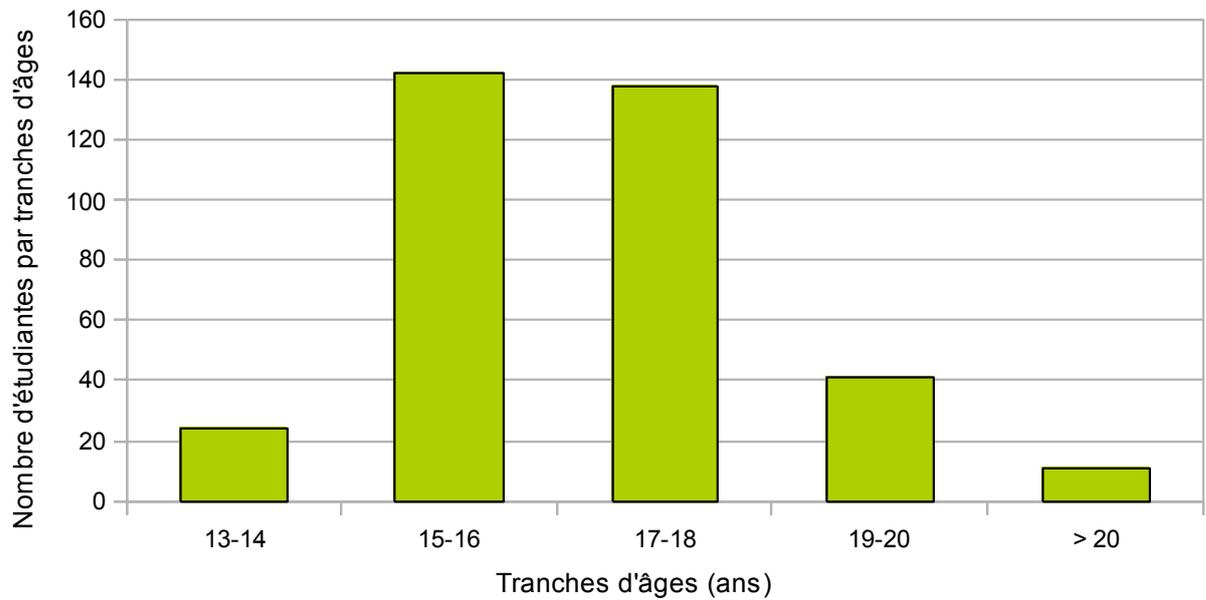


Figure 7. Répartition de l'âge du premier rapport sexuel des étudiantes (n=356)

Près de **86%** (n=357) des étudiantes interrogées ont eu moins de 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

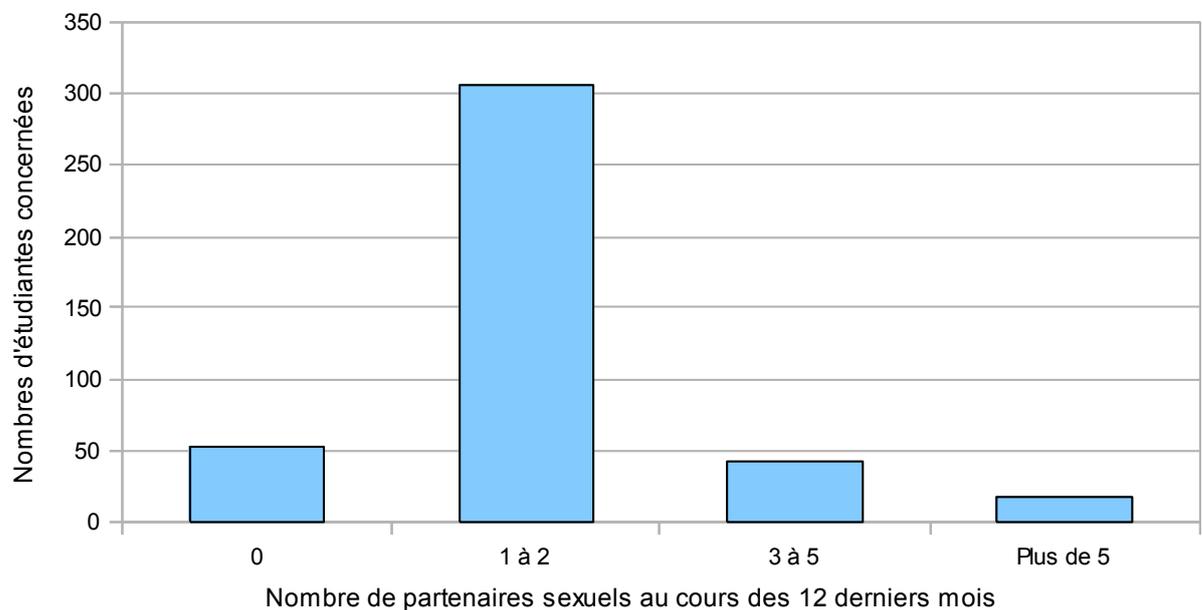


Figure 8. Nombre de partenaires sexuels fréquentés par l'étudiante au cours des 12 derniers mois (n=416)

3. SUIVI GYNECOLOGIQUE

3.1. Recours aux soins

84,9% (n=353) des étudiantes interrogées ont déjà bénéficié d'une consultation gynécologique dans leur vie à un âge moyen de première consultation à **17,2 ans**.

Nous nous sommes alors interrogés sur les motifs de non recours à ce type de soins pour les 63 personnes qui n'avaient encore pas consulté. Parmi elles, 35 ont déjà eu des rapports sexuels et 28 n'en n'ont jamais eu. En revanche, parmi les femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels, 9 ont déjà bénéficié d'une consultation.

Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports (n=35) mais qui n'ont jamais eu de consultation gynécologique, **42,9 % (n=15)** déclarent ne pas en objectiver la nécessité et le second motif de renoncement est la peur/gêne.

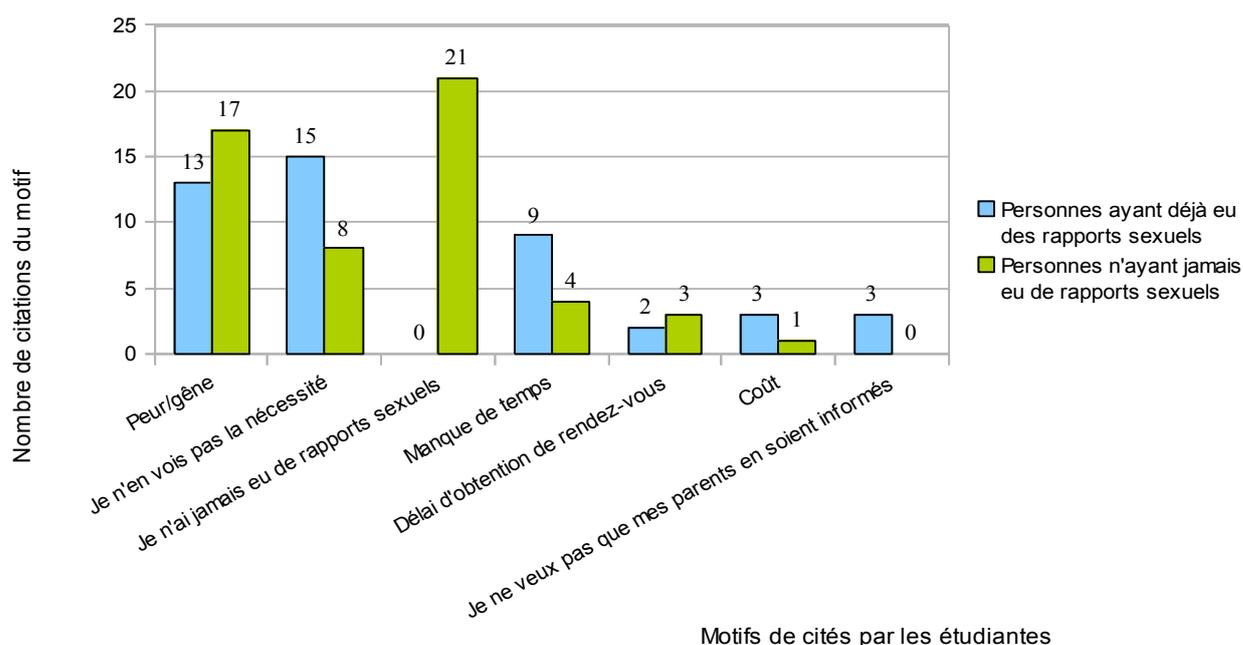


Figure 9. Motifs de renoncement aux soins évoqués par les étudiantes n'ayant jamais bénéficié d'une consultation gynécologique (n=63)

3.2. Fréquence de suivi

Parmi les personnes qui ont déjà bénéficié d'une consultation gynécologique, le diagramme ci-dessous présente la fréquence de leur suivi. On observe que **25,9 %** (n=91) des femmes consultent uniquement quand elles l'estiment nécessaire.

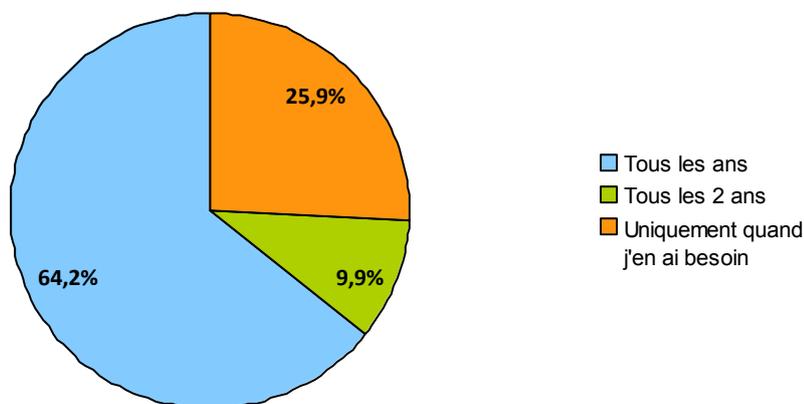


Figure 10. Répartition des étudiantes en fonction de la fréquence de leur suivi gynécologique habituel (n=353)

3.3. L'examen gynécologique

82,2 % (n=342) des étudiantes de la cohorte ont déjà été examinées d'un point de vue gynécologique.

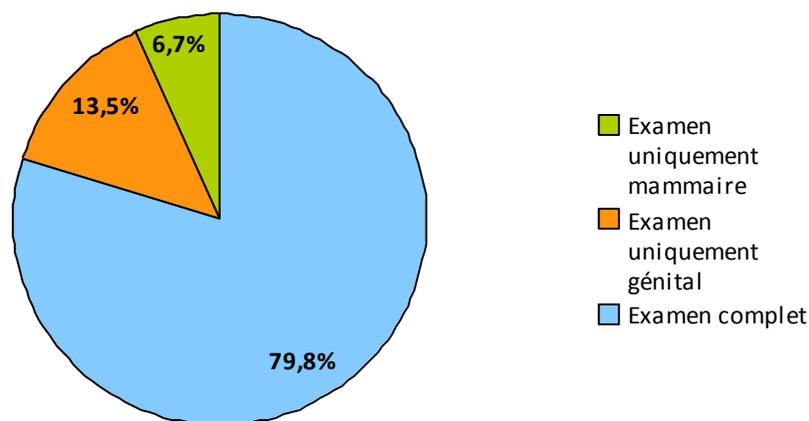


Figure 11. Répartition des étudiantes en fonction des différents types d'examen gynécologiques réalisés (n=342)

3.4. Ressenti lors de l'examen

L'item concernant le ressenti lors de l'examen clinique proposait des réponses à choix multiples. Parmi les réponses obtenues, **48,1%** (n=164) des jeunes femmes se sentent gênées, **43,1%** (n=147) se sentent en confiance, la pudeur et le stress sont cités respectivement par **39,6%** (n=135) et **37,0%** (n=126) et enfin **14,7%** (n= 50) se sentent détendues. Parmi les autres motifs cités on retrouve pour une minorité (≤ 2 personnes) les sentiments suivants : tendue, honteuse, un peu mal à l'aise, très mal à l'aise, inconfortable, "normale".

3.5. Les professionnels cibles

3.5.1. Professionnels et/ou établissements consultés pour le suivi et/ou un motif gynécologique

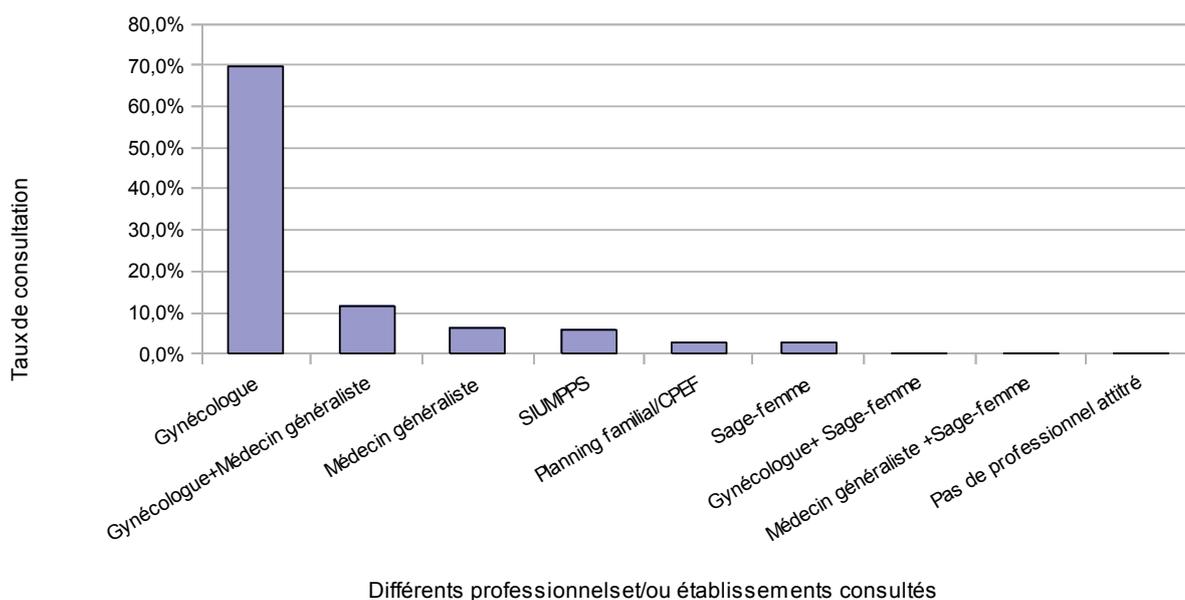


Figure 12. Taux d'étudiantes ayant consulté les différents professionnels pour un motif gynécologique (n=350)

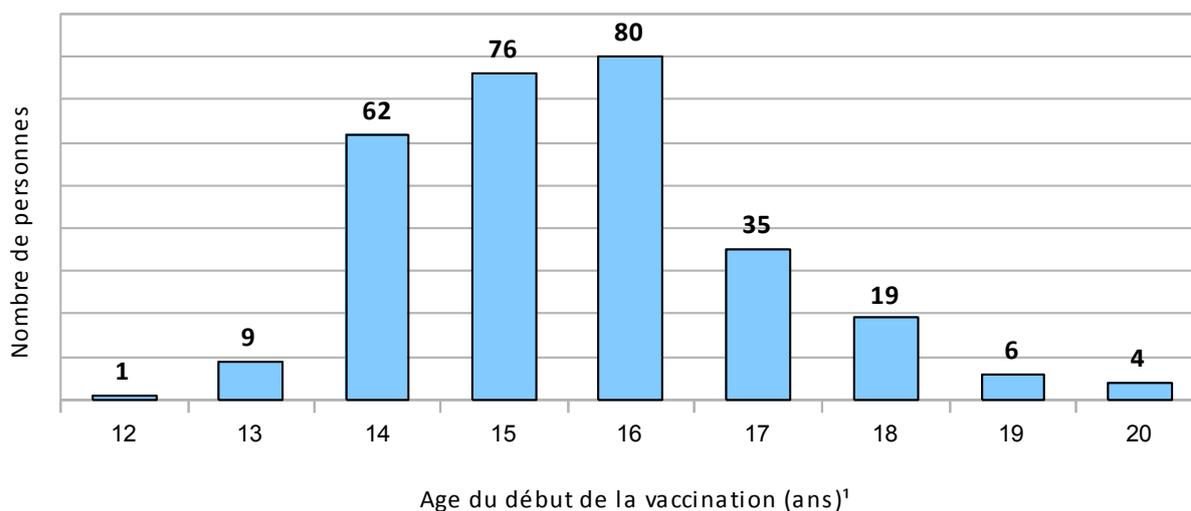
3.5.2. Professionnels jugés aptes au suivi gynécologique selon les étudiantes

Le gynécologue est jugé apte par **98,1 %** (n=408) des femmes, la sage-femme par **58,2%** (n=242) d'entre elles, le médecin généraliste par **16,1 %** (n=67) et enfin **0,7%** (n=3) personnes ont répondu le pédiatre.

4. VACCINATION HPV

73,3 % (n=305) de la cohorte a été vacciné contre le HPV.

Sur les 305 personnes vaccinées, la moyenne d'âge de réalisation est **15,6 ans** avec une répartition explicitée ci- dessous sur 292 réponses exploitables.



1. Age considéré comme atteint durant l'année de la vaccination
2. $\sigma = 1,4$ ans

Figure 13. Répartition des âges de réalisation de la vaccination anti-HPV (n=292)

On observe sur la Figure 14 ci-dessous le délai entre la vaccination et l'âge du premier rapport ; **55,4%** (n=164) des femmes ont été vaccinée au moins une année avant leurs premiers rapports.

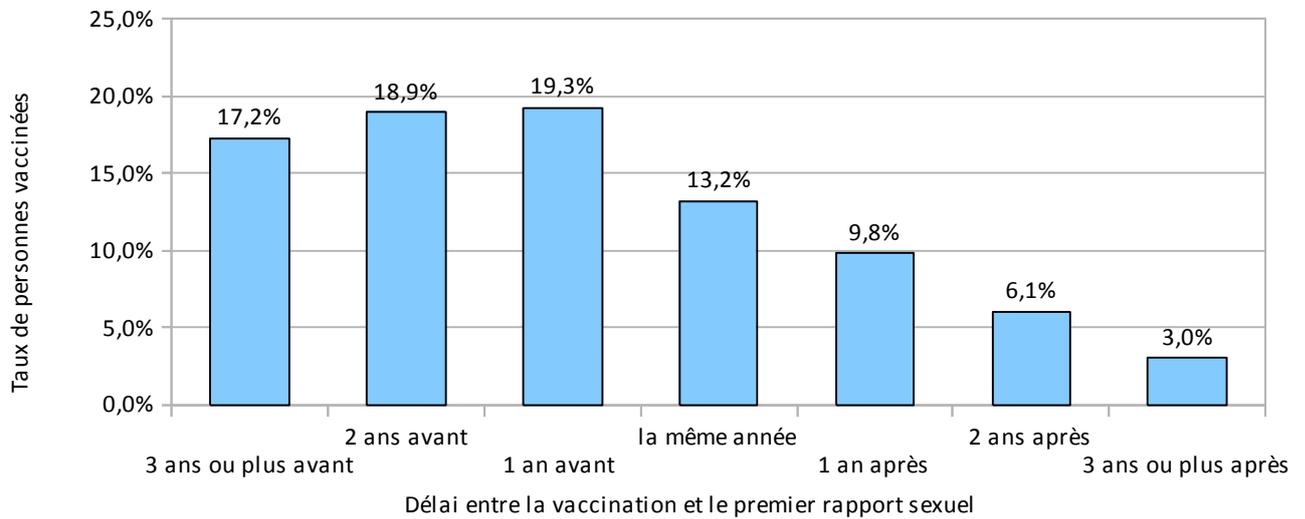


Figure 14. Répartition des personnes vaccinées en fonction du délai entre la réalisation de la vaccination anti-HPV et l'âge de leur premier rapport (n=292)

Nous avons ensuite interrogé les étudiantes sur le nombre d'injections qu'elles ont reçu pour savoir si la démarche de vaccination était complète et si l'observance des délais était maintenue. Une personne sur 10 ne savait plus combien d'injections elle a reçu.

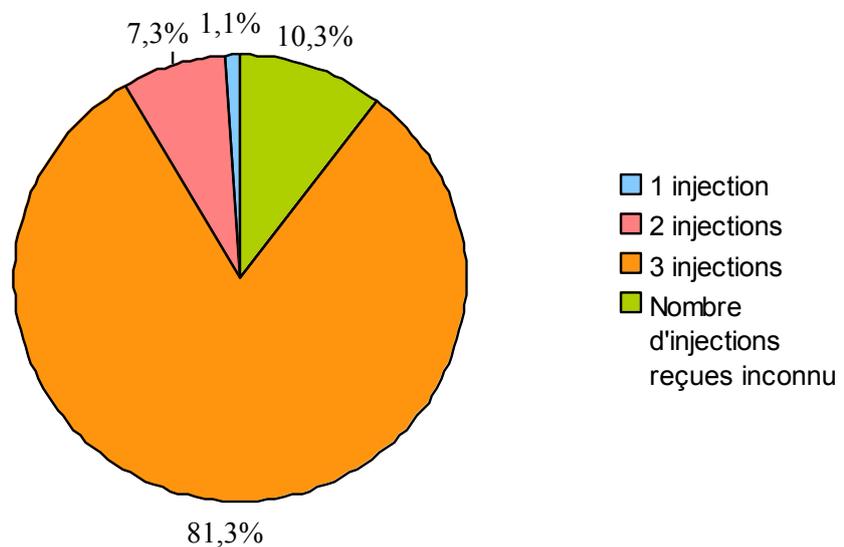


Figure 15. Répartition des étudiantes en fonction du nombre d'injections vaccinales reçues (n=305)

91,0 % (n=101) des non vaccinées n'envisagent pas de réaliser le vaccin. Nous les avons interrogées sur leur motif de renoncement à cette vaccination.

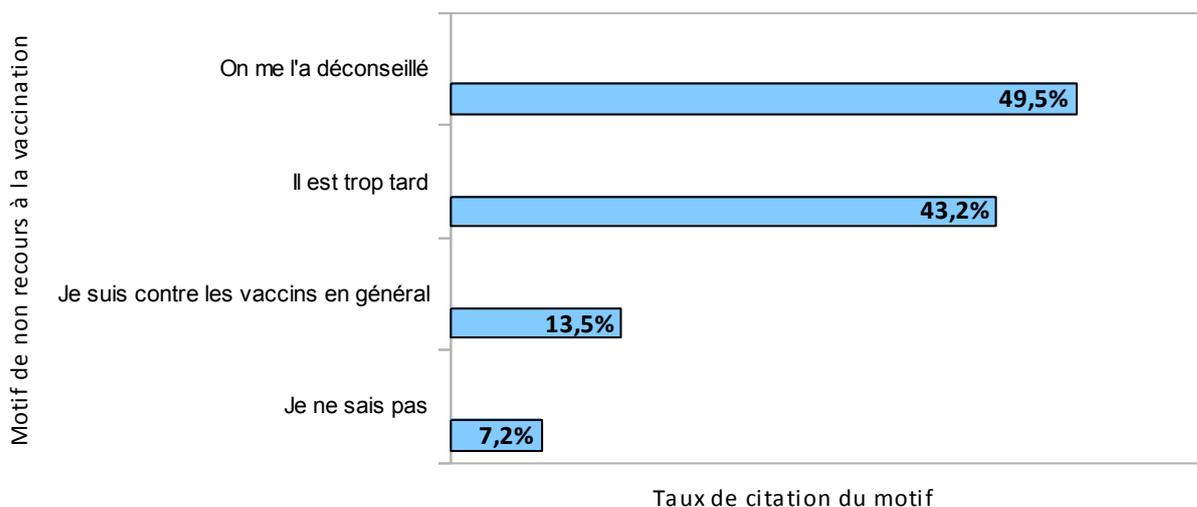


Figure 16. Différents motifs évoqués par les étudiantes non vaccinées face au non recours à la vaccination (n=111)

5. CONTRACEPTION

Au moment de l'étude, **85,8 %** (n=357) des étudiantes utilisaient un moyen de contraception. Parmi les 59 personnes qui n'utilisaient aucun moyen de contraception, 24 avaient déjà eu des rapports sexuels dans leur vie, 35 n'en n'avaient jamais eu et 4 d'entre elles n'avaient jamais eu de rapports mais utilisaient un moyen de contraception (pilule).

5.1. Prévention des grossesses non désirées

Le modèle contraceptif dominant au sein de la cohorte était la pilule ; 77,3% (n=276) des étudiantes qui possédaient un moyen de contraception au moment de l'étude l'utilisaient.

Le patch n'était utilisé par aucune d'entre elles et ci-dessous le diagramme représente les autres méthodes employées.

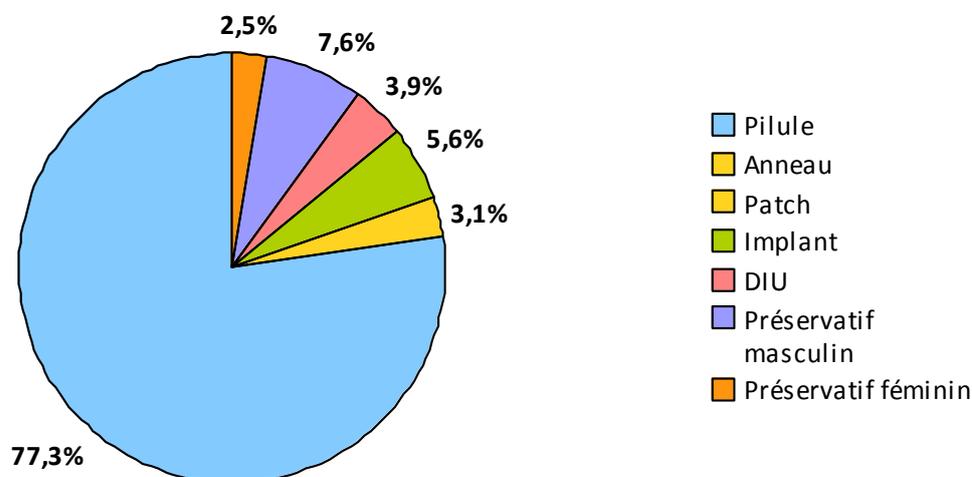
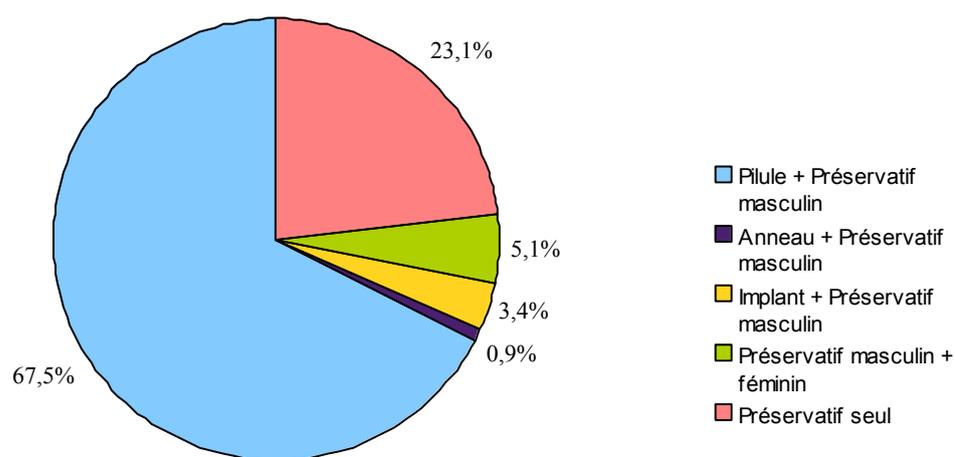


Figure 17. Différents moyens de contraception utilisés par les étudiantes (n=357)

5.2. Prévention des IST

Le préservatif masculin était utilisé par **32,8%** (n=117) des personnes soit moins d'un tiers de la cohorte déclarant posséder un moyen de contraception. Sur la **Figure 18** ci-dessous, on retrouve les différentes associations avec les autres moyens de contraception utilisés



Facteur 18. Différentes utilisations du préservatif masculin avec les autres moyens de contraception en prévention des IST (n=117)

5.3. Prescripteur de la contraception

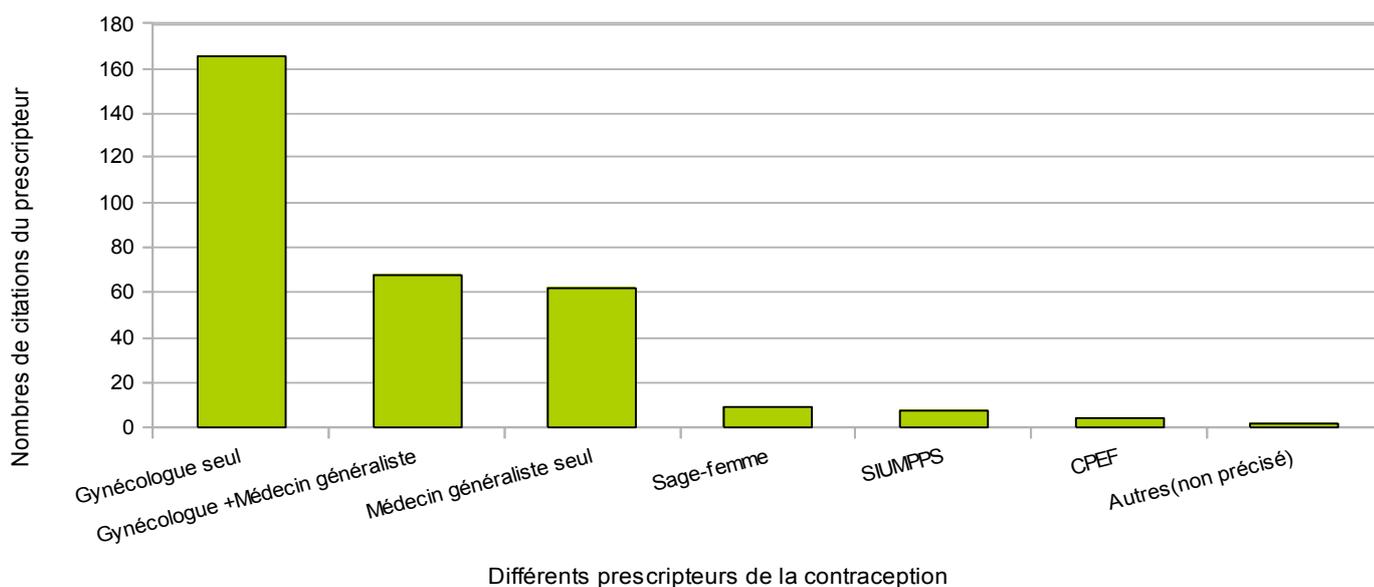


Figure 19. Différents auteurs de la prescription du moyen de contraception des étudiantes (n=319)

5.4. Contraception d'urgence et IVG

Au cours des 6 derniers mois précédant l'étude, **11,3%** (n=47) des étudiantes avaient eu recours à la contraception d'urgence et **1,9%** (n=8) de l'échantillon avait déjà eu recours au moins une fois dans sa vie à une IVG.

Parmi les personnes ayant eu recours à une contraception d'urgence, une n'avait pas de contraception au moment de l'étude et parmi les huit personnes qui avaient eu recours à une IVG dans leur vie, toutes avaient une contraception au moment de l'étude.

5.5. Information sur la contraception

90,1 % (n=375) des femmes de l'échantillon pensaient être bien informées sur la contraception. Les sources sollicitées par les étudiantes pour le recueil d'informations sont explicitées ci-dessous.

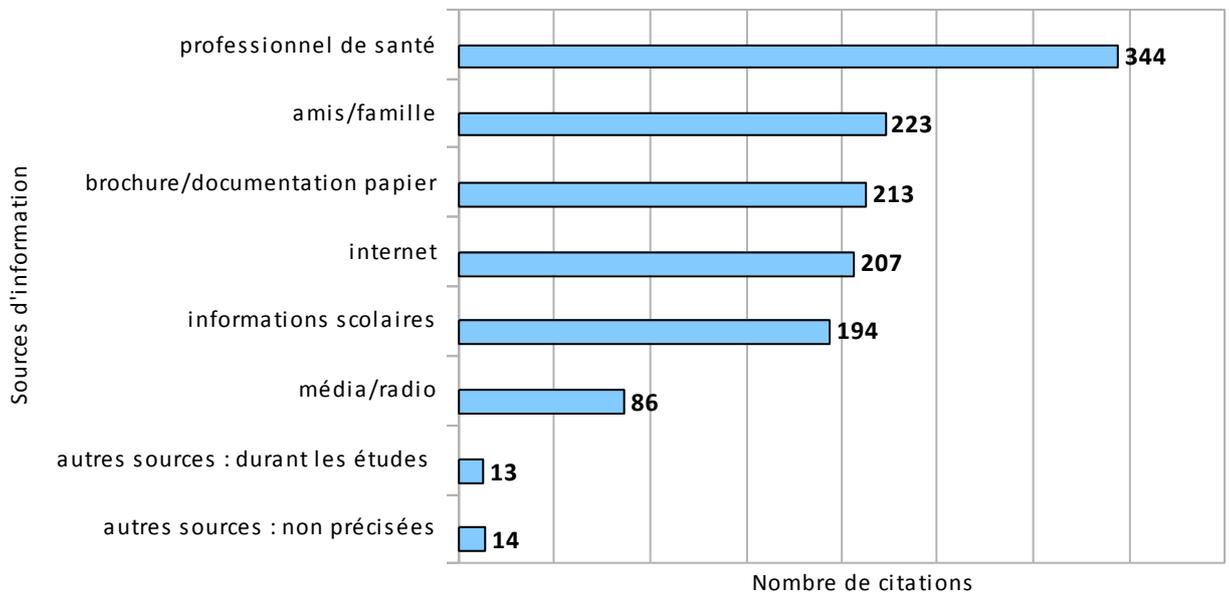


Figure 20. Répartition des différentes sources d'informations consultées par les étudiantes en matière de contraception (n=416)

Nous avons donc testé leurs connaissances, la question posée était selon vous de quoi protège la pilule?

99,5% (n= 414 personnes) ont bien répondu à l'item.

6. DEPISTAGE DES IST, INFORMATIONS ET TRAITEMENTS

6.1. Dépistage des IST

53,6 % (n=223) des étudiantes de la cohorte ont réalisé un dépistage des infections sexuellement transmissibles au cours de leur vie. Si on s'intéresse aux 193 personnes qui n'ont pas eu recours à ce dépistage, 80,3% (n=155) d'entre elles ont déjà eu des rapports sexuels, 52,8% (n=102) sont en couples et 33,7% (n=65) se protègent actuellement par l'utilisation du préservatif.

Tableau II. Différents motifs évoqués par les étudiantes ayant eu recours au dépistage des IST (n=223)

| Motifs | Nombre de citations ¹ |
|--|----------------------------------|
| Démarche personnelle | 128 |
| Démarche de couple | 109 |
| Désir d'arrêt d'utilisation du préservatif | 87 |
| Rapport non protégé | 64 |
| Rupture de préservatif | 22 |
| Je ne sais pas si mon partenaire s'est protégé | 13 |
| Rapports non consentis | 2 |

(1)(Plusieurs items pouvant être cités en même temps)

Le CIDDIST est l'institution la plus sollicitée ici pour la réalisation d'un dépistage, on peut voir sur la **Figure 21** ci-dessous les autres auteurs de la prescription du dépistage.

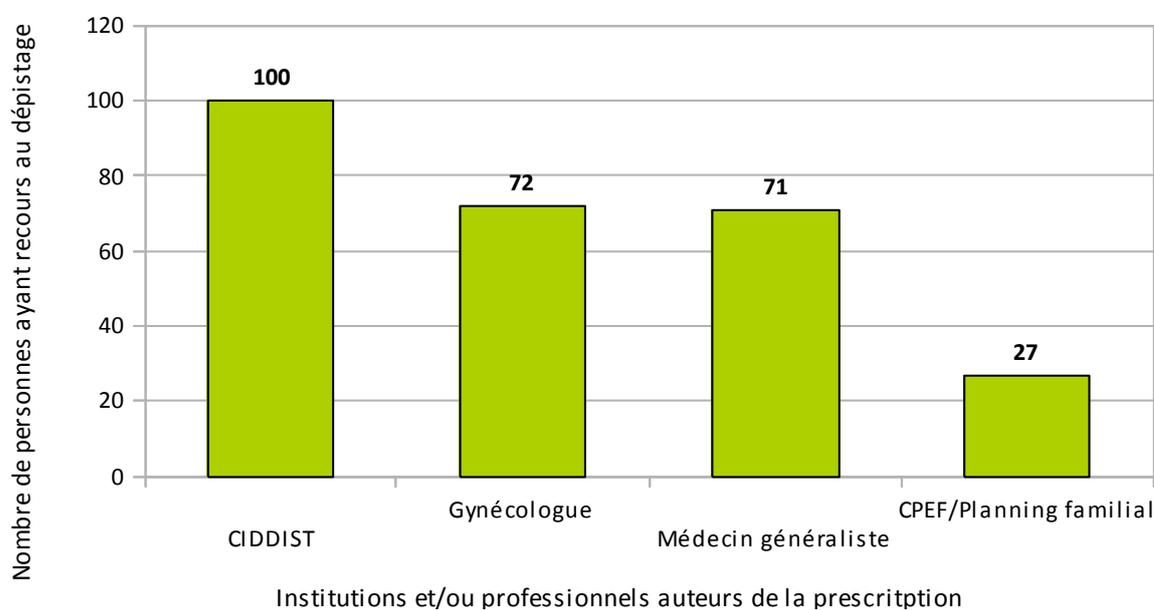


Figure 21. Professionnels et/ou institutions sollicités par les étudiantes dans leur démarche de réalisation d'un dépistage (n=223)

Parmi les autres moyens de recours au dépistage on retrouve quatre fois le don du sang, deux fois lors d'une hospitalisation et une fois à la médecine préventive.

60,3 % (n=251) des jeunes femmes se sentent bien informées sur le dépistage contre **39,1 %** (n=163) qui ne se sentent pas réellement bien informées et **0,5%** (n=2) ne se sentent ni bien ni mal informées.

6.2. Item test concernant les connaissances sur les IST

La question posée était : selon vous de quelles IST protège le préservatif ?

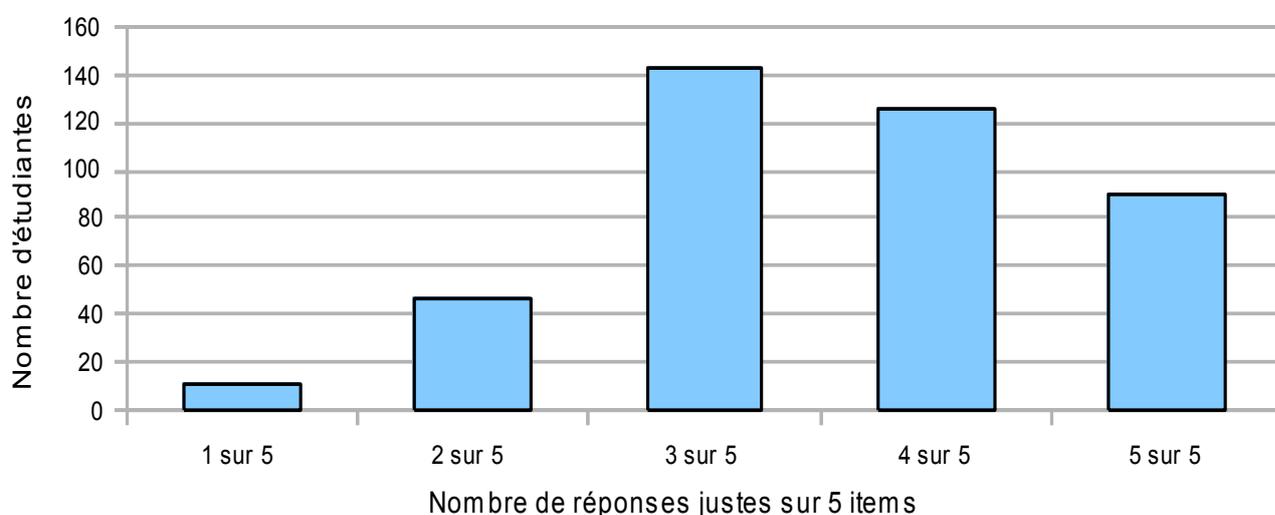


Figure 22. Corrigé des réponses à la question concernant les IST : nombre de réponses justes sur les 5 items proposés (n=416)

6.3. Concernant le traitement post-exposition

43,3% des étudiantes (n=183) n'ont jamais entendu parler du traitement d'urgence post-exposition et parmi celles qui en ont déjà entendu parler **45,0%** (n=107) ont une connaissance exacte des conditions de prise.

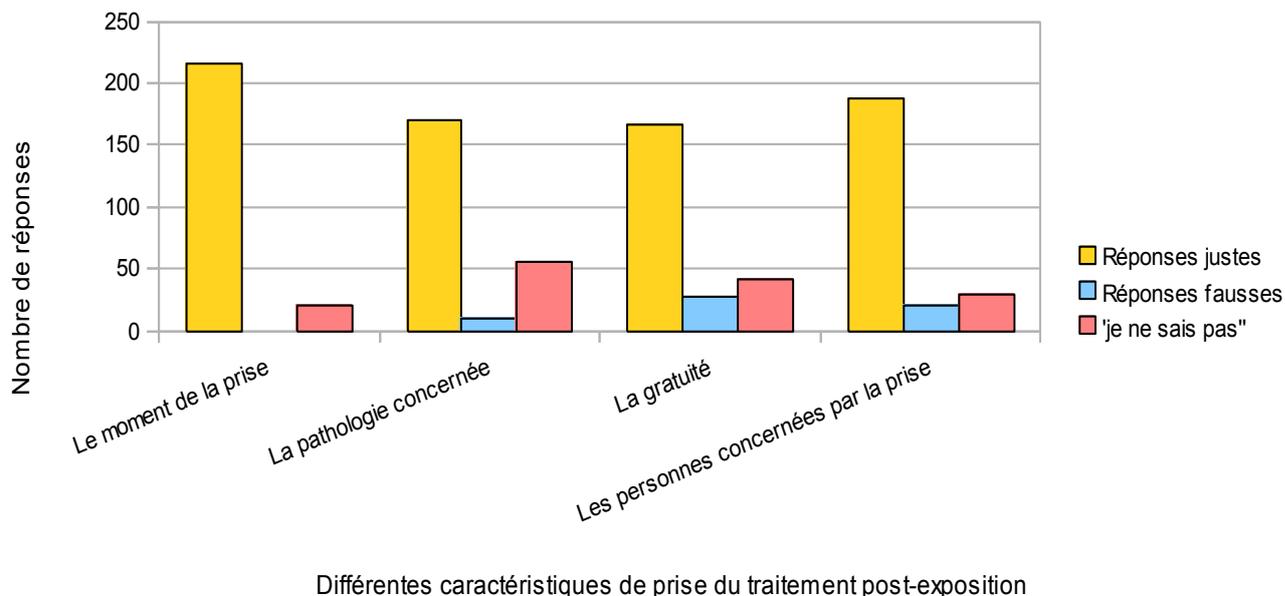


Figure 23. Répartition des réponses des étudiantes à la question concernant le traitement post-exposition (n=416)

6.4. Information générale sur la sexualité

91,8 % (n= 381) des étudiantes de la cohorte ont bénéficié d'une information sur la sexualité. La *Figure 24* ci-dessous représente les différents moments du cursus au cours desquels elles ont bénéficié d'une information à la sexualité.

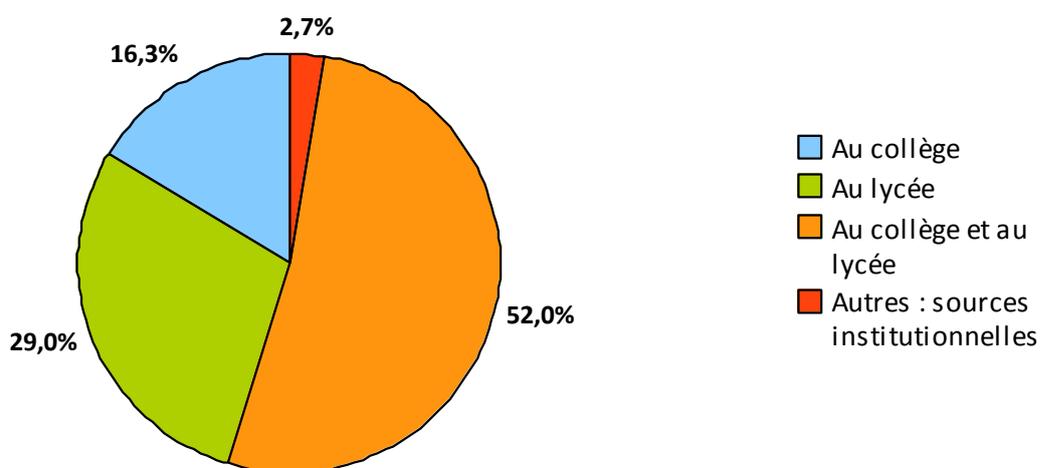


Figure 24. Répartition de l'information à la sexualité durant le cursus des étudiantes (n=416)

Partie 3 : Discussion

1. RESULTATS DE L'ETUDE

L'étude réalisée remplit les objectifs fixés :

- Établir un diagnostic de santé gynécologique des étudiantes.
- Définir des critères de qualité concernant le suivi gynécologique de cette population.
- Élaborer des pistes de travail afin de répondre à leurs demandes.
- Souligner la place de la sage-femme en tant que professionnelle de premier recours.

On peut infirmer en partie la première hypothèse "Le suivi gynécologique est encore insuffisant chez la femme jeune en âge de procréer" puisqu'une majorité de la cohorte a déjà bénéficié d'une consultation gynécologique dans sa vie. Cependant la régularité du suivi et la prise de conscience de son importance peuvent être d'avantage appuyées et améliorées.

Concernant l'hypothèse visant la connaissance des professionnels et/ou établissements compétents en matière de soins et d'informations, on peut souligner une connaissance juste des professionnels mais une sollicitation mince des établissements existants pourtant adaptés à leurs besoins. Les sources diverses d'informations disponibles sont quant à elles bien utilisées et les étudiantes se sentent en majorité bien renseignées. Malgré tout, les "amis" et le "web", sources largement citées, ne constituent pas des sources toujours fiables et il serait intéressant de le leur rappeler.

Enfin la dernière hypothèse se confirme par un recours relativement faible aux examens de dépistage des IST, une méconnaissance des traitements d'urgence de post-exposition et de leurs conditions de prise.

1.1. Données socio-démographiques

L'âge moyen de la cohorte concorde avec celui de la population source de l'étude et le niveau d'étude atteint au moment de l'enquête.

On dénote dans certains cas une disparité importante entre les étudiantes de la cohorte vis à vis de leurs ressources mensuelles. En moyenne le montant des revenus est inférieur aux chiffres nationaux (autour de 800 euros par mois)avec une aide financière

parentale qui constitue la source principale.(18) Cet écart pourrait provenir à la fois de la part des étudiantes qui vivent toujours au domicile familial et qui n'ont donc pas toute la partie du logement et des charges associées à leur frais, mais aussi comme précisé dans les résultats de l'impossibilité de vérifier si les sommes perçues annoncées comprennent toutes les dépenses y compris les assurances, les frais de santé etc... D'ailleurs les frais d'inscription à l'université comprennent la part de sécurité sociale et on ne sait pas qui est à l'origine du paiement et si cela était compris dans les sources évoquées. On remarque que le coût des soins, largement cité comme motif de renoncement aux soins dans les sondages généraux auprès des étudiants, n'apparaît pas ici comme un motif de non recours à la consultation gynécologique.

Moins de 3% de la cohorte déclare ne bénéficier d'aucune couverture sociale complémentaire ce qui est bien moins important que les 20% déclarés dans les autres études et positif en terme d'accès et de remboursement des soins. Pour les bénéficiaires d'une mutuelle, le rattachement au régime parental est effectif pour plus de la moitié d'entre elles. Ce qui peut expliquer que le coût n'est pas un motif de renoncement aux soins au sein de l'échantillon.

1.2. Vie affective et sexualité

Concernant l'âge du premier rapport dans notre échantillon, il est semblable à la moyenne nationale autour de 17 ans (stabilisé depuis près de 20 ans avec un écart minimisé entre les deux sexes). (4)

1.3. Le suivi gynécologique

1.3.1. Recours aux soins

Les étudiantes de notre échantillon ont globalement plus recours aux soins gynécologiques que dans les autres régions ; le taux de bénéficiaires d'une consultation à cet effet est de 35% supérieur aux taux explicités dans la littérature en 2013.(5) Ceci pourrait notamment s'expliquer par une meilleure couverture sociale au sein de la cohorte et l'offre de soins satisfaisantes de l'agglomération.(19)Cependant, la prise de conscience de l'importance de la régularité de suivi n'est encore pas suffisante puisqu'un certain nombre de jeunes femmes consultent uniquement quand elles en ont besoin ou quand elles l'estiment nécessaire.

1.3.2. Nature de l'examen

D'après les recommandations, l'examen clinique comprend un examen général, la détermination du poids et de la taille, le calcul de l'IMC, la mesure de la pression artérielle. L'examen gynécologique doit être systématique et réalisé tous les ans à partir du début de la vie sexuelle et poursuivi durant toute la vie de la patiente. Il peut néanmoins être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. Chez les patientes vierges, il convient de ne pas réaliser l'examen au spéculum et le toucher vaginal sauf si une doléance particulière évoquant une pathologie ou un acte de violence sont exprimés. L'examen des seins est à réaliser de façon annuelle à partir de 25-30ans selon les antécédents familiaux et/ou médicaux et l'interrogatoire de la consultation mais il est recommandé d'encourager et d'expliquer l'auto-palpation. L'examen ne doit pas être une corvée douloureuse pour la patiente. Il appartient donc au médecin de rendre cette consultation aussi peu traumatisante que possible pour la patiente et de s'adapter à la situation et à son psychisme. (20)(21)

Au sein de l'échantillon, les examens cliniques gynécologiques décrits par les étudiantes lors des consultations ne comprennent pas toujours un examen clinique complet ; l'examen de la poitrine n'est pas systématiquement réalisé bien que l'examen génital lui soit effectué et certaines femmes n'ont jamais été examinées alors que leur vie sexuelle a débuté depuis plusieurs années. Concernant l'examen sénologique, le constat de l'étude paraît cohérent vis à vis de l'âge de la cohorte cependant certaines pratiques semblent encore "systématiques".

1.3.3. Ressenti des patientes lors de l'examen

Les réponses des étudiantes concernant leur ressenti durant l'examen dénotent plutôt un caractère péjoratif et ne mettent pas en avant la relation de confiance attendue dans ce contexte. Cela explicite au sein de la cohorte tout comme dans la population générale que la consultation gynécologique reste délicate dans le vécu des patientes. Son déroulement et le climat environnant ont une influence non négligeable sur la régularité du suivi.

1.3.4. Les professionnels cibles

Les professionnels jugés aptes à les suivre sont pour une majorité, le gynécologue. Le médecin généraliste est présent mais moins décrit comme un

interlocuteur privilégié que dans la littérature et la sage-femme est jugée apte mais très peu consultée, ce qui semble cohérent puisque les compétences de prescription et de suivi gynécologique n'ont été attribuées à la profession qu'en 2009 et que la population de ces jeunes femmes n'a pas encore eu l'occasion d'être en contact avec le corps de métier. On ne dispose que de très peu de données à ce sujet et elles ne sont pas suffisantes pour établir des points de comparaison vis à vis de la région Lorraine.

1.4. Vaccination

A propos de la vaccination ; on observe en France une diminution régulière de la couverture vaccinale anti-HPV. En 2012, seulement 20% des jeunes filles ont reçu une dose à 15 ans et un schéma complet à 16 ans sur le territoire national. Cette diminution s'expliquerait notamment par une méconnaissance des bénéfices du vaccin, une crainte des effets secondaires par manque de recul et une inégalité d'accès aux soins. Au sein de notre échantillon on souligne une couverture vaccinale proche des 2/3 ce qui est supérieure à la moyenne nationale. Cependant on déplore une méconnaissance des recommandations notamment vis à vis de l'âge de réalisation, des délais entre les premiers rapports et la vaccination, de la vaccination dite de "rattrapage". Enfin le motif "on me l'a déconseillé" pour les non-vaccinées persiste malgré de récentes études sur l'efficacité et l'innocuité du vaccin. (13)

1.5. Contraception

1.5.1. Modèle contraceptif

Le modèle contraceptif dominant utilisé par les étudiantes de l'échantillon est la pilule. Ceci s'inscrit dans le modèle rigide et uniformisé général français. Une femme sur deux utilisant un moyen de contraception a opté pour ce modèle et jusqu'à 80% des 15-24 ans. C'est loin d'être le cas dans les autres pays comme le montre l'infographie (*Annexe V*). On assiste cependant à une percée des nouvelles méthodes, tel l'implant, l'anneau ou le patch, adoptées par 6 % d'entre elles en 2010 (1 % en 2005). Ces nouvelles méthodes médicalisées, dont l'efficacité n'est pas dépendante de la régularité de la prise comme peut l'être la pilule, sont davantage utilisées par les jeunes femmes de 25-29 ans. Le dispositif intra-utérin est également plus diffusé qu'auparavant, en particulier chez les plus de 20 ans ; 4 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans l'utilisent en

2010 contre 1 % en 2005. Ces différentes méthodes contraceptives étaient encore peu utilisées au sein de l'échantillon de l'étude avec par exemple aucune utilisatrice du patch. (11)

Le questionnaire a souligné que le prescripteur principal de la contraception est le gynécologue et le médecin généraliste comme deuxième prescripteur ou auteur du renouvellement de la contraception, viennent ensuite la sage-femme, les centres de santé étudiants ou les CPEF. Ceci est cohérent à la fois avec les professionnels et/ou établissements que les étudiantes consultent pour un motif d'ordre gynécologique et les professionnels qu'elles jugent aptes pour ce même motif.

Les étudiantes de l'échantillon se sentent bien informées sur la contraception ce qui se vérifie à moindre mesure par notre question test qui révèle un taux de réponses justes très satisfaisant et encourageant face aux actions de communication/sensibilisation qui ont été engagées par l'INPES, telle la campagne « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » lancée en 2007, accompagnée de la diffusion de la brochure « Choisir sa contraception ».

1.5.2. Contraception d'urgence

En 2010, 11,0 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence. Cette utilisation a légèrement évolué depuis 2005 : elles étaient alors 9,0 % à l'avoir utilisée au cours des douze derniers mois ($p < 0,05$). (11) Au sein de notre cohorte les taux de recours à la contraception d'urgence sont sensiblement les mêmes mais on ne peut établir de comparaison directe car nous avons posé la question pour un usage sur les six derniers mois et non pas sur les douze derniers mois.

1.6. IVG

Le rapport IGAS relève «la situation paradoxale» de la France, qui cumule un taux de natalité très élevé, un taux de diffusion de la contraception «parmi les plus élevés au monde» et «un taux d'IVG qui ne diminue pas et reste à un niveau relativement important». L'IGAS note ainsi un «niveau préoccupant» d'échecs des moyens de contraception et rappelle que 72% des IVG sont réalisées sur des femmes qui étaient sous contraception. (22) De 19 à 25 ans, les taux d'IVG dépassent 25 ‰ en

2011. (*Annexe VI*) Il y a presque autant d'IVG aujourd'hui qu'au début des années 1980 aux âges jeunes, alors qu'après 25 ans, les taux d'IVG ont nettement diminué. (12)

Au sein de notre échantillon, le taux de recours est inférieur aux chiffres nationaux, puisqu'on se situe à 19 % : cependant il est supérieur aux chiffres de la région Lorraine de 2007 qui étaient de 11,2 %.(*Annexe VII*)

1.7. Dépistage des IST, traitements, informations

1.7.1. Le dépistage

Les taux de recours au dépistage sont similaires à la population générale étudiante avec seulement 1 femme sur 2 qui déclare avoir eu recours à des examens de dépistage des IST ce qui reste très faible. Parmi les femmes qui n'ont pas eu recours à ces examens une majorité a pourtant déjà eu des rapports sexuels et seulement 1/3 d'entre elles se protègent par l'utilisation du préservatif ce qui est inquiétant et important en terme de comportements qualifiés "à risque". Le phénomène est notamment marqué au sein de notre cohorte chez les porteuses d'un DIU qui n'associent pour aucune d'entre elles une protection mécanique avec parfois des partenaires multiples au cours de la dernière année. Pourtant, bon nombre d'IST passent inaperçues ce qui favorise la transmission de l'agent responsable et l'extension de l'infection. La recrudescence des IST témoigne d'un relâchement de la prévention et de la reprise de conduites à risques ; on dénombre une augmentation des cas de syphilis, de gonococcies, de condylomes à HPV et une prévalence élevée des chlamydias chez les jeunes ayant recours au dépistage. En 2012, 12% des 6400 découvertes de séropositivité concernaient des jeunes de moins de 25 ans. (16)(23)

1.7.2. Le traitement d'urgence post-exposition

En cas d'exposition au VIH (exposition sexuelle, par partage de matériel d'injection ou dans un contexte professionnel), un traitement prophylactique peut être prescrit depuis 1998. Il doit être initié le plus tôt possible après le risque et au plus tard dans les 48 heures. Il permet de diminuer le risque de séroconversion, sans pour autant le réduire à néant. Cependant le taux de recours global reste faible et une méconnaissance de l'existence de ce traitement et de ces conditions de prise perdure tout comme l'explicitent les résultats au sein de notre échantillon. Certaines personnes n'en

n'ont tout simplement jamais entendu parlé tout comme dans la population générale où l'enquête KABP 20041 révèle que seuls 14,5 % des 18-54 ans ont déjà entendu parler du TPE.(24)

1.7.3. Informations générales sur la sexualité

Les participantes à l'étude se sentent bien informées sur la contraception mais moins bien sur les IST ce qui se vérifie dans les items tests comme nous l'avons vu précédemment et ce qui est aussi le cas dans la littérature où les demandes d'informations sont spécifiées sur les modes de transmissions, les traitements mais moins sur la contraception, la sexualité etc...(5)(6)

Pourtant une très grande majorité des étudiantes ont bénéficié au cours de leur vie d'une information à la sexualité avec notamment pour la moitié d'entre elles des séances durant le collège et le lycée comme ce qui est promulgué par la loi en vigueur depuis 2001. C'est un constat positif pour les établissements et professionnels de la région car il s'avère compliqué d'évaluer la bonne mise en place de ces programmes et parfois tout simplement de pouvoir les exécuter. Cependant au vu des constats précédents, on se pose la question de l'efficacité et de l'impact de l'information collective vis à vis de certains domaines ainsi que la pertinence des moments d'intervention qui sont parfois en décalage avec les besoins réels de la personne.

2. POINTS FORTS DE L'ETUDE

Le taux de participation à l'étude nous permet d'atteindre les objectifs d'échantillonnage escomptés pour obtenir une représentativité des résultats. On note un taux d'exclusion faible parmi les questionnaires obtenus et peu de réponses aberrantes aux différents items. L'intérêt des participantes est également à souligner dans les points forts de cette étude ; le questionnaire distribué a suscité des questions auxquelles nous avons pu répondre directement lors de la distribution "papier" et des demandes de lecture de résultats ont été formulées lorsque la diffusion était informatisée. Enfin la visibilité de la profession de sage-femme de part l'origine de l'enquête et dans les items a permis d'ouvrir le dialogue quant à nos compétences.

3. LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS

Afin de minimiser le biais de sélection, il aurait fallu dans l'idéal bénéficier de toutes les coordonnées des étudiantes de toutes les filières, puis réaliser un tirage au sort au prorata de chaque filière pour constituer des effectifs représentatifs. Il existait cependant une limitation initiale de temps, de budget et de ressources humaines de part le critère restreint de l'étude à l'échelle d'un mémoire universitaire. Il faut souligner que les réponses aberrantes ou les non-réponses font perdre de la représentativité aux données exploitées mais elles étaient peu nombreuses et ont fait l'objet de notifications comme indiqué dans la méthodologie de l'étude.

4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

4.1. Extrapolation des résultats

A l'échelle de l'Université de Lorraine, il paraît envisageable d'extrapoler les résultats de cette étude au vu de l'effectif de la cohorte et de la diversité des filières atteintes. Cependant si l'on souhaite généraliser les résultats à la ville de Nancy et acquérir d'avantage de précision, il faudrait inclure les filières parallèles non comprises dans le système universitaire (IFSI, les écoles d'AS, les formations privées etc...).

4.2. Les perspectives de travail

Dans un premier temps, il serait intéressant au niveau local de transmettre les résultats de cette étude au SIUMPPS à la fois pour que les étudiant(e)s puissent les consulter mais également pour que le service puisse appuyer les demandes et besoins persistants.

Dans un second temps, de diffuser le résumé de l'étude aux sages-femmes libérales exerçant une activité gynécologique sur l'agglomération Nancéienne et ses alentours.

Dans un troisième temps, de créer et distribuer une plaquette informative dédiée aux étudiantes, courte avec des messages de prévention et d'informations simples ciblées sur les points clefs dégagés par le diagnostic établi.

4.3. Répercussions vis à vis des participantes

Pour les participantes avec lesquelles le contact a pu être établi de manière directe, il y a eu pour certaines une prise de conscience des idées fausses et reçues. Elles ont pu obtenir des réponses à leurs questions et/ou des compléments d'informations. Pour les autres étudiantes le fait de ne pas pouvoir répondre à certains items les a peut-être amenées à compléter leurs connaissances.

4.4. Répercussions professionnelles

On peut dégager trois points d'amélioration en termes de bonnes pratiques professionnelles.

- L'examen gynécologique doit être réalisé selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et doit être expliqué clairement et simplement à la patiente.
- L'importance de la régularité du suivi doit être rappelée aux patientes.
- Améliorer le ressenti des patientes vis à vis de la consultation et de l'examen gynécologique en continuant à travailler avec davantage de tact, dans le respect de la pudeur, de l'intimité et des convictions de chacune, en utilisant des termes adaptés et en instaurant autant que possible une relation de confiance.

4.5. Concernant la profession de sage-femme

On remarque que la sage-femme est jugée apte pour le suivi gynécologique par la moitié des jeunes femmes de la cohorte mais elle reste encore très peu consultée. La reconnaissance récente de ses compétences en matière de suivi gynécologique et le peu de recul des professionnels ayant développé cette forme d'exercice, implique un manque de données pour pouvoir établir des comparaisons. De plus, il existe toujours une méconnaissance du grand public vis à vis du métier malgré la médiatisation et les campagnes d'informations dans lesquelles était exposée la profession. Cependant la consultation sage-femme est souvent plus accessible en termes de délai de rendez-vous et de coût. La sage-femme dispose des connaissances et compétences nécessaires pour être un professionnel de premier recours et réaliser le suivi gynécologique de cette tranche de population féminine qui requiert temps, attention, confiance et disponibilité.

CONCLUSION

Le diagnostic de santé gynécologique des étudiantes de l'Université de Lorraine envisagé et atteint par notre étude nous a permis de dresser un portrait positif de l'état de santé de ces jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans tout en dégagant des axes de travaux futurs.

La cohorte constituée est majoritairement en bonne santé sur le plan gynécologique. Les étudiantes ont globalement par rapport à la moyenne nationale, plus recours aux soins, une meilleure couverture santé, une meilleure couverture vaccinale et un taux de recours à l'IVG moins important. Cependant, il faut travailler sur la prise de conscience de l'intérêt de débiter un suivi gynécologique et de le poursuivre de manière régulière durant le début de la vie sexuelle pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité (informations, prescription et suivi personnalisé de la contraception, dépistage des éventuelles pathologies). De plus, l'étude menée révèle des axes d'amélioration concernant plus particulièrement la prévention des IST ; il persiste un manque d'informations et de connaissances sur les pathologies, leurs dépistages et leurs traitements. Le recours au dépistage est faible bien que les centres relais soient connus. Enfin, l'examen gynécologique doit être bien expliqué et réalisé dans sa globalité selon les recommandations en vigueur afin d'améliorer la prise en charge et le ressenti des patientes.

Le travail envisagé suite à ces constats concerne tout d'abord un retour professionnel avec une diffusion du résumé de l'étude auprès du SIUMPPS et des praticiens exerçant une activité de suivi gynécologique et plus particulièrement aux sages-femmes du secteur. Dans un deuxième temps, il concerne la création et la diffusion d'une plaquette informative destinée aux étudiantes de l'Université de Lorraine. Enfin, on établit le constat inattendu d'un bénéfice corollaire, celui de l'intérêt des participantes pour la profession de sage-femme suite à la diffusion des questionnaires.

Cette étude appuie les diagnostics antérieurs de santé des étudiants qui suscitent la mise en place d'un projet de consultation gynécologique annuelle (par exemple associée au Pass contraception) comme suggéré par les réseaux EmeVia pour faciliter l'accès et surtout la régularité du suivi gynécologique des jeunes femmes de 18 à 25 ans.

BIBLIOGRAPHIE

1. Migeot V. et al., « Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers », Santé Publique, 2006/2 Vol. 18, p. 195-205. DOI : 10.3917/spub.062.0195
2. INPES. Une approche positive et respectueuse de la sexualité [Internet]. [cité 07 juin 2015] Disponible sur : [:http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp](http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp)
3. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? (Note d'analyse 226 - Juin 2011) Centre d'analyse stratégique [Internet]. [cité 16 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/content/comment-ameliorer-laces-des-jeunes-la-contraceptionnote-danalyse-226-juin-2011#les-ressources>
4. [INED] L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. [cité 1 déc 2013]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premier_rapport_sexuel/
5. LMDE. Enquête nationale sur la santé des étudiants [Internet]. [cité 15 apr 2014]. Disponible sur : http://www.lmde.com/fileadmin/pdf/securite_sociale/11587enquete_ENSE_3.pdf
6. CSA, MGEL. La santé des étudiants 2011 [Internet]. [cité 20 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.mgel.fr/sante/rsc/enquete-sante-etudiants-2011.pdf>
7. emeVIA, CSA. La sexualité des étudiants en 2013 8ème enquête nationale [Internet]. [cité 20 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.emevia.com/sites/default/files/files/DP%20EMEVI%20-%20Sexualit%C3%A9.pdf>
8. 666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2013]. Disponible sur: http://ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
9. Challeton Corinne. les guides pratiques Essure La prévention des grossesses non désirées. global média santé; 2009.

10. SIUMPPS NANCY. Présentation "SIUMPPS ou Santé U". 2010 Mar 12.
11. François Beck, Jean-Baptiste Richard. Analyse du Baromètre santé 2010 Les comportements de santé des jeunes : Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. INPES;
12. Magali Mazuy, Élodie Baril, Laurent Toulemon. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Population et sociétés - Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. 2015 Jan;(518).
13. NICOL.M, THOMAS, DIETZ. Vaccin anti-HPV, actions pour une meilleure couverture vaccinale. 2015.
14. Observatoire régional des pays de la Loire. La santé des jeunes en pays de la Loire 15-25. Nantes; 2009.
15. Actualités sur l'infection à Chlamydia trachomatis - main.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2013]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/800275/main.pdf>
16. LechevallierNeijma. Des jeunes bien informés? Transversal. 2014 Jan;
17. Les étudiants lorrains - Un défi : le renforcement de l'attractivité FlorenceLEMMEL[Internet].[cité 07 juin 2015] Disponible sur :http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=18115
18. Olivier Galland. Revenus étudiants : de fortes disparités liées à la diversité des parcours. Bulletin d'études et de synthèses de l'Observatoire de la jeunesse Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. 2012 Nov;
19. ARS Lorraine. Contrat local de santé du grand Nancy 2013-2017.
20. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013 avril.
21. Cngof. Examen gynécologique. Université Médicale Virtuelle Francophone -; 2010.
22. AUBIN Claire, CHAMBAUD Laurent. Rapport IGAS : Évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer Inspection générale des affaires sociales. FRANCE; 2009.
23. Document réservé aux professionnels de santé- Dépistage du VIH et des IST. INPES; 2007

24. Sida Info Service. Synthèse sur les appels en lien avec le Traitement Post-Exposition (TPE). 2009.



TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| GLOSSAIRE | 3 |
| SOMMAIRE..... | 4 |
| INTRODUCTION..... | 6 |
| 1. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE GYNECOLOGIQUE DES JEUNES FEMMES DE 18-25 ANS | 6 |
| 1.1. LA SEXUALITE DES JEUNES ADULTES | 6 |
| 1.2. LE SUIVI INSUFFISANT DES JEUNES FEMMES EN AGE DE PROCREER | 6 |
| 1.3. LES PROFESSIONNELS CIBLES ET LES ETABLISSEMENTS RELAIS..... | 7 |
| 1.4. MODELES CONTRACEPTIFS..... | 8 |
| 1.5. CONTRACEPTION D'URGENCE ET IVG | 8 |
| 1.6. VACCINATION ANTI-HPV | 8 |
| 1.7. LE RECOURS FAIBLE AU DEPISTAGE DES IST ET UNE PROGRESSION LENTE DES CONNAISSANCES..... | 9 |
| 1.8. L'INFORMATION ET LES PROGRAMMES DE PREVENTION | 9 |
| 2. PROBLEMATIQUE | 10 |
| PARTIE 1 : METHODOLOGIE | 12 |
| 1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE..... | 13 |
| 1.1. OBJECTIF PRINCIPAL | 13 |
| 1.2. OBJECTIFS SECONDAIRES | 13 |
| 1.3. HYPOTHESES..... | 13 |
| 2. SCHEMA D'ETUDE ET DEROULEMENT | 14 |
| 2.1. TYPE D'ETUDE | 14 |
| 2.2. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE..... | 14 |
| 2.3. DEROULEMENT | 15 |
| 2.4. ASPECTS LOGISTIQUES | 15 |
| 2.4.1. <i>Les aspects budgétaires</i> | 15 |
| 2.4.2. <i>Les ressources humaines</i> | 15 |
| 2.4.3. <i>Aspects médico-légaux et réglementaires</i> | 15 |
| 2.5. POPULATION | 16 |
| 2.5.1. <i>Population cible</i> | 16 |
| 2.5.2. <i>Population source</i> | 16 |
| 2.5.3. <i>Échantillonnage</i> | 16 |
| Pour les variables quantitatives :..... | 17 |
| Pour les variables qualitatives :..... | 17 |
| 2.5.4. <i>Unité : critères inclusion/exclusion</i> | 18 |
| 2.6. METHODES D'ANALYSES STATISTIQUES | 18 |
| 2.6.1. <i>Variables utilisées</i> | 18 |
| 2.6.2. <i>Tests statistiques envisagés</i> | 18 |
| 2.6.3. <i>Modalités de prise en compte des données manquantes</i> | 18 |
| PARTIE 2 : RESULTATS..... | 19 |
| 1. CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES..... | 20 |
| 1.1. AGE ET ORIGINE..... | 20 |
| 1.2. CARACTERISTIQUES SCOLAIRES | 21 |
| 1.2.1. <i>Filières</i> | 21 |
| 1.2.2. <i>Niveau d'étude</i> | 22 |

| | | |
|------------------------------------|--|-----------|
| 1.3. | MODE DE VIE | 22 |
| 1.3.1. | Lieu de vie | 22 |
| 1.3.2. | Revenus : montant et sources | 22 |
| 1.4. | COUVERTURE SOCIALE | 23 |
| 1.4.1. | Sécurité sociale | 23 |
| 1.4.2. | Couverture complémentaire | 24 |
| 2. | VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE..... | 24 |
| 3. | SUIVI GYNECOLOGIQUE..... | 26 |
| 3.1. | RECOURS AUX SOINS | 26 |
| 3.2. | FREQUENCE DE SUIVI | 27 |
| 3.3. | L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE..... | 27 |
| 3.4. | RESSENTI LORS DE L'EXAMEN..... | 28 |
| 3.5. | LES PROFESSIONNELS CIBLES..... | 28 |
| 3.5.1. | Professionnels et/ou établissements consultés pour le suivi et/ou un motif gynécologique | 28 |
| 3.5.2. | Professionnels jugés aptes au suivi gynécologique selon les étudiantes | 29 |
| 4. | VACCINATION HPV | 29 |
| 5. | CONTRACEPTION..... | 31 |
| 5.1. | PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES | 31 |
| 5.2. | PREVENTION DES IST..... | 32 |
| 5.3. | PRESCRIPTEUR DE LA CONTRACEPTION | 33 |
| 5.4. | CONTRACEPTION D'URGENCE ET IVG..... | 33 |
| 5.5. | INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION | 33 |
| 6. | DEPISTAGE DES IST, INFORMATIONS ET TRAITEMENTS..... | 34 |
| 6.1. | DEPISTAGE DES IST | 34 |
| 6.2. | ITEM TEST CONCERNANT LES CONNAISSANCES SUR LES IST | 36 |
| 6.3. | CONCERNANT LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION | 36 |
| 6.4. | INFORMATION GENERALE SUR LA SEXUALITE | 37 |
| PARTIE 3 : DISCUSSION | 38 | |
| 1. | RESULTATS DE L'ETUDE | 39 |
| 1.1. | DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES | 39 |
| 1.2. | VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE..... | 40 |
| 1.3. | LE SUIVI GYNECOLOGIQUE..... | 40 |
| 1.3.1. | Recours aux soins..... | 40 |
| 1.3.2. | Nature de l'examen..... | 41 |
| 1.3.3. | Ressenti des patientes lors de l'examen | 41 |
| 1.3.4. | Les professionnels cibles | 41 |
| 1.4. | VACCINATION | 42 |
| 1.5. | CONTRACEPTION | 42 |
| 1.5.1. | Modèle contraceptif..... | 42 |
| 1.5.2. | Contraception d'urgence | 43 |
| 1.6. | IVG | 43 |
| 1.7. | DEPISTAGE DES IST, TRAITEMENTS, INFORMATIONS | 44 |
| 1.7.1. | Le dépistage..... | 44 |
| 1.7.2. | Le traitement d'urgence post-exposition..... | 44 |
| 1.7.3. | Informations générales sur la sexualité..... | 45 |
| 2. | POINTS FORTS DE L'ETUDE | 45 |
| 3. | LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS..... | 46 |
| 4. | IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES..... | 46 |
| 4.1. | EXTRAPOLATION DES RESULTATS | 46 |
| 4.2. | LES PERSPECTIVES DE TRAVAIL | 46 |
| 4.3. | REPERCUSSIONS VIS A VIS DES PARTICIPANTES | 47 |
| 4.4. | REPERCUSSIONS PROFESSIONNELLES | 47 |
| 4.5. | CONCERNANT LA PROFESSION DE SAGE-FEMME..... | 47 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| CONCLUSION..... | 48 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 49 |
| TABLE DES MATIERES | 52 |
| ANNEXES..... | 55 |

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire de recueil de données

Annexe II : Liste des établissements cibles

Annexe III : Formulaire d'information

Annexe IV : Chiffres clefs de l'Université de Lorraine en 2013

Annexe V : Infographie représentative des moyens de contraception dans le monde

Annexe VI : Tableau représentant le nombre d'IVG par tranches d'âges en 2007

Annexe VII : Tableau représentant le nombre d'IVG par région en 2007

ANNEXE I

I. Caractéristiques socio-démographiques :

1) Votre âge :

2) Votre lieu de naissance :

- France métropolitaine Lorraine France métropolitaine Autre région
 DOM-TOM Autre :

3) Votre lieu de vie :

(Quel type de logement occupez-vous pour l'année universitaire en cours?)

- Domicile parental appartement/studio
 Résidence universitaire Collocation
 Autre : ...

4) Votre régime social :

- Statut auprès de la sécurité sociale :

- Sécurité sociale étudiante Affiliation sécurité sociale parentale
 Régime spécifique Autre :

- Statut auprès de la mutuelle/complémentaire santé :

- Mutuelle étudiante Mutuelle en affiliation parentale
 Pas de mutuelle Autre : ...

5) Revenus :

De quels apports financiers bénéficiez-vous? (plusieurs items possibles)

- Job étudiant Prêt étudiant
 Aide parentale Bourse
 Autre : ...

6) Quel est le montant approximatif mensuel de ces apports ? €

II) Caractéristiques du cursus universitaire:

1) Dans quelle filière êtes-vous inscrite pour l'année universitaire en cours ? (ex : faculté de médecine, école d'ingénieur...) :

2) Votre niveau d'étude (année d'étude, ex : L1, M2 , 3ème année d'école...) : ...

III. Données sur vie affective et sexualité :

1) Situation personnelle:

célibataire en couple pacsée mariée Autre : ...

2) Orientation sexuelle :

Hétérosexualité Homosexualité
 Bisexualité Ne sais pas

3) Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

Oui Non

4) Si oui, à quel âge avez-vous eu votre premier rapport? ... ans

5) Combien avez-vous eu de partenaires au cours des 12 derniers mois :

0 1-2 3 à 5 plus de 5

IV. Données sur le suivi gynécologique :

1) Avez-vous déjà bénéficié d'une consultation gynécologique dans votre vie ?

Oui Non

2) Si oui à quel âge a eu lieu cette première consultation ? ...ans

3) Si non pourquoi : (plusieurs réponses possibles)

- peur/gêne manque de temps
- Coût délai d'obtention de rendez-vous
- Je n'ai jamais eu de rapports sexuels je n'en vois pas la nécessité
- Je ne veux pas que mes parents soient au courant

4) A quelle fréquence consultez-vous un praticien pour un motif gynécologique ?

- Tous les ans Tous les 2 ans
- Uniquement quand j'en ai besoin

5) Auprès de qui consultez-vous ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- SIUMPPS (service inter universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé des étudiants)
- Centre de planification familiale
- Autre : ...

6) Avez-vous déjà été examinée d'un point de vue gynécologique ?

- Oui Non

7) Si oui avez-vous bénéficié de : (plusieurs réponses possibles)

- Un examen de la poitrine Un examen génital

8) Comment vous êtes-vous sentie lors de l'examen ? (plusieurs réponses possibles)

- Détendue Gênée Stressée
- Pudique En confiance Autre : ...

9) Quels praticiens vous semblent-ils aptes à vous suivre d'un point de vue gynécologique (plusieurs items possibles)

- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Pédiatre
- Autre : ...

V. Données sur la vaccination :

1) Vous êtes vous fait vacciner contre le Papillomavirus (virus responsable du cancer du col de l'utérus) ? Oui Non

2) Si oui, à quel âge? ... ans

3) Si oui, combien d'injections avez vous reçu ?

- 1
- 2
- 3
- ne sait plus

4) Si non, comptez vous le faire ?

- Oui
- Non

5) Si non pourquoi ?

- On me l'a déconseillé
- Je ne sais pas
- C'est trop tard
- Je suis contre les vaccins

VI. Données sur la contraception :

1) Utilisez-vous un moyen de contraception actuellement ?

- Oui
- Non

2) Si oui le ou lequel(s) ? (plusieurs items possibles)

- Préservatif masculin Préservatif féminin
- Pilule Anneau vaginal
- Patch Implant
- DIU(dispositif intra-utérin anciennement stérilet) Autre

3) Si vous utilisez un moyen médicamenteux (pilule, patch, anneau, DIU...) quel est le prescripteur ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Centre de planification familial
- SIUMPPS
- Autre : ...

4) Avez-vous eu recours à la contraception d'urgence ces 6 derniers mois ?

- Oui Non

5) Avez-vous déjà eu recours à une IVG (interruption volontaire de grossesse) dans votre vie?

- Oui Non

6) Pensez-vous être bien informée sur la contraception en général?

- Oui Non

7) Quelles sont vos sources d'informations? (plusieurs réponses possibles)

- Professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme)
- Amis/famille
- Internet Médias Radios
- Brochures Information Scolaire

VII. Données sur les examens de dépistage:

1) Avez- vous déjà eu recours à un test de dépistage sanguin des IST (infections sexuellement transmissibles) dans votre vie?

- Oui Non

2) Si oui par quel biais ?

- Centre de dépistage (CIDDIST Centre d'information et de dépistage des IST)
 Centre de planification familial
 Mon médecin généraliste me l'a prescrit
 Mon gynécologue me l'a prescrit
 Ma sage-femme me l'a prescrit
 Autre

3) Si oui pour quel motif ? (plusieurs items possible)

- Démarche personnelle Démarche de couple
 Rapport non protégé Rapport non consenti
 Rupture du Préservatif
 Je ne sais pas si mon partenaire s'est protégé Désir d'arrêt d'utilisation du préservatif

4) Selon vous la pilule protège de : (plusieurs items possible)

- Grossesse VIH Hépatite B
 HPV (papillomavirus) Mycose

5) Selon vous le préservatif protège de : (plusieurs items possibles)

- Grossesse VIH Hépatite B
 HPV (papillomavirus) Mycose

6) Avez-vous déjà entendu parler du traitement post-exposition ?

- Oui Non

ANNEXE II

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| UFR lettres avec les départements de Lettres modernes, Lettres classiques, Arts du spectacle | Nancy - Libération | Arts, lettres et langues |
| UFR Faculté de Droit, sciences économiques et de gestion | Nancy - Ville vieille, Léopold | Droit, économie, gestion |
| UFR Mathématiques et informatique | Nancy - Ville vieille, Léopold | Droit, économie, gestion |
| École européenne d'ingénieurs en génie des matériaux (EEIGM) | Nancy - Stanislas, Meurthe | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| École nationale supérieure d'agronomie et des industries alimentaires (ENSAIA) | Vandœuvre lès Nancy | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| École nationale supérieure d'électricité et de mécanique (ENSEM) | Vandœuvre-lès-Nancy | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| École nationale supérieure de géologie (ENSG) | Vandœuvre lès Nancy | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| École nationale supérieure en génie des systèmes industriels (ENSGSI) | Nancy - Stanislas, Meurthe | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| École nationale supérieure des industries chimiques (ENSIC) | Nancy - Ville vieille, Léopold | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| École nationale supérieure des mines de Nancy (ENSMN) | Nancy - Blandan | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| École supérieure des sciences et technologies de l'ingénieur de Nancy (ESSTIN) | Vandœuvre lès Nancy | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| TELECOM Nancy | Villers lès Nancy | Lorraine - INP (écoles d'ingénieurs) |
| Faculté de Médecine | Vandœuvre lès Nancy | Santé |
| Faculté d'Odontologie | Nancy - Lionnois | Santé |
| Faculté de Pharmacie | Nancy - Lionnois | Santé |
| Faculté du Sport - UFR STAPS Villers-lès-Nancy | Villers lès Nancy | Santé |
| Faculté des Sciences et Technologies | Vandœuvre les Nancy | Sciences et technologies |
| UFR Sciences humaines et sociales - Nancy | Nancy - Libération | Sciences humaines et sociales |
| IUT Nancy-Charlemagne | Nancy - Charlemagne | Technologie |
| IUT de Nancy-Brabois | Nancy - Brabois | Technologie |

<http://www.univ-lorraine.fr/content/ufr-facultes-ecoles-instituts>

ANNEXE III

Chères étudiantes,

Je suis étudiante sage-femme en cinquième année et je réalise actuellement une enquête pour mon mémoire de fin d'étude concernant la santé gynécologique des jeunes femmes étudiantes sur la communauté du Grand-Nancy. Je me permets donc de vous solliciter pour répondre à ce questionnaire; cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes, le traitement des données se fera de manière confidentielle et anonyme.

Merci par avance de votre participation et de l'aide précieuse que vous apporterez à la réalisation de mon enquête.

Les résultats seront consultables à la fin de mon étude je vous laisse ci-joint mes coordonnées.

Mlle CROCIATI Anaïs
anais.crociati@gmail.com
06.78.43.31.64

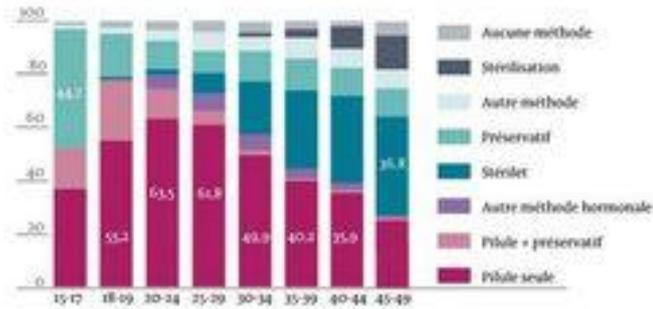
ANNEXE IV



ANNEXE V

La pilule reste le premier moyen de contraception des Françaises...

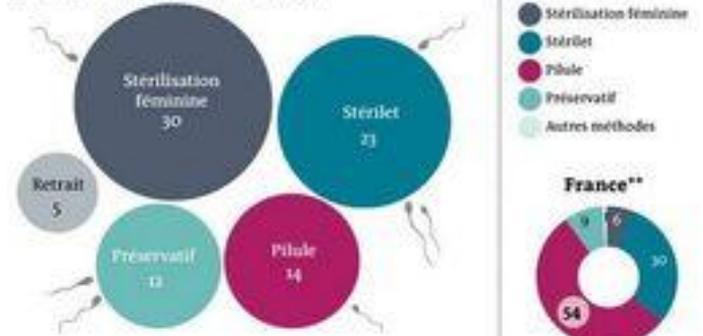
MÉTHODES DE CONTRACEPTION UTILISÉES EN FRANCE
chez les femmes de 15 à 49 ans



Sources : enquête Fecond (2005), Inserm-Ined

... elle n'est pourtant pas plébiscitée dans le reste du monde.

MÉTHODES DE CONTRACEPTION FÉMININE LES PLUS UTILISÉES DANS LE MONDE
Pour 100 femmes en couple, âgées de 15 à 49 ans, ayant une méthode de contraception, en 2009



Le top 10 des quatre grandes méthodes

MÉTHODES DE CONTRACEPTION FÉMININE LES PLUS UTILISÉES DANS LE MONDE*

Nombre d'utilisatrices pour 100 femmes en couple, âgées de 15 à 49 ans, ayant une méthode de contraception

Les adeptes de la pilule...



... de la stérilisation...



... du stérilet...



... du préservatif



* Pays de plus de 1 million d'habitants. SOURCES : Nations unies, World Contraceptive Use, 2012 ; INED ** Chiffre de 2005 pour la stérilisation

ANNEXE VI

■ TABLEAU 3

Les interruptions volontaires de grossesse

| | 2001 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|---------|---------|---------|-------------|
| Total IVG | 202 180 | 206 311 | 215 390 | 213 382 |
| IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans | 14,1 | 14,2 | 14,9 | 14,7 |
| Répartition des IVG selon le groupe d'âge | | | | en % |
| 15-19 ans | 13,2 | 14,4 | 14,4 | 14,3 |
| 15-17 ans | 4,7 | 5,9 | 6,0 | 5,9 |
| 18-19 ans | 8,5 | 8,6 | 8,5 | 8,4 |
| 20 à 24 ans | 24,5 | 25,5 | 24,8 | 24,8 |
| 25 à 29 ans | 21,9 | 20,7 | 21,3 | 22,0 |
| 30 à 34 ans | 19,2 | 18,7 | 18,2 | 17,7 |
| 35 à 39 ans | 14,5 | 13,8 | 14,1 | 14,0 |
| 40 à 44 ans | 5,8 | 5,9 | 6,1 | 6,1 |
| 45 à 49 ans | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,6 |
| 15-49 | 99,6 | 99,6 | 99,5 | 99,5 |
| tous âges | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Nombre d'IVG pour 1000 femmes selon le groupe d'âge | | | | |
| 15-19 ans | 14,0 | 15,5 | 16,1 | 15,6 |
| 15-17 ans | 8,5 | 10,6 | 11,2 | 10,8 |
| 18-19 ans | 21,7 | 22,8 | 23,4 | 22,6 |
| 20 à 24 ans | 26,6 | 26,8 | 27,5 | 27,0 |
| 25 à 29 ans | 21,8 | 22,8 | 24,0 | 24,1 |
| 30 à 34 ans | 18,3 | 18,0 | 18,7 | 18,6 |
| 35 à 39 ans | 13,4 | 13,1 | 14,0 | 13,7 |
| 40 à 44 ans | 5,5 | 5,5 | 5,9 | 5,8 |
| 45 à 49 ans | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,6 |
| 15-49 | 14,0 | 14,2 | 14,9 | 14,7 |

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS

Érasme-Cnamts (forfaits FHV remboursés en 2006 et 2007) jusqu'en 2005 nombre d'IVG en ville estimé à partir de la SAE car la distribution par âge n'est pas disponible pour FHV.

ANNEXE VII

Les IVG en 2007

| Régions | IVG pour 1 000 femmes | Total IVG | % IVG médicamenteuses | IVG pour 1 000 femmes mineures | % IVG secteur public parmi les IVG en établissement | % des IVG en ville |
|------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------|---|--------------------|
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 20,7 | 22 931 | 50,9 | 16,9 | | 11,3 |
| Corse | 19,6 | 1 328 | 76,9 | 12,3 | 87,3 | 6,1 |
| Île-de-France | 19,3 | 58 319 | 47,1 | 15,6 | 56,3 | 15,4 |
| Languedoc-Roussillon | 17,6 | 10 197 | 55,6 | 15,2 | 61,6 | 5,0 |
| France métropolitaine | 14,7 | 213 382 | 48,6 | 12,5 | 75,8 | 8,6 |
| Midi-Pyrénées | 14,2 | 9 012 | 55,0 | 11,4 | 47,8 | 4,7 |
| Aquitaine | 13,7 | 9 717 | 40,3 | 11,7 | 76,5 | 13,8 |
| Rhône-Alpes | 13,2 | 18 973 | 42,3 | 10,2 | 88,2 | 9,5 |
| Nord - Pas-de-Calais | 13,0 | 12 589 | 49,9 | 12,0 | 97,8 | 1,4 |
| Limousin | 12,5 | 1 902 | 46,6 | 12,5 | 89,8 | 0,3 |
| Haute-Normandie | 12,3 | 5 230 | 39,1 | 11,5 | 90,2 | 7,4 |
| Bretagne | 12,3 | 8 446 | 42,3 | 9,8 | 87,8 | 3,7 |
| Picardie | 12,2 | 5 469 | 61,0 | 11,9 | 99,8 | 3,4 |
| Franche-Comté | 12,2 | 3 189 | 37,7 | 11,1 | 97,4 | 5,3 |
| Centre | 12,1 | 6 821 | 58,6 | 10,5 | 96,4 | 3,7 |
| Lorraine | 11,9 | 6 529 | 47,6 | 10,2 | 72,8 | 0,1 |
| Auvergne | 11,9 | 3 438 | 42,9 | 12,3 | 89,8 | 5,1 |
| Alsace | 11,8 | 5 242 | 81,0 | 9,5 | 97,2 | 4,0 |
| Champagne-Ardenne | 11,7 | 3 594 | 51,1 | 11,6 | 81,6 | 4,3 |
| Bourgogne | 11,7 | 4 124 | 35,4 | 10,4 | 91,4 | 2,9 |
| Basse-Normandie | 11,5 | 3 709 | 53,9 | 11,5 | 94,8 | 1,8 |
| Poitou-Charentes | 11,5 | 4 311 | 54,0 | 11,2 | 79,0 | 6,8 |
| Pays de la Loire | 10,5 | 8 312 | 38,0 | 9,3 | 87,3 | 0,5 |
| Guadeloupe | 43,5 | 4 535 | 48,1 | 37,7 | 68,2 | 6,4 |
| Guyane | 38,2 | 2 132 | 63,6 | 40,8 | 68,7 | 11,6 |
| DOM | 28,6 | 13 668 | 48,0 | 32,0 | 76,0 | 9,8 |
| Martinique | 23,6 | 2 458 | 43,0 | 27,9 | 100,0 | 0,0 |
| La Réunion | 21,2 | 4 543 | 43,1 | 30,9 | 72,8 | 17,6 |
| France entière | 15,2 | 227 050 | 48,5 | 13,2 | 75,8 | 8,6 |

Champ • France entière.

Sources • DREES (SAE-PMSI) INSEE - Estimations de population au 1^{er} janvier.

Érasme (CNAM-TS) pour les IVG médicamenteuses en ville.

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de CROCIATI Anaïs - Année 2015

Santé gynécologique de la femme jeune

État des lieux auprès des étudiantes de 18 à 25 ans de l'Université de Lorraine en 2014

Introduction : Les étudiants sont décrits comme une population en bonne santé mais adoptant des comportements à risque. La prévention des grossesses non désirées et des IST constituent des priorités sanitaires chez les femmes de 18 à 25 ans. Malgré la multitude de moyens d'information et la démultiplication des campagnes de prévention les données chiffrées n'évoluent pas favorablement.

Objectif : Etablir un diagnostic de l'état de santé gynécologique des étudiantes de 18 à 25 ans à Nancy en 2014 et situer la profession de sage-femme dans le suivi de cette population.

Méthodes : Une étude observationnelle, descriptive, transversale a été réalisée par questionnaire.

Résultats : 84,9% des étudiantes ont déjà bénéficié d'une consultation gynécologique mais 25% ne consultent que lorsqu'elles l'estiment nécessaire. Le ressenti lors de cet examen est péjoratif. La sage-femme était jugée apte par 58.2% des femmes à assurer le suivi gynécologique mais peu consultée (<3%) 53,6 % ont réalisé un dépistage des IST. 91.8 % ont bénéficié d'une information à la sexualité au cours de leur cursus.

Conclusion : La cohorte dispose globalement d'un suivi satisfaisant cependant il demeure une irrégularité dans le suivi et un ressenti péjoratif lors de la consultation. La sage-femme est encore méconnue. Pourtant ses compétences font d'elle un professionnel de premier recours pour le suivi de ces jeunes femmes en bonne santé. Le recours au dépistage des IST reste faible et on dresse un portrait paradoxal entre les nombreux moyens de prévention et la progression lente de l'information voire de sa banalisation.

Mots clefs : étudiantes, santé gynécologique, sage-femme

Introduction: Students are described as a healthy population but adopting risky behavior. Prevention of unwanted pregnancies and IST are health priorities for women 18 to 25 years. Despite the multitude of information and prevention campaigns gearing means the figures do not evolve favorably.

Objective: To establish a diagnosis of gynecological health of students 18 to 25 years in Nancy in 2014 and locate the profession of midwifery in monitoring this population.

Methods: An observational study, descriptive, cross was conducted by questionnaire.

Results: 84.9% of students have already received a gynecological consultation but 25% consult only when they deem it necessary. The felt during this review is derogatory. The midwife was deemed fit by 58.2% of women gynecological care to ensure consulted but few (<3%) 53.6% made a IST screening. 91.8% received information on sexuality during their studies.

Conclusion: The overall cohort has a satisfactory track however it remains an irregularity in the monitoring and pejorative feelings in the consultation. The midwife is still unknown. Yet her skills make her a primary care professional to monitor these young healthy women. The use of screening for IST is still low and draws a paradoxical portrait between the multiplication of means of prevention and the slow progress information see its trivialization.

Keywords : students, gynecological health, midwife