

RÉFÉRENCES

1. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation Française - recommandations formalisées d'experts. <https://sfar.org/strategie-du-remplissage-vasculaire-perioperatoire-2/>.
2. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation Française - textes des recommandations. <https://sfar.org/remplissage-vasculaire-au-cours-des-hypovolemies-relatives-ou-absolues/>.
3. Faber JJ, Anderson DF. *The placenta in the integrated physiology of fetal volume control*. Int J Dev Biol 2010; 54 (2-3): 391-396.
4. Réseau Périnatal - *Protocole de prise en charge de la perte de poids chez le nouveau-né à terme*. <http://www.mdr-973.fr/reseau-perinatal/espace-professionnels/protocoles/protocoles-neonataux/item/637-09-protocole-pec-de-la-perte-de-poids-chez-le-nn-a-terme.com>
5. American Academy of Pediatrics. *Breastfeeding and the use of human milk: policy statement*. Pediatrics 2005; 115: 496-506.
6. Collège National des gynécologues et Obstétriciens Français - recommandations professionnelles. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*; 2014
7. Audipog, France périnatal - *Évaluation des pratiques médicales*; 2004
8. Haute Autorité de Santé - *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*; mai 2016
9. Haute Autorité de Santé - *Accouchement normal, recommandations pour la pratique clinique*, 2017. https://www.has-sante.fr/accouchement_normal_argumentaire.
10. Cyna AM, Andrew M, Emmett RS, Middleton P, Simmons SW. *Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section*. Cochrane Collaboration Sys Rev 2006, 4: CD002251.
11. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. *Neonatal weight loss in breast and formula fed infants*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Nov; 88(6): F472-6.
12. Marchini G, Berggren V, Djilali-Merzoug R, Hansson LO; *The birth process initiates an acute phase reaction in the fetus-newborn infant*. Acta Paediatr. 2000 Sep; 89(9): 1082-6.
13. Michel MP, Gremmo-Féger G, Oger E, Sizun J. *Pilot study of early breastfeeding difficulties of term newborns: incidence and risk factors*. Arch Pediatr. 2007 May; 14(5): 454-60.
14. Martens P, J., Romphé L. *Factors associated with newborn in-hospital weight loss: comparisons by feeding method*, J Hum Lact 2007; 23; 233.
15. Flaherman VJ, Bokser S, Newman TB. *First-day newborn weight loss predicts in-hospital weight nadir for breastfed infants*. Breastfeed Med. 2010 Aug; 5(4): 165-8.
16. Mulder PJ, Johnson TS, Baker LC. *Excessive weight loss in breastfed infants during the postpartum hospitalization*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010 Jan-Feb; 39(1): 15-26.
17. Noel-Weiss J et al. Woodend AK, Peterson WE, Gibb W, Groll DL. *An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfeed newborn weight loss*. Int Breastfeed J. 2011 Aug 15; 6: 9
18. Initiative Hôpital Amis des Bébé. <https://amis-des-bebes.fr>
19. Assurance maladie - *Améliorer la qualité sur système de santé et maîtriser les dépenses*, 2015. https://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/36325071#
20. Organisation Mondiale de la Santé - *Déterminants sociaux de la santé*, 2018. http://www.who.int/social_determinants/fr
21. Organisation Mondiale de la Santé - *Les principes*, 2018. <http://www.who.int/about/mission/fr>

Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes

PAR CAMILLE VIGNAUD, SAGE-FEMME

➤ LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

En France, les femmes bénéficient d'un suivi gynécologique de prévention à différentes étapes de leur vie. Il consiste en plusieurs actes afin de préserver leur santé génésique. En effet les autorités sanitaires prévoient de suivre les femmes tout au long de leur vie, dès lors qu'elles sont en âge de procréer.

• La vaccination HPV

Le suivi gynécologique débute à l'adolescence, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la vaccination contre l'infection à HPV (*Human papillomavirus*), une infection banale se transmettant le plus souvent sexuellement. Il existe plusieurs génotypes de l'HPV, mais parmi les 20 HPV génitaux oncogènes, deux sont responsables de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus. La HAS propose de vacciner les jeunes filles entre 11 et 14 ans et prévoit une vaccination de rattrapage jusqu'à 19 ans. Le schéma vaccinal est à adapter en fonction de l'âge de la patiente et du vaccin. Le vaccin Gardasil® (HPV 6-11-16-18) comprend deux injections espacées de 6 mois entre 11 et 13 ans. Entre 14 et 19 ans révolus, trois doses sont administrées selon un schéma : 0, 2 et 6 mois. Pour le vaccin Cervarix® (HPV 16-18) il comprend deux injections espacées de 6 mois entre 11 et 14 ans et entre 15 et 19 ans révolus, trois doses administrées à 0, 1 et 6 mois^(1, 2, 3). Si 80 % des femmes sont en contact avec l'HPV dans la première année suivant leur premier

rapport sexuel, la plupart élimineront l'infection spontanément⁽⁴⁾.

• Le frottis cervico-utérin

La HAS recommande, à partir de 25 ans, de faire pratiquer un dépistage systématique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. « Plus de 6 millions de frottis cervico-utérins (FCU) sont réalisés chaque année dont 3 000 nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus et 1 000 décès chaque année sont recensés »⁽⁵⁾.

Mais bien souvent ces pratiques ne suivent pas les recommandations de la HAS, nous sommes face à « une couverture sous-optimale avec plus de 50 % des femmes pas ou trop peu souvent dépistées, et environ 40 % des femmes dépistées trop fréquemment. Seulement 10 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé^(6,7). » C'est-à-dire, le premier FCU doit être effectué par un médecin ou une sage-femme, chez une femme à partir de ses 25 ans, ayant déjà eu un rapport sexuel. Puis le deuxième à un an d'intervalle et enfin tous les trois ans, jusqu'à 65 ans en absence de résultat pathologique⁽³⁾.

• La méthode BERGER

La HAS recommande une consultation spécialisée pour mettre en place une méthode contraceptive et exclut l'examen gynécologique systématique, qui peut être source d'anxiété pour certaines femmes ou même entraîner un refus de consulter⁽⁸⁾. Il doit être pratiqué un examen général, composé de la prise de la tension artérielle,

la mesure de la taille et la pesée de la patiente afin de calculer son IMC (Indice de Masse Corporelle). L'examen gynécologique peut être expliqué et doit être programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. Le praticien peut commencer à montrer à la patiente à quoi ressemble un spéculum afin qu'elle se familiarise avec le matériel⁽⁹⁾. En cas de consultation en urgence, il est préférable de programmer à court terme une consultation entièrement dédiée à la contraception^(10, 11). Dès la première consultation en gynécologie et tout le long du suivi de la femme, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ainsi que la HAS recommandent de respecter les six étapes de la méthode BERCER et son utilisation systématique^(11, 12), afin de favoriser l'installation d'un environnement confortable, chaleureux et permettre une relation de confiance pour toutes les femmes venant consulter un professionnel de santé en matière de santé génésique.

Cette méthode consiste à respecter le déroulement de six étapes.

B > Bienvenu. L'accueil (la saluer, se présenter, la regarder), la confidentialité, présenter le déroulement de la consultation à la patiente.

E > Entretien (écoute, échange, dialogue). Temps de recueil d'information et d'expression de la femme, élaboration d'un diagnostic éducatif partagé, le respect de l'intimité et de la confidentialité

R > Renseignements. Délivrance d'une information claire, hiérarchisée concernant la santé génésique de la femme. Le professionnel doit s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées à la femme. Il doit évaluer ses attentes, ses besoins et son mode de vie.

C > Choix. La décision finale appartient à la patiente, le praticien doit présenter les différentes méthodes (pilules, anneau intravaginal, patch, dispositif intra-utérin (DIU/SIU), implant, injections trimestrielles de macro-progestatif, explications des méthodes naturelles), qui sont à sa disposition, leurs bénéfices ainsi que leurs risques⁽¹³⁾.

E > Explication. Discussion autour de la méthode choisie et de son mode d'emploi, les effets secondaires.

R > Retour. C'est l'occasion d'organiser avec elle, de programmer ses futures consultations et de mettre en place un éventuel suivi régulier, ainsi que réévaluer la méthode de contraception et son utilisation, évaluer l'adéquation de la méthode choisie, l'observance de la femme, sa tolérance et sa satisfaction⁽¹⁴⁾.

> LA CONSOMMATION DE SOINS CHEZ LES JEUNES EN FRANCE

▪ Baromètre Santé

En 2010, d'après l'INPES dans le Baromètre santé « *Les comportements de santé des jeunes* », chez les femmes de 15 à 30 ans, 52,8 % ont consulté un gynécologue dans l'année (15-19 ans : 23,8 %, 20-25 ans : 59,4 %). En ce qui concerne leur consommation de soins sur les douze derniers mois, pour les 15-30 ans : 79,2 % ont consulté un médecin généraliste en premier recours, 52,8 % un gynécologue en deuxième recours et 49,1 % ont consulté un dentiste en troisième recours ($p < 0,001$).

De plus, parmi les femmes ayant consulté quelle que soit la tranche d'âge (15-19 ans, 20-25 ans, 26-30 ans), 75,3 % avaient effectué leur dernière visite il y a moins d'un an, 18,7 % depuis un à deux ans, et 2,1 % depuis plus de trois ans. Le gynécologue est privilégié à tout âge, mais le médecin généraliste reste un interlocuteur chez les jeunes de 15-19 ans. Lors de leur dernière consultation pour des raisons gynécologiques, 4 jeunes filles sur 10 avaient consulté un généraliste. Passé l'âge de 20 ans, le recours au gynécologue s'accroît⁽¹⁸⁾.

▪ La majorité sexuelle

En France, la majorité sexuelle est à 15 ans chez la jeune fille (Art : 227-25 du Code pénal.). En effet les « *jeunes filles mineures peuvent avoir des relations sexuelles consenties et avoir accès anonymement à une contraception et à un suivi gynécologique* »⁽¹⁹⁾. Les jeunes de 18 ans sont au plus proche de l'âge du premier rapport sexuel (17,4 ans pour les garçons, 17,6 ans pour les filles)⁽²⁰⁾. Elles commencent leur vie sexuelle et sont donc plus consommatrices en soins gynécologiques. Il est important de sensibiliser cette jeune population avec des consultations de prévention que ce soit dans le cadre des établissements scolaires et/ou de ville, afin de promouvoir au mieux la vaccination

contre l'HPV, l'utilisation d'une contraception efficace (si absence de désir de grossesse), sensibiliser ces jeunes femmes à l'importance d'un futur suivi notamment dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Dès cet âge, il convient de familiariser ces jeunes femmes avec le milieu médical, notamment celui de la gynécologie qui est au plus proche de l'intimité de la jeune femme en devenir.

La population des 18-25 ans est ciblée par les professionnels de santé et par les pouvoirs publics grâce à diverses campagnes qui permettent de promouvoir l'information, la prévention et le dépistage en santé gynécologique⁽²¹⁾. Dans notre travail, nous avons choisi d'étudier la population de jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans qui ont déjà consulté en gynécologie.

Nous nous sommes particulièrement intéressées au déroulement de leur première consultation afin d'évaluer l'existence d'une éventuelle satisfaction ou d'un éventuel mécontentement, d'en connaître les déterminants, et d'évaluer l'utilisation de la méthode BERCER par les professionnels de santé.

> SATISFACTION, MÉCONTENTEMENT, ENCHANTEMENT

▪ La satisfaction

La satisfaction est l'accomplissement d'un désir, l'assouvissement, d'un souhait, c'est l'action de contenter, de satisfaire un besoin ou un désir⁽²²⁾. Dans notre étude cela se traduit par l'offre du professionnel de santé qui a répondu à la demande de la patiente.

▪ Le mécontentement

À l'inverse, il existe le mécontentement, une frustration, un déplaisir⁽²²⁾. Dans ce cas l'offre du professionnel n'a pas répondu à la demande, aux attentes. La patiente est donc insatisfaite.

▪ L'enchantement

Enfin, il existe l'enchantement, la personne est charmée, émerveillée, ravie, car sa demande a été dépassée par l'offre de soin⁽²²⁾.

OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la première consultation en gynécologie chez les jeunes femmes en France.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient de mesurer la satisfaction des jeunes femmes vis-à-vis de cette consultation, d'identifier les déterminants de leur satisfaction ou de leur éventuel mécontentement, d'évaluer le déroulement de cette consultation et l'utilisation effective de la méthode BERCER par les professionnels de santé lors de cette première consultation.

HYPOTHÈSES

Nos hypothèses de travail étaient les suivantes :

- En France, les jeunes femmes de 18 à 25 ans sont plutôt satisfaites de leur première consultation en gynécologie ;
- La satisfaction dépend à la fois des caractéristiques des femmes et du déroulement de cette consultation (accueil, informations, explications) ;
- Il existe une hétérogénéité de prise en charge entre les professionnels de santé lors de cette première consultation, notamment dans l'utilisation de la méthode BERCER.

MÉTHODE

Nous avons effectué une étude rétrospective, observationnelle, descriptive, à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne (GoogleForms®). Au préalable, il a été testé par dix personnes choisies au hasard dans notre entourage afin de pouvoir les chronométrer et évaluer leur compréhension concernant les différentes questions qui étaient posées. Les personnes ayant testé notre questionnaire avaient besoin de 7 minutes en moyenne pour y répondre. Elles nous ont apporté des modifications sur certaines tournures de phrases et nous ont évité des « faux-sens ». Nous l'avons mis en ligne le 23 août 2017, puis arrêté le 6 septembre 2017, soit une période de deux semaines. Nous espérons que les utilisateurs le partagent à leur tour sur leur profil Facebook®, que leurs contacts fassent de même afin qu'il parcoure les différents départements de France. Le but recherché était le partage de masse. Au préalable, par un message introductif, nous avons informé les personnes souhaitant répondre à notre questionnaire du nombre de questions et du temps qu'il nécessitait pour y répondre, de la démarche de notre étude. Nous leur avons précisé la population ciblée et que

cette étude respectait l'anonymat. Au fur et à mesure, les réponses s'enregistraient sur une grille Excel et se mettaient à jour automatiquement.

• Population d'étude

La population ciblée était les femmes francophones, vivant en France ou en DOM-TOM, âgées de 18 à 25 ans, ayant effectué une première consultation en gynécologie.

Les critères d'inclusion de notre étude étaient des femmes vivant en France (et DOM-TOM), francophones, âgées entre 18 et 25 ans, ayant déjà effectué une première consultation en gynécologie.

Les professionnels de santé consultés : gynécologue, médecin généraliste, sage-femme, infirmière... en ville ou au planning familial.

Les critères d'exclusion de notre étude étaient :

- Les hommes, les transsexuels, les non-binaires ;
- Âge inférieur à 18 ans et supérieur à 25 ans ;
- Femmes n'ayant jamais consulté en santé génésique ;
- Femmes non francophones.

Au total nous avons obtenu 1 545 réponses, dont 31 doublons, qui ont été supprimés, soit 1 514 réponses exploitables. Sur ces 1 514 réponses : 15 garçons, 4 transsexuels, 7 non-binaires (personne ne se jugeant ni homme ni femme) et 90 filles n'ayant jamais consulté en gynécologie ont été exclus de l'étude. Au final 1 398 réponses ont pu être exploitées.

• Stratégie d'analyse

Nous avons effectué les analyses statistiques à partir du site internet : BiostaTGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>). Les variables qualitatives ont été comparées grâce au test du Chi2 (symbolisé par \$) lorsque les conditions d'utilisation étaient respectées. Sinon, nous avons utilisé le test de Chi2 avec la correction de Yates lorsque les effectifs théoriques étaient compris entre 3 et 5 ou du test exact de Fisher (symbolisé par £) pour les échantillons ayant des effectifs théoriques inférieurs à 3. Le test a été considéré comme étant significatif pour un *p value* inférieur ou égal à 0,05. Nous avons calculé les Odds Ratio (OR) pour les « p » significatifs.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

➤ CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Dans un premier temps, nous constatons que l'âge médian de notre étude était de 17,5 ans chez les jeunes femmes ayant consulté pour la première fois en gynécologie. Il peut être corrélé avec l'âge moyen lors du premier rapport sexuel chez les filles en France en 2016 qui est de 17,6 ans relevé par l'INED^(20, 24). On pourrait en déduire que lorsqu'elles commencent leur vie sexuelle, ces jeunes femmes vont consulter un professionnel de santé dans le domaine de la santé génésique.

Dans notre étude 82,2 % des femmes ont consulté pour un motif de routine (contraception, questions, informations, débiter un suivi), 12,4 % pour un motif en urgence (IVG, suite à un accident, suite à un viol) et 3,4 % pour un problème gynécologique (endométriose, kyste, métrorragies). Ces résultats montrent que plus de la majorité des femmes ont consulté pour un motif de routine, et notamment pour une contraception. La contraception est souvent le thème principal de cette première consultation en santé génésique⁽²⁵⁾.

Nos résultats peuvent être comparés à ceux publiés dans un article du *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* en 2011 où, en France, 75 % des femmes en âge de procréer avaient une contraception⁽²⁶⁾. Comme le recommande la HAS, la première consultation en gynécologie doit être dédiée à la contraception, ce qui relève d'un motif de consultation de routine. Lors de cette consultation, le professionnel de santé se doit d'adapter sa prescription à chaque consultante, d'étendre son entretien afin de prendre en compte les déterminants psychologiques, sociologiques et économiques, d'accompagner la femme à réfléchir et à choisir la méthode de contraception qui lui sera le plus adaptée⁽²⁷⁾.

➤ PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONSULTÉS

D'après l'INPES en 2010, 50,8 % des 15-19 ans ainsi que 91,6 % des 20-25 ans ont consulté un professionnel de santé (médecin généraliste et gynécologue) pour une raison contraceptive ou gynécologique⁽¹⁸⁾. Malgré l'ancienneté de ces résultats (ils n'ont pas été actua-

lisés depuis), nous pouvons constater qu'ils concordent avec ceux de notre étude. C'est-à-dire que la consommation de soins en santé génésique des jeunes filles est une consultation de routine. D'après la littérature, le médecin généraliste reste le premier interlocuteur chez les jeunes filles de 15 à 19 ans en matière de gynécologie. Parmi les femmes ayant entre 15 et 30 ans, 79,2 % déclarent avoir consulté dans les douze derniers mois un médecin généraliste et 52,8 % un gynécologue⁽¹⁸⁾. En ce qui concerne notre étude, ce sont les gynécologues qui ont été les plus consultés. En cabinet de ville pour 87,3 %, ainsi qu'au planning familial 61,1 %. Ensuite, ce sont les médecins généralistes qui ont été les plus consultés en ville à 7,7 %. Alors qu'au planning familial ils n'ont été consultés qu'à 7,5 % seulement (vs 19,4 % pour les sages-femmes).

La sage-femme peut, depuis 2009, effectuer le suivi gynécologique de prévention⁽²⁸⁾, ce qui pourrait expliquer un taux de consultation de 4,9 % des sages-femmes en cabinet de ville. Au vu de ce faible pourcentage, nous pourrions penser qu'il s'agit d'une méconnaissance des compétences des sages-femmes dans le suivi gynécologique. Mais les résultats de notre étude ont montré que 67 % des femmes interrogées connaissaient cette possibilité. Il est donc possible qu'au moment où elles ont consulté, les sages-femmes ne détenaient pas encore cette nouvelle compétence. Nos résultats peuvent être corrélés à une étude parue dans *Vocation Sage-femme* en juillet 2017 qui constate que, sur 73 % des femmes ayant un suivi gynécologique, seules 4 % se font suivre par une sage-femme⁽²⁹⁾.

■ La satisfaction globale

En ce qui concerne la satisfaction globale de la population étudiée, nous avons pu noter que cette dernière était satisfaite à 78,6 % lors de leur première consultation en gynécologie. L'âge des patientes lors de cette première prise de contact n'avait pas d'influence sur les causes de leur satisfaction globale ($p = 0,443$). Les déterminants de leur satisfaction reposaient souvent sur l'utilisation de la méthode BERCER. En effet, l'accueil favorable du professionnel de santé, le fait qu'il mette la patiente à l'aise lors de l'interrogatoire et l'examen clinique, qu'il ait répondu à toutes ses questions, et qu'il se soit assuré de la

compréhension lors de la délivrance de toutes ses informations pendant la consultation, ainsi qu'une attitude chaleureuse de sa part, participaient à favoriser la satisfaction des patientes.

Nous pouvons à nouveau mettre en corrélation le résultat de notre étude avec celui paru dans *Vocation Sage-femme* en juillet 2017, qui affirme que la plupart des femmes déclarent être satisfaites du professionnel de santé qui les suit sur le plan gynécologique⁽²⁹⁾. Il convient de noter que cette étude récente portait sur le suivi gynécologique des femmes et non sur la première consultation en santé génésique. Elle ne comportait aucune limite d'âge et ciblait seulement deux départements : le Rhône et l'Isère. En outre, certaines étapes recommandées par la méthode BERCER n'étaient pas un déterminant de la satisfaction chez la moitié des patientes : l'information portant sur le déroulement de la consultation, sur les modalités de suivi de prévention en santé génésique ainsi que sur le choix de la méthode de contraception. À l'inverse, ces trois étapes de la méthode BERCER sont des causes de mécontentement et d'enchantement. Nous avons pu constater que lorsque les femmes étaient mécontentes, pour 84,8 % d'entre elles le professionnel de santé ne leur avait pas présenté le déroulement de la consultation. Alors que parmi les femmes qui ont été enchantées, 90,7 % ont reçu une présentation du déroulement de la consultation par le soignant.

Nous pouvons en conclure que la présentation du déroulement de cette première consultation avait une influence sur leur mécontentement et l'enchantement des patientes (c'est-à-dire dans les cas extrêmes), soit 21,4 % de la population interrogée. Il en est de même pour ce qui est des informations sur les modalités du suivi et la prévention en santé gynécologique. Dans le groupe de patientes mécontentes, 82,6 % n'ont pas reçu d'explications, d'informations par le professionnel de santé, alors que 89,3 % ont été enchantées d'avoir été informées lors de leur consultation. Comme vu précédemment, bien que ces déterminants n'avaient pas eu d'influence sur la satisfaction des patientes à proprement dit, leur absence engendre un mécontentement et leur présence entraîne un enchantement.

Ces résultats ont montré que toutes les étapes de la méthode BERCER étaient importantes dans la pratique des professionnels de santé, car elles entraînaient de l'enchantement et du mécontentement et influençaient sur le vécu très positif d'une consultation (enchantement) ou sur le vécu très négatif (mécontentement). Enfin, nous avons pu constater que, parmi les patientes satisfaites, seule 1 patiente sur 2 avait eu le choix dans sa méthode de contraception.

Le fait que leur contraception leur ait été imposée ne les a pas empêchées d'être satisfaites de leur consultation et n'a pas joué de rôle dans leur satisfaction. Alors que pour les patientes qui se sont dites mécontentes, 79,3 % ont eu une contraception imposée par le praticien et parmi les femmes enchantées 84,2 % ont eu le choix.

Une fois de plus, il existe une grande différence dans ces deux groupes de consultantes. Il est de plus en plus d'actualité d'évaluer la satisfaction des patients par le biais de questionnaires en ligne ou sous format papier. La HAS pilote par le biais du dispositif *e-Statist* depuis janvier 2015 la mesure de satisfaction des patients au niveau national, afin d'évaluer certains établissements ainsi que certains services^(30, 31). Mais pour notre étude, nous n'avons pas pu corréler nos résultats car aucune étude sur la satisfaction des patientes lors de leur première consultation en gynécologie n'existe à ce jour.

En ce qui concerne la pratique d'un examen clinique lors de cette première consultation, nous avons pu constater qu'il a été pratiqué sur 70,8 % des femmes ayant répondu à notre questionnaire. La HAS recommande qu'il ne soit pas pratiqué lors d'une première prise de contact afin que celle-ci soit exclusivement dédiée à la mise en place d'une contraception adaptée à la femme^(11, 14), ce qui montre un non-respect des recommandations en ce qui concerne la santé génésique des femmes.

Nos résultats ont montré que, parmi les patientes qui se déclarent globalement satisfaites de leur consultation, 68,9 % ont eu un examen clinique. Il n'influencerait donc pas « négativement » la satisfaction. Par contre, il entraînerait un mécontentement (82,1 %) et un enchantement (65,3 %). Nous pouvons conclure que pour une

grande majorité des patientes, il est satisfaisant que le professionnel de santé ait eu recours à un examen clinique. Nous pouvons supposer que ce dernier pourrait être rassurant pour la plupart des femmes car il serait inscrit dans leurs mœurs et il leur permettrait de vérifier qu'elles n'ont aucun problème de santé.

Enfin, nous avons voulu sonder les répondantes afin de savoir si, suite à cette première expérience, elles avaient gardé le même professionnel de santé. En ce qui concerne les patientes satisfaites, 57,4 % ont à nouveau consulté chez ce même praticien (vs 42,6 %). Il aurait été intéressant de leur demander la cause afin de comprendre les déterminants de ces résultats. Nous avons supposé que si elles étaient satisfaites, elles garderaient le même praticien. Nous avons été étonnées par ce résultat. Néanmoins, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un changement de consultant chez une patiente satisfaite pourrait être dû à un arrêt d'activité par celui-ci ou à un démenagement de la patiente. En revanche, pour les patientes mécontentes, 79,9 % ont changé de professionnel de santé. 84,0 % des patientes enchantées ont gardé le même praticien. Ce qui va dans le sens de notre supposition.

En ce qui concerne la principale cause de satisfaction des répondantes (58,2 %), elle était due au professionnel de santé. En effet, dans notre étude, les facteurs émanant du professionnel de santé et ayant influencé la satisfaction étaient les suivants : accueil chaleureux, professionnel à l'écoute, attitude positive et chaleureuse et le respect. Leurs absences ont montré un mécontentement des patientes à 49,8 % : accueil fermé, froid, jugement, hostilité et mépris.

Au vu des résultats de notre étude, nous pouvons conclure que les professionnels de santé (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, infirmières) ont un rôle primordial dans le bon déroulement de cette consultation. Il est important que ces derniers adoptent un accueil favorable, ainsi qu'une attitude chaleureuse et permissive afin que les patientes soient satisfaites ou même enchantées lors de leur première consultation en santé génésique afin de les familiariser et, *a fortiori*, de mettre en place avec leur collaboration, leur suivi gynécologique de prévention.

Lors de la question portant sur la « *présentation du déroulement de la consultation* » ainsi que les « *renseignements sur les modalités de suivi données aux femmes* », nous avons pu constater que seulement 46,1 % des praticiens avaient présenté le déroulement de la consultation à la patiente (vs 53,9 %) et que 46,9 % avaient renseigné sur les modalités de suivi, et sur la santé gynécologique des femmes (vs 53,1 %). Cela ne respecte pas l'utilisation de la méthode BERCER et cela ne permet pas une prévention dans la santé gynécologique des femmes. Lorsque nous comparons les différents professionnels de santé étudiés, 79,5 % des sages-femmes, 54,2 % des médecins généralistes et 44,1 % des gynécologues consultés ont renseigné sur la santé génésique ainsi que sur les modalités de suivi des femmes.

Nous pensons que les patientes les plus jeunes auraient reçu un meilleur accueil lors de leur consultation, et nous avons émis l'hypothèse que les professionnels de santé auraient une approche bienveillante plus développée avec celles-ci plutôt qu'avec les patientes âgées de 18 ans à 25 ans. Nous sommes donc étonnées de ces résultats. Néanmoins, ils pourraient s'expliquer par le jeune âge des consultantes et donc une approche plus difficile par le professionnel de santé face à une jeune adolescente. De plus, en ce qui concerne l'attitude des praticiens à l'égard de ces jeunes femmes, nous avons pu noter que parmi le total des professionnels de santé ayant eu une attitude chaleureuse, 51,7 % des patientes avaient entre 10 et 17 ans et 48,3 % avaient entre 18 et 25 ans. Donc les mineures et les majeures ont été reçues par une attitude chaleureuse à parts égales. Mais nous avons pu constater que les praticiens avaient eu une attitude hostile à 57,8 % chez les 10-17 ans vs 42,2 % chez les 18-25 ans, ce qui pourrait confirmer notre hypothèse de la difficulté des professionnels de santé à aborder le sujet de santé sexuelle chez les jeunes adolescentes mineures. Ces résultats sont « regrettables » car ils pourraient engendrer un mécontentement chez ces patientes vulnérables et par la suite un refus de suivi en santé gynécologique.

En ce qui concerne la présentation du déroulement de la consultation ainsi que les renseignements sur les modalités de

suivi fournis aux femmes, nous avons pu voir que seulement 46,5 % des praticiens avaient respecté ces deux étapes (vs 53,5 % ne les avaient pas respectées). Nous avons constaté une hétérogénéité entre les professionnels de santé car 80,8 % des sages-femmes, 48,6 % des médecins généralistes et 43,7 % des gynécologues ont présenté le déroulement de la consultation. 79,5 % des sages-femmes, 54,2 % des médecins généralistes et 44,1 % des gynécologues ont renseigné les patientes sur leur santé génésique et les modalités de suivi dans le domaine de la gynécologie.

Ces deux étapes de la méthode BERCER n'ont pas été suivies par tous les professionnels de santé. Nous avons demandé aux patientes lors de leur interrogatoire de noter sur une échelle de 1 à 4 leur degré d'aise (1 étant le moins à l'aise et 4 le plus à l'aise). Nous avons comparé les résultats en fonction de l'âge afin de voir s'il existait une différence entre les personnes mineures et les personnes majeures. Si on additionnait les deux dernières échelles (3 et 4 de Likert), c'est-à-dire là où les patientes se disaient « *à l'aise* » et le « *plus à l'aise* », parmi les mineures, seulement 44,9 % étaient à l'aise vs 55,4 % des jeunes femmes majeures. À l'inverse, si on additionnait les deux premières échelles (1 et 2 de Likert), là où les patientes se sentaient le moins à l'aise, on retrouvait 55,1 % des patientes de 10 à 17 ans vs 44,6 % des 18-25 ans. Cela peut s'expliquer avec l'âge de la puberté et la découverte des jeunes femmes de leur nouveau corps et donc une moins bonne prise en charge face à leur corps qui est en cours d'évolution⁽³²⁾. Il serait donc important, au vu de ce résultat, de mettre encore plus les patientes mineures en confiance, de tout faire pour qu'elles soient le plus à l'aise possible lorsqu'elles prennent contact pour la première fois en santé génésique.

Enfin, nous avons voulu évaluer s'il existait une disparité entre les professionnels de santé consultés sur le fait d'avoir mis à l'aise leurs patientes lors de cette première consultation et plus précisément lors de leur interrogatoire. Au total, le gynécologue a été consulté à 86,7 %. Les femmes se sont senties à l'aise lors de cet interrogatoire pour 45,8 % et ne se sont pas senties à l'aise pour 54,2 %. Pour les 7,7 % de patientes qui ont consulté un médecin généraliste, 66,4 % étaient à

l'aise vs 33,6 % ne l'étaient pas. Enfin, les sages-femmes ont été consultées pour 5,6 %, les patientes étaient à l'aise pour 89,7 % d'entre elles vs 10,3 %.

▪ La pratique d'un examen clinique

Sur 1 398 patientes, nous avons pu constater que 70,8 % ayant consulté pour la première fois en gynécologie ont reçu un examen clinique. Nous supposons que la pratique de cet examen clinique a été influencée par l'âge du premier rapport sexuel chez la jeune femme et qu'il y aurait plus d'examen clinique pratiqué chez les jeunes de 18 à 25 ans, notamment chez les femmes de 25 ans car c'est à partir de cet âge que la HAS recommande la pratique d'un FCU ayant eu une activité sexuelle⁽⁵⁾.

Les résultats de notre étude ont montré qu'il y a eu plus d'examens cliniques (51,7 %) chez les jeunes femmes de 10 à 17 ans que chez les 18 à 25 ans (48,3 %) : $p = 0,015$, OR : 0,75 IC : [0,59 ; 0,95]. Mais la tranche d'âge [10 ans ; 17 ans] comprend l'âge ayant le plus grand effectif lors de cette première consultation. Nous avons comparé les trois praticiens les plus consultés lors de notre étude, que ce soit en ville ou au planning familial.

Parmi les femmes qui ont consulté un gynécologue et qui ont eu un examen clinique, 55,3 % ont été mal à l'aise alors que seulement 44,7 % étaient à l'aise. Parmi celles qui ont consulté un médecin généraliste, 38 % n'étaient pas à l'aise (vs 62 %). Enfin, parmi les patientes qui ont consulté une sage-femme, 14 % étaient mal à l'aise (vs 86 %). Ainsi, les patientes qui se sont senties le plus à l'aise lors de leur examen clinique sont celles qui ont consulté un médecin généraliste ou une sage-femme.

Nous avons pu noter que lors de la pratique de cet examen clinique, les 10-17 ans et les 18-25 ans étaient à proportion presque égales, elles étaient autant à l'aise que mal à l'aise. En effet, pour les mineures, 58,6 % n'étaient pas à l'aise vs 46,5 % pour les 18-25 ans. Et donc *a fortiori* les majeures étaient plus à l'aise 53,5 % que les mineures 41,4 %. $p = 0,001$. Cela peut s'expliquer une fois de plus, par les modifications corporelles qu'engendre la puberté, où les femmes en devenir peuvent se sentir en déséquilibre, car un corps de femme apparaît et celui de jeune fille disparaît.

Ce sentiment de ne pas être à l'aise lors de l'examen clinique gynécologique peut venir de la patiente, de son ressenti⁽³²⁾.

Mais, nous l'avons vu dans notre étude, la principale cause de mécontentement est due au professionnel de santé consulté. De plus, les termes les plus cités étaient entre autres : froideur, absence d'écoute, expéditif, méprisant, brutal, jugement. Au vu de ces termes mentionnés par les femmes quel que soit leur âge, il serait essentiel que les praticiens tiennent compte, lors de cette première consultation, de la personnalité et du ressenti de la patiente et qu'ils prennent soin d'adapter en conséquence leur examen clinique et leur comportement à chaque patiente. D'autant plus, comme nous avons pu le constater dans notre étude, que presque une femme sur deux (quel que soit leur âge) n'est pas à l'aise lors de l'examen clinique.

Lors de la pratique de cet examen clinique, nous avons pu relever son contenu et nous avons retrouvé différents actes. Sur un total de 280 FCU effectués, 89,3 % ont été faits par les gynécologues, 5,7 % par les médecins généralistes, 5 % par les sages-femmes, sachant que notre population d'étude est les jeunes femmes ayant déjà effectué leur première consultation en gynécologie. De plus, dans notre étude, nous avons seulement recensé 6 femmes de 25 ans ayant consulté pour la première fois en gynécologie. Sur ces 6 patientes, 5 ont reçu un FCU de dépistage. Donc, les 275 FCU restants ont été pratiqués sur des patientes de moins de 25 ans. Ils ont donc été effectués en dehors des recommandations de la HAS.

Enfin, nous avons voulu nous pencher sur la pratique des professionnels de santé. Sur 43 examens cliniques effectués par les sages-femmes : 14 FCU ont été pratiqués soit 32,6 % et 50 examens cliniques pratiqués par les médecins généralistes : 16 FCU ont été prélevés soit 32 %. Enfin, sur 890 examens cliniques pratiqués par les gynécologues, 250 FCU ont été effectués soit 28,1 %. Il n'y a pas de différence significative lors de la pratique des FCU par ces professionnels de santé. $p = 0,822$.

▪ La contraception

Nous avons souhaité évaluer l'application des recommandations de la HAS en ce qui concerne le choix dans la méthode de contraception à travers

l'application de la méthode BERGER. Sur le total de femmes qui ont consulté pour une contraception, seulement 51,1 % des patientes ont pu choisir leur méthode de contraception. Presque la moitié des patientes se sont vues imposer une contraception.

Si nous comparons nos résultats avec ceux de l'étude portant sur une enquête prospective multicentrique menée en 2006 dans des centres et cabinets de gynécologie en Ile-de-France, il a été relevé que pour 60,4 % des femmes, leur mode de contraception avait été un choix personnel et que seulement 28,3 % des patientes se sont vues imposer le type de contraceptif par le médecin⁽³³⁾.

Les résultats de leur étude montrent que les femmes avaient eu plus le choix dans leur méthode de contraception, alors que nos résultats montrent l'inverse, c'est-à-dire que les femmes se sont vues imposer une méthode de contraception par le praticien.

Sur le total de sages-femmes consultées, 87,9 % ont laissé le choix aux patientes dans leur méthode de contraception, ainsi que 66,7 % des médecins généralistes et 47,3 % les gynécologues.

Concernant les explications sur la méthode de contraception, les résultats montrent que les sages-femmes le font régulièrement, avec 91,4 % ainsi que pour 86,2 % des médecins généralistes et 65,1 % des gynécologues. On constate de nouveau une hétérogénéité de prise en charge par les professionnels de santé.

Nous avons pu constater que le choix dans la méthode pouvait dépendre de l'âge de la patiente. Parmi les 10-17 ans, la méthode de contraception a été imposée pour 53,3 % d'entre elles vs 42,8 % chez les 18-25 ans. $p < 0,001$ OR : 0,66 IC : [0,51 ; 0,84]. Donc, la méthode de contraception serait plus imposée chez les jeunes filles mineures.

En avril 2013, la HAS a effectué un état des lieux des pratiques et des freins en matière de contraception. Au vu de cet état des lieux, nous pouvons émettre la supposition que certains praticiens ont imposé une méthode de contraception car ils avaient des freins : « *non-reconnaissance sociale de la sexualité des adolescents* », « *préjugés sur la fréquence des rapports sexuels* ». De plus, il existe encore beaucoup de freins, de croyances erronées concernant la pose du DIU/

SIU, chez la nullipare par exemple, et donc des méconnaissances sur les types de méthode contraceptive⁽³⁴⁾, ce qui peut entraîner une prescription systématique de contraception hormonale orale chez les patientes jeunes et *a fortiori* imposer un type de contraception.

CONCLUSION

Il s'agit de la première étude française qui étudie la satisfaction des jeunes femmes âgées de 18 ans à 25 ans lors de leur premier contact dans le monde de la gynécologie. Elle nous a permis de conclure que, pour la grande majorité, 78,6 % des personnes ayant répondu à notre questionnaire en ligne, étaient satisfaites de leur première consultation, ce qui a confirmé notre première hypothèse; et qu'elles l'étaient d'autant plus si l'utilisation de la méthode BERCER était respectée par les différents professionnels de santé. $p < 0,001$.

Parmi les trois causes de satisfaction et de mécontentement les plus citées, nous avons pu identifier que la principale cause était identique dans les deux groupes. Pour 58,2 % des patientes, leur satisfaction était due au professionnel de santé, ainsi que pour 49,8 % des patientes ayant cité leur principale cause de mécontentement. $p < 0,001$.

Enfin, nous avons pu constater que l'utilisation de la méthode BERCER n'était pas systématique, dans ce cas-là nous avons répertorié un mécontentement plus important chez certaines répondantes, et à l'inverse, lorsque les six étapes de la méthode étaient respectées, les patientes se disaient enchantées par leur consultation. Nous avons pu constater l'existence d'une hétérogénéité lors de l'utilisation de cette méthode par les praticiens, et donc une différence de prise en charge. Ce qui confirme notre troisième hypothèse. En effet, lors de l'évaluation de la première étape de la méthode, 94,9 % des patientes ayant consulté une sage-femme ainsi que 88,8 % ayant consulté un médecin généraliste déclarent avoir reçu un accueil favorable et 61,4 % le déclarent lorsqu'elles ont consulté un gynécologue. $p < 0,001$. De plus, 79,5 % des sages-femmes, 54,2 % des médecins généralistes et 44,1 % des gynécologues ont renseigné les patientes sur la santé gynécologique des femmes et sur les modalités de suivi. •

BIBLIOGRAPHIE

- GARDASIL 9 - *MesVaccins.net* [Internet]. [cité 24 fév 2018]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
- CERVARIX - *MesVaccins.net* [Internet]. [cité 24 fév 2018]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/44-cervarix>
- Prévention lésions cancéreuses col de l'utérus* [Internet]. [cité 22 janv 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1136.pdf>
- Canlorbe G, Renevier B. *Gynécologie et obstétrique : programme intégral DCEM-ECN en dossiers : 26 cas cliniques couvrant tous les items...* Milon-la-Chapelle : S-editions; 2010.
- Haute Autorité de Santé - *Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistageorganise-au-niveau-national
- ameli.fr - *Le dépistage du cancer du col de l'utérus* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-8217-uterus.php>
- Body G, Marès P, Darai E, Luton D. *Gynécologie, obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2015.
- Amsellem-Mainguy Y. *Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé*. Summary. Santé Publique. 23 juin 2011; 23 (2) : 77-87.
- www.unitheque.com. *Guide de l'examen clinique* [Internet]. [cité 24 fév 2018]. Disponible sur : https://www.unitheque.com/Livre/arnette/Guide_de_l_examen_clinique-71832.html
- Haute Autorité de Santé - *Contraception chez l'adolescente* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-ladolescente?xtmc=&xtcr=18
- INPES - *Comment aider une femme à choisir sa contraception* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
- INPES - *Conférence de presse - Mise en œuvre de la politique sur la contraception 15 mai 2013* [Internet]. [cité 15 janv. 2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130515.pdf>
- Serfaty D. *Contraception des adolescentes*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris-5frdatatraitessgy00-44642> [Internet]. 3 mai 2009 [cité 24 fév. 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/202847/resultatrecherche/17>
- Méthode BERCER - INPES [Internet]. [cité 30 janv. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
- Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
- Motet FB et L. *Gynécologie : qui fait quoi ? Le Monde.fr* [Internet]. 27 déc 2017 [cité 21 janv. 2018]; Disponible sur : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html
- Suivi gynécologique et contraception* [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sagefemme/competences/suivi-gynecologique-et-contraception/>
- Sante-consommation-soins-15-30-ans.pdf [Internet]. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-santejeunes/pdf/Sante-consommation-soins-15-30-ans.pdf>
- Code pénal - Article 227-25. Code pénal.
- L'âge au premier rapport sexuel* [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/lage-au-premier-rapport-sexuel/>
- strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2017]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- Larousse É. *Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingue en ligne* [Internet]. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.
- La consultation en gynécologie* [Internet]. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1400.pdf>
- La santé des étudiants en France - 4^e enquête nationale* [Internet]. [cité 5 fév. 2018]. Disponible sur : <https://www.lmde.fr/documents/20184/1997318/ense-4.pdf/5affe802-08a2-429d-8b60-044c3302419e>
- Amsellem-Mainguy Y. *Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives*. Rev Polit Soc Fam. 2010; 100 (1) : 104-9.
- Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Bufferet N. *Nouveautés en contraception*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris5frdatarevues-03682315v41i2S0368231511002717> [Internet]. 31 mars 2012 [cité 24 fév. 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univparis5.fr/article/703514/resultatrecherche/3>
- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - ANAES 2004* [Internet]. [cité 5 fév. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
- Delepauc, Menecier P, Balsan M, Fernandez L. *Représentations et connaissances des patientes sur le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris5frdatarevues16340760v16i127S1634076017300872> [Internet]. 21 juil. 2017 [cité 24 fév 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1129292/resultatrecherche/6>
- Satisfaction des patients - APHP* [Internet]. [cité 23 fév 2018]. Disponible sur : <https://www.aphp.fr/satisfaction-des-patients>
- Haute Autorité de Santé - *IQSS 2018 - e-Satis : mesure de la satisfaction des patients hospitalisés* [Internet]. [cité 23 fév. 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030354/fr/iqss-2018-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises
- Socchi P. *Attentes des adolescentes vis-à-vis de leur première consultation gynécologique de contraception*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris5frdatarevues16340760v16i124S1634076016301603> [Internet]. 14 janv. 2017 [cité 24 fév 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1101798/resultatrecherche/2>
- Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes* [Internet]. [cité 13 fév 2018]. Disponible sur : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12452.pdf>
- État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée* [Internet]. [cité 13 fév 2018]. Disponible sur : https://webzine.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
- Facebook et les jeunes en France* | Injep [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.injep.fr/article/facebook-et-les-jeunes-en-france-1938.html>
- Étude Ipsos : *les jeunes, Internet et les réseaux sociaux* [Internet]. Blog du Modérateur. 2015 [cité 19 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.blogdumoderateur.com/etude-ipsos-junior-connect-2015/>