



HAL
open science

**Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs
et la reproduction : étude transversale multicentrique
réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant
dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de
la Réunion**

Léa Kojchen

► **To cite this version:**

Léa Kojchen. Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la reproduction : étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01229816

HAL Id: dumas-01229816

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01229816>

Submitted on 17 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par :

KOJCHEN Léa, Bertille

Née le 26 mai 1984 à Saint Germain en Laye

le Lundi 28 septembre 2015

Titre

**Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la
reproduction :**

étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes
consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion

Directeurs de thèse
Docteur NICOLET Guillaume
Docteur GAILLARD Patrick

Jury

M. le Professeur BOUKERROU Malik, PU-PH.....*Président*
M. le Professeur HOROVITZ Jacques, PU-PH.....*Rapporteur*
M. le Professeur DUBUS Pierre, PU-PH.....*Assesseur*
M. le Docteur FRANCO Jean-Marc, MCA.....*Assesseur*
M. le Docteur GAILLARD Patrick, MCA.....*Directeur de thèse*
M. le Docteur NICOLET Guillaume, PH.....*Directeur de thèse*
M. le Docteur BERTRAND Eric, médecin généraliste.....*Assesseur*

REMERCIEMENTS

A l'ensemble des membres du jury,

Monsieur le Professeur BOUKERROU Malik,

A qui j'exprime toute ma gratitude pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir accueillie comme interne dans votre service. J'ai apprécié votre sens clinique et la grande qualité de votre expérience et de votre enseignement. Je vous remercie pour votre disponibilité.

Monsieur le Professeur HOROVITZ Jacques,

Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté d'être le critique de mon travail. J'ai pu apprécier pendant mes études la grande qualité de vos enseignements. Je vous remercie pour votre disponibilité. Soyez assuré de ma plus sincère gratitude et de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur DUBUS Pierre,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je vous remercie de me consacrer un peu de votre temps si précieux.

Monsieur le Docteur FRANCO Jean-Marc,

J'ai pu apprécier pendant mon internat la grande qualité de vos enseignements. Vous m'avez été d'une aide précieuse lors de la composition du jury, encore une fois je vous en remercie.

Monsieur le Docteur Gaillard Patrick,

Merci pour vos conseils avisés et votre soutien tout au long de ce travail.

Monsieur le Docteur NICOLET Guillaume,

Je vous remercie pour vos encouragements tout au long de ce travail. Je suis heureuse que vous m'ayez proposé ce sujet. Vous avez su me guider dans les moments où j'en avais besoin.

Merci pour la confiance que vous m'avez accordée.

Monsieur le Docteur BERTRAND Eric,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Votre sens clinique me guide encore chaque jour dans ma pratique professionnelle quotidienne.

A l'ensemble des personnes qui m'ont aidée tout au long de ce travail,

A Monsieur le Docteur CARTOUX Michel du DIM de l'hôpital de Saint Paul, vous m'avez été d'une aide précieuse lors de la réalisation des statistiques. Encore merci.

A l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU de Saint Denis, merci pour votre aide au moment de la conception du questionnaire.

Merci aux Dr THORE Emmanuelle et Dr FAUX Amandine qui ont aimablement accepté que le questionnaire soit distribué dans leurs services.

Enfin, un grand merci aux secrétaires des services qui ont distribué les questionnaires.

A ma famille et mes amis,

A mon père Claude, tu as toujours été là et as su trouver les mots à chaque fois que je perdais confiance. Tu as toujours cru en moi.

Merci pour ton amour et ton soutien.

A mon frère Benjamin et ma sœur Lucile.

Merci mon petit Ben pour ton aide tout au long de ce travail, tu iras loin. Je suis sûre que tu l'auras un jour ton hélicoptère.

Merci Poussinette d'avoir toujours été à l'écoute dans les bons comme les mauvais moments. Je te souhaite une vie pleine de bonheur avec ton Doudou.

Je suis très fière de vous.

A Xavier, mon amour, ton calme et ta sérénité ont été une bouffée d'oxygène durant cette année. Tes conseils avisés (surtout en orthographe !) m'ont été très utiles tout au long de ce travail. Merci pour ta patience et pour toutes tes attentions quotidiennes.

A ma mère Martine, qui me manque.

A ma grand-mère Sarah, mon pilier et ma boussole. Ta tendresse et ton humour après toutes les épreuves que tu as traversées font de toi une personne exceptionnelle et un modèle pour moi chaque jour.

A mes oncles et tantes et mes cousins qui sont loin et dont j'aurais aimé la présence aujourd'hui.

Au noyau dur de Bordeaux, Steph, Dédé, Jojo et Chouchou, sans vous mes années d'études auraient été bien mornes et surtout je n'en serais peut-être pas là aujourd'hui.

Vous faites partie de ma famille. Force et honneur !!

A Birguitte qui me supporte et m'a supportée en tant que co-interne et amie, bravo !

A Aurélie, merci pour tes messages de soutien et ton rire joyeux et franc.

A ma Coco, ma confidente et amie pendant ces longues années d'internat.

A Ben Force tranquille mon super colocataire et véritable ami sur qui je sais que je pourrai toujours compter. A Adri et Davidou, vivement qu'on fête ça ensemble.

A ma petite Maï trop loin et à qui je pense très souvent, ton humour me manque.

A Alex et Roni, les supers profs enthousiastes et amis qui m'ont fourni les cours de SVT.

A ceux qui sont trop loin et qui me manquent : Oriane, Pierrot, Beni.

Et puis à Omer qui m'a soutenue à sa façon pendant la rédaction de ce travail!

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DIU : Dispositif Intra-utérin

DOM : Département Outre Mer

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

Etude FECOND : Fécondité-Contraception-Dysfonction sexuelles

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KABP : Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Organisation Régionale de la Santé

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

SVT : Science et Vie de la Terre

TOM : Territoire d'outre-mer

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION | 11 |
| II. CONTEXTE ACTUEL ET HISTOIRE DES IVG ET DE L'ÉDUCATION SEXUELLE EN FRANCE ET À LA RÉUNION | 12 |
| A. Contexte en France | 12 |
| 1. Les chiffres d'IVG en France et en Europe | 12 |
| 2. Pourquoi le taux d'IVG ne baisse-t-il pas en France? | 12 |
| B. Contexte à la Réunion | 14 |
| 1. Les chiffres d'IVG à la Réunion | 14 |
| 2. Histoire de la réunion, culture et médecine | 15 |
| C. L'éducation sexuelle en France | 18 |
| 1. L'histoire de l'éducation sexuelle en France..... | 18 |
| 2. Place de l'éducation sexuelle dans les pays d'Europe et aux Etats Unis. | 20 |
| D. Qui fait l'éducation sexuelle des femmes en France et à la Réunion ? | 20 |
| 1. L'école | 21 |
| 2. Les parents..... | 22 |
| 3. Les médias | 22 |
| 4. Les amis | 23 |
| 5. Le médecin, l'infirmière scolaire..... | 23 |
| III. MATÉRIEL ET MÉTHODE | 25 |
| A. Type d'étude | 25 |
| B. Population étudiée | 25 |
| 1. Population cible | 25 |
| 2. Population source..... | 25 |
| 3. Les critères d'exclusion | 25 |
| C. Le questionnaire (Annexe n°3) | 25 |
| D. Le déroulement de l'étude | 26 |
| E. Recueil de données et exploitation des résultats | 27 |
| IV. RÉSULTATS | 28 |
| A. L'échantillon | 28 |
| 1. Constitution de l'échantillon | 28 |
| 2. Comparaison entre les femmes ayant accouché et les femmes venues au service d'IVG du Centre Hospitalier Sud de la Réunion pendant la période de l'étude | 29 |
| B. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon | 30 |
| 1. Age | 30 |
| 2. Situation familiale | 30 |
| 3. Niveau d'études | 31 |
| 4. Situation professionnelle | 31 |
| 5. Origine ethnique..... | 32 |
| 6. Confession religieuse | 32 |
| 7. Antécédents gynécologiques et obstétriques | 33 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| C. | Difficultés à parler de sexualité..... | 36 |
| D. | les connaissances sur les organes reproducteurs, la reproduction et la contraception..... | 38 |
| 1. | Questions d’anatomie..... | 38 |
| 2. | Questions de physiologie..... | 38 |
| 3. | Questions sur les croyances..... | 39 |
| 4. | La totalité du questionnaire..... | 40 |
| E. | Exploitation des résultats : questions sur les connaissances | 42 |
| 1. | Lien entre les résultats des patientes et leur âge | 42 |
| 2. | Lien entre les résultats des patientes et leur situation de couple | 43 |
| 3. | Lien entre les résultats des patientes et leur niveau d’études | 44 |
| 4. | Lien entre les résultats des patientes et leur situation professionnelle | 44 |
| 5. | Lien entre les résultats des patientes et leurs antécédents gynéco-obstétriques | 45 |
| 6. | Lien entre les résultats des patientes et leurs origines ethniques. | 45 |
| 7. | Lien entre les résultats des patientes et leurs croyances religieuses | 46 |
| 8. | Lien entre les résultats et les difficultés à parler de sexualité..... | 46 |
| F. | Autoévaluation des patientes | 47 |
| G. | Premiers interlocuteurs sur la reproduction..... | 48 |
| H. | Premiers interlocuteurs sur la contraception | 48 |
| I. | Sources d’information que les patientes pensent utiliser une fois le questionnaire rempli..... | 49 |
| J. | Ce que pensent les patientes de ce questionnaire | 49 |
| V. | DISCUSSION | 50 |
| A. | Critique de l’étude | 50 |
| 1. | Les points forts de l’étude | 50 |
| 2. | Les faiblesses de cette étude..... | 50 |
| 3. | Les biais..... | 51 |
| B. | Caractéristiques sociodémographiques de l’échantillon | 51 |
| 1. | L’âge (figure 3) | 51 |
| 2. | Les patientes de notre étude : une population différente des femmes venues pour accoucher (figure 4) 52 | 52 |
| 3. | Les patientes de notre étude sont plus souvent célibataires | 53 |
| 4. | Les patientes de notre étude travaillent moins et sont plus en formation (figure 6) | 53 |
| 5. | Les patientes de notre étude font moins d’études supérieures..... | 54 |
| 6. | Antécédents gynécologiques (tableaux 2 et 3)..... | 54 |
| 7. | Confessions religieuses (Tableau 1) | 55 |
| 8. | Origine ethnique (figure 7) | 56 |
| 9. | Conclusion : caractéristiques sociodémographiques de l’échantillon..... | 56 |
| C. | Quelles sont les sources d’information des patientes sur la reproduction et la contraception ? | 57 |
| 1. | Les premières sources d’information sur la reproduction et la contraception (figures 24 et 25)..... | 57 |
| 2. | Sources d’information privilégiées une fois le questionnaire rempli (figure 26). | 58 |
| D. | Les connaissances des patientes | 58 |
| 1. | Connaissances sur l’anatomie des organes du pelvis | 58 |
| 2. | Connaissances sur le fonctionnement physiologique des organes du pelvis | 60 |
| 3. | Les croyances..... | 61 |
| 4. | Conclusion : Les connaissances des patientes de l’étude | 61 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| E. | Caractéristiques sociodémographiques des patientes qui ont moins de bonnes réponses | 63 |
| 1. | Les patientes avec moins de bonnes réponses sont plus jeunes (figure n°15). | 63 |
| 2. | Les patientes avec moins de bonnes réponses ont moins fait d'étude (figure 18) | 63 |
| 3. | Les patientes avec moins de bonnes réponses sont plus souvent célibataires (figures 16 et 17). | 64 |
| 4. | Les patientes avec moins de bonnes réponses sont plus souvent sans emploi ou en formation (figure 19) | 64 |
| 5. | Les femmes qui ont déjà fait des IVG et ont déjà des enfants n'ont pas plus de bonnes réponses | 64 |
| 6. | Les patientes non croyantes ont plus de bons résultats (figure 21) | 65 |
| 7. | Les résultats différents selon les origines ethniques des patientes (figure 20) | 65 |
| 8. | Les difficultés à parler de sexualité n'influent pas sur le nombre de bonnes réponses | 65 |
| 9. | Conclusion : Les patientes qui ont le moins de bonnes réponses | 66 |
| F. | Problèmes et solutions proposées | 67 |
| 1. | Sur le plan local | 67 |
| 2. | Sur le plan national | 67 |
| VI. | CONCLUSION..... | 69 |
| VII. | BIBLIOGRAPHIE | 70 |
| VIII. | RÉSUMÉ..... | 95 |
| IX. | ABSTRACT | 96 |

TABLE DES ANNEXES

| | |
|---|----|
| ANNEXE N°1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes (Enquête FECOND (2013), INSERB-INED | 73 |
| ANNEXE N°2 : Médecine traditionnelle à La Réunion | 74 |
| ANNEXE N°3 : Le questionnaire et les réponses | 75 |
| ANNEXE N°4 : Tests khi 2 : caractéristiques sociodémographiques liées à l'âge | 84 |
| ANNEXE N°5 : Réponses – Questions 24 à 27 | 86 |
| ANNEXE N°6 : Réponses fausses – Questions 28 à 31 | 87 |
| ANNEXE N°7 : Difficultés à parler de sexualité | 88 |
| ANNEXE N°8 : Intérêt du questionnaire | 90 |
| ANNEXE N°9 : Graphiques des données de l'INSEE | 93 |

TABLE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge (DREES 2010)..... | 13 |
| Figure 2 : Taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans selon les régions en 2012..... | 15 |
| Figure 3 : Comparaison par tranches d'âge des non répondantes par rapport aux répondantes dans le service d'IVG au Centre Hospitalier Sud de la Réunion pendant la période de l'étude..... | 28 |
| Figure 4: Comparaison par tranches d'âge des patientes ayant accouché et des patientes consultant pour une IVG au Centre Hospitalier Sud de la Réunion pendant la période de l'étude..... | 29 |
| Figure 5 : Caractéristiques sociodémographiques - répartition des patientes par tranches d'âge..... | 30 |
| Figure 6 : Caractéristiques sociodémographiques - situation professionnelle..... | 31 |
| Figure 7 : Caractéristiques sociodémographiques - origine ethnique..... | 32 |
| Figure 8 : Antécédents d'IVG en fonction de la situation professionnelle..... | 34 |
| Figure 9 : Antécédents d'IVG en fonction des naissance(s)..... | 34 |
| Figure 10 : Antécédents - âge des premières règles..... | 35 |
| Figure 11 : Antécédents - âge du premier rapport sexuel..... | 35 |
| Figure 12 : Difficultés à parler de sexualité en fonction de l'âge..... | 37 |
| Figure 13 : Nombre de patientes par tranches de bons résultats..... | 41 |
| Figure 14 : Proportion en pourcentage de bonnes et de mauvaises réponses par partie du questionnaire..... | 41 |
| Figure 15 : Tests statistiques - résultats par tranches d'âge..... | 42 |
| Figure 16 : Tests statistiques - résultats par rapport à la situation de couple (1)..... | 43 |
| Figure 17 : Tests statistiques - résultats par rapport à la situation de couple (2)..... | 43 |
| Figure 18 : Tests statistiques - résultats par rapport au niveau d'études..... | 44 |
| Figure 19 : Tests statistiques - résultats par rapport à la situation professionnelle..... | 44 |
| Figure 20 : Tests statistiques - résultats par rapport aux origines ethniques..... | 45 |
| Figure 21 : Tests statistiques - résultats par rapport aux croyances religieuses..... | 46 |
| Figure 22 : Autoévaluation..... | 47 |
| Figure 23 : Tests statistiques - résultats par rapport au sentiment d'avoir suffisamment de connaissances..... | 47 |
| Figure 24 : Premières sources d'information sur la reproduction..... | 48 |
| Figure 25 : Premières sources d'information sur la contraception..... | 48 |
| Figure 26 : Sources d'information que les patientes pensent utiliser une fois le questionnaire rempli..... | 49 |
| Figure 27 : Comparaison des répartitions des IVG par classe d'âge entre les données de notre étude et celles de l'ORS 2012 (ORS La Réunion) (10)..... | 52 |
| Figure 28 : Situation de couple par tranches d'âge..... | 85 |
| Figure 29 : Niveau d'études par tranches d'âge..... | 85 |
| Figure 30 : Situation professionnelle par tranches d'âge..... | 85 |
| Figure 31 : Parité par tranches d'âge..... | 86 |
| Figure 32 : Antécédents d'IVG par tranches d'âge..... | 86 |
| Figure 33 : Pourcentage d'actifs par tranche d'âge à la Réunion en 2012..... | 94 |
| Figure 34 : Situation de couple par tranche d'âge à la Réunion en 2012..... | 94 |

TABLE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques - religion..... | 32 |
| Tableau 2 : Antécédents - parité..... | 33 |
| Tableau 3 : Antécédents - IVG..... | 33 |
| Tableau 4 : Antécédents - contraceptions..... | 36 |
| Tableau 5 : Réponses justes - anatomie (ordre croissant)..... | 38 |
| Tableau 6 : Réponses justes - physiologie 1..... | 38 |
| Tableau 7 : Réponses justes - physiologie 2..... | 39 |
| Tableau 8 : Réponses justes - croyances..... | 39 |
| Tableau 9 : Réponses justes - totalité..... | 40 |
| Tableau 10 : Tableau comparatif entre notre étude et le mémoire – réponses justes au schéma n°16..... | 58 |
| Tableau 11 : Tableau comparatif entre notre étude et le mémoire – réponses justes au schéma n°17..... | 59 |
| Tableau 12 : Tableau comparatif entre notre étude et le mémoire – Fonctionnement des organes reproducteurs..... | 60 |
| Tableau 13 : Réponses – Questions 24 à 27..... | 87 |
| Tableau 14 : Réponses fausses – Questions 28 à 31..... | 88 |

I. INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, nous avons constaté une stagnation du nombre d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) à un nombre moyen de 220 000 par an en France (hors Mayotte).

A la Réunion, d'après les résultats de la DREES (1), en 2012 on a dénombré 4280 IVG (le nombre de naissance en 2012 était de 14 288 dans ce département (2)). Ce chiffre est également stable. Il est néanmoins parmi les plus élevés des départements français et le taux d'IVG chez les mineures est deux fois plus important à La Réunion qu'en France métropolitaine.

L'IVG n'est pas un acte anodin, par le retentissement psychologique qu'il peut engendrer et du fait de ses complications potentielles qui sont rares mais qui peuvent entraîner la mort. Mais au-delà de ces complications, l'IVG reste une solution pour les patientes qui sont confrontées à une grossesse non désirée. Aujourd'hui le défi des pouvoirs publics est de diminuer le nombre de grossesses non désirées.

En France, la prévention des grossesses non désirées passe par l'éducation sexuelle. Celle-ci n'est pas encadrée par un programme comme une discipline classique et les connaissances que les français doivent acquérir ne sont pas évaluées (3).

Or dans l'étude de la DREES de 2007 sur les IVG en France (4), deux femmes sur trois déclaraient que leur grossesse découlait d'un échec de leur contraception par difficultés ou erreur d'utilisation. Dans la même étude les patientes déclaraient aussi qu'elles ne pensaient pas « pouvoir tomber enceinte » (29% d'entre elles).

Nous avons donc débuté ce travail dans le but d'évaluer les connaissances des patientes sur leur appareil reproducteur et la reproduction.

Le premier objectif de cette étude est de déterminer les connaissances des femmes qui se présentent dans un service d'IVG sur l'anatomie et le fonctionnement physiologique de leur appareil reproducteur. Nous nous sommes également intéressés au degré d'implication des croyances réunionnaises sur la contraception.

Après avoir retracé le contexte actuel et l'histoire des IVG et de l'éducation sexuelle en France et à la Réunion, nous présenterons notre étude et nos résultats.

Nous aborderons dans la discussion les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont de moins bonnes réponses aux questionnaires.

Nous essayerons de déterminer les sources d'information de ces patientes sur la reproduction et la contraception.

Enfin, nous tenterons à travers nos résultats de proposer des solutions pour tenter d'améliorer l'acquisition de connaissances autour de la sexualité.

II. CONTEXTE ACTUEL ET HISTOIRE DES IVG ET DE L'EDUCATION SEXUELLE EN FRANCE ET A LA REUNION

A. CONTEXTE EN FRANCE

1. LES CHIFFRES D'IVG EN FRANCE ET EN EUROPE

En 2012 le nombre d'IVG était de 219 156 en France (métropole et DOM TOM) (1) contre 821 047 naissances (5).

Dont environ 207 000 pour la France métropolitaine (1). Le taux d'IVG (nombre d'IVG par âge au moment de l'enquête rapporté au nombre de femmes du même âge exposées au risque) est de 14,5 pour 1000 femmes en France métropolitaine. Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes.

L'indice conjoncturel d'IVG (nombre moyen d'IVG qu'aurait une femme tout au long de sa vie par tranche d'âge) est de 0.52 par femme âgée de 15 à 49 ans en 2012. Celui-ci est stable depuis 2008.

En Europe (6) la majorité des pays autorisent l'avortement au premier trimestre mais il y a une grande disparité selon les pays passé ce terme de la grossesse.

L'Irlande et l'île de Malte sont les deux pays de l'Union européenne à ne pas autoriser légalement l'avortement.

Sur l'île de Malte, l'IVG n'est possible qu'en cas de viol ou de malformation fœtale grave. La patiente risque une peine d'un emprisonnement de 18 mois à 3 ans en cas d'avortement illégal.

En Irlande l'IVG n'est autorisé que depuis 2013 et uniquement s'il y a danger pour la mère ou après évaluation psychiatrique (7).

En Espagne le droit à l'avortement a été récemment menacé. La loi exige aujourd'hui une autorisation parentale pour les mineures.

Dans les pays autorisant les IVG les taux varient de 6.0 à 25.1 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans (6).

2. POURQUOI LE TAUX D'IVG NE BAISSÉ-T-IL PAS EN FRANCE?

L'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) constate que c'est le nombre de recours à l'IVG qui augmente alors que le nombre de grossesses non désirées diminue (passé de 46% en 1975 à 33% en 2000) (8). Le nombre de demandeuses d'IVG est particulièrement plus important chez les femmes jeunes (moins de 25 ans) (8).

En effet, la France est l'un des pays présentant la plus large couverture en contraception médicale dans le monde. D'après l'étude FECOND (Fécondité-contraception-Dysfonction sexuelles) en 2013 seuls, 3% de la population générale féminine concernée par la

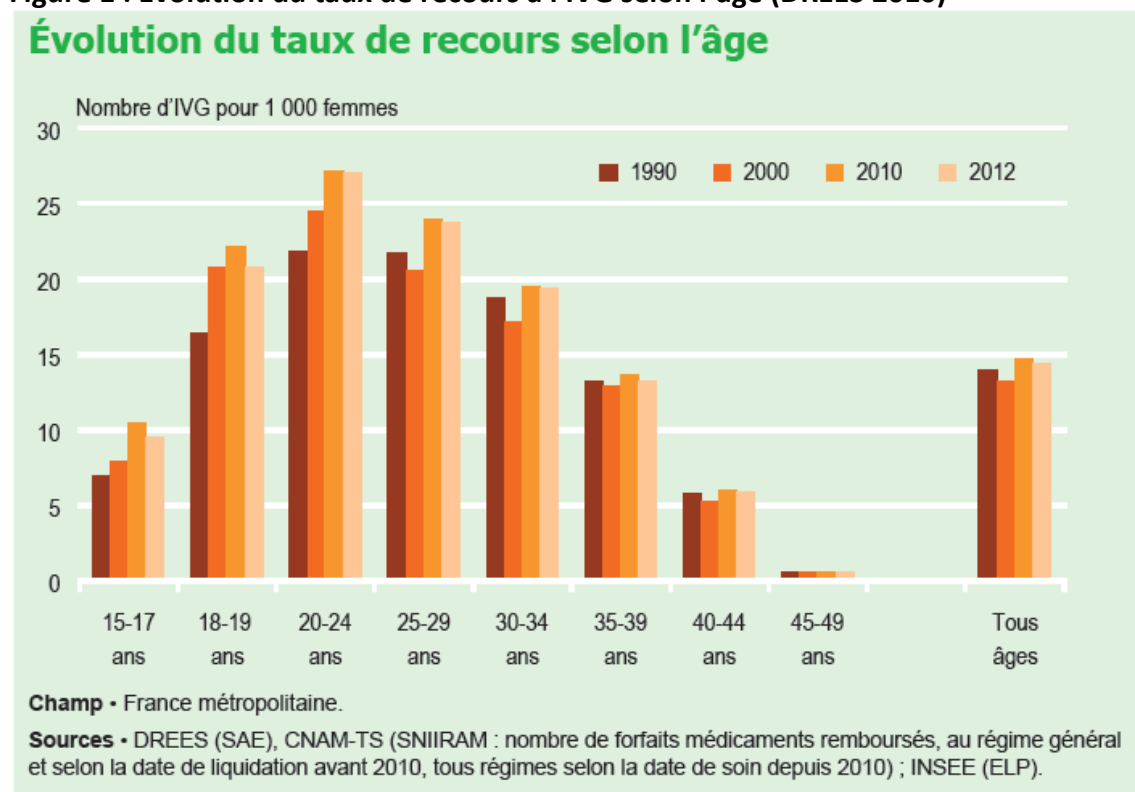
contraception en France métropolitaine en 2010 (ni stérile, ni enceinte et ayant des rapports sexuels hétérosexuels) n'a aucune contraception (9). Ce pourcentage est stable depuis 2010. De plus on remarque une augmentation de la consommation de la pilule du lendemain (1). Cette consommation plus importante de contraception a donc pour conséquences une diminution du nombre de grossesse non désirée.

En revanche, les patientes choisissent plus fréquemment de mettre fin aux grossesses non désirées.

L'INED s'est penchée sur la question et a émis plusieurs hypothèses pour y répondre. L'une d'elle est qu'avec l'essor des contraceptions et des contraceptions d'urgences, les femmes peuvent choisir le moment où elles veulent tomber enceinte. On parle de maternité choisie. Les motivations poussant à l'IVG varient selon les étapes de vie d'une femme, parcours scolaire, instabilité financière ou professionnelle, difficultés de couple. Tous ces arguments sont centrés sur le concept de « norme procréative » où un enfant doit naître dans un environnement favorable et stable (8).

Les auteurs ajoutent à cette hypothèse l'argument lié à ce que les sociologues appellent la « période de jeunesse », c'est-à-dire la durée d'activité sexuelle avant conception d'enfant. L'âge de la première grossesse a augmenté de 4 ans ce qui augmente le risque de faire une grossesse non désirée.

Figure 1 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge (DREES 2010)



Parmi ces grossesses non désirées, certaines paraissent évitables car si l'on reprend l'enquête de la DREES en 2007 sur les IVG, deux femmes sur trois déclarent que leur grossesse découle d'un échec de leur contraception, par difficultés ou erreurs d'utilisation. Par « difficultés » les auteurs entendent, les effets secondaires et les contraceptions non adaptées au rythme de vie de la patiente ayant conduit à l'arrêt de leur contraception ou à son mésusage (4).

Les patientes déclarent aussi qu'elles ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte (29% d'entre elles). Les plus jeunes pour qui ce sont parfois les premiers rapports sexuels ne pensent pas que l'on puisse tomber enceinte lors du premier rapport. Les patientes les plus proches de la ménopause, elles, pensent ne plus pouvoir avoir d'enfant.

Enfin il est important de souligner que pour l'année 2013, les premiers résultats du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) tendent à démontrer une augmentation de 4.7% du nombre d'IVG sur toute la France (1). On peut se poser la question de la responsabilité de la récente polémique médiatique sur les pilules de 3eme et 4eme génération dans la modification des habitudes contraceptives pour une femme sur cinq. Les patientes de niveau socio-économique élevé ont changé pour une pilule de 2eme génération ou pour un DIU tandis que les patientes de bas niveau socio-économique (sans diplômes, difficultés financières) se sont quant à elles plus tournées vers des méthodes naturelles moins efficaces (9) (Annexe n°1).

On retrouve donc des étiologies multiples à la stabilité du taux d'IVG:

- des causes « difficilement modifiables » telles que les caractéristiques sociodémographiques des patientes comme évoquées dans l'article de l'INED.
- Et des causes « modifiables » telles que les connaissances des femmes sur la reproduction et la contraception qui si elles sont améliorées pourraient avoir une incidence sur le taux d'IVG.

B. CONTEXTE A LA REUNION

1. LES CHIFFRES D'IVG A LA REUNION

En 2012 l'ORS de la Réunion (Observatoire Régional de la Santé), a dénombré 4002 IVG et la DREES 4280 soit un taux de 19.4 pour 1000 (10). Ces chiffres diffèrent car l'ORS dénombre uniquement les Bulletins d'Interruption de Grossesse (BIG) et la DREES les BIG et les données des hôpitaux.

Ces données sont comparables aux chiffres les plus élevés que l'on retrouve dans certains départements en métropole comme en Ile de France, Provence alpes côtes d'Azur et Languedoc Roussillon mais ils sont moins élevés que dans les autres DOM.

D'après l'ORS les femmes de 18 à 29 ans sont les plus concernées par les IVG puisqu'elles représentent plus de la moitié des patientes se présentant dans les services d'IVG (soit 57.4%).

D'après les résultats de la DREES de 2012 (1), le nombre d'IVG est stable dans les DOM (hors Mayotte) depuis 1996 : en moyenne de 13 000 IVG par an. Le taux d'IVG pour 1000 femmes y est plus élevé qu'en France métropolitaine, avec un taux de 25,3 pour 1000 en moyenne et un taux maximum pour la Guadeloupe de 37.5 pour 1000. Le taux d'IVG pour les femmes entre 20 et 24 ans atteint 50 pour 1000 dans les DOM.

Figure 2 : Taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans selon les régions en 2012

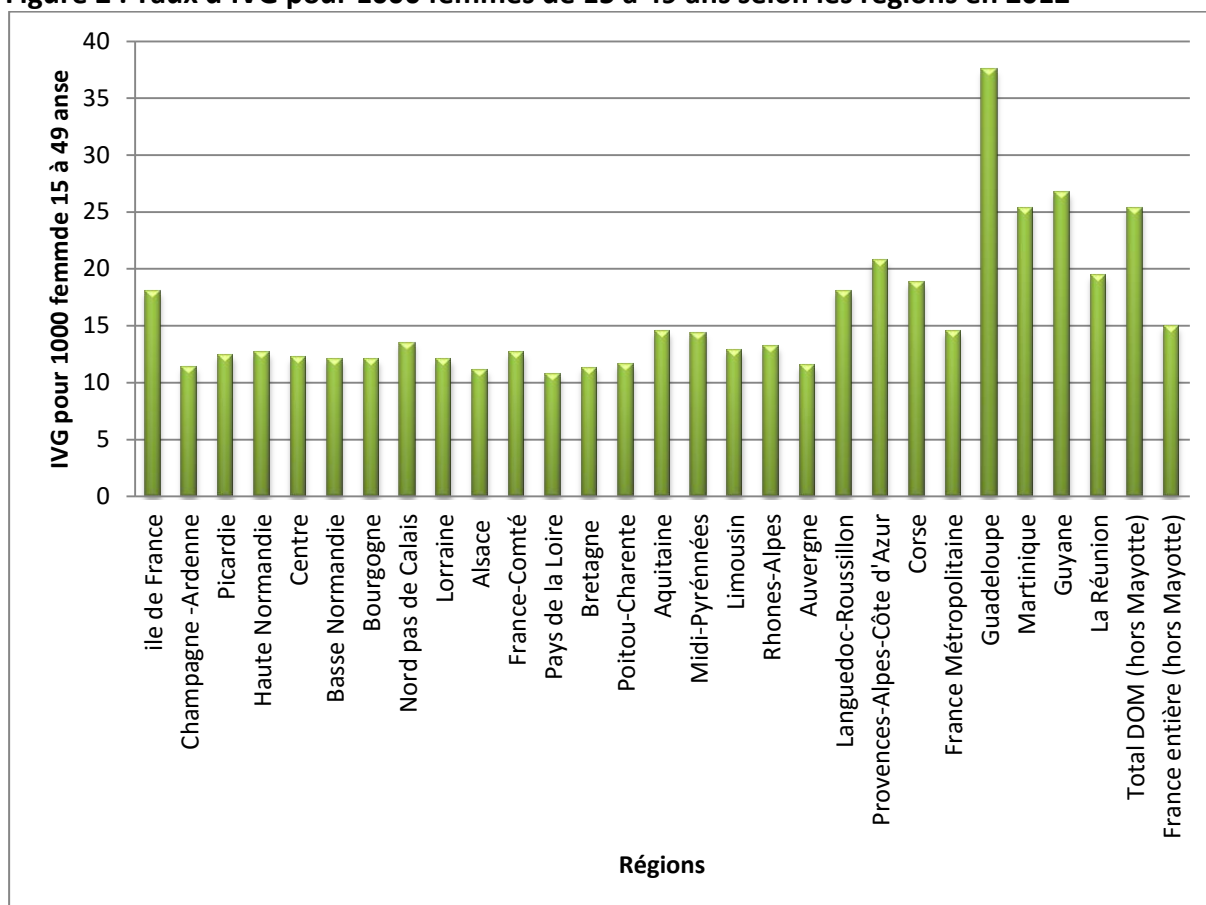


Schéma réalisé à partir des données de la DREES 2012 (1)

A la Réunion le taux d'IVG chez les mineurs est de 19 pour 1000 contre 8.9 pour 1000 en France métropolitaine en 2012 (22.8 pour 1000 en moyenne dans les DOM).

On peut donc penser que cette tranche d'âge doit être une des cibles privilégiées des programmes de prévention des grossesses non désirées.

2. HISTOIRE DE LA REUNION, CULTURE ET MEDECINE

GENERALITES

Par son histoire, La Réunion a acquis une culture variée et riche, issue de nombreux horizons. Cette culture est à l'origine de nombreuses représentations locales sur le corps, la santé et la maladie.

Lors de sa colonisation au XVIème siècle l'île était considérée comme déserte. On l'appelait alors l'île Eden. En 1638, le voilier Saint Alexis y accoste avec à son bord le gouverneur de Madagascar qui décide d'en prendre possession et de la nommer île de Bourbon en hommage au roi Louis XIV. Enfin, en 1793, les révolutionnaires la baptisent île de La Réunion (11).

Au début de l'occupation la population était constituée d'européens et d'esclaves noirs d'Afrique, de Madagascar ou d'Inde (12). Le manque de femmes sur l'île fût à l'origine d'un métissage important dès le début de sa colonisation. A l'abolition de l'esclavage en 1848 débute une immigration importante.

Au cours du XIX^{ème} siècle, des indiens (d'Inde du Sud majoritairement), des chinois, des comoriens et des malgaches arrivèrent sur l'île en tant que travailleurs contractuels, appelés « engagés ».

Ce panel de différentes ethnies est à l'origine du métissage réunionnais qui est tel que l'identification des différentes origines des populations de la Réunion est aujourd'hui difficile.

Chaque population migrante a apporté sa propre médecine. Progressivement elles se sont mêlé les unes aux autres pour créer un système de soin propre à l'île.

L'origine de ces migrants et leur rôle dans la société créa une hiérarchie dans la population qui se répercuta sur les connaissances thérapeutiques créant ainsi une hiérarchie des médecines.

Le système de soin dominant encadré par les européens a eu pour conséquence la naissance par résistance de médecines encore très populaires à ce jour à la Réunion : la médecine Tamoul et la médecine malgache (Annexe n°2).

L'APPROCHE CULTURELLE DE LA GYNECOLOGIE

A la Réunion, tout ce qui se réfère à la conception ou à la reproduction est encore « tabou » et à l'origine d'une gêne quand le sujet est abordé.

Il y persiste encore une médecine traditionnelle familiale et qui constitue souvent un premier recours.

Les femmes de l'époque de la colonisation jusqu'à la moitié du XX^{ème} siècle détenaient le savoir. Elles connaissaient les remèdes, ce sont elles qui surveillaient les grossesses et qui accouchaient les femmes (13).

Aujourd'hui c'est encore à la famille (parents, grands-parents, fratrie) qu'incombe la formation en matière de santé et de sexualité. Cependant peu de connaissances se transmettent directement, et les jeunes femmes apprennent majoritairement seules à partir de ce qu'elles voient ou entendent des relations de couples extérieurs.

Parmi les représentations anciennes transmises de génération en génération que peuvent avoir les réunionnais, certaines concerne la contraception et la reproduction.

Notamment le fait que le premier rapport ne peut pas être fécondant. Au départ le « zef » (ou haricot parfois confondu avec l'ovaire) est un simple caillot né de l'union des deux parents, il nécessite ensuite la semence du père pour grandir (14). Donc la conception est définitive après un second voire plusieurs rapports sexuels. A la Réunion, l'existence physique du futur bébé n'est acceptée qu'à partir des premiers mouvements intra-utérins. Il existe donc un temps de latence pendant lequel l'embryon n'est pas considéré comme achevé et pendant lequel la mère peut décider de ce qu'elle désire faire de sa grossesse.

Cette représentation de la conception explique la limite fragile qui existe entre l'avortement et la contraception. Du point de vu de la mère, tant que l'embryon n'a pas d'existence propre, il ne peut s'agir d'un avortement (15).

Les méthodes contraceptives ou abortives connues sont à base de tisanes en grande majorité, et ont comme objectif de « faire revenir les règles » après un rapport à risque.

Encore aujourd'hui à la Réunion, plus les femmes sont jeunes et avec un bas niveau d'études plus elles pensent que l'IVG est un moyen de contraception comme un autre et que faire revenir les règles par méthode médicamenteuse n'est pas un avortement (16).

Avec la démocratisation de l'éducation depuis les années 80, les femmes réunionnaises ont appris que l'embryon est vivant rapidement après le début de grossesse. Ce qui a eu comme conséquence que l'IVG est devenu un crime à leurs yeux. Ces femmes ont le sentiment de tuer un être vivant, que dieu va les punir et qu'elles ne pourront plus avoir d'enfant. Ces représentations sont d'après le Dr Pourchez, inhérentes aux complications suite aux avortements pratiqués avant la légalisation de l'IVG (utilisation de permanganate, ou de grandes aiguilles) où les femmes étaient par la suite mutilées et dans l'impossibilité d'enfanter (14).

LES REUNIONNAISES ET LA CONTRACEPTION AUJOURD'HUI

En 2012, a été réalisé l'étude KABP (16) (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) à la réunion par l'ORS, sur 1025 réunionnais âgés de 15 à 59 ans. Le but de cette étude était de connaître les us et coutumes des réunionnais en matières de sexualité.

Les auteurs ont pu ainsi montrer que 27% des réunionnais n'utilisent aucune contraception quelque soit leur âge lors du premier rapport avec leur partenaire actuel, et 48% n'utilisent que le préservatif.

Un tiers des couples n'utilisent aucune contraception dans leur relation actuelle (on ne connaît pas la part de femmes désirant une grossesse), 28% la pilule, 22% le préservatif, et 11% le stérilet. Rappelons que dans l'étude FECOND en 2013 (9) en France métropolitaine, 3,4% des femmes n'avaient aucune contraception, 9,5% des femmes utilisaient une méthode contraceptive naturelle, le reste des femmes utilisaient une contraception médicale.

Toujours selon l'étude KABP, les croyances et l'importance de la pratique religieuse ont un rôle dans la première prise de contraceptif. Plus la religion est importante plus la première prise de contraception est tardive.

Cette étude a aussi permis de confirmer qu'à la réunion comme en métropole les contextes financiers, professionnels et relationnels ont une influence sur l'issue d'une grossesse non désirée.

De même, plus la religion est importante moins la demande d'IVG est faite en cas de grossesse non désirée.

On peut en conclure qu'il persiste à la Réunion, une imprégnation importante de la culture locale impliquant des croyances ancestrales pouvant avoir des conséquences sur les comportements des réunionnaises sur la reproduction ou la contraception.

C. L'ÉDUCATION SEXUELLE EN FRANCE

Nous allons apporter dans cette partie un éclairage sur l'évolution de l'éducation sexuelle des femmes en particulier au cours du siècle dernier et sur les sources des connaissances des femmes sur leur propre corps.

1. *L'HISTOIRE DE L'ÉDUCATION SEXUELLE EN FRANCE*

Cette histoire mêle l'évolution de la médecine avec la volonté d'agir sur la santé de la population par les pouvoirs publics.

Le bouleversement de l'éducation sexuelle en France a eu lieu au début du XX^{ème} siècle sur fond d'épidémie de syphilis.

Aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle, l'éducation sexuelle dans les campagnes se faisait de mères en filles et par l'observation des relations de couples. Elle était sommaire et avait pour seul but la préparation à la procréation.

Dans les villes l'éducation sexuelle était bien plus pauvre, voire inexistante et prônait l'abstinence afin de protéger la chasteté des jeunes filles.

Certains médecins, tel que le Dr Alfred Fournier (début XX^{ème} siècle) (17), essayèrent de créer des plans de luttés contre la syphilis. Malheureusement les femmes n'étaient pas concernées par ce plan de lutte.

Quelques féministes s'intéressèrent au sujet tel que le Dr Madeleine Pelletier, Psychiatre qui écrivit en 1914 «L'éducation Féministe des filles» où elle utilisait le terme «éducation sexuelle» (terme utilisé pour la première fois d'après Y. KNIBIELHER 1996 (17)). Les principaux éléments de réflexion sur l'éducation sexuelle étaient mis en place mais son ouvrage n'a pas eu l'effet escompté.

Après la première guerre mondiale, la volonté des pouvoirs publics était de remonter la natalité française ainsi ils condamnèrent la contraception et l'avortement par les lois de 1920 et 1923 (17).

Parallèlement, l'épidémie de syphilis ne faiblissait pas et en 1925 la commission de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de l'intérieur estimait que 1/10^{ème} de la population était atteinte de syphilis (soit 4 millions de français) (18).

En 1923, la Société de prophylaxie sanitaire et morale souligna qu'il était souhaitable :

« Que l'éducation sexuelle prévue pour les garçons soit étendue aux jeunes filles [...], cours d'anatomie, de physiologie et d'hygiène féminines, comportant les notions essentielles de prophylaxie, qui servirait tout naturellement de préface au cours de puériculture [...] ; » (17).

En 1925 naissait le Comité d'éducation féminine présidé par le Dr Germaine Montreil-Strauss. Accompagnée d'autres femmes médecins, son rôle était d'informer sur l'anatomie, la physiologie et l'hygiène féminine, le mariage et la maternité à des jeunes femmes de 16 ans à 19 ans. En revanche la contraception n'était pas abordée hormis sous forme d'abstinence pré-nuptiale (17).

En réaction à ces réflexions fut créée en 1929 « l'école des parents » par Véline (Marguerite Lebrun) dont l'objectif premier était d'aider les parents dans leur éducation.

APRES LA SECONDE GUERRE MONDIALE.

En 1948, le rapport de la commission François (19) préconisa une éducation à la sexualité dont le but était d'informer afin d'éviter tout élan de curiosité pour le sexe. Ce rapport parlait aussi de la nécessité de la mixité des sexes dans les écoles pour « éviter des perversions ».

La pilule fit son apparition en 1960 mais elle restait difficile à se procurer. Le rôle des médias fut par la suite indéniable (20) et face à cette pression le 28 décembre 1967 la loi Neuwirth (21) est votée et promulguée (la contraception devenait légale en France à certaines conditions).

Après mai 1968 la question de l'éducation sexuelle est inévitable. La brutale évolution des mœurs en matière de sexualité accéléra les réformes.

En 1971, le Dr Jean Carpentier (19) (décédé en juillet 2014) proposa un cours d'éducation sexuelle via des tracts qu'il distribuait à la sortie des lycées en région parisienne. L'objectif de ces tracts était « d'apprendre le sexe », « d'informer », « de susciter des questions ». L'initiative du Dr Carpentier fut mal accueillie puisqu'il fut suspendu pendant un an par l'ordre des médecins et fut condamné après plainte déposée par l'association des parents d'élève pour outrage aux « bonnes mœurs » et « incitation des mineurs à la débauche ».

En 1973, dans la circulaire Fontanet (17), l'école devait donner une information scientifique et objective alors que la morale et l'idéologie sexuelle était laissée entre les mains d'associations sélectionnées par les parents. L'objectif était de responsabiliser les élèves. Malheureusement, les enseignants n'eurent aucune formation.

En 1975 était votée la loi Veil (La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, dite loi Veil) (21) pour l'avortement.

A partir des années 1980, l'éducation sexuelle était à nouveau dans toutes les discussions avec l'émergence du VIH. En 1985, l'éducation sexuelle fit officiellement son entrée à l'école primaire (circulaire Chevènement) (22). Puis plusieurs textes furent rédigés dont la Circulaire 98-297 du 24 novembre 1998 de Ségolène Royale relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège (23).

En 2003, la circulaire du 17 février redéfinit les objectifs d'éducation sexuelle de l'école jusqu'à la fin du lycée et remplaça la circulaire de 1998.

Concernant les IVG et la contraception au XXIème siècle les choses évoluent encore (21):

- En 2000 la pilule du lendemain est devenue disponible sans prescription pour toute mineure en éprouvant le besoin.
- La loi de 2001 (loi n°2001-588), reporte à 12 semaines le terme de grossesse où l'IVG est encore possible.
- En mars 2013, la sécurité sociale prend en charge à 100% les IVG et la contraception chez les mineurs.
- la loi Vallaud-Belkacem (loi n° 2014-873) est votée le 4 août 2014 son but est de sanctionner toute entrave à l'accès à l'IVG et supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG.

- Et enfin en avril 2015 a été votée par l'assemblée nationale la suppression du délai de 7 jours de réflexion avant la réalisation d'une IVG.

Plus de 10 ans après la circulaire de 2003, l'éducation sexuelle reste un sujet d'actualité. Encore aujourd'hui des débats existent sur le contenu des manuels de science et vie de la terre (22).

2. PLACE DE L'EDUCATION SEXUELLE DANS LES PAYS D'EUROPE ET AUX ETATS UNIS.

En Europe, d'autres pays que la France tel que la Belgique ou la Suisse ont rendu obligatoire l'éducation sexuelle à l'école (24).

En revanche d'autres sont encore de fervents opposants à l'éducation sexuelle, en particulier dans les pays où la religion a une place importante telle que l'Irlande ou la Pologne.

En Italie par exemple, l'éducation sexuelle est soumise aux décisions du Vatican.

En Grande Bretagne, les idées sont encore en train d'évoluer. Depuis peu l'éducation sexuelle est instaurée dans une grande partie des établissements. Malheureusement celle-ci n'est pas obligatoire, ce qui rend les formations inégales selon les établissements. Ce sujet devait être à nouveau discuté en juillet au Parlement.

Enfin, aux Etats Unis, la majorité de la population prône l'abstinence sous le nom d'« abstinence only ». Cette approche de l'éducation sexuelle est très critiquée car d'après certaines études elle n'aurait aucun effet sur la baisse du nombre de grossesses non désirées (25).

En 2010, l'OMS (26) a rédigé le « Standard pour l'éducation sexuelle en Europe » où les idées du modèle éducatif étaient les suivantes :

- l'éducation sexuelle est une matière multidisciplinaire qui doit être enseignée en fonction de l'âge de l'enfant et dans laquelle les parents doivent être inclus.
- Elle doit être obligatoire dans tous les pays de l'Europe et être associée à un examen de vérification des acquis afin de valoriser cette formation.

D. QUI FAIT L'EDUCATION SEXUELLE DES FEMMES EN FRANCE ET A LA REUNION ?

Aujourd'hui, par éducation sexuelle, on entend d'une part l'information sur la reproduction et sur les infections sexuellement transmissibles, rôle alloué majoritairement à l'éducation nationale et d'autres part l'éducation à la sexualité comprenant la morale et les règles de vie en société, principalement donnée par les parents, la famille mais aussi de plus en plus l'école.

D'après Philippe Brenot, psychiatre et sexologue : « ...la dimension éducative à la sexualité ne se limite certainement pas à un corps de connaissance sur l'anatomie, la physiologie de la

fécondité ou même le physique de l'amour, mais envisage la nature et la valeur de nos relations avec les autres, le sens de l'intimité de nos comportements et l'acceptation de la sexualité dans toutes ses implications biologiques, psychologiques, sociologiques, ou encore morales. » (27).

1. L'ECOLE

ROLE ET OBJECTIFS DE L'EDUCATION SEXUELLE A L'ECOLE (28)

L'objectif de l'éducation sexuelle à l'école est de donner aux élèves les outils nécessaires pour s'épanouir tout en respectant les normes sociales et de tolérances de notre société.

Ces outils concernent l'apprentissage des connaissances scientifiques sur la reproduction, les organes reproducteurs, mais également les composantes affectives, culturelles, éthiques, sociales et juridiques ayant trait à la sexualité.

Les acteurs de ces formations doivent aborder les problèmes de santé publique tels que les grossesses précoces non désirées et les IST. Ils font aussi connaître aux élèves les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement aux élèves.

PROGRAMME DE PREVENTION ET D'EDUCATION SEXUELLE DE 2003

L'éducation sexuelle est obligatoire et fait partie du programme scolaire de l'éducation nationale en France.

Le dernier programme de prévention et d'éducation sexuelle a été édité en 2003 (28) (circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003), et n'a pas été modifié depuis.

Ce programme de prévention s'inscrit dans une politique de santé publique de prévention des risques des MST (maladies sexuellement transmissibles), des grossesses non désirées, d'apprentissage de la tolérance et de l'égalité des sexes.

Il consiste à laisser le soin aux enseignants, toutes matières confondues, de trouver dans leurs cours une occasion de parler de la sexualité. Un rôle est tout particulièrement donné aux enseignants scientifiques dont l'objectif est d'apporter des connaissances concrètes sur le corps, la reproduction, la contraception et les risques de transmission des MST. Ces cours sont adaptés au niveau et à l'âge des élèves.

A l'école primaire: trois séances doivent être intégrées dans le programme et doivent être données au gré des opportunités que trouveront les instituteurs. L'organisation et le calendrier de ces formations se fait lors du conseil d'administrations, avec les instituteurs, le directeur et les parents.

Au collège et au lycée: l'éducation à la santé est définie, sous forme d'un programme d'actions, dans le projet d'établissement. C'est le comité d'éducation à la santé et de la citoyenneté, présidé par le proviseur et où les parents sont représentés, qui décide de ces actions. Dans le programme de l'éducation nationale c'est au collège (en 4^{ème}) qu'a lieu le premier cours sur la reproduction.

En février 2010, un rapport a été rédigé par l'Inspection Générale des Affaires Sociales pour évaluer la politique de prévention des grossesses non désirées (3). A ce moment-là et encore aujourd'hui, n'existait aucun bilan des applications des dispositions de la loi de 2001 concernant l'éducation sexuelle.

Aucune évaluation de la qualité et de l'efficacité de l'éducation sexuelle en milieu scolaire en France n'avait été réalisée.

Les auteurs de ce rapport faisaient état de nombreux points à améliorer (3).

A LA REUNION

D'après l'étude KABP (16), l'école est citée par plus de la moitié des répondants comme la première source d'information sur la contraception et par 80% des moins de 30 ans.

L'école s'est démocratisée à la Réunion dans les années 60. Aujourd'hui près de 100% des enfants sont scolarisés à l'école primaire.

Néanmoins d'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), on retrouve 22.6% d'illettrisme à la Réunion en 2011 parmi les 16-65 ans (contre 7% en France métropolitaine). Parmi les réunionnais de 16 à 29 ans 14% rencontrent des difficultés à l'écrit (29).

Ce chiffre serait à la fois lié au niveau socio-économique, puisque 44% des réunionnais souffrant d'illettrismes seraient issus d'une famille en situation de précarité économique, et à la langue parlée pendant l'enfance.

A la Réunion, toujours d'après l'INSEE, le taux relativement élevé de réussite au bac serait dû à une surévaluation des notes des élèves réunionnais lors de cet examen.

2. LES PARENTS

Ce sont les seconds interlocuteurs des adolescents en matière de sexualité après leurs amis (30).

Les pères sont considérés comme plus réservés sur les questions de sexualité et les mères sont plus souvent interrogées par leurs filles et les adolescents plus âgés (31).

D'après le Dr Pourchez, dans une société matrimoniale telle qu'à La Réunion, la mère a une place toute particulière dans l'éducation à la sexualité (13). Elles donnent plus d'informations à leurs filles qu'à leurs fils qui souvent apprennent de leurs pairs.

La sexualité est devenue publique avec son omniprésence dans les médias. Cela implique que le rôle des parents est plus important et qu'ils doivent être plus vigilants.

Or il existe des programmes pour aider les professionnels mais aucun ne conseille les parents.

3. LES MEDIAS

L'essor de la télévision et d'internet a potentialisé l'accès à l'information.

Les médias véhiculent beaucoup d'informations souvent imprécises parfois erronées.

En ce qui concerne la télévision, en dépit d'une légère baisse en 2013, un jeune français de 15 à 34 ans passe en moyenne 2h37 par jour devant la télévision (32) et 11h par mois devant des vidéos sur le net.

Pour ce qui est d'internet, selon le baromètre santé 2010, « Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans », 1/3 des français utilise internet pour des questions de santé (33). Les femmes semblent avoir plus pris cette habitude que les hommes.

A la Réunion 64% des réunionnais se connectent tous les jours sur internet, 36% se connectent à partir de leur téléphone dont 62% des 12-19 ans et 55% des 19-25 ans.

Or beaucoup d'informations trouvées sur internet sont erronées ou inexactes en particulier sur l'IVG. En 2012, les dix premiers sites référencés lors d'une recherche sur l'IVG étaient des sites anti-avortement (34). Depuis, le site « ivg.gouv » a été créé et fait parti des dix premiers cités lors des recherches sur l'IVG ; et une lutte pour l'accessibilité à l'avortement a également débuté.

Encore aujourd'hui, l'information est difficilement accessible, comme en témoigne une expérience personnelle où lors d'une de nos recherches, le premier site proposé était un site anti-avortement, www.avortementivg.com.

Pour finir citons, aussi la radio avec les émissions de libre antenne, comme celle de DOC et DIFOOL sur Fun Radio qui dans les années 90 ont permis à beaucoup d'adolescent de s'exprimer sur la sexualité.

4. *LES AMIS*

Ce sont les premiers interlocuteurs des adolescents (30). Ensemble ils parlent de leurs expériences et se donnent des conseils. Malheureusement ce ne sont souvent pas les plus aguerris sur le sujet.

5. *LE MEDECIN, L'INFIRMIERE SCOLAIRE*

Sur ce point, il a été mis en évidence dans un travail de thèse que le médecin traitant n'est pas l'interlocuteur privilégié quand un adolescent a des questions sur sa sexualité ou la contraception. Seuls 15% se tourneraient vers lui en cas de question sur le VIH (35). Plusieurs raisons ont été invoquées lors de ces études : la gêne ou la honte de se confier sur ce point à un médecin qui les connaît depuis l'enfance, la peur que le médecin ne dévoile ce qui lui a été confié, l'idée que le médecin ne pourrait pas comprendre ou ne pourrait pas répondre aux questions posées.

En ce qui concerne l'IVG, 30% des patientes se tournent vers leur médecin traitant (36).

En conclusion, les interruptions volontaires de grossesse sont devenues légales après un long processus d'évolution de la société, et de réflexion sur l'éducation sexuelle au cours du XXème siècle.

L'éducation sexuelle et les IVG sont fortement liées dans la mesure où on peut dire que la grande majorité des IVG sont dues à un manque de connaissances des femmes sur leur appareil reproducteur et la reproduction.

La France a introduit pour l'éducation sexuelle un modèle de complémentarité éducative liant les parents à d'autres intervenants dont l'école.

A la Réunion comme en métropole, l'éducation sexuelle des jeunes adolescentes est faite par plusieurs intervenants : les parents ou grands-parents, les amis, le milieu scolaire et le milieu médical au sens large. Enfin n'oublions pas les médias qui répondent souvent aux questions « taboues » des jeunes femmes.

Chaque intervenant joue un rôle dans l'éducation sexuelle et en particulier l'éducation nationale dont le rôle est primordial.

III. MATERIEL ET METHODE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, multicentrique, quantitative avec une partie qualitative (questions n°15 et n°34).

Cette étude a été réalisée pendant une durée brève (4 mois), sur un échantillon de patientes se rendant dans les services d'interruption volontaire de grossesse du Centre Hospitalier de Gabriel Martin de Saint Paul (ouest de l'île de La Réunion), et du Centre Hospitalier Universitaire Sud de la Réunion à Saint Pierre (Sud de l'île de La Réunion).

B. POPULATION ETUDIEE

1. *POPULATION CIBLE*

La population cible est constituée de toutes les patientes qui se présentent dans les services d'IVG de Saint Pierre et Saint Paul sur l'île de La Réunion.

2. *POPULATION SOURCE*

Les patientes acceptant de répondre au questionnaire qui leur est remis par les secrétaires des services d'IVG.

Les questionnaires remplis partiellement ont été pris en compte.

3. *LES CRITERES D'EXCLUSION*

Les questionnaires qui n'ont pas du tout été remplis par les patientes ont été exclus.

C. LE QUESTIONNAIRE (ANNEXE N°3)

Avant de créer le questionnaire nous avons rencontré l'Unité de Soutien Méthodologique du service de santé publique du CHU de Saint Denis. Comme convenu nous avons veillé à recueillir le consentement éclairé et à préserver l'anonymat des patientes. Tous les consentements et questionnaires ont été conservés afin de préserver l'anonymat. Le Comité de protections des personnes n'a pas été consulté, l'anonymat et le consentement des patientes ayant été respectés tout au long de l'étude.

Le questionnaire a été construit sur le modèle des cours de classe de 4^e (récupérés auprès de professeurs de sciences et vie de la terre) et sur le modèle d'un questionnaire réalisé en France métropolitaine par une sage-femme, Mme Corré Labat, dans le cadre de son

mémoire à Angers (2012) (37). Celle-ci s'était intéressée aux connaissances sur les organes reproducteurs et la reproduction des femmes en âge de procréer (de 16 à 60 ans). Notons tout de même que cette étude avait été faite sur un échantillon plus faible de 43 questionnaires.

Le questionnaire a été mis au point grâce à des professionnels médicaux (deux médecins généralistes, un gynécologue, une sage femme) que nous avons consultés, qui nous ont fait part de leurs avis.

Au début se trouve une feuille de consentement expliquant notre démarche de travail et indiquant la possibilité pour la patiente de ne pas répondre au questionnaire. Cette feuille de consentement a été traduite en créole pour aider, si nécessaire, à la compréhension des patientes. Le questionnaire est anonyme.

Lors d'une rencontre avec un des médecins du planning familial de Saint Paul, il nous a proposé d'étendre ce questionnaire à toutes les patientes se présentant dans les plannings familiaux. Nous avons préféré concentrer notre étude sur les patientes en demande d'IVG, tout en étant conscients du risque de biais lié à cet échantillon.

Le questionnaire a ensuite été testé par les patientes d'un cabinet médical, afin de recueillir leurs impressions et suggestions.

Ce questionnaire comprend 3 parties :

La première a pour objectif de connaître le milieu social et culturel dans lequel vit la patiente.

La seconde partie est la partie qui consiste à évaluer leurs connaissances à proprement parler, avec des questions sur l'anatomie, puis sur la physiologie et enfin sur les croyances des patientes sur la grossesse, les moyens de contraception et l'IVG.

La troisième partie permet de savoir ce que pense la patiente de ses connaissances, et si elle désire en savoir d'avantage.

Une fois le questionnaire terminé les patientes ont reçu un feuillet comprenant les réponses. L'objectif est donc également éducatif.

D. LE DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude a débuté le 27 août 2014 dans le sud de l'île et le 28 août 2014 dans l'ouest de l'île, après accord des chefs de service et des secrétaires (chargées de distribuer).

Les patientes ont rempli le questionnaire seules, sans aide et, avant de rencontrer le médecin pour éviter les biais. Les secrétaires leur ont remis les réponses au questionnaire une fois celui-ci rendu afin qu'elles puissent juger elles-mêmes de leurs connaissances.

L'étude a pris fin dans le sud le 08 janvier 2015 et le 18 février 2015 dans l'ouest.

Le nombre de questionnaires recueillis a été moins important dans l'Ouest que dans le Sud car ils n'y ont été distribués que le mercredi dans l'ouest. Nous n'avons pas constaté de biais de sélection inhérents à cette distribution puisque les patientes qui viennent consulter ce jour de semaine n'ont pas de caractéristiques sociodémographiques particulières.

E. RECUEIL DE DONNEES ET EXPLOITATION DES RESULTATS

Le recueil de données a été fait progressivement à l'aide du logiciel Excel.

Afin de faciliter l'exploitation des résultats, nous avons appliqué un barème binaire : 0 si la patiente a répondu faux et 1 si elle a répondu juste.

Nous avons accordé 1 point pour chaque item dans les questions n°16 (8 items) et 17 (5 items) sur l'anatomie.

Pour les questions n°18 à n°31, les patientes ont eu 0 si tout est faux à la question ou 1 si tout est juste.

Le score maximum possible pour les questions n°16 à n°31 est de 27.

Pour finir, nous avons considéré l'absence de réponses et la réponse « je ne sais pas » comme fausses.

Nous avons d'abord exploité les données sous forme de statistiques simples avec pourcentage pour les variables qualitatives et moyenne, médiane et écart type pour les variables quantitatives.

Puis dans le but de montrer des liens entre les données sociodémographiques et les résultats des patientes, nous avons utilisé le test du KHI 2 avec un risque alpha de 5% d'erreur.

Pour les effectifs théoriques calculés inférieurs à 5, nous avons utilisé le test de Fisher.

IV. RESULTATS

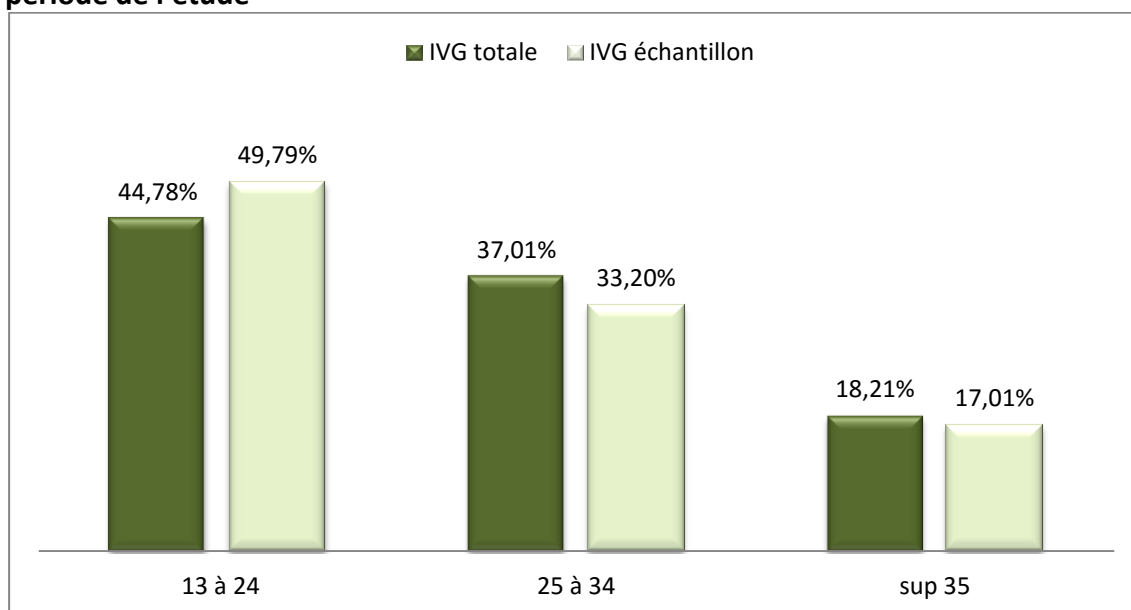
A. L'ECHANTILLON

1. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Le questionnaire a été systématiquement proposé, dans l'ordre de leur arrivée, à 388 consultantes des centres d'IVG du sud et de l'ouest, 333 consultantes au Sud, 55 consultantes à l'ouest. La participation à l'étude a été différente selon le site de l'étude (60% au sud et 89% à l'ouest), soit respectivement 200 consultantes au sud, et 49 à l'ouest, ont participé à l'étude. Pour le site du sud, où la participation a été moins bonne (taux de refus : 40% versus 11% à l'ouest), l'analyse des caractéristiques sociodémographiques des non-répondantes par rapport aux répondantes ne montre aucune différence significative.

Nous avons exploité 249 questionnaires pour notre étude.

Figure 3 : Comparaison par tranches d'âge des non répondantes par rapport aux répondantes dans le service d'IVG au Centre Hospitalier Sud de la Réunion pendant la période de l'étude



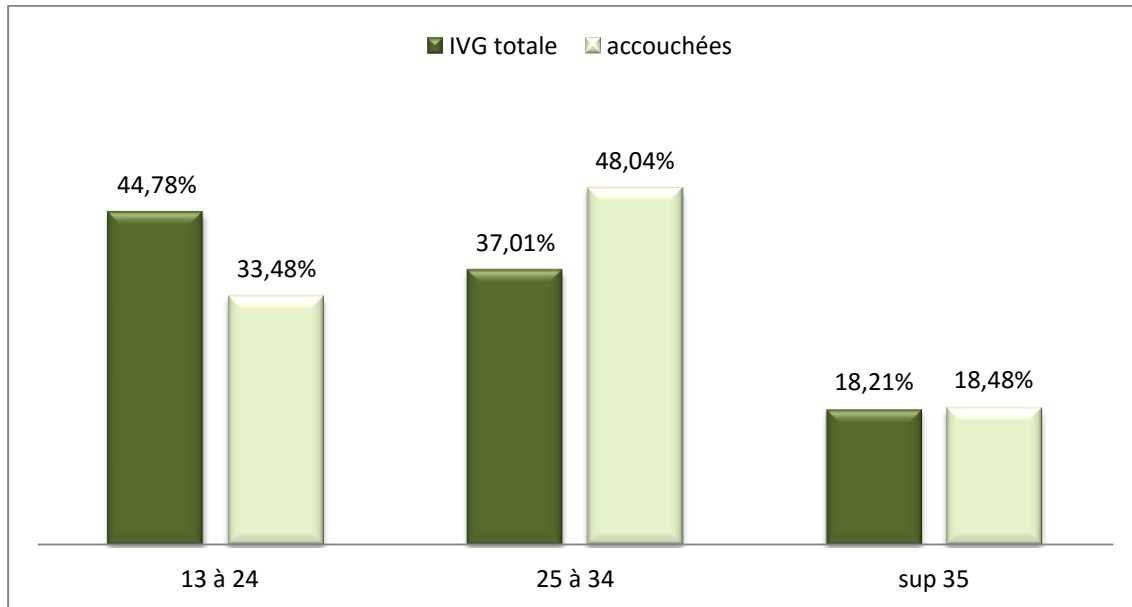
Les moyennes d'âge des patientes ayant répondu au questionnaire dans le service d'IVG au Centre Hospitalier Sud de la Réunion pendant la période de l'étude est de 26,6 ans et 26,4 ans pour les patientes n'ayant pas répondu sans que l'on note une différence significative entre ces deux groupes (**p=0,49**).

Les caractéristiques sociodémographiques des deux échantillons sont statistiquement comparables, ce qui nous a amené à **fusionner les deux échantillons du sud et de l'ouest**. **Les moyennes d'âge des patientes des deux échantillons étudiés sont respectivement de 26,4 ans à Saint Pierre et de 26 ans dans l'ouest.**

2. COMPARAISON ENTRE LES FEMMES AYANT ACCOUCHE ET LES FEMMES VENUES AU SERVICE D'IVG DU CENTRE HOSPITALIER SUD DE LA REUNION PENDANT LA PERIODE DE L'ETUDE

La comparaison a porté sur le site du sud où les effectifs nous permettaient des calculs statistiques valides.

Figure 4: Comparaison par tranches d'âge des patientes ayant accouché et des patientes consultant pour une IVG au Centre Hospitalier Sud de la Réunion pendant la période de l'étude



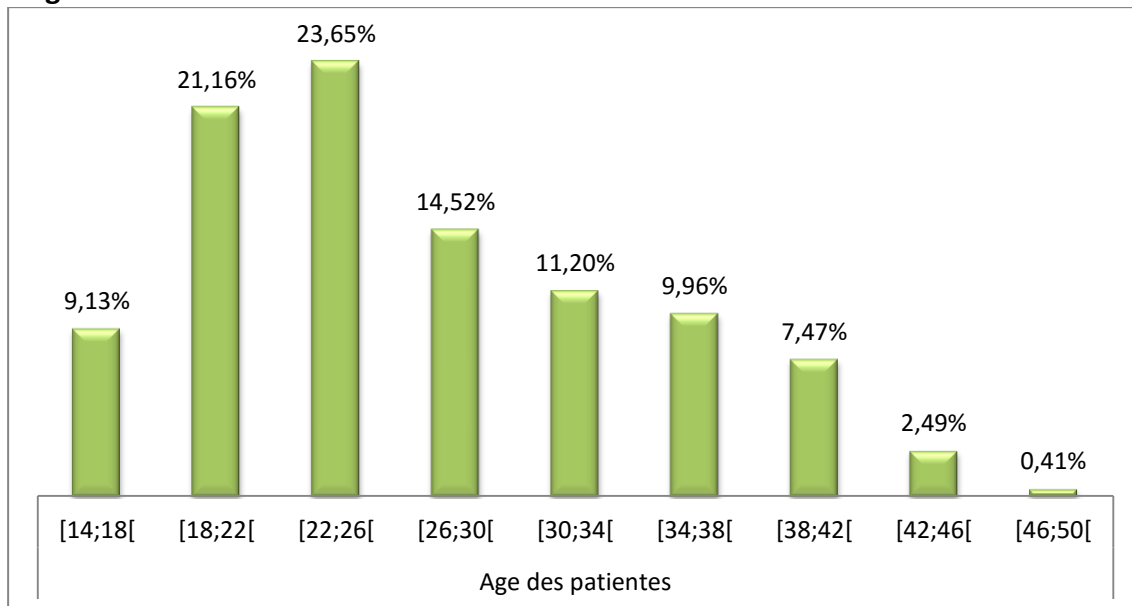
Les moyennes d'âge des patientes venues accoucher pendant cette période sont de respectivement 27,97 ans (âge médian : 28 ans) et de 26.6 chez patientes venues dans le service d'IVG.

Les patientes consultant les centres d'IVG sont significativement plus jeunes ($p < 10^{-3}$).

B. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON

1. AGE

Figure 5 : Caractéristiques sociodémographiques - répartition des patientes par tranches d'âge



Les âges des patientes de notre échantillon s'étendent entre 14 ans et 46 ans. Les patientes de 18 à 29 ans représentent 59,34% des femmes interrogées.

Sur la totalité de l'échantillon 8 patientes (3,21%) n'ont pas donné leur âge. Nous avons décidé de les garder dans l'échantillon.

2. SITUATION FAMILIALE

En ce qui concerne leur situation conjugale :

- 103 patientes (41,36%) sont en couple, (21, soit 8,43% sont mariées ; 6 soit 2,41% sont pacsées ; et 76 soit 30,52% ne sont ni pacsées ni mariées).
- 145 femmes (58,23%) sont célibataires.

Parmi les femmes célibataires, 100 (soit 40,16%) ont déjà des enfants et 68 (soit 27,30%) sont des mères sans emploi.

Les femmes les plus âgées sont plus souvent en couple ($p < 10^{-4}$) (Annexe n° 4, figure 28).

Une patiente a choisi de ne pas répondre.

3. NIVEAU D'ETUDES

Concernant le niveau d'études :

- 103 patientes (soit 41,37%) ont un niveau inférieur au bac,
- 76 (soit 30,52%) ont le niveau Bac et,
- 58 (soit 23,32%) font ou ont fait des études supérieures.

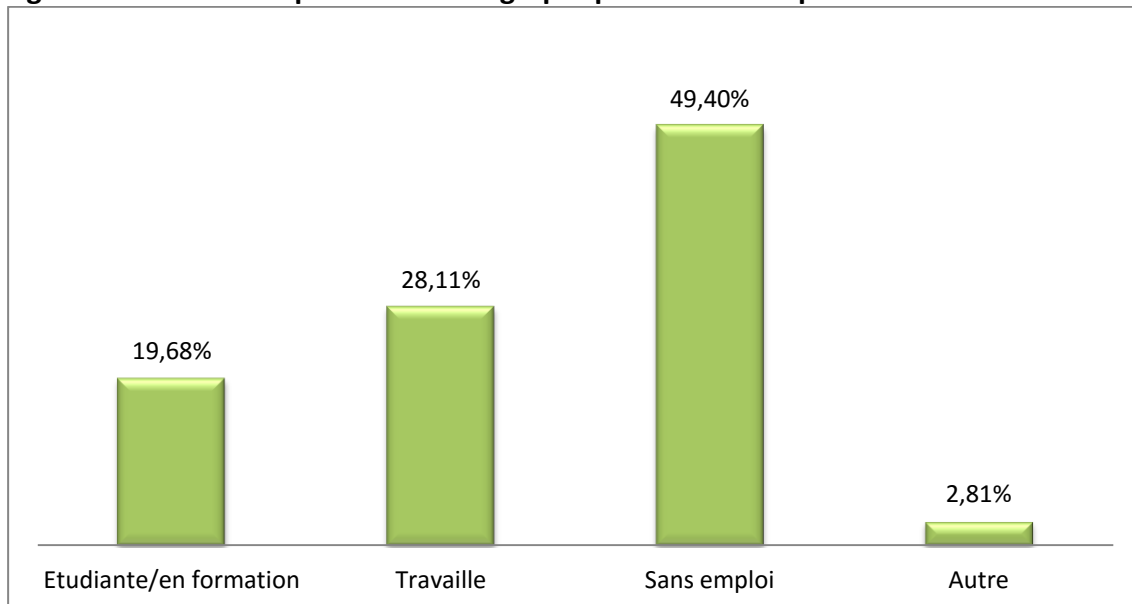
Parmi les mineures, 18 (soit 82%) ont un niveau inférieur au Bac.

Plus les femmes sont âgées et plus elles ont fait des études supérieures ($p < 10^{-2}$) (Annexe n°4, figure 29).

Treize patientes (5,22%) ont choisi de ne pas répondre à cette question.

4. SITUATION PROFESSIONNELLE

Figure 6 : Caractéristiques sociodémographiques - situation professionnelle

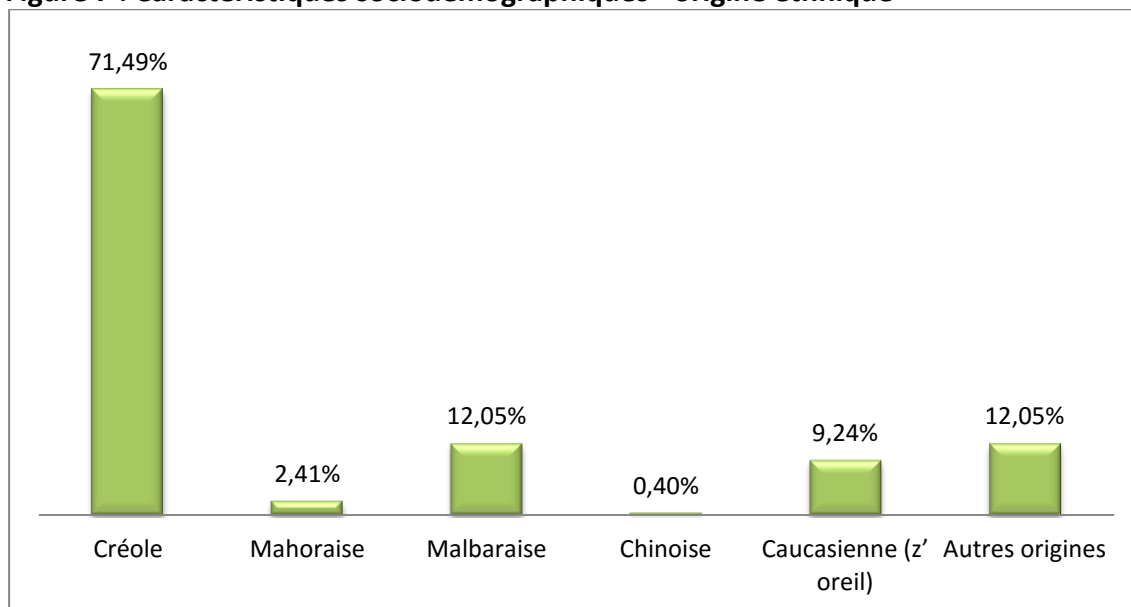


Concernant les mineures, 18 (soit 82%) sont en formation, 4 autres sont sans emploi. Sept patientes n'ont pas répondu à cette question.

Plus les patientes sont jeunes moins elles travaillent et plus elles sont en formation ($p < 10^{-6}$) (Annexe n° 4, figure 30).

5. ORIGINE ETHNIQUE

Figure 7 : Caractéristiques sociodémographiques - origine ethnique



Certaines patientes ont coché plusieurs réponses.

Treize patientes ont des origines mixtes créoles et malbares, 1 des origines mixtes créole, malbare et chinoise et 3 des origines mixtes créoles avec d'autres ethnies.

Une patiente a des origines à la fois caucasienne et d'une autre origine.

Toutes les patientes ont répondu à cette question.

6. CONFESION RELIGIEUSE

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques - religion

| Religion | Nombre de patientes | Pourcentage |
|---------------------|---------------------|-------------|
| Bouddhiste | 2 | 0,89% |
| Musulmane | 11 | 4,91% |
| Autres Religions | 18 | 7,22% |
| Athéiste/agnostique | 21 | 9,38% |
| Hindouiste | 13 | 5,22% |
| Non Répondu | 25 | 10,04% |
| Catholique | 159 | 63,85% |

Certaines patientes ont cochées plusieurs réponses.

Parmi les catholiques, 9 patientes sont également hindouistes et 1 patiente appartient également à une religion « autre ».

Vingt cinq (soit 10,04%) patientes n'ont pas répondu à cette question.

7. ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES

NOMBRE D'ENFANTS

Tableau 2 : Antécédents - parité

| Nombre d'enfants | Nombre de patientes | Pourcentage |
|--------------------|---------------------|-------------|
| 0 | 81 | 32,53% |
| 1 | 64 | 25,70% |
| 2 | 53 | 21,29% |
| 3 | 23 | 9,24% |
| 4 | 8 | 3,21% |
| 5 | 4 | 1,61% |
| 6 | 0 | 0,00% |
| 7 | 1 | 0,40% |
| 8 | 0 | 0,00% |
| 9 | 1 | 0,40% |
| Non répondu | 14 | 5,62% |

Les « Non répondu » sont les patientes qui ont des enfants mais qui n'ont pas précisé combien.

Vingt mineures sur les 22 (soit 91%) n'ont pas d'enfant, 2 ont 1 enfant.

En tout 67,47% des femmes ont déjà eu au moins 1 enfant.

Les patientes de plus de 25 ans ont plus d'enfants que les patientes de moins de 25 ans ($p < 10^{-5}$) (Annexe n°4, figure 31).

NOMBRE D'IVG

Tableau 3 : Antécédents - IVG

| Nombre d'IVG | Nombre de patientes | Pourcentage |
|--------------------|---------------------|-------------|
| 0 | 146 | 58,63% |
| 1 | 69 | 27,71% |
| 2 | 17 | 6,83% |
| 3 | 5 | 2,01% |
| 4 | 2 | 0,80% |
| Non répondu | 10 | 4,02% |

Les « Non répondu » sont les patientes qui ont déjà fait des IVG mais qui n'ont pas précisé combien.

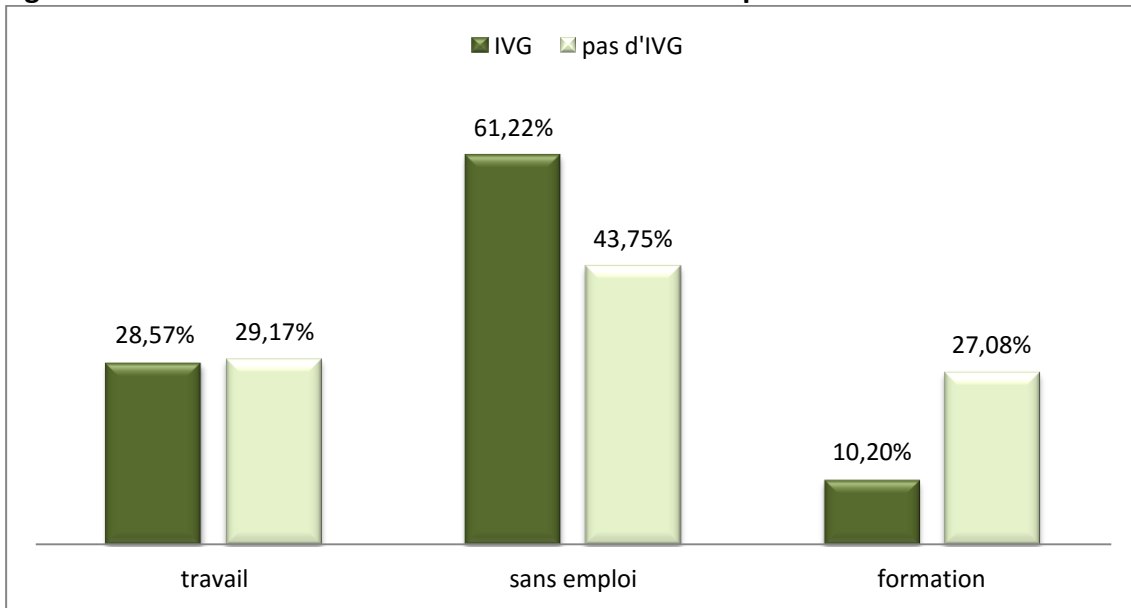
Vingt mineures sur 22 (soit 91%) n'ont jamais fait d'IVG, 2 sur 22 (soit 9%) ont déjà fait une IVG. Elles n'ont pas encore eu d'enfants.

En tout 41,37% des femmes ont déjà eu au moins une IVG.

Les patientes de plus de 25 ans ont proportionnellement plus d'antécédents d'IVG ($p < 10^{-5}$) (Annexe 4, figure 32).

Les patientes sans emploi ont plus d'antécédents d'IVG que les patientes qui travaillent ou qui sont en formation ($p < 10^{-2}$) (figure 8).

Figure 8 : Antécédents d'IVG en fonction de la situation professionnelle

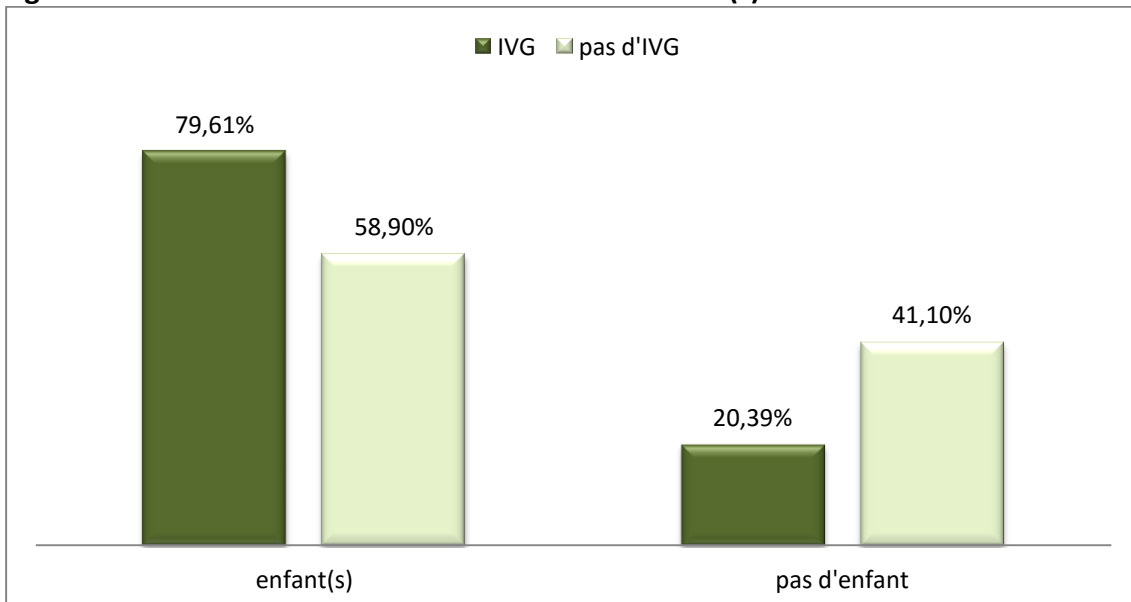


Nous n'avons pas trouvé de lien entre le niveau d'études et les antécédents d'IVG avec un $p = 0,21$.

De même nous n'avons pas trouvé de lien entre la situation de couple et les antécédents d'IVG avec un $p = 0,14$.

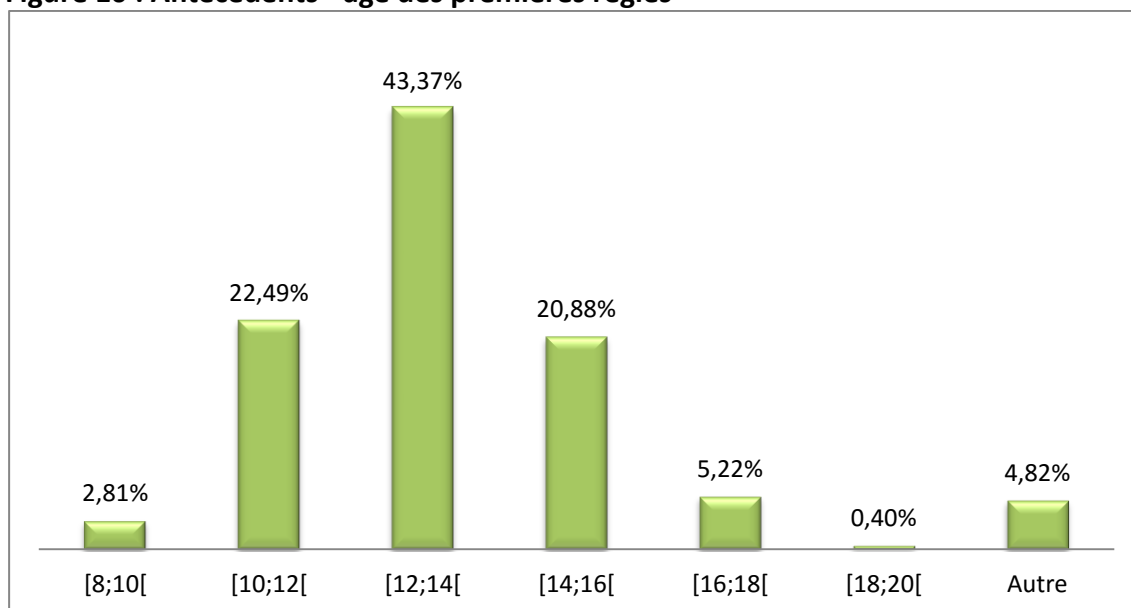
Les patientes qui ont déjà des enfants ont plus d'antécédents d'IVG que les patientes sans enfants ($p < 10^{-3}$) (Figure 9).

Figure 9 : Antécédents d'IVG en fonction des naissance(s)



ÂGE DES PREMIERES REGLES

Figure 10 : Antécédents - âge des premières règles

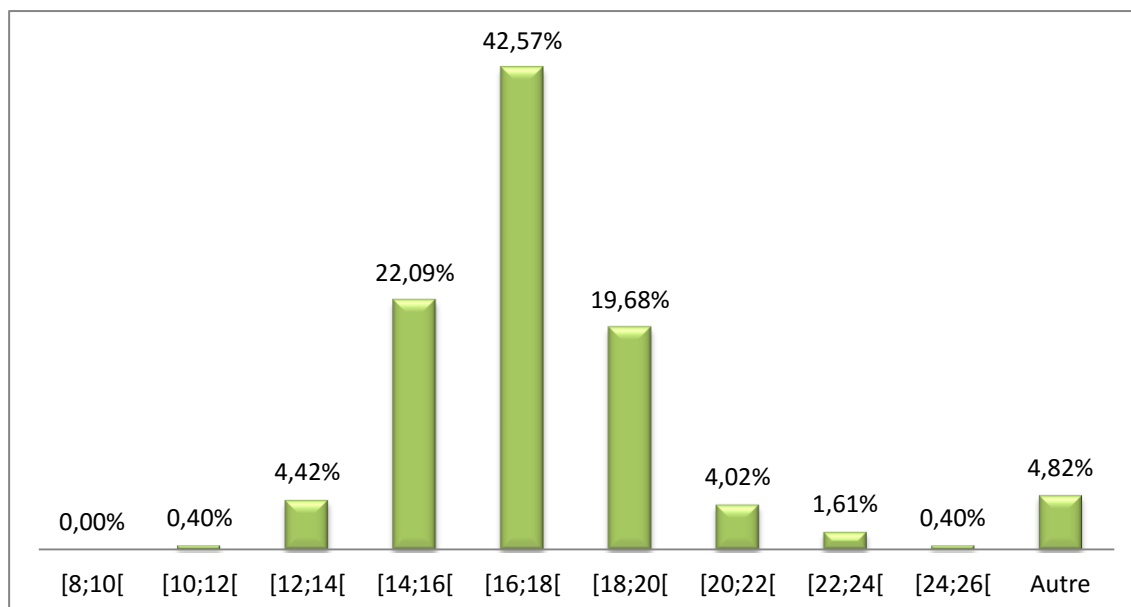


Douze patientes (soit 4,82%) n'ont pas répondu à cette question.

L'âge moyen des premières règles est de 12,57 ans, l'âge médian de 12,5 ans et l'écart type de 1,7528.

ÂGE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL

Figure 11 : Antécédents - âge du premier rapport sexuel



L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 16,51 ans, l'âge médian 16 ans et l'écart type 14,7621.

Douze patientes n'ont pas répondu à cette question.

Les différents types de contraceptions utilisées par les patientes avant la grossesse

Tableau 4 : Antécédents - contraceptions

| Types de contraception | Nombre de patientes | Pourcentage |
|------------------------|---------------------|-------------|
| Mâcher de la Menthe | 0 | 0,00% |
| Anneau Vaginal | 1 | 0,41% |
| Boire des tisanes | 2 | 0,82% |
| Patch | 4 | 1,61% |
| Non répondu | 4 | 1,61% |
| Implant | 14 | 5,71% |
| Aucun | 16 | 6,53% |
| Calcul du Cycle | 18 | 7,35% |
| Retrait | 24 | 9,80% |
| Stérilet | 37 | 15,10% |
| Pilule du Lendemain | 37 | 15,10% |
| Préservatif | 157 | 64,08% |
| Pilule | 167 | 68,16% |

Les patientes ont pu cocher plusieurs cases lorsqu'elles ont rempli le questionnaire.

Sur la totalité de l'échantillon, 6 patientes (soit 2,40%) n'ont jamais utilisé de contraception de leur vie, 2 n'ont utilisé que la technique de retrait comme moyen de contraception. Parmi ces patientes il y a 2 mineures.

Enfin 165 patientes (soit 66,26%) n'ont utilisé que des contraceptions médicales, 72 (soit 28,91%) ont déjà utilisé des contraceptions non médicales dans leur vie (boire des tisanes, calcul du cycle, le retrait).

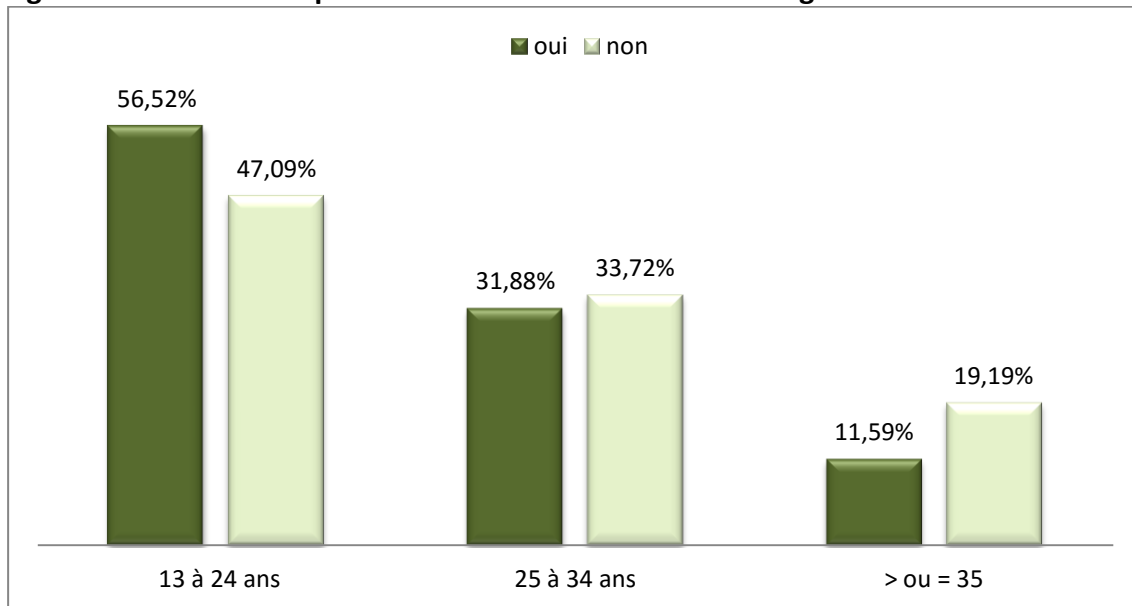
Quatre patientes n'ont pas répondu à cette question.

C. DIFFICULTES A PARLER DE SEXUALITE

Parmi les 249 patientes qui ont répondu au questionnaire, 73 (30,80%) admettent avoir eu des difficultés à parler de sexualité, 12 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre l'âge des patientes et les difficultés qu'elles ont pu rencontrer pour parler de sexualité (p= 0,272854) (Figure 12).

Figure 12 : Difficultés à parler de sexualité en fonction de l'âge



Parmi les patientes qui ont eu des difficultés à parler de la reproduction et de contraception, 51 patientes sur 73 (soit 69,87%) se sont exprimées. Les réponses peuvent être classées en trois catégories (Annexe n° 7 A) :

- Parler de la sexualité est un sujet tabou
- Les difficultés de communication avec les parents
- La timidité/réserve de la patiente à ce sujet.

Lorsqu'elles n'ont pas de difficultés à en parler (164 soit 69,20% d'entre elles), les raisons évoquées par les patientes sont (Annexe n°7 B):

- L'absence de difficultés de communication avec les parents
- Parler de la sexualité n'est pas tabou

D. LES CONNAISSANCES SUR LES ORGANES REPRODUCTEURS, LA REPRODUCTION ET LA CONTRACEPTION

1. QUESTIONS D'ANATOMIE

Tableau 5 : Réponses justes - anatomie (ordre croissant)

| Partie anatomique | Nombre de réponses justes | Pourcentage |
|--------------------|---------------------------|-------------|
| Hymen | 93 | 37,35% |
| Méat urinaire | 112 | 44,98% |
| Clitoris | 123 | 49,40% |
| Col | 124 | 49,80% |
| Pubis | 124 | 49,80% |
| Utérus | 131 | 52,61% |
| Vagin schéma 1 | 139 | 55,82% |
| Petites lèvres | 146 | 58,63% |
| Vagin schéma 2 | 162 | 65,06% |
| Grandes lèvres | 166 | 66,67% |
| Anus | 171 | 68,67% |
| Trompes de Fallope | 189 | 75,90% |
| Ovaires | 199 | 79,92% |

Concernant le schéma n°16, 49 patientes (soit 19,68%) ont tout juste. Sur ce même schéma, 27,3% des patientes ont localisé les trois orifices du périnée.

Concernant le schéma n°17, 110 patientes (soit 44,18%) ont tout juste.

Enfin, 49 patientes (soit 19,68%) ont tout juste aux deux schémas.

Sur cette partie du questionnaire, 28 patientes (soit 11,24%) n'ont pas répondu.

2. QUESTIONS DE PHYSIOLOGIE

Réponses justes aux questions sur le fonctionnement physiologique des organes reproducteurs par ordre croissant

Tableau 6 : Réponses justes - physiologie 1

| Organes | Nombre de réponses justes | Pourcentage |
|------------------|---------------------------|-------------|
| Trompes utérines | 81 | 32,53% |
| Utérus | 117 | 46,99% |
| Vagin | 130 | 52,21% |
| Rectum | 132 | 53,01% |
| Ovaires | 141 | 56,63% |
| Vessie | 203 | 81,53% |

Réponses justes sur le cycle menstruel, les menstruations, l'ovulation et la fécondation par ordre croissant

Tableau 7 : Réponses justes - physiologie 2

| Phénomènes physiologiques | Nombre de réponses justes | Pourcentage |
|---------------------------|---------------------------|-------------|
| Menstruations | 112 | 44,98% |
| Cycle menstruel | 116 | 46,59% |
| Ovulation | 116 | 46,59% |
| Fécondation | 190 | 76,31% |

Le détail des réponses est en Annexe n°5.

Concernant la question sur le cycle menstruel, 112 patientes (soit 44,98%) ne savent pas quand il commence.

Concernant les règles, 117 patientes (soit 46,99%) ne savent pas à quoi elles correspondent et parmi elles 26 patientes (soit 22,22%) pensent que les règles sont l'embryon non fécondé et 50 patientes (soit 42,73%) qu'elles débutent le 14^{ème} jour du cycle.

Pour l'ovulation, 112 patientes (soit 44,98%) ne savent pas quand elle peut avoir lieu et pour la fécondation, 41 (soit 16,46%) ne savent pas à quoi cela correspond.

3. QUESTIONS SUR LES CROYANCES

Réponses justes aux questions sur les croyances sur la grossesse, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse

Tableau 8 : Réponses justes - croyances

| Questions | Réponse juste à la question | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------|
| Q 29 : thème contraception | 103 | 42,74% |
| Q 30 : thème IVG | 113 | 46,89% |
| Q 28 : thème grossesse | 131 | 54,36% |
| Q 31 : thème pilule du lendemain | 146 | 60,58% |

En tout 207 patientes (soit 83,13%) savent qu'un seul rapport peut entraîner une grossesse, 148 patientes (soit 59,44%) savent que l'on peut poser un stérilet chez une femme nullipare, 183 (soit 73,49%) que l'on peut aller voir un médecin généraliste pour faire une IVG et 200 (soit 80,32%) que la pilule du lendemain est une contraception d'urgence.

Dix-neuf patientes n'ont pas du tout répondu à ces questions.

Concernant les réponses fausses : (Annexe n° 6)

Nous avons décidé de prendre en compte les réponses fausses en éliminant les patientes qui n'ont pas répondu aux questions.

Concernant la grossesse, elles sont 15,35% à penser qu'il faut plusieurs rapports sexuels pour tomber enceinte. Elles sont également 12,86% à penser qu'elles doivent être amoureuses pour tomber enceinte.

Concernant la contraception, elles sont 23,65% à penser que le stérilet ne peut pas être posé chez une patiente nullipare.

Concernant les IVG, 14,94% des patientes pensent qu'après 3 IVG on ne peut plus avoir d'enfant et 12,45% ne savent pas qu'elles peuvent aller voir leur médecin traitant dans le cadre d'une IVG.

Enfin concernant la pilule du lendemain, elles sont 4,56% à penser que la pilule du lendemain peut donner le cancer, 4,15% à penser qu'elle n'est pas disponible pour les mineures et 4,15% qu'elle rend stérile.

4. LA TOTALITE DU QUESTIONNAIRE

Tableau 9 : Réponses justes - totalité

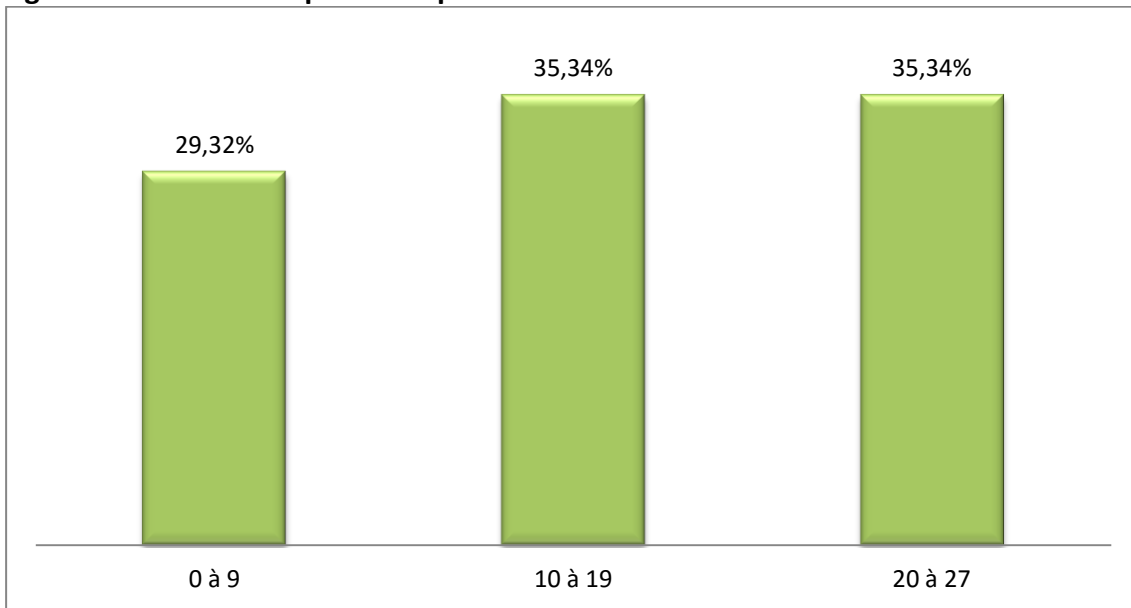
| Nombre de bonnes réponses | Nombre de patientes | Pourcentage |
|---------------------------|---------------------|-------------|
| [0;2[| 11 | 4,42% |
| [2;4[| 11 | 4,42% |
| [4;6[| 19 | 7,63% |
| [6;8[| 12 | 4,82% |
| [8;10[| 20 | 8,03% |
| [10;12[| 11 | 4,42% |
| [12;14[| 20 | 8,03% |
| [14;16[| 18 | 7,23% |
| [16;18[| 15 | 6,02% |
| [18;20[| 24 | 9,64% |
| [20;22[| 27 | 10,84% |
| [22;24[| 24 | 9,64% |
| [24;26[| 25 | 10,04% |
| [26;28[| 12 | 4,82% |
| Total | 249 | 100% |

Parmi les 11 patientes qui ont entre 0 et 2 bonnes réponses, 5 n'ont répondu à aucune des questions sur les connaissances (questions n°16 à 31).

Enfin, 6 patientes ont tout juste.

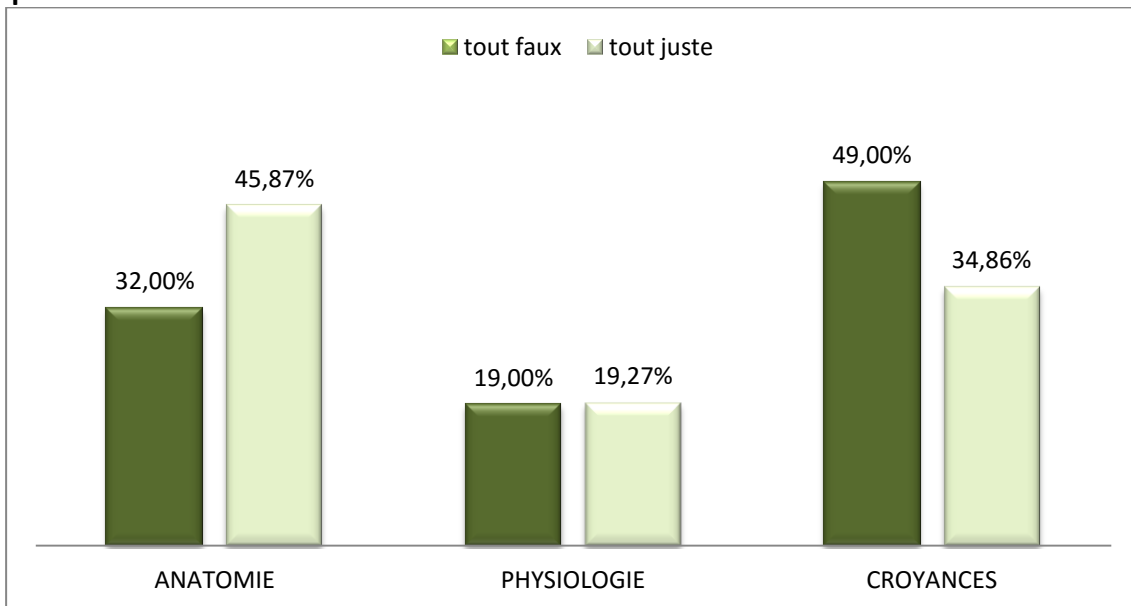
Pour faciliter l'interprétation des résultats et pour réaliser les tests statistiques du KHI 2, nous avons découpé le score de bons résultats en tranches de 0 à 9 inclus, de 10 à 19 inclus et de 20 à 27 inclus.

Figure 13 : Nombre de patientes par tranches de bons résultats



Enfin, un test de KHI 2 nous a permis de constater qu'il n'y a pas de différence significative entre les résultats extrêmes (tout faux et tout juste) ($p=0,07951$) (figure 14).

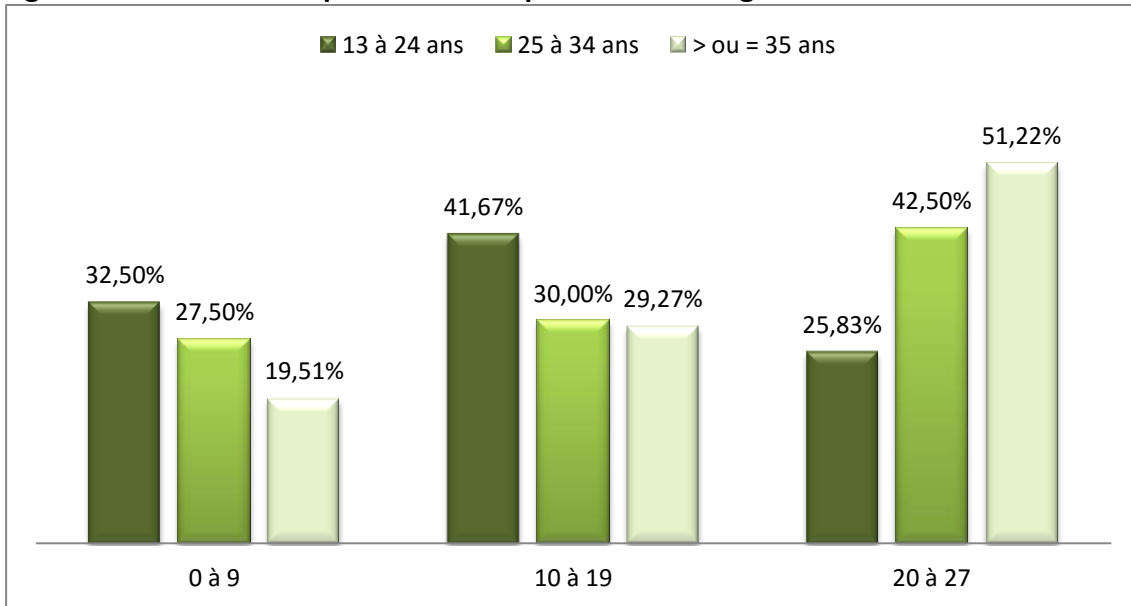
Figure 14 : Proportion en pourcentage de bonnes et de mauvaises réponses par partie du questionnaire



E. EXPLOITATION DES RESULTATS : QUESTIONS SUR LES CONNAISSANCES

1. LIEN ENTRE LES RESULTATS DES PATIENTES ET LEUR AGE

Figure 15 : Tests statistiques - résultats par tranches d'âge



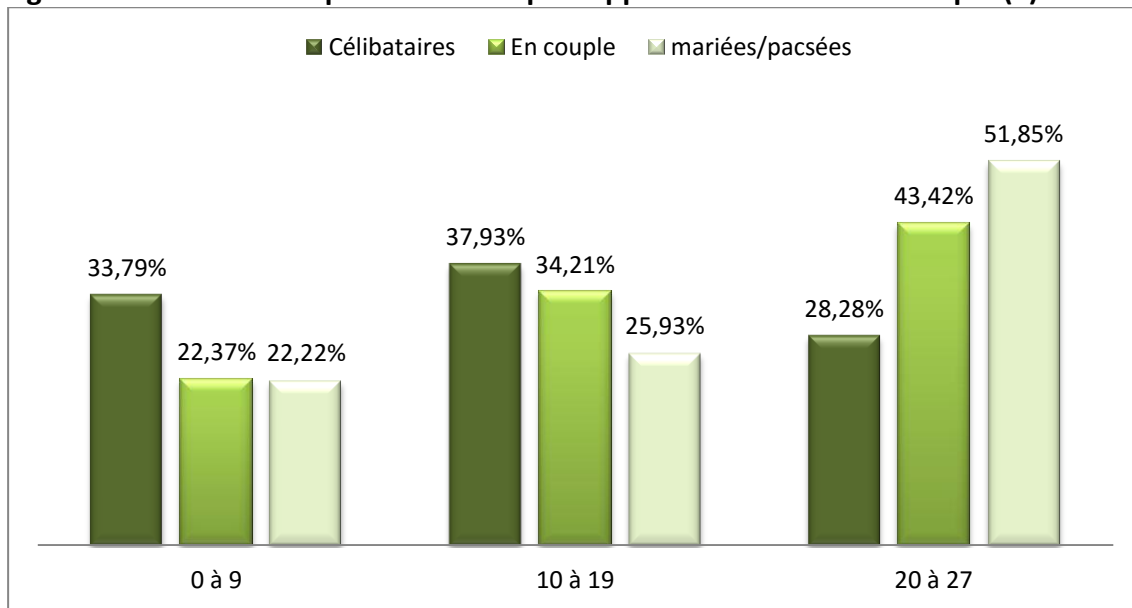
Nous avons pu mettre en évidence un lien entre l'âge des patientes et leurs résultats au questionnaire ($p=0,02307$, $p<0,05$) (figure 15). Les patientes les plus jeunes avaient moins de bons résultats au questionnaire.

Parmi les mineures 9 patientes ont moins de 9 bonnes réponses, 10 moins de 20 et 3 entre 20 et 27.

Parmi les patientes de 35 à 46 ans, 8 ont moins de 9 bonnes réponses, 12 ont moins de 20 bonnes réponses et 21 plus de 20 bonnes réponses.

2. LIEN ENTRE LES RESULTATS DES PATIENTES ET LEUR SITUATION DE COUPLE

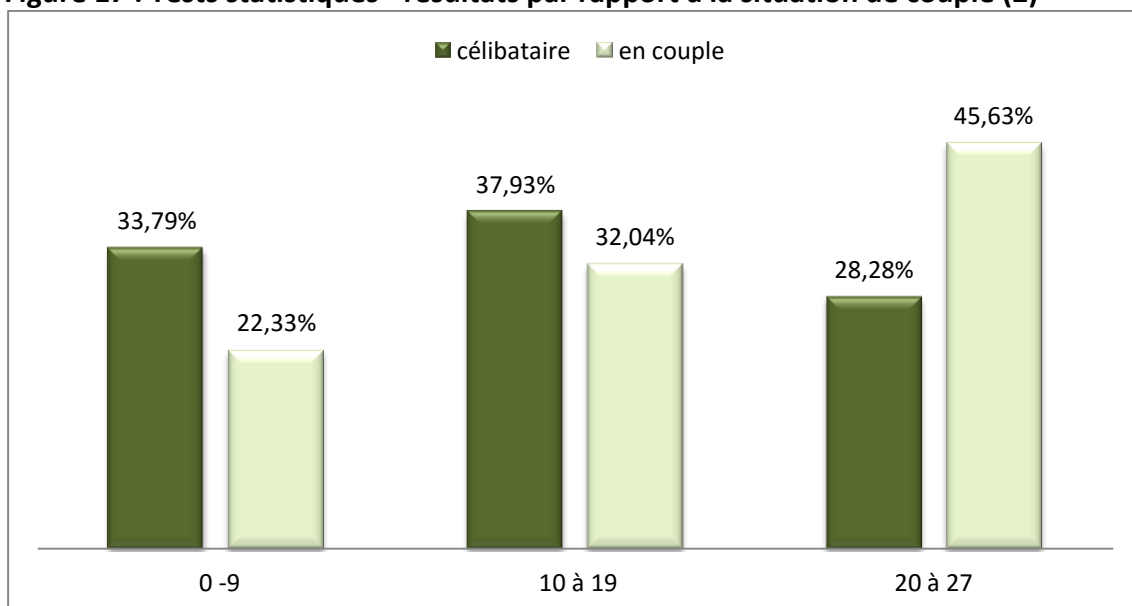
Figure 16 : Tests statistiques - résultats par rapport à la situation de couple (1)



Un premier test du KHI 2 ne nous a pas permis de mettre en évidence de lien entre les résultats des patientes au questionnaire et leur situation de couple, en séparant en couple et mariées/pacsées ($p=0,056029$) (figure 16).

Nous avons alors réalisé un test avec 2 variables, célibataire et en couple et nous avons cette fois ci trouvé un lien entre les résultats et la situation de couple ($p<0,05$) (figure 17). Les femmes en couple ont de meilleurs résultats au questionnaire que les patientes célibataires.

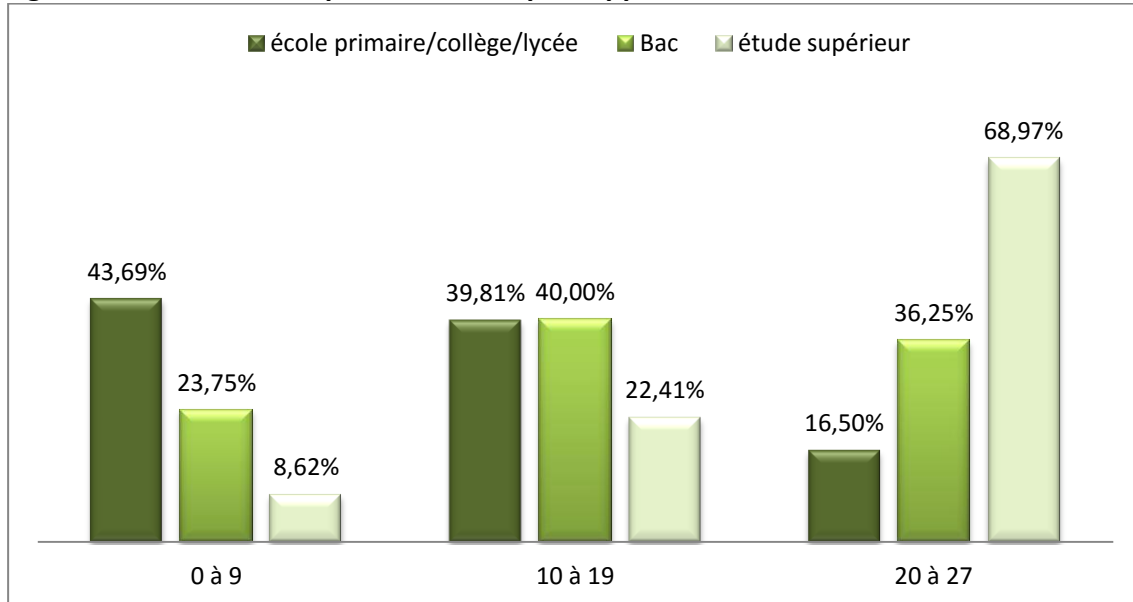
Figure 17 : Tests statistiques - résultats par rapport à la situation de couple (2)



3. LIEN ENTRE LES RESULTATS DES PATIENTES ET LEUR NIVEAU D'ETUDES

Nous avons pu mettre en évidence un lien entre **le niveau d'études des patientes et leurs résultats au questionnaire ($p < 10^{-9}$) (figure 18)**. Les patientes qui ont fait des études supérieures ont de meilleurs résultats au questionnaire.

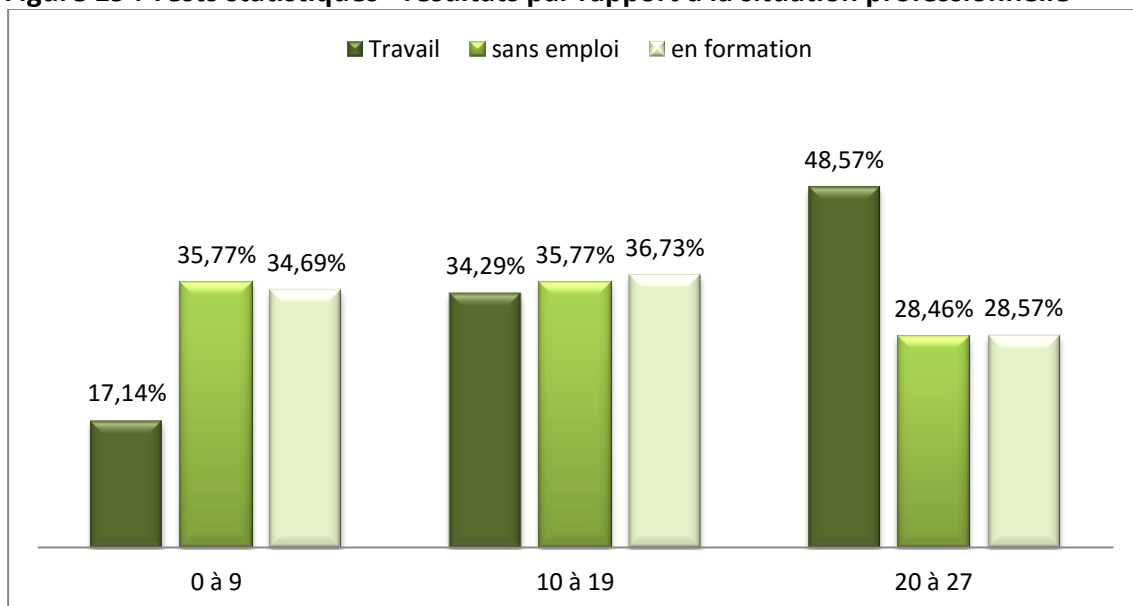
Figure 18 : Tests statistiques - résultats par rapport au niveau d'études



4. LIEN ENTRE LES RESULTATS DES PATIENTES ET LEUR SITUATION PROFESSIONNELLE

Nous avons mis en évidence un lien entre **la situation professionnelle et les résultats des patientes ($p < 0,05$) (figure 19)**. Les patientes sans emploi ont moins de bons résultats au questionnaire que les patientes qui travaillent.

Figure 19 : Tests statistiques - résultats par rapport à la situation professionnelle



Or nous avons mis en évidence un lien entre **le niveau d'études et la situation professionnelle ($p < 10^{-6}$)**. Les patientes qui ont fait des études supérieures travaillent plus que les patientes qui n'en ont pas fait.

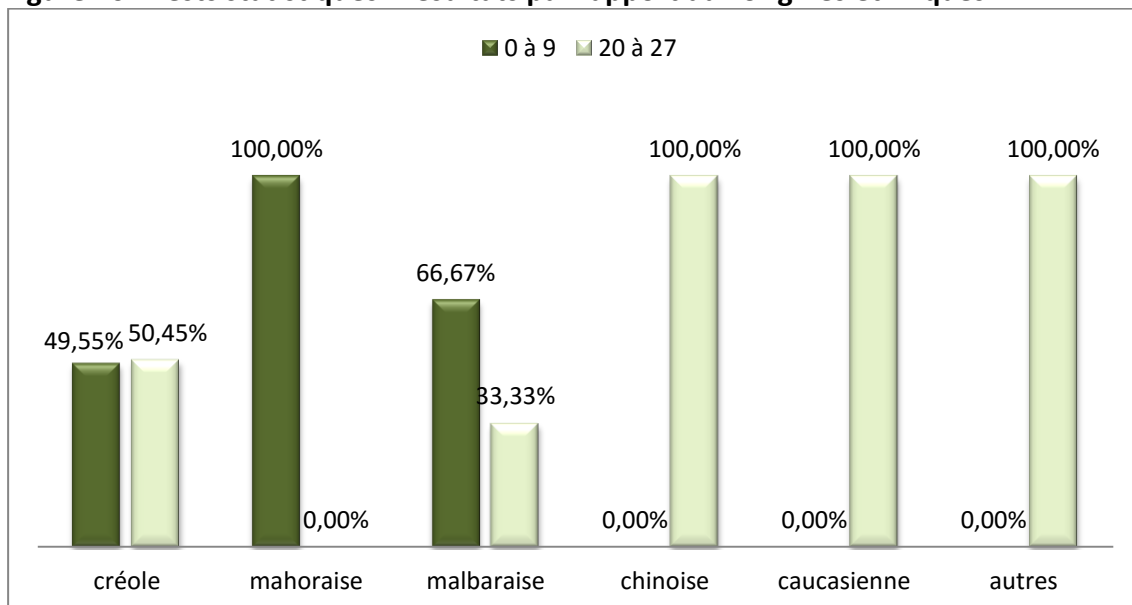
5. LIEN ENTRE LES RESULTATS DES PATIENTES ET LEURS ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRIQUES

Nous n'avons pas constaté de lien entre **les résultats des patientes et leurs antécédents gynéco-obstétriques que ce soit pour les IVG ($p = 0,432$) ou pour les naissances d'enfants ($p = 0,053$)**.

6. LIEN ENTRE LES RESULTATS DES PATIENTES ET LEURS ORIGINES ETHNIQUES.

Pour ce calcul statistique nous avons dû utiliser un test de Fisher, qui nous a permis de trouver une **différence significative entre les résultats des patientes selon leur origine ($p < 10^{-4}$)** (figure 20).

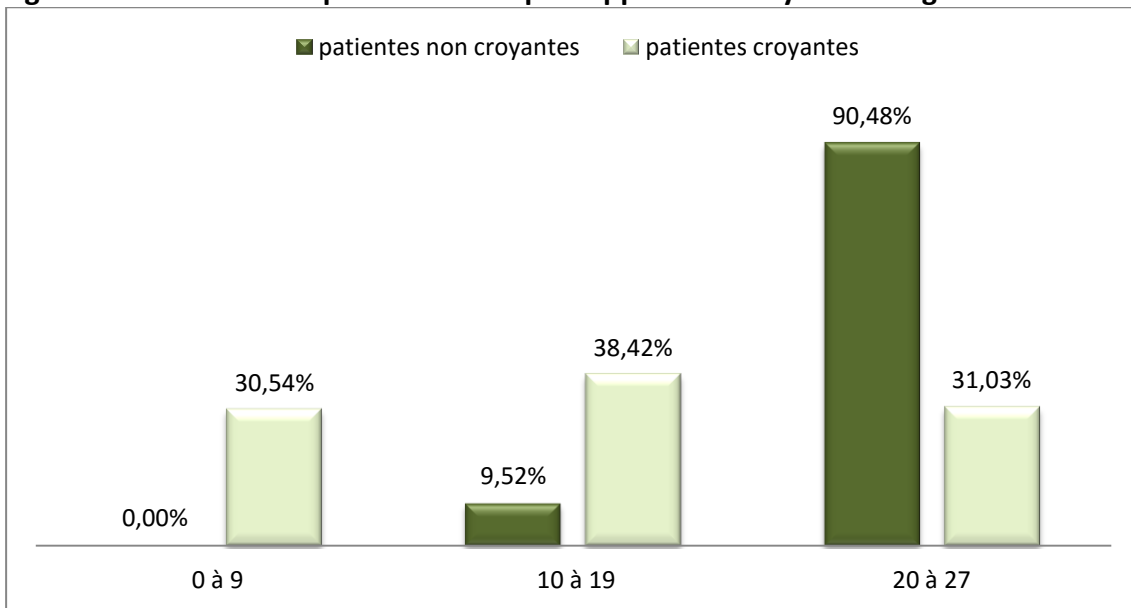
Figure 20 : Tests statistiques - résultats par rapport aux origines ethniques



Il faut rester prudent vis-à-vis de ces résultats du fait de la dissymétrie des effectifs des différentes populations représentées.

7. LIEN ENTRE LES RESULTATS DES PATIENTES ET LEURS CROYANCES RELIGIEUSES

Figure 21 : Tests statistiques - résultats par rapport aux croyances religieuses.



Nous avons pu mettre en évidence un lien entre les résultats des patientes au questionnaire et le fait qu'elles sont croyantes ou non ($p < 10^{-6}$) (figure 21)

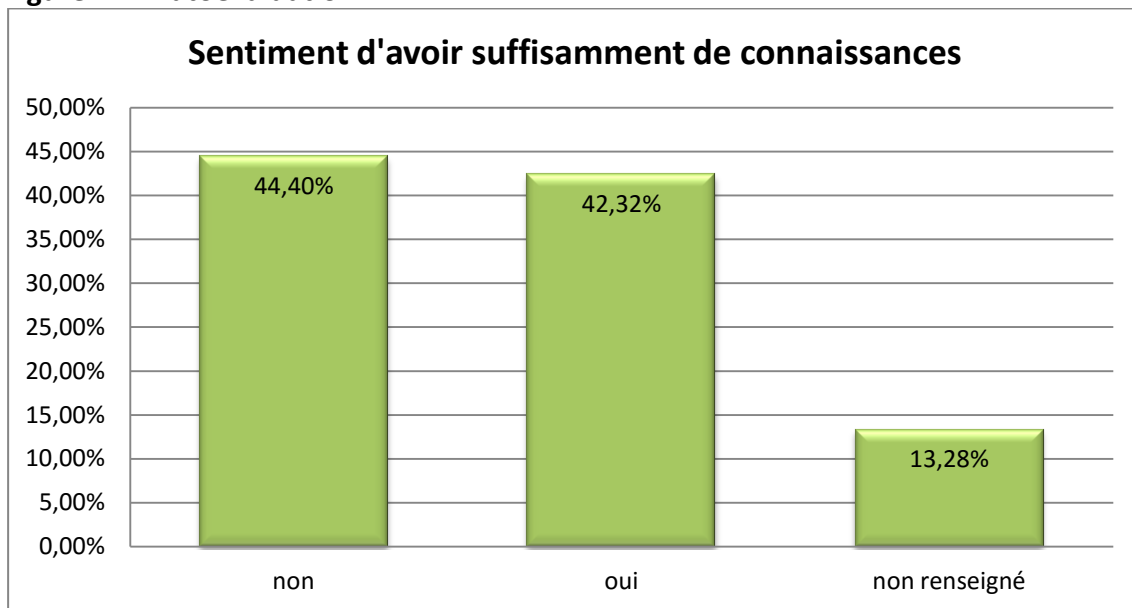
Il faut tout de même rester très prudent vis-à-vis de ces résultats du fait de la dissymétrie de l'échantillon (nombre de patientes non croyantes : 21, nombre de patientes croyantes : 213).

8. LIEN ENTRE LES RESULTATS ET LES DIFFICULTES A PARLER DE SEXUALITE.

Nous n'avons pas trouvé de lien entre les résultats des patientes et les difficultés qu'elles ont pu rencontrer à parler de sexualité ($p = 0,24022$).

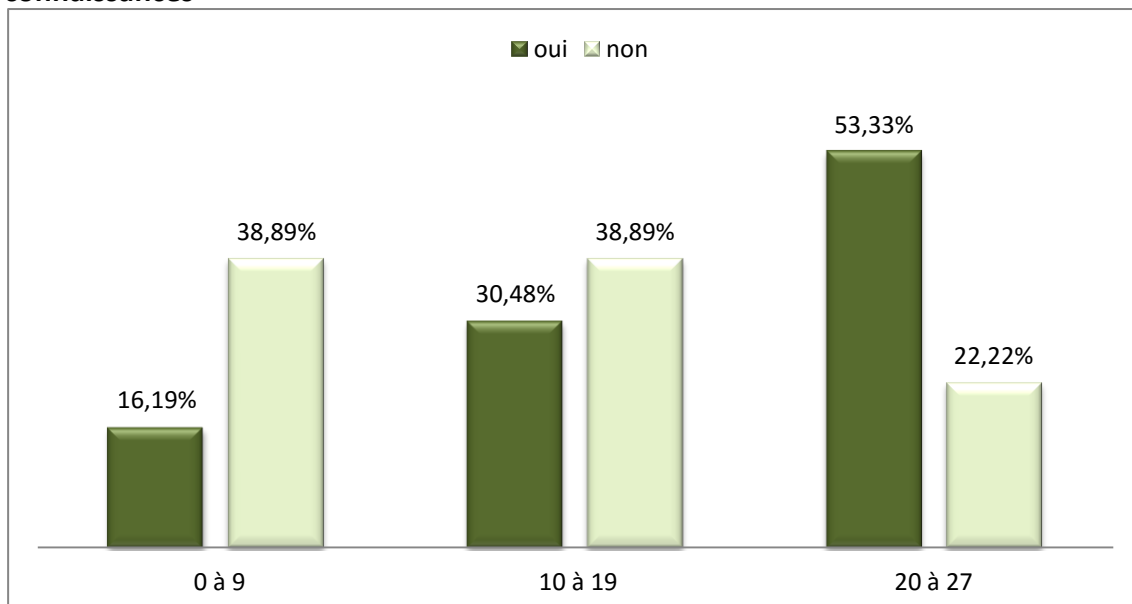
F. AUTOEVALUATION DES PATIENTES

Figure 22 : Autoévaluation



Le test KHI 2 nous a permis de mettre en évidence **un lien entre les résultats des patientes et leur sentiment d'avoir suffisamment de connaissances ($p < 10^{-6}$)** (figure 23). Les patientes qui ont de mauvais résultats au questionnaire pensent qu'elles n'ont pas suffisamment de connaissances.

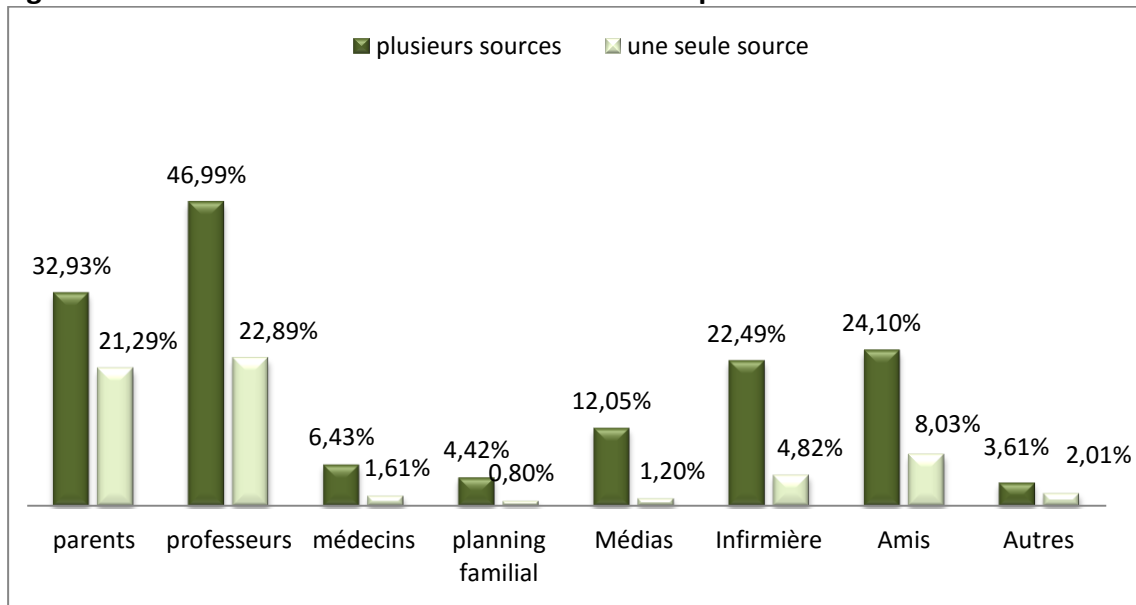
Figure 23 : Tests statistiques - résultats par rapport au sentiment d'avoir suffisamment de connaissances



G. PREMIERS INTERLOCUTEURS SUR LA REPRODUCTION

Afin d'interpréter les résultats nous avons voulu individualiser les sources d'information les unes des autres.

Figure 24 : Premières sources d'information sur la reproduction

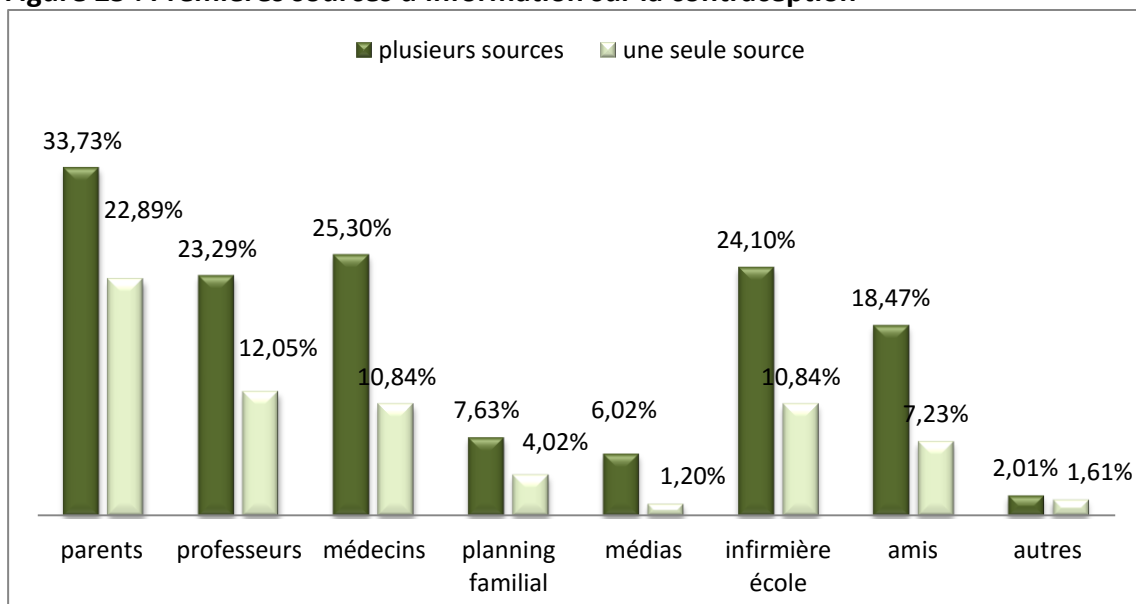


Au total 156 patientes (soit 62,65%) ont eu des renseignements auprès d'une seule source concernant la reproduction.

Quatre patientes n'ont pas répondu à cette question.

H. PREMIERS INTERLOCUTEURS SUR LA CONTRACEPTION

Figure 25 : Premières sources d'information sur la contraception

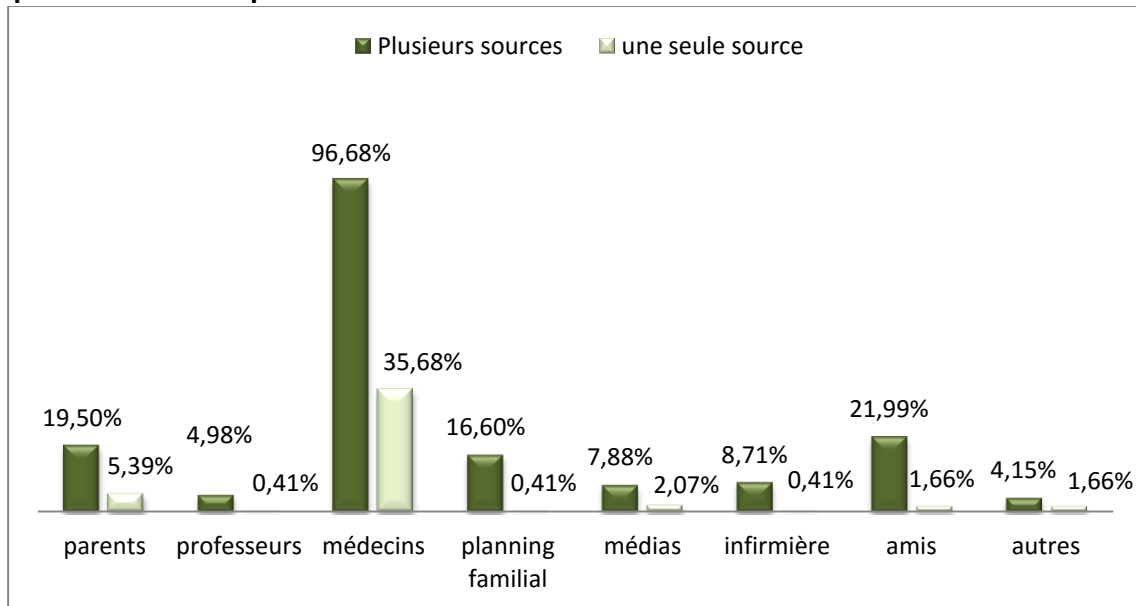


Cinq patientes n'ont pas répondu à cette question. Au total, 176 patientes (70,61%) ont eu des renseignements auprès d'une seule source concernant la contraception.

Nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre **les résultats des patientes selon leurs sources d'information pour la reproduction (p=0,0632) et pour la contraception (p=0,0631)**.

I. SOURCES D'INFORMATION QUE LES PATIENTES PENSENT UTILISER UNE FOIS LE QUESTIONNAIRE REMPLI.

Figure 26 : Sources d'information que les patientes pensent utiliser une fois le questionnaire rempli



J. CE QUE PENSENT LES PATIENTES DE CE QUESTIONNAIRE

A la question « avez-vous trouvé ce questionnaire intéressant ? », 188 patientes (soit 75,50%) ont répondu oui et 43 patientes n'ont pas répondu.

Parmi les 188 qui ont répondu oui, 85 (45,21%) ont donné leurs avis. Voici les remarques le plus souvent retrouvées (Annexe n°8 A) :

- Elles ont pu ainsi tester leurs connaissances et prendre conscience de leurs lacunes.
- Elles ont appris certaines choses.
- Certaines ont apprécié qu'on les questionne sur ce qu'elles savent. Une des patientes a exprimé le souhait que ce type d'évaluation soit plus fréquent.

Les patientes qui ont trouvé le questionnaire inintéressant et qui ont donné leur avis (5 patientes soit 12,5% des patientes qui trouvent le questionnaire inintéressant), ont trouvé le questionnaire trop compliqué, et pensent que c'est soit « du déjà vu », soit « une perte de temps » dans ce genre de situation (Annexe n°8 B).

V. DISCUSSION

A. CRITIQUE DE L'ETUDE

1. *LES POINTS FORTS DE L'ETUDE*

- Aucune étude évaluant les connaissances des femmes sur l'organe reproducteur féminin et la reproduction n'avait encore été réalisée à La Réunion. Notre étude apporte donc des connaissances nouvelles et des pistes pour de futures études sur le sujet.
- Nous avons pu constater grâce aux tests statistiques réalisés, que l'échantillon de notre étude est représentatif de la population de femmes qui se sont présentées dans le service d'IVG durant la période de l'étude.
- La puissance de notre échantillon a été suffisante pour réaliser des tests statistiques avec le test du KHI 2. Le test de Fisher a été utilisé à deux reprises pour des effectifs réduits.
- Les patientes semblent avoir apprécié d'être testées sur leurs connaissances, en témoigne le nombre de participantes au questionnaire et le nombre de commentaires positifs.
- Le questionnaire avait aussi un but éducatif puisque lorsque les patientes avaient fini de répondre, elles récupéraient un document avec les réponses aux questions.

2. *LES FAIBLESSES DE CETTE ETUDE*

LE QUESTIONNAIRE

Les patientes semblent avoir rencontré certaines difficultés pour répondre au questionnaire. Les raisons citées par les patientes sont :

- Il pouvait paraître trop long pour les patientes qui ne l'ont pas terminé.
- Certaines patientes ont trouvé que c'était « trop leur demander » de répondre à ce type de questionnaire alors qu'elles venaient de prendre une décision difficile pour elles.
- Les questions étaient jugées trop dures et certaines patientes ne comprenaient pas les énoncés.

On peut également penser que les patientes ont pu rencontrer les difficultés suivantes :

- Difficultés liées aux termes utilisés, trop scientifiques pour certaines. Deux termes différents ont été utilisés pour les trompes de Fallope (trompes de Fallope et trompes utérines) ce qui a pu induire certaines patientes en erreur.
- Barrière de la langue : certaines patientes ne parlaient pas le français suffisamment bien.

- Difficulté de représentation du corps humain sur un schéma.

LES RESULTATS

Les outils statistiques que nous avons utilisés ont pu entraîner des biais de confusion.

LA DISCUSSION

- Nous avons eu des difficultés à discuter des origines ethniques ou des croyances religieuses car nous n'avons pas trouvé de chiffres officiels sur ce thème à La Réunion. Par ailleurs, ces sujets se prêtent mieux à des enquêtes qualitatives de type socio-anthropologique.

3. LES BIAIS

Les biais inhérents à notre étude ont pu être :

- Les biais de sélection : il s'agit d'un échantillon non probabiliste de patientes volontaires. Néanmoins nous avons pu démontrer que l'échantillon est comparable par l'âge à l'échantillon dont il est issu.
- Les biais de confusion : on peut citer comme biais les caractéristiques sociodémographiques liées à l'âge.

B. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON

1. L'ÂGE (FIGURE 3)

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre notre échantillon et l'échantillon d'origine (ensemble des patientes qui ont consultées pour une IVG pendant la période de l'étude).

Ainsi nous pensons pouvoir extrapoler nos résultats à l'échantillon d'origine.

Nous n'avons pas les données sociodémographiques et effectifs des IVG de l'année 2014 ni sur le plan national ni sur le plan du département de La Réunion. Nous ne pouvons donc pas faire de tests statistiques de comparaison mais nous pouvons discuter nos résultats avec les données les plus récentes (2012).

En France métropolitaine, les chiffres de 2012 de la DREES (1) montrent que ce sont les femmes de **18 à 29 ans** qui ont le taux de recours à l'IVG le plus important. Dans les résultats statistiques de l'ORS de 2012 à La Réunion (10), elles représentent 57,43% des patientes consultant pour une IVG.

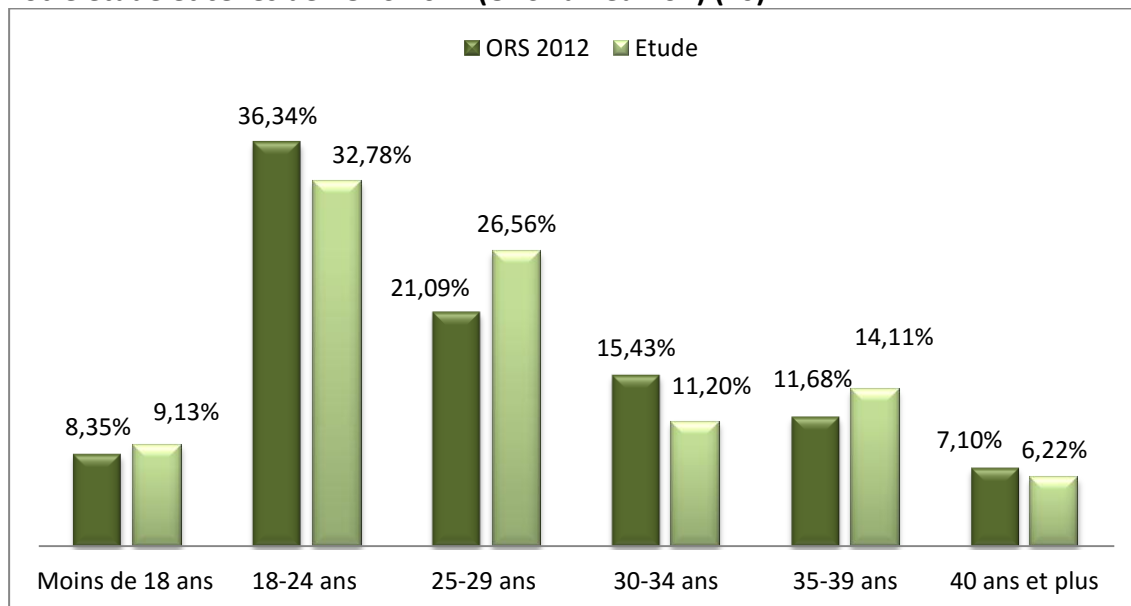
Dans notre échantillon, les femmes de 18 à 29 ans représentent près de 60% des patientes (59,34%).

L'âge moyen des patientes qui ont consulté pour une IVG en 2012 à La Réunion (ORS) (10) est de **26,9 ans**, l'âge médian est de **26 ans**. Dans notre étude l'âge moyen est de **26,39** et l'âge médian de **25 ans**.

La part des mineures représente 8,4% en 2012 à La Réunion (10) contre 9,13% dans notre étude.

Même si nous ne pouvons pas comparer statistiquement nos résultats, nous pouvons dire que notre échantillon présente des similitudes avec les chiffres officiels de 2012 que ce soit sur les plans national ou départemental.

Figure 27 : Comparaison des répartitions des IVG par classe d'âge entre les données de notre étude et celles de l'ORS 2012 (ORS La Réunion) (10)



2. LES PATIENTES DE NOTRE ETUDE : UNE POPULATION DIFFERENTE DES FEMMES VENUES POUR ACCOUCHER (FIGURE 4)

Nous avons trouvé une différence significative entre l'âge des patientes venues consulter pour une IVG et l'âge de celles venues pour accoucher à Saint Pierre pendant la période de notre étude.

Sur la Figure 4, on constate que la différence porte surtout sur les patientes **de 13 à 24 ans** et les patientes **de 25 à 34 ans**.

Les femmes de 13 à 24 ans semblent privilégier l'IVG plutôt que de poursuivre la grossesse. Se considèrent-elles trop jeunes pour avoir un enfant ? Ou est-ce parce que leur situation professionnelle ou personnelle est insuffisamment stable ?

La tendance s'inverse ensuite pour les patientes de 25 à 34 ans qui semblent préférer poursuivre leur grossesse.

Nous avons constaté lorsque nous avons comparé les situations professionnelles de ces deux groupes, que 54% des patientes de 25 à 34 ans travaillent contre seulement 14% des 14 à 24 ans.

En revanche on ne retrouve pas de différence significative en ce qui concerne leur situation de couple.

Ces données rejoignent l'hypothèse des sociologues de l'INED selon laquelle le fait d'avoir un enfant aujourd'hui nécessite de remplir certains critères dit de « normes procréatives » comme le fait d'avoir une situation professionnelle stable et une vie de couple stable (8). Ces données confirment également les constatations de l'étude KABP (16) selon lesquelles le contexte financier, professionnel et relationnel influence l'issue d'une grossesse non désirée.

Pour les femmes **de plus de 35 ans**, les conduites face à une grossesse semblent s'équilibrer. Elles sont aussi nombreuses à décider de garder la grossesse que de l'interrompre. Il semblerait donc que les patientes de cet âge choisissent proportionnellement plus l'IVG que la grossesse par comparaison avec les patientes de 25 à 34 ans.

On peut émettre l'hypothèse que c'est parce qu'elles ont déjà des enfants et qu'elles n'en désirent pas d'autres. Il y aurait donc eu grossesse accidentelle. Par échec de la contraception ou inefficacité de celle-ci ? Ou ces patientes se pensaient-elles trop âgées pour tomber enceinte (donnée retrouvée dans l'étude de la DREES de 2007 (4)) ?

Nous devons rester prudent à propos de ces résultats qui ne prennent pas en compte le nombre de grossesses non désirées passées inaperçues et pour lesquelles l'IVG n'était plus possible.

3. LES PATIENTES DE NOTRE ETUDE SONT PLUS SOUVENT CELIBATAIRES

D'après l'INSEE en 2012, 50% des femmes de 15 à 54 ans vivent en couple et **50% sont célibataires** à La Réunion(Annexe n°9, figure 34) (38).

Nous n'avons pas de chiffres officiels récents sur le sujet pour les patientes qui ont fait des IVG à La Réunion mais d'après les résultats de l'étude nationale de 2007 (39), les femmes qui ont subi une IVG sont plus souvent célibataires que dans la population générale.

Nous avons comparé nos résultats à ceux de la Thèse du Dr Blanchard. Son travail a été réalisé au cours de l'année 2013 auprès de patientes consultant pour une IVG à l'hôpital Gabriel Martin de Saint Paul.

Son travail montre que **59%** des femmes se présentant au service d'IVG de Saint Paul sont célibataires (40).

Dans notre étude, **58%** des patientes sont célibataires. Parmi celles-ci, 69% d'entre elles élèvent seules des enfants et 27,31% sont sans emploi.

4. LES PATIENTES DE NOTRE ETUDE TRAVAILLENT MOINS ET SONT PLUS EN FORMATION (FIGURE 6)

D'après les chiffres de l'INSEE de 2012, 45,5% des femmes de 15 à 54 ans à la Réunion sont sans emploi (le terme sans emploi regroupe les chômeurs, les retraitées, les femmes au

foyer et les autres inactifs), **13,8% sont en formation et 40,64% travaillent** (Annexe 9, figure 33) (41).

D'après le bulletin statistique de l'ORS, 46% des patientes qui ont consulté pour une IVG en 2012 sont sans emploi (20,7% sont au chômage et 25,6% sont femmes au foyer), **20% sont en formation et 31% travaillent** (10).

Dans l'étude du Dr Blanchard (2013), 41,1% des patientes interrogées ne travaillent pas (au chômage + sans emploi), **18,4% sont en formation et 36,4% travaillent**.

Dans notre étude, nous avons trouvé que près de la moitié des patientes sont sans emploi (49%), **20% sont en formation et 28% travaillent**.

Donc la proportion de patientes au chômage semble être quasiment la même dans la population générale et dans notre étude.

En revanche, on constate que les femmes qui travaillent sont moins représentées dans notre étude que dans la population générale alors que la proportion de femmes en formation est plus importante.

Ce qui va encore dans le sens de l'hypothèse de « normes procréatives » puisque ces femmes étant encore en formation n'ont pas encore de situation professionnelle stable.

5. LES PATIENTES DE NOTRE ETUDE FONT MOINS D'ETUDES SUPERIEURES

A la Réunion, d'après l'INSEE en 2012, un peu moins de **39% des femmes réunionnaises de 15 à 54 ans ont un niveau d'étude inférieur au bac**, un peu moins de 29% ont un niveau égal au Bac et 32% ont un niveau supérieur au bac (42).

Dans l'étude du Dr Blanchard (2013), 34,5% des femmes ont un niveau inférieur au bac, 22,6% un niveau équivalent au bac et 23,6% un niveau supérieur au bac.

Dans notre étude, nous avons constaté que **41% des patientes ont un niveau inférieur au bac**, 30,5% ont un niveau équivalent au Bac et 23% un niveau supérieur au Bac.

6. ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES (TABLEAUX 2 ET 3)

LES IVG ET LES NAISSANCES

En 2007, la DREES (39) montre qu'à La Réunion, parmi les femmes qui viennent consulter pour une IVG, **62%** viennent pour la première IVG alors que **34%** ont des antécédents d'IVG. De plus 71% de ces femmes ont déjà au moins un enfant.

D'après les chiffres de l'ORS en 2012, **42%** des patientes ont déjà réalisé au moins une IVG et **65,1%** ont déjà au moins un enfant.

L'étude du Dr Blanchard (2013) retrouve que **39%** des patientes ont déjà un antécédent d'IVG et **60,70%** ont déjà un enfant.

Dans notre étude, nous avons constaté que **41%** des patientes ont déjà fait au moins une IVG et **68%** des patientes ont déjà au moins un enfant (tableau 2 et 3).

Concernant plus précisément les antécédents d'IVG :

Nous avons constaté, sans surprise dans notre étude que les femmes plus âgées ont plus d'antécédents d'IVG (Annexe 4, figure 32).

Les patientes sans emploi ont plus d'antécédents d'IVG que les patientes en formation ou qui travaillent ce qui confirme à nouveau l'hypothèse de « norme procréative » de l'INED précédemment évoquée (8) (figure 8).

Enfin, les femmes qui ont déjà des enfants ont plus d'antécédents d'IVG (figure 9).

Comme nous l'avons signalé dans les biais de cette étude, il faut tenir compte dans ces résultats des biais de confusion entre l'âge et les données sociodémographiques.

En revanche nous n'avons pas trouvé de lien entre le niveau d'études et les antécédents d'IVG. Nous n'avons pas non plus trouvé de lien entre la situation de couple et les antécédents d'IVG.

LES CONTRACTIONS UTILISEES AVANT LA GROSSESSE ACTUELLE (TABLEAU 4).

Le but était avant tout de savoir quelles étaient les contraceptions connues et utilisées par les patientes de notre échantillon.

D'après l'INPES en 2011 (43), **55%** des femmes françaises utilisaient la pilule comme moyen de contraception, 10% le préservatif, 26% le stérilet et 4,7% utilisaient un autre moyen de contraception. Celles qui utilisaient une méthode naturelle étaient **1,2%**. Depuis, suite au débat médiatique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, la pilule n'est utilisée que dans 41% des cas en 2013 avec une augmentation de l'utilisation des techniques naturelles d'après certains auteurs.

D'après l'étude de la DREES en 2007, parmi les patientes qui consultent pour des IVG, **41%** des femmes utilisent la pilule comme moyen de contraception, 23% le préservatif, un tiers des femmes utilisent une méthode locale ou naturelle et 3% des patientes n'ont jamais utilisé de contraception (39).

Nos résultats sont différents puisque le préservatif a été utilisé par 64% des patientes et la pilule par 68% des patientes. **2,4%** des patientes n'ont jamais utilisé de contraception médicale. Enfin, **29%** des patientes concèdent avoir déjà utilisé des techniques non médicales de contraception (tisanes, le calcul du cycle, le retrait).

7. CONFESIONS RELIGIEUSES (TABLEAU 1)

Concernant la religion, on constate que les patientes de notre étude sont majoritairement croyantes.

La religion la plus représentée est la religion catholique (70%) puis la religion hindoue (10%) Les patientes athées représentent 9%.

Seule une patiente sur dix n'a pas répondu à cette question, la proportion de réponses semble relativement bonne pour une question d'ordre privé.

Nous n'avons pas pu comparer nos résultats avec ceux de l'étude KABP (16) faute de savoir le degré d'implication de ces patientes dans la religion qu'elles ont déclarée.

De plus s'agissant, comme pour l'origine ethnique d'un sujet délicat sur le plan éthique, nous n'avons pas trouvé de données précises officielles sur les religions à La Réunion.

Nous avons tout de même trouvé des chiffres non officiels auprès de sites internet non reconnus retrouvant les proportions suivantes de religion à La Réunion : les chrétiens représentent environ 85% de la population, les hindous 7%, et les musulmans 2%, les bouddhistes représentent moins de 2% de la population.

8. *ORIGINE ETHNIQUE (FIGURE 7)*

La majorité des patientes sont d'origine créole. Les patientes caucasiennes et malbares représentent chacune environ 10% de notre échantillon. Les mahoraises sont en minorité et représentent moins de 3% de notre échantillon.

Nous avons tout de même trouvé des chiffres non officiels auprès de sites internet non reconnu retrouvant les proportions suivantes d'ethnies à La Réunion : les créoles réunionnais représentent environ 57,83% de la population, les blancs 22,20%, les métropolitains 0,41%, les malbars 5,14%, les chinois environ 1,8%, les malgaches 1,44%, et les comoriens 0,07%.

Enfin les origines malgaches et africaines n'étaient pas proposées. Ceci peut expliquer le nombre de patientes ayant coché la case « autre » (une patiente sur dix).

9. *CONCLUSION : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON.*

Les patientes qui ont accouchées sont différentes en ce qui concerne leur âge de celles qui ont consultées dans le service d'IVG pendant la période de notre étude.

Dans notre échantillon nous avons constaté de plus fortes proportions de patientes célibataires, en formation et avec un niveau d'études faible donc avec des situations personnelles et professionnelles instables.

Il semble que les décisions des patientes sur le devenir d'une grossesse non désirées répondent à certains critères sociodémographiques difficilement modifiables. Cette constatation rejoint le point de vue de l'INED(8) et de l'étude KABP (16) réalisée à La Réunion.

Nous allons donc tenter de déterminer dans la suite de notre discussion, les connaissances sur la reproduction et la contraception des patientes de notre étude afin de déterminer les meilleurs moyens d'action.

C. QUELLES SONT LES SOURCES D'INFORMATION DES PATIENTES SUR LA REPRODUCTION ET LA CONTRACEPTION ?

1. *LES PREMIERES SOURCES D'INFORMATION SUR LA REPRODUCTION ET LA CONTRACEPTION (FIGURES 24 ET 25).*

Dans notre étude il ressort que, la source principale des patientes sur la reproduction et la contraception est la famille, suivie de l'école puis des amis et des infirmiers scolaires. Les professionnels de santé sont très peu nommés comme sources d'information.

Ces résultats sont différents de l'étude KABP (16), où les femmes qui y ont participé ont répondu que leur première source d'information sur la contraception est d'abord l'école, puis les professionnels de santé, un membre de la famille, les amis et enfin les médias.

Le fait que les patientes de notre échantillon acquièrent plus de connaissances sur la reproduction et la contraception par le biais de leur famille que des professionnels (santé et éducation nationale) peut-il jouer un rôle dans la qualité de leurs connaissances ?

Nous n'avons pas trouvé de lien entre les résultats des patientes et les sources d'information qu'elles ont utilisées pour s'informer.

D'une manière plus détaillée.

LES PARENTS

La source privilégiée des patientes reste les parents que ce soit sur la reproduction ou la contraception ; même lorsqu'ils sont les seuls interlocuteurs (figures 24 et 25). Ce résultat ressort au travers des commentaires que les patientes ont laissés à la question sur les difficultés à parler de sexualité. Elles évoquent beaucoup de problèmes de communication qu'elles ont pu rencontrer avec leurs parents (Annexe n° 7).

LES PROFESSEURS

Ils ont une place particulière surtout dans l'apprentissage de la reproduction. Près de la moitié des patientes disent avoir appris la reproduction auprès de leurs professeurs. Pour ce qui est de la contraception leur rôle semble également important.

LES AMIS

Un quart des patientes ont eu des informations sur la reproduction auprès d'ami(e)s et environ une patiente sur cinq pour la contraception. Aborder ce genre de sujet avec des personnes de son âge semble plus facile, les amis sont plus disponibles.

LES INFIRMIERS SCOLAIRES

Ils ont un rôle important dans la formation à la reproduction ou la contraception. Ce rôle tient à leur statut particulier : à la fois professionnels de santé et impliqués dans la vie scolaire de l'établissement.

LES MEDECINS

Ils semblent avoir un rôle mineur dans l'apprentissage sur la reproduction (6,43% des patientes citent cette source d'information).

En revanche, ils semblent plus intervenir dans l'information sur la contraception puisque un quart des patientes les nomment.

Enfin, le planning familial n'est pas une source privilégiée, que ce soit sur la reproduction comme sur la contraception puisque moins d'une patiente sur dix l'a utilisé comme source d'information.

Quant aux médias, ils ont été une des sources d'information sur la reproduction pour environ 1 patiente sur 10, mais le plus souvent associés à d'autres sources.

2. SOURCES D'INFORMATION PRIVILEGIEES UNE FOIS LE QUESTIONNAIRE REMPLI (FIGURE 26).

A l'issue du questionnaire, les patientes semblent privilégier beaucoup plus le médecin (97%) comme interlocuteur en cas de besoin.

Il y a un biais probable dans ces réponses, car les patientes savent que cette étude est réalisée par un médecin.

Ou, est-ce aussi parce qu'elles ont pris conscience de leurs lacunes et qu'elles pensent qu'un médecin répondra plus précisément à leurs questions ? Enfin, le fait qu'elles s'apprêtent à rencontrer un médecin peut jouer un rôle.

D. LES CONNAISSANCES DES PATIENTES

1. CONNAISSANCES SUR L'ANATOMIE DES ORGANES DU PELVIS

Pour discuter nos résultats, nous avons utilisé les résultats du mémoire de Mme Corré Labat, sage femme (37), sur lequel nous nous sommes appuyés pour la construction du questionnaire. Rappelons que la population sur laquelle a été réalisée cette étude n'est pas comparable à la nôtre et que l'étude avait été réalisée sur un plus faible échantillon.

Nous avons résumé les résultats de notre étude et ceux de ce mémoire dans les tableaux suivants :

Tableau 10 : Tableau comparatif entre notre étude et le mémoire – réponses justes au schéma n°16

| Partie anatomique | Pourcentage de réponses justes | |
|-------------------|--------------------------------|---------|
| | Notre étude | Mémoire |
| Hymen | 37% | 6% |
| Méat urinaire | 45% | 9% |
| Clitoris | 49% | 55% |
| Vagin schéma 1 | 56% | 64% |
| Petites lèvres | 59% | 36% |
| Grandes lèvres | 67% | 58% |
| Anus | 69% | 90% |

Tableau 11 : Tableau comparatif entre notre étude et le mémoire – réponses justes au schéma n°17

| Partie anatomique | Pourcentage de réponses justes | |
|--------------------|--------------------------------|---------|
| | Notre étude | Mémoire |
| Col | 50% | 46% |
| Utérus | 53% | 75% |
| Vagin schéma 2 | 65% | 75% |
| Trompes de Fallope | 76% | 84% |
| Ovaires | 80% | 87% |

Dans les deux études nous avons constaté une difficulté pour les patientes à localiser les différentes parties anatomiques qu'on leur a demandées sur les schémas anatomiques. Il nous a semblé que les patientes ont plus de facilités à répondre au schéma n°17 (correspondant aux organes reproducteurs). Dans les deux études les trompes de Fallope et les ovaires sont les organes reproducteurs les plus facilement localisés sur les schémas.

Plus précisément dans notre étude, les patientes ont mieux répondu au schéma n°17 puisque 110 patientes (soit 44%) ont répondu tout juste. Par exemple pour le vagin, 10% de plus des patientes le localisent dans le schéma n°17 par rapport au schéma n°16.

Il est probable que ce résultat découle du fait que ce schéma est le plus ressemblant à celui appris par les patientes au collège ou parce que c'est celui qui est le plus souvent repris dans les médias.

En revanche, seules 49 patientes (19%) ont eu tout juste au schéma n°16 or c'est celui qui s'approche le plus de l'anatomie externe de la femme. Leurs connaissances en anatomie sont médiocres dans notre étude puisque seules 19% des patientes ont bien légendé les deux schémas.

Dans une étude réalisée dans cadre du mémoire d'une sage femme en 2004 dans la maternité de Rennes auprès de 154 femmes nullipares (44), l'auteur a cherché à déterminer ce que les patientes savent de l'anatomie de leur périnée. Les résultats montrent que 61% des femmes ne savent pas à quoi correspondent les trois orifices du périnée. Dans notre étude les chiffres sont comparables puisque 66% des patientes ne semblent pas pouvoir les localiser sur le schéma n°17.

Selon une étude médiatisée menée en 2014 sur 1000 femmes britanniques par une association contre le cancer du col (Eve Appeal) la moitié des femmes de 26-35 ans sont incapables de retrouver l'emplacement de leur vagin sur un schéma anatomique (45). D'après les auteurs de cette étude les résultats sont meilleurs chez les femmes âgées de 66 à 75 ans qui sont 80 % à savoir situer leur vagin sur un schéma. De même elles sont 8 sur 10 à localiser les ovaires, et 9 sur 10 l'utérus. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de niveau de preuve concernant cette étude réalisée uniquement sur la base d'interviews.

Dans notre étude, 61,5% des patientes de 26 à 35 ans pour le schéma n°16 et 70% pour le schéma n°17 ont su localiser le vagin. Seulement deux patientes sur trois savent localiser le vagin sur un schéma.

2. CONNAISSANCES SUR LE FONCTIONNEMENT PHYSIOLOGIQUE DES ORGANES DU PELVIS

Nous avons à nouveau réalisé un tableau comparatif entre les résultats de notre étude et ceux du mémoire de Mme Corré Labat.

Tableau 12 : Tableau comparatif entre notre étude et le mémoire – Fonctionnement des organes reproducteurs

| Organes | Pourcentage de réponses justes | |
|------------------|--------------------------------|------------|
| | Notre étude | Mémoire |
| Trompes utérines | 32,5% | 32% |
| Menstruations | 45% | 75% |
| Ovulation | 47% | <5% |
| Utérus | 47% | 74% |
| Vagin | 52% | 67% |
| Ovaires | 57% | 43% |
| Fécondation | 76% | 87% |

Les patientes de notre étude semblent moins bien connaître le rôle de l'utérus et du vagin dans la reproduction que les femmes du mémoire de Mme Corré Labat.

CONCERNANT LE CYCLE MENSTRUEL (ANNEXE N°5)

45% des femmes ne savent pas quand commence leur cycle menstruel.

CONCERNANT LES MENSTRUATIONS

47% des femmes ne savent pas à quoi elles correspondent. Parmi ces femmes, 22% pensent que les règles sont une partie de l'embryon non fécondé et 43% qu'elles débutent au 14^e jour du cycle.

Etant donné la différence entre nos résultats (45% de réponses justes) et ceux du mémoire de Mme Corré Labat réalisé en métropole (75%), on peut se demander le rôle qu'ont pu jouer les croyances réunionnaises qui veulent que les menstruations soit le sang de l'embryon non fécondé par la semence du partenaire (14).

CONCERNANT L'OVULATION

54% des femmes ne savent pas ce qu'est l'ovulation. Parmi elles 15% pensent qu'il s'agit de la nidation. En revanche, il n'y a que 0,8% des femmes qui pensent que lorsqu'on a un cycle de 32 jours on ovule au 14^e jour.

CONCERNANT LA FECONDATION

24% des patientes ne savent pas ce qu'est la fécondation. La question sur la fécondation est celle qui recueille le plus de bonnes réponses parmi les questions sur le fonctionnement physiologique de la reproduction avec 76% de réponses justes.

Nous avons également souhaité déterminer si les patientes savent quelles sont les fonctions la vessie et le rectum en plus des organes reproducteurs. Il semble que les patientes savent mieux la fonction de la vessie (81%) que celle de l'utérus (47%) et des autres organes reproducteurs.

Alors à quoi est due cette différence ?

On en revient à la réflexion sur le sujet tabou entourant le sexe.

Il paraît plus simple pour les patientes de parler de la vessie que de leurs organes reproducteurs peut-être parce que la vessie est un organe plus parlant sur le plan symptomatique.

3. *LES CROYANCES*

En ce qui concerne les croyances des patientes sur la reproduction et la contraception, nous avons comparé nos résultats à ceux trouvés dans une thèse réalisée en 2013 par le Dr Blanchard (40) et dans l'étude KABP réalisée à La Réunion en 2012 (16).

LA GROSSESSE

Dans notre étude 83% des patientes savent que l'on peut tomber enceinte au premier rapport sexuel et un peu moins de 6% pensent que non. Dans l'étude du Dr G. Blanchard, 79% savent que l'on peut tomber enceinte au premier rapport sexuel et un peu moins de 10% pensent que non.

En revanche dans notre étude, on note qu'une patiente sur dix pense qu'il faut plusieurs rapports sexuels pour tomber enceinte, ce qui rejoint les croyances locales selon lesquelles l'embryon doit être nourri avec la semence du père à plusieurs reprises pour grandir (14).

LES CONTRACTIONS

Concernant le stérilet la proportion de femmes qui pensent qu'on ne peut pas le poser chez une femme nullipare reste élevée. Dans notre étude, 23% des femmes pensent qu'on ne peut pas contre 47% dans l'étude du Dr Blanchard. Dans l'étude KABP, 41,5% des femmes pensent qu'il faut avoir déjà eu des enfants pour se faire poser un stérilet.

Un peu moins de 5% des femmes de notre étude pensent que le stérilet fait mal au partenaire contre 30% dans l'étude KABP (16).

LA PILULE DU LENDEMAIN

Concernant la pilule du lendemain les patientes sont globalement bien informées puisqu'elles sont moins de 5% à répondre faux aux questions concernant le sujet.

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSES

D'après l'étude KABP (16), 7,5% des femmes pensent que l'IVG est un mode de contraception comme un autre alors que seules 3,34% des patientes de notre étude le pensent.

4. *CONCLUSION : LES CONNAISSANCES DES PATIENTES DE L'ETUDE*

Ce que nous pouvons dire sur les connaissances des patientes :

- Les résultats des patientes ne sont globalement pas bons,
- Les connaissances que les patientes acquièrent au cours de leur cursus scolaire semblent biaisées par des croyances culturelles réunionnaises,
- Les sources d'information ne semblent pas être utilisées de manière optimale.

Discussion sur la figure 14 résumant les connaissances des patientes :

Il semble que le domaine dans lequel les patientes ont le plus de connaissances est l'anatomie.

Néanmoins comme nous l'avons constaté, les patientes ne connaissent pas bien le schéma du périnée (n°16) : peut-être serait-il intéressant de l'insérer dans les cours au collège ? De plus, certaines patientes ont des difficultés à se représenter leur corps sur un schéma : peut-être serait-il intéressant d'utiliser des mannequins comme modèle lors des cours de SVT.

Les patientes ont eu plus de difficultés à répondre aux questions impliquant les croyances sur la grossesse et la contraception (10% des patientes pensent que « plusieurs rapports sexuels pour tomber enceinte », 22% des patientes pensent que « les règles sont une partie de l'embryon non fécondé »).

Les fausses croyances des patientes sur la reproduction et la contraception semblent encore très importantes chez les patientes de notre étude. Il semble donc important de prendre en considération et d'évoquer ces croyances lors des consultations pour pouvoir apporter une information correcte.

Un tiers des patientes ont plus de 20 bonnes réponses. Certaines patientes de notre étude disposent donc de bonnes connaissances sur la reproduction et les organes reproducteurs. Elles consultent malgré tout pour une IVG. Ces femmes représentent sans doute celles sur lesquelles la prévention des grossesses non désirées n'agira pas puisqu'elles ont les connaissances nécessaires (8).

On peut tout de même se poser les questions suivantes :

- les connaissances que nous avons testées ne sont-elles pas celles nécessaires pour prévenir les grossesses non désirées ? En effet, Il est difficile de déterminer les connaissances nécessaires pour prévenir une grossesse non désirée. Nous avons décidé de limiter les connaissances testées dans ce questionnaire aux notions d'anatomie, de physiologie et de contraception. Peut-être était-ce trop ou au contraire insuffisant ?
- la façon de transmettre les informations sur la reproduction et les organes reproducteurs n'est peut-être plus adaptée pour prévenir une grossesse non désirée. La dernière réforme de l'éducation sexuelle à l'école date de 2003 et les mentalités des patientes ont pu évoluer.

Pour optimiser cet apprentissage, on peut s'intéresser aux sources d'information des patientes.

On pourrait par exemple :

- motiver les professeurs à donner plus d'informations sur la contraception,
- conseiller les parents sur la façon d'aborder ces informations avec leurs enfants,
- créer des consultations chez le médecin dédiées à la sexualité, où l'adolescent(e) sera libre de poser toutes les questions qu'il désire.

Enfin, il reste une partie des patientes (avec de moins bons résultats) pour lesquelles on peut améliorer les connaissances et ces patientes semblent avoir envie d'en savoir plus. En effet, une majorité des patientes ont trouvé ce questionnaire intéressant et formateur. On peut d'ailleurs penser qu'elles sont d'autant plus motivées qu'elles ont conscience de leurs lacunes (les patientes qui ont moins de bonnes réponses pensent qu'elles n'ont pas suffisamment de connaissances, $p < 10^{-6}$).

E. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTES QUI ONT MOINS DE BONNES REPONSES

Nous avons constaté dans nos résultats certaines caractéristiques des patientes qui ont moins de connaissances que les autres sur la reproduction et les organes reproducteurs.

1. LES PATIENTES AVEC MOINS DE BONNES REPONSES SONT PLUS JEUNES (FIGURE N°15).

La plus jeune des patientes de l'étude a 14 ans, elle est donc en âge d'avoir eu les cours sur la reproduction en classe de 4^{ème} tout comme les autres patientes de l'étude.

Dans l'échantillon on compte 22 patientes mineures dont 18 ont un niveau inférieur au bac. Or si on regarde le nombre de bonnes réponses chez les mineures, elles ne sont que 3 à avoir plus de 20 bonnes réponses.

Elles n'ont donc pas acquis les connaissances enseignées en 4^{ème}, qui étaient testées dans notre questionnaire.

En revanche les patientes plus âgées ont plus de connaissances : une hypothèse pour expliquer ce résultat est que ces patientes ont approfondi leurs connaissances au fil du temps.

Néanmoins étant donné la valeur faible de notre p ($p=0,0237$), on peut discuter cette conclusion : en effet les patientes plus âgées n'ont pas que des bonnes réponses et les plus jeunes n'ont pas que des mauvaises réponses.

Donc au-delà de leur âge, il faut tenir compte aussi des capacités d'acquisitions des patientes qui n'ont pas de lien avec l'âge. Certaines patientes jeunes sont capables de retenir les connaissances et certaines patientes plus âgées ne le sont pas.

2. LES PATIENTES AVEC MOINS DE BONNES REPONSES ONT MOINS FAIT D'ETUDE (FIGURE 18)

On peut penser que moins les patientes ont fait d'études moins et elles ont pu approfondir leurs connaissances. On peut aussi penser que les patientes qui n'ont pas fait d'études supérieures ont moins les capacités de comprendre et d'assimiler ces connaissances.

Notre p dans ce test est très inférieur à 5% ($<10^{-9}$), on peut donc affirmer que le niveau d'études joue un rôle très important dans l'acquisition des connaissances que nous avons testées.

Certains auteurs ont démontré que le nombre d'années d'études supérieures réalisées a un rôle important sur le taux de fécondité, le recul de l'âge du mariage et l'utilisation de contraceptions chez les femmes (46). Plus une femme a fait des études longues et moins elle a d'enfants.

Ces auteurs ont également ajouté que le contexte socioéconomique du pays dans lequel les femmes vivent est aussi un facteur influençant la fécondité.

3. LES PATIENTES AVEC MOINS DE BONNES REPONSES SONT PLUS SOUVENT CELIBATAIRES (FIGURES 16 ET 17).

Le premier test qui différencie les situations de couples « mariées, pacsées » et en couple ne montre pas de différences significatives claires avec un $p=5\%$ (figure 16).

En revanche le deuxième test qui ne différencie pas les situations de couple retrouve un $p<5\%$ (figure 17).

La stabilité du couple que l'on peut imaginer dans un couple marié ou pacsé n'a donc pas de lien avec le nombre de bons résultats.

Les patientes célibataires ont moins de bonnes réponses que les patientes en couple.

On peut supposer que, parce qu'elles sont célibataires, elles ont moins l'occasion de se questionner et de s'intéresser aux thèmes entourant la sexualité.

4. LES PATIENTES AVEC MOINS DE BONNES REPONSES SONT PLUS SOUVENT SANS EMPLOI OU EN FORMATION (FIGURE 19).

Les patientes qui sont sans emploi ou en formation ont moins de bonnes réponses que les patientes qui travaillent avec un $p<5\%$.

Comme attendu, il existe un lien fort entre le niveau d'études des patientes et leur situation professionnelle ($p<10^{-6}$).

On peut penser que la valeur de notre p entre le nombre de bonnes réponses et la situation professionnelle est induite par ce lien. Il y a probablement biais de confusion entre la situation professionnelle et le niveau d'études.

5. LES FEMMES QUI ONT DÉJÀ FAIT DES IVG ET ONT DÉJÀ DES ENFANTS N'ONT PAS PLUS DE BONNES REPONSES

Ces résultats vont à l'encontre de ce qu'on aurait imaginé. En effet on peut penser qu'une patiente qui a déjà des enfants a plus de connaissances sur son corps qu'une femme qui n'a jamais accouché.

De même, on imagine qu'une femme qui a déjà fait une IVG a également plus de connaissances.

De plus, ces femmes qui sont mères sont aussi les interlocutrices de leurs filles concernant la reproduction.

Il faut tout de même rester prudent concernant les femmes qui ont déjà des enfants étant donné la valeur du p ($p=0,053$). Certaines femmes ont de meilleurs résultats au questionnaire que d'autres. Il est possible que ce soit lié au nombre d'enfants qu'elles ont eut. Nous n'avons pas réalisé de tests statistiques nous permettant de chercher un lien entre le nombre d'enfants et les résultats.

6. *LES PATIENTES NON CROYANTES ONT PLUS DE BONS RESULTATS (FIGURE 21)*

La dissymétrie des effectifs des deux échantillons testés nous astreint à une grande prudence dans l'interprétation de ces résultats.

En effet, dans notre étude 21 patientes sont athées et 213 patientes sont croyantes.

Cependant il semble y avoir un rôle de la religion dans les connaissances des femmes sur leur appareil reproducteur et la reproduction. Ce rôle reste encore à être étudié de façon plus approfondi lors d'études qualitatives.

7. *LES RESULTATS DIFFERENTS SELON LES ORIGINES ETHNIQUES DES PATIENTES (FIGURE 20)*

Encore une fois la dissymétrie des effectifs des échantillons testés nous pousse à la plus grande prudence vis-à-vis de ces résultats.

Il semble que les patientes mahoraises sont celles qui ont le moins de connaissances (figure n°20).

On sait que l'histoire de la scolarisation à Mayotte est récente (1973) et aujourd'hui persiste un niveau d'illettrisme important (73% parmi les jeunes mahorais) (47). Ajoutons à cela le fait que la majorité de la population est de confession musulmane.

Ces constatations pourraient expliquer les résultats des Mahoraises dans notre étude puisque le niveau d'études a un lien fort avec le nombre de bonnes réponses.

Les patientes qui ont de meilleurs résultats sont celles d'origine chinoise, caucasienne et d'origine « autre ».

8. *LES DIFFICULTES A PARLER DE SEXUALITE N'INFLUENT PAS SUR LE NOMBRE DE BONNES REPONSES*

Le fait que la sexualité reste un tabou pour une patiente sur trois n'explique pas le manque de connaissances.

Même si ces patientes ont des difficultés à parler de sexualité avec leurs parents, elles réussissent à acquérir des connaissances autrement.

Une étude réalisée dans une maternité de Rennes en 2004 chez des femmes de 26 à 30 ans nullipares (44), montre que 19% des femmes considèrent que le périnée est un sujet délicat à aborder. La population de cette étude est différente de la nôtre, mais les patientes y ont plus de difficultés à parler de sexualité. Cette difficulté peut-elle avoir un rôle dans les grossesses non désirées ?

9. CONCLUSION : LES PATIENTES QUI ONT LE MOINS DE BONNES REPONSES

Nous avons remarqué que les caractéristiques sociodémographiques constituent un biais de confusion avec l'âge.

Nous n'avons pas pu réaliser de tests statistiques (comme le test de Cochran-Mantel-Haenszel) pour éliminer les biais de confusion car cela aurait nécessité un échantillon de taille plus important.

Nous pouvons tout de même conclure que le niveau d'études et l'âge sont les deux facteurs prédominant influençant les résultats des patientes au questionnaire.

Concernant l'âge, étant donnée la valeur du p relativement élevé (0,02), il serait intéressant d'approfondir la question des patientes plus âgées lors d'une étude qualitative afin d'adapter le programme de prévention à leurs besoins.

Concernant le niveau d'études, il est un facteur fort influençant les connaissances des patientes de notre étude ($p < 10^{-9}$). Il est donc apparemment important de porter notre attention surtout sur les patientes qui ont un niveau d'études bas et donc sur les patientes jeunes.

Il semble également nécessaire d'après nos résultats de porter une attention particulière aux populations mahoraises et ce du fait du bas niveau d'éducation scolaire dans ce département.

Pour finir, les patientes qui ont le moins de bons résultats sont des patientes jeunes, avec un bas niveau d'études, le plus souvent célibataires et sans emploi or ce sont aussi celles qui sont majoritaires dans notre échantillon.

Nous avons vu plus haut dans la discussion que les critères sociodémographiques instables influencent la décision de faire une IVG.

Donc, il semble important à la fois d'agir sur ces critères en prévenant les situations de précarité et sur la potentialisation des connaissances des patientes.

F. PROBLEMES ET SOLUTIONS PROPOSEES

1. *SUR LE PLAN LOCAL*

FORMER LES SOURCES

Notion importante, la reproduction et la contraception sont encore considérées comme des tabous par les patientes, ce qui peut se comprendre puisqu'ils touchent à leur intimité. Puisqu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder, les patientes doivent pouvoir choisir la source d'information qu'elles désirent.

On sait que les parents sont les premiers interlocuteurs.

Aujourd'hui il n'existe plus de formation pour les parents. Nous avons vu que les femmes qui ont déjà eu des enfants n'ont pas plus de connaissances que les autres sur la reproduction. Il paraît donc indispensable de les former et de leur donner des conseils pour qu'ils informent à leur tour leurs enfants.

On peut éventuellement proposer des formations en groupes aux parents et tout particulièrement aux mères à La Réunion. On pourrait également envisager de leur proposer d'être présents lors des formations de leurs enfants ce qui leur permettrait de faciliter la discussion de retour à la maison.

AIDER LES SOIGNANTS

On s'est rendu compte d'après les données recueillies auprès des patientes que les médecins généralistes n'ont pas un rôle important dans cette information. Il est probable que leur statut de médecin de famille puisse entraîner une certaine réserve de la patiente mais également du médecin (qui parfois connaît la patiente depuis son enfance) (35).

Une solution que l'on pourrait apporter aux médecins serait de proposer un questionnaire que les patientes rempliraient seules dans la salle d'attente qui pourrait aider la patiente à entamer une discussion sur le sujet et servir de support aux questions du médecin.

Enfin il faut sensibiliser les médecins et les équipes soignantes aux croyances des patientes réunionnaises en insistant sur la nécessité de donner des informations complètes aux patientes dès que possible et en n'hésitant pas à les répéter.

Il semble notamment selon certains auteurs, que les patientes cherchent plus à s'informer et sont plus à l'écoute de leurs corps lorsqu'elles sont enceintes (44). Cette période de la vie d'une femme semble être le moment idéal pour les aider à comprendre leur corps.

2. *SUR LE PLAN NATIONAL*

UN PROGRAMME POUR L'EDUCATION SEXUELLE

Comme proposé par l'OMS, l'éducation sexuelle doit être encadrée par des enseignants de plusieurs matières (26).

Car elle nécessite à la fois des connaissances scientifiques et des règles de savoirs vivres en société qui touchent à plusieurs disciplines.

Ce système fait sa faiblesse aussi. La manière peu structurée dont est enseignée l'éducation sexuelle ne lui donne pas de valeur réelle et lui fait perdre son intérêt aux yeux des élèves.

Il manque un programme clair et pour chaque matières concernées.

De même d'après l'OMS, pour que l'éducation sexuelle ne soit plus considérée comme un « sous enseignement » et surtout pour mesurer son efficacité, il est important de tester les acquis des jeunes femmes.

Pour finir, les patientes avec un niveau d'études inférieur au Bac ont moins de connaissances que celles qui ont un niveau supérieur au Bac, ce qui vient raviver le débat sur l'éducation sexuelle à l'école primaire.

GUIDER LES JEUNES FEMMES

L'autre rôle que l'on pourrait allouer aux professeurs, médecins et parents des jeunes femmes est celui de guide.

En effet, on peut penser que parce que le questionnaire était anonyme, elles ont répondu honnêtement. Elles ont pu ainsi se rendre compte par elles-mêmes de ce qu'elles ne savaient pas. Elles ont été, pour ainsi dire, actrices dans leur éducation sexuelle et d'après les commentaires qu'elles ont laissés, elles ont apprécié de se « tester ».

Aujourd'hui avec internet, il est possible de trouver toutes les informations que l'on cherche. Le rôle d'une instance doit surtout être de guider les femmes afin qu'elles apprennent par elles-mêmes en surfant sur des sites officiels.

Nous proposons de distribuer dans les cabinets médicaux ou à l'hôpital des listes de sites internet que les patientes pourraient aller consulter en cas de questions sur leur corps, la reproduction ou la sexualité en général.

Enfin l'idéal serait de créer un logo avec un système de barème en couleur par ordre de pertinence sur les questions de sexualité sur internet.

VI. CONCLUSION

L'interruption volontaire de grossesse est un droit en France qui a nécessité une importante réflexion et évolution dans les esprits.

Mais il ne faut pas oublier les risques encourus par les patientes qui ont recours aux IVG, raison pour laquelle l'éducation sexuelle est si importante dans la prévention des grossesses non désirées.

Nous avons pu démontrer grâce à notre travail que les patientes de notre étude manquent de connaissances sur les organes reproducteurs et la reproduction. Les patientes n'ont pas acquis les connaissances nécessaires, ce qui laisse transparaître des imperfections dans l'éducation sexuelle.

Les femmes qui ont les moins bons résultats au questionnaire correspondent à celles qui sont le plus représentées dans notre étude. Elles sont jeunes, avec un niveau d'études bas, le plus souvent célibataires, sans emploi ou en formation.

Il semble donc nécessaire de mettre l'accent sur l'éducation sexuelle des plus jeunes femmes avec un niveau d'études bas.

D'après nos résultats, il semble important de porter une attention particulière aux femmes plus âgées qui n'ont pas les connaissances escomptées. Ce d'autant plus qu'elles sont elles-mêmes mères et seront appelées à informer leurs enfants.

Les patientes de notre étude ont de moins bonnes réponses sur les questions en lien avec certaines croyances culturelles de La Réunion. Il est donc important de sensibiliser les soignants et autres professionnels en contact avec ces patientes aux croyances réunionnaises. Le but étant d'avoir une réponse plus adaptée à leurs questions.

Afin d'améliorer les connaissances de ces patientes, des solutions sont à apporter sur le plan national comme sur le plan local en tenant compte des croyances réunionnaises.

Pour mettre notre étude en perspective, il est important de noter que nous n'avons pas pu comparer nos résultats avec ceux de la population générale des réunionnaises, car aucune étude de ce type n'avait encore été réalisée.

Il serait donc intéressant d'étendre cette étude à un échantillon de l'ensemble des femmes en âge de procréer à La Réunion.

En conclusion, nous espérons que cette étude pourra servir de point de départ pour mieux cerner les croyances des femmes réunionnaises, mieux comprendre leurs besoins d'information et ainsi contribuer à diminuer à terme le nombre de recours à l'IVG.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. VILAIN A, MOUQUET C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. DREES; études et résultats, n° 884, juin 2014. 6p.
2. INSEE. Population - Naissances par commune, département et région de 2003 à 2013. Institut national de la statistique et des études économiques. Octobre 2014 [Consulté le 2 février 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=etat-civil-naissances
3. AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D, CHAMBAUD L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse. Inspection Générale des Affaires Sociales, n° RM2009-112, février 2012. 93p.
4. AUBIN C. L'interruption volontaire de grossesse [Contrepoint]. Vue de l'IGAS.... Une mise en perspective au regard des politiques publiques. Revue Française des Affaires Sociales, DREES. 22 juin 2011 ; 1(1) : pp 199–212.
5. INSEE. Évolution des naissances, de la natalité et de la part des naissances hors mariage. fin 2014 [consulté le 4 février 2015]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02231
6. GISSLER M, FRONTEIRA I, JAHN A, KARRO H, MOREAU C, OLIVEIRA DA SILVA M, et al. Terminations of pregnancy in the European Union. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 1 février 2012 ; 119(3) : pp 324–32.
7. Ireland's abortion law: a start but not enough. Lancet Lond Engl. 20 juillet 2013 ; 382(9888) : p 182.
8. BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés. Décembre 2004 ; (407) : pp 1–4.
9. BAJOS N, ROUZAUD-CORNAB M, PANJO H, BOHET A, MOREAU C. The French pill scare: towards a new contraceptive model? Population et Sociétés. Mai 2014; (511) : pp 1–4.
10. BERNARD C, DASSA B. Analyse des bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse à La Réunion, année 2012. La Réunion : Observatoire Régional de la Santé La Réunion ; juillet 2013. 16p.
11. BOLEGUIN V. La Réunion : une jeunesse tiraillée entre tradition et modernité: Les 16-30 ans au chômage. Editions L'Harmattan; 2011 : 276p.
12. BENOIST J. Anthropologie médicale en société créole. Paris, puf (« Les Champs de la Santé »), 1993 : 286p.
13. POURCHEZ L. Savoirs des femmes. Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Rodrigues, La Réunion). Trib Santé. 13 Octobre 2014 ; 44(3) : pp 51–71.
14. POURCHEZ L, Tabuteau J. Infanticide et représentation de la vie à la Réunion. Ethnol Fr. 1 Décembre 2004 ; 34(4) : pp 689–97.

15. POURCHEZ L. Grossesse, naissance et petite enfance en société créole: Ile de la Réunion. KARTHALA Editions; 2002 : 436p.
16. BARDOT M, BERNARD C, BERNEDE-BAUDUIN C, DASSA B. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels en 2012. Contraception et grossesses non prévues. [En ligne]. La Réunion: Observatoire Régional de la Santé La Réunion; février 2015. Disponible sur: <http://www.ors-reunion.org/-Etudes->
17. Knibiehler Y. L'éducation sexuelle des filles au XXe siècle. Clio Femmes Genre Hist [En ligne]. 1 novembre 1996 [consulté le 11 juin 2014];(4). Disponible sur : <http://clio.revues.org/436?lang=en>
18. DE LUCA BARRUSSE V. Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940). Cah Genre. 1 Novembre 2010 ; 49(2) : pp 155–82.
19. GIAMI A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). Sexologies. Juillet 2007 ; 16(3): pp 219–29.
20. CHAPLIN T. 1. France. Émile pervers ? ou « Comment se font les enfants ? » : deux siècles d'éducation sexuelle (du XVIIIe siècle à nos jours). Dans : Les jeunes et la sexualité. Paris: Autrement; 2010 : 416p.
21. Contraception et IVG : les lois - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [En ligne]. [Consulté le 18 Septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html>
22. POUTRAIN V. L'évolution de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Education à la socialisation [En ligne]. 15 octobre 2014 [Consulté le 24 février 2015] ; (36). Disponible sur : <http://edso.revues.org/951>.
23. Éducation à la sexualité - Textes de référence - Éduscol [En ligne]. [Consulté le 24 février 2015]. Disponible sur : <http://eduscol.education.fr/cid46861/textes-de-reference.html>
24. WELLINGS K, PARKER R. Sexuality education in Europe - a reference guide to policies and practices. Bruxelles: International Planned Parenthood Federation, IPPF, European Network WHO Regional Office for Europe Lund University; 2006, 98p.
25. STANGER-HALL KF, HALL DW. Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. PLoS ONE. 14 octobre 2011 ; 6(10).
26. FEDERAL CENTRE FOR HEALTH EDUCATION (BZGA). Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists [En ligne]. Cologne Germany : Federal Centre for Health Education (BZgA); 2010 [Consulté le 19 juillet 2015]. 68 p. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2010/10/new-european-guidelines-on-sexuality-education-experts-say-sexuality-education-should-start-from-birth>

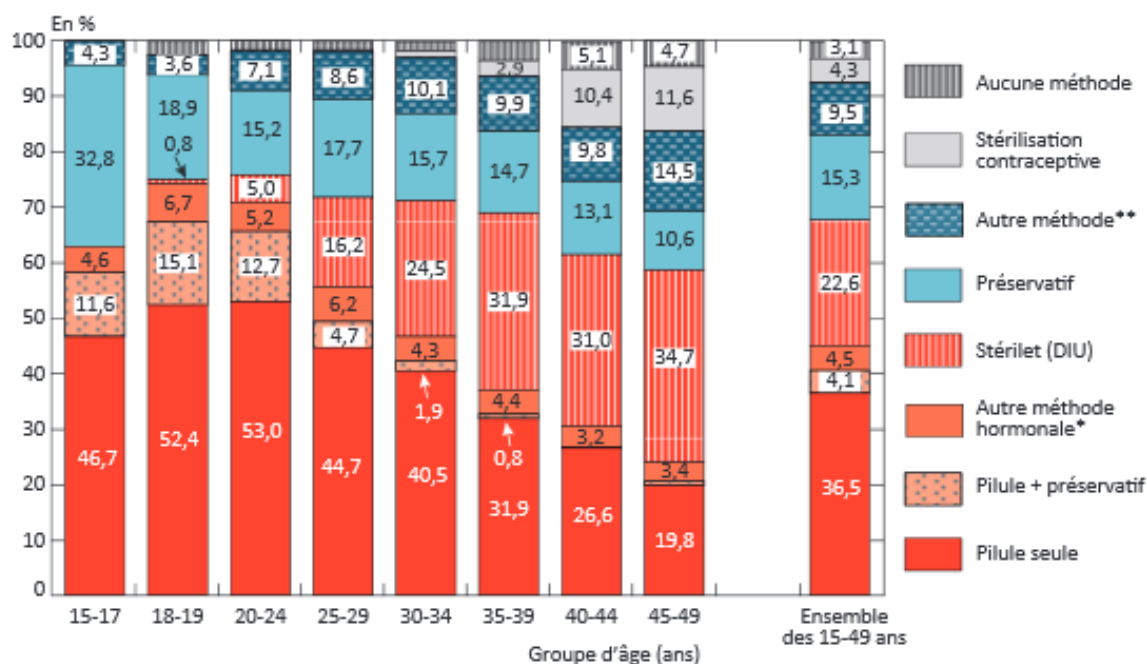
27. BRENOT P. L'éducation à la sexualité, P.U.F. Que Sais-Je. 1 septembre 2007 ; (3079) : 128p.
28. DE GAUDEMAR J-P. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. [En ligne]. 2003 [Consulté le 14 novembre 2014]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/default.htm>
29. MICHAÏLESCO F, LE GRAND H. 116 000 personnes en situation d'illettrisme en 2011 à La Réunion. INSEE, n°27, octobre 2013.
30. VERDURE F, ROUQUETTE A, DELORI M, ASPEELE F, FANELLO S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Arch Pédiatrie. Mars 2010 ; 17(3): pp 219–25.
31. ROSENTHAL D, SENSERRICK T, FELDMAN S. A typology approach to describing parents as communicators about sexuality. Arch Sex Behav. Octobre 2001 ; 30(5): pp 463–82.
32. LABORDE F, MARIANI-DUCRAY F. Adolescents, jeunes adultes et médias : le séquençage des pratiques médias des 13-24 ans [En ligne]. Les études du CSA, juin 2014 [Consulté le 14 janvier 2015]. Disponible sur : <http://www.csa.fr/Etudes-et-publications/Les-etudes/Les-etudes-du-CSA/Adolescents-jeunes-adultes-et-medias-le-sequencage-des-pratiques-medias-des-13-24-ans>
33. BECK F, RICHARD J-B. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013 : 344p.
34. LAURENT F. Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : information sur l'avortement sur Internet. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, n° 2013-0912-HCE-008, septembre 2013. 36p.
35. GOARZIN M. Les 15-25 ans face au risque de grossesse indésirée: enquête sur leurs connaissances et rôle préventif du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2008.
36. GRANDRUPT A-C. Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse: état des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2007.
37. CORRE LABAT M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Mémoire de Sage-femme]. [France]: Université d'Angers; 2012.
38. INSEE - Département de La Réunion (974) - POP4 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et vie en couple - 2012 [En ligne]. 25 juin 2015 [Consulté le 26 juillet 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP4&millesime=2012&niveau=1&typgeo=DEP&codegeo=974
39. CELLIER M. Le recours à l'IVG à La Réunion : Enquête nationale 2007, synthèse des résultats. La Réunion: Direction Régionale des affaires Sanitaires et Sociales; 2007, 12p.

40. BLANCHARD F. Étude sur les connaissances et opinions à propos des moyens contraceptifs chez 305 femmes au centre d'orthogénie de Saint-Paul, île de La Réunion, en 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2013.
41. INSEE - Département de La Réunion (974) - POP5 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et type d'activité - 2012 [En ligne]. 25 juin 2015 [Consulté le 26 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP5&millesime=2012&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=974
42. INSEE - Département de La Réunion (974) - FOR2 - Population non scolarisée de 15 ans ou plus par sexe, âge et diplôme le plus élevé - 2012 [En ligne]. 25 juin 2015 [Consulté le 26 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=FOR2&millesime=2012&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=974
43. BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. Septembre 2012 ; (492): pp 1–4.
44. TONNEAU H, BRANGER B, CHAUVIN F, GUERMEUR J, GRALL JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? Juin 2005 ; 4(3) : pp 109–14.
45. Les Britanniques ignorent où est leur vagin : mes patientes n'en savent pas beaucoup plus. leplus.nouvelobs.com [En ligne]. Septembre 2014 [Consulté le 12 Aout 2015]; Disponible sur : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1237988-les-britanniques-ignorent-ou-est-leur-vagin-mes-patientes-n-en-savent-pas-beaucoup-plus.html>
46. BEHRMAN JR. Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behavior: Experience from Developing Countries. Décembre 1996 ;22(4): pp 789–91.
47. SUEUR J-P, COINTAT C, DESPLAN F. Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis. SENAT ; Rapport d'information. n° 675 (2011-2012), 18 juillet 2012.

ANNEXES

Annexe n° 1

Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes (Enquête FECOND (2013), Inserm-Ined).



* Implant, patch, anneau vaginal

**Retrait, abstinence périodique, méthode locale

(N. Bajos et al., *Population & Sociétés*, n° 511, Ined, mai 2014)

Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Annexe n°2 : Médecine traditionnelle à la Réunion

L'héritage de ces médecines ancestrales est extrêmement riche et comporte aussi bien une approche spirituelle que des thérapeutiques. D'après le Dr Pourchez (13), de ces médecines ancestrales sont nées trois types d'approches de la maladie : la médecine des humeurs, la médecine des semblables et la médecine des signatures.

La médecine des humeurs est basée sur la théorie des humeurs d'Hippocrate. L'hypothèse est qu'une maladie est la conséquence d'un déséquilibre des humeurs. Le traitement consiste à utiliser des « tizanes » à base de plantes.

La médecine des semblables consiste à transférer le mal par son équivalent (par exemple le sang perdu lors de l'accouchement remplacé par du vin).

Et enfin la médecine des signatures consiste à transféré le mal du malade à un objet, végétal ou animal mort.

Dans cette médecine traditionnelle il y a aussi le rapport entre les vivants et les morts. Ces médecines deviennent le témoin d'un lien important entre dévotion pour les ancêtres et une maladie ou un accident (12).

Encore aujourd'hui et dans certaines familles, on va d'abord consulter le devin-thérapeute avant d'aller voir son médecin traitant afin de savoir si la maladie sera soignable par les thérapeutiques classiques ou si le patient devra montrer une dévotion particulière.

Grossièrement, les réunionnais parlent de « maladie bon dieu » dans le cas où les thérapeutiques précédemment décrites et la prise en charge allopathique vont avoir une efficacité. Ou bien de « maladie malice ou z'esprit » quand la personne est exorcisée ou punie et que le problème ne peut être résolu que lorsque l'individu aura suivi les conseils du devin.

Annexe n°3 : Le questionnaire

CONSENTEMENT

Aout 2014

En français

Merci de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à cette étude menée dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Je souhaite réaliser une évaluation de vos connaissances sur la santé sexuelle et reproductive, les moyens de contraception disponibles et les structures vers lesquelles vous pouvez vous tourner en cas de nécessité.

Ce formulaire explique le déroulement et les objectifs de cette étude.

Ce recueil d'informations est anonyme :

Nous n'utiliserons ni votre nom ni vos informations personnelles pour cette enquête. Votre identité ne sera divulguée à personne.

L'anonymat des participantes et la confidentialité des données seront respectées pendant toute la durée de l'étude.

Votre participation est volontaire. Vous êtes libres d'accepter ou de refuser. Si vous acceptez de participer, vous pouvez décider d'arrêter de remplir le questionnaire à tout moment, sans aucune conséquence pour vous.

Déroulement : Ce questionnaire vous est remis par la secrétaire à votre arrivée, une fois que le questionnaire est rempli veuillez le rendre à celle-ci avant de rencontrer le médecin que vous êtes venue voir. Une fois que vous aurez remis ce questionnaire rempli à la secrétaire elle vous donnera les réponses aux questions.

L'objectif de l'enquête est que :

- Vous puissiez avoir plus d'informations sur le fonctionnement de votre corps et sur la contraception. Vous pourrez savoir où aller quand vous avez besoin de conseils ou de contraceptifs par exemple.

- A l'issue de cette enquête, nous pourrions proposer un programme d'information plus adapté à chacune.

KONCENTEMENT

Aout 2014

En creole

Mersi pour zot partisipasyon é done in pé de zot tan pou répons dé troi kestion pou la médsine zénérale.

Mi vé oir si zot koné ko sa y lé la séxialité é koman y fé zenfant, bande doctère la invante plizièr zafaire pou pa tonbe ensinte é nana dé place ou sa zot pé allé si zot la bezouin ranseiman.

Papié la y splic é y di zot pour koué nou pose à zot bande question la.

Toute set zot va div a rest sécré :

Zot non sora pa site, ni zot vi privé. Personne va konète ki sa ou lé.

Ou lé pa oblize. Ou lé libe di oui ou non. Si ou di oui ou pé arête renpli lo papié kan ou vé, san problème.

Lo zafaire y déroule kome sa : lo papier lo sékrètère va done a ou kan ou arive, apré kan ou la fini renpli redone a li lo papié avan ou sa va oir lo doctèr pou ki ou la ni. Kan ou va resorti la secrètèr va done a ou lo feil korijé.

Pou koué sa :

- Ou va konet plice zafaire déçi out cor é lo bande façon pou ça tonbe encinte. La ba va done a ou dé conseil ou in zafaire pour évite tonbe encinte.
- Apré sa, nou va done a sake moun in konçeil é in solijon ki konvien a zot.

Léa Kojchen

QUESTIONNAIRE

Première partie : INFORMATIONS GENERALES

| | |
|--|---|
| <p>1. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ?</p> <p>...</p> | <p>2. QUELLE EST VOTRE SITUATION DE COUPLE?</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Pacsée</p> |
| <p>3. QUEL EST VOTRE NIVEAU D'ÉTUDES?</p> <p><input type="checkbox"/> Ecole primaire/collège Lycée <input type="checkbox"/> Bac <input type="checkbox"/> Etudes supérieures</p> | <p>4. ACTUELLEMENT ÊTES VOUS?</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Vous travaillez <input type="checkbox"/> Etudiante/en formation</p> |
| <p>5. AVEZ-VOUS DEJA DES ENFANTS?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ...</p> | <p>6. AVEZ-VOUS DEJA FAIT UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ...</p> |
| <p>7. DE QUELLE ORIGINE ETHNIQUE ETES VOUS?</p> <p><input type="checkbox"/> Créole <input type="checkbox"/> Mahoraise <input type="checkbox"/> Malbaraise <input type="checkbox"/> Chinoise <input type="checkbox"/> Caucasienne (z' oreil) <input type="checkbox"/> Autres</p> | <p>8. QUELLE EST VOTRE RELIGION ? LA REPONSE N'EST PAS OBLIGATOIRE.</p> <p><input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Musulmane <input type="checkbox"/> Hindouiste <input type="checkbox"/> Bouddhiste <input type="checkbox"/> Athéiste/agnostique <input type="checkbox"/> Autres</p> |
| <p>9. A QUELLE AGE AVEZ-VOUS EU VOS REGLES POUR LA PREMIERE FOIS?</p> <p>...</p> | <p>10. A QUELLE AGE AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIER RAPPORT SEXUEL?</p> <p>...</p> |
| <p>11. QUEL ETAIT/EST LE MODE DE CONTRACEPTION QUE VOUS UTILISIEZ/EZ ? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES</p> <p><input type="checkbox"/> Le préservatif <input type="checkbox"/> La pilule <input type="checkbox"/> Le stérilet <input type="checkbox"/> Le patch <input type="checkbox"/> L'anneau vaginal <input type="checkbox"/> L'implant</p> <p>AUTRES</p> <p><input type="checkbox"/> Le retrait <input type="checkbox"/> Boire des tisanes <input type="checkbox"/> Mâcher de la menthe <input type="checkbox"/> Calcul du cycle <input type="checkbox"/> La pilule du lendemain <input type="checkbox"/> Aucun</p> | |

Deuxième partie : EDUCATION SEXUELLE

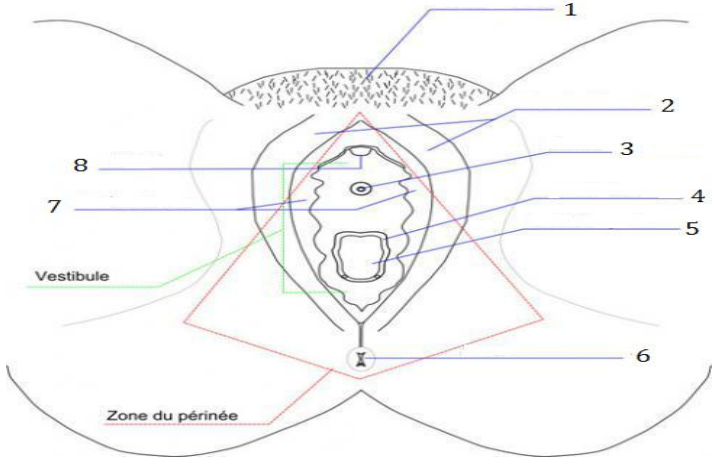
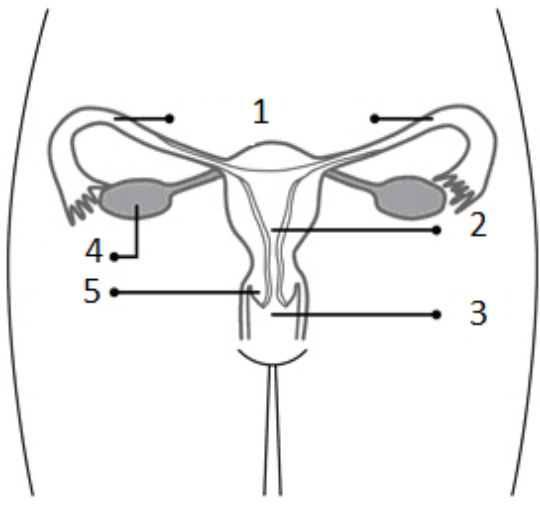
| | |
|--|--|
| <p>12. PAR QUI AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER POUR LA PREMIERE FOIS DE LA REPRODUCTION ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vos parents (et frères, sœurs) <input type="checkbox"/> Vos professeurs <input type="checkbox"/> Votre médecin/sage femme <input type="checkbox"/> Le mouvement du planning familial/PMI/ conseil général <input type="checkbox"/> Les médias (internet, télévision) <input type="checkbox"/> L'infirmière de l'école <input type="checkbox"/> Vos ami(e) <input type="checkbox"/> Autres (merci de préciser).....</p> | <p>13. PAR QUI AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER POUR LA PREMIERE FOIS DE LA CONTRACEPTION ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vos parents (et frères, sœurs) <input type="checkbox"/> Vos professeurs <input type="checkbox"/> Votre médecin/sage femme <input type="checkbox"/> Le mouvement du planning familial/PMI/ conseil général <input type="checkbox"/> Les médias (internet, télévision) <input type="checkbox"/> L'infirmière de l'école <input type="checkbox"/> Vos ami(e)s <input type="checkbox"/> Autres (merci de préciser).....</p> |
|--|--|

14. AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES POUR EN PARLER ?

Oui Non

15. POURQUOI ?

Troisième partie : EVALUATION DES CONNAISSANCES

| | | |
|--|---|--|
| <p>16. SCHÉMA 1</p> <p>A QUEL NUMERO DU SCHEMA CORRESPOND :</p> | | |
| <p>L'anus :</p> <p>Les grandes lèvres :</p> <p>L'hymen :</p> <p>Le vagin :</p> <p>Le clitoris :</p> <p>Le méat urinaire :</p> <p>Les petites lèvres :</p> <p>Le pubis :</p> |  | |
| <p>17. SCHÉMA 2</p> <p>A QUEL NUMERO DU SCHEMA CORRESPOND :</p> <p>Le col de l'utérus :</p> <p>Les ovaires :</p> <p>Les trompes de Fallope :</p> <p>L'utérus :</p> <p>Le vagin :</p> |  | |
| <p>18. A QUOI SERT LE VAGIN ? (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où s'implante l'œuf</p> <p><input type="checkbox"/> Avoir des relations sexuelles</p> <p><input type="checkbox"/> Uriner</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où se rencontrent l'ovule et le spermatozoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la selle</p> <p><input type="checkbox"/> Produire les ovules</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> | <p>19. A QUOI SERVENT LES OVAIRES ? (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où s'implante l'œuf</p> <p><input type="checkbox"/> Avoir des relations sexuelles</p> <p><input type="checkbox"/> Uriner</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où se rencontrent l'ovule et le spermatozoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la selle</p> <p><input type="checkbox"/> Produire les ovules</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas.</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>20. A QUOI SERT LE RECTUM ? (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où s'implante l'œuf</p> <p><input type="checkbox"/> Avoir des relations sexuelles</p> <p><input type="checkbox"/> Uriner</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où se rencontrent l'ovule et le spermatozoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la selle</p> <p><input type="checkbox"/> Produire les ovules.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> | <p>21. A QUOI SERVENT LES TROMPES UTERINES ? (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où s'implante l'œuf</p> <p><input type="checkbox"/> Avoir des relations sexuelles</p> <p><input type="checkbox"/> Uriner</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où se rencontrent l'ovule et le spermatozoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la selle</p> <p><input type="checkbox"/> Produire les ovules.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> |
| <p>22. A QUOI SERT LA VESSIE ? (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où s'implante l'œuf</p> <p><input type="checkbox"/> Avoir des relations sexuelles</p> <p><input type="checkbox"/> Uriner</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où se rencontrent l'ovule et le spermatozoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la selle</p> <p><input type="checkbox"/> Produire les ovules</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> | <p>23. A QUOI SERT L'UTERUS ? (UNE SEULE REPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où s'implante l'œuf</p> <p><input type="checkbox"/> Avoir des relations sexuelles</p> <p><input type="checkbox"/> Uriner</p> <p><input type="checkbox"/> L'endroit où se rencontrent l'ovule et le spermatozoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la selle</p> <p><input type="checkbox"/> Produire les ovules</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> |
| <p>24. QUAND COMMENCE LE CYCLE MENSTRUEL CHEZ LA FEMME ? (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> Le jour de l'ovulation</p> <p><input type="checkbox"/> Le dernier jour des règles</p> <p><input type="checkbox"/> Quand on le désire</p> <p><input type="checkbox"/> Le premier jour des règles</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> | <p>25. LES REGLES : (UNE SEULE REPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> Une partie d'un embryon non fécondé</p> <p><input type="checkbox"/> Une élimination du sang constituant le nid d'une future grossesse.</p> <p><input type="checkbox"/> Elles continuent pendant la grossesse</p> <p><input type="checkbox"/> Elles ont lieu au 14eme jour de chaque cycle</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> |
| <p>26. L'OVULATION : (UNE SEULE REPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> C'est l'implantation de l'œuf dans l'utérus</p> <p><input type="checkbox"/> Elle a lieu dans le vagin</p> <p><input type="checkbox"/> Si j'ai un cycle de 28 jours, elle a lieu au 14eme jour</p> <p><input type="checkbox"/> Si j'ai un cycle de 35 jours, elle a lieu au 14 eme jour</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> | <p>27. LA FECONDATION : (UNE SEULE REPONSE POSSIBLE).</p> <p><input type="checkbox"/> C'est la rencontre entre un spermatozoïde et un ovule</p> <p><input type="checkbox"/> Elle a lieu à chaque rapport sexuel</p> <p><input type="checkbox"/> C'est l'implantation de l'œuf dans la muqueuse utérine</p> <p><input type="checkbox"/> Elle a lieu à chaque cycle menstruel</p> <p><input type="checkbox"/> Elle est possible à tout moment du cycle</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> |

| | |
|--|--|
| <p>28. VRAI (V) OU FAUX (F) POUR TOMBER ENCEINTE, IL FAUT OBLIGATOIREMENT :</p> <p>Plusieurs rapports sexuels : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Un rapport sexuel : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Etre mariée : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Avoir déjà eu des enfants : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Etre amoureuse : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> | <p>29. VRAI (V) OU FAUX (F) SUR LA CONTRACEPTION :</p> <p>La pilule se prend le jour des rapports sexuels : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Si j'ai un rapport sexuel, je peux prendre 3 comprimés d'un seul coup : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Le stérilet fait mal au partenaire : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Le stérilet peut-être posé chez une femme sans enfants: V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Une femme garde la même contraception toute sa vie : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> |
| <p>30. VRAI (V) OU FAUX (F) CONCERNANT LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE :</p> <p>C'est un mode de contraception : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Elles sont possibles à n'importe quel terme de la grossesse : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Après 3 IVG on ne peut plus avoir d'enfants : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Je peux aller voir mon médecin traitant si je désire une IVG : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> | <p>31. VRAI (V) OU FAUX (F) CONCERNANT LA PILULE DU LENDEMAIN :</p> <p>Elle n'est disponible que pour les mineurs : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Elle rend stérile : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Elle favorise le développement de cancer : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Elle est une contraception d'urgence : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Elle protège des MST : V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> |

Quatrième partie : EVALUATION PERSONNELLE

| | |
|--|--|
| <p>32. PENSEZ-VOUS, APRES AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE, AVOIR SUFFISAMMENT DE CONNAISSANCES CONCERNANT LA REPRODUCTION ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>33. SI VOUS AVIEZ UNE QUESTION A POSER SUR LA REPRODUCTION/ CONTRACEPTION, VOUS LA POSERIEZ A: (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)</p> <p><input type="checkbox"/> Vos parents (et frères, sœurs)</p> <p><input type="checkbox"/> Vos professeurs</p> <p><input type="checkbox"/> Votre médecin/sage femme</p> <p><input type="checkbox"/> Le mouvement du planning familial/PMI/ conseil général</p> <p><input type="checkbox"/> Les médias (internet, télévision)</p> <p><input type="checkbox"/> L'infirmière de l'école</p> <p><input type="checkbox"/> Vos ami(e)s</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (merci de préciser)...</p> |
| <p>34. AVEZ-VOUS TROUVE CE QUESTIONNAIRE INTERESSANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | |
| <p>35. POURQUOI ?</p> | |

RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

QUESTION 16 :

Schéma 1

L'anus: 6

Les grandes lèvres: 2

L'hymen: 4

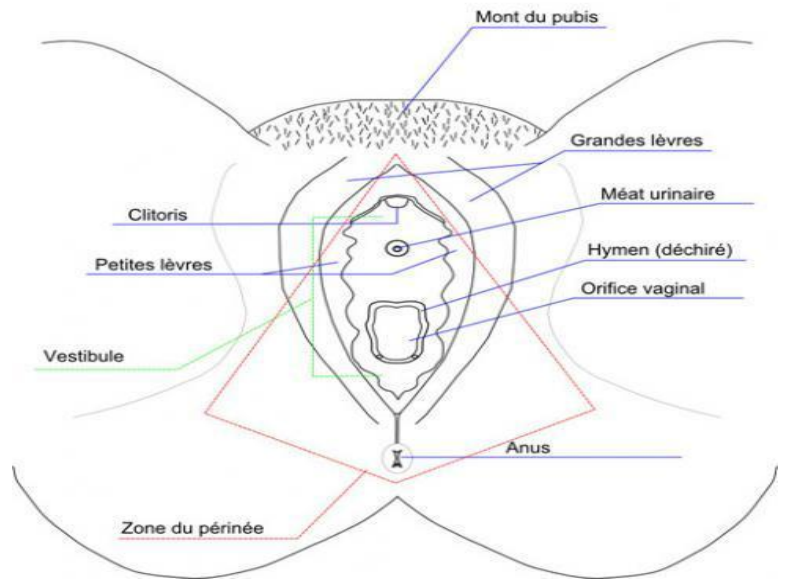
Le vagin : 5

Le clitoris: 8

Le méat urinaire : 3

Les petites lèvres : 7

Le pubis : 1



QUESTION 17 :

Schéma 2

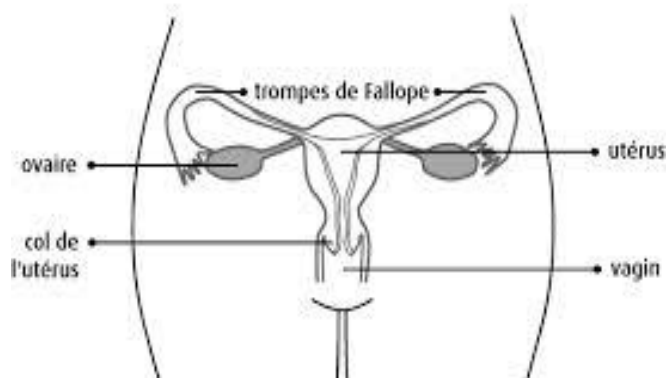
Le col de l'utérus : 5

Les ovaires : 4

Les trompes de Fallope : 1

L'utérus : 2

Le vagin : 3



QUESTION 18 : A QUOI SERT LE VAGIN ?

La réponse 2 est la bonne. Le vagin est la partie qui accueille le pénis de l'homme lors des rapports sexuels et qui permet à la femme de prendre du plaisir.

QUESTION 19 : A QUOI SERVENT LES OVAIRES ?

La réponse 6 est la bonne. Les ovaires sont ce qu'on appelle « les organes reproducteurs de la femme ». C'est à dire que ce sont les organes qui produisent les ovules. A chaque cycle, dont la durée varie selon les femmes, il y a ovulation, c'est à dire libération d'un ovule (poche qui accueille le spermatozoïde lors de la fécondation).

QUESTION 20 : A QUOI SERT LE RECTUM ?

La réponse 5 est la bonne. C'est la partie la plus basse du tube digestif, le rectum accueille les selles avant d'être éliminées.

QUESTION 21 : A QUOI SERVENT LES TROMPES UTERINES ?

La réponse 4 est la bonne. A chaque ovulation, un ovule est transporté de l'ovaire, dans la trompe utérine jusqu'à l'utérus. S'il y a rapport sexuel avec éjaculation, alors un spermatozoïde peut rencontrer l'ovule dans la trompe et il y a fécondation.

QUESTION 22 : A QUOI SERT LA VESSIE ?

La réponse 3 est la bonne. C'est l'organe qui sert de réservoir pour l'urine.

QUESTION 23 : A QUOI SERT L'UTERUS ?

La réponse 1 est la bonne. L'utérus est l'organe dans lequel va grandir le bébé. Une fois que l'ovule et le spermatozoïde vont se rencontrer, ils vont former un œuf qui va s'installer dans l'utérus et se multiplier pour progressivement devenir un embryon puis un fœtus. C'est dans l'utérus qu'est posé le stérilet.

QUESTION 24 : QUAND COMMENCE LE CYCLE MENSTRUEL CHEZ LA FEMME ?

La réponse 4 est la bonne. On compte le cycle d'une femme à partir du premier jour des règles. Un cycle dure **en moyenne** (et cela varie selon les femmes) entre 28 et 30 jours, parfois plus parfois moins (parfois 21 jours parfois 35, par exemple).

QUESTION 25 : LES REGLES

La réponse 2 est la bonne. Dans l'utérus de la femme se constitue à chaque cycle une sorte de nid constitué de sang dans l'objectif d'une éventuelle grossesse. S'il n'y a pas fécondation de l'ovule par le spermatozoïde, alors la femme perd le sang de ce nid.

QUESTION 26 : L'OVULATION

La réponse 3 est la bonne. L'ovulation a lieu à des moments variables du cycle selon les femmes. Si une femme a un cycle de 28 jours, alors oui son ovulation a lieu au 14ème jour, mais si son cycle dure 35 jours alors elle ovule le 19ème jour de son cycle. Une femme ovule environ 14 jours avant le premier jour de ses règles.

QUESTION 27 : LA FECONDATION

La réponse 1 est la bonne.

QUESTION 28 : VRAI OU FAUX POUR TOMBER ENCEINTE

La réponse 2 est la bonne. Un seul rapport sexuel suffit pour être enceinte et ça peut être le premier.

QUESTION 29 : VRAI OU FAUX SUR LA CONTRACEPTION

La réponse 4 est la bonne. La pilule se prend tous les jours à heure fixe, selon le type de pilule vous devez la prendre pendant 21 jours ou pendant 28 jours. Si vous prenez la pilule pendant 21 jours alors durant 7 jours vous ne devrez pas la prendre afin de faire venir vos règles. En revanche si vous la prenez de façon continue, alors vos règles apparaîtront pendant les 7 derniers jours de la plaquette de pilule. Prendre la pilule lorsque l'on a un rapport même si il s'agit de 3 comprimés, n'est d'aucune efficacité.

Afin de vous aider à trouver la contraception qui vous va le mieux, je vous laisse aller sur le site suivant :

www.choisirscontraception.fr/

QUESTION 30 : VRAI OU FAUX CONCERNANT LES INTERRUPTION VOLONTAIRES DE GROSSESSE

La dernière proposition est la bonne. Les interruptions volontaires de grossesse ne sont pas des moyens de contraception, c'est un moyen d'arrêter une grossesse débutante. Dans la loi française c'est un droit dont toute

femme peut user. Le terme maximum pour faire une IVG est de 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée.

Il n'y a pas de nombre limité d'IVG mais un nombre important d'IVG augmente le risque de faire une complication et de créer des lésions entraînant des difficultés pour avoir un enfant.

Enfin, si votre médecin traitant a signé une convention lui autorisant, il peut vous aider à faire votre IVG.

QUESTION 31 : VRAI OU FAUX CONCERNANT LA PILULE DU LENDEMAIN

La pilule du lendemain est constituée d'un progestatif seulement. Elle empêche l'ovulation et donc le contact entre le spermatozoïde et l'ovule. Elle ne protège pas des infections sexuellement transmissibles. Elle est disponible dans toutes les pharmacies pour toutes les femmes la demandant et quelque soit leur âge. Elle n'a pas de conséquences sur la fertilité.

Pour plus d'information :

www.piluledulendemain.com

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser au médecin que vous allez rencontrer ou à tous les intervenants cités dans le questionnaire (vos professeurs, votre médecin/sage femme, le mouvement du planning familial/PMI/ conseil général, l'infirmière de l'école).

Annexe n° 4 : Tests KHI 2 : caractéristiques sociodémographiques liées à l'âge

Figure 28 : Situation de couple par tranches d'âge.

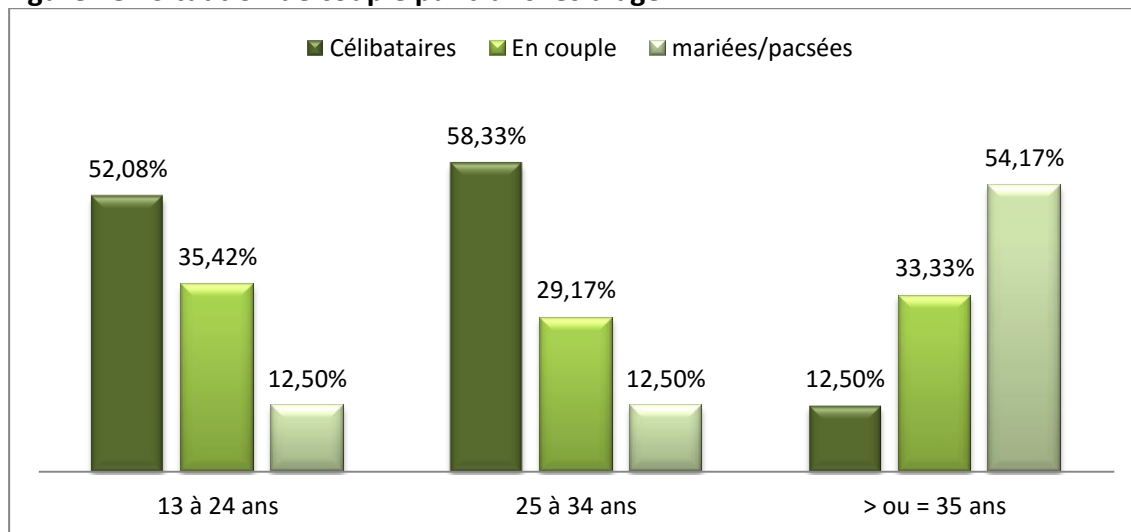


Figure 29 : Niveau d'études par tranches d'âge.

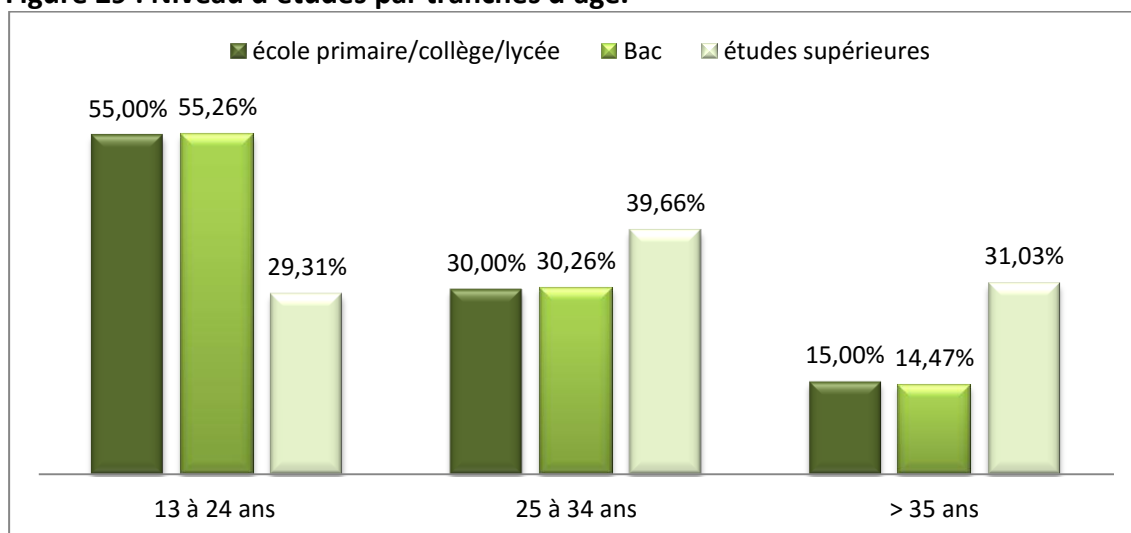


Figure 30 : Situation professionnelle par tranches d'âge.

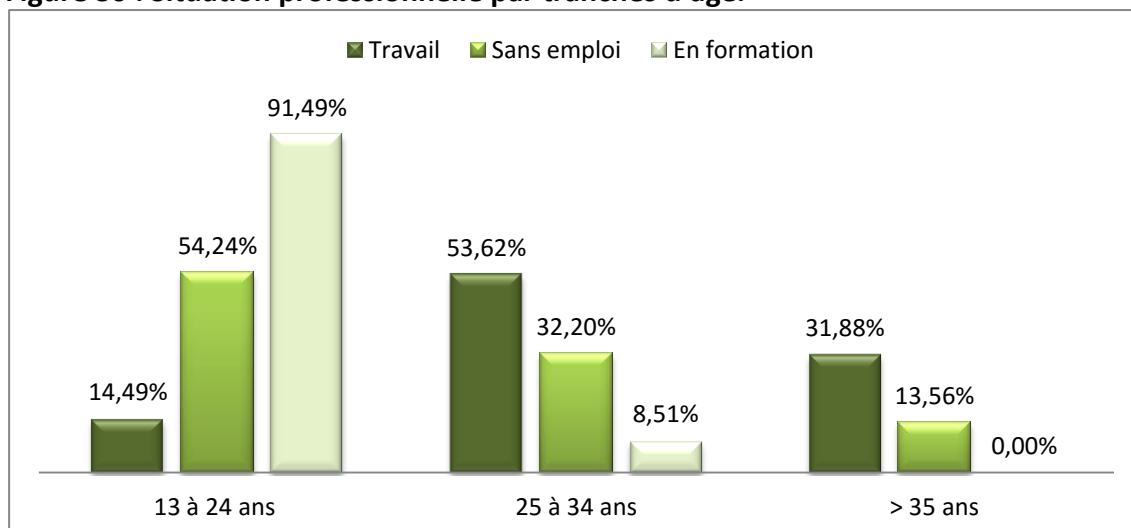


Figure 31 : Parité par tranches d'âge.

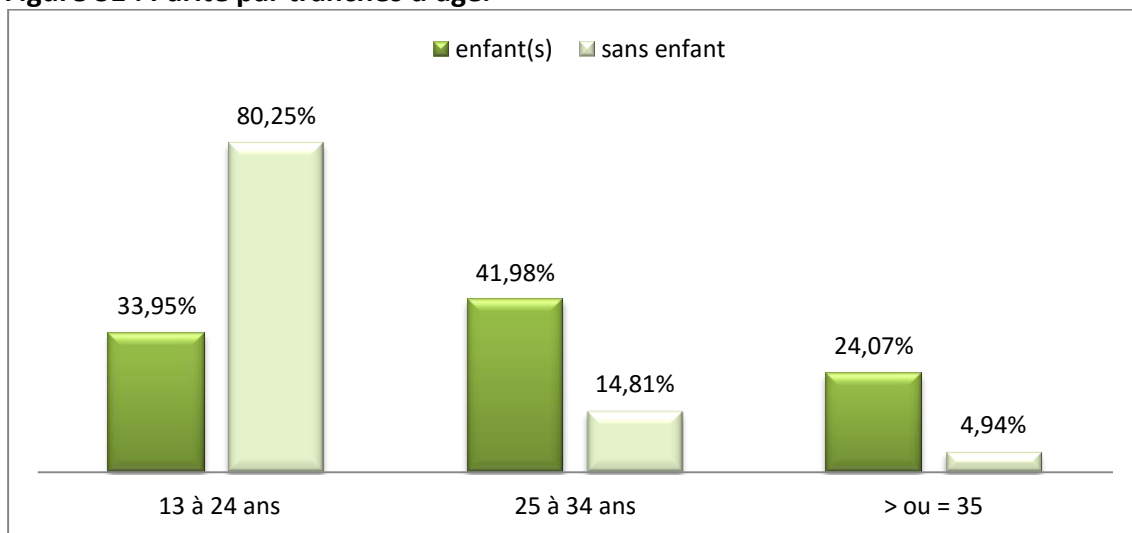
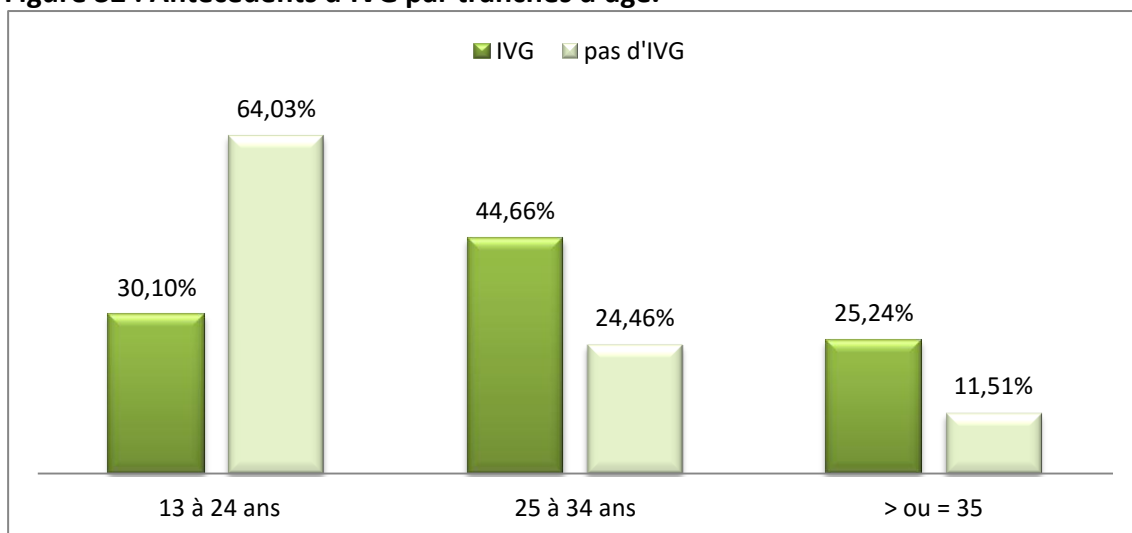


Figure 32 : Antécédents d'IVG par tranches d'âge.



Annexe n°5

Tableau 13 : Réponses – Questions 24 à 27

| Réponses possibles | Nombres de réponses | Pourcentage |
|--|---------------------|---------------|
| Début Cycle Jour Ovulation | 25 | 10,04% |
| Début Cycle Dernier Jour règles | 43 | 17,27% |
| Début Cycle Quand on le désire | 1 | 0,40% |
| Début Cycle Premier jour règles | 116 | 46,59% |
| Ne sait pas | 43 | 17,27% |
| Non Répondu | 21 | 8,43% |
| Total | 249 | 100,00% |

| Réponses possibles | Nombres de réponses | Pourcentage |
|--------------------------------|---------------------|-------------|
| Règles Embryon non fécondé | 26 | 10,44% |
| Règles Sang Nid | 112 | 44,98% |
| Règles Continuent Pd Grossesse | 1 | 0,40% |
| Règles 14e jour Cycle | 50 | 20,08% |
| Ne sait pas | 40 | 16,06% |
| Non Répondu | 20 | 8,03% |
| Total Réponses | 249 | 100,00% |

| Réponses possibles | Nombres de réponses | Pourcentage |
|-----------------------------|---------------------|-------------|
| Ovulation Implantation œuf | 37 | 14,86% |
| Ovulation Vagin | 4 | 1,61% |
| Ovulation 28/14e jours | 116 | 46,59% |
| Ovulation 35/14e jour Cycle | 2 | 0,80% |
| Ne sait pas | 69 | 27,71% |
| Non répondu | 21 | 8,43% |
| Total Réponses | 249 | 100,00% |

| Réponses possibles | Nombres de réponses | Pourcentage |
|------------------------------------|---------------------|-------------|
| Fécondation Sperme+ovule | 190 | 76,31% |
| Fécondation Rapport sexuel | 1 | 0,40% |
| Fécondation Implantation œuf | 7 | 2,81% |
| Fécondation Chaque Cycle | 2 | 0,80% |
| Fécondation Possible a tout moment | 6 | 2,41% |
| Ne sait pas | 25 | 10,04% |
| Non Répondu | 18 | 7,23% |
| Total Réponses | 249 | 100,00% |

Annexe n°6

Tableau 14 : Réponses fausses – Questions 28 à 31

| Croyances sur la grossesse | Réponses fausses | NR+R* | Réponses fausses | NR+R* |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|
| plusieurs rapports | 37 | 69 | 15,35% | 28,63% |
| un seul rapport | 14 | 37 | 5,81% | 15,35% |
| être mariée | 2 | 39 | 0,83% | 16,18% |
| avoir déjà eu des enfants | 8 | 45 | 3,32% | 18,67% |
| être amoureuse | 31 | 71 | 12,86% | 29,46% |

| Croyances sur la contraception | Réponses fausses | NR+R | Réponses fausses | NR+R |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| jour des rapports sexuels | 18 | 47 | 7,47% | 19,50% |
| 3 comprimés lors des rapports | 2 | 31 | 0,83% | 12,86% |
| stérilet fait mal | 12 | 63 | 4,98% | 26,14% |
| stérilet femme sans enfants | 57 | 96 | 23,65% | 39,83% |
| même contraception toute sa vie | 16 | 46 | 6,64% | 19,09% |

| Croyances sur les IVG | Réponses fausses | NR+R | Réponses fausses | NR+R |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| c'est un mode de contraception | 8 | 41 | 3,32% | 17,01% |
| n'importe quel terme de grossesse | 4 | 37 | 1,66% | 15,35% |
| Rend stérile après 3 IVG | 36 | 97 | 14,94% | 40,25% |
| médecin traitant | 30 | 62 | 12,45% | 25,73% |

| Croyances sur pilule du lendemain | Réponses fausses | NR+R | Réponses fausses | NR+R |
|--|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| disponible pour mineures | 10 | 44 | 4,15% | 18,26% |
| rend stérile | 10 | 52 | 4,15% | 21,58% |
| favorise les cancers | 11 | 66 | 4,56% | 27,39% |
| une contraception d'urgences | 10 | 44 | 4,15% | 18,26% |
| protège des MST | 5 | 48 | 2,07% | 19,92% |

NR+R* : patientes qui n'ont pas répondu + celles qui ont répondu faux

Annexe n°7 : Difficultés à parler de sexualité.

A. OUI, POURQUOI ?

- 16O : « J'arrive pas en parler à personne, je préfère en parler à des personnes que je plusse confiance. »
26O : « Par rapport à mon age. » (25 ans)
27O : « Parce que c'est une épreuve difficiles, de la vie pour toutes les personnes. »
30O : « Parents stricts à ce niveau. »
31O : « Je suis pudique.»
35O : « J'ai été élevé par mon père. »
38O : « Car j'ai réellement peur des réactions. »
48O : « Parce que l'avais un peu peur d'en parler à mes parents, c'est une chose pas facile à dire et d'en parler. »
49O : « Parce que j'avais peur »
13S : « Avec les parents c'est pas évident de parler de ça. C'est plutôt un sujet tabou dans la société réunionnaise. »
15S : « Cela est gênant. »
17S : « Parents qui ne sont pas d'accord. »
21S : « Je trouve que c'est un sujet tabou, et c'est sensible »
26S : « Trop jeune, de la honte »
29S « Intimité »
32S « Sujet tabou »
36S « parce que je suis une femme très timide »
38S « Ma mère était beaucoup trop stricte (vieux jeu) »
40S « par pudeur »
42S « sujet taboo au sein de la famille »
46S « Sujet Tabou »
47S « c'est gênant »
49S « Pour moi c'était un sujet taboo hors que mes parents m'en parlaient pas »
55S « Sujet Tabou »
67S « parce que j'étais renfermer sur moi-même »
69S « je ne veux pas »
72S « j'avais onte »
76S « peur d'être jugé »
80S « parce que c'est dure d'en parler ! »
90S : « Tabou »
105s : « sujet tabou dans la culture familiale »
106S : « parce que c'était un sujet tabou chez nous »
108S : « Sujet un peu tabou dans la famille et aussi je suis de nature pudique »
110S : « je croyais que c'était un sujet tabou mais avec l'âge, j'ai compris que je pouvais en parler »
120S « j'aime pas en parler aux gens, je préfère garder pour moi »
122S « Je suis quelqu'un de très réservé et du kou je n'aime pas parlé des choses la »
123S « Sujet tabou à la maison »
128S « Mère non communicante »
140S « J'avais eu peur cars, je suis plus timide »
141S « Sujet tabou pour moi »
142S « pour moi cela ne s'en parle pas »
143S « Tabou »
146S « Tabou »
150S « c'est gênant »
164S « Sujet assez tabou »
165S « Problème familial »
171S « cercle familial trop fermé »
179S « parents vieuieux »
189S « Question de tabou »
190S « Religion-état d'esprit des parents. Sexe = sujet tabou »
199S « c'était pour moi un sujet personnel, intime et limite tabou »

B. NON, POURQUOI ?

- 18O « parce que le dialogue est le meilleur moyen de ne pas rester dans l'ignorance. Principe de mes parents (ma mère surtout) »
- 43O « une mère très présente et à l'école »
- 4S : « Pas intéressée par le sujet du sexe »
- 10S « parce que je le savait donc et était informée de ce qu'il s'agissait »
- 25S « moi je pense qu'il ne faut pas avoir peur d'en parler car quelque soit l'information qu'on peut avoir , peuvent être très utile pour les jours à venir »
- 41S « expliqué dans la famille depuis toute petite »
- 78S : « ce n'est pas un sujet tabou »
- 81S « parce que c'est normal, le cycle de la vie »
- 99S « parce qu'il faut en parler surtout dans le monde dans le quel on vit »
- 95S « c'est normal et on en parle souvent à la télé »
- 93S « au collège, l'infirmière nous parler librement de ce sujet »
- 92S « curiosité »
- 134S « car pour moi ce n'est pas un sujet tabou c'est la nature des choses »
- 147S « Etant élève à l'époque et mère de enfants très tôt j'ai besoin d'en savoir au plus vite donc j'ai pas eu de mal à me renseigner »
- 162S « Dans ma famille, rien n'est tabou on parle de tout »
- 172 S « c'est la vie »
- 184 S « Parents très ouverts d'esprit, et compréhensibles »
- 188 S « famille très proche »
- 191 S « Le sujet n'était pas tabou à la maison. Très proche de ma mère »
- 192 S « Mère très ouverte et facilité d'en parler »

Annexe n°8 : INTERET DU QUESTIONNAIRE

A. OUI, POURQUOI ?

- 30 « parce que il y a des questions que je sais pas les réponse »
50 « ça vous explique tout »
110 « savoir ou en est notre connaissance et surtout pouvoir se renseigner sur ce qu'on ne connaît pas »
120 « car sa ma fait prendre conscience que je n'avais pas suffisamment de connaissances concernant la reproduction »
130 « pour connaitre et savoir des choses que je connais pas encore »
150 « Cela nous fait prendre conscience des points que nous ne connaissons pas »
170 « Tester nos connaissances »
180 « Cela permet de savoir si on est suffisamment au courant de comment « ça » marche ! Je pense que beaucoup (et trop) de femmes ne savent pas comment leur corps fonctionne. Ce questionnaire devrait être distribué dans les écoles/collèges/lycées »
190 « les questions demandent réflexion et on se rend compte qu'il y a certaines chose que l'on croit savoir et qui finalement nous sont inconnues »
210 « sa me fait comprendre qui je suis et comment est mon corps. »
220 « il m'a appris des choses »
230 « ça sert à apprendre plus sur notre corps »
260 « pour confronter mes connaissances à la réalité »
270 « parce que cela permet aux gens de réfléchir, mais aussi de prendre conscience que les interruption de grossesse n'est pas quelque chose de simple, elle joue aussi sur le mentale de la personne. »
310 « car c'est interessant »
340 « on s'apercoie que l'on a pas vraiment toutes les véritables connaissances concernant la reproduction »
350 « il permet d'évaluer les connaissances en matière de reproduction »
370 « par ce que j'ai découvert des questions que je ne connaissais pas et auquel je ne pouvais pas y répondre car elle sont trop difficile à répondre »
390 « ça me fait réfléchir »
4S « questionnaire pertinent et diversifié
9S « je ne maîtrise pas le sujet. Il y a des zones d'ombres.
10 S « parce qu'il permet de faire une sorte de mis à jour personnelle et ouvre également la curiosité des personnes concernées »
13S « parce qu'il permet d'en savoir plus sur la reproduction »
15 S « plein de chose que je savez pas »
17 S « c'est intéressant pour sa culture générale, fait réfléchir »
24 S « Cela peut nous aider a connaître notre savoir et sa fait passer le temp de l'attente un peu plus vite »
25 S « Oui j'ai trouvé ce questionnaire interessant car je me rend compte que je ne connais pas grand-chose, alors que je croyais tous connaître »
26 S « c'est plutôt pour les jeunes, pour qu'ils connaissent mieux leur corps. Et pour qu'ils ne feront plus les même erreurs »
28 S « évalue nos connaissances »
29 S « à s'interroger »
38 S « car il m'a appris que je ne savais pas grand-chose... »
41 S « car permet la distinction entre les différentes étapes, prend en compte les appriori. Par contre, les termes sont un peu trop technique parfois »
42 S « Elle permer de savoir comment réagir par rapport à la reproduction/contraception et aussi de s'informer sur le sujet. Ce questionnaire nous montre aussi notre connaissance sur la partie génitale de la femme, sur la reproduction/contraception »
46 S « Parce qu'on apprend des choses qu'on ne sait pas »
47 S « Sa montre qu'on ne connaît pas tout sur la reproduction »
49 S « Sa nous apprend beaucoup chose »
52 S « cela permettra de faire des statistiques
54 S « Ce questionnaire m'a permis de me rendre compte cu'il y avait certaines choses qui étaient floues »
64 S « apprendre des connaissances »
65 S « Il m'a permis de me rendre compte que je ne connais pas mon corps, la contraception à 100% »

67 S « Parce que je n'avais pas des connaissances sur des questions que je ne connaissais pas sur les trompes je ne connais pas grand-chose »

68 S « sa permet de tirer le vrai du faux. Approfondir mes connaissances »

72 S « sa ma appris des choses »

76 S « permet de montrer qu'on a pas forcément de connaissance »

81 S « évalue les connaissances »

82 S : « car je ne sais pas certaine chose et doute sur des questions »

86 S : « car, sa fait réfléchir et apprendre des choses que je savais pas »

88S : « impression de retourner à l'école »

89S : « parce qu'il y a beaucoup de chose que je ne connaissais pas »

90 S « ça nous fait prendre conscience de notre corps et nous informer, l'importance dy savoir et nos droit. Et de ne pas être igniorant. »

92 S « Schéma sur le sexe de la femme qui fait prendre conscience qu'on ne se connait pas forcément bien »

93 S : « cela m'a permis de constater que mes connaissances sur le corps de la femme sont limitées »

95 S : « cela permet de mieux connaître son corps »

99 S « parce que ce n'est pas tout le temps qu'on nous donne un questionnaire à l'hospital et je trouve sa bien »

100 S « femmes et jeunes femmes ont besoin d'être plus informées »

101 S : « remet à jour nos connaissances sur les fonctionnements de la femme »

103 S « sa nous montre que les moyens de contraception n'est pas inutile »

105 S : « il permet de se poser sur la question, faire le tour du sujet trop souvent tabou. Il permettra surtout au plus jeunes qui y répondront de s'informer sur le sujet et comprendre les conséquences de la sexualité »

106, S : « ça m'a informer »

107, S : « elle ma permis de mieux savoir sur la reproduction et la contraception »

108, S : « cela ma permis de voir que je ne connais pas du tout, avec vos réponses je dormirai moins bête ce soir. »

112, S : « j'ai appris des trucs que je ne savais pas. »

113, S : « un rappel sur s'informer de façon générale sur la pillule/reproduction. »

115, S : « parce que moi-même j'ai pas pu répondre à des questions car je ne sais pas les questions. Quand vous pouvez pas avoir des discussions avec vos parents. Vous pouvé pas posés des questions sur la sexualité. »

120 S « car comme cela, j'apprend mieux à connaitre mon corps et la reproduction »

126 S « Il permet de vérifier nos connaissances concernant la reproduction et la contraception. Pour ma part, il est indispensable pour une femme de connaitre des informations sur ces dernières afin de mieux prendre en charge notre sexualité et la reproduction »

128 S « pour ce qui est méconnu mérite d'être connu »

137 S « car il peut nous apprendre des choses qu'on croit savoir alors que ce n'est pas le cas. En tout cas moi je pense que ce questionnaire nous sert beaucoup. Moi il y a des choses que je ne savais pas même si j'ai 31 ans »

134 S « car je me rencontre que je sais pas tout sur la reproduction et sur plein d'autre choses »

138 S « cela évalue sur notre propre corps »

146 S « Interessant pour son évaluation de connaissance »

147 S « elle me permetre d'en savoir un peu plus pour la femme et donc je l'ai trouvé interessant »

148 S « Il m'a permis de voir que j'étais hésitante pour certaines réponses et 'a donné envie de « réviser » l'appareil génital »

150 S « cela permet de se situer par rapport à ce que l'on sait vraiment »

162 S : « Il m'a permit de revoir certaines choses notamment un rappel sur les différents moyens de contraceptions ; appareil génitale de la femme. »

164 S « il m'a fait comprendre que je ne connais pas mon organe vaginale ... »

172 S « Ca permet d'élargir mes connaissances »

174 S « sa ma montrer que je ne suis pas aussi bien informer sur le sujet »

179 S « sert de rappel »

184 S « questions pertinentes et ayant de l'intérêt »

188 S « pour savoir sa connaissance »

189 S « parce que cela me permet de tester mes connaissances sur la reproduction »

190 S « On apprend sur la reproduction et sur le corps de la femme »

191 S « c'est un bon bilan sur ces connaissances suivant les évolutions de la machine »

197S « Plusieurs que je ne connaissais pas et à laquelle je n'avais jamais pensé »

B. NON, POURQUOI ?

10 O « perte de temps en consultation, consultation difficile pour rajouter ce genre de questionnaire »

78 S « c'est du déjà vu ou presque »

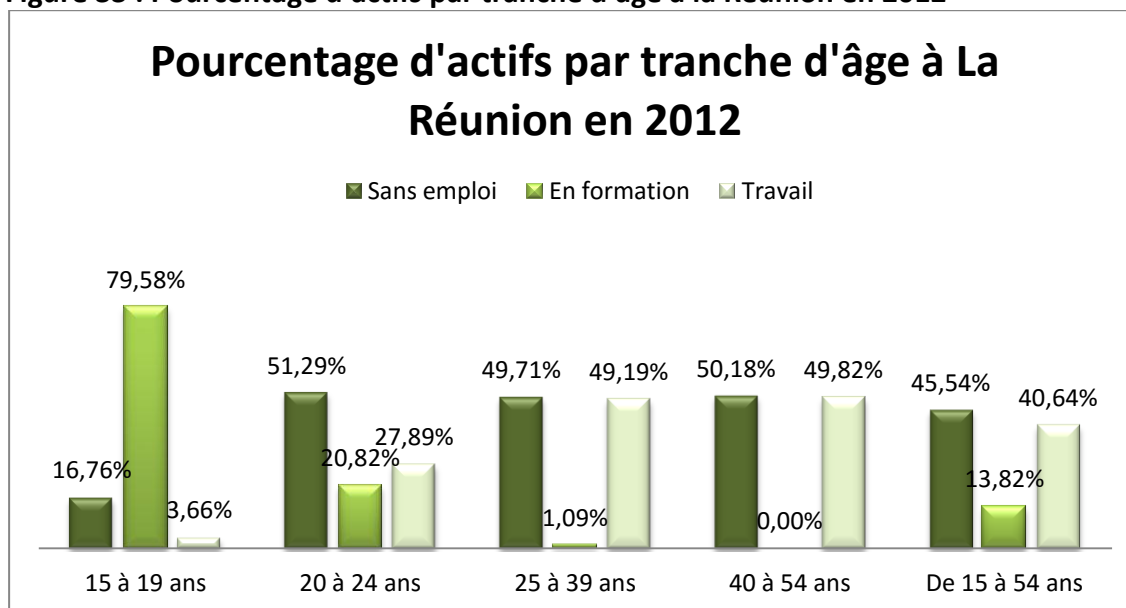
80 S « trop question compliqué ! »

119 S « je n'aime pas »

183 S « perte de temps »

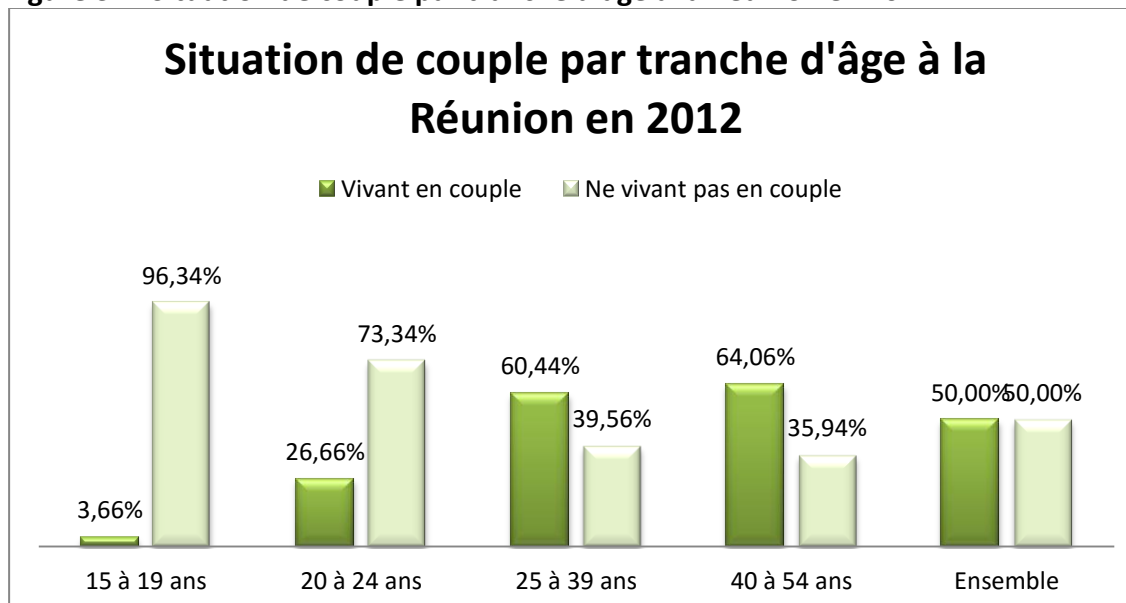
Annexe n°9 : Graphiques des données de l'INSEE

Figure 33 : Pourcentage d'actifs par tranche d'âge à la Réunion en 2012



Source : Insee, RP2012 exploitation principale.

Figure 34 : Situation de couple par tranche d'âge à la Réunion en 2012



Source : Insee, RP2012 exploitation principale.

VIII. RESUME

INTRODUCTION : Le nombre d'IVG en France est stable depuis une dizaine d'années (environ 220 000 par an). La Réunion est un des départements où le taux d'IVG est le plus élevé en particulier chez les mineures.

OBJECTIFS : Etudier les connaissances sur la reproduction et l'appareil reproducteur ainsi que l'implication des croyances réunionnaises sur ces connaissances chez les patientes consultant pour une IVG à La Réunion. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes qui ont le moins de connaissances. Connaître les sources d'information de ces patientes.

METHODE : Etude transversale multicentrique (CHU de Saint Pierre et CHGM de Saint Paul) réalisée sur la base d'un questionnaire distribué dans les services d'IVG.

RESULTATS : 249 questionnaires ont été exploités. Les patientes de l'étude sont plus souvent sans travail, en formation, avec un niveau d'études faible et célibataire : ces mêmes patientes sont celles qui ont le moins de bons résultats. Nous avons trouvé un lien fort entre le niveau d'études et les résultats des patientes ($p < 10^{-9}$). Les sources privilégiées d'information sont majoritairement les parents puis les professeurs et les infirmières scolaires. Il persiste une imprégnation des croyances réunionnaises dans les connaissances des patientes.

CONCLUSION : Les patientes de cette étude manquent de connaissances sur l'appareil reproducteur féminin et son fonctionnement. Des réflexions autour de l'intervention des interlocuteurs privilégiés sur le plan local et autour de l'éducation sexuelle sur le plan national pourraient permettre l'amélioration de ces connaissances.

MOTS CLES : Gynécologie, anatomie de l'appareil reproducteur féminin, physiologie de l'appareil reproducteur féminin, reproduction, connaissance, éducation sexuelle, interruption volontaire de grossesse, contraception.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

IX. ABSTRACT

TITLE: Women's knowledge on the reproductive organs and the reproduction: Cross-sectional study realized on a sample group of 249 women consulting in abortion services in the South and the West of the Reunion Island.

INTRODUCTION: The number of abortions in France has been steady for the past ten years (around 220,000 per year). La Reunion is one of the departments where the abortion rate is the highest, especially among minors.

OBJECTIVES: Study the knowledge on the reproduction, the reproductive system and the involvement of beliefs on their knowledge among patients consulting for an abortion in La Reunion. Determine the sociodemographic characteristics of the patients who have the least knowledge. Know the sources of information of these patients.

METHOD: Cross-sectional study across 2 different Hospitals (CHU of Saint Peter and Saint Paul CHGM), made on the basis of a questionnaire distributed to abortion services.

RESULTS: 249 questionnaires have been used. The patients in our study were more often unemployed, in training, with a low level of education, or single: these patients are those who had lowest number of good answers. We have found a strong link between educational achievement and results of patients ($p < 10^{-9}$). The preferred information sources are mainly parents, teachers and school nurses. It remains an impregnation of La Reunion beliefs in knowledge of patients.

CONCLUSION: The Patients in this study have a lack of knowledge about the reproductive system and its operation. Reflections around the intervention of local interlocutors and sexual education on the national level could help improve this information.

KEYWORDS: Gynecology, anatomy of feminine reproductive tract, physiology of feminine reproductive tract, reproduction, knowledge, sex education, termination of pregnancy, contraception.

DISCIPLINE: GENERAL PRACTICE.