

**UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE**

Année 2020 – 2021

N°

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par :

**LANNES SABINE**

Née le 18/09/1990 à CHATEAUROUX (36)

**Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2021**

**QUELLES SONT LES CONNAISSANCES DES FEMMES MAJEURES  
CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE SUR LEUR ANATOMIE ET  
LEUR PHYSIOLOGIE FÉMININE.**

Étude quantitative réalisée en 2020-2021 dans l'agglomération du Havre.

**Président du jury :** Monsieur le Professeur MARPEAU Loïc.

**Directrice de thèse :** Madame le Docteur RENAUT Charlotte.

**Membre du jury :** Madame le Professeur SEVRIN Yveline.

Madame le Docteur FAGOT GRIFFIN Elsa.

Madame le Docteur SOTTER Sylvie.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**UFR**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**  
**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**  
**Professeur Agnès LIARD**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mme Julie <b>GUEUDRY</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Hervé <b>TILLY</b> ( <i>surnombre</i> )	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HC	Rhumatologie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Elodie <b>ALESSANDRI-GRADT</b>	HCN	Virologie
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney <b>GILARD</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien <b>MIRANDA</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
M. Abdellah <b>TEBANI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine <b>SAULNIER</b>	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline <b>LECOINTRE</b>	Physiologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBÉ</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie

#### **PAU-PH**

M. Mikaël **DAOUPHARS**

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

Mme Alice <b>MOISAN</b>	Virologie
M. Henri <b>GONDÉ</b>	Pharmacie

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Soukaina <b>GUAOUA-ELJADDI</b>	Informatique
Mme Clémence <b>MEAUSSONE</b>	Toxicologie

#### **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT**

Mme Ramla <b>SALHI</b>	Pharmacognosie
------------------------	----------------

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEUIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

## III – MEDECINE GENERALE

### PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

### MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale  
Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale  
Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale  
Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale  
Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia <b>BOURDON</b>	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa <b>FAGOT-GRIFFIN</b>	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel <b>HAZARD</b>	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile <b>PELLERIN</b>	UFR	Médecine générale

### ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

## PROFESSEURS

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

## MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie <b>PEZZINO</b>	Orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

## **DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*SJ – Saint Julien Rouen*

## Table des matières

<b>INTRODUCTION :</b> .....	<b>17</b>
<b>1) LE CORPS DES FEMMES</b> .....	<b>18</b>
a) Un sujet d'actualité : .....	18
b) Le corps des femmes, entre diktats et tabous : .....	20
<b>2) LA SANTE SEXUELLE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.</b> .....	<b>22</b>
a) En France, un bilan paradoxal : .....	22
b) Une nouvelle stratégie de santé sexuelle : .....	29
c) Le médecin généraliste un acteur clé : .....	29
<b>3) POURQUOI CE SUJET DE THESE ?</b> .....	<b>31</b>
a) Les constats : .....	31
b) Dans ma pratique personnelle : .....	32
c) Hypothèse de recherche : .....	32
<b>4) OBJECTIF DE LA THESE</b> .....	<b>32</b>
a) Objectif principal : .....	32
b) Objectifs secondaires : .....	32
<b>MATERIEL ET MÉTHODE :</b> .....	<b>33</b>
<b>1) TYPE D'ETUDE :</b> .....	<b>33</b>
<b>2) SELECTION DES CENTRES D'INVESTIGATIONS :</b> .....	<b>33</b>
<b>3) POPULATION DE L'ETUDE :</b> .....	<b>34</b>
a) Critères d'inclusion : .....	34
b) Critères d'exclusion : .....	34
<b>4) ELABORATION DE L'ETUDE :</b> .....	<b>34</b>
a) Élaboration du questionnaire (Annexe 1) : .....	34
b) Réponses au questionnaire : .....	35
c) Modalité de distribution et de recueil des questionnaires : .....	35
<b>5) ANALYSE DES DONNEES :</b> .....	<b>36</b>
a) Mode d'analyse des questionnaires : .....	36
b) Mode d'analyse des données de la partie connaissance : .....	36
c) Mode d'analyse selon le critère de jugement principal : .....	38
d) Analyse des résultats : .....	39
<b>6) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE :</b> .....	<b>40</b>
<b>RESULTATS :</b> .....	<b>41</b>
<b>1) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION :</b> .....	<b>41</b>
a) Âge : .....	41
b) Résumé des caractéristiques socio démographique ( <i>tableau 1</i> ) : .....	41
c) ATCD gynécologique : .....	42
<b>2) ETUDE DESCRIPTIVE :</b> .....	<b>44</b>
a) Réponses aux items de la partie « connaissance » : .....	44
b) Réponses aux items sur les moyens d'informations : .....	51
c) Ressenti des participantes ( <i>figure 20</i> ) : .....	52
d) Souhait des réponses au questionnaire : .....	53
<b>3) CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL :</b> .....	<b>53</b>
<b>4) ANALYSE STATISTIQUE EN FONCTION DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL :</b> .....	<b>54</b>
a) Score de connaissance en fonction des caractéristiques socio-démographiques ( <i>Tableau 3</i> ) : .....	54

b) Score de connaissance en fonction des ATCD gynécologiques et des demandes en consultation ( <i>Tableau 4</i> ) : .....	55
c) Score de connaissance et information reçue ( <i>Tableau 5</i> ) : .....	57
d) Score de connaissance et ressenti des participantes ( <i>Tableau 6</i> ) : .....	58
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>59</b>
<b>1) COMPARAISON DE NOTRE POPULATION AVEC LA POPULATION GENERALE</b> .....	<b>59</b>
a) Age : .....	59
b) Profession : .....	59
c) Niveau d'étude : .....	59
d) Situation familiale : .....	59
e) ATCD gynécologique : .....	60
<b>2) RESULTATS SELON L'OBJECTIF PRINCIPAL ET COMPARAISON À LA LITTERATURE</b> : .....	<b>61</b>
a) Analyse de la littérature sur ce sujet : .....	61
<b>3) DETAILS DES CONNAISSANCES</b> : .....	<b>63</b>
a) Principaux résultats aux schémas : .....	63
b) Résultats principaux sur les connaissances en physiologie féminine : .....	63
<b>4) RESULTATS SELON LES OBJECTIFS SECONDAIRES</b> : .....	<b>65</b>
a) Les facteurs qui influencent les résultats aux scores de connaissance : .....	65
b) La place du médecin généraliste dans l'information donnée : .....	67
c) Lien entre les résultats aux scores de connaissance et le ressenti personnel des patientes sur leurs connaissances : .....	69
<b>5) CRITIQUE DE L'ETUDE</b> : .....	<b>70</b>
a) Points forts de notre étude : .....	70
b) Limite de notre étude : .....	71
<b>6) COMMENTAIRES ET REMARQUES DES PARTICIPANTES</b> : .....	<b>72</b>
<b>7) IMPLICATIONS, PERSPECTIVES</b> : .....	<b>74</b>
<b>CONCLUSION</b> : .....	<b>77</b>
<b>RESUME</b> : .....	<b>78</b>
<b>ANNEXES</b> : .....	<b>79</b>
<b>1) ANNEXE 1 : Questionnaire</b> .....	<b>80</b>
<b>2) ANNEXE 2 : Grille de cotation et de notation</b> .....	<b>87</b>
<b>3) ANNEXE 3 : Définition d'un score de connaissance satisfaisant</b> .....	<b>90</b>
<b>4) ANNEXE 4 : Correction du questionnaire</b> .....	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> : .....	<b>106</b>

## Table des illustrations :

TABLEAU 1: CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES. ....	41
TABLEAU 2: REPONSES EN % AUX DIFFERENTES LOCALISATIONS POSSIBLE D'EVENEMENTS PHYSIOLOGIQUES. ...	47
TABLEAU 3: SCORE DE CONNAISSANCE EN FONCTION DES DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUE. ....	54
TABLEAU 4: SCORE DE CONNAISSANCE EN FONCTION DES ATCD GYNECOLOGIQUE. ....	56
TABLEAU 5: SCORE DE CONNAISSANCE EN FONCTION DE L'INFORMATION REÇUE. ....	57
TABLEAU 6: SCORE DE CONNAISSANCE ET RESENTI DES PARTICIPANTES. ....	58
FIGURE 1: MOYEN DE CONTRACEPTION UTILISES. ....	42
FIGURE 2: NOMBRE D'ENFANTS DES PARTICIPANTES. ....	42
FIGURE 3: ATCD D'INFECTION GYNECOLOGIQUE. ....	43
FIGURE 4: NOMBRE D'IVG REALISEE. ....	43
FIGURE 5: DEMANDE AU COURS D'UNE CONSULTATION MEDICALE. ....	44
FIGURE 6: REPONSES JUSTES ET NON RENSEIGNEE AU SCHEMA DE LA VULVE VUE DE FACE. ....	44
FIGURE 7: REPONSES FAUSSES AU SCHEMA DE LA VULVE VUE DE FACE. ....	45
FIGURE 8: REPONSES JUSTES AU SCHEMA DES ORGANES GENITAUX INTERNES. ....	46
FIGURE 9: REPONSES FAUSSES AU SCHEMA DES ORGANES GENITAUX INTERNES. ....	46
FIGURE 10: REPONSES AUX QUESTIONS SUR LE CYCLE MENSTRUEL. ....	47
FIGURE 11: % DE BONNES REPONSES AUX SYMPTOMES POSSIBLES PRESENTS AU DEBUT DE LA GROSSESSE. ....	48
FIGURE 12: REPONSES AUX QUESTIONS SUR LA GROSSESSE. ....	48
FIGURE 13: REPONSES SUR LES PERTES BLANCHES. ....	49
FIGURE 14: NOMBRE DE PARTICIPANTES QUI ONT REPONDU "OUI" AUX DIFFERENTES COULEURS POSSIBLES DES PERTES BLANCHES. ....	49
FIGURE 15: REPONSES AUX QUESTIONS SUR LA MENOPAUSE. ....	50
FIGURE 16: % DE REPONSES A LA QUESTION « LES FEMMES SONT HABITUELLEMENT MENOPAUSEES ENTRE... ? » .....	50
FIGURE 17: % DE REPONSES DES PARTICIPANTES A LA QUESTION : .....	51
FIGURE 18: % DE PARTICIPANTES QUI ONT EU UN OU DES COURS D'EDUCATION SEXUELLE. ....	51
FIGURE 19: REPONSES DES PARTICIPANTES A LA QUESTION : " LES MEDECINS GENERALISTES QUE VOUS AVEZ RENCONTRES VOUS ONT-ILS EXPLIQUE... ? " .....	52
FIGURE 20: REPONSES DES PARTICIPANTES A LA QUESTION : « PENSEZ-VOUS AVOIR SUFFISAMMENT DE CONNAISSANCES SUR VOTRE CORPS POUR... ? » .....	52
FIGURE 21: REPARTITION EN % DES PARTICIPANTES EN FONCTION DES SCORES DE CONNAISSANCES. ....	53

## Liste des abréviations :

- **3D** : Trois dimensions
- **ATCD**: Antécédent
- **BAC**: Baccalauréat
- **BBC**: British Broadcasting Corporation
- **BEP** : Brevet d’Eude Professionnelle
- **BEPC** : Brevet d’Étude de Premier Cycle
- **CAP** : Certificat d’aptitude professionnelle
- **CDAG** : Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit
- **CM1** : Cours Moyen de première année
- **CM2** : Cours Moyen de deuxième année
- **CPP** : Consultation de Contraception et de Prévention
- **Ct** : Chlamydiae Trachomatis
- **DEA** : Diplôme d’étude approfondis
- **DIU** : Dispositif Intra Utérin
- **ECTS** : European Credit Transfer System
- **FCU** : Frottis Cervico Utérin
- **GEU** : Grossesse Extra Utérine
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HBV** : Hépatite B Virale
- **HCE** : Haut Conseil à l’Égalité
- **HPV** : Human Papilloma Virus
- **HSH** : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes.
- **IFOP** : Institut Français d'Opinion Publique
- **INED** : Institut National d'Études Démographiques
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- **IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **KABP**: Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices
- **MST** : Maladie Sexuellement Transmissible
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONU** : Organisation des Nations Unis
- **QR code** : Quick Response code (Code-barres en deux dimensions qui permet un décodage rapide via un lecteur de code-barres sur smartphone)
- **RésIST** : Réseau de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles
- **SVT** : Sciences et Vie de la Terre
- **URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine



## INTRODUCTION :

Les femmes, dès leur enfance et jusqu'à la fin de leur vie vont voir leur corps se transformer, se modifier. A l'adolescence, l'enfant va passer d'un stade infantile à sexué avec la puberté, les premières règles, l'apparition de caractères sexuels secondaires.

L'entrée dans la sexualité va constituer une nouvelle étape dans la vie d'une femme avec la découverte de sa sexualité, de son corps, mais également du corps de l'autre.

Pour certaines, les grossesses suivront, avec de nouveau, un bouleversement du corps, de son fonctionnement et de son anatomie.

Enfin vers 50 ans avec la ménopause, la femme va encore une fois expérimenter d'importants changements physiques et psychiques.

Toute leurs vies, les femmes vont donc voir leurs corps changer et évoluer en fonction des phénomènes qu'elles vont rencontrer.

Chaque étape s'accompagnera de nouvelles questions et interrogations sur ce corps en perpétuelle évolution et son fonctionnement.



# 1) LE CORPS DES FEMMES

## a) Un sujet d'actualité :

« Enseigner l'anatomie du sexe féminin, dans le cadre scolaire ou familial, voilà un sujet qui a régulièrement occupé ces derniers mois le devant de la scène médiatique. »

Beatrice Kammener (1)

- Du changement dans les programmes scolaires de SVT :

Les thématiques relatives à l'anatomie, la reproduction et la sexualité sont abordées tôt, dès le programme scolaire de primaire, en CM1 et CM2 puis en sixième.

A partir du quatrième cycle (5ème, 4ème et 3ème) l'anatomie et le fonctionnement des organes sexuels seront plus détaillés (2).

Dans le programme de SVT de quatrième les connaissances vont par exemple s'articuler autour de :

- la puberté, les organes reproducteurs, la production de cellules reproductrices, les contrôles hormonaux.

- la fertilité et la grossesse, le respect de l'autre, le choix raisonné de la procréation, la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles.

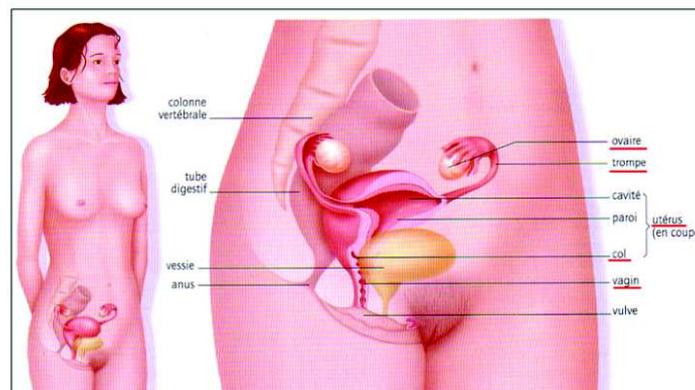


Illustration 1 : Extrait du site SVTez-vous ! (<https://www.sciencesdelavieetdelaterre93.wordpress.com>)

Au lycée, le programme de SVT prévoit un approfondissement des notions abordées au collège puis de nouvelles notions sont abordées (2) :

- L'identité sexuée est fondée sur le sexe chromosomique et génétique (gène SrY).

- Le fonctionnement de l'appareil reproducteur repose sur un dispositif neuroendocrinien.

- La connaissance de plus en plus précise des hormones naturelles endogènes contrôlant les fonctions de reproduction humaine a permis la mise au point de molécules de synthèse.

- Selon les problèmes de stérilité ou d'infertilité, différentes techniques médicales peuvent être utilisées pour aider à la procréation : assistance médicale à la procréation (AMP)...

- Chez l'homme et la femme, le système nerveux est impliqué dans la réalisation de la sexualité. Le plaisir repose notamment sur des mécanismes biologiques, en particulier l'activation dans le cerveau du système de récompense.

## La révision des schémas d'anatomie féminine dans les manuels scolaires, une redécouverte :

Avant 1980, les différentes parties de la vulve : grandes et petites lèvres, clitoris et orifice génital, sont bien identifiées dans les schémas qui présentent l'anatomie de l'appareil génital de la femme.

A la fin des années 1980 et avec l'arrivée du VIH, les connaissances scientifiques sur la pandémie sont transposées dans les programmes de S.V.T. On observe en parallèle une simplification des légendes et une épuration des contenus des schémas et chapitres sur la reproduction (1). Le clitoris par exemple, est représenté comme un simple bouton ou même non représenté (3).

*« On aseptise les représentations des organes génitaux, les modifications corporelles sont illustrées à travers des images de corps (...) et des diagrammes comparant les écarts dans l'apparition des modifications physiques et physiologiques à la puberté. On supprime les schémas montrant le pénis introduit dans le vagin lors du rapport sexuel et permettant d'expliquer le trajet des spermatozoïdes le long des voies utérines jusqu'au lieu où se déroule la fécondation. »*

Sandie Bernard (1)

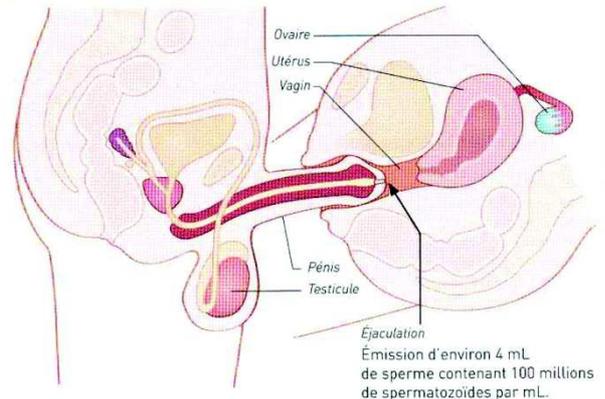


Illustration 2 : Trajet des spermatozoïdes après un rapport sexuel (ANI : la fécondation).

## Depuis 2017, du changement s'opère dans les manuels de SVT :



Illustration 3 : The Clitoris Printed in 3D by Odile Fillod, (<https://odilefillod.wixsite.com/clitoris/outils>)

En 2016, Odile Filot, diplômée de Centrale Paris et titulaire d'un DEA de sciences cognitives, crée le premier modèle d'organe bulbo-clitoridien imprimable en 3D (3). En se basant sur la littérature scientifique disponible, une taille et une forme moyenne plausible du clitoris a été établie, puis avec l'aide de la cité des sciences et de l'industrie de Paris un modèle imprimable en 3D du clitoris a été créé.

Ce modèle a fait le buzz en France et dans les médias internationaux (4).

Un an plus tard, en 2017, les éditions Magnard de quatrième, représentent pour la première fois le clitoris sur les schémas des organes reproducteurs féminins. C'est une première en France (5). A la rentrée 2019, dans les ouvrages destinés aux classes de seconde, cinq éditeurs sur sept revoient leurs schémas illustrant les chapitres sur la reproduction et la sexualité, et représentent le clitoris dans son anatomie complète (6).

*« Ces savoirs sont importants pour la santé sexuelle, mais aussi pour l'image de soi des femmes et la vision qu'on a des différences biologiques liées au sexe. »*

Odille Fillod (6)

- **Le corps des femmes dans les médias :**

Actuellement la thématique du corps de la femme occupe une part croissante des publications dans les médias français. Avec l'explosion d'internet et des réseaux sociaux, de plus en plus de sites diffusent des articles, des tutos, des vidéos à visées informatives et/ou éducatives sur la puberté, la grossesse, les règles, l'anatomie féminine...

Des témoignages de femmes se multiplient et des sujets tels que les règles, la sexualité, le plaisir, l'orgasme, sont abordés. Ils prônent le droit à la connaissance de son corps, à la libération des diktats et des tabous.

« Pourquoi dessine-t-on si mal les sexes féminins quand il y a des pénis partout ? » (1)

« Le Vagin - Il était une fois les meufs #5 | Topito. » (7)

« France culture : santé, sexualité, accouchement : une connaissance trop bien gardée. » (8)

« France 3 : le corps des femmes. » (9)

Notre époque est également celle de la montée globale du féminisme à travers le monde, ce qui encourage la prise de parole des femmes. Nous pouvons citer le mouvement américain #MeToo qui a eu un retentissement mondial (10).

## **b) Le corps des femmes, entre diktats et tabous :**

- **Un corps « normé » :**

Alors que l'on constate une surexposition du corps de la femme dans les médias, une libération de la parole et du savoir sur le corps des femmes, une « norme » du corps de la femme reste pourtant très prégnante dans notre société.

Les réseaux sociaux, la publicité, la télévision, les séries, la mode, les magazines... montrent une certaine vision « fantasmée » de la féminité et du corps féminin.

Certaines spécificités même de l'anatomie des femmes sont effacées.

Par exemple les poils : ils ne sont quasiment jamais montrés sur le corps des femmes. La tendance actuelle du « sans poil » est telle que la normalité semble s'inverser : avoir une peau glabre est devenue normal tandis que la pilosité, elle, ne l'est plus (11).

En ce qui concerne les seins, la norme dominante véhiculée est d'avoir une poitrine ronde, haute et ferme. Pourtant il existe autant de formes et de tailles de seins qu'il existe de femmes (12).



Illustration 4: Victoria Secret Campaign in 2012.

( <https://sites.google.com/site/societyandtheeffectonwomen/home/victoria-secret-vs-dove-campaign> )

Le même constat peut être fait en ce qui concerne la vulve.

Ses représentations sont également très « stéréotypées », alors que de nombreuses variantes anatomiques normales des grandes et petites lèvres existent. Le rôle d'internet et de la pornographie est ici majoritairement en cause (13) (14).

En ne représentant pas la diversité anatomique réelle du corps des femmes, le risque est que certaines femmes ressentent des sentiments de honte, de complexe et d'incompréhension lorsque leur corps ne correspond pas à cette « norme ». En témoigne actuellement le recours grandissant à la nymphoplastie.

Au départ, cette chirurgie des grandes et petites lèvres visait les variations anatomiques qui posaient problème. En réalité la demande est le plus souvent à but esthétique et elle vise à redonner une taille « standard » aux grandes et petites lèvres (13).

*« La BBC annonçait dans un reportage datant de 2017 que 156 jeunes britanniques de moins de 15 ans avaient subi une opération de la vulve entre 2015 et 2016.*

*Elles se disaient alors parfois “dégoûtées” de leur intimité.*

*Malheureusement, les diktats de la beauté arrivent parfois jusque dans la culotte » (12)*

- **Le tabou des menstruations :**

Cette période naturelle du cycle d'une femme est entourée depuis l'antiquité de croyances religieuses, traditionnelles, de préjugés et de fausses informations.

Les règles, on n'en parle pas ou peu et elles ne doivent pas être visibles. Les publicitaires transforment la couleur rouge du sang en bleu, les menstruations sont perçues comme sales, malodorantes et gênantes (15).

Ce tabou est retrouvé dans le monde entier avec parfois des répercussions très importantes. Les règles sont un facteur important de déscolarisation dans de nombreux pays. Elles sont souvent synonymes d'impureté et elles entraînent une mise à l'écart de la société (15).

Pouvoir s'exprimer librement sur ses règles, leur abondance, les douleurs occasionnées et les symptômes associés est pourtant primordial en santé. En parler permet par exemple de diagnostiquer plus rapidement certaines pathologies comme l'endométriose, le syndrome des ovaires polykystiques, une maladie de Von Willebrand, une grossesse méconnue, un trouble du comportement alimentaire...(16).

Dans une étude française de 2017 sur « l'exploration des déterminants du retard diagnostic de l'endométriose » (17), il a été trouvé à de très nombreuses reprises que le sentiment de honte et de tabou concernant les règles ainsi que la banalisation des douleurs liées aux menstruations pouvait entraîner une absence de recherche étiologique plus poussée.

D'où parfois l'absence ou le retard diagnostic de l'endométriose.

*« C'est normal, c'est les règles ! Vous souffrez mais c'est normal ! »*

*Citation d'une patiente de la thèse de Léa Lauret et Claire Jouanolou (17)*

*“Exploration des déterminants du retard diagnostique de l'endométriose”.*

## 2) LA SANTE SEXUELLE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) porte une attention particulière à la santé sexuelle de la femme et de ses possibles répercussions sur celle de ses enfants et de sa famille (18).

Un rapport de 2013 a établi plusieurs faits (19) :

- La santé des femmes et des filles est influencée par **les différences biologiques liées au sexe, le genre et d'autres déterminants sociaux.**
- Les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Toutefois, les femmes connaissent une **morbidity plus importante** et elles ont davantage recours aux services de soins de santé que les hommes, en particulier pour leurs **besoins en santé reproductive.**
- Parmi les cancers, ceux du **col de l'utérus et du sein** sont les plus fréquents.
- Au cours de sa vie, **une femme sur trois** dans le monde est susceptible de connaître des **violences physiques et/ou sexuelles.**
- Chaque jour, environ **830 femmes meurent** de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement.
- Les femmes, en particulier les **jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans**, représentent la majorité des personnes vivant avec le **VIH.**

L'OMS définit la santé sexuelle comme :

*« Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. » (18)*

### a) En France, un bilan paradoxal :

- **Des indicateurs plutôt positifs :**

Les indicateurs globaux de la santé sexuelle de la population française sont satisfaisants par rapport à de nombreux autres pays. Les principaux indicateurs des objectifs d'une bonne santé sexuelle sont partiellement atteints (20) :

- **L'autonomie** définit comme la capacité de concevoir des enfants et la liberté de décider d'en concevoir : 80% des femmes de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception.
- **La sécurité** : plus de 80% des jeunes de 15 à 25 ans utilisent un préservatif lors des premiers rapports sexuels.
- **La satisfaction** : 88% des femmes comme des hommes ont jugé « très bonne » où « satisfaisante » leur vie sexuelle.

- Des indicateurs préoccupants :

En France, le bilan fait par le ministère de la santé montre aussi que certains indicateurs en santé sexuelle ne sont pas satisfaisants et constituent un enjeu majeur de santé publique (20).

→ Un accès à l'éducation à la sexualité très inégalitaire :

- La loi Aubry du 4 juillet 2001 :

La loi Aubry, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, va apporter des modifications concernant les modalités d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires en France.

Elle prévoit des cours dédiés spécifiquement à la santé sexuelle en plus du programme scolaire existant en SVT. L'article L312-16 du code de l'éducation (21) stipule :

« Qu'une information et une éducation à la sexualité soit dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles. »

Le programme d'éducation sexuelle prévoit de s'articuler autour de trois champs de connaissances et de compétences : biologique, psycho affectif, social (22).

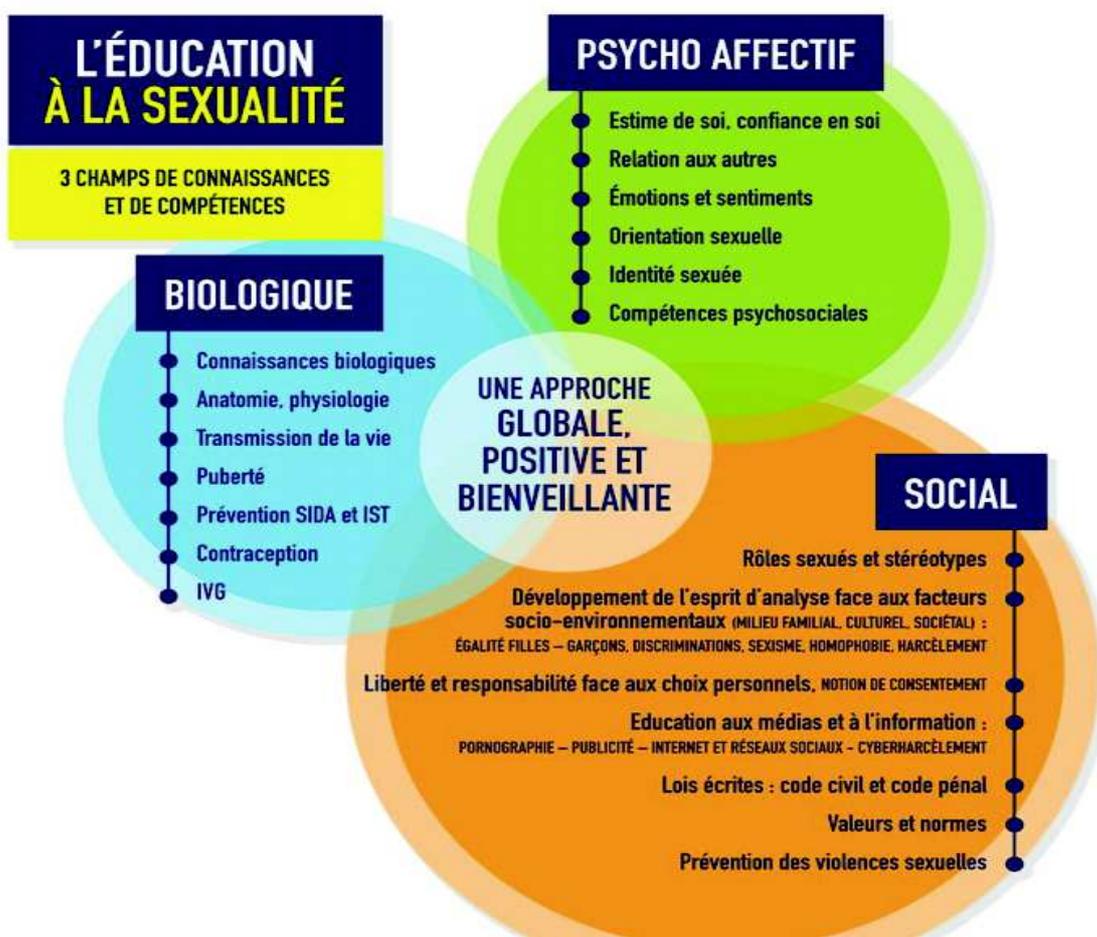


Illustration 5 : Éducation à la sexualité, 3 champs de connaissances et de compétences (<https://eduscol.education.fr/>).

▪ **Une application très inhomogène de cette loi :**

En 2016, un rapport a été publié par le Haut Conseil à l'Egalité :

**25 % des écoles élémentaires, 11 % des lycées et 4 % des collèges déclaraient n'avoir mis en place aucune action ou séance d'éducation sexuelle, soit une école sur quatre (23).**

▪ **Parmi les causes retrouvées à l'inapplication de cette loi on retrouvait (24) :**

- Des difficultés matérielles et logistiques d'organisation.
- Des problèmes d'emploi du temps et d'organisation matérielle.
- Des difficultés dans l'articulation entre les interventions extérieures et le travail de l'équipe éducative au sein de l'établissement.
- Des difficultés dans le financement des interventions effectuées (contribution financière variable des départements, de l'État, de l'Assurance maladie, des régions ou bénévolat).
- Une absence d'évaluation de ces dispositifs dont la qualité est probablement très inégale.
- Des réticences persistantes à la tenue de séances d'éducation à la sexualité.
- Une mobilisation très inégale des collectivités et organismes concernés.

L'éducation à la sexualité implique également d'être scolarisé et reste donc inégalitaire. Certaines populations de jeunes comme les apprentis, les élèves de maisons familiales et rurales, ainsi que les jeunes en rupture familiale et/ou situation socio-économique précaire en sont exclus.

Devant les nombreuses disparités d'application de cette loi sur le territoire français et l'absence d'évaluation de ces programmes, il est donc probable qu'une grande partie des jeunes femmes françaises n'aient pas eu accès à cette éducation.

Les parents et le cercle familial peuvent également contribuer grandement à l'acquisition de ces connaissances mais les disparités sont là aussi présentes d'une famille à l'autre. De plus les informations données dans le cadre privé ne sont pas « standardisées » et elles vont grandement fluctuer en fonction du niveau de connaissance même des familles.

*« Pendant la scolarité de Louise, 20 ans, dans un établissement privé, la sexualité n'a été abordée qu'une seule fois lors d'un cours de SVT en classe de cinquième :*

*"Des intervenants âgés nous ont juste parlé des risques de tomber enceinte et des maladies. Je suis ressortie de la séance angoissée en me disant que je pouvais risquer ma vie avec un rapport sexuel." » (24)*

*« Louise s'estime chanceuse d'avoir eu des parents avec qui elle pouvait discuter de sexualité, "mais par exemple j'ai une amie qui n'a jamais pu en discuter avec ses parents ou à l'école qui m'a demandé à 19 ans si elle pouvait tomber enceinte avec une fellation. » (25)*

**→ Un tiers des grossesses restent non prévues et aboutissent 6 fois sur 10 à une IVG (20) :**

Le taux de recours à l'IVG suit une tendance à la hausse depuis le milieu des années 1990 et atteint des **taux records avec 232 000 IVG en 2019**, soit le nombre le plus élevé depuis les trente dernières années (26).

En parallèle environ 72 % des femmes avaient recours à une méthode contraceptive médicalisée en 2017 (27). La France est ainsi devenue l'un des pays avec un taux de couverture contraceptive le plus élevé au monde. 40 ans après la loi Neuwirth qui a permis la libération de la contraception en France, ces résultats paraissent contradictoires (28).

▪ **Les causes retrouvées :**

Elles sont le plus souvent dues à des erreurs ou mésusages des moyens de contraception conduisant à un échec de la contraception, c'est-à-dire que malgré l'utilisation d'une méthode contraceptive, le rapport sexuel aboutit à une grossesse.

En effet un tiers des grossesses non prévues sont dues à l'absence de contraception, et deux tiers surviennent sous contraception (28).

Les moyens de contraception actuels sont pourtant, d'un point de vue scientifique, très efficaces. Il existe donc un écart entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante (29).

Les freins quasi unanimement évoqués au bon usage des moyens de contraception (24) et donc à leur efficacité sont :

- Le manque d'informations et de connaissances sur les moyens de contraception.
- Les difficultés de compréhension inhérentes aux différentes méthodes.
- Les fausses croyances.

▪ **La norme contraceptive en France :**

Elle se traduit par le recours au **préservatif** en début de vie sexuelle, à l'utilisation de la **pilule** dès que la vie sexuelle se régularise et au **dispositif intra-utérin (DIU)** comme alternative à la pilule à partir de 30 à 35 ans (28).

Même si l'on assiste aujourd'hui à une baisse du recours à la pilule avec moins 18 % du recours à la contraception orale entre 2010 et 2013, celle-ci reste le premier moyen de contraception utilisé en France en 2021, soit 45% des femmes concernées par la contraception (29).

▪ **Les échecs de contraception sous pilule :**

Ils constituent la majorité des échecs de contraception puisque la pilule est le premier moyen de contraception utilisé en France.

Les principales causes retrouvées aux grossesses non désirées sous pilule sont (30) :

- Dans près de la moitié des cas, « **un oubli de contraception** ».
- Puis vient ensuite les « **mésusages** » dans l'utilisation de cette contraception. Par exemple : l'arrêt brutal et non encadré de la pilule sans autre moyen de contraception en relais ou les erreurs de prise des comprimés : prises non quotidiennes, heures fixes non respectées...

Un article publié dans « Revue française des affaires sociales » en 2011 (31) a retrouvé qu'environ 16% des femmes ne connaissaient pas la raison de l'échec de leur contraception et 9% pensaient être tombées enceinte à cause d'un retard dans la reprise d'une nouvelle plaquette.

Un autre résultat est préoccupant : **51% des femmes seraient à risque de grossesse non désirée lorsqu'elles oublient leur pilule contraceptive**, car elles ne maîtrisent pas l'utilisation d'une contraception d'urgence.

Une enquête de l'INPES de 2011 (28) corrobore ces résultats :

Chez les femmes de 20-24 ans la prise de la contraception d'urgence était consécutive à un oubli de la pilule dans 42,3 % des cas et 1/5 des grossesses non désirées avaient eu lieu chez des femmes qui étaient sous pilule.

Ces résultats interrogent sur l'adéquation entre le choix du mode de contraception et le mode des vies des femmes françaises.

*« La problématique n'est donc pas tant celle de la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces que celle des difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur contraception orale. » (28)*

▪ **Les autres modes de contraception :**

Dans le monde, la méthode de contraception la plus utilisée est le DIU. L'OMS considère le stérilet comme une méthode contraceptive de première intention.

De même avant l'âge de 20 ans, les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés (32) (33).

Selon un document de l'HAS sur les méthodes de contraception les plus efficaces disponibles, mis à jour en 2017 :

*« Le DIU est une méthode contraceptive de 1<sup>re</sup> intention, considérée comme très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque de cancer ni de risque cardiovasculaire n'est établi. Le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise. Les DIU peuvent être proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité, nullipares comprises. » (33)*

De plus, les femmes qui ont fait le choix du stérilet se disent souvent très satisfaites de cette méthode de contraception et elles ont conscience de son efficacité et de sa facilité d'usage.

Une étude de l'IFOP pour [www.illicomed.com](http://www.illicomed.com), réalisée par questionnaire auto-administré en ligne, en 2018 auprès d'un échantillon de 1 084 femmes de 15 ans à 49 ans (34) a montré que : 94% des femmes porteuses d'un DIU se disaient très satisfaites de cette méthode de contraception. 21 % des femmes jugeaient le stérilet comme la meilleure alternative à la pilule. 80% avaient conscience de l'efficacité plus fiable des méthodes de contraception de longue durée.

Seulement la moitié des femmes connaissaient le DIU comme moyen de contraception.

Le DIU est donc un moyen de contraception de choix à tout âge et il est recommandé en première intention. C'est une méthode de contraception connue, pratique et efficace avec un risque de mésusage ou d'erreur faible.

Pourtant son utilisation reste limitée en France surtout chez les jeunes, et il est choisi par seulement 25 % des femmes (28).

Le manque d'informations concernant la pause du stérilet, la peur du risque infectieux et des effets indésirables sont souvent des facteurs limitants au choix du stérilet comme contraceptif. De plus les idées reçues et les fausses croyances sur le stérilet persistent (24).

L'implant, le patch, l'anneau vaginal, le préservatif féminin... sont pour le moment minoritaires et restent mal connus (34).

### → La recrudescence des maladies sexuellement transmissibles (MST) :

- **Les MST sont en recrudescences et touchent plus spécifiquement les jeunes (20).**

Selon un rapport de l'OMS on a noté une augmentation de 10% des MST chez les 15-24 ans et chez les populations vulnérables entre 2012 et 2014.

Concernant le VIH l'épidémie est globalement stable depuis 2007 mais elle reste alarmante chez les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) et on recensait près de 6000 nouvelles séropositivités en 2015.

### Pour les infections à Gonocoque et Chlamydiae Trachomatis (35) :

- Le réseau RésIST (Réseau de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles) rapporte un nombre de diagnostic d'infections à gonocoque qui a continué d'augmenter en 2019 avec **+21% de nouveaux diagnostics** par rapport à 2017.

- Le nombre de diagnostics d'infections à Chlamydiae Trachomatis a lui **augmenté de 29%** entre 2017 et 2019.

- **Les MST, des maladies « insidieuses et abstraites » (36) :**

Du fait de l'absence de symptômes d'infections visibles alors même qu'il existe bel et bien une infection en cours, les MST ne semblent pas « réelles ».

Les symptômes des MST sont mal connus ainsi que leur mode de transmission surtout chez les 18-35 ans. Une enquête sur les MST menée en 2016 par le syndicat national des dermatologues vénérologues, a retrouvé les résultats suivants :

*« 7 personnes sur 10 ignorent ou interprètent mal les signes d'une MST  
(Brûlure, écoulement, ulcération)*

*3 sur 10 ignorent que les MST sont transmissibles par voie anale  
Plus d'1 sur 10 pense que le psoriasis est une MST. » (36)*

*« Une part non négligeable de la population craint des risques de contamination là où il n'y en a pas ou très peu : 27 % pensent pouvoir être contaminés en utilisant la **brosse à dent** de quelqu'un, 22 % pensent que les MST sont uniquement transmissibles par les voies sexuelles, et un peu plus de 15 % craignent de se faire **tatouer** ou de contracter une MST chez le **dentiste**. » (36)*

Dans un travail de thèse, visant à évaluer les connaissances des patientes en médecine générale sur les MST, à Vitry-sur-Seine, en 2014 (37):

- 16 à 20% des patientes de l'étude pensaient qu'il existait d'autres moyens de protection en dehors du préservatif comme par exemple le coït interrompu ou la prise de contraceptifs oraux.

- 25% pensaient qu'il n'y a pas de risque de transmission d'une MST, en cas de rapports non protégés, lorsqu'il n'y a pas de symptôme de MST présents chez un des deux partenaires.

La dernière enquête du KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices) de 2010 concernant le VIH (38) a souligné une diminution de la vigilance et des connaissances globales sur le VIH, notamment chez les jeunes. De moins en moins de jeunes connaissent ou reconnaissent une personne séropositive dans leur entourage. Il était aussi constaté une décroissance progressive du niveau de connaissance dans la tranche d'âge des 18-30 ans entre les années 1994 et 2010.

▪ **Une corrélation possible entre les MST et les applications de rencontres :**

Devant la hausse importante de certaines MST en France et dans le monde, une hypothèse émise serait qu'il existe un lien entre les MST et les applications de rencontres.

En France, aucune étude n'a pour le moment prouvé ce lien (39), mais une corrélation a été établie chez les adolescents homosexuels en Asie dans un rapport publié par l'ONU en 2015 (40) ainsi que dans des enquêtes britanniques en 2015 (41).

Un fait établi est que l'accès à internet, les smartphones, et l'évolution des mœurs rendent plus faciles les rencontres et l'activité sexuelle « occasionnelle » (toute activité sexuelle avec pénétration en dehors de toute relation sentimentale établie).

Ce phénomène de « coup d'un soir » est en hausse avec aujourd'hui 38% des français concernés contre 22% en 2012 (42).

Le confinement dû à l'épidémie de COVID 19 semble accélérer cette hausse avec près d'un tiers des français qui se sont connectés à une application de rencontre depuis mars 2020 (43).

▪ **Concernant l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention des MST (44) :**

Les enquêtes sur l'utilisation du préservatif ont montré que plus de 84% des personnes interrogées considéraient que le préservatif était la meilleure protection contre les MST. Pourtant **seulement la moitié l'utilisait systématiquement** lors des rapports sexuels.

De plus sa non utilisation était sans lien avec le fait d'avoir réalisé ou non un dépistage de MST auparavant. Cette diminution de l'usage du préservatif était plus marquée chez les jeunes entre 18 et 30 ans et ils étaient aussi les plus nombreux à s'interroger sur l'efficacité du préservatif et à croire possible la transmission de virus malgré son utilisation.

On assiste donc à une augmentation des comportements à risque notamment chez les jeunes mais aussi à un relâchement global des comportements de prévention.

De nombreuses fausses croyances sur les MST, leurs physiopathologies, leurs symptômes et leurs modalités de transmission persistent et sont très souvent aggravés par un manque de connaissances sur le sujet. Il en découle souvent un sentiment de peur, de honte et de tabou.

*« Je ne comprenais pas comment ça se transmettait (...), et du coup j'avais peur... ».*

*Citation d'une participante de la thèse de Bally Solène (45)*

## **b) Une nouvelle stratégie de santé sexuelle :**

Afin de promouvoir et d'améliorer la santé sexuelle en France, le ministère des affaires sociales et de la santé a établi une nouvelle stratégie de santé sexuelle entre 2017 à 2030. (20).

Cette stratégie vise à **améliorer la santé sexuelle et reproductive en se basant sur des principes d'autonomie, de satisfaction et de sécurité dans les domaines de la sexualité.**

Elle prévoit de renforcer l'information, l'éducation à la santé et la communication surtout envers les jeunes et différents types d'approche seront exploités :

- **Les approches dites collectives** centrées sur la santé collective. Ce sont les actions de masse diffusées par les médias, les campagnes publicitaires, l'école...
- **Les approches plus individuelles** centrées sur l'individu. Ce sont les méthodes le plus souvent utilisées lors des consultations avec des professionnels de santé.

## **c) Le médecin généraliste un acteur clé :**

Le médecin généraliste a une place particulière dans tous les domaines concernant l'information, la prévention, et l'éducation à la santé (46).

- **Il est le premier contact avec le système de soins.**

Il doit prendre en compte tous les problèmes de santé y compris ceux relatifs à la santé sexuelle et il intègre au cours de ses consultations toutes les composantes physiques, psychologiques, sociales et culturelles existantes.

Il exerce selon un mode de consultation particulier basé sur une relation de confiance médecin – malade. Cette relation est elle-même amenée à évoluer, à se construire, et à se modifier au cours du temps.

Le médecin généraliste va assurer le suivi de son patient dans la durée, et il doit penser à l'avenir de son patient notamment à travers les actes de prévention.

Il doit de plus s'attacher à éduquer et autonomiser au mieux ses patients.

Le **modèle « BERCER » de l'OMS** propose par exemple un déroulement de la consultation de contraception et du suivi en six étapes :

**« Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. » (28)**

Le discours du médecin généraliste doit être individualisé et adapté à chaque personne et la compréhension de l'information donnée doit être recherchée.

Il se doit d'adopter une attitude empathique, bienveillante, non jugeante afin de créer un espace de discussion ouvert.

- **Il est au cœur de la santé des femmes :**

La gynécologie se définit par « l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital, du point de vue tant physiologique que pathologique » (47).

Les consultations en rapport avec les organes sexuels de la femme se partagent aujourd'hui essentiellement entre **les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes.**

À la vue d'une démographie médicale en baisse du côté des gynécologues médicaux, les médecins généralistes vont être amenés à voir leur activité liée à la gynécologie augmenter ces prochaines années (48).

En effet, selon les chiffres publiés par l'ordre des médecins, le nombre de gynécologues médicaux en France aurait chuté de 41,2% entre 2007 et 2017 (49).

La gynécologie est, de plus, un motif de consultation très important en médecine de ville. On estime le nombre de consultations pour un motif gynécologique à **3,6 consultations par femme et par an.**

Les trois motifs de consultations les plus fréquemment abordés lors de ces consultations sont **la contraception, les douleurs pelviennes, les pathologies infectieuses** (50).

Les médecins généralistes peuvent également réaliser une consultation spécifiquement dédiée à la santé sexuelle, la **CCP : « Consultation de Contraception et de Prévention »**, qui s'adresse aux jeunes filles de 15 à 18 ans (51).

En Normandie, plusieurs campagnes de sensibilisation sont en cours pour promouvoir le suivi gynécologique par les médecins généralistes.

*« Selon l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie :  
90 % des médecins assurent tout ou partie du suivi gynécologique de leurs patientes, et 89 %  
sont attachés à cette part de leur activité.  
99 % assurent les consultations de contraception,  
88 % des médecins généralistes réalisent des frottis de dépistage et plus de 90 % suivent la  
grossesse de leurs patientes en lien avec la maternité. » (52)*

Le médecin généraliste semble donc être un interlocuteur de choix pour accompagner les femmes tout au long de leur vie sexuelle.

### 3) POURQUOI CE SUJET DE THESE ?

#### a) Les constats :

- Le corps des femmes est au cœur de l'actualité et de la santé publique :

- La santé sexuelle est un **enjeu majeur de santé publique actuellement**. De nouvelles stratégies sont mises en œuvre pour améliorer la santé dans les domaines de la reproduction, de la prévention des infections, de la sexualité...

De nombreuses campagnes d'information sont organisées sur le territoire et un plan national a fixé des objectifs précis d'ici 2030.

- La société est portée par **un élan féministe**. Les communications et les sources d'informations sur le corps de la femme se multiplient dans les médias, les sites internet, les blogs, les brochures d'informations, les revues, la télévision, YouTube, les forums...

- Les **moyens de s'informer** via internet sont illimités, les ouvrages de SVT révisent leurs schémas sur l'anatomie féminine ; l'éducation renforce ses programmes d'éducation à la sexualité... Il peut ainsi sembler difficile aujourd'hui de se plaindre d'un manque d'informations et de communications médicales.

- De mauvais indicateurs et des tabous persistants :

- Lorsqu'on s'intéresse de plus près aux indicateurs en santé sexuelle, certains restent **préoccupants et sont paradoxaux**. Nous pouvons citer par exemple le taux d'IVG qui atteint son plus haut chiffre depuis 30 ans malgré une des couvertures contraceptives les plus élevée au monde.

- De nombreux **tabous et idées reçues sur le corps de la femme**, son fonctionnement et son anatomie « réelle » sont encore bien ancrés dans notre société. Les études retrouvent systématiquement un manque d'informations, de compréhension et de connaissances des femmes dans les sujets relatifs à la santé sexuelle.

- Le médecin généraliste est au cœur de la problématique de la santé sexuelle des femmes :

- Le médecin généraliste est le **premier contact** des femmes avec le système de soins et il a une relation privilégiée avec ses patientes.

- Il va être très impliqué dans la vie sexuelle de ses patientes.

Il va suivre les jeunes filles depuis leur plus jeune âge et **assister à tous les événements de leur vie de femme** : leur puberté, leur entrée dans la sexualité, leur première consultation de contraception, leurs grossesses, leurs consultations de suivi gynécologique, les consultations à la ménopause...

### **b) Dans ma pratique personnelle :**

Pendant mon internat, lors de mon stage en gynécologie et maintenant lors des consultations de gynécologie en médecine générale, j'ai souvent la surprise de découvrir que nous n'utilisons pas toujours le même langage avec nos patientes.

Des termes simples, de notre point de vue de médecin, comme la vulve, le vagin, l'utérus, les pertes blanches, le cycle menstruel... mettent parfois les patientes en difficulté et elles sont souvent demandeuses d'explications approfondies avec des schémas, des dessins...

L'impression que les femmes n'ont pas toujours les pré-requis nécessaires pour aborder sereinement les consultations relatives à la santé sexuelle m'a interpellée.

### **En recherchant dans la littérature, cette impression transparait également souvent :**

Les études sur la contraception, ses échecs, les IVG, les MST, la sexualité... font souvent le lien avec un manque global de connaissances des patientes et suggèrent qu'il y aurait des lacunes sur les connaissances de base de l'anatomie et de la physiologie féminine.

Afin de quantifier cette impression de méconnaissance, mon travail de thèse va s'attacher à étudier les connaissances et les méconnaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur anatomie et leur physiologie féminine en 2021.

### **c) Hypothèse de recherche :**

Les femmes majeures qui consultent en médecine générale ont des connaissances insuffisantes de leur corps et de leur physiologie féminine et cela a un impact négatif sur la prise en charge de leur santé sexuelle en médecine générale.

## **4) OBJECTIF DE LA THESE**

### **a) Objectif principal :**

L'objectif principal de ma thèse sera de déterminer quel est le niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur anatomie et leur physiologie féminine.

### **b) Objectifs secondaires :**

- Déterminer quels sont les facteurs qui influencent positivement ou négativement les résultats du score de connaissance.
- Déterminer quelle est la place du médecin généraliste dans l'acquisition de ces connaissances.
- Déterminer s'il existe un lien entre les résultats au score de connaissance et le ressenti personnel des patientes sur leurs connaissances.

# MATERIEL ET MÉTHODE :

## 1) TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative, descriptive, transversale, multicentrique.

## 2) SELECTION DES CENTRES D'INVESTIGATIONS :

Mon étude s'est déroulée dans **cinq cabinets** de médecine générale du territoire Seine Havre Métropole. Le choix des cinq centres a été fait en fonction de leur localisation et de leur milieu socio-économique afin d'obtenir un **échantillon d'étude représentatif** de la population générale qui consulte en médecine générale.

- **Premier centre :**

- Centre médical de Criquetot l'Esneval : *Dr Champain Flavien, Dr Desnos Daniel, Dr Aneculaesei Irina, Dr Majot Maxime.*
- Cabinet de groupe, tout âge, médecins hommes majoritaires.
- Campagne.
- Milieu social mixte.

- **Deuxième centre :**

- Centre médical François Premier : *Dr Blaisius Vanessa.*
- Cabinet de groupe, âge < 50 ans, femme.
- Quartier Perey, ville basse, Le Havre.
- Milieu social favorisé.

- **Troisième centre :**

- Centre médical des Hallates : *Dr Lecoq Helene, Dr Renaut Charlotte, Dr Jacomin Olivia, Dr Retout Didier.*
- Cabinet de groupe, tout âge, médecins femmes majoritaires.
- Quartier Sainte Cécile, ville haute, Le Havre.
- Milieu social mixte.

- **Quatrième centre :**

- Cabinet médical du *Docteur Landel Yves.*
- Exercice seul, âge > 50 ans, homme.
- Quartier Danton, ville basse, Le Havre.
- Milieu social mixte/défavorisé.

- **Cinquième centre :**

- Centre médical Caucriauville : *Dr Fagot Elsa, Dr Rioult Cindy, Dr Chaou Mohammed, Dr Demarais Laurent.*
- Cabinet de groupe, tout âge, médecins homme et femme.
- Quartier de Caucriauville, banlieue, Le Havre.
- Milieu social défavorisé.

Le seul critère pour pouvoir inclure les centres médicaux choisis était que les médecins acceptent la distribution des questionnaires dans leur cabinet.

L'effectif minimal de l'étude a été fixé à **100 questionnaires**. Il en a été distribué une trentaine dans chaque centre soit **160 questionnaires collectés au total**.

### 3) POPULATION DE L'ETUDE :

#### a) Critères d'inclusion :

- Être une femme.
- Être majeure.
- Savoir parler, écrire et lire le français.
- Consulter en médecine générale dans un des cinq centres prévus dans l'étude.

#### b) Critères d'exclusion :

- Être un homme.
- Être une femme mineure.
- Consulter dans un des cinq centres pour un autre motif de consultation que de la médecine générale.
- Ne pas pouvoir communiquer, lire et écrire en Français.

### 4) ELABORATION DE L'ETUDE :

#### a) Élaboration du questionnaire (Annexe 1) :

L'étude s'est basée sur les réponses recueillies à partir d'un questionnaire anonymisé.

Le nom et prénom n'étaient pas demandés et il ne devait pas y avoir de signes distinctifs permettant d'identifier une participante de l'étude.

Le questionnaire comportait sept pages dont une page d'introduction pour expliquer le but de l'étude et les conditions requises pour pouvoir participer.

Avant d'arriver à la version définitive du questionnaire, un questionnaire test a été distribué à une trentaine de personnes choisies dans l'entourage de l'auteure et, si possible, venant d'un environnement non médical.

Il a été demandé aux participantes leur impression globale sur le questionnaire et si les termes employés étaient compréhensibles. Il était également demandé aux participantes de se chronométrer. Le temps moyen mis a été de 7 à 9 min pour remplir le questionnaire.

A partir des remarques au questionnaire test, le questionnaire final a été élaboré avec quatre grandes parties.

- **Première partie : données personnelles des participantes.**

Elle concernait le recueil des données socio démographiques et le recueil des antécédents gynécologiques.

- **Deuxième partie : partie sur les connaissances.**

Elle était consacrée aux connaissances des participantes sur :

- *L'anatomie féminine* : 2 schémas à légender.
- *La fonction des différents organes sexuels* de la femme : cases à cocher dans un tableau.
- *Le cycle menstruel, les menstruations, les pertes blanches, la grossesse, la ménopause* : plusieurs items vrais ou faux étaient proposés avec des cases à cocher « oui ou non » au bout de chaque proposition.

- **Troisième partie : sources d'informations et ressenti.**

Elle s'intéressait aux différentes sources d'informations utilisées par les participantes sur les questions relatives à leur corps et à la physiologie féminine et également à la place du médecin traitant dans la délivrance de ces informations.

Enfin une dernière question demandait aux patientes leur ressenti personnel sur leurs connaissances.

- **Quatrième partie : expression libre et réponses au questionnaire.**

La dernière partie du questionnaire permettait aux participantes de laisser des remarques écrites si elles le souhaitaient. Il leur était également demandé si elles souhaitaient les réponses aux questionnaires, et si oui, si un formulaire papier les intéressait.

## **b) Réponses au questionnaire :**

La correction du questionnaire se présentait en deux parties :

- La première partie reprenait les schémas et les items proposés dans la partie connaissance et les réponses justes étaient surlignées en jaune.
- A la fin de la correction, une deuxième partie reprenait les différents thèmes du questionnaire avec des explications plus détaillées.

Les participantes avaient accès à la correction de deux manières :

- En flashant un **QR code** à la fin du questionnaire (code-barres en deux dimensions qui permet un décodage rapide via un lecteur de code-barres sur smartphone).
- En me demandant directement la **correction imprimée en version papier.**

## **c) Modalité de distribution et de recueil des questionnaires :**

Les questionnaires ont été distribués en main propre à toutes les femmes majeures présentes les jours de distribution des questionnaires.

Elles ont été abordées en salle d'attente par l'auteure avant ou après leur consultation, en fonction des préférences des médecins du cabinet.

Une explication de l'étude et de ses objectifs a été faite à chaque patiente et leur accord a été systématiquement recherché avant de leur donner le questionnaire.

Lorsque cela a été possible, un endroit dédié a été proposé aux participantes pour remplir le questionnaire. Les lieux calmes et plus intimes que la salle d'attente ont été privilégiés afin d'éviter la gêne que pouvait occasionner le remplissage du questionnaire, notamment des schémas anatomiques.

Une fois le questionnaire rempli les patientes le mettaient dans une enveloppe fermée puis me le remettaient.

Le temps passé dans chaque centre a été d'environ de deux journées et demi et la distribution des questionnaires s'est étalée entre décembre 2020 et février 2021, soit pendant 3 mois.

## 5) ANALYSE DES DONNEES :

### a) Mode d'analyse des questionnaires :

#### Sur les 160 questionnaires distribués :

Tous les questionnaires n'ayant aucune réponse remplie dans la partie « connaissance » ont été exclus de l'étude, soit trois questionnaires sur les 160 récupérés.

Au total 157 questionnaires ont pu être exploités.

Toutes les questions du questionnaire ont été saisies dans un tableau Excel.

Chaque participante s'est vu attribuer un numéro et ses réponses ont été saisies dans le tableau au fur et à mesure du recueil des questionnaires, cabinet par cabinet.

Afin de faciliter l'exploitation du tableau, les réponses ont été retranscrites de manière simplifiée en numéro.

La dernière ligne du tableau a servi pour retranscrire les remarques personnelles des patientes.

### b) Mode d'analyse des données de la partie connaissance :

Un autre tableau Excel a été utilisé en ne retranscrivant que les réponses à la partie « connaissance » du questionnaire. Au total 63 items ont été retranscrits dans ce tableau.

Un numéro de 1 à 63 a été attribué à chaque item en suivant l'ordre du questionnaire et une grille de notation a été élaborée.

#### Chacune des réponses aux 63 items ont ainsi été notées (Cf. Annexe 1) :

- **-1 ; 0 ; + 1 ou NR** « non répondu ».
- Il a été coté – 1 : Les réponses fausses aux items les plus simples du questionnaire et qui démontraient des connaissances très faibles.
- Les autres items ont été coté :
  - + 1 lorsque la réponse était correcte.
  - 0 lorsque la réponse était fausse.
  - Le fait de ne pas avoir répondu à une question (NR) a également été coté 0.

#### Précisions :

- Concernant les réponses aux deux schémas d'anatomie :  
Il a été noté **juste (+1)** les réponses mal orthographiées, les abréviations, les termes incomplets. Par exemple, les réponses comme « évacuation de l'urine, appareil urinaire, pipi... » ont été notées justes pour la légende désignant le méat urinaire.  
En effet les termes scientifiques n'étaient pas attendus.

- Item n° 33 :

« Une grossesse peut avoir lieu seulement après plusieurs rapports sexuels non protégés ».

Le but de la question était de savoir :

- Si la répétition des rapports sexuels était perçue comme un facteur obligatoire à une grossesse.
- Si les participantes savaient qu'une grossesse était possible même après un seul rapport sexuel non protégé.

Cet item a posé problème à un grand nombre de participantes car elles ont très souvent répondu *oui* à cet item mais elles ont également répondu *oui* à l'item précédent (N° 32) :

« La grossesse peut avoir lieu suite à un seul rapport sexuel non protégé ».

En répondant *oui* aux deux items, les résultats n'étaient plus interprétables.

L'item N° 33 n'a donc pas été coté.

- Item n° 34 :

« Une grossesse peut avoir lieu seulement s'il y a pénétration lors d'un rapport sexuel ».

Le but de cette question était de savoir :

- Si les femmes identifiaient bien la pénétration vaginale lors d'un rapport sexuel comme condition nécessaire pour être enceinte.

La question faisait donc référence à la pénétration vaginale mais cela n'était en fait pas précisé dans la question. De plus la réponse attendue était *oui* mais, dans la littérature, de très rares cas de grossesses sans pénétration vaginale sont rapportés. Devant l'imprécision de la question et les controverses sur la bonne réponse possible, l'item n'a pas été coté.

- Item 52 :

« Les pertes normales chez la femme peuvent être de couleurs/aspects ? ».

La question faisait référence aux *pertes blanches vaginales normales* évoquées dans la question précédente mais l'intitulé n'était pas explicite.

Beaucoup de participantes ont coché la case « rouge » en référence aux menstruations et cela a donc été coté comme juste.

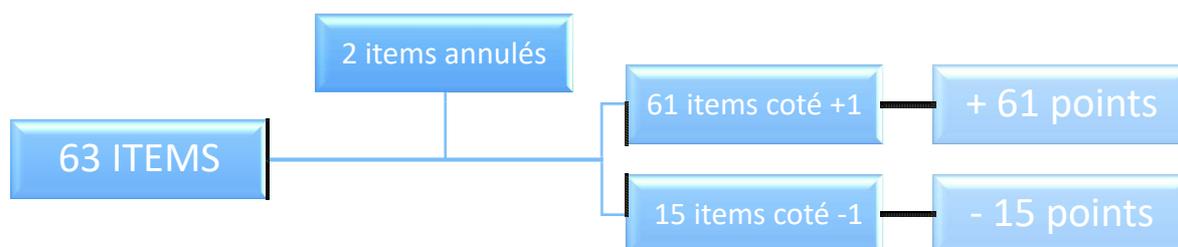
**Au total, sur les 63 items de la partie « connaissance » :**

- 2 items ont été annulés.

- 61 items ont été notés positivement.

- 15 items ont été notés négativement.

Le nombre de points obtenus pour chaque participante pouvait donc aller de - 15 à + 61 points.



### c) Mode d'analyse selon le critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal était : « le nombre de femmes ayant obtenu un score non satisfaisant dans la partie « connaissance » du questionnaire. »

- Définition d'un score satisfaisant / non satisfaisant :

Afin de définir ce qu'est un « score satisfaisant », les systèmes de cotation français puis européen ont été étudiés (53) (54) (55) (56).

- En France, le système de notation le plus couramment utilisé dans les établissements d'enseignement secondaire et supérieur, est la notation chiffrée de 0 à 20 (57). Aucun équivalent chiffré standardisé d'un score ou d'une note satisfaisante n'a été retrouvé dans les systèmes de notation français.
- Au niveau européen, le terme de « note satisfaisante » est retrouvé dans plusieurs systèmes de notation mais sa définition varie en fonction de chaque pays.
- Une notation européenne a été mise au point pour proposer une équivalence entre les différents systèmes de notation européens, c'est le système ECTS (*European Credit Transfer System*). Le système ECTS définit **une note satisfaisante** comme : « **Un travail honnête mais comportant des lacunes importantes.** » (58)

En prenant cette définition, et pour répondre à l'objectif principal, un score de connaissance satisfaisant a été déterminé à partir des items du questionnaire.

#### Sur les 61 items du questionnaire :

→ 37 items portant sur des connaissances fondamentales simples ont été sélectionnés.

(Cf. Annexe 2)

→ Avoir eu une bonne réponse à au moins ces 37 items a été jugé comme le seuil minimum requis pour que le niveau de connaissance puisse être qualifié de satisfaisant, **soit 60% de bonne réponse.**

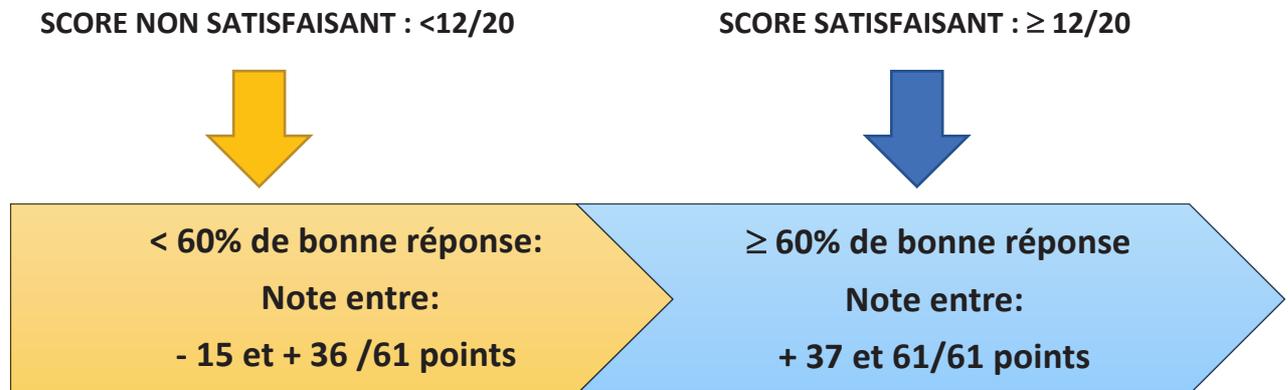
→ Ce seuil a ensuite été généralisé à tous les items du questionnaire.



**Un score satisfaisant a donc été défini comme le fait d'avoir eu, en moyenne, sur TOUS les items du questionnaire, au moins 60% de bonne réponse, soit une note  $\geq 37/61$ .**

**Un score de connaissance NON SATISFAISANT a donc été défini par un SCORE  $< 37/61$ .**

En reprenant la méthode de notation française la plus courante, chiffrée entre 0 et 20, on obtient ainsi qu'un score non satisfaisant est équivalent à une note  $< 12/20$  et qu'un score satisfaisant est équivalent à une note  $\geq 12/20$ .



- **Précision :**

Une autre méthode pour définir un score de connaissance satisfaisant aurait pu être de prendre comme seuil la moyenne des points, soit 50% de bonnes réponses et une note de 30,5/61.

Ce seuil n'a pas été utilisé pour répondre à notre objectif car en utilisant ce seuil de 50% de bonnes réponses, trop peu de réponses justes à des items portant sur des connaissances fondamentales simples ont été retrouvées.

Le score n'aurait donc pas pu être jugé satisfaisant mais passable.

#### **d) Analyse des résultats :**

Les résultats ont d'abord été analysés de **manière descriptive** avec calculs de paramètres de position et de dispersion.

Dans un deuxième temps, **les facteurs associés de manière significative aux scores de connaissance ont été recherchés** avec le test du  $\chi^2$  (Chi deux).

Lorsque les effectifs étaient trop faibles pour utiliser le test du Chi deux, le test exact de Fischer a été utilisé.

Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel statistique Stata® version 15.

Le risque de première espèce  $\alpha$  était fixé à 5%.

Certaines catégories ont été **regroupées** lorsqu'elles étaient trop nombreuses pour simplifier l'analyse des résultats en fonction des scores de connaissance.

→ Les catégories socio professionnelles : regroupement des agricultrices et des ouvrières ; regroupement des cadres moyens, des employées, des artisanes et des commerçantes ; regroupement des cadres supérieurs, des ingénieurs, des professeurs, des professions médicales.

→ Le nombre d'IVG : regroupement en deux catégories : « ne jamais avoir eu d'IVG » et « avoir déjà eu une IVG ».

→ Le nombre d'enfants : regroupement en deux catégories : « avoir eu un ou plusieurs enfants » ; « ne jamais avoir eu d'enfant ».

→ Le niveau d'étude : regroupement de primaire, collège et BEPC.

→ Les cours d'éducation sexuelle : regroupement en deux catégories : « avoir eu un ou plusieurs cours » et « ne jamais avoir eu de cours d'éducation sexuelle ».

→ Les moyens d'informations : regroupement en trois catégories : « famille, conjoint et amis » ; « sages-femmes et gynécologues, médecins traitants et planning familial » ; « internet, médias et livres ».

## 6) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE :

Les recherches ont été effectuées à partir de bases de données internationales et nationales : Pub Med, Google Scholar, CisMeF, SUDoc, Cairn.info, Score-Santé...

La recherche bibliographique a été effectuée par mots clefs en Français et en Anglais :

« Éducation sexuelle, santé publique, SVT, loi Aubry, anatomie féminine, corps de la femme, connaissance, santé sexuelle, IVG, contraception, MST, menstruations, médecin généraliste, gynécologie, reproduction, fertilité ... »

« *women knowledge, female anatomy and physiology, general medicine, family doctor, sexual education, contraception, fertility, sexually transmitted disease...* »

La bibliographie a été présentée en respectant la norme de Vancouver et le logiciel Zotero® a été utilisé afin d'organiser le travail de bibliographie.

# RESULTATS :

## 1) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION :

### a) Âge :

La médiane d'âge de la population étudiée était de 44 ans, la moyenne était de 45,9 ans. Cinq patientes avaient moins de 20 ans, dont deux patientes qui avaient 18 ans. Quatre patientes avaient plus de 80 ans, dont une patiente de 89 ans.

### b) Résumé des caractéristiques socio démographique (tableau 1) :

VARIABLE	n	%
<b>Centre médical :</b>		
1. François premier	33	21%
2. Les Hallates	32	20%
3. Gare	31	20%
4. Criquetot l'Esneval	31	20%
5. Caucriauville	30	19%
<b>Age :</b>		
1- 18-25 ans	17	11%
2- 26-40 ans	49	31%
3- 41-55 ans	40	26%
4- 56-70 ans	35	22%
5- 71-85 ans	10	6%
6- >85 ans	1	1%
7- Non renseigné	5	3%
<b>Niveau d'étude :</b>		
1- Primaire, collège, BEPC	31	20%
2- CAP - BEP	42	27%
3- BAC	31	20%
4- Études supérieures	45	29%
5- Non renseigné	8	5%
<b>Profession :</b>		
1- Agricultrice, ouvrière	10	6%
2- Cadre moyen, employée, artisane, commerçante	76	48%
3- Cadre sup, ingénieur, professeur, profession médicale	15	10%
4- Sans profession	38	24%
5- Retraité	12	8%
6- Non renseigné	6	4%
<b>Situation familiale :</b>		
1- Célibataire	32	20%
2- Veuve	14	9%
3- En couple	92	59%
4- Divorcée	15	10%
5- Non renseigné	4	3%

Tableau 1: Caractéristiques socio démographiques.

### c) ATCD gynécologique :

- Moyen de contraception utilisé par les participantes de l'étude (figure 1) :

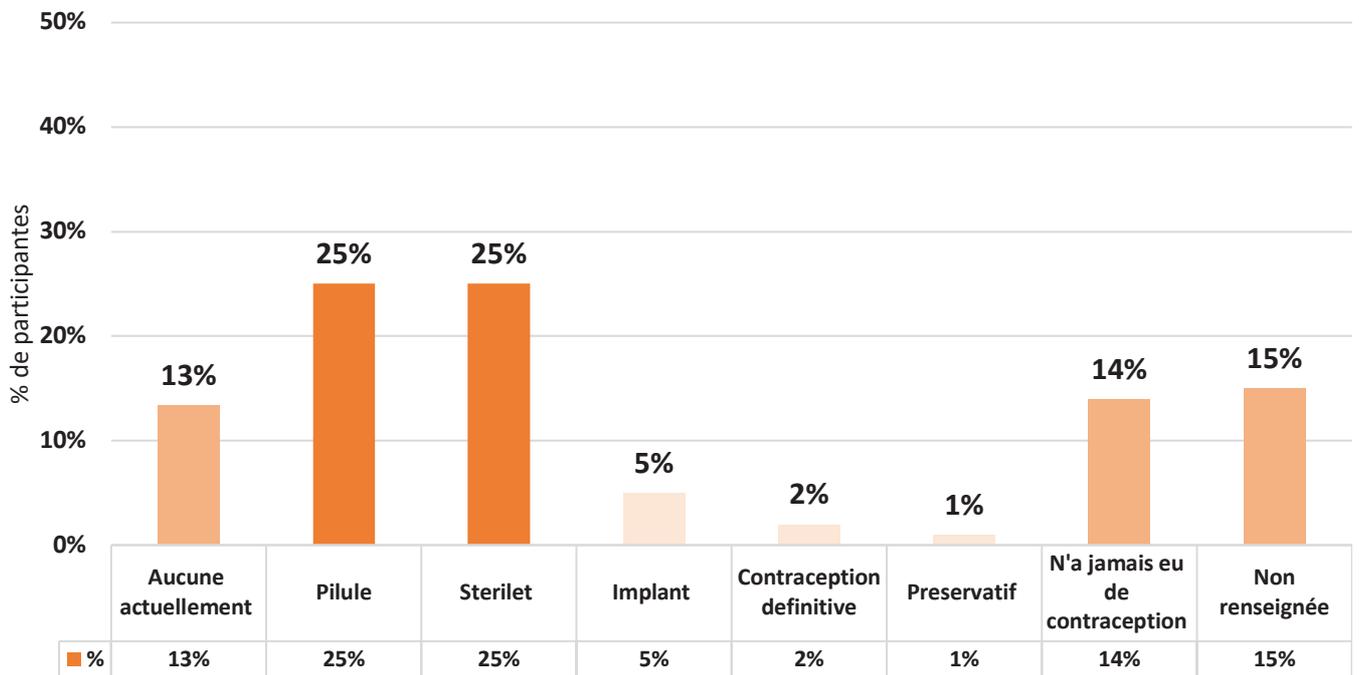


Figure 1: *Moyen de contraception utilisés.*

Les deux premières méthodes de contraception retrouvées dans notre population sont de manière égale **la pilule et le stérilet**. Les moyens de contraception définitifs cités étaient l'ovariectomie et la ligature des trompes.

- Nombre d'enfants des participantes de l'étude (figure 2) :

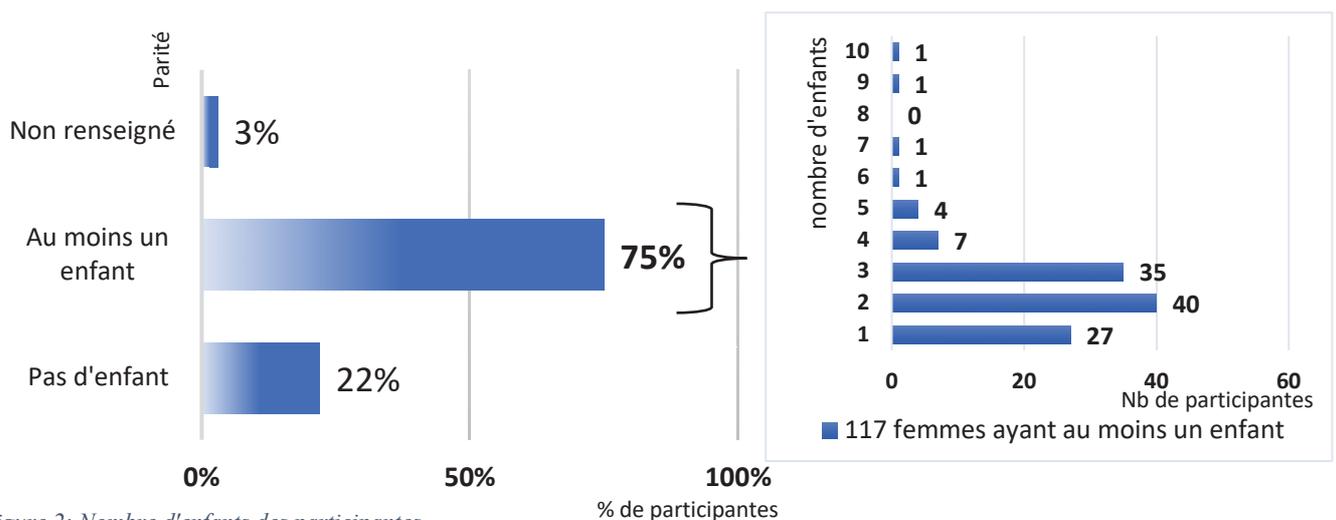


Figure 2: *Nombre d'enfants des participantes.*

En moyenne dans notre étude, le nombre d'enfants par femme était de deux enfants. La médiane était également à deux.

- **ATCD d'infection gynécologique (figure 3) :**

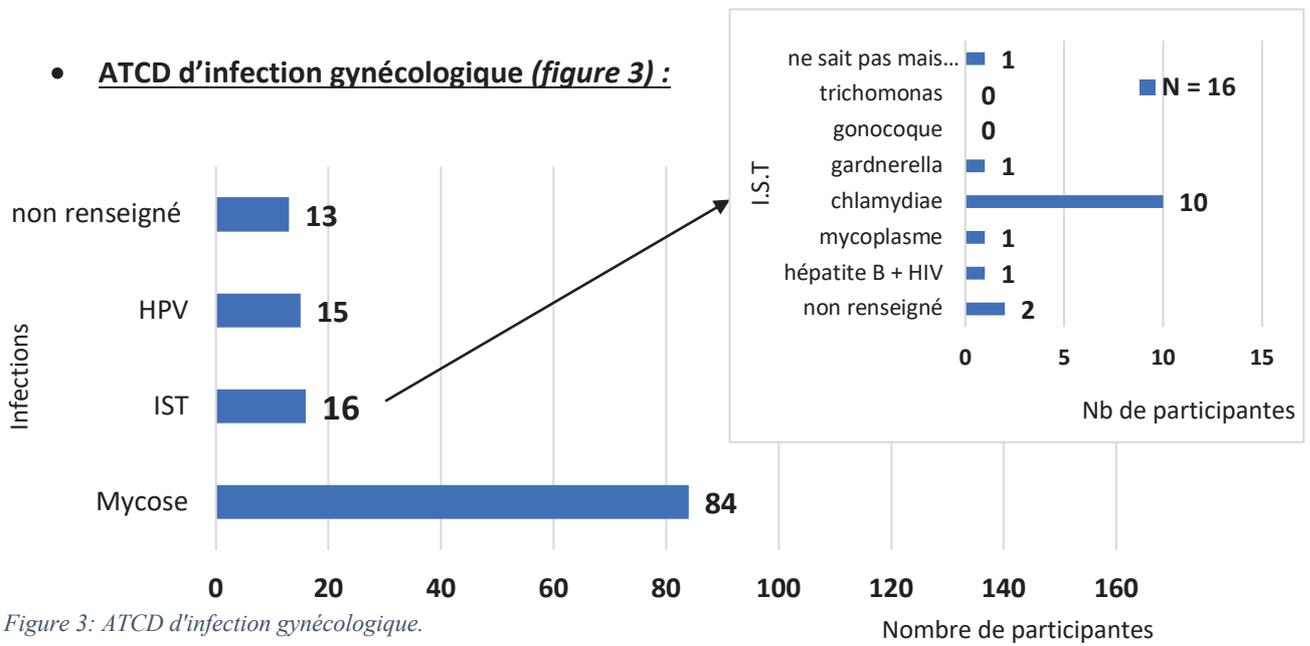


Figure 3: ATCD d'infection gynécologique.

**10%** des femmes de notre étude ont déclaré avoir déjà eu une IST. Une infection à **Chlamydiae** a été retrouvée dans 63% des cas. Une seule patiente avait une infection conjointe **HIV et HBV**. Une patiente n'a pas pu retrouver le nom de l'infection qu'elle a contractée mais elle l'a décrite comme « ayant une odeur forte et désagréable ».

**54%** ont déclaré avoir déjà eu une **mycose vaginale** et 10% ont déclaré avoir déjà eu une infection à papillomavirus ou crête de coq.

- **Interruption volontaire de grossesse (figure 4) :**

23% des participantes de l'étude ont déclaré avoir eu au moins une IVG.

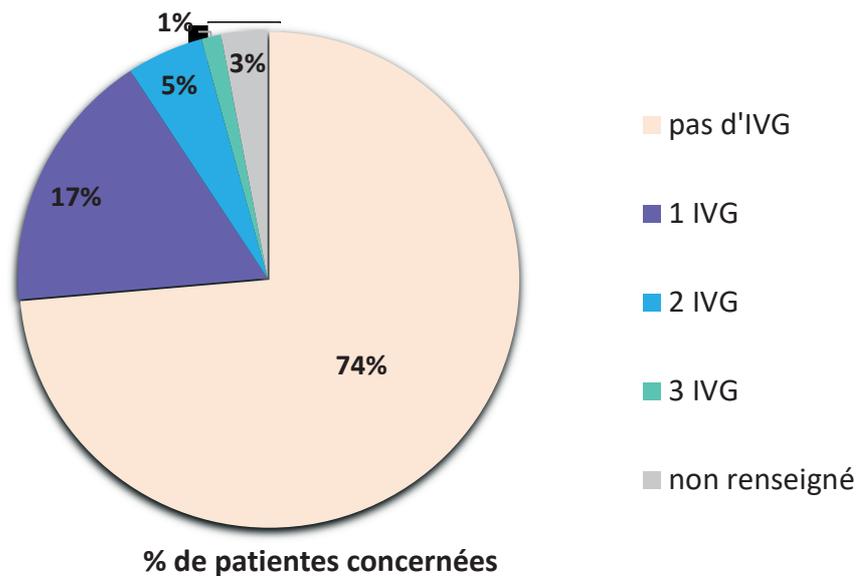


Figure 4: Nombre d'IVG réalisée.

- **Demande au cours d'une consultation médicale (figure 5) :**

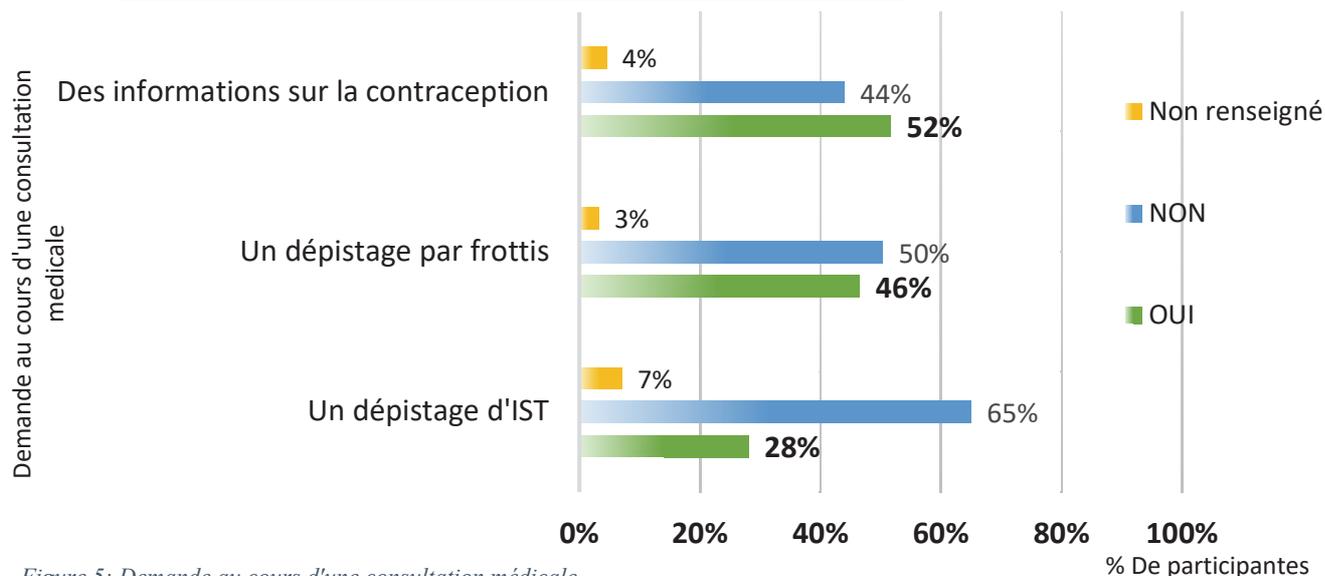


Figure 5: Demande au cours d'une consultation médicale.

## 2) ETUDE DESCRIPTIVE :

### a) Réponses aux items de la partie « connaissance » :

- **Schéma de la vulve de face (figures 6 et 7) :**

Les synonymes, abréviations ou termes incomplets suivant ont été acceptés :

Réponses notées justes	
Vagin	Entrée du vagin
Grande lèvre	Lèvre supérieure - Lèvre - Lèvre externe - Grosse lèvre
Petite lèvre	Lèvre inférieur - Lèvre - Lèvre interne
Méat urinaire	Urine - Canal urinaire - Pipi - Appareil urinaire - Évacuation de l'urine

Réponses justes aux schémas de la vulve vue de face :

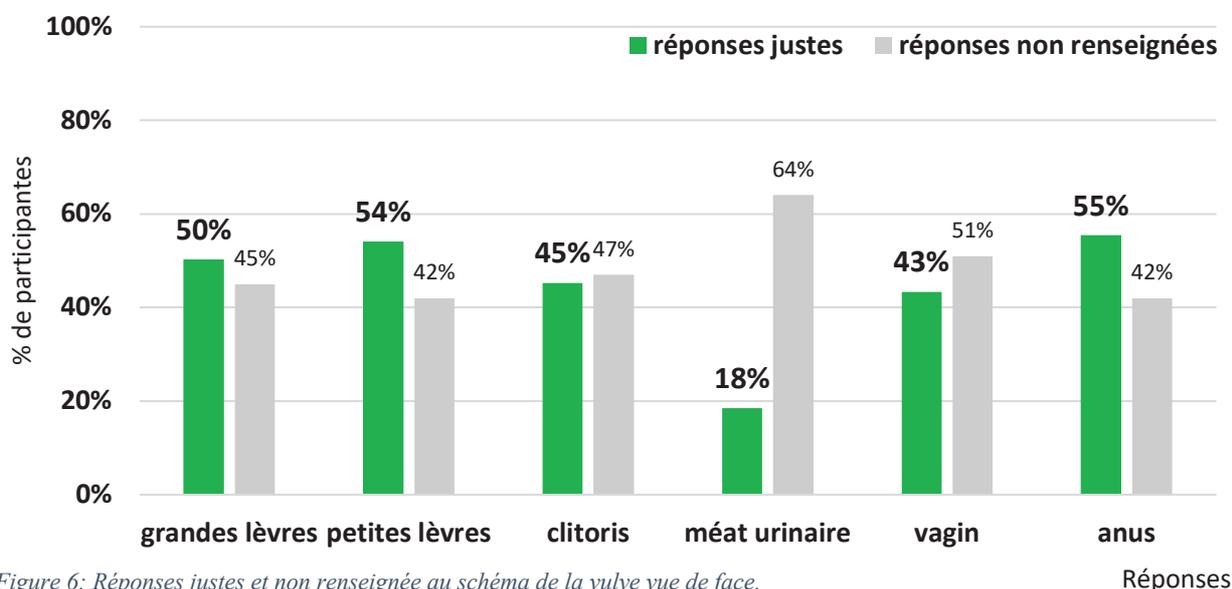


Figure 6: Réponses justes et non renseignée au schéma de la vulve vue de face.

Le schéma de la vulve de face a été globalement peu rempli avec en moyenne **48,5% de réponses non renseignées**.

Lorsque les réponses étaient renseignées :

- 91% des participantes ont su légènder les grandes lèvres.
- 93% les petites lèvres.
- 85% le clitoris.
- 50% le méat urinaire.
- 88% le vagin.
- 95% l'anus.

**Soit 84% de bonnes réponses.**

Les principales confusions ont porté sur **le méat urinaire et le clitoris qui ont été intervertis 20 fois** lorsqu'une réponse a été donnée.

Les grandes lèvres ont été légèndées « vulve » 4 fois, les petites lèvres 3 fois et le vagin 3 fois. L'anus a été une fois légèndé « vagin » et une autre fois « vulve ».

Réponses fausses au schéma de la vulve vue de face et autres réponses données :

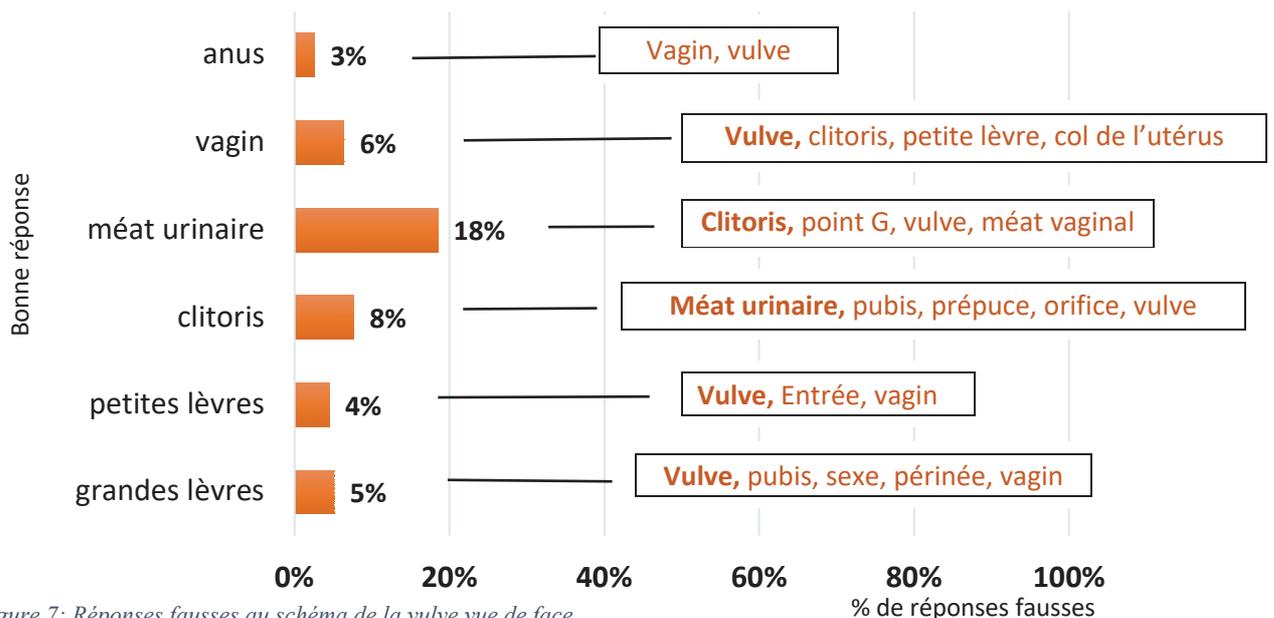


Figure 7: Réponses fausses au schéma de la vulve vue de face.

- Schémas des organes génitaux internes (Figures 8 et 9) :

La réponse qui a été acceptée comme juste a été d'avoir légèndé « utérus » à la place de « col de l'utérus ».

Les synonymes de trompes de Fallope, les termes incomplets ou mal orthographiés (trompes, conduits, trompes de Follope/Falop) ont été notés comme justes.

La réponse « là où sont stockés les ovules » a été comptée juste pour ovaires.

Réponses justes aux schémas des organes génitaux internes :

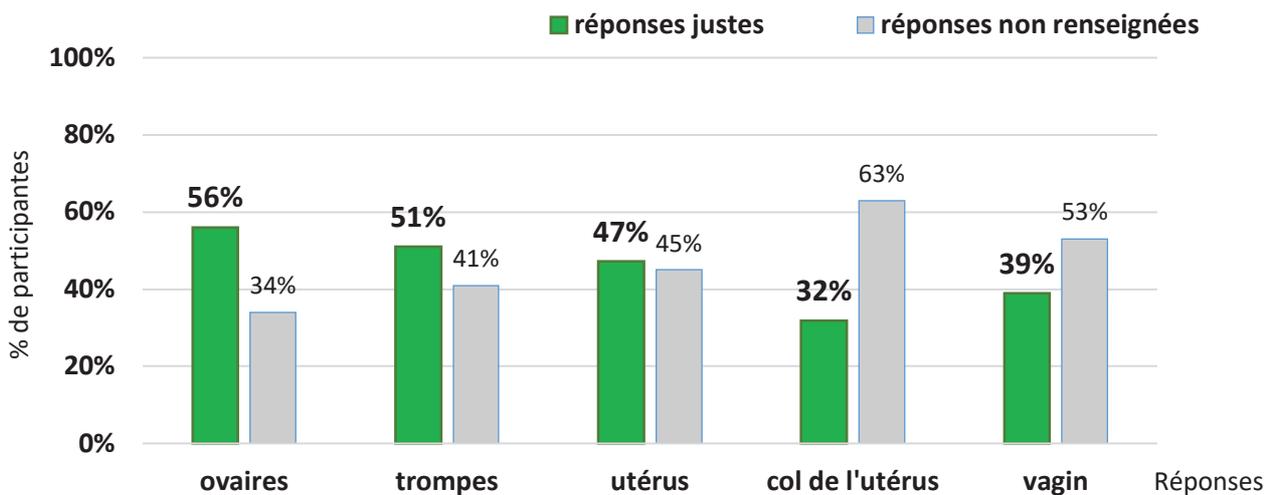


Figure 8: Réponses justes au schéma des organes génitaux internes.

Le schéma des organes génitaux interne a également été peu rempli avec **en moyenne 47,2% de réponses non renseignées**.

Lorsque les réponses ont été renseignées :

- 84% des participantes ont su légènder les ovaires.
- 80% les trompes.
- 85% l'utérus.
- 86% le col de l'utérus.
- 83% le vagin.

**Soit 84% de bonnes réponses.**

Les **ovaires et les trompes** ont été intervertis 14 fois. **L'utérus et le vagin** ont été également confondus avec 6 légendes interverties. Le vagin a été légèndé 4 fois comme « col de l'utérus » et 2 fois comme « vessie ». Le col de l'utérus a été légèndé « vagin » à deux reprises.

Réponses fausses au schéma des organes génitaux internes et autres réponses données :

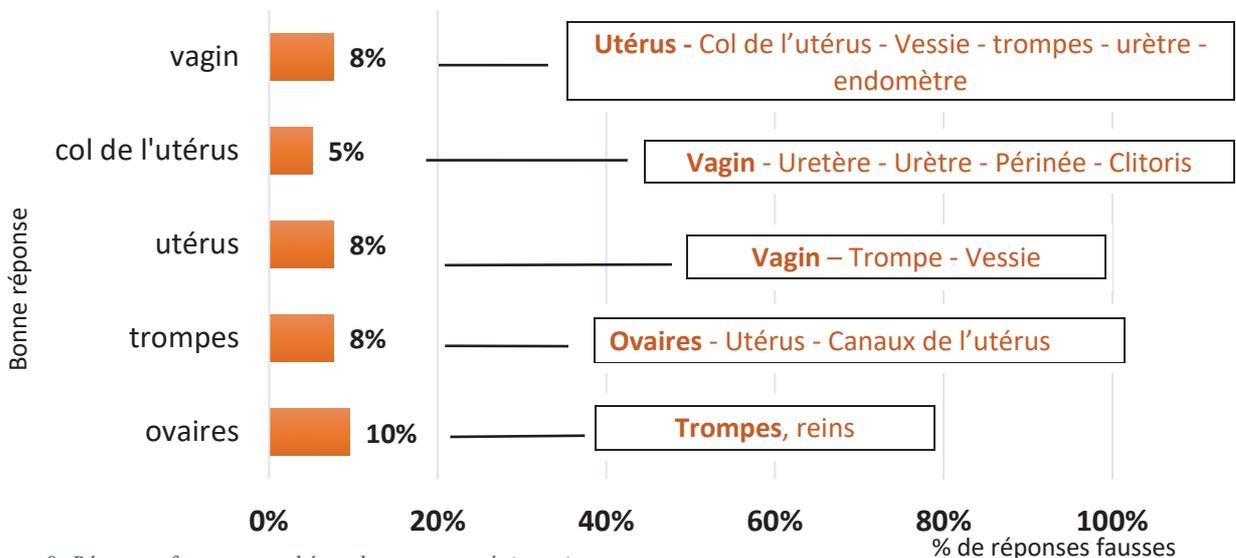


Figure 9: Réponses fausses au schéma des organes génitaux internes.

- **Réponses aux différentes localisations possibles d'évènements physiologiques :**

Événements physiologiques :	Localisation :			
	Dans le vagin	Dans l'utérus	Dans les ovaires	Je ne sais pas
- La production des œufs de la femme	0%	11%	<b>71%</b>	18%
- La pénétration lors d'un rapport sexuel	<b>78%</b>	6%	1%	15%
- La rencontre entre l'œuf de la femme et le spermatozoïde de l'homme	7%	<b>50%</b>	50%	19%
- Le développement du bébé pendant la grossesse	1%	<b>79%</b>	1%	19%

Tableau 2: Réponses en % aux différentes localisations possible d'évènements physiologiques.

Lorsque les réponses ont été données :

**87 %** des participantes ont su ou étaient produits les ovules, **92%** que la pénétration lors d'un rapport sexuel a lieu dans le vagin, **62%** que la fécondation a lieu dans l'utérus et **98%** que le bébé se développe dans l'utérus pendant la grossesse.

- **Le cycle menstruel (figure 10) :**

ITEM 16 À 27 SUR LE CYCLE MENSTRUEL

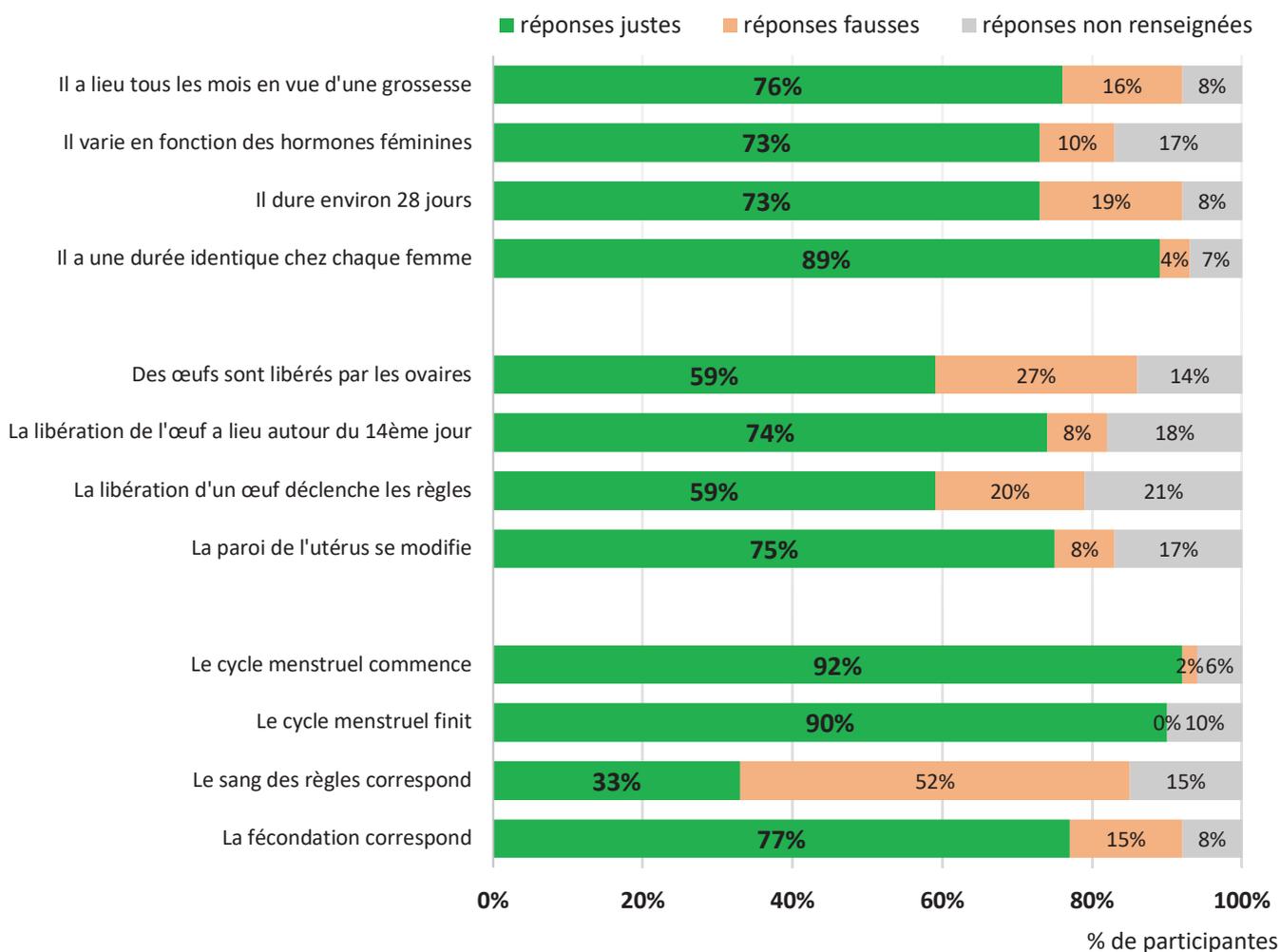


Figure 10: Réponses aux questions sur le cycle menstruel.

**Le début et la fin du cycle menstruel** étaient connus par au moins 90% des participantes. **Plus de 3 participantes sur 4** ont identifié la **fécondation** comme la rencontre entre un spermatozoïde et un ovule.

Plus de la moitié des participantes ont répondu **faux** à la question sur la provenance des menstruations : **23%** des participantes ont répondu que le sang des règles correspond à du **sang sale** et 20% qu'il provient des ovaires.

**Plus de 70% des participantes** savaient que :

- L'ovulation a lieu autour du 14ème jour du cycle menstruel.
- La paroi de l'utérus se modifie en vue d'accueillir une grossesse pendant le cycle menstruel.
- Le cycle menstruel varie en fonction des hormones féminines et il dure environ 28 jours.

• **Réponses à la partie concernant la grossesse (figures 11 et 12) :**

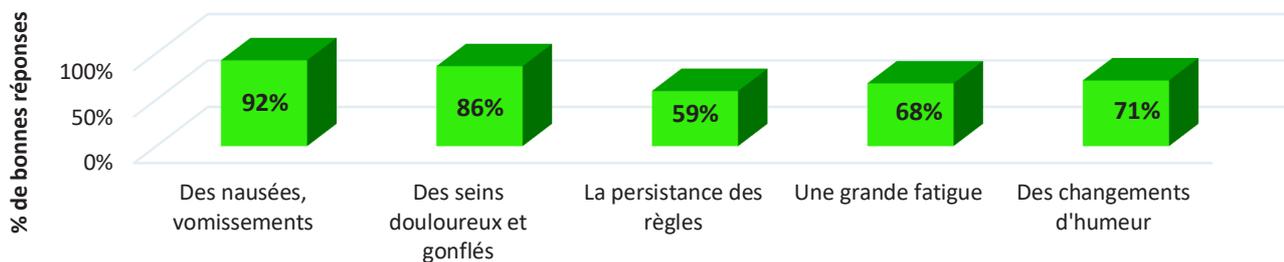


Figure 11: % de bonnes réponses aux symptômes possibles présents au début de la grossesse.

**Plus de la moitié des participantes** pensaient que la grossesse pouvait avoir lieu uniquement au 14ème jour du cycle menstruel. **8 femmes sur 10** savaient qu'un début de grossesse provoque l'arrêt des menstruations. Plus d'une participante sur deux a identifié l'hormone de la grossesse comme étant la Beta HCG.

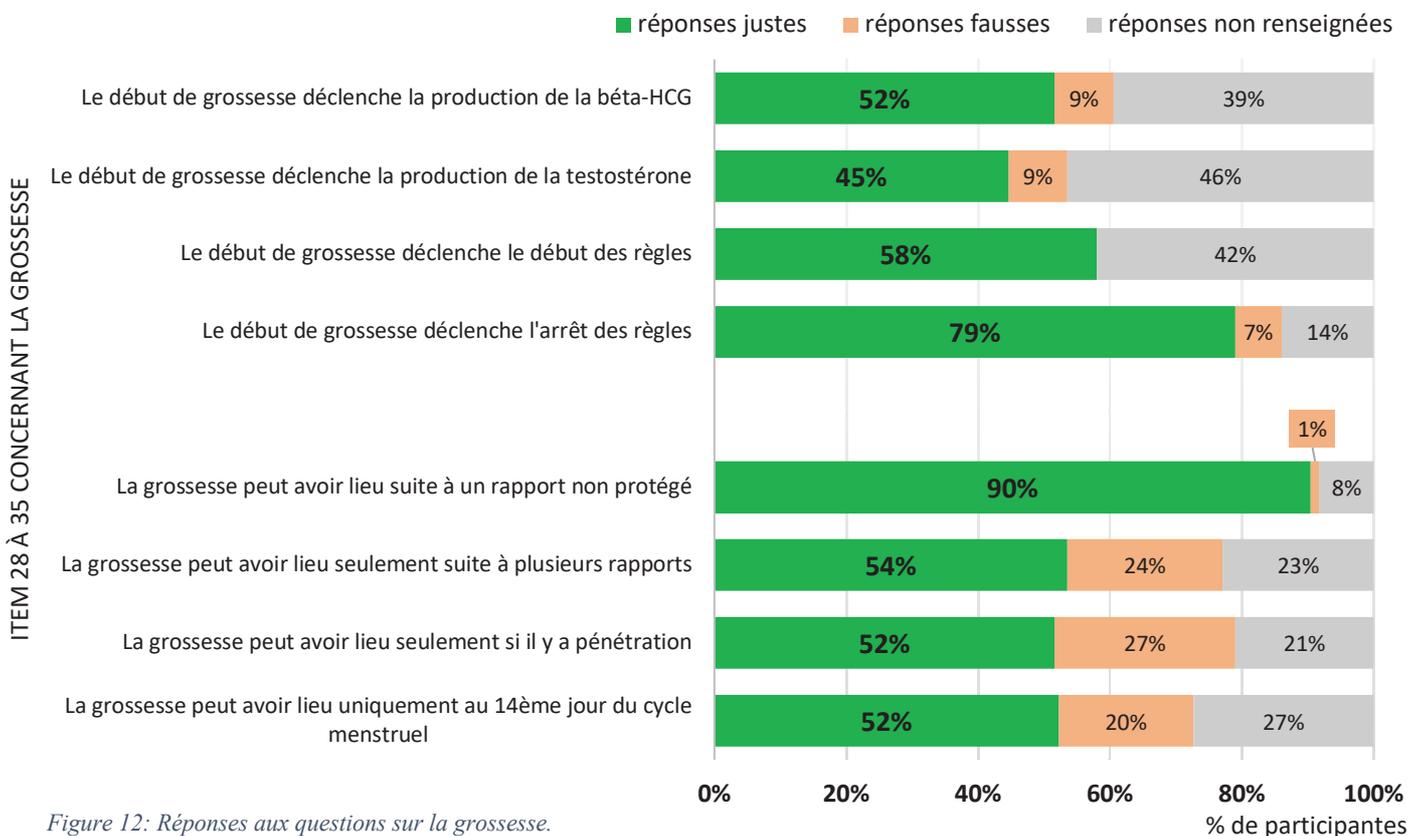


Figure 12: Réponses aux questions sur la grossesse.

- **La contraception :**

93% des participantes savaient que les moyens de contraception servent à éviter une grossesse.

76% des participantes savaient que le préservatif ne protège pas à 100% d'un risque de grossesse. 1% des femmes de l'étude ont répondu que la pilule protège des IST.

77% des participantes ont répondu que les moyens de contraception ne rendent pas stériles si on les utilise sur le long terme.

49% des participantes ont répondu que le stérilet n'est pas réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants.

- **Les pertes blanches (figure 13 et 14) :**

ITEM 46 À 50 SUR LES PERTES BLANCHES

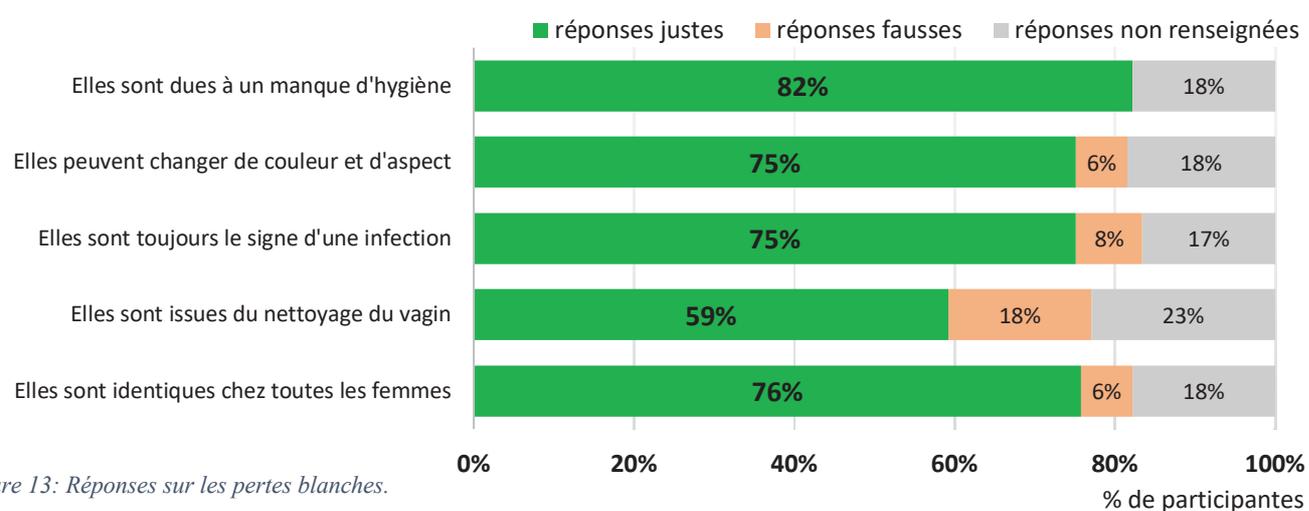


Figure 13: Réponses sur les pertes blanches.

Lorsqu'on les interrogeait sur la/les couleurs normales de ces pertes (figure 14) :

- 85% des participantes ont répondu que les pertes blanches normales pouvaient être de couleur **blanche**, 65% **translucides ou transparentes**, 27% **jaunes**, 4 % ont répondu **vertes**.

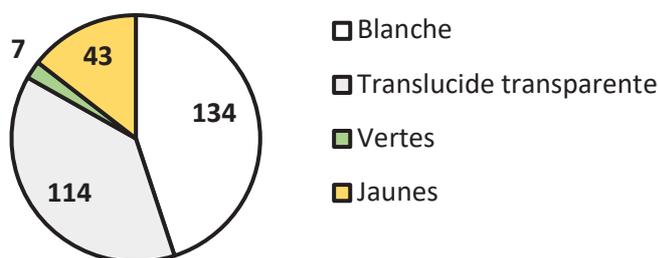


Figure 14: Nombre de participantes qui ont répondu "oui" aux différentes couleurs possibles des pertes blanches.

- **Le clitoris :**

13% des participantes ont répondu que le clitoris sert pour l'évacuation de l'urine.

**85% ont répondu qu'il sert à l'orgasme, au plaisir.**

4% qu'il n'a pas de rôle.

- **La ménopause (Figure 15 et 16) :**

**83%** des participantes ont répondu que la ménopause correspond à la **période où une femme ne peut plus avoir d'enfants.**

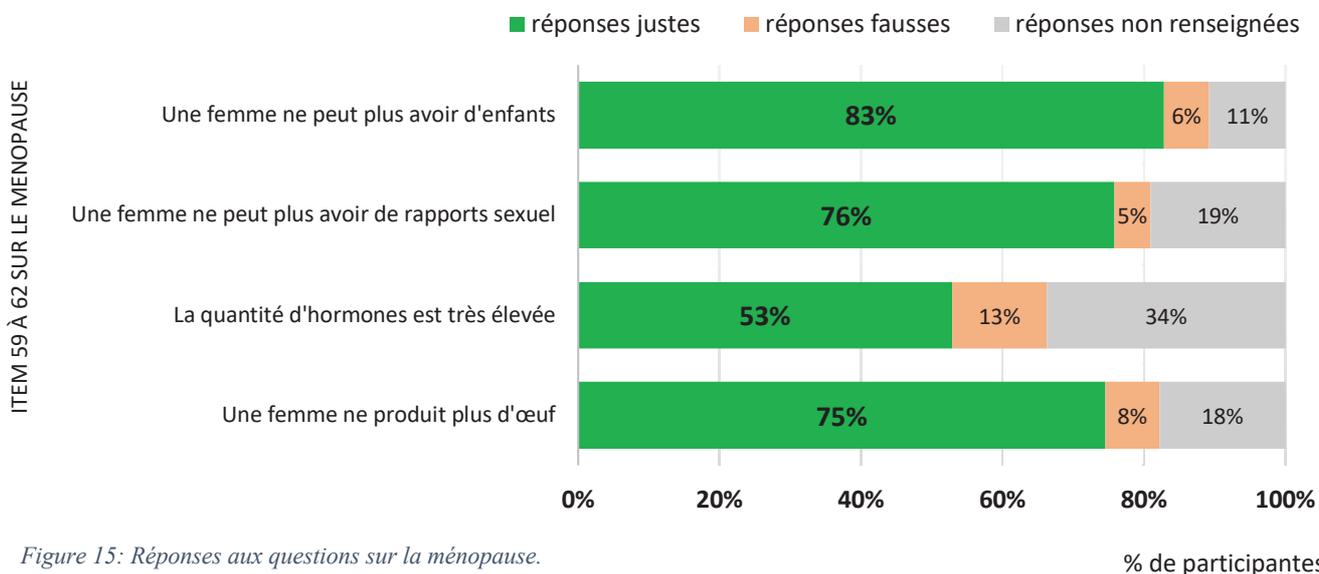


Figure 15: Réponses aux questions sur la ménopause.

**80%** des participantes ont bien répondu concernant l'âge de la ménopause.

12% ont coché une autre tranche d'âge et 8% n'ont pas répondu.

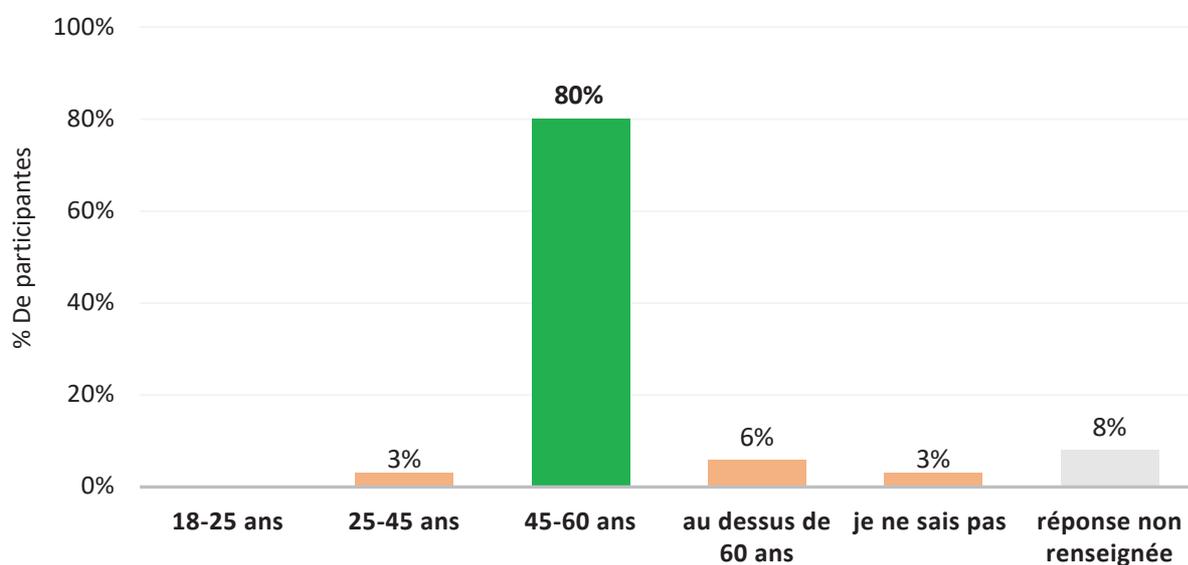
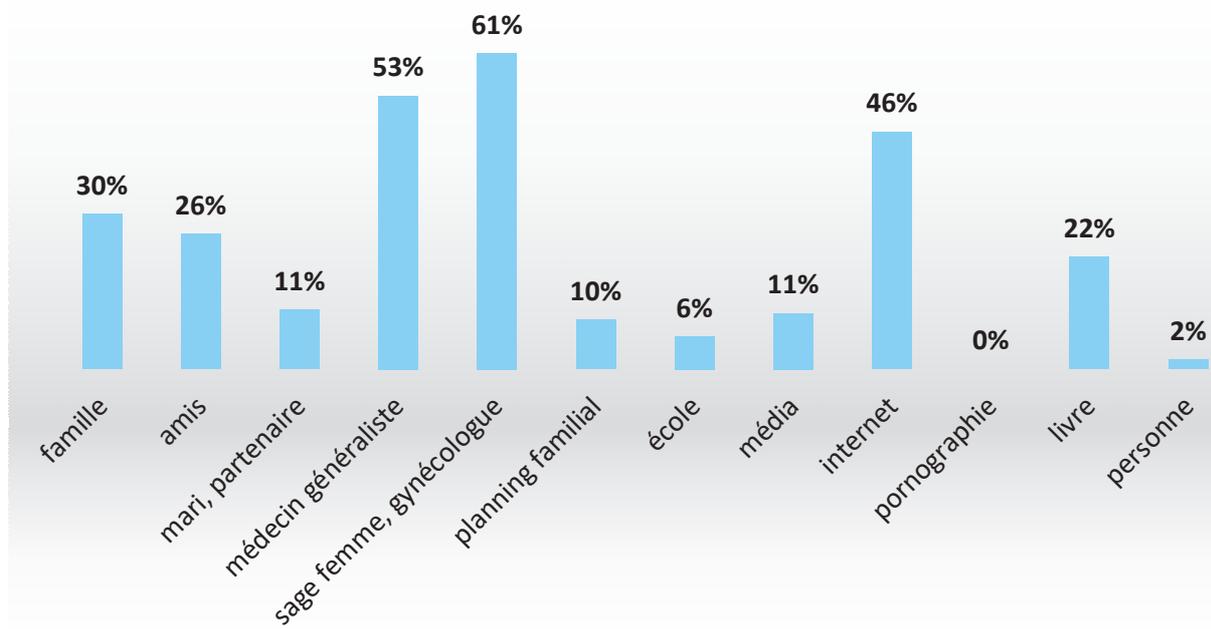


Figure 16: % de réponses à la question « Les femmes sont habituellement ménopausées entre... ? »

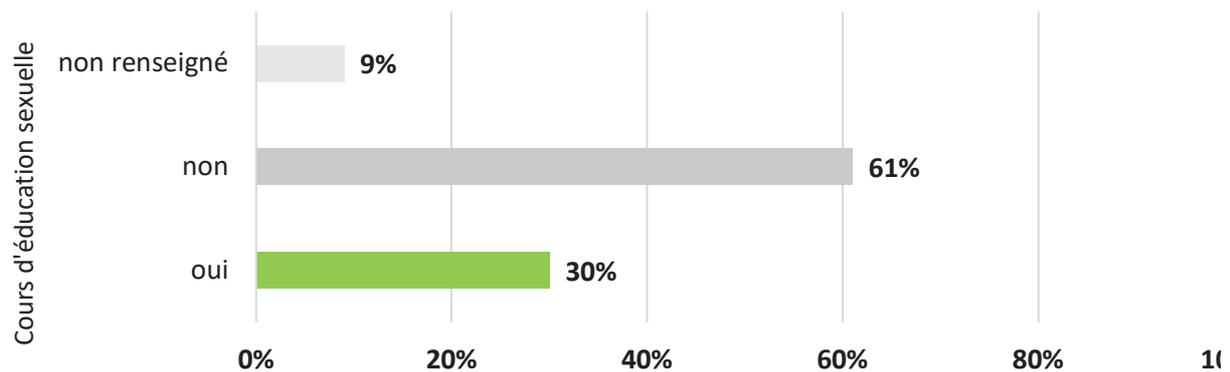
## b) Réponses aux items sur les moyens d'informations :

- Moyens d'informations (Figure 17) :



Lorsqu'une participante avait une question sur le fonctionnement de son corps elle se renseignait **en premier lieu auprès d'une sage-femme ou d'un gynécologue (61%) puis chez son médecin traitant (53%)**. L'entourage (famille, amis, partenaire) était consulté dans **67 %** des cas et les sources personnelles (livre, média et internet) dans **79%** des cas.

- Cours d'éducation sexuelle au cours de la scolarité (figure 18) :



Les participantes qui ont répondu avoir eu des cours d'éducation sexuelle avaient eu :

- **1 cours dans 66% des cas.**
- 2 cours dans 9% des cas.
- 3 cours ou plus dans 15% des cas.

- **Rôle des médecins généralistes (figure 19) :**

**80 % des participantes de l'étude ont répondu que, selon elles, c'était le rôle du médecin généraliste de parler avec les patientes de leur corps.**

6% ont répondu que non et 15% n'ont pas répondu.

**17%** des participantes ont déclaré que leur médecin généraliste leur avait expliqué les différentes parties du corps féminin et **43%** le fonctionnement normal de leur corps.

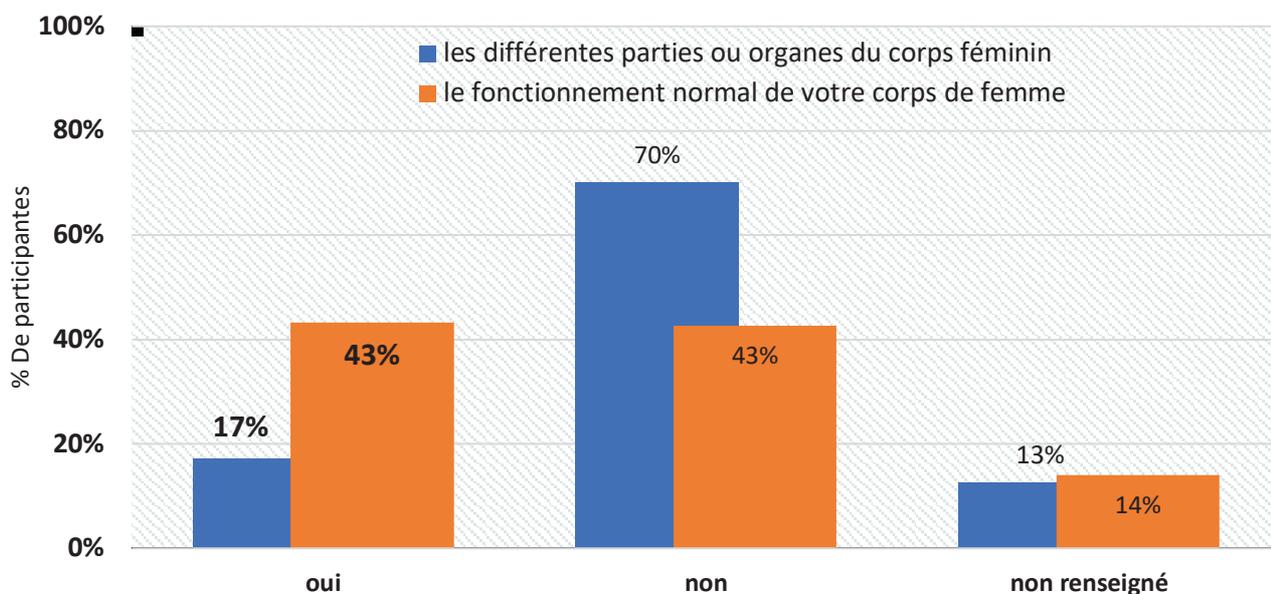


Figure 19: Réponses des participantes à la question : " Les médecins généralistes que vous avez rencontrés vous ont-ils expliqué... ? "

**c) Ressenti des participantes (figure 20) :**

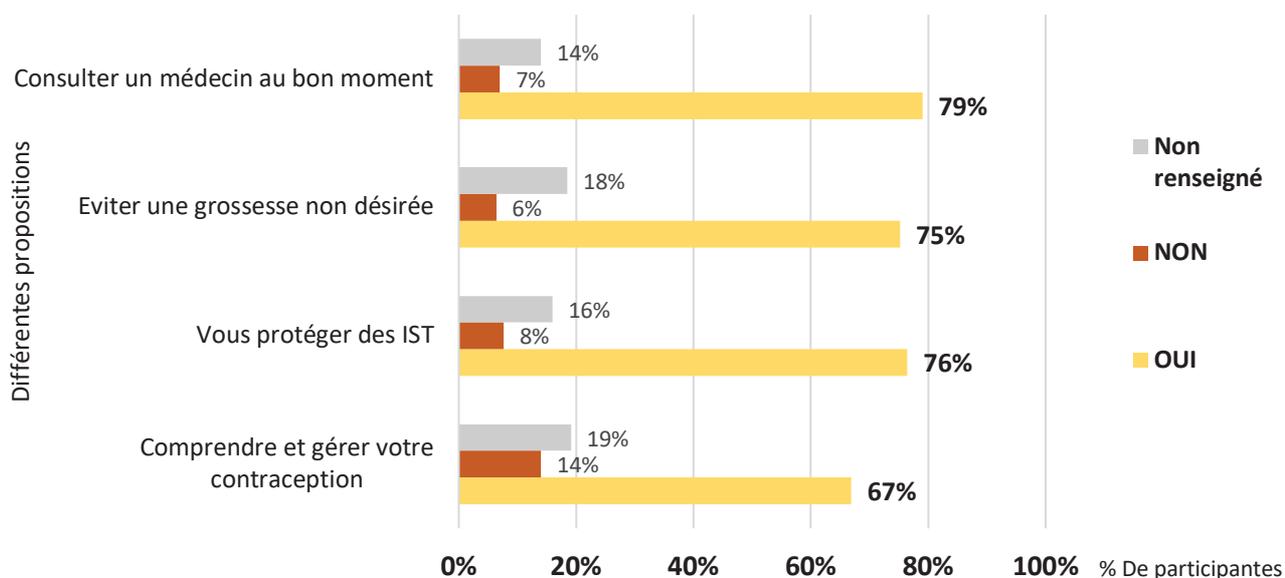


Figure 20: Réponses des participantes à la question : « Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances sur votre corps pour... ? »

Sur l'ensemble des propositions **74% des participantes ont estimé avoir assez de connaissances sur leur corps.**

#### **d) Souhait des réponses au questionnaire :**

42% des participantes de l'étude ont souhaité avoir les réponses aux questionnaires.  
30% ont été intéressées par un formulaire papier sur les différents thèmes abordés dans le questionnaire.

### **3) CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL :**

L'objectif principal de l'étude était de déterminer la proportion de femmes qui ont eu un score non satisfaisant au test de connaissances.

Un score de connaissance non satisfaisant a été défini dans la méthodologie comme une note < 37 /61 points soit < 12/20.

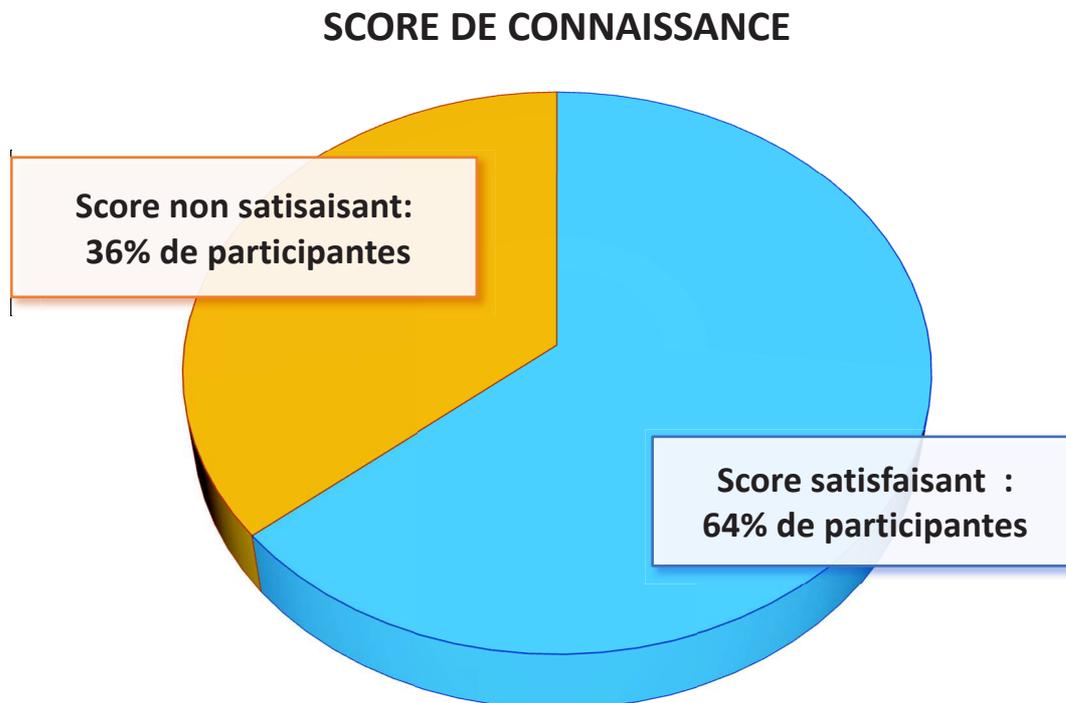
La moyenne des notes obtenues était de 38,5/61 avec un écart type de 14,2.

La médiane était de 41/61 points.

Dans notre étude :

- 56 participantes ont eu un score de connaissance non satisfaisant.

- 101 participantes ont eu un score de connaissance satisfaisant.



*Figure 21: Répartition en % des participantes en fonction des scores de connaissances.*

#### 4) ANALYSE STATISTIQUE EN FONCTION DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

##### a) Score de connaissance en fonction des caractéristiques socio-démographiques (Tableau 3) :

CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUE	Score satisfaisant n (%)	Score non satisfaisant n (%)	p
<b>Age :</b>			
1- 18-25 ans	17 (17)	0 (0)	<b>p &lt; 0,001</b>
2- 26-40 ans	41 (41)	8 (15)	
3- 41-55 ans	27(27)	13 (25)	
4- 56-70 ans	13 (13)	22 (42)	
5- 71-85 ans	1 (1)	9 (17)	
6- >85 ans	1 (1)	0 (0)	
<b>Niveau d'étude :</b>			
1- Primaire, collège, BEPC	11 (11)	20 (42)	<b>p &lt; 0,001</b>
2- CAP - BEP	39 (39)	6 (12)	
3- BAC	26(26)	16 (33)	
4- Études supérieures	25 (25)	6 (12)	
<b>Profession :</b>			
1- Agricultrice, ouvrière	5 (5)	5 (10)	<b>p &lt; 0,001</b>
2- Cadre moyen, employée, artisane, commerçante	14 (14)	1 (2)	
3- Cadre sup, ingénieur, professeur, prof médicale	59 (59)	17 (33)	
4- Sans profession	21 (21)	17 (33)	
5- Retraité	1 (1)	11 (22)	
<b>Situation familiale :</b>			
1- Célibataire	23 (23)	9 (17)	<b>p = 0,143</b>
2- Veuve	6 (6)	8 (15)	
3- En couple	64 (64)	28 (54)	
4- Divorcée	8 (8)	7 (13)	
<b>SEXE DES MEDECINS GENERALISTE :</b>			
1 Cabinet majoritairement féminin	45 (45)	20 (36)	<b>p = 0,528</b>
2 Cabinet majoritairement masculin	37 (37)	25 (45)	
3 Cabinet mixte	19 (19)	11 (20)	

Tableau 3: Score de connaissance en fonction des données socio démographique.

- **L'âge était associé de manière significative aux scores de connaissance ( $p < 0.001$ ) :**
  - **85%** des participantes qui ont eu un score de connaissance satisfaisant avaient 55 ans ou moins.
  - **59%** des participantes qui ont eu un score de connaissance non satisfaisant avaient plus de 55 ans.
- **Le niveau d'étude était associé de manière significative aux scores de connaissance ( $p < 0.001$ ).**

25% des femmes qui ont eu un score de connaissance satisfaisant avaient fait des études supérieures contre 12% chez les femmes qui ont eu un score de connaissance non satisfaisant.

- **La profession et le score de connaissance étaient également corrélés de manière statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).**  
59% des participantes qui ont eu un score de connaissance satisfaisant appartenait à la catégorie « Cadre sup, Ingénieur, Professeur, Prof médicale » contre 33% dans la catégorie score de connaissance non satisfaisant.
- La **situation familiale** n'était pas associée de manière significative aux scores de connaissance ( $p=0,143$ ).
- Les différences observées dans la catégorie score satisfaisant/score non satisfaisant, **en fonction du sexe des médecins généralistes** des centres d'études n'étaient pas statistiquement significatives ( $p= 0,528$ ).

**b) Score de connaissance en fonction des ATCD gynécologiques et des demandes en consultation (Tableau 4) :**

- La parité n'était pas statistiquement associée aux scores de connaissance ( $p= 0,073$ ), ainsi que le fait d'avoir eu une mycose vaginale ( $p= 0,057$ ) ou un HPV + ( $p= 0,540$ ).  
Le fait d'avoir réalisé ou non une IVG n'était pas non plus associé aux scores de connaissance de manière statistiquement significative ( $p= 0,508$ ).
- **Le fait d'avoir eu une IST était associé de manière significative aux scores de connaissance ( $p= 0,012$ ).**  
Sur les 16 participantes qui ont déclaré avoir eu une IST 15% ont eu un score de connaissance satisfaisant et 2% ont eu un score de connaissance non satisfaisant.
- **La contraception et le score de connaissance étaient corrélés de manière statistiquement significative ( $p= 0,047$ ).**  
Dans la catégorie « score de connaissance satisfaisant » : 31% des participantes utilisaient une pilule contraceptive et 33% un stérilet.  
Dans la catégorie « score de connaissance non satisfaisant » : 27 % utilisaient une pilule contraceptive et 25% n'avaient jamais eu de contraception.
- **Le fait d'avoir demandé au cours d'une consultation un dépistage d'IST, était corrélé aux scores de connaissance de manière statistiquement significative ( $p = 0,004$ ).**  
38% des participantes qui ont demandé un dépistage d'IST avaient un score de connaissance satisfaisant contre 15% qui avaient un score de connaissance non satisfaisant.
- **Avoir demandé des informations sur la contraception était également corrélé aux scores de connaissance de manière statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).**  
66% des participantes qui ont eu un score de connaissance satisfaisant avaient demandé des informations autour de la contraception contre 30% chez celles qui ont eu un score de connaissance non satisfaisant.
- Le fait d'avoir demandé un dépistage par frottis n'a pas été statistiquement corrélé aux scores de connaissance ( $p = 0,499$ ).

<b>ATCD GYNECOLOGIQUE ET DEMANDE EN CONSULTATION :</b>	<b>Score satisfaisant n (%)</b>	<b>Score non satisfaisant n (%)</b>	<b>p</b>
<b>ATCD GYNECOLOGIQUE :</b>			
<b>Contraception :</b>			
1. Aucune Actuellement	12 (13)	9 (23)	<b>p = 0,047</b>
2. Pilule	29 (31)	11 (27)	
3. Stérilet	31 (33)	8 (20)	
4. Implant	8 (9)	0 (0)	
5. Ligature/ Ovariectomie	2 (2)	1 (3)	
6. Préservatif	0 (0)	1 (3)	
7. N'a jamais eu de contraception	12 (13)	10 (25)	
<b>Enfants</b>			
1. Un ou plusieurs enfants	74 (74)	48 (86)	<b>p = 0,073</b>
2. Pas d'enfant	27 (27)	8 (14)	
<b>IST :</b>			
1. Aucun ATCD d'IST	86 (85)	52 (98)	<b>p= 0,012</b>
2. ATCD d'IST	15 (15)	1 (2)	
<b>Mycose vaginale</b>			
1. Aucun ATCD de mycose	40 (40)	29 (56)	<b>p= 0,057</b>
2. ATCD de mycose vaginale	61 (60)	23 (44)	
<b>HPV :</b>			
1. Aucun ATCD d'HPV +	89 (89)	47 (92)	<b>p = 0,540</b>
2. ATCD HPV +	11 (11)	4 (8)	
<b>IVG</b>			
1. Aucun ATCD d'IVG	77 (76)	40 (71)	<b>p= 0,508</b>
2. ATCD d'une ou plusieurs IVG	24 (24)	16 (29)	
<b>DEMANDE AU COURS D'UNE CONSULTATION</b>			
<b>1. Un dépistage d'IST :</b>			
Non	61 (62)	41 (85)	<b>p = 0,004</b>
Oui	37 (38)	7 (15)	
<b>2. Un dépistage par frottis :</b>			
Non	50 (50)	29 (56)	<b>p = 0,499</b>
Oui	50 (50)	23 (44)	
<b>3. Des informations sur la contraception :</b>			
Non	34 (34)	35 (70)	<b>p &lt; 0,001</b>
Oui	66 (66)	15 (30)	

Tableau 4: Score de connaissance en fonction des ATCD gynécologique.

c) Score de connaissance et information reçue (Tableau 5) :

<b>MOYENS D'INFORMATIONS, COURS D'EDUCATION SEXUELLE, ROLE DU MEDECIN GENERALISTE</b>	<b>Score satisfaisant n (%)</b>	<b>Score non satisfaisant n (%)</b>	<b>p</b>
<b>MOYENS D'INFORMATIONS :</b>			
<b>1. Entourage :</b> Famille, Amis, Mari, Partenaire	1 (1)	5 (12)	<b>p = 0,005</b>
<b>2. Source d'origine médicale :</b> Médecin G, Gynécologue/sage-femme, Planning familial	31 (31)	18 (44)	
<b>3. Source d'origine personnelle :</b> Média, Internet, Livre	60 (60)	16 (39)	
<b>4. École</b>	8 (8)	2 (5)	
<b>COURS D'EDUCATION SEXUELLE</b>			
<b>1. Aucun cours</b>	58 (59)	38 (86)	<b>p = 0,005</b>
<b>2. Un cours</b>	27 (27)	4 (9)	
<b>3. Deux cours ou plus</b>	14 (14)	2 (5)	
<b>ROLE DU MEDECIN GENERALISTE</b>			
<b>1. Est-ce le rôle du médecin généraliste de parler avec-vous de votre corps :</b>			
Non	6 (6)	3 (8)	<b>p = 0,732</b>
Oui	90 (94)	35 (92)	
<b>2. Explications reçues en consultation sur l'anatomie :</b>			
Non	80 (81)	30 (77)	<b>p = 0,532</b>
Oui	18 (18)	9 (23)	
<b>3. Explications reçues en consultation sur le fonctionnement du corps féminin :</b>			
Non	47 (48)	20 (53)	<b>p = 0,662</b>
Oui	50 (52)	18 (47)	

Tableau 5: Score de connaissance en fonction de l'information reçue.

- **Les scores de connaissance étaient associés de manière statistiquement significative aux moyens d'informations utilisés par les participantes (p= 0,005) :**
  - 12 % des participantes avec un score de connaissance **non satisfaisant** utilisaient leur **entourage** versus 1% chez les femmes ayant un score satisfaisant.
  - A l'inverse 60% des participantes qui avaient un score **satisfaisant** utilisaient des **sources personnelles** comme moyens d'informations versus 39% chez les femmes ayant un score non satisfaisant.
  - 31 % des patientes ayant un score satisfaisant ont répondu utiliser des **sources d'origines médicales** contre 44% chez celles qui avaient un score non satisfaisant.
- **Le fait d'avoir eu un ou plusieurs cours d'éducation sexuelle et le score de connaissance était corrélé de manière statistiquement significative (p= 0,005) :**
  - **86%** des participantes qui ont eu un score de connaissance **non satisfaisant** ont déclaré ne pas avoir eu de cours d'éducation sexuelle.
  - **41%** des participantes qui ont eu un score de connaissance **satisfaisant** ont déclaré avoir eu au moins un cours d'éducation sexuelle.

- La réponse à la question « *Est-ce le rôle de votre médecin généraliste de parler avec-vous de votre corps ?* » a été comparable dans les deux groupes ( $p = 0,732$ ).
- Le fait d'avoir reçu en consultation de médecine générale des informations sur les différentes parties ou organes du corps féminin n'était pas associé de manière significative aux scores de connaissance ( $p = 0,532$ ). De même pour le fait d'avoir reçu en consultation des explications sur le fonctionnement du corps féminin ( $p = 0,662$ ).

**d) Score de connaissance et ressenti des participantes (Tableau 6) :**

<b>RESSENTI DES PARTICIPANTES ET DEMANDE DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES :</b>	<b>Score satisfaisant n (%)</b>	<b>Score non satisfaisant n (%)</b>	<b>p</b>
<b>PENSEZ-VOUS AVOIR SUFFISAMMENT DE CONNAISSANCES POUR :</b>			
<b>1. Comprendre et gérer votre contraception :</b>			
Non	13 (14)	9 (29)	<b>p = 0,048</b>
Oui	83 (86)	22 (71)	
<b>2. Vous protéger des I.S.T.</b>			
Non	6 (6)	6 (18)	<b>p = 0,044</b>
Oui	92 (94)	28 (82)	
<b>3. Éviter une grossesse non désirée :</b>			
Non	4 (4)	6 (19)	<b>p = 0,006</b>
Oui	93 (96)	25 (81)	
<b>4. Consulter un médecin aux « bons » moments de votre vie de femme :</b>			
Non	5 (5)	6 (16)	<b>p = 0,035</b>
Oui	93 (95)	31 (84)	
<b>SOUHAIT DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES :</b>			
<b>1) Non</b>	40 (43)	26 (67)	<b>p = 0,013</b>
<b>2) Oui</b>	53 (57)	13 (33)	
<b>SOUHAIT D'UN FORMULAIRE PAPIER EXPLICATIF :</b>			
<b>a. Non</b>	50 (58)	26 (70)	<b>p = 0,204</b>
<b>b. Oui</b>	36 (42)	11 (30)	

Tableau 6: Score de connaissance et ressenti des participantes.

- **Il a été retrouvé que les scores de connaissance des participantes de l'étude étaient significativement corrélés aux ressentis des participantes sur :**
  - Le fait de pouvoir comprendre et gérer leur **contraception** ( $p = 0,048$ ).
  - Le fait de pouvoir se protéger des **I.S.T.** ( $p = 0,044$ ).
  - Le fait de pouvoir éviter une **grossesse non désirée** ( $p = 0,006$ ).
  - Le fait de savoir quand **consulter un médecin aux « bons » moments** ( $p = 0,035$ ).
- **Le fait de vouloir les réponses au questionnaire était associé de manière statistiquement significative aux scores de connaissance ( $p = 0,013$ ).**
- Souhaiter un formulaire papier explicatif n'était pas associé de manière statistiquement significative aux scores de connaissance des participantes ( $p = 0,204$ ). La majorité des participantes n'ont pas souhaité de formulaire papier explicatif :
  - 58% dans la catégorie « score satisfaisant ».
  - 70 % dans la catégorie « score non satisfaisant ».

# DISCUSSION

Dans un premier temps nous comparerons notre population avec la population générale. Nous décrirons ensuite les principaux résultats en les confrontant à la littérature existante. Enfin nous exposerons les forces et les limites de notre étude.

## 1) COMPARAISON DE NOTRE POPULATION AVEC LA POPULATION GENERALE

### a) Age :

Notre échantillon d'étude représentait 157 femmes âgées de 18 à 89 ans avec une moyenne d'âge de **46 ans**. Les données de l'INSEE estiment la moyenne d'âge de la population française à **43,3 ans** en 2021 (59). Notre population était donc un peu plus vieille que la moyenne d'âge des femmes françaises. Cette différence peut s'expliquer car notre population d'étude ne correspondait pas à la population générale mais s'intéressait seulement aux femmes majeures.

### b) Profession :

**24 %** des femmes de notre étude n'avaient pas de profession au moment de la distribution du questionnaire. Ce taux rejoint celui du nombre de femmes sans activité professionnelle au Havre en 2020 qui était de **23,8%** (60). En France, le taux de femmes inactives est estimé à 19,5 % (61). La différence entre la population Havraise et nationale peut être expliquée par le fait que le taux de chômage est un peu plus important dans l'agglomération du Havre que dans le reste du territoire (60,61).

### c) Niveau d'étude :

Dans notre étude, **47%** des participantes n'avaient pas le baccalauréat, **20%** avaient le baccalauréat et **29%** avaient fait des études supérieures.

Dans la population française féminine en 2017 : **51,8%** n'avaient pas le baccalauréat, **17,2%** avaient le baccalauréat et **31%** avaient fait des études supérieures (61).

Globalement notre population d'étude est donc proche de la population française, concernant le niveau d'étude.

Au Havre en 2017 : 61,4% de femmes n'avaient pas le baccalauréat, 15,4% avaient le baccalauréat et 23,1% avaient fait des études supérieures (60). Notre population paraît donc plus éduquée que celle du Havre. Cela peut s'expliquer par le fait que les participantes qui ont accepté de remplir le questionnaire avaient probablement un niveau d'étude un peu supérieur que celles qui ont été exclues de l'étude ou qui ont refusé de participer à l'étude. Par exemple, les patientes ne sachant ni lire ni écrire étaient exclues de l'étude selon nos critères d'inclusion. D'autre part, notre recrutement s'est effectué seulement dans des cabinets de médecine générale. Les patientes consultant dans les CMS ou n'ayant pas de suivi médical ont donc été exclues de l'étude.

### d) Situation familiale :

**59%** des participantes de notre étude ont déclaré être en couple au moment de la distribution du questionnaire. En France le taux de personnes en couple (pacsées, union libre ou mariées) était de **59,3%** en 2017 (61) ce qui concorde avec notre étude.

## e) ATCD gynécologique :

- **La contraception** :

Les deux premiers moyens de contraception cités dans notre population étaient la **pilule et le stérilet**. En France, la pilule arrive en première place avec 33,2 % d'utilisation et le stérilet en deuxième avec 25,6 % d'utilisation (62). Nos résultats sont donc concordants mais dans la population française, la pilule est un peu plus utilisée.

Dans notre étude, la population interrogée était majeure, tandis que dans les études nationales, la population étudiée concerne les femmes en âge de procréer, soit le plus souvent entre 15 à 49 ans (62). Les tranches d'âge utilisées ne sont donc pas les mêmes.

- **Fécondité** :

Le nombre moyen d'enfants des femmes de notre étude était de **2**. En France, l'indicateur de fécondité est de **1,84** enfants par femme en 2020 (63) ce qui est concordant.

- **IVG** :

En 2015, le taux d'IVG en France était de **26,7%** (64,65). Dans notre étude **23 %** des participantes ont déclaré avoir eu une IVG.

Le nombre d'IVG, un peu plus bas dans notre étude, peut s'expliquer par le fait que la question relative à l'IVG de notre questionnaire ne tient pas compte de l'âge des participantes. Ainsi, il est probable que certaines femmes de notre étude auront recours à l'IVG au cours de leur vie. De plus, les participantes de notre étude ont pu, par honte ou par gêne, ne pas déclarer avoir fait une IVG au cours de leur vie.

- **IST**

En France, selon une étude réalisée en 2010 le taux d'infection à Chlamydia chez les femmes de 18 – 44 ans, était de **1,6%** (66). Dans notre étude, 10 femmes ont déclaré avoir eu une infection à Chlamydiae soit **6% des participantes**. Nous avons là une grosse différence avec le taux français de 2010. Un rapport de la HAS de 2010 a montré que la prévalence des IST varie beaucoup en fonction **de la localisation, de l'activité sexuelle et de l'âge**. Par exemple dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres de planification familial, la prévalence peut atteindre 6 à 11 % (66). De plus, il a été difficile de trouver des taux récents sur la prévalence des infections à Chlamydiae.

**54%** des femmes de notre étude ont déclaré avoir déjà eu une mycose vaginale. Aucune étude française récente n'a été retrouvée concernant la prévalence des mycoses vaginales mais, une étude américaine de 2007, a estimé que la candidose vaginale toucherait 75% des femmes au moins une fois dans leur vie (67,68).

Concernant la **prévalence d'HPV** suite à la réalisation d'un frottis dans la population française, il n'existe pas de chiffres précis. Selon une étude française de 2009, le taux d'infection pouvait varier de 1,4% à 25,6% selon les méthodes de détection utilisées, de l'âge et de l'origine géographique (69). Pour les condylomes, la société française de dermatologie estime que 3 à 5% de la population française présentera des lésions cliniques au cours de sa vie (70).

Dans notre population, **10%** des femmes ont déclaré avoir eu une infection à HPV de type papillomavirus ou crête de coq mais la distinction n'était pas faite entre les différents types d'HPV et les différentes localisations.

## 2) RESULTATS SELON L'OBJECTIF PRINCIPAL ET COMPARAISON À LA LITTERATURE :

Notre objectif principal était de **déterminer le niveau de connaissance des femmes sur leur anatomie et leur physiologie féminine avec pour hypothèse principale que les connaissances ne sont pas suffisantes.**

Afin de répondre à cette problématique, le questionnaire de notre étude reprenait des questions de bases sur l'anatomie, le rôle des différents organes sexuels, les menstruations, la grossesse, les pertes blanches et la ménopause.

Ces connaissances ont été sélectionnées comme celles pouvant contribuer à une bonne compréhension des consultations de médecine générale relatives à la santé sexuelle.

Selon des critères précis définis dans notre méthodologie nous avons eu le résultat suivant :  
- **56 participantes sur 157 (36%) ont eu un score de connaissance non satisfaisant soit plus d'un tiers des participantes.**

**Ainsi, dans notre étude, les connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale dans l'agglomération du Havre sur leur anatomie et leur physiologie féminine sont insuffisantes. Notre hypothèse principale est donc vérifiée.**

### a) Analyse de la littérature sur ce sujet :

- **Parmi les études françaises :**

Pour commencer, nous pouvons citer une étude réalisée par une sage-femme, Mme CORRE LABAT Maëlle (71) en 2012. Des femmes de 18 à 60 ans ont été questionnées dans des cabinets de médecine générale, sur leurs connaissances en anatomie, physiologie féminine et sexualité. L'étude a retrouvé un **manque de connaissances global des participantes**, surtout en ce qui concerne la **contraception** et le rôle des **organes sexuels féminins**.

Cette étude est intéressante car elle a également recueilli, auprès des médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues et obstétriciens, leurs perceptions concernant les connaissances de leurs patientes et leurs avis sur l'information en consultation. La perception des professionnels de santé correspondait globalement aux connaissances des femmes sur leur anatomie et leur physiologie féminine.

**Concernant la contraception, les perceptions étaient différentes** et les professionnels de santé avaient tendance à **surestimer** les connaissances de leurs patientes.

Pour instaurer un contexte favorable à une bonne information, les professionnels de santé pointaient comme difficultés : **le stress, le retard, le degré d'urgence de l'information, la durée de consultation trop courte, le manque de moyens et d'outils d'informations.**

Concernant de manière plus spécifique les connaissances anatomiques des femmes, on peut citer l'étude descriptive quantitative de Louise Jugnon FORMENTIN (72), effectuée en 2015 en région Rhône Alpes. La comparaison est intéressante car un score de connaissance satisfaisant et non satisfaisant a également été élaboré par l'auteure. 39% des femmes de son étude ont eu un **score de connaissance non satisfaisant sur l'anatomie du sexe féminin** ce qui est proche de notre résultat global de 36%.

L'image corporelle que les femmes avaient d'elle-même a également été étudiée et les résultats retrouvaient qu'une bonne connaissance de l'anatomie féminine contribuait à **une vision de soi plus équilibrée et plus réaliste.**

Un autre travail de thèse effectué par Léa Kojchen en 2015 à la Réunion (73) a étudié de manière quantitative les connaissances de 249 patientes consultant dans des centres d'IVG sur les organes reproducteurs et la reproduction. Les résultats ont également montré un **manque important de connaissances sur les organes reproducteurs et les mécanismes de la reproduction.**

- **La situation à l'étranger**

Elle semble similaire comme nous le montre l'étude de certains travaux.

En 2013, une étude américaine a été effectuée dans des cliniques de santé de la femme à Los Angeles et dans le sud de la Californie (74).

Les connaissances des femmes majeures sur les structures du pelvis féminin et les relations entre les différentes structures anatomiques et les fonctions reproductives et sexuelles ont été analysées.

Sur les 269 participantes, le nombre de réponses correctes était de 66%, et **le niveau global de connaissance a été estimé comme insuffisant.**

Par ailleurs **40% des femmes de cette étude s'étaient dites insatisfaites de leurs connaissances.**

Une autre étude américaine intéressante a été réalisée dans l'université de Midwestern aux États-Unis en 2010 (75).

Il a été étudié le niveau de connaissance en gynécologie d'étudiants et étudiantes de 18 à 36 ans à l'aide d'un questionnaire abordant l'anatomie féminine, les risques de grossesse, les MST et les menstruations. Les réponses ont été notées entre 0 et 20 et la moyenne des notes obtenues a été de 11,9 sur 20, ce qui se rapproche de notre moyenne de 12/20.

Bien que la méthodologie employée soit différente de la nôtre (étude multicentrique, critères d'inclusion différents), les résultats allaient, eux aussi, dans le sens **d'un manque de connaissances des jeunes étudiants américains sur des questions de base en santé sexuelle.**

Cette étude a également comparé les résultats des hommes et des femmes.

L'étude a montré que **le niveau global de connaissance était bas dans les deux sexes mais avec encore plus de lacunes chez les hommes notamment en ce qui concerne l'anatomie.**

Ces résultats sont concordants avec ceux d'une étude tunisienne réalisée en 2011 (76) évaluant les connaissances sur l'anatomie du corps féminin, la sexualité et le plaisir féminin de 55 hommes et 55 femmes.

**L'étude a retrouvé un manque de connaissances sur les organes sexuels de la femme dans plus de 50% des cas avec, chez les hommes, de plus mauvais résultats que chez les femmes.**

### 3) DETAILS DES CONNAISSANCES :

#### a) Principaux résultats aux schémas :

Lorsque les réponses ont été données, les schémas étaient pour la plupart **très bien remplis** : **le taux de réponses justes était de 84% et il était similaire pour les deux schémas.**

Le **méat urinaire puis le clitoris** ont été les moins bien retrouvés sur le schéma de la vulve de face tandis que les réponses ont été assez homogènes sur le schéma des organes génitaux internes. L'on pourrait donc conclure que les femmes ont une bonne connaissance de leur anatomie féminine.

Il semble cependant judicieux de s'intéresser au taux de non réponses qui est de **48,5%** sur le schéma de la vulve de face, et de **47,2%** pour celui de la coupe des organes génitaux internes. Le fait de ne pas avoir répondu pouvait signifier que les participantes ne connaissaient pas les réponses ou alors certaines réponses étaient connues mais par **incertitude, pudeur ou gêne**, les réponses n'ont pas été données.

En effet, même si des lieux plus intimes ont été privilégiés pour remplir le questionnaire, cela n'a pas toujours été possible et de nombreuses patientes ont dû remplir les schémas en salle d'attente à proximité d'autres patients.

L'analyse des réponses aux schémas laisse donc plutôt penser que **lorsque les participantes étaient certaines de leurs réponses les schémas étaient bien remplis et, à l'inverse, celles qui avaient de mauvaises connaissances anatomiques remplissaient peu les schémas.**

#### b) Résultats principaux sur les connaissances en physiologie féminine :

- Le rôle des différents organes sexuels dans certains évènements physiologiques :

Les résultats ont été globalement bons surtout ceux concernant l'organe de la grossesse (utérus) et celui impliqué dans un rapport sexuel (vagin). Cela était attendu car ces questions étaient jugées « faciles » et rassurantes.

- Concernant le cycle menstruel :

Les réponses ont mis en évidence de **nombreuses lacunes sur le déroulement du cycle menstruel, son rôle et ses phases.**

- **52 % des participantes ont répondu faux à la question sur la provenance du sang des menstruations et 20% ont cité les ovaires.**

Ce résultat confirme qu'il existe toujours de nombreux tabous concernant les menstruations. Ne pas connaître son anatomie féminine pouvait également mettre en difficulté les participantes pour répondre à cette question. Elles pouvaient savoir que le sang des règles vient « de l'intérieur », mais la localisation précise et/ou le nom de l'organe à leur origine pouvait rester floue.

- **23%** des participantes ont identifié le sang des règles comme du **sang « sale »**.

Le terme de sale désignerait du sang qui ne serait pas propre, ou selon la définition du Larousse « Qui est considéré comme impur, dégoûtant » (77).

Ce terme a une connotation très négative et non exacte qui reflète encore une fois la persistance de fausses croyances sur les menstruations (11).

- **20%** des participantes ont répondu que l'ovulation pendant le cycle menstruel déclenche les règles. Les étapes clés du cycle menstruel ont semblé être des notions assez floues et mal comprises. Les études sur les connaissances des femmes sur leur fertilité et leur reproduction vont également dans ce sens (73) (78).

- **19%** n'ont pas su répondre que le cycle menstruel dure en moyenne 28 jours.

Le caractère mensuel des menstruations semble pourtant être une connaissance de base et qui est, de plus, expérimenté par toutes femmes qui est réglée.

Ce résultat peut sans doute être expliqué par le fait que le chiffre « 28 » correspond à une durée moyenne. En réalité il existe beaucoup de variations dans la durée des cycles menstruels et chaque femme peut ainsi percevoir sa propre périodicité comme une norme.

Le terme de mensuel aurait été plus adapté pour cette question et aurait peut-être occasionné de meilleures réponses.

- **Les signes de la grossesse :**

**Les nausées, vomissements et mastodynies** ont été bien retrouvés par les participantes.

Ce résultat était attendu car 75% des femmes de notre étude avaient eu un enfant et avaient pu expérimenter personnellement ces symptômes.

Les femmes nullipares avaient, elles, pu voir ces symptômes chez des femmes enceintes dans leur entourage. De plus, les symptômes de la grossesse sont largement représentés dans la culture populaire, à la télévision, au cinéma, dans les séries...

- **La contraception :**

**Un tiers des participantes** ont répondu que le stérilet est réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants. Cette fausse croyance est donc encore bien ancrée dans notre société et de nombreux travaux sur les freins à l'utilisation du stérilet confortent ce résultat (79) (80) (24).

- **Les pertes blanches :**

Les réponses ont été plutôt correctes sur le caractère physiologique des pertes vaginales : 100% des participantes ont répondu que les pertes blanches ne sont pas dues à un manque d'hygiène. Pourtant, concernant leurs couleurs normales, **un quart des participantes ont répondu jaune** ce qui est pourtant associé à une infection à Gonocoque, Chlamydiae ou Mycoplasme.

Les aspects pathologiques des leucorrhées semblent donc insuffisamment connus. Ce résultat rejoint ceux de la littérature sur les connaissances des signes évocateurs de MST (81) (36). Savoir identifier des leucorrhées pathologiques semble pourtant primordial pour une prise en charge rapide et optimale des MST.

- **La ménopause**

Un quart des participantes (24%) n'ont pas su répondre à la question : « La ménopause correspond à la période où les femmes ne peuvent plus avoir de rapports sexuels. »

5% ont répondu faux et ont donc identifié la ménopause comme une période de la vie où la sexualité serait remise en cause et 19% n'ont pas su répondre.

Même si avec l'âge des modifications physiques : atrophie et sécheresse vulvo vaginale et/ou psychologique : baisse de l'excitation, de la libido, sont fréquentes (82), la satisfaction sexuelle et la sexualité demeurent évidemment toujours possibles. Ce résultat est préoccupant.

#### **4) RESULTATS SELON LES OBJECTIFS SECONDAIRES :**

Les objectifs secondaires de notre étude étaient de déterminer :

- Quels sont les facteurs qui influencent positivement ou négativement les résultats au score de connaissance.
- Quelle est la place du médecin généraliste dans l'acquisition de ces connaissances.
- S'il existe un lien entre les résultats au score de connaissance et le ressenti personnel des patientes sur leurs connaissances.

##### **a) Les facteurs qui influencent les résultats aux scores de connaissance :**

- **Parmi les données socio-démographiques :**

<b>L'âge, le niveau d'étude et la profession ont été statistiquement corrélés aux scores de connaissance.</b>
---

- **Avoir moins de 55 ans** a été dans nos résultats visiblement associé à un score de connaissance **satisfaisant**.

Ce résultat peut être mis en parallèle avec les mesures concernant les cours d'éducation sexuelle qui relèvent officiellement de l'Éducation nationale depuis une circulaire de 1973, la "*circulaire Fontanet*" (83).

Ainsi les femmes ayant pu bénéficier de cette mesure ont au maximum 49 ans aujourd'hui. Ce résultat n'a cependant pas été retrouvé de manière systématique dans la littérature.

- La tranche d'âge ayant le plus haut taux de score satisfaisant se situait entre **26 et 40 ans**.

Une corrélation peut être faite entre cette tranche d'âge et l'âge moyen de la première grossesse en France qui a été estimé en 2015 à 28,5 ans (84).

Il s'agit donc de la tranche d'âge où les femmes auront de nombreuses consultations de gynécologie via les consultations de suivi de grossesse. Elles sont également plus susceptibles de s'intéresser un peu plus à leur corps et à son fonctionnement à ce moment-là.

- **Avoir fait des études supérieures et/ou être : « cadre supérieur, ingénieur, professeur ou profession médicale »** a été, sans surprise, associé à un score de connaissance satisfaisant et ce résultat concorde avec ceux de la littérature.

- Parmi les ATCD gynécologiques :

**La contraception et l'ATCD IST ont été corrélés de manière significative aux scores de connaissance.**

**Avoir demandé en consultation de médecine générale un dépistage d'IST ou des informations sur la contraception a également été corrélé aux scores de connaissance.**

Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans l'analyse de la littérature française, les ATCD gynécologiques n'ayant, dans la plupart des cas, aucun lien avec le niveau de connaissance (72) (73) (78).

→ **L'ATCD IST** a été majoritairement retrouvé chez les participantes qui ont eu un score de connaissance **satisfaisant**.

Ce résultat peut être interprété de plusieurs manières.

Pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST, les patientes ont eu une ou plusieurs consultations chez un professionnel de santé. La vigilance des professionnels de santé a ainsi pu être éveillée et des rappels ont pu être faits afin de réactualiser certaines connaissances.

Par ailleurs, à cause d'un manque de connaissances, les patientes ayant un score de connaissance non satisfaisant ont pu ne pas savoir qu'elles avaient eu ou avaient une IST en n'identifiant pas les symptômes évocateurs.

Elles ont ainsi pu avoir moins de dépistage d'IST, contrairement aux patientes avec un score de connaissance satisfaisant, qui ont pu mieux identifier les signes d'IST et demander à se faire dépister.

Cette hypothèse semble se confirmer à la vue du résultat suivant :

Les participantes qui ont le plus **demandé un dépistage d'IST en consultation** étaient celles qui avaient eu un score de connaissance **satisfaisant**.

**Le fait d'avoir de meilleures connaissances semble donc être associé à de meilleures attitudes en matière de dépistage d'IST.**

→ **Concernant l'ATCD contraception** : les femmes ayant eu un score de connaissance **satisfaisant** utilisaient majoritairement **la pilule ou un DIU** comme contraception.

Les femmes qui avaient un score de connaissance **non satisfaisant** utilisaient, elles, majoritairement **la pilule ou alors elles n'avaient jamais eu de contraception**.

Ce résultat nous permet d'émettre l'hypothèse **qu'un meilleur niveau de connaissance sur son corps et sa physiologie féminine serait en lien avec l'utilisation de moyens de contraception plus surs et efficaces**.

Cette hypothèse est confortée par une étude de l'INED de 2017 intitulé « 50 ans de contraception légale en France » (85) qui s'est intéressée aux pratiques des françaises dans le choix de leur contraception.

Même si la pilule contraceptive restait le premier moyen de contraception toute classe confondue, les femmes les plus favorisées se reportaient davantage sur le DIU et les femmes de catégories plus populaires se tournaient davantage vers le préservatif ou le retrait qui sont des méthodes contraceptives bien moins fiables.

De plus, les participantes qui avaient déjà demandé des informations sur la contraception en consultation avaient majoritairement un score de connaissance satisfaisant.

Les femmes qui ont déjà des connaissances de base satisfaisantes sont donc celles qui ont voulu approfondir leurs connaissances et qui ont posé des questions aux professionnels de santé.

**Le manque de connaissances semble, quant à lui, être un frein pour oser demander à un professionnel de santé plus d'informations.**

NB : Il n'a pas été démontré d'association statistique entre le fait de demander un frottis cervico utérin (FCU) et le score de connaissance. Il faut cependant souligner que le FCU s'adresse seulement aux femmes de 25 ans ou plus. Il aurait donc fallu étudier ces résultats en fonction de l'âge, puisque les femmes de moins de 25 ans ne sont pas concernées par cette question. Ces résultats sont donc à interpréter avec précaution.

## **b) La place du médecin généraliste dans l'information donnée :**

- **Les principaux moyens d'informations :**

Les deux premiers cités par les participantes ont été les **médecins généralistes** et les professionnels de santé : **gynécologues et sages-femmes**.

→ **Les scores de connaissance et les moyens d'informations ont été corrélés de manière significative.**

Les participantes qui ont eu un score de connaissance **satisfaisant** avaient pour la plupart cité des **sources d'origines personnelles** (livre, médias, internet) comme source d'informations. Lorsque l'**entourage** (famille, amis, conjoint) était cité comme source d'information, la plupart des participantes avaient un score de connaissance **non satisfaisant**.

En étudiant la place des professionnels de santé, ce résultat est préoccupant : un plus grand pourcentage de participantes qui se sont renseignées chez un professionnel de santé avaient eu un score de connaissance **non satisfaisant**.

D'après les résultats de notre étude, on peut ainsi émettre les hypothèses que :

- **Le fait d'utiliser une source d'information médicale ne semble pas renforcer le niveau de connaissance.**

- **Se renseigner dans son entourage ne serait pas un moyen fiable d'information contrairement au fait d'utiliser des sources d'informations personnelles pour se renseigner.**

Pour des raisons pratiques nous avons regroupé dans la catégorie « source d'informations médicales » les médecins, les gynécologues et les sages-femmes. Il aurait été intéressant d'étudier de manière plus précise la catégorie médecin généraliste pour affiner nos hypothèses.

- Concernant le rôle de l'école :

→ **Le fait d'avoir eu des cours d'éducation sexuelle a été corrélé aux scores de connaissance.** Les participantes **ayant eu des cours d'éducation sexuelle** avaient majoritairement un score de connaissance **satisfaisant**. Ce résultat est rassurant et démontre la réelle efficacité des cours d'éducation sexuelle au cours de la scolarité.

- Concernant le rôle du médecin généraliste :

**80% des participantes ont répondu que le médecin généraliste avait pour rôle de parler avec elles de leur corps, sans lien statistique avec les scores de connaissance.**

Dans les faits ces sujets semblent peu abordés puisque seulement **17%** des participantes ont déclaré avoir reçu, par leur médecin généraliste, une information sur leur anatomie féminine et **43%** sur le fonctionnement physiologique de leur corps.

Ces résultats sont intéressants car ils sont contradictoires : les patientes attendent de leur médecin généraliste qu'il les informe sur leur corps et son fonctionnement mais cette information est en réalité très peu donnée d'après les patientes surtout en ce qui concerne l'anatomie.

Ce souhait d'informations peut, soit ne pas être verbalisé par les participantes, soit être non perçu par le médecin généraliste.

Un autre résultat est préoccupant :

**Le fait d'avoir reçu une information en consultation de médecine générale sur son anatomie et sa physiologie féminine n'a pas été associé de manière statistiquement significative aux scores de connaissance.**

Lorsque les informations ont été données en consultation de médecine générale, elles n'ont donc pas eu d'impact sur les scores de connaissance des patientes de notre étude.

Deux questions se posent alors : l'information a-t-elle été mal donnée par le médecin généraliste ou bien l'information a-t-elle été mal comprise par les participantes ?

*Le bulletin des médecins suisses de février 2019* (85) a exploré certaines pistes sur l'information donnée en médecine générale.

Plusieurs études ont ainsi montré que les patients n'assimileraient que 40 à 45% des informations qui leurs sont fournies lors d'entretiens avec des professionnels de santé.

De plus les praticiens surestiment le plus souvent les connaissances de leurs patientes.

*« Lorsqu'un patient ou une patiente ne pose plus de questions, nous partons souvent du principe que tout est clair. Or, il est fréquent que les patients n'aient pas le courage de poser certaines questions ou qu'ils aient l'impression que nous, médecins, n'avons pas le temps de les écouter. »* (86)

Quoi qu'il en soit, il semble exister un réel problème dans la transmission de l'information sur ces thématiques en médecine générale.

### **c) Lien entre les résultats aux scores de connaissance et le ressenti personnel des patientes sur leurs connaissances :**

- **Le ressenti des participantes :**

→ **Le ressenti des participantes sur leurs connaissances a été statistiquement corrélé aux scores de connaissance.**

Les patientes qui avaient pour ressenti de ne pas avoir assez de connaissances avaient le plus souvent un score de connaissance non satisfaisant, ce qui semble être un résultat logique.

Dans la catégorie « **score non satisfaisant** » elles étaient tout de même :

- **71% à répondre qu'elles se sentaient capable de comprendre et gérer leur contraception.**
- **82% à se sentir capable d'éviter une grossesse non désirée.**
- **84% à se sentir capable de consulter un médecin aux bons moments de leur vie de femme.**

Ces résultats ont montré que les femmes n'ayant pas les connaissances de base sur leur corps et leur fonctionnement physiologique, se sentaient majoritairement capables de gérer des sujets aussi complexes que la contraception, les consultations de dépistage et de prévention.

La complexité de ces sujets n'est pourtant plus à prouver. Les indicateurs en santé sexuelle le montrent bien, en témoigne par exemple le taux d'IVG qui atteint des records ces dernières années ou encore la recrudescence des IST en France.

**Il semble donc que les femmes qui n'ont pas les connaissances de bases sur leur anatomie et leur physiologie féminine n'en ont pas forcément conscience.**

La littérature n'apporte là-dessus aucun élément pour nous permettre d'expliquer ces résultats. Une piste de réflexion pourrait être que la complexité des sujets relatifs à la santé sexuelle soit sous-estimée ou méconnue des patientes.

- **Souhait des réponses aux questionnaires :**

→ Le fait d'avoir souhaité les réponses aux questionnaires a été associé statistiquement aux scores de connaissance.

**La majorité des femmes qui ont répondu vouloir les réponses aux questionnaires avaient eu un score de connaissance satisfaisant.**

Ainsi, les femmes ayant des connaissances de base suffisantes ont été celles qui ont le plus eu besoin ou envie d'approfondir et de perfectionner leurs connaissances.

Un formulaire papier explicatif était également proposé aux participantes de l'étude.

Le fait de vouloir ce formulaire n'étaient pas associé de manière statistiquement significative aux scores de connaissances mais, à l'analyse des pourcentages, les femmes les plus intéressées ont de nouveau été celles qui avaient eu un bon score de connaissance.

**Le manque de connaissances semble être un frein en lui-même pour rechercher à s'informer d'avantage et ainsi augmenter son savoir.**

## 5) CRITIQUE DE L'ETUDE :

### a) Points forts de notre étude :

- Originalité :

De très nombreuses études sur la gynécologie au sens large ont été faites sur le territoire Normand mais il s'agit de la première étude s'intéressant spécifiquement aux connaissances des femmes sur les thèmes de l'anatomie et de la physiologie féminine.

- La population :

D'un point de vue socio démographique, de nombreuses caractéristiques de notre population se sont révélées **similaires** à celles de la population française et nos résultats semblent donc plutôt bien représentatifs.

L'effectif minimal avait été fixé arbitrairement à 100 participantes. Cette condition a été remplie et même dépassée avec un effectif total de 160 participantes dans notre étude.

- La méthodologie

Une des forces dans notre méthodologie est qu'il n'y a pas eu d'intermédiaires utilisés pour la distribution du questionnaire.

Le questionnaire a été distribué par l'auteure en **main propre et de manière systématique** à toutes patientes entrant ou sortant des cabinets sélectionnés.

Ainsi un premier biais de sélection a pu être évité.

Le **taux de refus a été minime** lors de la distribution des questionnaires et ils ont le plus souvent été attribués à un manque de temps.

Le fait que la distribution se fasse par un médecin a pu contribuer au peu de refus que nous avons eu. Il peut avoir une figure « d'autorité » et les patientes ont sans doute moins osé refuser une demande venant d'un professionnel de santé.

L'implication personnelle dans l'étude de la personne distribuant les questionnaires a également contribué à une plus grande motivation et disponibilité pendant la distribution des questionnaires et ainsi à un meilleur recueil.

Il a été demandé aux participantes de remplir **directement** le questionnaire sur place. Elles n'ont donc pas pu avoir recours à une aide extérieure pour remplir le questionnaire.

- Les résultats :

Une autre force et originalité de notre étude a été de définir **deux scores de connaissance**. Cette répartition binaire des résultats de la partie connaissance a ensuite facilité le travail d'analyse statistique et a rendu plus lisible l'interprétation des résultats.

De plus, tous les facteurs pouvant influencer les scores de connaissance ont pu être étudiés en fonction de ces deux scores.

## **b) Limite de notre étude :**

- **Biais de sélection :**

La constitution de notre échantillon d'étude a été faite à partir de cinq cabinets de médecine générale qui ont été choisis pour des raisons pratiques et non pas de manière aléatoire ce qui constitue un **biais d'échantillonnage**.

Notre étude a également sélectionné les patientes de manière non aléatoire : les patientes qui ont accepté de répondre étaient volontaires et elles étaient donc susceptibles d'être plus à l'aise avec notre sujet. De plus, nos critères d'inclusion ont exclu les patientes non françaises ou ne sachant ni lire ni écrire le français.

Malgré ces biais, notre population d'étude se rapproche globalement de la population française d'un point de vue socio démographique.

- **Élaboration du questionnaire :**

Notre questionnaire était **perfectible** et certaines questions ont dû être annulées dans l'analyse des réponses car elles étaient mal formulées. Le questionnaire test avait cependant déjà permis de corriger certaines erreurs de formulation.

Certaines données auraient été, à posteriori intéressantes à recueillir, comme par exemple le sexe du médecin traitant des patientes et son âge.

Pour l'analyse statistique, le regroupement de certaines données (âge, profession, moyens d'informations...) a été fait et il aurait été judicieux de le faire dès la réalisation du questionnaire.

Le thème de notre thèse étant **très vaste** et il a fallu limiter le nombre de questions dans la partie connaissance. D'autres champs de la santé sexuelle telle que la sexualité n'ont pas pu être abordés car notre questionnaire aurait été trop long. En effet la durée pour remplir notre questionnaire était estimée entre 7 à 9 min, ce qui est déjà long.

- **Définition des scores de connaissance :**

L'élaboration d'un score de connaissance satisfaisant et non satisfaisant a été fait selon une méthode et un raisonnement propre à l'auteure.

Aucun système standardisé pour définir un score à partir d'un questionnaire n'a été retrouvé dans la littérature. De plus il n'existe pas de consensus dans les systèmes de notation en France qui définissent ce qu'est un « bon » ou « mauvais » score.

En ne s'appuyant pas sur une méthodologie validée dans la littérature, nos définitions peuvent ainsi paraître **subjectives**.

- **Biais de non réponses :**

Même si les participantes ont globalement bien accepté de participer à l'étude, **le nombre de réponses non renseignées a été important** et assez peu de questionnaires ont été remplis en totalité. Ce biais peut être expliqué en partie par la longueur de notre questionnaire et de son nombre de questions. Cela a pu inciter les participantes à répondre de manière rapide et à passer sur les questions plus complexes.

De plus notre sujet touchait à l'**intimité** des patientes et un sentiment de gêne a pu intervenir et ne pas pousser les patientes à s'attarder sur le questionnaire.

Le support de notre étude, sous forme de questionnaire, a pu également déplaire aux participantes qui étaient déjà en difficulté sur ces thématiques. Elles n'ont peut-être pas adhéré à ce mode « d'interrogation écrite » et elles ont ainsi peut-être moins répondu.

## 6) COMMENTAIRES ET REMARQUES DES PARTICIPANTES :

Faire le choix d'une méthodologie qualitative a été sujet à réflexion lors de l'élaboration de notre projet de thèse. Il nous semblait en effet que les femmes avaient beaucoup de choses à dire et une expression plus libre aurait été également intéressante à étudier.

Le cadre vierge prévu pour les commentaires et les remarques à la fin du questionnaire a recueilli un peu de leurs paroles.

*" Mais à mon âge, 84 ans, les choses sexuelles se disaient pas, c'était à nous même d'être curieuse pour savoir ce que l'on ignorait totalement.*

*C'était un interdit, on était innocente, on aurait aimé être mise au courant.*

*J'avais acheté à mes enfants un livre : « ainsi commence la vie » pour les questions délicates.*

*La contraception a apporté la libération de tout cela, il ne devrait plus y avoir d'IVG normalement. "*

Les commentaires n'ont pas été analysés avec méthode étant donné le choix d'analyse quantitative de notre étude. On a cependant pu les regrouper en grandes catégories en fonction de leur contenu.

- Histoires personnelles ou compléments sur les ATCD gynécologiques :

*" Je n'ai certainement pas tout bon, mais... j'ai dû oublier... depuis le temps !*

*J'ai été opéré d'une hystérectomie suite à un col de l'utérus pré cancéreux ... 10 ans plus tard : kyste de Bosniak sur le rein droit. "*

*" J'ai déjà eu une grossesse mais c'était une GEU donc j'ai dû être opérée et on m'a retiré une trompe car elle avait éclaté.*

*J'ai fait ensuite neuf inséminations artificielles et je ne suis pas tombé enceinte car le gynécologue m'a dit que j'avais un souci avec ma glaire cervicale."*

*" J'ai découvert que j'étais stérile à 25 ans."*

*" J'ai eu que des problèmes de contraception et je suis de nouveau enceinte."*

- Ressenti sur l'étude :

*" Questionnaire intéressant, on se rend compte que l'on croit connaître son corps. "*

*" Merci pour ce questionnaire cela m'a fait réfléchir. "*

*" Avec votre questionnaire je m'aperçois que j'ai oublié trop de choses du corps de la femme. Et c'est pour les jeunes filles primordiales d'avoir un dialogue avec leur médecin même si elles n'osent pas aborder le sujet.*

*Pas de jugement, juste les vraies informations."*

*" Cela nous permet de savoir si on a des connaissances personnelles, questionnaire intéressant, merci."*

*" C'est compliqué je ne suis pas médecin moi je suis vendeuse, je ne suis pas dans la médecine."*

*" Bravo, super questionnaire et super sujet et bon courage pour la thèse."*

*" Bon courage pour votre thèse."*

*" Super formulaire, très intéressant, merci à vous et bon courage. "*

- Ressenti sur l'information donnée :

*" Cours d'éducatons sexuelles très bref."*

*" Pas suffisamment informé."*

*" Il me semble que l'apprentissage du corps et de la sexualité est le rôle de l'éducation nationale. Le médecin arrive en seconde position. "*

*" C'est surtout grâce à ma gynécologue que j'ai pu apprendre ce que j'avais besoin de savoir sur mon corps. Malheureusement les hommes (médecins généralistes) n'évoquent pas ce sujet par eux même, c'est dommage. "*

*" Je refusais d'entendre ce que le gynéco me préconisait car je lisais les contres indications. Je refusais de prendre la pilule ou autre et à la ménopause des substituts. "*

*" On peut tomber enceinte au début de la ménopause. Je n'ai pas confiance en internet. C'est plutôt le rôle d'une femme de parler du corps des femme.*

*Il n'y a pas assez de femmes médecins, j'aimerais bien en avoir une, je parlerai plus facilement. Je suis de la vieille école on ne parlais pas de ces choses-là avec ses amis ou conjoint."*

*" J'ai fait des études de biologie donc c'est un peu pareil pour les connaissances on apprend la même chose, mais c'est intéressant pour les autres femmes, il y a des questions elles ne doivent pas savoir."*

- Excuses / justifications :

*" Je n'ai pas répondu à tout, il y a plein de truc je ne sais pas, je ne comprends rien, je suis un peu nulle. "*

*" Il y a des questions auxquelles je n'ai pas répondu car je ne connais pas la réponse et je n'ai jamais été à l'école. "*

*" Pas toujours facile de répondre, on a peur d'être un peu ridicule, on ne connaît pas tant que ça son corps."*

## 7) IMPLICATIONS, PERSPECTIVES :

Notre travail de thèse a confirmé notre hypothèse initiale qui est que les femmes n'ont pas toujours les connaissances suffisantes sur leur anatomie et leur fonctionnement physiologique.

Les schémas d'anatomie, le cycle menstruel, la couleur des leucorrhées physiologiques et la sexualité à la ménopause semblent poser particulièrement problème.

Ces résultats sont préoccupants car **il peut en résulter des difficultés pour comprendre et gérer sa vie sexuelle.**

Par exemple, les femmes qui avaient eu un score de connaissance non satisfaisant étaient celles qui demandaient le **moins de dépistage d'IST** en consultation ainsi que le **moins d'informations sur la contraception**. Elles étaient aussi plus nombreuses à avoir répondu **ne jamais avoir eu de contraception au cours de leur vie.**

Les fausses croyances sur les menstruations, le stérilet, la ménopause, les tabous sur le sexe féminin, les règles... persistent et peuvent également engendrer une **souffrance** des femmes, des difficultés dans leur sexualité et un sentiment d'anormalité.

L'éducation sexuelle des jeunes femmes est normalement assurée par **l'éducation nationale** mais, pour l'instant, l'accès aux cours d'éducation sexuelle est très **inégal** sur le territoire.

Pour s'informer en santé sexuelle, une multitude de sources d'informations sont actuellement disponibles via internet, les réseaux sociaux, les médias...

On pourrait penser que les patientes ont toutes les clés en mains pour se renseigner et qu'il est difficile de se plaindre d'un manque d'informations.

Notre étude a cependant montré que les patientes ayant eu un score de connaissance non satisfaisant semblaient **ne pas en avoir conscience** et elles ne ressentaient pas forcément le besoin de s'informer.

Ainsi les patientes qui ont le plus besoin de se renseigner ne sont pas forcément celles qui vont aller rechercher une information.

De plus, il est difficile de faire le tri sur internet entre les bonnes et les mauvaises informations et la multitude des sources d'informations peut noyer les lecteurs.

De **nouveaux problèmes** sont aussi en train d'émerger chez les jeunes avec l'accès libre à la pornographie et à cause des réseaux sociaux. Ces sujets seraient à approfondir.

Il apparaît donc nécessaire que les femmes puissent avoir un **interlocuteur fiable** tout au long de leur vie pour qu'elles puissent recevoir des informations **sûres et validées en santé** mais aussi **adaptées** à leur situation.

Devant tous ces constats, il semble important que les médecins généralistes, qui sont au cœur de la santé des femmes, réalisent que leurs patientes n'ont pas toujours le socle de connaissances suffisant pour comprendre de quoi ils parlent lors des consultations relatives à la santé sexuelle.

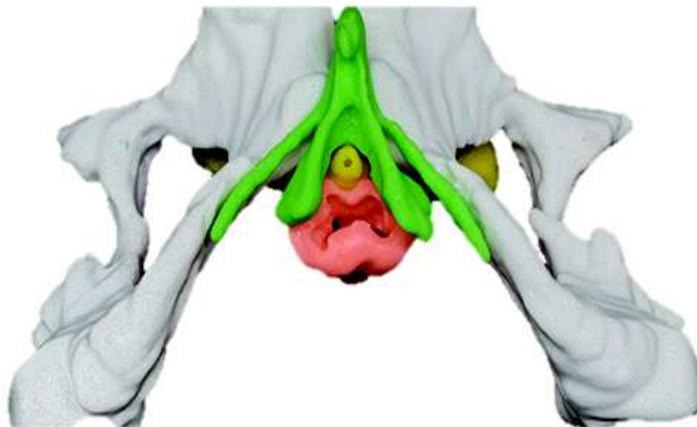
Ils se doivent de **rechercher et de repérer les lacunes** des patientes et d'identifier si elles ont besoin que l'on reprenne les bases anatomiques et physiologiques.

De plus il faut qu'ils se montrent particulièrement vigilants lors de ces consultations car les **patientes qui ne posent pas de questions ne sont pas forcément celles qui savent, au contraire.**

Ils doivent également essayer **d'autonomiser et de responsabiliser** au maximum leurs patientes pour qu'elles aient un **rôle actif** dans leur santé. Il faudrait qu'elles aient conscience de la complexité de ces sujets et aussi de leurs implications potentielles.

Des supports papier, des dessins, schémas ou maquettes sembleraient particulièrement adaptés pour ces consultations.

De nouveaux **kits 3D**, réalisés par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et de l'Université de Genève (UNIGE) représentent l'anatomie sexuelle féminine et masculine (87). Ils pourraient, par exemple, être utilisés dans le futur par les professionnels de santé lors des consultations de gynécologie et ainsi aider le professionnel de santé à transmettre l'information.



*Anatomie sexuelle féminine tel que le montre le kit 3D développé par des scientifiques de l'UNIGE et des HUG. @ HUG / UNIGE*

Il faudrait également que la **formation des professionnels** de santé tout au long de leur cursus universitaire soit renforcée sur les sujets de santé sexuelle pour qu'ils soient, eux aussi, plus armés pour faire face aux difficultés et aux demandes de leurs patientes.

En effet, les médecins généralistes peuvent avoir **leurs propres difficultés** pour aborder ces sujets qui touchent à l'intime et ils ont pour le moment peu de formation sur la manière de mener ces consultations.

Un des objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle est d'ailleurs de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels, notamment ceux de premier recours, comme les médecins généralistes.

Pour améliorer la santé sexuelle future des femmes en France, il semble fondamental de **promouvoir les cours d'éducation sexuelle** pour les jeunes générations à venir.

Le médecin traitant doit également trouver son rôle pour réactualiser les connaissances de ses patientes, les renforcer et ainsi créer un climat propice à une **bonne prise en charge** de leur santé sexuelle tout au long de leur vie.

Il est intéressant de voir qu'à l'étranger, les campagnes d'éducation sexuelle utilisent tous les acteurs à leur disposition et font ainsi interagir toute la communauté : les médecins, la famille, les systèmes éducatifs, les institutions religieuses, les médias, les agences artistiques... s'associent et semblent avoir de bons résultats (Cf. encadré suivant).

**Pistes de réflexion, l'éducation sexuelle à l'étranger :**

*Une étude réalisée par William R. Finger (88) en 2001 intitulé « l'éducation sexuelle arme les jeunes adultes » a fait la synthèse d'études internationales sur l'éducation sexuelle, et s'est intéressée aux effets des programmes d'éducation sexuelle à travers le monde.*

*Un des résultats majeurs de cette étude a été que les programmes d'éducation sexuelle n'entraînent pas l'augmentation de l'activité sexuelle ni la rend plus précoce. Au contraire, elle pourrait amener les jeunes adultes à retarder le moment de leur premier rapport ou, s'ils sont déjà sexuellement actifs, à recourir à la contraception.*

*Un organisme américain, le SIECUS (Sexuality Information and Education Council) insiste sur la nécessité de commencer tôt l'éducation sexuelle, dès l'école primaire. Les cours doivent porter sur le développement humain, l'anatomie de l'appareil reproducteur, les relations, les compétences personnelles, les comportements sexuels et la santé ainsi que les rôles liés au genre.*

*Au-delà des programmes d'éducation sexuelle à l'école, de nombreux pays réalisent des programmes d'éducation qui font intervenir « toute la communauté » et pas seulement l'école. Les parents ont un rôle actif, les médias, les chefs de communauté, les chefs religieux... participent aux campagnes.*

*Dans une région rurale pauvre des États-Unis, un programme d'éducation à la santé sexuelle destiné aux jeunes de 5 à 18 ans a réuni des agences communautaires, des chefs religieux, des parents et des médias, en vue de la diffusion de messages sur la promotion de la santé.*

*Ce programme inculquait aux jeunes des éléments d'anatomie de l'appareil reproducteur, des informations sur la contraception et il se concentrait sur les moyens d'améliorer la prise de décisions, les techniques de communication interpersonnelle et l'estime de soi.*

*« En trois ans, le taux annuel de grossesse est tombé de 60 à 25 pour 1.000 parmi les jeunes filles de 14 à 17 ans. Dans deux zones témoins qui n'avaient pas fait l'objet d'interventions, le taux annuel de grossesse avait augmenté dans cette même tranche d'âge. »*

*Certains pays font même appel à des groupes artistiques pour diffuser les messages de leurs campagnes.*

*En Jamaïque, FHI (Family Health International) a collaboré avec le ministère de l'éducation à la formation de conseillers pédagogiques chargés d'enseigner des compétences psychosociales dans le cadre d'une préparation à la vie familiale. Les jeunes étaient encouragés à inventer des danses, des chansons et d'autres expressions scéniques pour verbaliser leurs questions, leurs sujets d'inquiétude, leurs craintes sur des thèmes sexuels, le tout avec le concours d'une troupe des arts de la scène.*

*Aux Philippines, une campagne de sensibilisation des jeunes a fait appel à des chanteurs célèbres et a mis en place une permanence téléphonique pour laquelle elle a fait beaucoup de publicité. L'évaluation de ce projet a permis de constater que la moitié des jeunes qui se rappelaient les chansons avaient modifié leur comportement sexuel, et 44% des personnes interrogées ont dit qu'elles avaient eu ensuite des conversations avec leurs amis ou leurs parents au sujet d'informations en rapport avec le sexe.*

## CONCLUSION :

La but de notre étude était de déterminer quelles sont les connaissances des femmes majeures, qui consultent en médecine générale dans l'agglomération du Havre, sur leur anatomie et leur physiologie féminine.

Une méthodologie quantitative a été choisie pour mener cette étude avec un questionnaire comportant deux schémas d'anatomie, des questions sur le rôle de différents organes sexuels, le cycle menstruel, la grossesse, les pertes blanches et la ménopause.

160 femmes ont participé à l'étude avec 157 questionnaires qui ont été analysés. La participation à l'étude a été bonne mais le taux de non réponse a été important surtout pour les schémas.

Pour répondre à notre problématique un système de points a été défini afin d'élaborer un score de connaissance satisfaisant et un score de connaissance non satisfaisant. Un score de connaissance non satisfaisant correspondait à un score  $< 37/61$  soit  $< 12/20$ .

36% des femmes de notre étude ont eu un score de connaissance non satisfaisants, soit plus d'une femme sur 4. Ces résultats sont, de plus, probablement sûrs estimés à cause des biais inhérents à notre étude.

Notre étude montre ainsi que les connaissances des femmes majeures sont loin d'être suffisantes et qu'il semble y avoir un problème de communication entre le médecin généraliste et les patientes sur ces sujets.

Contribuer à améliorer les connaissances des patientes en médecine générale semble indispensable pour améliorer leur santé, leur satisfaction et la relation médecin malade.

## RESUME :

### CONTEXTE :

Dans notre société, le corps des femmes est à la fois surexposé, normé, sujet à de nombreux préjugés et tabous. Les médias et les réseaux sociaux s'emparent de ce sujet et la santé sexuelle est un enjeu de santé publique en France. Il semble pourtant que les femmes n'aient pas toujours les connaissances de bases sur leur anatomie sexuelle et leur physiologie féminine.

### MATERIEL ET METHODE :

Il s'agit d'une étude quantitative menée auprès de femmes majeures dans l'agglomération du Havre entre décembre 2020 et février 2021. Pour répondre à notre problématique un questionnaire anonyme a été élaboré et distribué en mains propre par l'auteur dans cinq cabinets de médecine générale. La partie connaissance du questionnaire comportait deux schémas d'anatomie, des questions sur le rôle de différents organes sexuels, le cycle menstruel, la grossesse, les pertes blanches et la ménopause. En fin de questionnaire se trouvait des questions sur le rôle du médecin traitant et le ressenti des participantes sur leurs connaissances. Un système de notation sur 61 points a été élaboré à partir des réponses à la partie connaissance du questionnaire. Un score de connaissance non satisfaisant a été défini comme un score inférieur à 37 points sur 61 soit à 12/20.

### RESULTATS :

160 femmes ont participé à l'étude et 157 questionnaires ont été analysés. 36% des participantes ont obtenu un score de connaissance non satisfaisant.

Les caractéristiques des participantes corrélées à un score non satisfaisant ont été l'âge ( $p < 0,001$ ), le niveau d'étude ( $p < 0,001$ ), la profession ( $p < 0,001$ ), la contraception utilisées ( $p = 0,047$ ), l'ATCD IST ( $p = 0,012$ ), le fait d'avoir demandé en consultation un dépistage d'IST ( $p = 0,004$ ) et des informations sur la contraception ( $p < 0,001$ ). Les moyens d'informations utilisé pour se renseigner sur son corps ( $p = 0,005$ ) et le fait d'avoir eu un ou des cours d'éducation sexuelles ( $p = 0,005$ ) ont été également statistiquement associés aux scores de connaissance. Enfin, le ressenti des participantes sur leurs connaissances et leurs capacités à comprendre et gérer leur contraception ( $p = 0,048$ ), se protéger des IST ( $p = 0,044$ ), éviter une grossesse non désirée ( $p = 0,006$ ), consulter un médecin aux bons moments de leur vie de femmes ( $p = 0,013$ ) ont été corrélés aux scores de connaissance ainsi que le fait de vouloir les réponses aux questionnaires ( $p = 0,013$ ).

### DISCUSSION :

Notre étude montre que les connaissances des femmes majeures sont loin d'être suffisantes. Avoir de mauvaises connaissances semble être associé à de moins bonne attitude de prévention et cela peut également être un frein pour s'informer davantage sur son corps et poser des questions en consultation. Les participantes ayant un score de connaissance non satisfaisant se sentait également moins armé pour comprendre et gérer certains aspects de leur santé sexuelle. Les médecins généralistes doivent avoir conscience des lacunes possibles de leurs patientes qui consultent en médecine générale et ils doivent contribuer à améliorer leurs connaissances. Renforcer le savoir des patientes en médecine générale semble indispensable pour améliorer leur santé, leur satisfaction et la relation médecin malade.

**MOTS CLES :** connaissances (*knowledges*) - anatomie féminine (*female anatomy/womans anatomy*) - physiologie (*physiology*) - médecine générale (*general medicine*) - médecin généraliste (*general practitioner/family doctor*) - éducation sexuelle (*sexual education*).

## **ANNEXES :**

## 1) ANNEXE 1 : Questionnaire.

### QUESTIONNAIRE DE THESE DE MEDECINE GENERALE :

*« Connaissances des femmes majeures sur leur corps de femme et son fonctionnement, au Havre en 2020. »*

Bonjour,

Je réalise mon travail de thèse de médecine générale sur les connaissances des femmes sur leur corps.

J'ai constaté, au cours de mes études et de ma pratique de médecin généraliste, qu'il y a parfois des incompréhensions entre les médecins généralistes et leurs patientes au sujet du corps féminin et de son fonctionnement.

Vos réponses à ce questionnaire me permettront d'étudier plus en détails vos connaissances sur votre corps de femme.

Le but du questionnaire n'est pas de vous piéger ou de vous mettre en difficulté, il s'agit d'un sujet compliqué et il est normal que vous n'avez pas la réponse à toutes les questions.

Vous pourrez laisser vos commentaires ou remarques à la fin du questionnaire.

Je vous serais très reconnaissante de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire qui est strictement **ANONYME**.

**Pour répondre à ce questionnaire la seule condition est d'avoir plus de 18 ans.**

Après avoir répondu, merci de le mettre dans l'enveloppe et de déposer l'enveloppe dans la boîte fermée.

Merci pour votre participation !

*Sabine Lannes*

*Médecin généraliste remplaçante.*

**Quel est votre âge : ....**

**Quel est votre niveau d'étude ? (Niveau maximal validé):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> École primaire et collège  | <input type="checkbox"/> CAP, BEP   |
| <input type="checkbox"/> Brevet des collèges (BEPC) | <input type="checkbox"/> Baccalauréat (général, professionnel, technologique) |
| <input type="checkbox"/> Études supérieures         |   |

**Quel est votre profession :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> agricultrice                          | <input type="checkbox"/> artisanne, commerçante         |
| <input type="checkbox"/> profession libérale, cadre supérieur  | <input type="checkbox"/> ingénieur, professeur, médecin |
| <input type="checkbox"/> profession intermédiaire, cadre moyen | <input type="checkbox"/> ouvrière                       |
| <input type="checkbox"/> employée                              | <input type="checkbox"/> sans profession                |

**Quel est votre situation familiale :**

- |                                      |                                |  |                                   |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> veuve | <input type="checkbox"/> en couple / mariée / pacsée | <input type="checkbox"/> divorcée |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|

**A propos de vos antécédents gynécologiques :**

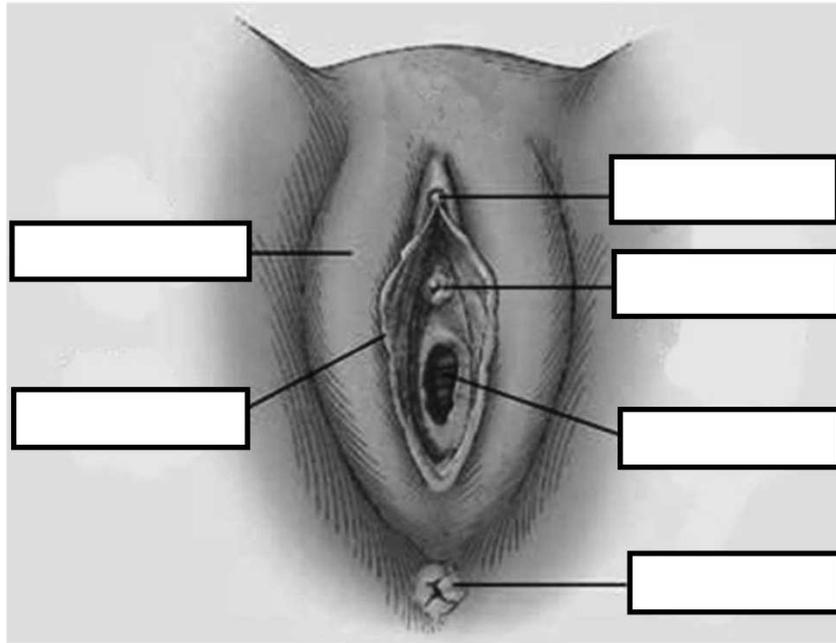
- Utilisez-vous une contraception :	Si oui, quels moyens utilisez-vous, ou avez-vous déjà utilisés ? ..... ..... <input type="checkbox"/> je n'ai jamais eu de contraception	
- Avez-vous des enfants :	<input type="checkbox"/> OUI, Combien : .....	<input type="checkbox"/> NON
- Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible :	<input type="checkbox"/> OUI, - Combien de fois : ..... - Entourez le(s) germes en cause : <i>SIDA - Hépatite B - Mycoplasme - Chlamydia - Gardnerella - Gonocoque - Trichomonas</i>	<input type="checkbox"/> NON
- Avez-vous déjà eu une mycose vaginale (champignon):	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Avez-vous déjà eu une infection à papillomavirus (lésion du col de l'utérus) ou condylomes (crêtes de coq) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Avez-vous déjà subi une interruption volontaire de grossesse (médicale ou chirurgicale) :	<input type="checkbox"/> OUI, Combien de fois : .....	<input type="checkbox"/> NON

**Avez-vous déjà demandé au cours d'une consultation médicale :**

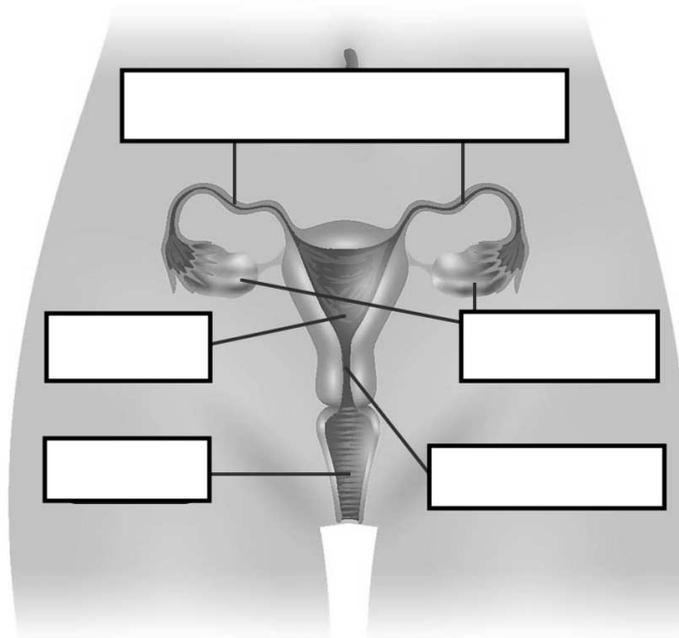
- un dépistage d'infection sexuellement transmissible :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- un dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- des informations autour de la contraception ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**Remplir les cases avec le nom des parties du corps désignées :**  
(Le terme médical n'est pas attendu, utilisez votre propre langage)

Schéma de la vulve vue de face



Coupe des organes génitaux internes de la femme de face :



**Selon vous, où se déroulent les événements suivants, cocher LA bonne case :**

	Dans le vagin	Dans l'utérus	Dans les ovaires	Je ne sais pas
La production des œufs de la femme :				
La pénétration lors d'un rapport sexuel :				
La rencontre entre l'œuf de la femme et le spermatozoïde de l'homme :				
Le développement du bébé pendant la grossesse :				

<b>Le cycle menstruel :</b>	
- a lieu tous les mois pour préparer le corps de la femme à accueillir une grossesse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- il varie en fonction des hormones féminines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- il dure environ 28 jours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- a une durée identique chez chaque femme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Pendant le cycle menstruel :</b>	
- un (ou des) œufs sont libérés pour permettre une grossesse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la libération de l'œuf a lieu généralement autour du 14ème jour du cycle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la libération de l'œuf déclenche les règles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la paroi de l'utérus se modifie pour accueillir le futur bébé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Le cycle menstruel commence :**

- à la naissance
- à la puberté
- à la majorité
- je ne sais pas

**Le cycle menstruel finit :**

- à la mort
- à la ménopause
- à 80 ans
- je ne sais pas

<b>Le sang des règles correspond à : (cocher une seule case)</b>
<input type="checkbox"/> l'élimination de sang sale
<input type="checkbox"/> l'élimination des couches superficielles du vagin
<input type="checkbox"/> l'élimination des couches superficielles de l'utérus
<input type="checkbox"/> un saignement provenant des ovaires
<input type="checkbox"/> je ne sais pas

<b>La fécondation correspond : (cocher une seule case)</b>
<input type="checkbox"/> à la libération d'un (ou plusieurs) œufs par les ovaires
<input type="checkbox"/> à la rencontre entre un œuf de la femme et un spermatozoïde de l'homme
<input type="checkbox"/> aux règles
<input type="checkbox"/> à un rapport sexuel entre un homme et une femme
<input type="checkbox"/> je ne sais pas

<b>Le début d'une grossesse déclenche :</b>	
- la production d'une hormone : la bêta HCG	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la production d'une hormone : la testostérone	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- le début des règles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- l'arrêt des règles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Concernant la grossesse, elle peut avoir lieu :</b>	
- suite à un seul rapport sexuel non protégé (= sans préservatif ni moyen de contraception)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- seulement après plusieurs rapports sexuels non protégés (= sans préservatif ni moyen de contraception)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- seulement s'il y a pénétration lors d'un rapport sexuel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- uniquement au 14ème jour du cycle menstruel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Les signes d'un début de grossesse (premières semaines) peuvent-être :</b>	
- des nausées et vomissements	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- des seins gonflés et douloureux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la persistance des règles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- une grande fatigue	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- des changements d'humeur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Concernant les moyens de contraceptions (pilule, stérilet, implant...)</b>	
- ils ont pour but d'empêcher une grossesse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- le préservatif protège à 100% d'un risque de grossesse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la pilule protège des infections sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- ils rendent stériles si on les utilise trop longtemps	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- le stérilet hormonal ou au cuivre est réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Les pertes blanches normales chez la femme :</b>	
- sont dues à un manque d'hygiène	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- elles peuvent changer de couleur et d'aspect lors des phases du cycle menstruel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- elles sont toujours le signe d'une infection	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- elles sont issues d'un processus de nettoyage du vagin	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- elle sont identiques chez toutes les femmes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Ces pertes quand elles sont normales, peuvent-être de couleurs/aspects :	
- blanches	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- rouges	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- translucides / transparentes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- vertes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- jaunes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Le clitoris permet :	
- l'évacuation de l'urine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- l'orgasme, le plaisir	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- il n'a pas de rôle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

La ménopause correspond à la période où :	
- une femme ne peut plus avoir d'enfants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- une femme ne peut plus avoir de rapports sexuels	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la quantité d'hormones féminines est très élevé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la femme ne produit plus d'œuf (ovule)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Les femmes sont habituellement ménopausées entre :	
<input type="checkbox"/> 18 - 25 ans <input type="checkbox"/> 25 - 45 ans <input type="checkbox"/> 45 - 60 ans <input type="checkbox"/> au-dessus de 60 ans <input type="checkbox"/> je ne sais pas	

Comment vous informez-vous si vous avez une question sur le fonctionnement de votre corps ?	
<input type="checkbox"/> votre famille	<input type="checkbox"/> l'école
<input type="checkbox"/> un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/> les médias : séries/émission télé, radio, magazine...
<input type="checkbox"/> votre mari, partenaire	<input type="checkbox"/> internet
<input type="checkbox"/> votre médecin généraliste	<input type="checkbox"/> la pornographie (films, sites...)
<input type="checkbox"/> un professionnel de santé : sage-femme, gynécologue....	<input type="checkbox"/> les livres
<input type="checkbox"/> le planning familial	<input type="checkbox"/> personne
	<input type="checkbox"/> autre : .....

<b>Avez-vous eu des cours d'éducation sexuelle à l'école ?</b>
<input type="checkbox"/> OUI, combien de séances ? ..... En quelle classe ? .....
<input type="checkbox"/> NON

<b>A votre avis, est-ce le rôle du médecin généraliste de parler avec-vous de votre corps ?</b>
<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON

Les médecins généralistes que vous avez consultés vous ont-ils expliqué :		
- Les différentes parties ou organes du corps féminin :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Le fonctionnement normal de votre corps de femme (règles, cycle menstruel, grossesse.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances sur votre corps de femme pour :		
- Comprendre et gérer votre contraception :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Vous protéger des infections sexuellement transmissibles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Éviter une grossesse non désirée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Consulter un médecin aux « bons » moments de votre vie de femme : <i>Par exemple : en cas de problème avec votre contraception, en cas d'infection, pour une suspicion de grossesse, pour votre dépistage : frottis, etc....</i>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**COMMENTAIRES, REMARQUES :**

- Souhaitez-vous les réponses aux questionnaires :  OUI  NON

- Êtes-vous intéressée par un formulaire papier qui aborde les différents thèmes abordés dans le questionnaire :  OUI  NON

*Les réponses aux questionnaires sont disponibles :*

- *En flashant le QR code suivant → → → → → → → → → → →*
- *En me les demandant directement*
- *À l'adresse email suivante : [sablan1990@yahoo.fr](mailto:sablan1990@yahoo.fr)*



*N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin ou avec moi même si vous le souhaitez.*

*Merci beaucoup pour votre participation !*

## 2) ANNEXE 2 : Grille de cotation et de notation.

### SCHEMA DE LA VULVE VUE DE FACE :

ITEM \ REPONSE	REPONSE VRAIE	REPONSE FAUSSE	NR
<b>Item 1</b> : grande lèvre	1 point	0 point	0 point
<b>Item 2</b> : petite lèvre	1 point	0 point	0 point
<b>Item 3</b> : clitoris	1 point	0 point	0 point
<b>Item 4</b> : méat urinaire	1 point	0 point	0 point
<b>Item 5</b> : vagin	1 point	-1 point	0 point
<b>Item 6</b> : anus	1 point	-1 point	0 point

### SCHEMA DES ORGANES GENITAUX INTERNES :

ITEM \ REPONSE	REPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
<b>Item 7</b> : trompes de Fallope	1 point	0 point	0 point
<b>Item 8</b> : utérus	1 point	0 point	0 point
<b>Item 9</b> : vagin	1 point	-1 point	0 point
<b>Item 10</b> : ovaires	1 point	0 point	0 point
<b>Item 11</b> : col de l'utérus	1 point	0 point	0 point

### TABLEAU SUR LE DEROULEMENT D'EVENEMENTS :

ITEM \ REPONSE	REPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
Lieu de production des évènements suivants :			
<b>Item 12</b> : La production des œufs	1 point	0 point	0 point
<b>Item 13</b> : La pénétration	1 point	-1 point	0 point
<b>Item 14</b> : La rencontre entre l'œuf et le spermatozoïde	1 point	0 point	0 point
<b>Item 15</b> : Le développement du bébé	1 point	-1 point	0 point

### LE CYCLE MENSTRUEL :

ITEM \ REPONSE	REPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
Le cycle menstruel :			
<b>Item 16</b> : a lieu tous les mois	1 point	0 point	0 point
<b>Item 17</b> : varie en fonction des hormones féminines	1 point	0 point	0 point
<b>Item 18</b> : dure environ 28 jours	1 point	0 point	0 point
<b>Item 19</b> : a une durée identique chez chaque femme	1 point	0 point	0 point
Pendant le cycle menstruel :			
<b>Item 20</b> : un (ou des) œufs sont libérés	1 point	0 point	0 point
<b>Item 21</b> : la libération de l'œuf a lieu autour du 14 ième jours du cycle	1 point	0 point	0 point
<b>Item 22</b> : la libération de l'œuf déclenche les règles	1 point	0 point	0 point
<b>Item 23</b> : la paroi de l'utérus se modifie	1 point	0 point	0 point

ITEMS :	COTATION
<b>Item 24</b> , le cycle menstruel commence :	
À la naissance	0 point
À la puberté	1 point
À la majorité	0 point
Je ne sais pas	0 point

<b>Item 25, le cycle menstruel finit :</b>	
À la mort	0 point
À la ménopause	1 point
À 80 ans	0 point
Je ne sais pas	0 point
<b>Item 26, le sang des règles correspond à :</b>	
L'élimination de sang sale	0 point
L'élimination des couches superficielles du vagin	0 point
L'élimination des couches superficielles de l'utérus	1 point
Un saignement provenant des ovaires	0 point
Je ne sais pas	0 point
<b>Item 27, la fécondation correspond :</b>	
À la libération d'un (ou plusieurs) œufs par les ovaires	0 point
À la rencontre entre un œuf de la femme et un spermatozoïde de l'homme	1 point
Aux règles	0 point
À un rapport sexuel entre un homme et une femme	0 point
Je ne sais pas	0 point

#### LA GROSSESSE :

ITEM	REPONSE	REPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
Le début d'une grossesse déclenche :				
<b>Item 28</b> : la production de la bêta HCG		1 point	0 point	0 point
<b>Item 29</b> : la production de la testostérone		1 point	0 point	0 point
<b>Item 30</b> : le début des règles		1 point	0 point	0 point
<b>Item 31</b> : l'arrêt des règles		1 point	- 1 point	0 point
Une grossesse peut avoir lieu suite				
<b>Item 32</b> : à un seul rapport sexuel non protégé (NP)		1 point	- 1 point	0 point
<b>Item 33</b> : seulement après plusieurs rapports sexuels NP		Annulé	Annulé	Annulé
<b>Item 34</b> : seulement s'il y a pénétration		Annulé	Annulé	Annulé
<b>Item 35</b> : uniquement au 14ième jour du cycle		1 point	- 1 point	0 point
Un début de grossesse peut provoquer :				
<b>Item 36</b> : des nausées et vomissements		1 point	0 point	0 point
<b>Item 37</b> : des seins gonflés et douloureux		1 point	0 point	0 point
<b>Item 38</b> : la persistance des règles		1 point	0 point	0 point
<b>Item 39</b> : une grande fatigue		1 point	0 point	0 point
<b>Item 40</b> : des changements d'humeurs		1 point	0 point	0 point

#### CONTRACEPTION :

ITEM	REPONSE	RÉPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
Concernant les moyens de contraception				
<b>Item 41</b> : ils ont pour but d'empêcher une grossesse		1 point	-1 point	0 point
<b>Item 42</b> : le préservatif protège à 100% d'un risque de grossesse		1 point	0 point	0 point
<b>Item 43</b> : la pilule protège des infections sexuellement transmissibles		1 point	-1 point	0 point
<b>Item 44</b> : ils rendent stériles si on les utilise trop longtemps		1 point	0 point	0 point
<b>Item 45</b> : le stérilet hormonal ou au cuivre est réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants		1 point	0 point	0 point

#### LES PERTES BLANCHES :

ITEM	REPONSE	REPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
Les pertes blanches normales chez la femme				
<b>Item 46</b> : sont dues à un manque d'hygiène		1 point	0 point	0 point
<b>Item 47</b> : elles peuvent changer de couleur et d'aspect		1 point	0 point	0 point

<b>Item 48</b> : elles sont toujours le signe d'une infection	1 point	-1 point	0 point
<b>Item 49</b> : elles sont issues d'un processus de nettoyage	1 point	0 point	0 point
<b>Item 50</b> : elles sont identiques chez toutes les femmes	1 point	0 point	0 point
Ces pertes quand elles sont normales, peuvent-être de couleurs/aspects :			
<b>Item 51</b> : blanches	1 point	0 point	0 point
<b>Item 52</b> : rouges	1 point	0 point	0 point
<b>Item 53</b> : translucides / transparentes	1 point	0 point	0 point
<b>Item 54</b> : vertes	1 point	-1 point	0 point
<b>Item 55</b> : jaunes	1 point	-1 point	0 point

#### LE CLITORIS :

ITEM	REPONSE	REPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
<b>Item 56</b> : Le clitoris permet l'évacuation de l'urine		1 point	0 point	0 point
<b>Item 57</b> : Le clitoris permet l'orgasme, le plaisir		1 point	0 point	0 point
<b>Item 58</b> : Le clitoris n'a pas de rôle		1 point	0 point	0 point

#### LA MENOPAUSE :

ITEM	REPONSE	REPONSE JUSTE	REPONSE FAUSSE	NR
La ménopause correspond à la période où				
<b>Item 59</b> : une femme ne peut plus avoir d'enfants		1 point	0 point	0 point
<b>Item 60</b> : ne peut plus avoir de rapports sexuels		1 point	-1 point	0 point
<b>Item 61</b> : la quantité d'hormones féminines est très élevé		1 point	0 point	0 point
<b>Item 62</b> : la femme ne produit plus d'œuf (ovule)		1 point	0 point	0 point

Item 63, Les femmes sont habituellement ménopausées entre :	COTATION
18 - 25 ans	-1 point
25 - 45 ans	0 point
45 - 60 ans	1 point
Au-dessus de 60 ans	0 point
Je ne sais pas	0 point

#### RESUME DE LA COTATION ET DE LA NOTATION :

PARTIE DU QUESTIONNAIRE	NOTATION	NB D'ITEMS	POINTS POSITIFS	POINTS NEGATIFS
SCHEMA DE LA VULVE VUE DE FACE		6 items	+ 6 points	- 2 points
SCHEMA DES ORGANES GENITAUX INTERNES		5 items	+ 5 points	- 1 point
TABLEAU DEROULEMENT D'EVENEMENTS		4 items	+ 4 points	- 2 points
LE CYCLE MENSTRUEL		12 items	+ 12 points	0 point
LA GROSSESSE		11 items	+ 11 points	- 3 points
LA CONTRACEPTION		5 items	+ 5 points	- 2 points
LES PERTES BLANCHES		10 items	+ 10 points	- 3 points
LE CLITORIS		3 items	+ 3 points	0 point
LA MENOPAUSE		5 items	+ 5 points	- 2 points
<b>TOTAL</b>		<b>61 items</b>	<b>61 points positifs</b>	<b>15 points négatifs</b>

### 3) ANNEXE 3 : Définition d'un score de connaissance satisfaisant.



Tableau récapitulatif des items sélectionnés dans chaque partie du questionnaire afin d'établir la note de base pour la définition d'un score de connaissance satisfaisant :

PARTIE DU QUESTIONNAIRE	Numéro des items sélectionnés	Nombre de points
Schéma 1	5, 6	2 points
Schéma 2	8, 9	2 points
Tableau	13, 15	2 points
Cycle menstruel	17, 18, 21, 24, 25	5 points
Grossesse	30, 31, 32, 36, 38	5 points
Contraception	41, 43	2 points
Pertes blanches	46, 48, 54, 55	4 points
Clitoris	57	1 point
Menopause	59, 60, 63	3 points
<b>TOTAL</b>	<b>37 ITEMS</b>	<b>37 POINTS</b>

#### 4) ANNEXE 4 : Correction du questionnaire.

### QUESTIONNAIRE DE THESE DE MEDECINE GENERALE :

« *Connaissances des femmes majeures sur leur corps de femme et son fonctionnement au Havre, en 2020.* »

Merci pour votre participation, pour plus de renseignements ou si vous avez des questions, vous pouvez me joindre par email : [sablan1990@yahoo.fr](mailto:sablan1990@yahoo.fr)

### CORRECTION DU QUESTIONNAIRE :

Bonne réponse = X OU **SURLIGNAGE JAUNE**

Selon vous, ou se déroulent les événements suivants, cocher LA bonne case :

	Dans le vagin	Dans l'utérus	Dans les ovaires	Je ne sais pas
La production des œufs de la femme :			X	
La pénétration lors d'un rapport sexuel :	X			
La rencontre entre l'œuf de la femme et le spermatozoïde de l'homme :		X		
Le développement du bébé pendant la grossesse :		X		

Le cycle menstruel :	
- a lieu tous les mois pour préparer le corps de la femme à accueillir une grossesse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- il varie en fonction des hormones féminines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- il dure environ 28 jours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- a une durée identique chez chaque femme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Pendant le cycle menstruel :	
- un (ou des) œufs sont libérés pour permettre une grossesse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la libération de l'œuf a lieu généralement autour du 14ème jour du cycle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la libération de l'œuf déclenche les règles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la paroi de l'utérus se modifie pour accueillir le futur bébé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Le cycle menstruel commence :</b>	<input type="checkbox"/> à la naissance	<b>Le cycle menstruel finit :</b>	<input type="checkbox"/> à la mort
	<input type="checkbox"/> à la puberté		<input type="checkbox"/> à la ménopause
	<input type="checkbox"/> à la majorité		<input type="checkbox"/> à 80 ans
	<input type="checkbox"/> je ne sais pas		<input type="checkbox"/> je ne sais pas

**Le sang des règles correspond à : (cocher une seule case)**

- l'élimination de sang sale
- l'élimination des couches superficielles du vagin
- l'élimination des couches superficielles de l'utérus
- un saignement provenant des ovaires

**La fécondation correspond : (cocher une seule case)**

- à la libération d'un (ou plusieurs) œufs par les ovaires
- à la rencontre entre un œuf de la femme et un spermatozoïde de l'homme
- aux règles
- à un rapport sexuel entre un homme et une femme
- je ne sais pas

**Le début d'une grossesse déclenche :**

- la production d'une hormone : la bêta HCG  OUI  NON
- la production d'une hormone : la testostérone  OUI  NON
- le début des règles  OUI  NON
- l'arrêt des règles  OUI  NON

**Concernant la grossesse, elle peut avoir lieu :**

- suite à un seul rapport sexuel non protégé  OUI  NON
- seulement après plusieurs rapports sexuels non protégés  OUI  NON
- seulement s'il y a pénétration lors d'un rapport sexuel  OUI  NON
- uniquement au 14ième jour du cycle menstruel  OUI  NON

**Les signes d'un début de grossesse (premières semaines) peuvent-être :**

- des nausées et vomissements  OUI  NON
- des seins gonflés et douloureux  OUI  NON
- la persistance des règles  OUI  NON
- une grande fatigue  OUI  NON
- des changements d'humeurs  OUI  NON

<b>Concernant les moyens de contraceptions (pilule, stérilet, implant ...)</b>	
- le préservatif protège à 100% d'un risque de grossesse	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- ils ont pour but d'empêcher une grossesse	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- la pilule protège des infections sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- ils rendent stériles si on les utilise trop longtemps	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- le stérilet hormonal ou au cuivre est réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

<b>Les pertes blanches normales chez la femme :</b>	
- sont dues à un manque d'hygiène	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- elles peuvent changer de couleur et d'aspect lors des phases du cycle menstruel	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- elles sont toujours le signe d'une infection	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- elles sont issues d'un processus de nettoyage du vagin	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- elle sont identiques chez toutes les femmes	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

<b>Ces pertes quand elles sont normales, peuvent-être de couleurs/aspects :</b>	
- blanches	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- rouges	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- translucides / transparentes	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- vertes	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- jaunes	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

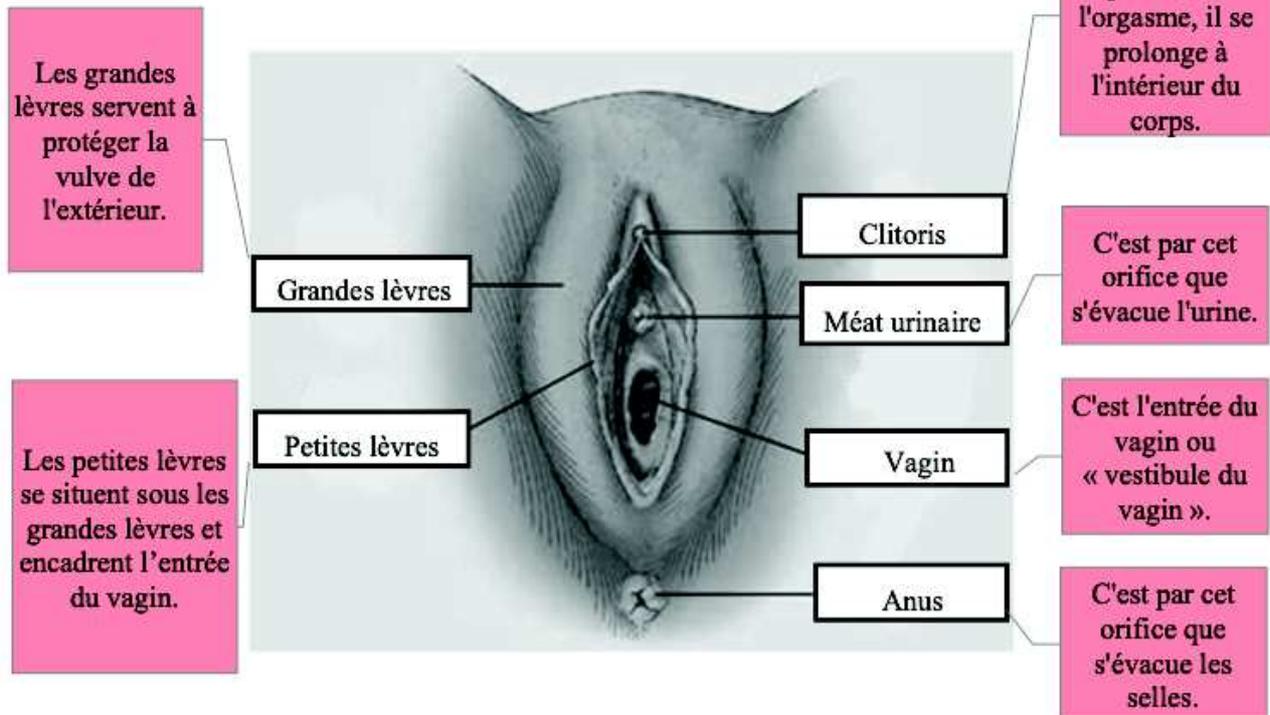
<b>Le clitoris permet :</b>	
- l'évacuation de l'urine	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- l'orgasme, le plaisir	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- il n'a pas de rôle	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

<b>La ménopause correspond à la période où :</b>	
- une femme ne peut plus avoir d'enfants	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- une femme ne peut plus avoir de rapports sexuels	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- la quantité d'hormones féminines est très élevée	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
- la femme ne produit plus d'œuf (ovule)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

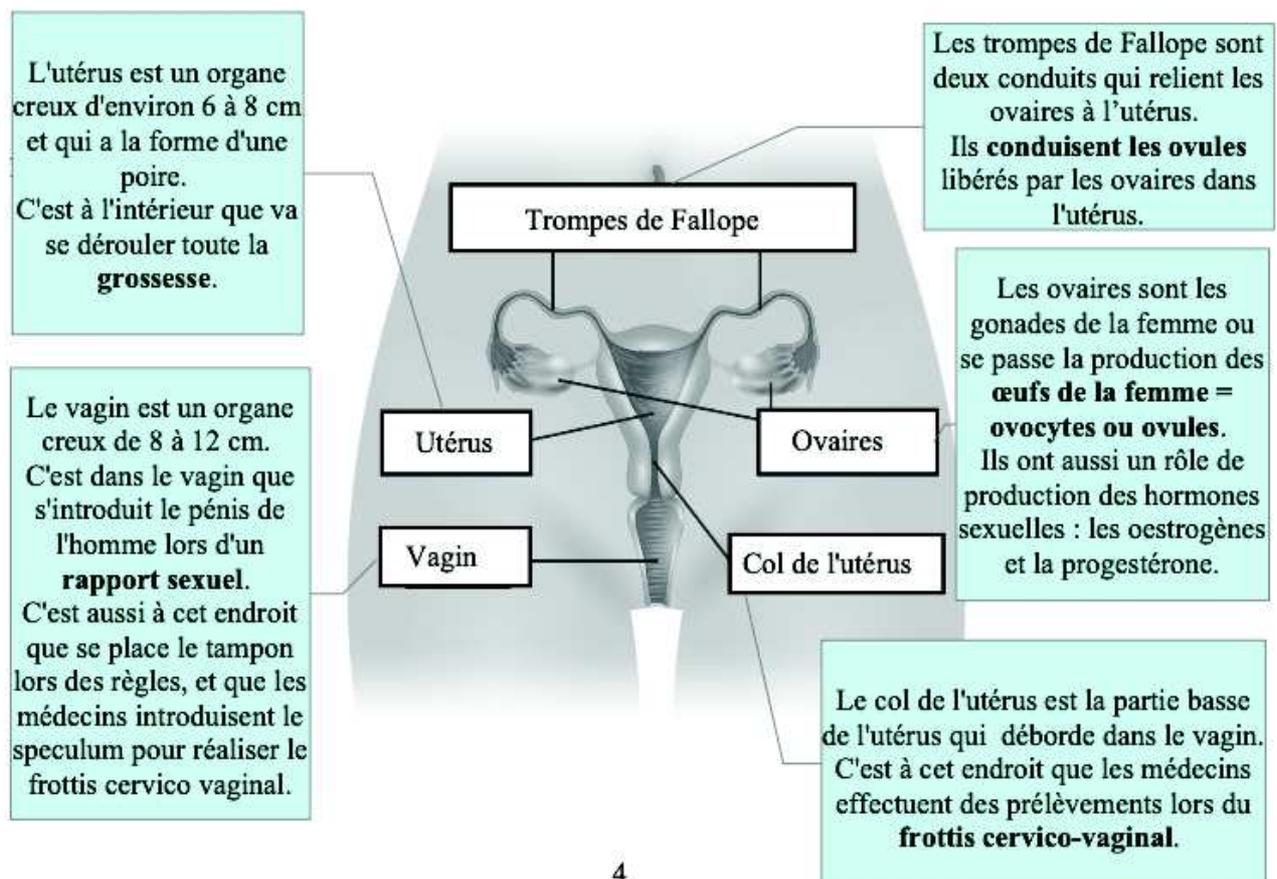
<b>Les femmes sont habituellement ménopausées entre :</b>	
<input type="checkbox"/> 18 - 25 ans <input type="checkbox"/> 25 - 45 ans <input checked="" type="checkbox"/> 45 - 60 ans <input type="checkbox"/> au-dessus de 60 ans <input type="checkbox"/> je ne sais pas	

## CORRECTIONS DES SCHEMAS :

### Schéma de la vulve vue de face :



### Coupe des organes génitaux internes de la femme de face:



4.

**POUR PLUS D'EXPLICATIONS**  
**SUR LES DIFFERENTS THEMES DU QUESTIONNAIRE :**

- **LE CYCLE MENSTRUEL : page 6 -7**
- **LA GROSSESSE : page 8**
- **LES PERTES BLANCHES : page 9**
- **LA MENOPAUSE : page 10**
- **LA CONTRACEPTION : page 11- 12**
- **LE DEPISTAGE CHEZ LA FEMME : page 13**
- **LES IST : page 14**
- **Pour plus d'informations... : page 15**

## LE CYCLE MENSTRUEL :

Le cycle menstruel constitue l'ensemble des phénomènes survenant chez la femme **tous les mois** pour préparer le corps à une éventuelle grossesse.

La durée habituelle du cycle menstruel est de **28 jours** mais il n'est pas toujours régulier. Sa durée peut être différentes chez chaque femme. Il commence à la puberté et il se termine à la ménopause.

### Il comprend plusieurs phases :

#### LES REGLES = menstruation.



Cette phase correspond à la remise à 0 du cycle menstruel en l'absence de grossesse.

Le sang des règles vient de l'**utérus** : une partie de sa paroi (endomètre) va s'éliminer sous forme de saignement s'il n'y a pas de grossesse.

Le sang s'écoule de l'utérus vers le vagin puis il sort à l'extérieur. Les règles sont de durée variable, entre 3 et 7 jours environ.

#### PREMIERE PARTIE DU CYCLE : du 1er au 14ème jour :



Les ovaires, sous l'action des hormones sexuelles, vont fabriquer des **œufs = ovules**.

La paroi de l'utérus qui s'est éliminée pendant les règles (endomètre) va se reformer et s'épaissir.



Autour du quatorzième jour du cycle, une décharge d'hormone a lieu et elle va déclencher la libération des ovules par les ovaires = **OVULATION**.

Les ovules vont descendre le long des trompes de Fallope pour aller dans l'utérus.

Ce trajet dure environ 4 jours.

#### DEUXIEME PARTIE, Du 14ème au 28ème jour du cycle menstruel :

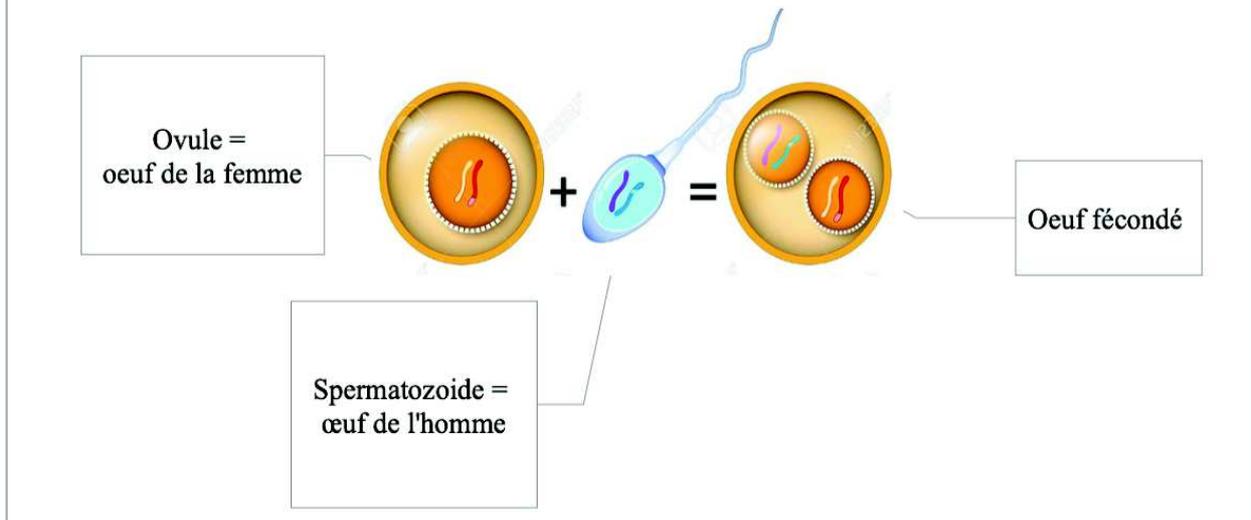


Les ovules sont prêts à rencontrer les spermatozoïdes s'ils arrivent dans l'utérus.

La paroi de l'utérus (endomètre) continue de s'épaissir et de se préparer pour accueillir une grossesse, toujours sous l'action des hormones sexuelles.

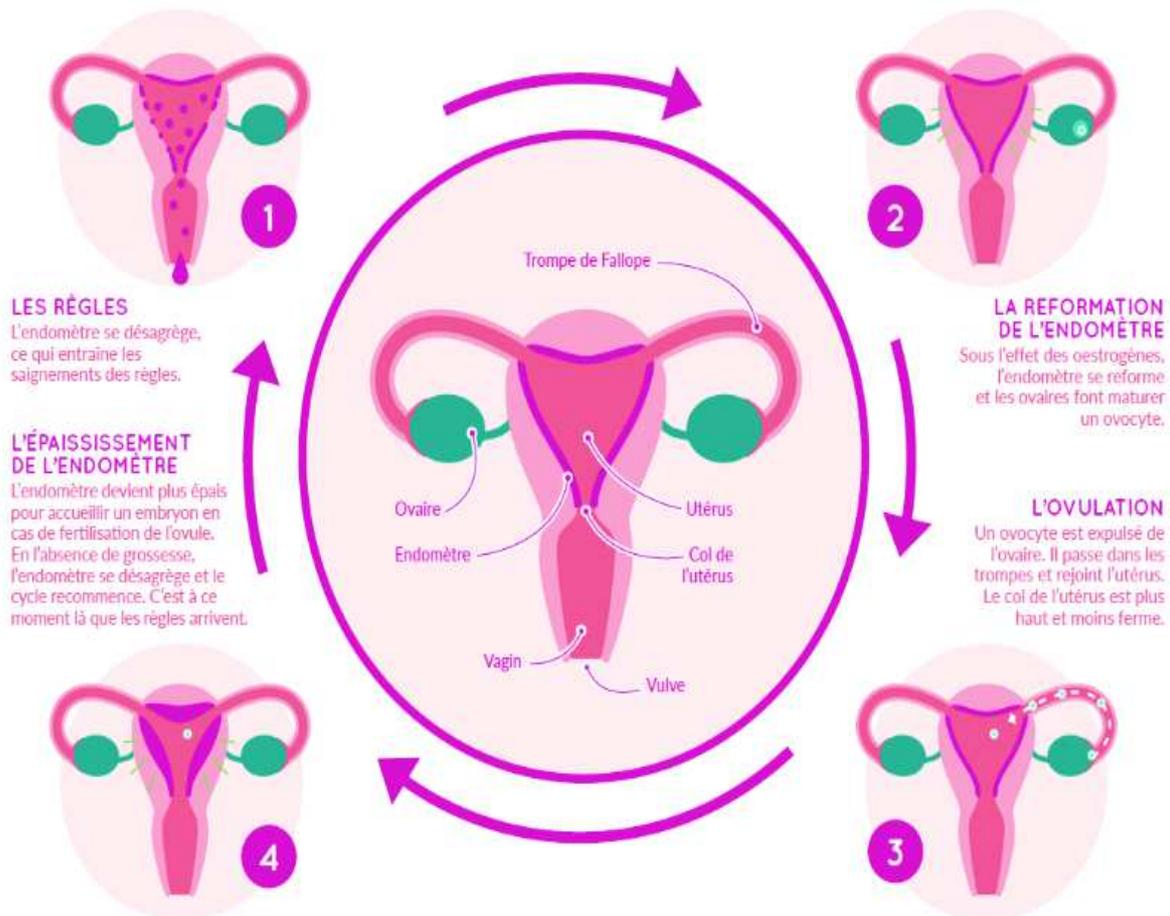
**A ce stade, tout est prêt dans le corps de la femme pour qu'un début de grossesse ait lieu !**

*S'il y a un rapport sexuel et qu'un spermatozoïde arrive dans l'utérus et qu'il rencontre un ovule, ils vont fusionner ensemble pour créer un œuf fécondé, c'est ce qu'on appelle la **FECONDATION** :*



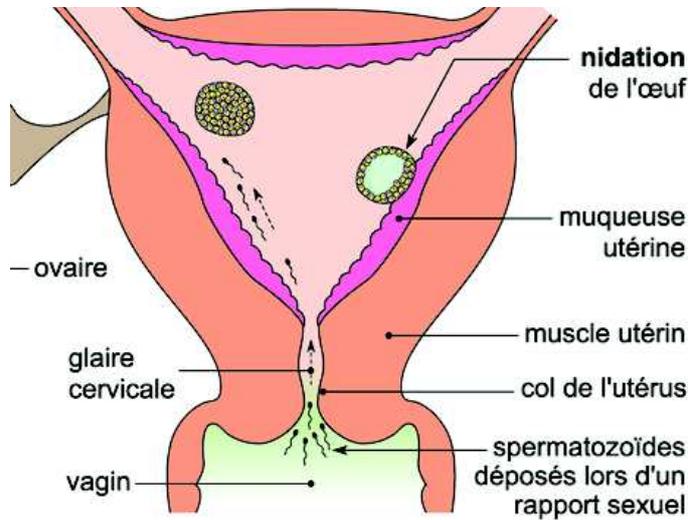
**S'IL N'Y A PAS EU DE FECONDATION = pas de début de grossesse :**

La partie de la paroi de l'utérus (endomètre) qui s'est préparée à accueillir l'œuf fécondé ne sert plus à rien. Elle va se désagréger sous forme de saignement, ce sont les règles, les menstruations → *retour au schéma 1 = remise à 0 du cycle menstruel.*



## LA GROSSESSE :

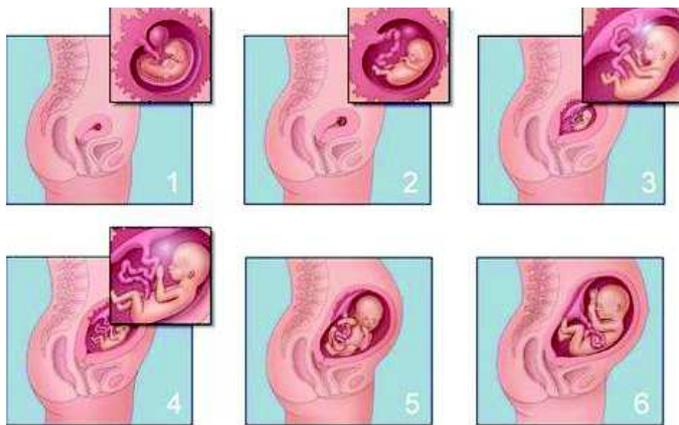
S'il y a eu fécondation alors une grossesse peut débuter.



L'œuf fécondé va se nicher dans la paroi de l'utérus = **NIDATION**.

Une nouvelle hormone va être produite par le corps : la **Bêta HCG**, c'est l'hormone de la grossesse. Cette hormone va « arrêter » le cycle menstruel et permettre le début de la grossesse en gardant la paroi de l'utérus intacte.

**Il n'y aura donc pas de règles.**



Après la nidation, l'embryon va se développer dans la paroi de l'utérus pour former le bébé.

La grossesse va durer en tout **9 mois**.

Lors des premières semaines de grossesse, de gros chamboulements hormonaux ont lieu et la femme enceinte peut ressentir les phénomènes suivants :

- Grande fatigue.
- Seins gonflés et douloureux.
- Vertiges.
- Nausées et vomissements (surtout le matin).
- Trouble du goût et sensibilités aux odeurs.
- Sautes d'humeurs ....



Ces signes ne sont pas obligatoires en début de grossesse mais ils sont fréquents !

**NB : si vous pensez être enceinte, il faut vous rendre chez votre médecin.**

**Une prise de sang vous sera prescrite pour rechercher l'hormone de la grossesse : la Beta HCG.**

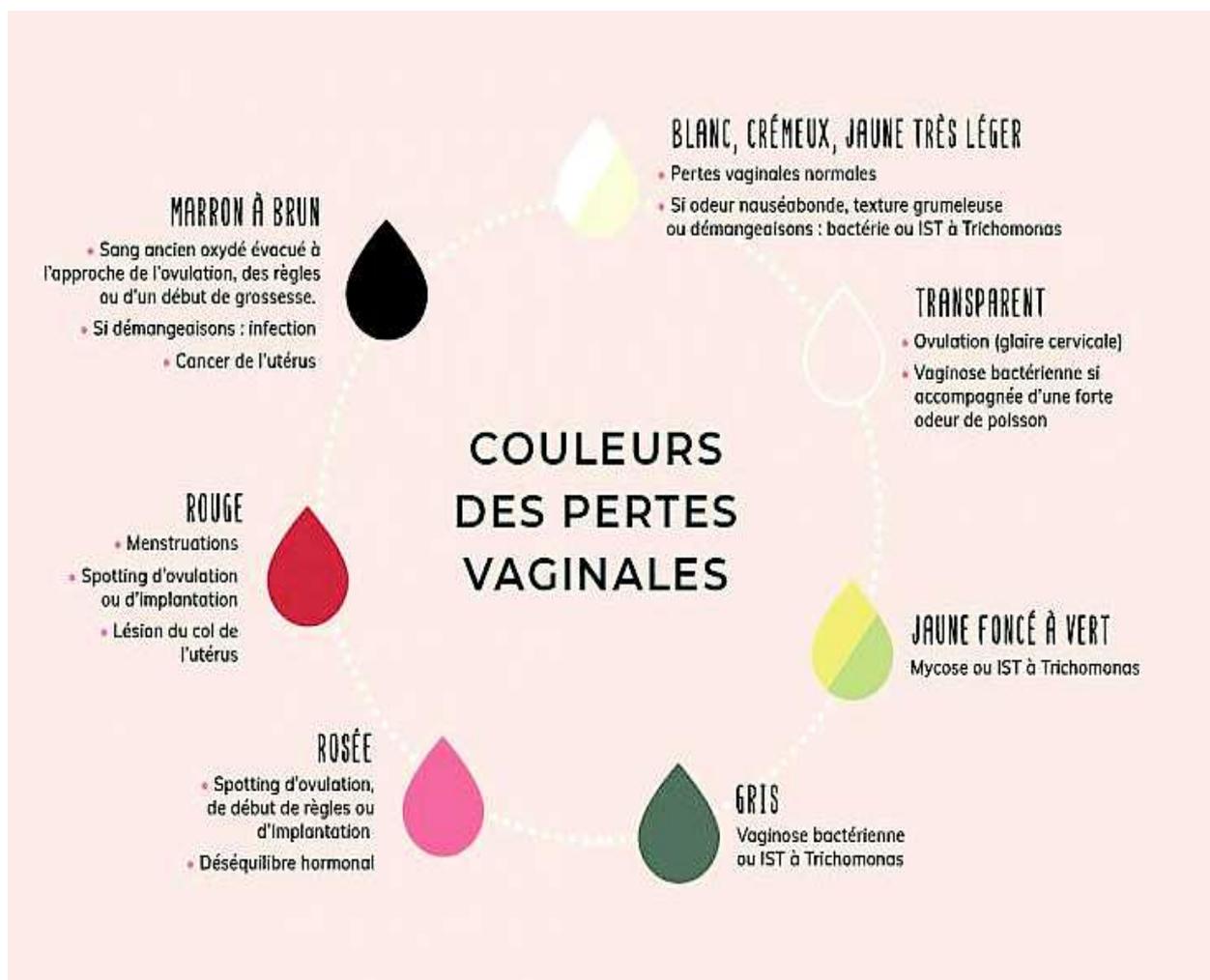
## LES PERTES BLANCHES :

Les pertes blanches (aussi appelée leucorrhées) désignent les pertes **normales** qui proviennent du vagin.

Elles correspondent à un processus de **nettoyage naturel du vagin**. En effet, la paroi vaginale est recouverte de cellules qui doivent se renouveler sans cesse comme la peau.

Les cellules mortes de la paroi du vagin s'évacuent alors sous formes de pertes qui peuvent être de couleurs blanches ou translucides/transparentes.

Elles vont **varier en quantité et en aspect** tout au long de la vie d'une femme en fonction des variations hormonales, par exemple, lors des différentes phases du cycle menstruel, pendant la grossesse....



## S'il y a une infection du vagin, de l'utérus ou des ovaires :

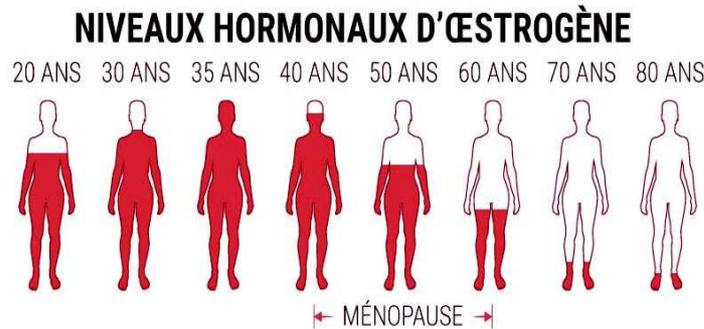
Elles vont devenir malodorantes, elles vont changer d'aspects et de couleurs.

Elles peuvent s'accompagner de démangeaisons, de douleurs en bas du ventre, de douleurs pendant les rapports sexuels, de fièvre, de brûlures....

*Cf plus bas : CHAPITRE DES IST*

## LA MENOPAUSE :

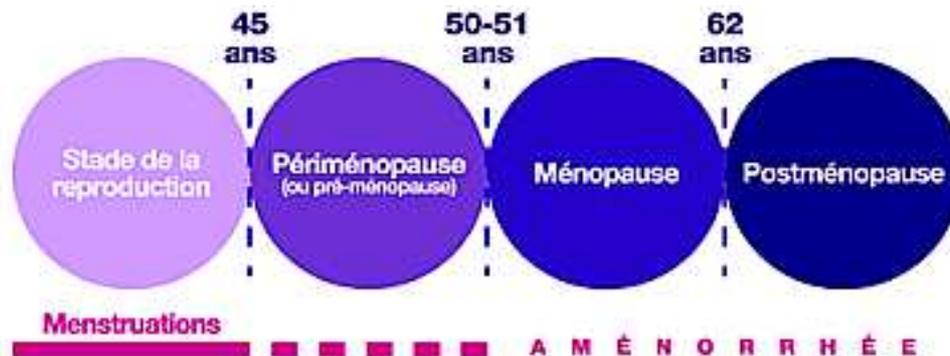
La ménopause correspond à l'**arrêt du fonctionnement des ovaires** et à l'arrêt des règles. La femme ne peut plus être enceinte et avoir d'enfants. L'âge moyen de la ménopause est de **50 ans**.



Avec l'âge, le taux d'hormones sexuelles nécessaires au déroulement du cycle menstruel va fortement **diminuer** et les ovaires vont arrêter de fonctionner.

La ménopause ne survient pas tout d'un coup mais progressivement. Lorsque les règles deviennent irrégulières et de plus en plus espacées on parle de *péri-ménopause* ou de *pré ménopause*.

On parle de ménopause précoce pour les femmes qui sont ménopausées avant l'âge de 40 ans.



La chute des hormones sexuelles peut provoquer les phénomènes suivants à la ménopause :

- Des bouffées de chaleur = sensation de chaleur de tout le corps.
- Des symptômes génitaux : une sécheresse de la vulve ou du vagin, des douleurs lors des rapports sexuels, une diminution du désir sexuel...
- Des irritations ou des infections urinaires plus fréquentes.
- Des maux de tête, une fatigue, des insomnies, une irritabilité, de l'anxiété...
- Des variations de poids.

La chute hormonale provoque également une perte de la masse osseuse ce que l'on appelle **l'ostéoporose**.

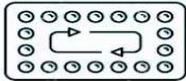
Le risque de fractures augmente alors chez la femme ménopausée.

## LA CONTRACEPTION :

Les moyens de contraception sont nombreux et ils ont tous pour objectif d'éviter une grossesse. Aucun moyen contraceptif n'est cependant efficace à 100 %.

Il existe différents moyens de contraception pour s'adapter à chaque femme, nous ne citerons ici que quelques exemples. Le moyen de contraception le plus utilisé en France est la pilule.

### Il existe deux principales classes de contraceptifs en fonction de leur mode d'action :

Action HORMONALE	Action NON HORMONALE	
		
<b>Ex : la pilule, le patch, l'anneau vaginal, le stérilet hormonal, l'implant..</b>	<b>Le préservatif féminin ou masculin, les spermicides</b>	<b>Le stérilet au cuivre</b>
Ils fonctionnent en libérant des hormones qui vont bloquer le cycle menstruel et d'autres mécanismes nécessaires à la grossesse.	Ils agissent en empêchant les spermatozoïdes d'arriver dans l'utérus.	Il empêche l'embryon de s'implanter dans l'utérus.

### Ils diffèrent également par leur durée d'action :

COURTE DUREE D'ACTION	LONGUE DUREE D'ACTION
<ul style="list-style-type: none"> <li>- la pilule est à prendre TOUS LES JOURS : </li> <li>- le patch doit être changé toutes les semaines : </li> <li>- l'anneau doit être changé tous les mois : </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'implant fonctionne pendant 3 ans : </li> <li>- le stérilet fonctionne pendant 5 ans : </li> </ul>

#### **Focus 1 « La pilule contraceptive » :**

*Elle a pour action principale de bloquer la production et la libération des ovules par les ovaires.*

*Cette action est réversible : lorsqu'on arrête la pilule ou qu'il y a un oubli de prise de pilule, le cycle se remet en marche. Le corps a parfois besoin d'un cycle ou deux pour retrouver son rythme naturel mais elle en rend pas stérile ! Il existe de nombreux types de pilules avec différents dosages en hormones. Afin de trouver la pilule la mieux adaptée il est nécessaire d'en parler avec votre médecin.*

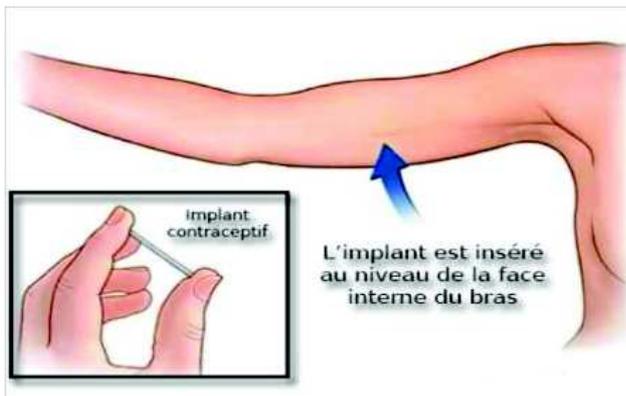
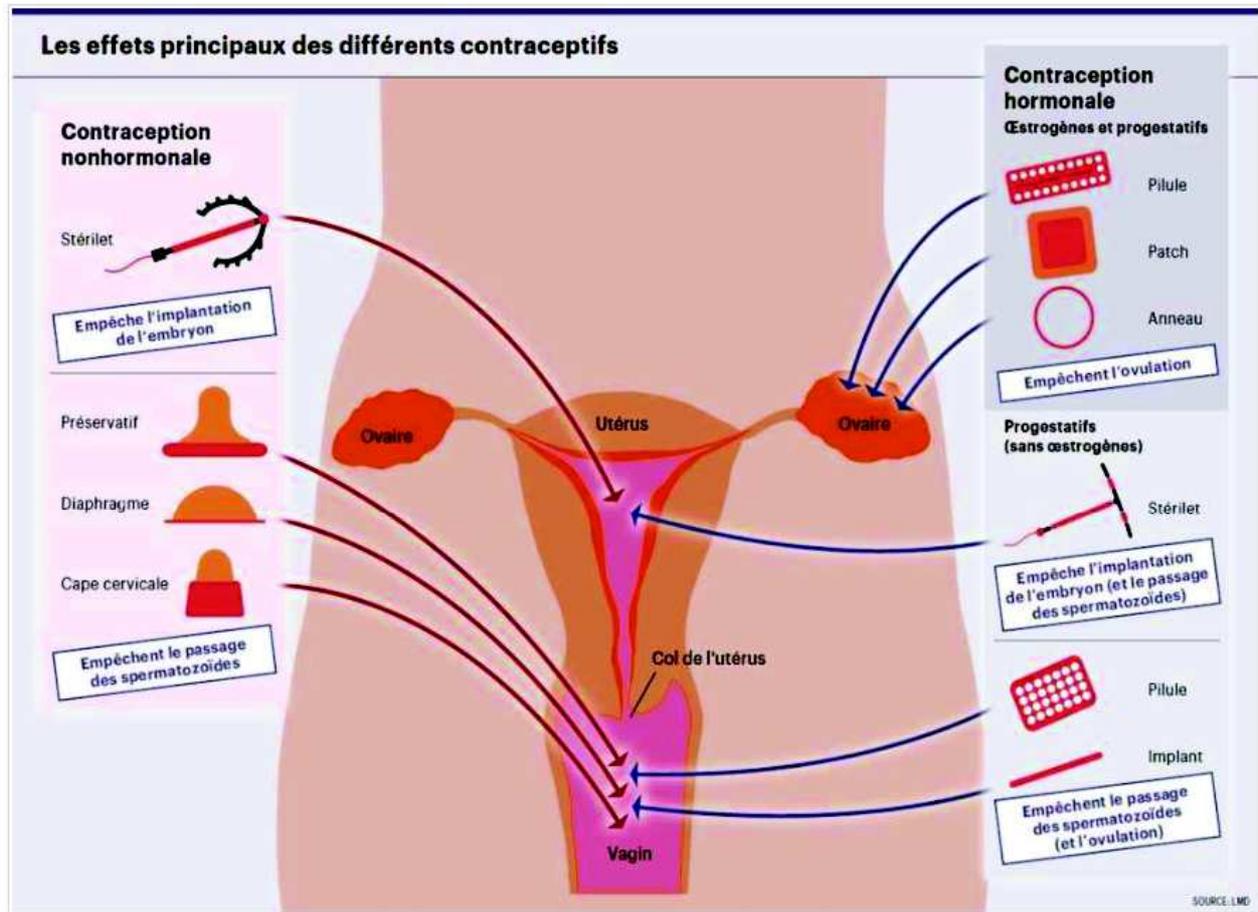
#### **Focus 2 « le préservatif masculin » : Il a plusieurs fonctions :**

*1° Une fonction contraceptive : il forme une barrière étanche qui empêche les spermatozoïdes de l'homme d'être libérés dans le vagin de la femme pendant un rapport sexuel.*

*2° Une fonction protectrice : il empêche le contact direct entre le pénis de l'homme et le vagin de la femme et il empêche donc la transmission de germes entre l'homme et la femme.*

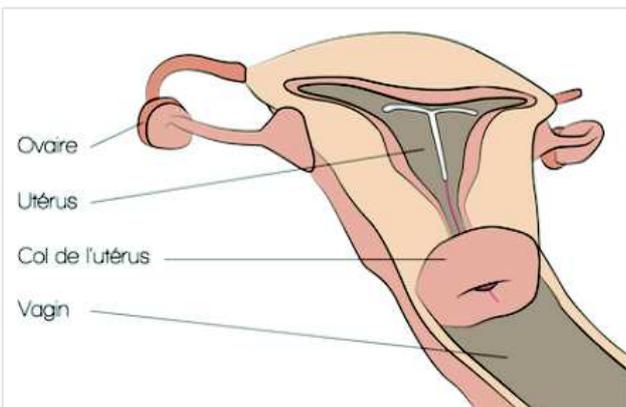
*Il protège ainsi des Infections Sexuellement Transmissibles = IST (SIDA, syphilis, chlamydiae, gonocoque...). C'est le seul moyen de contraception qui ait ce rôle.*

## **SCHEMAS RECAPITULATIFS DES DIFFERENTS TYPES DE CONTRACEPTION :**



**L'implant contraceptif** est un petit bâton souple de la taille d'une allumette, que l'on place dans le bras, juste sous la peau.

Il diffuse une hormone qui empêche la grossesse dans le sang, pendant **3 ans**.



Il existe 2 types de stérilet : au cuivre ou hormonal. Ils se présentent sous la forme d'un T d'environ 3 cm que l'on place dans l'utérus.

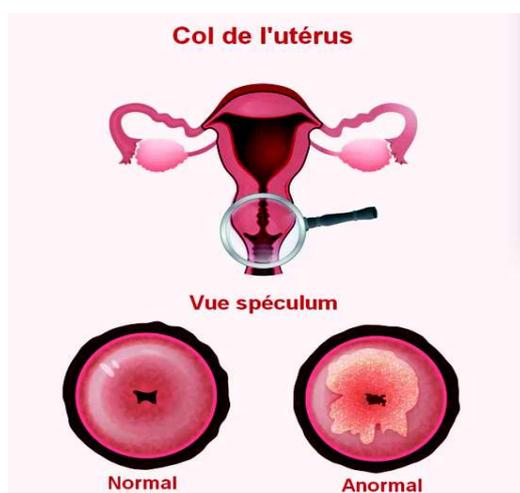
Il est efficace pendant **5 ans**.

Le bas du stérilet se termine par un petit fil qui permet de le retirer simplement à partir du vagin.

Toutes les femmes peuvent utiliser un stérilet (à la condition d'avoir déjà eu un rapport sexuel), il n'est pas réservé aux femmes qui ont déjà eu un enfant!

## LE DEPISTAGE CHEZ LA FEMME :

### Le dépistage du cancer du col de l'utérus :



Le col de l'utérus est la partie basse de l'utérus qui « déborde dans le vagin ».

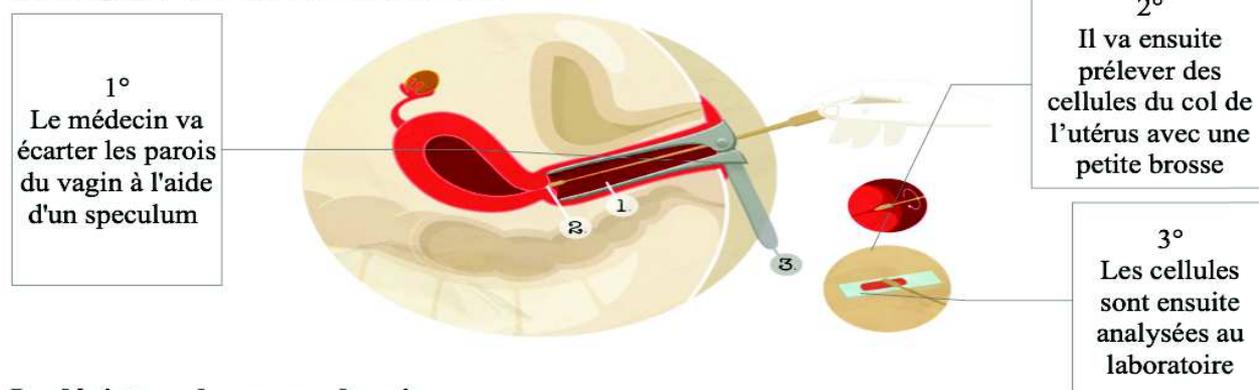
Les cancers du col de l'utérus sont dus à un virus qui se transmet par **voie sexuelle**, c'est le **papillomavirus (HPV)**.

En général le corps élimine spontanément ce virus mais, dans de rares cas, le virus HPV va persister au niveau des cellules du col de l'utérus et provoquer des lésions.

Si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent évoluer en cancer du col de l'utérus.

Plus les lésions seront dépistées tôt et plus le traitement sera efficace.

Pour dépister ce virus ou les lésions du col, un dépistage est proposé aux femmes entre **25 et 65 ans**, c'est le **dépistage par frottis du col de l'utérus :**



### Le dépistage du cancer du sein :

Le cancer du sein est le plus **fréquent** des cancers chez la femme. Il n'y a pas de causes particulières retrouvées dans la plupart des cas, mais certains facteurs augmentent le risque de cette maladie.



Le facteur de risque le plus important est **l'âge > 50 ans**, les autres facteurs de risques peuvent être des facteurs hormonaux, des maladies personnelles ou familiales, des mutations génétiques...

Il existe un programme de dépistage du cancer du sein qui est proposé à toutes les femmes de **50 à 75 ans**.

Il consiste à réaliser un **examen des seins tous les 2 ans** dans un centre d'imagerie: c'est la **mammographie**.

#### **L'auto palpation des seins :**

C'est un ensemble de gestes pour s'auto examiner et qui permet aux femmes de bien connaître leurs seins et de détecter toutes anomalies afin de la signaler à un médecin. Une boule dans le sein, une douleur ou un écoulement par le mamelon peuvent être des **signes d'alerte**.

Pour réaliser correctement ces gestes demandez à votre médecin traitant ou à votre gynécologue.

## LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : I.S.T.



On comptabilise une trentaine de virus, bactéries et parasites qui se transmettent par voie sexuelle. Les plus connus sont :

- Le VIH ou SIDA
- La syphilis
- Les hépatites B et C
- L'herpès vaginal
- Chlamydia, Gonocoque, Trichomonas.

**La transmission** des infections se fait par **voie sexuelle**.

Attention, un contact pénis-vagin n'est pas absolument nécessaire : la transmission peut se faire lors d'un contact avec les organes génitaux, la peau, les doigts, le vagin, l'anus ou la bouche...**un seul contact suffit !**

*NB : certaines IST peuvent être transmises par d'autres voies : transmission par le sang, par une seringue infectée, de la mère à l'enfant lors d'une grossesse...*

**Les symptômes** d'une IST sont nombreux :

- Une gêne dans le bas ventre.
- Des brûlures ou démangeaisons.
- Des douleurs en urinant.
- Des boutons sur la peau.
- Des pertes vaginales de couleurs inhabituelles (vertes, grises, jaunâtre) ou qui sont nauséabondes...

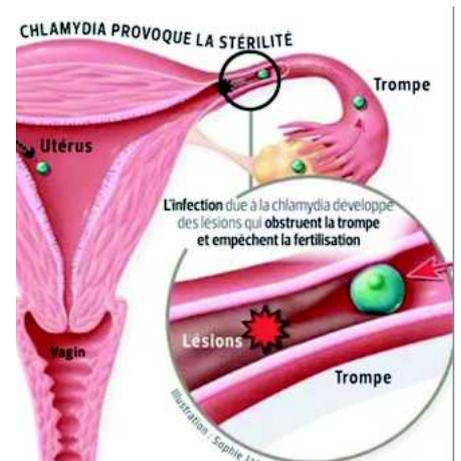
Quand se faire dépister ?

	Lors de l'apparition des premiers symptômes: fièvre, démangeaisons, douleurs génitales		Avant une relation amoureuse stable, lorsque vous voulez cesser d'utiliser le préservatif
	Après un rapport sexuel non-protégé avec un nouveau partenaire		Partage de seringue ou de matériel médical qui a été en contact avec du sang

**Certaines IST ne causent pas ou peu de symptômes, on peut donc être infecté et/ou contagieux sans le savoir !**

**Les conséquences :** Si certaines IST sont facilement guérissables avec des antibiotiques, d'autres ne le sont pas ou moins ... Certaines IST peuvent provoquer de grosses infections qui peuvent abimer les organes génitaux et provoquer des douleurs chroniques du bas du ventre, des grossesses mal localisées, des problèmes de fertilité...

**Ex : la SALPINGITE = infection des trompes de Fallope :** C'est une infection due à une bactérie qui va remonter du vagin vers l'utérus puis infecter les trompes. Elle peut causer des difficultés pour avoir des enfants voire même une stérilité car elle abime les trompes. **L'infection passe inaperçue dans 50 à 70% des cas et elle est souvent découverte lors de bilan pour stérilité....**



**Le dépistage :**

Au moindre doute ou situation à risque, il faut consulter un médecin pour réaliser un bilan de dépistage et débiter un traitement sans attendre.

Les méthodes de dépistage

	Prise de sang		Prélèvement local		Echantillon d'urine
--	---------------	--	-------------------	--	---------------------

## Pour plus d'informations :

### Sur la contraception :

<https://www.choisirsacontraception.fr/>  
<https://www.contraceptions.org/>  
<https://www.your-life.com/fr/>  
<https://www.gynandco.fr/>



### Sur le fonctionnement du corps féminin et son anatomie :

<https://www.onsexprime.fr/>  
<https://www.masexualite.ch/>



### Sur la grossesse :

<https://www.magicmaman.com/>  
<https://www.enceinte.com/>  
<https://www.babycenter.fr/>



### Sur les IST, le dépistage :

<http://www.info-ist.fr/index/>  
<https://www.sida-info-service.org/>  
<https://depistage.be/>  
<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/>  
<https://www.cancer.be/les-cancers/types-de-cancers/cancer-du-sein/examens/>

### Vidéos :

« LE VAGIN pour les nuls, topito. »

### Sur instagram :

Simone Media (@simonemediafr), Média d'information féminin.

### Lecture :

- « JOUIR » en quête de l'orgasme féminin.

Livre de sarah Barmak

- « Les Joies d'en bas : Tout sur le sexe féminin .» (The Wonder Down Under)

Livre d'Ellen Støkken Dahl et Nina Brochmann.

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Kammerer B. Pourquoi dessine-t-on si mal les sexes féminins quand il y a des pénis partout? Slate.fr [Internet]. 12 juill 2017; Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/148377/pourquoi-dessine-t-si-mal-les-zezettes-pourquoi-dessine-t-si-mal-les-sexes-feminins>
2. Eduscol. Programmes et ressources en sciences de la vie et de la Terre [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports - Direction générale de l'enseignement scolaire. 2021. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/1664/programmes-et-ressources-en-sciences-de-la-vie-et-de-la-terre-voie-gt>
3. Legros C. Odile Fillod a œuvré à réhabiliter le clitoris dans les manuels scolaires. Le Monde.fr [Internet]. Sciences. 22 sept 2019 [cité 22 mars 2021]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/sciences/article/2019/09/22/odile-fillod-traque-les-stereotypes-de-genre-dans-la-recherche-scientifique\\_6012573\\_1650684.html](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2019/09/22/odile-fillod-traque-les-stereotypes-de-genre-dans-la-recherche-scientifique_6012573_1650684.html)
4. Wikipédia. Odile Fillod. In: Wikipédia [Internet]. 2021. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Odile\\_Fillod&oldid=180958887](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Odile_Fillod&oldid=180958887)
5. Mateus C. Pour la première fois, le clitoris apparaît dans un manuel scolaire. leparisien.fr [Internet]. 31 août 2017 [cité 7 avr 2021]; Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/laparisienne/actualites/pour-la-premiere-fois-le-clitoris-apparait-dans-un-manuel-scolaire-31-08-2017-7224747.php>
6. Thomas M. Cinq manuels de seconde représentent désormais l'anatomie complète du clitoris. Libération [Internet]. Libération. 4 oct 2019; Disponible sur: [https://www.liberation.fr/france/2019/10/04/cinq-manuels-de-seconde-representent-desormais-l-anatomie-complete-du-clitoris\\_1753515](https://www.liberation.fr/france/2019/10/04/cinq-manuels-de-seconde-representent-desormais-l-anatomie-complete-du-clitoris_1753515)
7. Topito et HEYME. « Le Vagin » - Il était une fois les meufs #5 [Internet]. Paris: Topito; 2019 [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=tJTrO3HBoCo>
8. RICHEUX M. Santé, sexualité, accouchement : une connaissance trop bien gardée [Internet]. France Culture. 2016. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-nouvelles-vagues/le-corps-des-femmes-15-sante-sexualite-accouchement-une-connaissance>
9. Olivier Brumelot. DOCUMENTAIRE. “Le corps des femmes” : une gynécologue à l'écoute de l'intime [Internet]. France 3 Pays de la Loire. 2021. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/emissions/france-vrai-3/documentaire-corps-femmes-gynecologue-ecoute-intime-1929816.html>
10. wikipédia. Mouvement MeToo. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mouvement\\_MeToo&oldid=182532869](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mouvement_MeToo&oldid=182532869)
11. Schaeffer J. Le sexe féminin : entre tabou et interdit. Cah Psychol Clin. aout 2015;n° 45(2):41-75.

12. Sarasaidi. Le corps féminin entre dégoût, tabou et hyper-sexualisation [Internet]. Les Ourses à plumes. 2018 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://lesourcesaplumes.info/2018/12/02/le-corps-feminin-entre-degout-tabou-et-hyper-sexualisation/>
13. Perry A. Nymphoplastie : pourquoi décider de s’opérer la vulve ? [Internet]. Dans ma culotte, le blog. 2019 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://dansmaculotte.com/fr/blog/nymphoplastie-operation-vulve-n162>
14. Mari E. Le boom du «lifting de l’intime». leparisien.fr [Internet]. 1 juin 2018; Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/sante/le-boom-du-lifting-de-l-intime-01-06-2018-7747131.php>
15. Morgane Fanchette, Paul Blutteau, Lou Lachenal, Clémence Amerdeil. Les femmes et les tabous [Internet]. Association des droits humains de la sorbonne. 2020 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://adhsorbonne.com/2020/11/19/article-1-les-femmes-et-les-tabous/>
16. La rédaction, Vie publique. Femmes : faire tomber le tabou des règles [Internet]. Vie publique.fr. 2020. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/273656-rapport-parlementaire-sur-les-menstruations-des-femmes>
17. Lauret L, Jouanolou C. Exploration des déterminants du retard diagnostique de l’endométriose, à partir de l’expérience vécue des femmes [Internet] [Thèse]. [Toulouse]: Université Toulouse III; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1668/>
18. Organisation mondiale de la santé. Thème de santé - Santé de la femme [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. World Health Organization; s.d. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/womens\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/womens_health/fr/)
19. Organisation mondiale de la santé. Women’s health [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
20. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale sante sexuelle. [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf?wb48617274=F8664D4D](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf?wb48617274=F8664D4D)
21. Code de l’éducation - Article L321-16. [Internet]. Article L312-16, 2016-444 avr 13, 2016. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000032400741/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000032400741/)
22. Eduscol. Je souhaite comprendre les enjeux de l’éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l’Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports - Direction générale de l’enseignement scolaire. 2021 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/2078/je-souhaite-comprendre-les-enjeux-de-l-education-la-sexualite>
23. Haut Conseil à l’Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l’éducation à la sexualité [Internet]. HCE République Française. 2016 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du->

hce/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la

24. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee)
25. Sprimont D. Enquete, Que sont devenus les cours d'éducation sexuelle obligatoires inscrits dans la loi en 2001 ? [Internet]. France inter. 2019. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/societe/que-sont-devenus-les-cours-d-education-sexuelle-obligatoires-inscrits-dans-la-loi-en-2001>
26. Leduc, A. V A. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans. [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un>
27. Santé publique France. Contraception : les pratiques des Françaises [Internet]. Vie publique.fr. 2017. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/19725-contraception-les-pratiques-des-francaises-pilule>
28. Henri Leridon, Arnaud Régnier-Loilier, Fabrice Cahen. La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. nov 2007 [cité 24 janv 2021];(429). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/loi-neuwirth-quarante-ans-apres-revolution-inachevee/>
29. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. Dossier de presse présenté à; 2011 oct. Disponible sur: [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
30. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception? [Internet]. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/176/telechargement\\_fichier\\_fr\\_2011.06.09.contraception.na226\\_0.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.fr.pdf)
31. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. CAIRN INFO. 22 juin 2011;Revue française des affaires sociales(1):116-47.
32. DIU chez les nullipares : avantages/risques. Rev Genes [Internet]. s.d. [cité 6 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/diu-chez-les-nullipares-avantagesrisques/>
33. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles)
34. Kraus François, Cébille Paul P. Contraception: Pourquoi les femmes délaissent le

- pilule ? « Étude Ifop pour [www.illicomed.com](http://www.illicomed.com) réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 26 au 29 juin 2018 auprès d'un échantillon de 1 084 femmes, représentatif de la population féminine résidant en France métropolitaine âgée de 15 ans à 49 ans » [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/09/115238\\_Rapport\\_Ifop\\_IllicoMed\\_25.09.2018.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/09/115238_Rapport_Ifop_IllicoMed_25.09.2018.pdf)
35. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2020. [Internet]. Santé publique France. 2020 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020)
36. Dossier de presse, Syndicat National des Dermatologues Vénérologues. Journée nationale de prévention et d'information sur les Maladies Sexuellement Transmissibles. Mars 2016. [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2016/03/Dossier-Press-MST-22Mars-1-BDef.pdf>
37. Steinecker M. Connaissances des patients sur les infections sexuellement transmissibles au centre de santé de Vitry sur Seine: comparaison de la population consultant dans le cadre du dépistage anonyme et de la population consultant en médecine générale [Thèse]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
38. Roncier C. Etude - KABP : Les Français et le VIH/sida en 2010 [Internet]. vih.org. 2011. Disponible sur: <https://vih.org/2011/11/30/kabp-les-francais-et-le-vih-sida-en-2010/>
39. Vinogradoff L. Les applications de rencontres accélèrent-elles la propagation des MST ? Le Monde.fr [Internet]. Le monde. 3 nov 2015 [cité 9 mai 2021]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/big-browser/article/2015/11/03/les-applications-de-rencontres-accelerent-elles-la-propagation-des-mst\\_5991575\\_4832693.html](https://www.lemonde.fr/big-browser/article/2015/11/03/les-applications-de-rencontres-accelerent-elles-la-propagation-des-mst_5991575_4832693.html)
40. UNICEF. Adolescents under the radar in the asia-pacific aids response. Déc 2015. [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.unicef.org/infobycountry/files/report\\_\\_adolescents\\_under\\_the\\_radar\\_final.pdf](https://www.unicef.org/infobycountry/files/report__adolescents_under_the_radar_final.pdf)
41. Davies M. Dating apps « increasing STI rates and could spark a HIV explosion ». Mail Online [Internet]. 2 nov 2015 [cité 9 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-3300084/Tinder-Happn-dating-apps-spark-explosion-HIV-leading-expert-warns-STI-rates-soar.html>
42. Comment trouve-t-on l'amour à Paris à l'heure de Tinder? Observatoire CAM4, le mag de la vie sexuelle des parisiens. 13 novembre 2017. [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3905-1-annexe\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3905-1-annexe_file.pdf)
43. Krauss François. Le confinement a-t-il accéléré la digitalisation des rencontres ? [Internet]. Institut Français d'Opinion Publique. 2020 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/le-confinement-a-t-il-accelere-la-digitalisation-des-rencontres/>
44. Saboni L, Beltzer N. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-

Inpes-IReSP-DGS. Santé Publique Fr [Internet]. 9 sept 2019 [cité 10 mai 2021];(46-47). Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/vingt-ans-d-evolution-des-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-face-au-vih-sida-en-france-metropolitaine.-enquete-kabp-anrs-ors-in

45. Bally S. Comment le médecin généraliste peut il apporter une information adaptée en matière de connaissances et de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles chez les femmes de 18 à 29 ans ? [Internet] [Thèse]. [Montpellier]: Faculté de médecine de Montpellier-Nimes; 2018. Disponible sur: <https://scanr.enseignementsup-recherche.gouv.fr/publication/dumas-02952284>

46. Les compétences du médecin généraliste. [Internet]. Département Médecine Générale - Université de Rouen. 2021 [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>

47. Définitions : gynécologie - Dictionnaire de français Larousse. In: Larousse [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gyn%C3%A9cologie/38711>

48. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.

49. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>

50. La prise en charge des femmes françaises. [Internet]. Gynécologie et santé des femmes. 2020 [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)

51. Contraception : consultations initiale et de suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi)

52. La gynécologie, parlez-en à votre médecin traitant [Internet]. Union Régionale des Professionnels de Santé de Basse-Normandie. n.d. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/gynecologie-parlez-a-medecin-traitant-2/>

53. Rans A. Système de notation ULB et ECTS [Internet]. Université libre de Bruxelles, Faculté de médecine. Arnaud RANS; 2019 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://medecine.ulb.be/systeme-de-notation-ulb-et-ects>

54. Suchaut Bruno. PISA à l'épreuve des notes: une autre lecture de la comparaison entre les pays [Internet]. Learning Portal. 2013 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://learningportal.iiep.unesco.org/es/biblioteca/pisa-a-lepreuve-des-notes-une-autre-lecture-de-la-comparaison-entre-les-pays>

55. Tableau de conversion des notes - Europe - Programmes bilatéraux et Erasmus. Direction des relations internationales. Université Paris 1, Panthéon Sorbonne. [Internet]. [cité

10 mai 2021]. Disponible sur:

[https://international.panthonsorbonne.fr/sites/default/files/inline-files/Tableau\\_conversion\\_notes.pdf](https://international.panthonsorbonne.fr/sites/default/files/inline-files/Tableau_conversion_notes.pdf)

56. Notes Examen: Equivalence entre la France et le Royaume-Uni [Internet]. Trucs Londres. 2019 [cité 10 mai 2021]. Disponible sur:

<https://trucslondres.com/vivre/etudier/equivalence-notes-uk/>

57. Note scolaire. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur:

[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Note\\_scolaire&oldid=181875345](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Note_scolaire&oldid=181875345)

58. Qu'est-ce que le système de notation ECTS ? [Internet]. Université libre de Bruxelles. 2019 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: [https://monulb.ulb.be/fr/web/support/-/comment-est-](https://monulb.ulb.be/fr/web/support/-/comment-est-applique-le-systeme-de-notation-ects-)

[applique-le-systeme-de-notation-ects-](https://monulb.ulb.be/fr/web/support/-/comment-est-applique-le-systeme-de-notation-ects-)  
[/1.9?inheritRedirect=true&redirect=%2Ffr%2Fweb%2Fsupport%2F-%2Fcomment-est-](https://monulb.ulb.be/fr/web/support/-/comment-est-applique-le-systeme-de-notation-ects-)

59. Âge moyen et âge médian de la population [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2021 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>

60. Dossier complet – Commune du Havre (76351) [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2021 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-76351#chiffre-cle-4>

61. Dossier complet – France [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2021 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1>

62. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: [/liste-des-actualites/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016](#)

63. Papon Sylvain, Beaumel Catherine. Bilan démographique 2020 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2021 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>

64. Avortements [Internet]. Institut national d'études démographiques. n.d. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:

<http://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=https%3A%2F%2Fwww.ined.fr%2Ffr%2Ftout-savoir-population%2Fchiffres%2Ffrance%2Favortements-contraception%2Favortements%2F>

65. Vilain Annick. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017)

[resultats/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017)

66. Haute Autorité de Santé. Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis. Service évaluation des actes professionnels. Juil 2010. [Internet]. [cité 20 mai

- 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia\\_-\\_document\\_davis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_-_document_davis.pdf)
67. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *The Lancet*. 6 juin 2007;369(9577):1961-71.
68. Haute autorité de Santé. Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de la Santé Publique. Fluconazole Majorelle 150 mg, gélule. Commission de la Transparence. 2 octobre 2013. [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13001\\_FLUCONAZOLE\\_MAJORELLE\\_Avis1\\_CT13001.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13001_FLUCONAZOLE_MAJORELLE_Avis1_CT13001.pdf)
69. Heard I., Gallay A., Fihman V., Duport N., Dachez R., Levy Bruhl D., et al. Caractéristiques de l'infection par les papillomavirus humains dans des frottis cervicaux normaux en France en 2009. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [Internet]. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. setp 2019 [cité 20 mai 2021]; Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/caracteristiques-de-l-infection-par-les-papillomavirus-humains-dans-des-frottis-cervicaux-normaux-en-france-en-2009.-numero-thematique.-infections
70. Ly Sandra. les condylomes [Internet]. *dermato info*, Société française de dermatologie. 2019 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/les-condylomes>
71. Corré Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Internet] [Mémoire de sage femme]. [Angers]: Université d'Angers; 2012. p. 84. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20072689/2012474/fichier/474F.pdf>
72. Jugnon Formentin L. Anatomie du sexe féminin: évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes [Thèse]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
73. Kojchen L. 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 [Internet] [Thèse]. Bordeaux; 2015 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01229816>
74. Reid JA, Templeman CL, Groneberg DA, Brueggmann D, Jaque JM. Patients' Knowledge of Female Pelvic Health and Related Educational Preferences. *J Community Health*. 6 sept 2016;42(1):147-54.
75. Volck W, Ventress ZA, Herbenick D, Hillard PJA, Huppert JS. Gynecologic knowledge is low in college men and women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. juin 2013;26(3):161-6.
76. Ben Thabet J, Charfeddine F, Zouari N, Elleuch E, Zouari L, Maâlej M. Évaluation des connaissances relatives à la sexualité de la femme en Tunisie. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. juill 2012;40(7):429-33.
77. Définitions : sale - Dictionnaire de français Larousse. In: Larousse [Internet].

Larousse. n.d. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sale/70649>

78. Semon M-LR. Évaluation de la connaissance des femmes de 25 à 43 ans au sujet de leur propre fertilité [Internet] [Thèse]. [France]: PARIS DESCARTES; 2016 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635778>
79. Courleux S. Dispositif intra-utérin et nulliparité: connaissances, représentations et freins à l'accès et au choix de la méthode. Étude qualitative auprès de vingt-cinq jeunes femmes. [Thèse]. [France]: Université de Strasbourg; 2019.
80. Gaubert S. Impact d'une information sur les représentations, croyances et opinions du dispositif intra-utérin: une étude qualitative auprès d'adolescentes et jeunes femmes nullipares de 15 à 24 ans [Thèse]. [France]: Université de Montpellier; 2017.
81. Cressant É. Les infections sexuellement transmissibles : connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles, des jeunes haut-normands consultant en médecine générale [Internet] [Thèse]. [Université de Rouen Normandie]: UNIROUEN UFR Santé -; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01482310>
82. No. Chapitre 8 : Sexualité et ménopause. J Obstet Gynaecol Can. juin 2019;41:S103-21.
83. Enseignement élémentaire et secondaire. Education à la sexualité et prévention du sida. [Internet]. Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale BO N°46 du 10 décembre - Ministère de l'Éducation. 1998 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/1998/46/ensel.htm>
84. Volant Sabrina. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642. Inst Natl Stat Études Économiques [Internet]. 27 mars 2017 [cité 24 mai 2021];(1642). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
85. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Fifty years of legal contraception in France: Diffusion, medicalization, feminization. Popul Soc. 2017;No 549(10):1-4.
86. Kurt H. Le savoir du patient en matière de santé le rend plus fort. Bull Médecins Suisses. 27 févr 2019;100(09):291-2.
87. Un nouveau kit 3d pour favoriser l'éducation sexuelle [Internet]. Université de Genève. 2020 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/communication/communiqués/2020/un-nouveau-kit-3d-pour-favoriser-leducation-sexuelle/>
88. William R. Finger. L'éducation sexuelle arme les jeunes adultes [Internet]. Caducet.net. 2001 [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/reproductive/sante-reproduction-adolescents/education-sexuelle.asp>