



HAL
open science

Connaissances et représentations des femmes de leur zone génitale. État des lieux sur un territoire rural des Cévennes

Anaïs Demouchy

► **To cite this version:**

Anaïs Demouchy. Connaissances et représentations des femmes de leur zone génitale. État des lieux sur un territoire rural des Cévennes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03339658

HAL Id: dumas-03339658

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03339658>

Submitted on 9 Sep 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anaïs DEMOUCHEY

Le 21 mai 2021

TITRE

**CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES FEMMES DE LEUR ZONE
GENITALE**

Etat des lieux sur un territoire rural des Cévennes

Directrice de thèse : Madame la Docteure Françoise ROBACH

JURY

Président : Monsieur le Professeur Bernard HEDON

Assesseurs :

Madame la Docteure Aurélie BRUN-BANDERRA

Madame la Docteure Françoise ROBACH

Membre invité :

Monsieur le Professeur Emérite Paul LANDAIS

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anaïs DEMOUCHEY

Le 21 mai 2021

TITRE

**CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES FEMMES DE LEUR ZONE
GENITALE**

Etat des lieux sur un territoire rural des Cévennes

Directrice de thèse : Madame la Docteure Françoise ROBACH

JURY

Président : Monsieur le Professeur Bernard HEDON

Assesseurs :

Madame la Docteure Aurélie BRUN-BANDERRA

Madame la Docteure Françoise ROBACH

Membre invité :

Monsieur le Professeur Emérite Paul LANDAIS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÈRE Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Héléne	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

« Chaque femme mérite de vivre à son rythme, de manière hétérogène, à sa façon unique, les réaménagements qu'elle sent dans son corps, et qui varient avec les cycles de la vie. »

Mimi Szyper et Catherine Markstein (1)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Bernard HEDON,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de ma gratitude. Merci pour votre confiance, votre disponibilité et vos encouragements.

Vos compétences gynécologiques et votre implication sur le territoire cévenole seront essentielles pour juger ce travail.

Monsieur le Professeur Paul LANDAIS,

Pour avoir accepté de participer à ce jury avec enthousiasme, de juger mon travail et de l'intérêt que vous y avez porté. Recevez le témoignage de ma gratitude.

Madame la Docteure Aurélie BRUN-BANDERRA

Pour avoir accepté de siéger à mon jury, tes compétences seront essentielles pour juger ce travail. Je te remercie également pour ton implication et ton enseignement dispensé tout au long des stages que j'ai effectué à Saint-Jean-du-Gard, notamment durant mon stage orienté santé de la femme. Tu te soucies du bien-être de tes internes et de la qualité de leur apprentissage.

Françoise,

Merci de m'avoir proposé ce travail de thèse et de m'avoir fait confiance. Merci pour ton soutien, tes réflexions, tes encouragements, ta grande disponibilité. Merci de m'avoir guidée dans la réalisation de cette thèse. Tu m'as transmise ton engouement et ton dynamisme et j'espère que la finalité de ce travail te plaira tout autant qu'à moi. Je suis très heureuse de t'avoir eue comme directrice de thèse !

Merci de m'avoir fait découvrir cette médecine humaine, rurale, et pluriprofessionnelle. Je me souviendrais toujours de nos rires quand je découvrais les expressions Cévenoles ! Merci pour nos échanges passionnants, sincères et gourmands.

Aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail : un grand MERCI !

Je tiens à remercier tous les membres du collectif de réalisation du projet sur la santé des femmes. Merci de m'avoir fait confiance. Votre motivation m'a aidé à tenir dans les moments d'incertitudes. J'espère que ce travail d'analyse vous donnera une base concrète de réflexions pour l'amélioration de la prise en charge en santé des femmes du territoire.

Merci aux femmes qui se sont rendues disponibles pour tester le questionnaire avant sa diffusion.

Merci aux personnes qui ont contribué à la diffusion du questionnaire et à la promotion de l'enquête.

Merci à Madame BRONCHE et Madame FRANCESCONI pour avoir montré autant d'intérêt à ce projet. Votre recensement de données nous a été d'une aide précieuse.

Petite dédicace à toi Maryline qui m'a fait découvrir ton métier passionnant de sage-femme. Nos échanges ont été riches et je garderai un joli souvenir de ces quelques semaines de stage passées en ta compagnie.

Merci aux différents maîtres de stage, que j'ai pu rencontrer durant ces trois années d'internat, pour m'avoir fait partager vos connaissances, vos anecdotes, et vos conseils pour ma pratique future.

Un big-up aux secrétaires : Marlène, Cécile, Nancy, Marlène (oui oui une autre ^^), Anne, Colette, Ingrid. Que ferions-nous sans vous ?

Merci aux différentes équipes hospitalières des services des Urgences de Mende, de Pédiatrie à Bagnols-sur-Cèze, de Maladies Infectieuses à Perpignan, de Gynécologie à Alès. Vous avez contribué à l'amélioration de mes connaissances et à l'élargissement de mes champs de compétences.

A ma famille

Maman, Papa Pour m'avoir soutenue durant ces longues années d'études, aussi bien dans les moments heureux que les moments difficiles ; et donné le courage de continuer.

Maman, Merci de m'avoir protégé à chaque instant de ma vie ; d'avoir cousu mes costumes de gala de danse, d'avoir retenu tes mots lorsque j'apprenais à conduire, de m'avoir appris à faire des crêpes, d'avoir lâché le grille-pain pour que je te serre dans mes bras lorsque j'ai reçu les résultats du concours de la première année de médecine, d'avoir préparé de bons petits plats que j'emportais dans mes valises. Ta force m'impressionne ! Tu nous as accompagné, tu n'as rien lâché, je t'en remercie ! Maintenant, il est temps de prendre soin de toi. Je t'aime Maman.

Merci Papa pour ta joie de vivre, ta convivialité, ton sens de l'hospitalité, ta curiosité intellectuelle, tes histoires courtes à rallonge ^^ mais que tout le monde aime écouter. Merci de m'avoir porté sur tes épaules, d'avoir construit ce petit moulin que nous avons essayé dans la rivière, d'avoir mis ta main pour accompagner la mienne afin de nourrir le cheval de la Boissière, de m'avoir appris à nager dans la piscine de Sarlat. Merci pour nos sorties à la mer à décrocher (et à manger savoureusement ^^) les huîtres de roche, pour nos rires lorsque je soufflais dans la trompette ! Merci pour ces multiples souvenirs vidéos ! Merci pour toutes nos discussions au téléphone afin de me changer les idées. J'espère aujourd'hui que tes *a priori* sur les médecins ont évolué...

Pour tout cela, je vous remercie du fond du cœur et j'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

Flora Je rigole encore quand je pense à la réaction de maman après notre séance coiffure, à cacher nos cheveux dans les pots de fleurs et sous le lit. Merci pour nos moments de spectacles en direct face caméra « Bonjour, nous allons vous présenter la carotte ! », de grandes vocations ! Aujourd'hui, nos échanges sont inexistantes mais j'ose croire que le chemin que tu prendras nous permettra de partager de jolis instants de vie.

Mamie Louloute Ma chère mamie ! Merci pour ton soutien et nos discussions téléphoniques farfelues ! Sans toi je n'y serais pas arrivée. Tu me manques !

Mamie Ninie et Papy Marcel Vous m'avez fait découvrir le monde de la ferme, à récolter les œufs de poule, à accompagner les vaches pour la traite (non sans quelques dégâts bouseux ^^), à visiter les champs de maïs ! Merci mamie pour ta soupe aux vermicelles que je n'arrive pas à égaler, pour ton pain perdu, tes chouquettes de folies, ton ragout ! Je pense à vous, aux deux belles étoiles que vous êtes.

Dominique et Loïc Merci d'avoir montré autant d'enthousiasme lorsque je vous parlais de mes aventures. Merci pour vos précieux encouragements tout au long de ces études. Je suis très heureuse que vous soyez présents aujourd'hui à mes côtés pour m'accompagner dans cette étape de ma vie.

Dany Je ne pensais pas que nos chemins allaient se retrouver après le collège, toi qui m'avais proposé quelques années plus tôt à la réunion parent-professeur de 3^e d'étudier la médecine. Quel bonheur que de partager ces moments culinaires, ces souvenirs de voyages, ces balades sur les chemins côtiers. Merci pour ton soutien et tes encouragements ! Et Merci à toi et **Michel** pour la relecture de la thèse ! Vous êtes de magnifiques personnes.

Dr Dupré Pour m'avoir donné une belle image de ce métier. Vos valeurs, votre dynamisme, votre écoute attentive sans jamais regarder votre montre, votre sincérité et votre bonne humeur à toute épreuve me donnent exemple. Belle fin de carrière à vous !

Laurence Rencontrer son amoureux à un festival n'est pas commun mais faire la connaissance de sa belle-mère au même festival une année plus tard est encore plus atypique. Merci de m'avoir aussi bien accueillie à La Rochelle, je m'y sens tellement bien ! Merci pour ces doux massages, je peux signer ta feuille de participation encore de nombreuses fois ^^ Je te souhaite beaucoup de bonheur.

Aux copains

Cinq filles et une chaussure Qui a dit qu'on ne rencontrait pas d'amis durant la première année de médecine ? Les filles, merci pour ces folles années d'aventures, ces regards malicieux et fous rires en amphi, nos journées BU, nos soirées pyjamas à refaire le monde, ces soirées étudiantes rennaises à ne plus savoir comment on est rentré chez nous. A nos jolis voyages qui ont renforcé nos liens d'amitié ! Nos vies ont pris différents chemins, nos échanges sont plus rares, mais je tiens toujours à vous. Je vous aime !

Marion Pour ta sincère amitié. Nous nous sommes données mutuellement la force de continuer et nous y sommes arrivées ! Qu'est-ce que j'aimais passer du temps à ta maison ! Vous étiez ma deuxième famille ! Merci à toi de m'avoir donné ta main pour affronter les vagues du Pays Basque, pour ses balades à cheval, pour ses sorties à la forêt à ramasser les chanterelles, pour ses fous rires en pleine nuit « Oh oh ooooh oooooh ! ». Merci d'être venue découvrir mon nouvel environnement, j'ai hâte de t'en faire découvrir davantage ! Je tiens aussi à vous remercier Isabelle et Jacques, tous les deux vous m'avez accueilli avec vos plus beaux sourires. C'est toujours un plaisir de vous revoir ! Mamie Jeanine, je vous embrasse du fond du cœur et vous remercie pour vos encouragements !

Mado Pour ta folie, ta joie de vivre, ta sensibilité, ta générosité, ta créativité, et surtout pour avoir accepté de rester mon amie ! Merci pour ces soirées musicales, quel bonheur que de t'écouter ! Ces essais tuba à la fanfare n'auront pas révélé mes compétences musicales ^^ Je te souhaite une très belle aventure et beaucoup de bonheur à vous trois !

Coline Pour nos discussions sur le chemin de la fac, avec ces coups de flippe avant les exams « Euh...c'était pas cardio ce matin ? » ! Pour ces soirées mémorables où je rigole encore quand j' imagine ta tête lorsque tu m'as vu faire cette roulade avant en courant pour aller au bus ! Merci pour ta patience, ton calme extérieur et ta force intérieure. Reste comme tu es !

Emilie Félicitations pour tout ton parcours Emilie ! Girl power ! Tu t'es battu à chaque épreuve, en gardant la tête haute, et aujourd'hui tu peux être fière de toi. Je te tire mon chapeau ! Je te souhaite d'être heureuse. Et d'ailleurs, à quand cette dégustation de thé matcha ?! ;-)

Guillaume, Vincent, Laurent, Pierre-Emile Vous faite partie de cette sacrée aventure ! Je vous en remercie. Nos chemins s'éloignent mais c'est toujours un plaisir de vous revoir ! Je vous souhaite d'être heureux !

A la team Bréhat de la Cité U

Marie, Nabot, Solenne, Ramzi, Carla Merci les copains de la cité U pour votre soutien ! Vous avez contribué à mon équilibre pour pouvoir résister à cette première année de médecine ! La cuisine commune, notre fief ^_^ On n'oubliera jamais nos excursions au bar pour boire notre bouteille de Jenlain ! On a partagé de sacrés moments ! C'est tellement plaisant de vous revoir quand je reviens en terre rennaise !

Marie Merci pour ta fidélité ! Depuis qu'on s'est rencontré à la cité U on ne s'est plus lâché. Merci pour ces discussions dans la cuisine et dans nos chambres, pour ces soirées pharma, pour ces virées en ville, pour nos balades au Guil, pour t'être si bien entendue avec mes amis, pour m'avoir embarqué à Crozon pour mon premier festoch, pour m'avoir encouragé à vivre l'expérience du voyage solo ! Merci pour ce que tu fais, pour tes sessions coaching (les voice c'est la vie), pour ton dynamisme et ta sincérité ! Qu'est-ce que j'aime passer du temps avec toi ! Belle aventure à toi ;-)

Fanny Ma copine chérie, merci pour ces délires à rires aux éclats ! Merci pour ces bouts de papier en cours, pour ces journées chocolat chaud, films et jeux de société lors des blocus du lycée, pour ces quelques jours formidables à Jersey, pour ces soirées d'anniversaire de folies, pour nos concours de grimaces et tant d'autres. Je peux toujours compter sur toi, merci d'être là ! Je suis très heureuse de t'avoir comme amie mon apeautoutnue. Merci pour ta confiance !

Pénélope Merci pour ta fidélité depuis le collège, pour nos séances photos (il n'y aura que toi qui m'aura fait tenir une botte de carottes pour un shooting !), pour ces fous rires lors de nos appels téléphoniques « anonymes » au collège. Merci d'avoir relue et donné ton avis sur la thèse. Bienvenue à Jeanne et belle aventure à tous les trois !

Alice Pour ta sincérité, ta fidélité, ton optimisme, ton amitié ! Nos discussions téléphoniques me font tellement plaisir. Merci pour ton sourire, pour tes encouragements, tu as toujours cru en moi ! Je suis venue découvrir ta région, tu es bien sûr la bienvenue si tu veux y revenir. A bientôt ma chère Alice, peace peace !

Awa, Céline Mes colloqs de choc ! Je n'aurai pas pu mieux tomber : ce premier semestre d'internat à vos côtés a été au top ! Nos bons plats, nos discussions à disserter sur les expressions cévenoles, notre motivation infaillible pour aller à la salle, nos randonnées... « On n'est pas du gibier ! ». J'ai hâte qu'on partage de nouvelles aventures ensemble !

Magda Ces semestres à Mende puis à Argelès nous auront permis de nous connaître. Merci pour ta sincérité, ta confiance, tes conseils. Merci pour ces jolis moments randos ! J'aime tes coups de gueule, reste comme tu es ! Et ces fins de journée à la plage, on y retourne quand ? C'est bientôt ton tour Magda, accroche-toi ;-)

Angèle Nos chemins se sont croisés, notre attachement aux Cévennes s'est développé, une complicité s'est créée. Je suis très heureuse de t'avoir rencontré ! Et je sens que cela ne va pas s'arrêter là ! Plein de bonheur à toi et Bertrand. A quand notre prochaine soirée jeux et cuisine ?

Anaïs Ma racine carrée d'Anaïs au carré, on en a fait du chemin depuis ce temps ^^ Merci de m'avoir fait découvrir Morgat, quel bonheur ! Je n'aurai jamais autant bronzé que sur ce bateau ^^ Je suis très heureuse que tu te plaises dans ton métier, j'ai hâte de t'écouter en parler, tu es tellement passionnée et passionnante ! Merci de m'accompagner aujourd'hui dans cette étape de ma vie, j'espère pouvoir faire la même dans quelques années ^^

Sarah Qu'est-ce que j'aimais te retrouver dans le bourg pour prendre le car. C'était notre moment potins ^^ Merci pour ton soutien et ton amitié ! A quand une soirée dossiers vidéos ? Plein de bonheur à toi et Dalla , Yanis et Liam !

Adrien C'est toujours un bonheur de se voir, de discuter ensemble, et de danser quelques pas de danses bretonnes ! Merci pour tes encouragements. A quand nos roadtrip en van ? Tu me diras « Quand tu en auras acheté un ! ^^ »... Bientôt ;-)

Flore Toujours fidèle au poste ! Je sais que je pourrais toujours compter sur toi. Qui aurait cru que nous finirions nos études la même année, copine de primaire ! Je te souhaite que du bonheur dans ta nouvelle vie professionnelle ! Notre prochaine session fest-noz se fait désirer !

Hugo et Manu Je n'oublierai jamais ce dîner au restaurant *La Passerelle de Marcel*. Quel moment délicieux de partages, de découvertes, d'amitié naissante ! On ne va pas se mentir, nos souvenirs tournent beaucoup autour de la nourriture ^^ D'ailleurs on en reparle de ce tableau *Macarons* dans la cuisine ? ^^ Merci de nous avoir fait partager vos expériences de voyages à l'autre bout du monde, nous nous évadions. Quel bonheur que de vous savoir prêt de nous, cela promet de jolis instants ! Je vous souhaite plein de belles aventures !

Merci à la bande de copains de Nantes pour votre accueil et votre simplicité ! A quand notre prochaine visio culinaire ? Aura-t-on une saison 3 ?! Suspens...

Merci à tous les copains de Montpellier ! Je suis très heureuse de vous connaître ! Hâte de partager un bon repas ensemble, quelques verres en terrasse, de jolies balades dans la garrigue, et tant d'autres !

Simon Merci d'être resté à mes côtés durant cette 6^e année de concours ! J'étais loin d'imaginer que je tomberais amoureux cette année-là ! Merci de m'avoir fait découvrir le gratin de ravioles, d'avoir accepté de manger du beurre doux lors de ton premier weekend dans le Sud, d'avoir supporté cette magnifique chemise de nuit spéciale lendemain de garde (paix à son âme), de t'être occupé avec précautions de l'arrosage de nos petites plantes (même si le coléus a voulu partir à la recherche de tes origines en traversant le désert !). Ton soutien, tes attentions, ta patience m'ont tellement aidé dans les moments difficiles, sans toi cet internat n'aurait pas eu la même saveur ! Maintenant place à la réalisation de tous nos projets, on est parti pour une belle et longue aventure ! Je t'aime.

P.S. : Aurais-je le droit à un massage ce soir ? ^^

A tous ceux que je ne cite pas, merci !

SOMMAIRE

INDEX DES ABREVIATIONS.....	3
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	4
INTRODUCTION.....	6
MATERIEL ET METHODE.....	11
A. Objectifs de l'étude et hypothèse de travail	12
B. Caractéristiques des chercheurs	12
C. Type d'étude	13
D. Population étudiée	14
E. Élaboration du questionnaire.....	15
F. Déroulement de l'enquête	16
G. Bibliographie.....	19
H. Aspect éthique	20
RESULTATS.....	21
A. Caractéristiques de la population étudiée	22
B. La puberté	24
C. La période de vie féconde	30
D. L'incontinence urinaire.....	44
E. La ménopause	47
F. La sexualité	52
G. Le suivi gynécologique.....	58
H. Représentations anatomiques de la vulve	64
DISCUSSION.....	66
A. Forces et limites de l'étude	67
B. Discussion des principaux résultats.....	69
C. Discussion des objectifs secondaires	75
CONCLUSION.....	81
REFERENCES.....	83

ANNEXES	88
Annexe 1 : Questionnaire destiné aux femmes.....	89
Annexe 2 : Mail d'information.....	99
Annexe 3 : Données SNIIRAM de la CPAM du Gard.....	101
Annexe 4 : Tableaux des légendes du schéma anatomique de vulve.....	104
SERMENT D'HIPPOCRATE	107
RESUME	108

INDEX DES ABREVIATIONS

BESPIM	Biostatistique, Épidémiologie, Santé Publique, Innovation en Méthodologie
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIU	Dispositif Intra-Utérin
Dr	Docteur
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
FeM	Femme Ménopausée
FeNM	Femme Non Ménopausée
HAS	Haute Autorité de Santé
HCE	Haut Conseil à l'Égalité
Ined	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IP	Internet Protocol
IU	Incontinence Urinaire
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PDF	Portable Document Format
PMI	Protection Maternelle Infantile
QCM	Questions à choix multiples
QCS	Questions à choix simples
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie
SUDOC	Système Universitaire de Documentation

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Histogramme des âges

Figure 3 : Proportion de femmes selon leurs interrogations sur leur zone génitale en fonction des âges

Figure 4 : Sources d'informations à la ménarche

Figure 5 : Perceptions des changements corporels à la puberté

Figure 6 : Proportion de femmes selon l'appréciation qu'elles ont de leurs connaissances sur le cycle féminin, en fonction des classes d'âges

Figure 7 : Répartition de l'utilisation des moyens contraceptifs selon la nécessité d'une prescription médicale

Figure 8 : Proportion d'utilisation des moyens contraceptifs disponibles sur prescription médicale

Figure 9 : Proportion d'utilisation des moyens contraceptifs disponibles en vente libre

Figure 10 : Proportion d'utilisation des méthodes contraceptives dites « de connaissance de l'ovulation »

Figure 11 : Proportion de femmes ayant des fuites urinaires en fonction des classes d'âges

Figure 12 : Proportion des raisons de non-consultation pour la prise en charge des troubles urinaires

Figure 13 : Proportion des professionnels de santé accompagnant la femme durant la ménopause

Figure 13 : Types d'interlocuteurs pour discuter de sexualité

Figure 14 : Vécu des femmes concernant les échanges sur le thème de la sexualité

Figure 15 : Sources d'informations utilisées par les femmes pour se documenter sur la sexualité

Figure 16 : Zones pelviennes identifiées comme procurant du plaisir par les femmes

Figure 17 : Proportion de femmes ayant déjà ressenti des douleurs lors d'un rapport sexuel, en fonction des classes d'âges

Figure 18 : Raisons psychologiques aux douleurs sexuelles en fonction du caractère ménopausique des femmes

Figure 19 : Causes des douleurs sexuelles, en fonction du caractère ménopausique des femmes

Figure 20 : Professionnels de santé réalisant le suivi gynécologique des femmes de notre étude

Figure 21 : Fréquence du suivi gynécologique, en effectif et pourcentage

Figure 22 : Déterminants influençant la qualité de l'examen pelvien

Figure 23 : Difficultés d'accès aux soins

Figure 24 : Différentes légendes de la vulve

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des femmes en fonction de la notion de consentement lors de rapports sexuels

Tableau 2 : Répartition des femmes en fonction de la notion de violence de la part du partenaire lors de rapports sexuels

Tableau 3 : Proportion d'absence de réponses des différentes légendes en fonction des classes d'âges

Tableau 4 : Comparaisons des méthodes contraceptives utilisées par les femmes en âge de procréer sur le territoire défini par l'enquête en 2019 et en France en 2016

INTRODUCTION

Tout a débuté par une rencontre avec Madame NEFFLIER Maëlle, titulaire d'un Master en sciences humaines et sociales, travaillant dans le domaine de la prévention en santé et de l'éducation thérapeutique. Nous nous sommes rencontrées à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Saint-Jean-du-Gard fin novembre 2017, grâce au Docteur ROBACH Françoise, qui y exerçait en tant que médecin généraliste. Elle venait proposer un projet sur la santé des femmes : offrir un lieu d'échanges et d'informations sur la santé des femmes adressé à l'ensemble de la population. Maëlle proposait une caravane comme lieu de partage, fournie en livres et magazines sur le sujet, et de mannequins pour pouvoir comprendre l'anatomie pelvienne féminine de façon ludique et concrète. De cet échange, une question a émergé : comment les différents professionnels de santé ou intervenants sociaux pourraient apporter une aide adaptée aux femmes de Saint-Jean-du-Gard sur leur santé ? A la fin de cette réunion, j'ai proposé de réaliser un questionnaire anonyme destiné aux femmes de ce territoire afin de mettre en perspective leurs connaissances et représentations sur l'anatomie et la physiologie du petit bassin, et d'identifier les besoins spécifiques de ce territoire rural. De là est né le projet de thèse d'exercice.

Alors pourquoi travailler sur les connaissances et les représentations, ces termes ne sont-ils pas similaires ? La représentation semble être le continuum de la connaissance, mais tout ceci est complexe car nous nous trouvons au sein de multiples disciplines comme la psychologie, la sociologie, l'anthropologie.

Pour Pr Jean-Philippe Assal, médecin spécialisé en éducation thérapeutique, et Anne Lacroix (2), psychologue, la représentation est « l'idée qu'on se fait de quelque chose ». Pour d'autres chercheurs, une représentation peut être assimilée à « un modèle personnel d'organisation des connaissances par rapport à un problème particulier » (3). D'autres travaux ont montré que la représentation subjective n'était pas personnelle car façonnée par la société (4).

Ainsi plusieurs représentations façonnent la santé de chaque femme, s'articulant autour de leurs personnalités, de leurs expériences personnelles et familiales, de la classe socio-économique et du groupe ethnique et culturel auquel elles appartiennent, au sein même d'un système social (5).

Il nous a donc paru intéressant de comprendre les représentations des femmes concernant leur santé génitale afin de leur offrir une offre de soins adaptée.

La santé gynécologique des femmes est plus que jamais un sujet d'actualité à l'échelle nationale et internationale. Quelques exemples peuvent être cités : l'ouverture d'un musée sur l'anatomie féminine à Londres en novembre 2019, la publication d'un manuel sur l'anatomie féminine par la série de télévision anglaise *Sex Education*, les nombreux sondages du magazine *Les Glorieuses*, etc. Le mouvement féministe actuel vise à instaurer une réappropriation du corps de chaque femme ainsi que l'autonomisation de sa santé. Cette démarche a pour but d'améliorer l'image de soi et permettrait à chaque femme de faire ses propres choix, de lutter contre les violences sexuelles et la domination.

La santé sexuelle est devenue un enjeu de santé publique. C'est auprès des jeunes que les politiciens ont décidé d'orienter leurs actions sanitaires. Il a fallu attendre 1973, avec la publication de la circulaire Fontanet, pour qu'une information sexuelle soit délivrée dans les cours de biologie. Bien plus tard, le 4 juillet 2001, une loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a rendu obligatoire l'organisation de séances ou actions relatives à l'éducation de la sexualité par les établissements scolaires, à raison « d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène » (art. L312-16 du code de l'éducation). Cette démarche se voulait être une approche plus globale de la sexualité, afin de favoriser l'égalité homme-femme. Mais cela est loin d'être acquis. En 2016, un rapport du Haut Conseil à l'Égalité (HCE) a montré que 25 % des établissements scolaires n'ont pas instauré les séances obligatoires d'éducation à la sexualité, souvent par manque de formation des enseignants (6). L'éducation sexuelle est enseignée principalement par la reproduction et les maladies sexuellement transmissibles mais le plaisir sexuel est peu abordé. D'ailleurs selon le même rapport, une fille de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle possède un clitoris et 83 % ignorent sa fonction érogène.

Arrivée à l'âge adulte, la femme a plusieurs interrogations sur sa santé gynécologique. Les thématiques tournent autour de la contraception, la grossesse, l'accouchement, la ménopause, la sexualité, les violences sexuelles, etc. Ces dernières années, quelques études se sont

intéressées aux femmes qui « perçoivent leur santé de façon négative » (7). En 2013, des acteurs de santé publique (médicaux et administratifs) se sont réunis lors d'un séminaire sur la santé des femmes. Ces échanges ont donné lieu à l'élaboration de recommandations afin de réduire les inégalités homme-femme et de limiter les conséquences sur leur santé (8). En 2012, une grande étude épidémiologique intitulée *Constances* a débuté, dont une partie est consacrée à la santé des femmes. Avec plus de 200 000 volontaires tirés au sort, cette étude populationnelle a pour objectif de recenser notamment les besoins des femmes en matière de santé (9). A ce jour, aucun résultat statistique n'a été publié.

Les femmes ne reçoivent pas toutes une éducation à la sexualité durant leur enfance ou adolescence. Quand bien même elles auraient reçu ces informations, l'absence de répétition tend à créer des oublis, de fausses croyances. Depuis 1967, les femmes peuvent contrôler leur fécondité mais le taux d'IVG vient de battre son record : 232 000 IVG en France en 2019 (10). On note également la mise à disposition de multiples moyens de prévention et de dépistage contre les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), les cancers du sein et du col de l'utérus, et pourtant il existe une augmentation des MST et un taux de participation aux dépistages insuffisant (10,11). Plusieurs professionnels de santé pourraient être sources d'informations, or ce sujet intime est peu abordé lors des consultations, aboutissant parfois à des retards de prise en charge ou des mises en danger (12,13) .

Chaque femme vit au rythme de différentes étapes physiologiques et symboliques, construites par la médecine, les représentations sociales et culturelles. Ainsi la création d'un questionnaire anonyme destiné aux femmes pour les interroger sur leurs représentations et leurs connaissances génitales nous a paru intéressant comme angle d'approche.

Ce travail de thèse d'exercice s'inscrit dans un projet collectif pluridisciplinaire au sein de la MSP de Saint-Jean-du-Gard, dont les objectifs sont les soins à la santé des femmes, des enfants et adolescent.e.s. C'est dans ce cadre que plusieurs professionnels de santé, impliqués dans la prise en charge de la santé des femmes, ont participé à l'élaboration du questionnaire. Il s'agit de médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, personnels sanitaires et sociaux de l'antenne locale

de PMI et du centre socio culturel municipal l'Oustal, ainsi que de Madame GINESTY (coordonnatrice de la MSP) pour l'organisation et la synthèse des réunions.

Saint-Jean-du-Gard et le bassin de vie desservi par la MSP représentent un territoire de moyenne montagne dépourvu d'industrie et avec des habitations en partie dispersées. Certains habitants doivent parcourir plus d'une heure de trajet pour voir un professionnel de santé. En effet, l'offre sanitaire s'y est progressivement dégradée au cours de ses dix dernières années : sept médecins généralistes y exerçaient il y a dix ans, il n'en reste plus que quatre (dont deux à mi-temps) faisant de ce territoire rural une zone démographique médicale carencée. On note néanmoins l'installation récente d'une sage-femme (à temps partiel) ainsi que la réorganisation d'une antenne PMI. On note également une couverture encore insuffisante et aléatoire en matière de réseau mobile et internet sur le territoire défini.

Ce travail pourrait ouvrir différents champs de connaissances :

- recenser des difficultés perçues mais non exprimées concernant les différentes étapes physiologiques féminines ;
- avoir une vision de terrain sur les réalités de la contraception, de la grossesse et de la ménopause ;
- ouvrir la parole sur les questions de sexualité ;
- et enfin faire un état des lieux des modes de suivi de la santé des femmes en repérant les besoins spécifiques de ce territoire rural.

MATERIEL ET METHODE

A. OBJECTIFS DE L'ETUDE ET HYPOTHESE DE TRAVAIL

I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de notre étude est de décrire les représentations et connaissances des femmes concernant l'anatomie et la physiologie de leur zone génitale aux différentes étapes de leur vie.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les sources d'informations utilisées par les femmes pour développer leurs connaissances sur leur santé génitale et de connaître leurs freins et leurs attentes pour la prise en charge de leur santé gynécologique.

II. HYPOTHESE DE TRAVAIL

Des conceptions floues ou incomplètes de l'anatomie et de la physiologie pelvienne féminine existent toujours aujourd'hui et peuvent être un frein à la prise en charge des femmes concernant leur santé, notamment en milieu rural où les ressources sanitaires spécifiques sont plus rares.

B. CARACTERISTIQUES DES CHERCHEURS

I. ÉLABORATION COLLECTIVE PLURIPROFESSIONNELLE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été conçu collectivement grâce à plusieurs professionnels de santé et acteurs sociaux, que nous avons listés ci-dessous.

- Madame Stéphanie QUEVAL, sage-femme libérale ayant exercée à la MSP de Saint-Jean-du-Gard, récemment installée à Lasalle (une commune limitrophe)
- Madame Maryline VERKEIN, sage-femme à Saint-Jean-du-Gard
- Madame Nicole MOREL, sage-femme en PMI
- Monsieur Nicolas MARIAUD, kinésithérapeute à la MSP de Saint-Jean-du-Gard

- Madame Géraldine BONJOUR, kinésithérapeute à la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- Madame Aurélie BRUN-BANDERRA, médecin à la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- Madame Gwenaëlle JAOUEN, accueillante LAEP, accompagnante périnatale, réflexothérapeute
- Madame Maëlle NEFFLIER, prévention en santé et éducation thérapeutique
- Madame Françoise KRAWCZYK, conseillère conjugale et familiale au Conseil Départemental du Gard
- Madame Fanchon GINESTY, coordinatrice de la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- L'Oustal de Saint-Jean-du-Gard, centre socio-culturel

II. TRAVAIL D'ANALYSE ET D'EXPLOITATION DES DONNEES

Le Dr ROBACH Françoise, médecin généraliste à la MSP de Saint-Jean-du-Gard au moment de l'enquête, a proposé le principe de recherche de type thèse d'exercice pour mettre en valeur les données recueillies. Elle a aidé à la réalisation de la fiche projet et du questionnaire, et a participé à l'analyse des résultats et à la relecture de l'ensemble de la thèse. Elle est diplômée en recherche qualitative en santé et a encadré plusieurs internes dans leur travail de thèse d'exercice dans une démarche qualitative.

Madame DEMOUCHEY Anaïs, interne en médecine générale, a réalisé la fiche projet, a participé à la rédaction du questionnaire, et a ensuite effectué la retranscription des données, l'analyse des résultats et la rédaction dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice en médecine générale.

C. TYPE D'ETUDE

Afin d'étudier les connaissances et représentations des femmes, il a été décidé de réaliser une étude épidémiologique, quantitative, descriptive et transversale avec des auto-questionnaires comportant des questions fermées et ouvertes (réponses libres).

Les réponses aux questions ouvertes ont permis aux femmes de s'exprimer plus librement. Ces données permettent de mieux comprendre les représentations des femmes sur leur zone génitale. Elles font l'objet d'une analyse textuelle, ce qui met en perspective les analyses et comparaisons statistiques et apporte un regard complémentaire d'ordre compréhensif.

D. POPULATION ETUDIEE

I. CRITERES D'INCLUSION

- Genre féminin
- Être âgée de plus de 18 ans
- Vivre ou exercer sur le territoire défini

II. CRITERES DE NON INCLUSION

- Être mineure
- Les femmes de passage sur le territoire défini
- Des questionnaires insuffisamment remplis (taux d'absence de réponse aux questions supérieur à 40 %)

III. TAILLE DE L'ECHANTILLON

La population de femmes vivant sur le bassin de vie desservi par Saint-Jean-du-Gard est d'environ 2893 femmes d'après les données démographiques de 2017 (14). Nous n'avons pas pu obtenir le nombre de femmes travaillant sur ce territoire lors de l'étude. Afin de calculer le nombre de sujets nécessaires pour la réalisation des analyses statistiques, nous avons considéré une fréquence théorique de 50 %. Le nombre de femmes nécessaires pour que le questionnaire soit significatif était de 97.

E. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le produit de la réflexion collective a permis la création d'un auto-questionnaire anonyme. Ce travail s'est étendu de mars 2018 à mars 2019 au cours de plusieurs réunions mensuelles ou bimestrielles (huit réunions au total).

Le questionnaire comporte huit parties :

- la première partie permet d'établir un bref profil de la personne et de s'assurer des critères d'inclusion ;
- d'autres parties s'intéressent aux représentations et aux connaissances à divers moments qui paraissent importants dans la vie d'une femme : la puberté, la période de vie féconde, la ménopause et la sexualité ;
- quelques parties s'intéressent aux recours aux soins gynécologiques : l'incontinence urinaire, le suivi gynécologique ;
- le questionnaire se termine par un schéma de vulve à légender. Il a été réalisé en s'appuyant sur les travaux du Dr Netter (15) et de schémas référencés sur Google images et dans des livres tous publics (16,17). Nous voulions représenter la vulve sous la forme d'un schéma simple et représentatif des schémas illustrés dans les sources d'informations tous publics. Nous avons décidé de le positionner à la fin du questionnaire après avoir obtenu la confiance des femmes, ce schéma pouvant freiner plusieurs d'entre elles à poursuivre le questionnaire.

Le questionnaire est articulé autour de 42 questions. La plupart des questions sont fermées (11 questions dichotomiques, 3 QCS, 6 QCM, 4 questions ouvertes de type numérique (âge, nombre de grossesses ou d'interruptions de grossesse) pour faciliter la rapidité de réponses. Les 6 QCM et 3 QCS précédemment citées proposent la rédaction d'un commentaire libre avec la proposition « autre ». Il existe 17 questions ouvertes. Selon les réponses, les participantes étaient invitées à passer certaines questions (cf Annexe 1 : Questionnaire destiné aux femmes).

Lorsque le questionnaire nous a semblé complet, il a été testé auprès de 39 femmes de notre entourage n'appartenant pas à la population visée par l'enquête. Leurs réponses et remarques ont permis de reformuler et de réorganiser certaines questions pour une meilleure compréhension et facilité de rédaction. Ce test a validé l'acceptabilité et la faisabilité de l'étude.

F. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

I. LIEU DE L'ENQUETE

Le territoire défini comprend la ville de Saint-Jean-du-Gard et le bassin de vie desservi par la MSP (en amont de la Vallée Borgne : Peyrolles, L'Estréchure, Saumane, Les Plantiers, La Vallée-Française, St André de Valborgne ; et les communes adjacentes en aval : Corbes, Thoiras, Mialet).

L'étude s'est donc déroulée sur un territoire rural éloigné de l'hôpital et des cabinets de gynécologie, puisque les femmes doivent parcourir environ 30 minutes de route, et jusqu'à 1h15 pour celles qui sont les plus éloignées. Nous allons donc étudier le ressenti des patientes qui n'ont pas un accès facile aux praticiens exerçant la gynécologie.

II. PERIODE ET REALISATION DE L'ENQUETE

Les questionnaires ont été diffusés de mars à juin 2019. Ils ont été recueillis tout au long de cette période.

Deux supports de diffusion ont été utilisés : un support informatique grâce à la plateforme Drag'n Survey, utilisée également par le CHU de Montpellier pour ses études scientifiques, et un support papier. Le contenu du questionnaire est strictement le même dans les deux versions.

Nous avons diffusé le questionnaire par mail (version PDF et lien informatique) aux différents représentants des communes du bassin de vie et des associations locales. Afin de favoriser l'adhérence au projet, nous leur expliquons les enjeux et les modalités de recueil (cf Annexe 2 :

Mail d'information). Deux relances ont été effectuées sur l'ensemble de la période de l'enquête. De plus, une adresse mail créée pour le projet a été mise à disposition pour répondre aux différentes questions et remarques.

Les questionnaires papier étaient imprimés et mis en évidence dans différentes structures : salles d'attentes de la MSP et des autres professionnels de santé du Pôle de santé, hors MSP (kinésithérapeutes, pharmacies, podologues, dentistes), ainsi que dans des institutions partenaires (EHPAD, ESAT, crèche, Association Loisirs Sport Danses), aux centres médico-social et socio-culturel de Saint-Jean-du-Gard et certaines mairies (Saint-Jean-du-Gard, Mialet).

Les questionnaires pouvaient être déposés dans des boîtes de recueil fermées, avec des identifiants visuels adaptés, à disposition dans différents établissements sur le territoire défini. Ces boîtes étaient régulièrement relevées.



III. SAISIE ET EXPLOITATION DES DONNEES

Les réponses (manuscrites et informatiques) ont été retranscrites sur une feuille de calcul du logiciel informatique Microsoft Office Excel[®] 2019, en fichier.xlsx.

On retrouve divers types de réponses impliquant des analyses statistiques différentes :

- Réponses aux questions fermées

Ces réponses ont permis une analyse descriptive en premier lieu. Les données qualitatives ont été analysées en pourcentages et effectifs et les données quantitatives (âge) en moyennes et écart-types. Certains résultats ont été représentés par des diagrammes en camembert et histogrammes afin d'améliorer la lisibilité.

Ensuite, nous avons effectué une analyse statistique comparative de certaines variables quantitatives. Le test du Chi² de Pearson a été utilisé à l'aide du logiciel R mis à disposition sur le site internet BiostaTGV (<https://www.biostatgv.sentiweb.fr>). En cas de non applicabilité du test Chi² (effectif théorique attendu strictement inférieur à 5), le test exact de Fischer a été utilisé. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %, ce qui correspond à une p-value < 0,05.

- Réponses aux questions ouvertes ou aux formulations « autre » présentes dans les QCM et QCS

Une analyse textuelle complémentaire des réponses aux questions ouvertes a été réalisée. Une analyse thématique a été entreprise en utilisant la méthode du codage : un recensement « mot à mot et expressions » a été effectué puis regroupé en catégories correspondant à différentes thématiques (18). Ce travail s'est voulu observationnel. Chaque question ouverte a été codée séparément par l'interne et la directrice de thèse, puis le partage et la comparaison des résultats ont permis de convenir d'un consensus.

L'ensemble des réponses aux questionnaires ont été retranscrites dans la partie « RESULTATS ». Mais il a été décidé d'analyser qu'une partie des données recueillies en fonction de la problématique de la thèse. D'autres résultats pourront être exploiter ultérieurement.

J'ai participé à deux ateliers thèse organisés par la faculté de médecine de Montpellier qui m'ont permis d'obtenir une formation ciblée sur les études quantitatives. Afin de poursuivre de façon optimale le travail de recherche, j'ai également rencontré le Docteur BASTIDE le 18 février 2020, médecin de santé publique et biostatisticienne, travaillant au sein du BESPIM au CHU de Nîmes. Cette entrevue a permis de renforcer la méthodologie du travail statistique : mettre à jour la feuille de calcul, assurer le bon usage des tableaux croisés dynamiques, utiliser certaines formules statistiques de façon adaptée, aborder les biais et limites de cette étude qui sont détaillés au chapitre « DISCUSSION ».

G. BIBLIOGRAPHIE

J'ai également participé en octobre 2018 à deux séances de formation bibliographique organisées par la faculté de médecine de Montpellier : une séance formant à la recherche bibliographique par mots clés et à l'utilisation des différentes bases de données ; une autre séance formant à l'usage du logiciel Zotero.

Les références bibliographiques utilisées pour ce travail ont été obtenues via différentes bases de données : le catalogue SUDOC (Service Universitaire de Documentation), PubMed, EM Preium, Cairn Info, Science Direct, l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) ; et par des recherches sur internet via le moteur de recherche Google. Les mots clés suivants ont été employés dans les bases de données : « organes génitaux féminins », « connaissances, attitudes et pratiques en santé », « anatomie », « physiologie », « santé sexuelle », « image du corps », « accès aux soins primaires ».

Le logiciel Zotero a permis de répertorier les références bibliographiques et de créer les bibliographies en utilisant la norme Vancouver.

H. ASPECT ETHIQUE

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Nous avons veillé à l'anonymisation des questionnaires. Un mode « anonyme » proposé par la plate-forme Drag'n Survey garantissait que ni l'adresse IP ni le mail du répondant n'étaient visibles pour les chercheurs. Les questionnaires papier étaient aussi anonymes.

Après échange avec le responsable éthique du département du Gard, Monsieur le Docteur SERAYET Philippe, il a été convenu que selon la loi Jardé il n'était pas nécessaire d'obtenir l'accord du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) dans la mesure où les questionnaires étaient strictement anonymes.

Aucun accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a été demandé pour les mêmes raisons citées au-dessus.

RESULTATS

Au total, 169 questionnaires ont été recueillis. 54 questionnaires (29 en version papier, 25 en version informatisée) n'ont pu être inclus selon les critères de non inclusion. Ainsi 115 questionnaires ont été inclus dans notre étude : 88 questionnaires au format papier, et 27 questionnaires au format informatique.

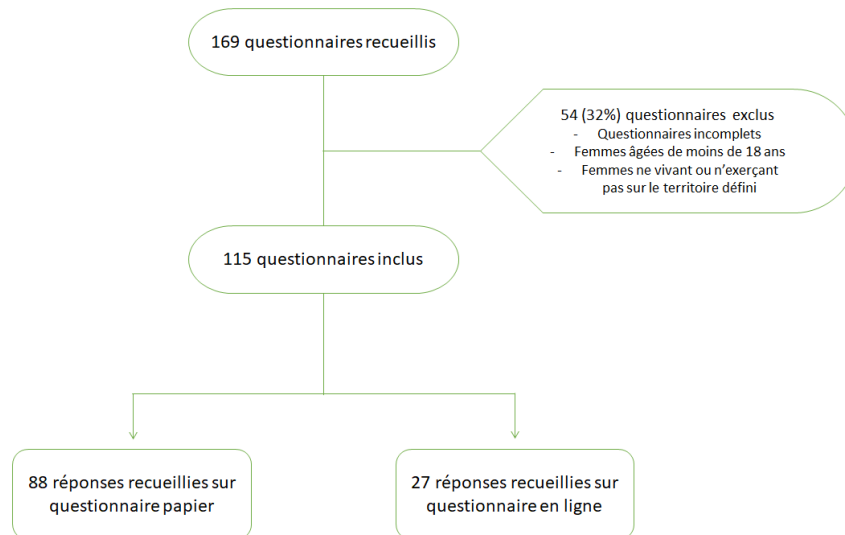
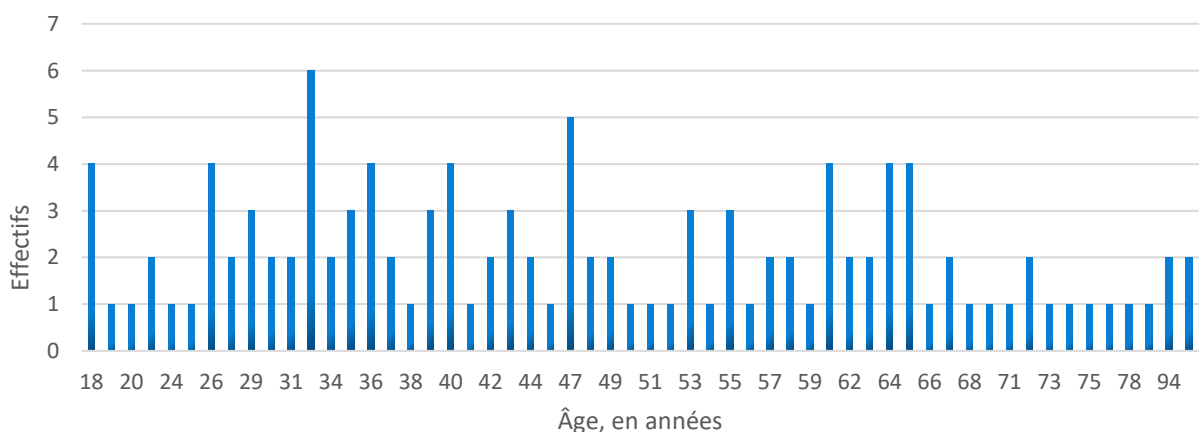


Figure 1 : Diagramme de flux

A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

I. ÂGE DES FEMMES



Effectif : n=115 - Absence de réponse : n=0

Figure 2 : Histogramme des âges (n=115)

La moyenne d'âge des participantes à l'enquête est de 47,9 ans, avec un écart-type de 18,3 ans. La médiane est de 47 ans. La plus jeune femme a 18 ans et la plus âgée a 95 ans. On constate une variété d'âge importante.

II. LE PETIT BASSIN : UN LIEU D'INTERROGATIONS ?

Q. 3 : Est-ce que le petit bassin, ce qu'il y a entre vos hanches, est un lieu d'interrogations pour vous ? (oui/non)

Effectif : n=115 - Absence de réponse : n=0

On constate que 68 femmes (soit 59 %) considèrent leur petit bassin comme un lieu d'interrogations ; et ceci quel que soit l'âge. Les femmes âgées de moins de 45 ans semblent s'interroger davantage sur leur zone génitale que les femmes de plus de 45 ans ($p < 0,01$).

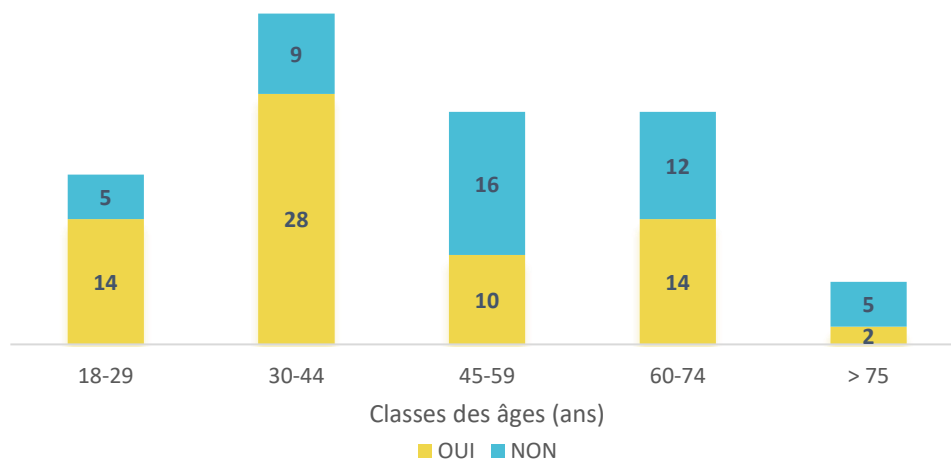


Figure 3 : Proportion de femmes selon leurs interrogations sur leur zone génitale, en fonction des âges, en effectif (n=115)

B. LA PUBERTE

I. SOUVENIR DES PREMIERES REGLES

Q. 4 : Quel est le souvenir le plus marquant de vos premières règles ? (question ouverte)

Effectif : n=112 - Absence de réponse : n=3

12 femmes (soit 10,7 %) expriment n'avoir aucun souvenir de leur premier écoulement sanguin.

Dans l'ensemble, les femmes sont nombreuses (n=97, soit 86,6 %) à se souvenir de cet événement et en ont encore une **mémoire vive**. En effet, certaines sont capables de donner l'année d'apparition ou leur âge (« 8 ans », « 11 ans », « en 1956 »), le lieu (« salle de bain », « collège »), leurs émotions, ou encore des précisions sur la scène (« culotte bleue »).

Certaines femmes (n=21, soit 18,7 %) ont un **souvenir physique** du premier écoulement sanguin, exprimé par la douleur : « douleur au ventre », « mal de ventre », « gêne » ; ou encore la fatigue comme l'a décrit une femme.

Mais la plupart des femmes mettent en avant leurs souvenirs **émotionnels** :

- La surprise expliquée par un manque de connaissance ou de préparation : « Je ne savais rien, j'étais surprise et choquée », « Une surprise parce que pas informée donc inquiète », « à 9 ans, soudaineté », « Étonnement car ma maman ne m'en avait pas parlé ».
- La peur : « Reste un souvenir de frayeur devant tout ce sang », « la peur des tâches ».
- La crainte du passage à l'âge adulte : « l'adieu à l'enfance, la peur ».
- La honte symbolise le premier écoulement sanguin pour 12 femmes : « j'en avais presque un peu honte on n'osait pas le dire aux copines », « honte et sale ».

On remarque qu'il existe beaucoup d'**incertitudes sur la nature des menstruations**, comme le décrit bien une femme : « Comme ma culotte était bleue, ça faisait une tâche marronnâtre, je n'étais vraiment pas sûre que c'était ça, donc j'étais vraiment dans le doute : est-ce que j'avais bien compris ce que c'était les règles et si c'est ça qui m'arrivait ? (déjà) ».

On constate que cet événement a été source de préoccupations sur l'hygiène menstruelle. L'enjeu de la propreté est un sujet redondant avec notamment l'utilisation du matériel : « *mettre un tampon* », « *fuite de la protection* », « *inconfort des serviettes hygiéniques* ».

Neuf femmes (soit 8 %) retiennent que cet événement a été un frein à leur épanouissement social : « *je n'ai pas pu aller à la piscine et ça m'a dérangée* », « *ne pas avoir pu aller à la plage* », « *dur de regarder les copains se baigner ne pouvant alors profiter* ».

L'absence d'information préalable à l'événement rend les premières pertes sanguines traumatisantes : « *je ne savais pas ce qui m'arrivait, n'ayant eu aucune information de ma mère j'ai cru que c'était une blessure ce sang qui coulait* », « *J'ai cru que je m'étais blessée pendant la nuit [-] très traumatisant je vous dis* ». Il existe de réels silences : l'expression « *à l'époque les parents n'en parlaient pas* » revient souvent dans les questionnaires, « *à l'époque c'était un sujet tabou* ».

On observe que l'apport d'une **information préalable** à l'événement semble contribuer à améliorer le vécu de cet instant de vie : « *Cela s'est passé en douceur, dans la sérénité (à 15 ans 1/2, j'étais au courant)* », « *J'avais 14 ans et demi je les attendais depuis longtemps j'étais heureuse !* ». Une femme distingue l'information reçue pour la préparer à l'arrivée des futures menstruations et le vécu de l'expérience : « *Bien qu'avertie par mes parents ça inquiète un peu* ».

Les premières règles ne sont pas vécues de la même façon si elles apparaissent autour de 9-10 ans ou 14-15 ans. En effet, lorsqu'elles arrivent plus tard dans l'adolescence, les règles sont attendues et leurs arrivées génèrent un réel soulagement : « *douleur et soulagement* », « *soulagement car elles sont venues tard par rapport à mes sœurs (15 ans)* ». Les règles sont signes de **bonne santé** (« *je commençais à m'inquiéter alors que ce n'était rien de grave* »). La petite fille peut davantage s'affirmer (« *j'étais devenue grande* »), symbole de fierté que de **changer d'identité sociale** : « *Pas de souvenir précis, juste le sentiment d'immense fierté d'être enfin devenue adulte* ».

II. SOURCES D'INFORMATIONS SUR LA MENARCHE

Q. 5 : Comment avez-vous été accompagnée lors de vos premières règles ? (question ouverte)

Effectif : n=99 - Absence de réponse : n=6

II.1. Les sources d'informations

Tout d'abord on remarque que 30 femmes (soit 30,3 %) déclarent n'avoir reçu aucun accompagnement sans donner de précisions supplémentaires et que 4 femmes (soit 4,04 %) disent ne pas avoir de souvenirs.

Plusieurs sources d'informations sont évoquées :

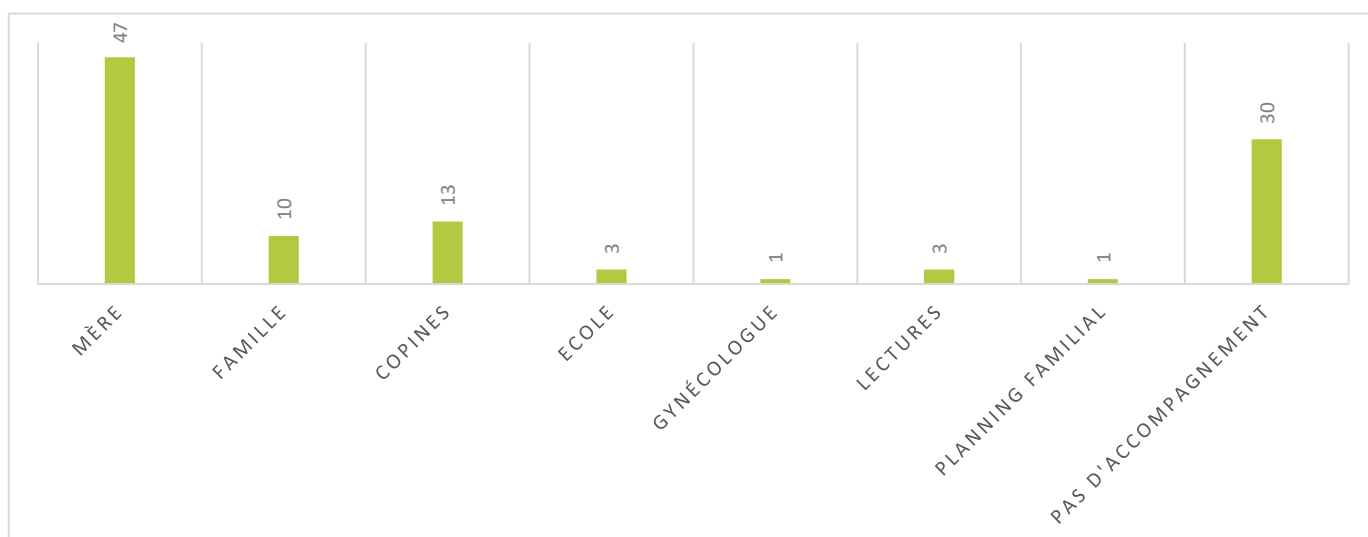


Figure 4 : Sources d'informations à la ménarche, en effectifs (n=99)

- la mère

Majoritairement, les femmes évoquent un accompagnement maternel (n=47, soit 47,5 %) : « *Ma mère m'avait expliqué quelques trucs* », « *Conseils de ma mère* », « *Ma mère* ».

Elle rassure et apporte son soutien : « *Par ma mère, qui m'a rassurée et accompagnée* ».

Les informations ont pu être délivrées de manière involontaire par les attitudes de la vie quotidienne : « *Pas d'accompagnement. Je me suis débrouillée avec ce que j'avais vu faire par ma mère.* ».

- les copines

Elles sont la deuxième source d'information après la mère (n=13 ; 13,1 %) : « *mes copines* », « *de façon imaginative par une amie de mon âge* », « *par ma mère, rien de spécial. Et surtout les copines.* ». L'entourage amical informe souvent de l'existence des menstruations mais les explications ne semblent pas complètes. Des femmes ressentent le besoin de se tourner vers leur mère : « *C'est une copine qui m'a mise au courant et ma mère m'a expliqué* ».

- la famille

D'autres femmes de la famille (autre que la mère) peuvent accompagner la jeune fille (n=10, soit 10,1 %) :

« *Ma sœur m'a expliqué et ma mère n'a fait que de me rappeler d'aller changer ma protection* »
« *J'ai une grande sœur de deux ans plus âgés qui les avait eus avant moi. Je pense que cette étape nous avait été présentée de manière simple et lorsqu'elles sont arrivées, je les ai accueillies comme une évidence.* »

« *Avant de les avoir maman m'avait expliqué et ma grand-mère aussi d'ailleurs* »

Certaines femmes (n=3) expliquent avoir reçu un accompagnement de leurs « parents » sans préciser le genre parental.

- l'école

Les enseignements scolaires (par les infirmières ou les enseignants) sont cités par 3 femmes (soit 3 %) âgées de 27, 29 et 38 ans : « *Je me souvenais des cours avec l'infirmière scolaire et de la lecture d'un livret d'infos* » ; « *Par des mots de l'infirmière de l'école* ».

- Les lectures

Les lectures (« *magazines* », « *livret d'information de l'infirmière* ») sont citées comme sources d'informations par 3 femmes (2,7 %).

- Le médecin

Seulement une femme dit avoir été accompagnée par le corps médical, ici un gynécologue, sans détail sur l'accompagnement.

- Planning familial

Une femme décrit avoir été accompagnée par le planning familial, sans précision supplémentaire.

II.2. Le contenu de l'information

On remarque que l'information délivrée est principalement **orale**, les femmes ne décrivent aucun moyen matériel utilisé par leur mère.

Peu de femmes disent avoir reçu des explications sur la physiologie des règles : « *une explication sur les saignements* », « *d'où ça venait* », « *le pourquoi* », « *m'a expliqué quand ça faisait mal au ventre* ».

Elles reçoivent plutôt des explications « pratiques », notamment sur les protections hygiéniques, comme l'évoquent 14 femmes (soit 14,1 %) : « *Ma mère m'a expliqué comment me protéger* », « *comment mettre une serviette hygiénique* », « *ma mère m'a vite montré les tampons* ».

Deux femmes ont retenu que les règles étaient l'entrée possible dans la vie maritale et dans le rôle de mère : « *C'est une bénédiction de dieu. Tu pourras te marier et avoir des enfants* », « *ma mère m'a dit que à partir de là fallait faire attention je pouvais avoir un bébé !!* ».

II.3. Un accompagnement influençant le vécu des premières menstruations

On distingue deux groupes de femmes : celles qui savaient et qui semblent avoir bien vécu cet événement et celles qui ne savaient pas et qui ont un ressenti plus négatif de leurs premières menstruations.

Pour les femmes ayant reçu des **explications** sur le fonctionnement du cycle menstruel et qui étaient averties de la prochaine apparition des menstruations, le **vécu est nettement positif**. En effet, 18 femmes expriment l'avoir bien vécu : « *bien, ma mère m'avait déjà expliqué* », « *Bien,*

car je les ai eues tard et ma mère m'en avait parlé », « je savais ce qu'il se passait ».

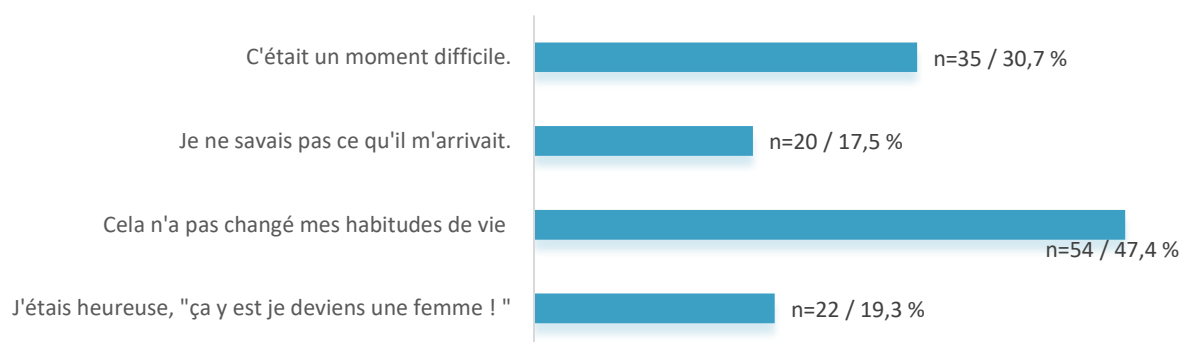
L'absence d'information est associée à une frustration de compréhension : *« Ma mère ne m'avait pas préparée. Le jour "J" elle m'a simplement dit que j'avais mes règles et m'a donné du tissu pour me le mettre dans ma culotte (pas de serviette hygiénique à cette époque) ». On remarque que trois femmes ayant vécu cet instant de vie avec honte ont eu la volonté de cacher cet événement, notamment à leur mère : « mal, j'allais acheter en cachette des serviettes hygiéniques et un jour j'ai dit à ma mère de m'en acheter mais on n'en a pas pour autant parlé », « Peu d'informations de ma mère et l'impression que c'était quelque chose à cacher », « Je l'ai caché puis ma mère a remarqué donc m'a expliqué comment me protéger ».*

III. PERCEPTIONS DES CHANGEMENTS CORPORELS A LA PUBERTE

Q. 6 : A la puberté le corps change, comment l'avez-vous vécu ? (QCM)

Effectif : n=114 - Absence de réponse : n=1

Cette question fermée à choix multiples met en évidence différentes perceptions de l'évolution morphologique à la puberté. Les répondantes avaient la possibilité de laisser un commentaire libre.



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Figure 5 : *Perceptions des changements corporels à la puberté, en effectifs et pourcentages (n=114)*

Pour la majorité des femmes, le vécu de ces changements corporels est neutre.

Pour 22 femmes cela a été vécu comme un **changement d'identité** : devenir une femme. Les femmes vont devoir laisser leur image corporelle d'enfant pour devenir une femme adulte. Cette nouvelle image de soi plutôt bien vécue (« j'étais heureuse ») a été pour 3 femmes façonnée par la société : « *dois-je m'épiler, porter un soutien-gorge ?* », « *on n'est pas censée avoir de poils selon la télévision* », « *pas de souvenir, seulement le regard des hommes* ».

Au contraire, pour d'autres femmes cela a été vécu comme un moment difficile, **honteux et contraignant** : « *vêtements larges car honte des transformations* », « *pas agréable de changer de corps et être disproportionnée* », « *un problème de plus pas facile à gérer* », « *dégoût* ».

Il est intéressant de remarquer que pour 4 femmes (soit 3,5 %), il existe une **ambivalence de sentiments** : elles étaient heureuses de devenir une femme mais cet instant a été vécu difficilement.

C. LA PERIODE DE VIE FECONDE

I. LE CYCLE FEMININ

I.1. L'ovulation

Q. 7 : A quel moment du cycle une femme ovule-t-elle ? (question ouverte)

Effectif : n=97 - Absence de réponse : n=18

Tout d'abord, on constate un taux d'abstention de réponse de 15,6 %, puisque 18 femmes n'ont pas répondu à cette question. Nous nous sommes basés sur un effectif de 97 femmes pour les résultats relatifs à cette question.

Six femmes (soit 6,2 %) placent l'ovulation au 14^e jour avant le début des règles.

On note que 51 femmes (soit 52,5 %) placent l'ovulation en fonction du début des règles, au « 14^e jour » ou au « 15^e jour ».

Cinq femmes (soit 5,2 %) placent l'ovulation au « milieu du cycle ».

Pour 14 femmes (soit 14,4 %) l'ovulation se déroule sur une période du cycle : « entre le 11^e et 14^e jours », « Entre 7 et 10 jours après les règles », « 8 jours par mois », « Entre le 4^e et le 24^e jour ».

I.2. Estimation du niveau de connaissances sur le cycle menstruel féminin

Q. 8 : Pensez-vous avoir une connaissance suffisante du cycle féminin ? (oui/non)

Effectif : n=107 - Absence de réponse : n=8

70 femmes (soit 65,4 %) déclarent avoir une connaissance suffisante du cycle menstruel féminin et 37 femmes (soit 34,6 %) expriment le contraire. L'âge n'a pas montré de différence significative ($p > 0,57$ - test exact de Fisher).

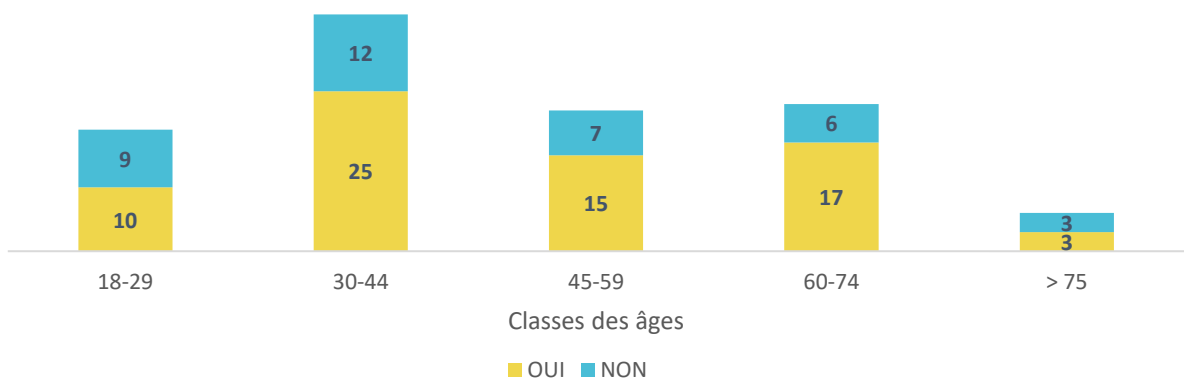


Figure 6 : Proportion de femmes selon l'appréciation qu'elles ont de leurs connaissances sur le cycle féminin, en fonction des classes d'âges (n=107)

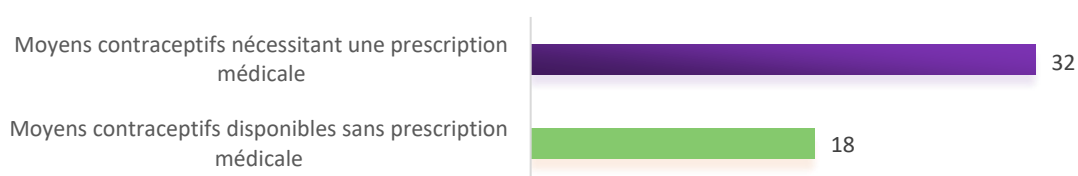
I.3. L'usage des contraceptifs

3.a. Moyens contraceptifs utilisés

Q. 9 et Q. 10 : Utilisez-vous un moyen pour éviter une grossesse ? Si oui, lequel ? (QCM)

Effectif : n=44 - Absence de réponse : n=0

Dans notre travail, 67 femmes (soit 58,3 %) sont en âge de procréer. Parmi elles, 44 femmes (soit 65,7 %) déclarent utiliser un moyen de contraception. On distingue les méthodes contraceptives disponibles sur prescription médicale versus sans prescription médicale.



Total supérieur à l'effectif total car plusieurs réponses possibles

Figure 7 : Répartition de l'utilisation des moyens contraceptifs selon la nécessité d'une prescription médicale, en effectifs

Concernant les moyens contraceptifs disponibles sur prescription médicale, le dispositif intra-utérin (DIU) et la pilule contraceptive sont les plus utilisés (n=28, soit 63,6 %).

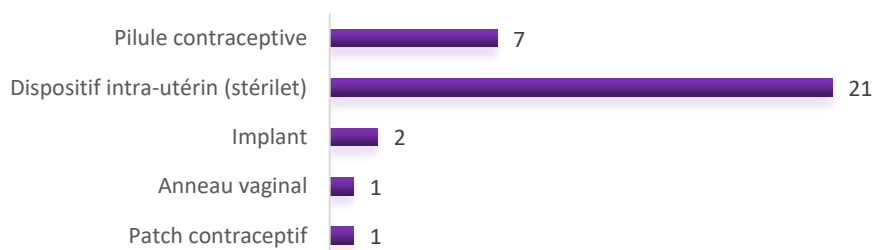


Figure 8 : Proportion d'utilisation des moyens contraceptifs disponibles sur prescription médicale, en effectifs

La pilule est utilisée principalement par des jeunes femmes : la moyenne d'âge est de 26,6 ans. A l'inverse, le DIU est utilisé majoritairement par des femmes plus âgées : la moyenne d'âge est de 36 ans.

Concernant les moyens contraceptifs ne nécessitant pas de prescription, on distingue :

- Les moyens disponibles dans le commerce utilisés par 27,3 % des femmes (n=12). Il s'agit des contraceptifs locaux à usage masculin (le préservatif) et des contraceptifs locaux à usage féminin (diaphragme, cape cervicale, spermicides).

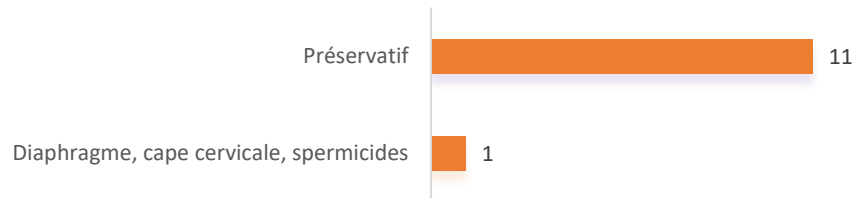


Figure 9 : Proportion d'utilisation des moyens contraceptifs disponibles en vente libre, en effectifs

Le préservatif est utilisé comme seul contraceptif le plus souvent. Les femmes en faisant le plus usage sont âgées de 18 à 47 ans avec une moyenne d'âge de 31 ans. Une seule femme âgée de 18 ans l'associe à la pilule et quelques-unes l'associent à des méthodes basées sur la « connaissance de l'ovulation ». La plupart des femmes utilisant ces méthodes contraceptives ont une vie sexuellement active, voire ont déjà eu une grossesse.

- Les méthodes contraceptives dites « de connaissance de l'ovulation » employées par 13,6 % des femmes (n=6) :

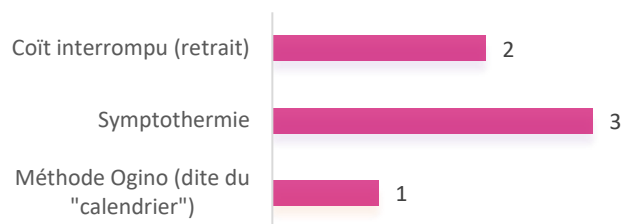


Figure 10 : Proportion d'utilisation des méthodes contraceptives dites « de connaissance de l'ovulation », en effectifs

3.b. Raisons du non usage des moyens contraceptifs

Q. 11 : Vous n'avez pas de moyen d'éviter une grossesse, pourriez-vous nous dire pourquoi ?
(question ouverte)

Effectif : n=23 - Absence de réponse : n=6

Parmi les femmes en âge de procréer qui déclarent ne pas avoir de contraception (n=23) :

- 6 femmes (soit 26 %) ont un désir d'enfant,
- 4 femmes (soit 17,4 %) n'ont pas ou peu de relation sexuelle,
- 4 femmes (soit 17,4 %) déclarent ne pas avoir confiance dans les moyens contraceptifs hormonaux qui seraient néfastes pour leur santé : « *contraceptifs nocifs* », « *Je refuse la contraception hormonale que je trouve dangereuse qui m'a déjà été préjudiciable (humeur, libido...)* », « *Car j'ai pris la pilule pendant très longtemps (17 à 28 ans et de 30 à 33 ans) et plus ça allait et moins ce système contraceptif me plaisait. Il y a eu les interrogations sur les pilules de 3^{ème} générations (mini dosée), et ça a fini de me convaincre que cela n'était pas bon pour mon corps. En ce moment, je suis célibataire.* ».
- Parmi les autres raisons données, on retrouve : une grossesse en cours (n=1), des rapports homosexuels (n=1) et la vasectomie du partenaire (« stérilisé ») (n=1). D'ailleurs une femme ne souhaitant plus prendre d'hormones évoque avec insistance la contraception masculine :

« *Huit ans de Diane 35, prescrite soi-disant sans risque jusqu'à son interdiction. Plus envie de prendre des hormones. Stérilet en cuivre non supporté (règles avec contractions similaires à l'accouchement). Préservatifs...moins de plaisir... Meilleur moyen l'abstinence ? A quand la contraception assumée par les hommes ???* ».

3.c. Le recours à la contraception d'urgence

Q. 12 : Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ? (oui/non)

Effectif : n=113 - Absence de réponse : n=2

37 femmes (soit 32,7 %) déclarent avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence. La moyenne d'âge est de 38,4 ans, avec un écart-type de 10,2 ans. La femme la plus âgée déclarant avoir déjà eu recours à cette méthode a 65 ans.

II. PERCEPTIONS ANATOMIQUES LORS DE LA GROSSESSE ET APRES L'ACCOUCHEMENT

II.1. Dénombrement des grossesses et interruptions de grossesse

Q. 13 : Avez-vous été enceinte ? (oui/non)

Q. 14 : Combien de grossesses avez-vous eu ? (question fermée)

Q. 15 : Si interruptions de grossesse (volontaires ou thérapeutiques) et/ou grossesses extra-utérines et/ou fausses couches, précisez le nombre. (question fermée)

Effectif : n=115 - Absence de réponse : n=0

Dans notre étude, 90 femmes (soit 78,3 %) déclarent avoir été enceinte.

Parmi elles, 47 femmes (soit 52,2 %) ont eu au moins une interruption de grossesse caractérisée soit par une interruption de grossesse (volontaire ou thérapeutique) et/ou une grossesse extra-utérine et/ou une fausse couche. En exploitant les données des questions 14 à 19 du questionnaire, on remarque que 24 femmes ne comptabilisent pas leurs interruptions de grossesse dans le dénombrement de leurs grossesses.

II.2. Vécu de l'évolution morphologique lors d'une grossesse

Q. 16 : Comment avez-vous vécu vos transformations corporelles pendant la grossesse ? (question ouverte)

Effectif : n=87 - Absence de réponse : n=3

Tout au long de la grossesse, la femme observe son corps se modifier.

Pour de nombreuses femmes (n=66, soit 75,9 %) les transformations corporelles liées à la grossesse ont été une **expérience positive** : « *très bien* », « *épanouie* », « *heureuse* », « *avec bonheur* ». Quelques femmes les ont même vécues sur le versant « magique » : « *émerveillement* », « *magnifique* », « *observatrice étonnée* ». La grossesse est vécue comme un moment de plénitude, de « *fierté* ». Ces femmes disent avoir apprécié la faible prise de poids, les « *formes rondes* », l'augmentation du volume de la poitrine : « *Très bien. J'ai pris peu de kilos et j'ai eu une poitrine opulente pour la 1^{ère} fois* » ; « *J'aimais bien mes formes rondes* ».

Au contraire, certaines femmes (n=15, soit 17,2 %) **n'ont pas été satisfaites** de leurs modifications corporelles. Ce qu'elles n'ont pas apprécié sont :

- La prise de poids : « *Mal j'ai pris 30 kilos pour le premier et ma peau a éclaté de partout je suis recouverte de vergetures* », « *Prise de poids importante pas très bien vécu* »
- L'apparition de vergetures : « *je suis recouverte de vergetures* », « *Très bien sauf les vergetures* ».
- Les modifications mammaires : « *douleur aux seins dès le début sans remède proposé par le corps médical* », « *seins qui tombent* », « *Cela a été un peu difficile car ayant déjà une poitrine avantageuse, lors de mes grossesses cela devenait très handicapant* ».
- La baisse de qualité des cheveux : « *les cheveux qui tombent* »
- Le changement de teint du visage : « *le masque de grossesse* »
- La sensation de jambes enflées : « *les jambes lourdes* »

On note que les symptômes liés à la grossesse ne sont pas bien vécus. Les femmes citent :

- Les troubles digestifs tels que les nausées (n=1) : « *envie de vomir non stop* »
- Les troubles du sommeil et la fatigue (n=5) : « *bien mais fatigantes, je manquais de temps pour me reposer durant cette période fatigante* ».

Le regard du partenaire apparaît important : « *Parfois dérangent, pas valorisées par mon compagnon* ».

L'attention de l'entourage sur la nouvelle image corporelle a entraîné une représentation négative pour une femme : « *Bien mais réflexions après la grossesse de l'entourage mal vécues* ».

Pour certaines femmes, les désagréments liés à cette transformation corporelle sont atténués par le but, celui de donner la vie à un nouvel être humain : « *acceptées [...] vu le but* », « *mettre au monde un enfant, notre enfant* », « *supportées pour la bonne cause* », « *pas toujours évident* ».

II.3.Évolution de la vie sexuelle au cours de la grossesse et/ou après l'accouchement

Q. 17 : La grossesse et/ou l'accouchement ont-ils modifié votre vie sexuelle ? Si oui, de quelle façon ? (question ouverte)

Effectif : n=86 - Absence de réponse : n=4

On constate tout d'abord que la grossesse et/ou l'accouchement n'ont pas interféré sur la vie sexuelle de 36 femmes (soit 41,9 %).

Pour 50 femmes (soit 59 %) un changement a été perçu.

Ces instants ont procuré un épanouissement sexuel pour 5 femmes : « *En mieux, impression que le vagin éprouve enfin du plaisir* », « *1^{ère} grossesse : vie sexuelle intense* », « *Pas de grand changement à ce niveau-là, ça nous a permis d'explorer de nouvelles techniques ! (pas toujours évident avec un gros ventre)* ».

Mais pour la majorité des femmes, cette période n'a pas été favorable à une vie sexuelle épanouie. Elles sont nombreuses à évoquer une baisse du désir sexuel (n=23) : « *Baisse de la libido puis reprise quelques mois après* », « *Oui : pendant : baisse de libido, et positions plus compliquées* », « *Après l'accouchement, il faut attendre une année avant le retour de la libido* ».

L'activité sexuelle en post-partum est marquée pour plusieurs femmes par des rapports sexuels douloureux, notamment lorsqu'elles ont eu une épisiotomie. Il existe une appréhension de la douleur : « *Beaucoup moins d'envie et la crainte de ressentir des douleurs* », « *Episiotomie après la 1ère grossesse, douleurs pendant quelques mois.* », « *Plus d'appréhension pour la première grossesse, rapports moins fréquents* ».

La vie sexuelle a pu être altérée par :

- un état de fatigue en post-partum (n=3) : « *oui, plus de fatigue avec un enfant, moins de temps, plus de stress, moins de rapports, moins de désir* », « *Et la fatigue, ben, impossible de lutter contre deux ans sans faire une nuit complète.* », « *Anéantie par la fatigue* »
- une baisse de l'estime de soi face à une nouvelle image corporelle (n=2) : « *difficultés à se montrer dans l'intimité* », « *moins de confiance* »
- la crainte de blesser l'enfant in utero (n=1) : « *la fin de grossesse me mettait en difficulté par rapport à la présence du bébé si près, avec sa tête, ça me mettait dans une certaine réserve* »
- la crainte d'une nouvelle grossesse en post-partum par manque d'une contraception adaptée (n=1) : « *Problème de contraception* ». Une femme relate qu'elle n'a pas eu de relation sexuelle pendant une durée de 3 mois comme cela lui avait été préconisé : « *Temps de latence de 3 mois recommandé après l'accouchement* ». Cette femme n'a pas détaillé davantage, il aurait été intéressant de connaître l'origine de ce conseil.

Le souci de satisfaire son partenaire inquiète une femme : « *il faut que je me force un peu pour que mon compagnon s'en trouve pas trop pénalisé* ». Le soutien et l'accompagnement d'un professionnel de santé semble être apprécié, d'autant plus s'il est destiné au couple et pas seulement à la femme : « *Pas la grossesse mais ensuite dans les mois qui ont suivi l'accouchement*

long et difficile j'avais mal lors des rapports. Ma gynéco nous a aidé à cette période. ».

La vie sexuelle durant la grossesse et après l'accouchement est perçue comme un « *nouvel équilibre* » pour une femme.

II.4. Perceptions anatomiques génitales liées à l'accouchement

Q. 18 : En quoi l'accouchement a-t-il modifié la perception de votre anatomie entre vos hanches ?

(question ouverte)

Effectif : n=90 - Absence de réponse : n=26

On constate que 26 femmes ayant été enceintes n'ont pas répondu à cette question, soit un taux d'absence de réponse de 28,8 %. Cet effectif étant conséquent, il a été décidé de le comptabiliser dans l'effectif total de cette question.

Pour 20 femmes (soit 21 %), l'accouchement n'a pas modifié la perception de leur anatomie pelvienne : « *en rien* ».

Pour quelques femmes, l'accouchement et ces modifications anatomiques relèvent du registre mystique : « *Incroyable* », « *Miraculeux* », « *Fascination* ».

L'accouchement a permis la **découverte du périnée** pour 4 femmes (soit 4,2 %) notamment pour celles ayant eu une épisiotomie :

« *C'est vraiment l'épisiotomie qui m'a permis d'être plus consciente des muscles (notamment avec la rééducation du périnée).* »

« *Rééducation du périnée.... Éducation en fait !!! A se demander même le nombre de femmes qui ont entendu ce mot "périnée" avant d'être enceinte...* »

« *L'accouchement m'a fait découvrir tout ce que j'ignorais avant. Organes, os, périnée, diaphragme, utérus, mouvements du bébé pour sortir et positions... Avant d'être enceinte à 19 ans, je ne savais rien. D'ailleurs quand j'ai accouché à 20 ans, je ne savais pas grand-chose de plus, je n'avais pas la bonne littérature, ni la façon de m'observer adéquate.* »

Il a valorisé la **plasticité pelvienne** pour 9 femmes (soit 9,5 %) : « Perception différente des hanches. Sensations d'ouverture », « Désolée cela fait 50 ans donc pas de souvenir vraiment précis si ce n'est la perception d'un espace plus vaste et plein », « J'étais plus large dû à ma grossesse », « Elargissement », « L'incroyable adaptabilité du corps », « Je n'imaginais pas pouvoir sortir un si gros bébé donc passage élargi ».

La zone génitale devient le **lieu de cohabitation du futur être avec sa mère** : « Sentiment d'habitat et imitation », « Le sentiment que mon corps n'est pas qu'à voir. Corps partagé »

Plusieurs femmes ont **changé de regard sur elle-même** après l'accouchement : « Il m'a permis de m'enlever mes complexes face à cette partie du corps. ». Elles y perçoivent quelques fois une valorisation de leur identité : « Conscience d'une transformation d'être plus femme », « Perceptions différentes, maturité ».

Elles sont plus attentives aux différentes évolutions anatomiques qui s'y déroulent. Certaines (n=7, soit 7,4 %) disent avoir **amélioré leurs perceptions anatomiques** : « Début de ma fascination pour le sujet. Curiosité, prise de conscience de mon ignorance. Début recherches, études. »
« Je suis plus sensible et attentive lors de mon cycle »
« Meilleure connaissance de mon corps, mes capacités. »
« Depuis je sais "où" est mon col de l'utérus, sa morphologie et ses évolutions en cours de cycle. ».

Il est constaté que l'accouchement est parfois vécu comme une **altération de l'anatomie** génitale pour 4 femmes (soit 4,2 %) : « Sensation de sphincter endommagé », « Impression d'avoir une plaie après le dernier accouchement (forceps et épisiotomie (la deuxième !)) », « Perte de sensations », « J'ai eu une épisiotomie lors de mon 1er accouchement, et des points ont "lâché ". Je me suis retrouvée avec des trous là où il n'y aurait pas dû donc une perception étrange et dérangeante de mon anatomie. »

II.5. Remarques sur les interruptions de grossesse

Q. 19 : Si vous avez eu recours à une ou des interruptions de grossesse quel âge aviez-vous ?
Qu'auriez-vous à dire sur ce sujet ? (question ouverte)

Effectif : n=39 - Absence de réponse : n=8

Nous avons dans un premier temps mis en évidence les différentes réponses se référant à l'IVG puis ce qui concerne de façon plus générale l'interruption de grossesse.

5.a. La prise de décision d'une IVG

Plusieurs aspects inhérents à chaque femme et à son histoire interviennent dans la prise de décision d'une IVG. Il peut s'agir de la notion :

- d'une relation affective instable au sein du couple : « 25 ans (période de grande détresse psychologique car en même temps période de séparation) »

- du contexte socio-économique : « 40 ans, travail nécessaire pour l'assumer » ; « Ma fille avait un an, nous vivions chez mes parents, il était exclu d'avoir un 2nd enfant. »

- de la conscience d'une certaine immaturité : « 18 ans, j'étais trop jeune pour être mère »

- du désir et de la disponibilité pour l'enfant :

« la 3^{ème} retour de couche sans précaution, j'ai un enfant de 1 an. IVG médicamenteuse. J'allaité, on me dit d'arrêter immédiatement. Je suis perdue. J'accepte. Erreur, mais faute de dialogue, je vis ça correctement, en apparence. 4^{ème} [IVG] médicamenteuse, rien à dire, j'ai deux enfants petits. »

« 32 ans, cela a été une décision difficile à prendre mais j'avais déjà 2 enfants, le 3^{ème} s'annonçait trop tôt. C'était un retour de couches prématuré et je n'avais pas encore remis le stérilet »

« Ma fille avait un an nous vivions chez mes parents il était exclu d'avoir un 2^{ème} enfant »

« 25 ans je suis tombée enceinte de mon 4^e enfant mais j'étais trop fatiguée, mon 3^e avait 1an ½ »

Grâce aux témoignages des femmes, on remarque une sous-estimation du risque de grossesse :

- en post-partum dans l'année suivant l'accouchement pour 4 femmes (soit 8,5 %) : « *mon 3^e avait 1an ½* », « *Ma fille avait un an* », « *la 3^{eme} retour de couche sans précaution, j'ai un enfant de 1 an.* »
- lors de la période de transition entre deux méthodes contraceptives pour deux femmes (soit 4,3 %) : « *C'était un retour de couches prématuré et je n'avais pas encore remis le stérilet* », « *la 2ème à 30 ans entre l'arrêt de la pilule et la pose du stérilet* »
- à l'approche de la ménopause pour deux femmes (soit 4,3 %) : « *48 ans, pas voulue et bcp trop tard* »

5.b. Ressenti autour de l'IVG

L'IVG, événement marquant dans la vie d'une femme, n'est pas ressenti de la même façon.

Certaines femmes ayant bénéficié d'une IVG n'expriment **aucun regret** face au choix qu'elles ont pris : « *1 IVG à 33 ans. Une expérience difficile mais nécessaire pour des raisons contextuelles. Pas de regret mais j'aurai aimé être mieux accompagnée et sans doute un suivi psy aurait été dans mon cas.* »

Pour une autre femme, au contraire, la réminiscence de l'embryon est encore source de **culpabilité** : « *21 ans, suite à des problèmes de santé je n'ai pas eu le courage de supporter la grossesse. Et cela a été très dur car c'est une décision qu'on ne se pardonne jamais* »

De nombreuses années après l'IVG, une femme pense encore à ces enfants et à l'âge qu'ils auraient eu : « *ces 2 enfants j'y pense souvent, un aurait 23 ans et l'autre 2 ans* ».

Le **type d'intervention** employé pour la réalisation de l'IVG semble jouer un rôle dans le vécu de cet instant de vie. En effet, les femmes ayant eu une IVG instrumentale avec la technique de l'aspiration semblent être très traumatisées. Voici le témoignage d'une femme : « *Semi anesthésie, IVG par aspiration, horrible* ».

5.c. Vécu d'une interruption de grossesse

Quelle soit volontaire ou thérapeutique ou qu'il s'agisse d'une fausse couche spontanée, la majorité des femmes a mal vécu cet instant de vie : « *difficile à vivre* », « *cicatrice émotionnelle* », « *dramatique* », « *gros traumatisme affectif* ».

L'interruption de grossesse est d'autant plus difficile à vivre lorsque cet enfant était désiré. Une femme ayant subi une IVG et une interruption thérapeutique témoigne : « *J'ai subi une IVG j'avais 25 ans et une IMG j'en avais 38 ce fut dramatique car j'essayais difficilement d'avoir un second enfant quand enfin je tombe enceinte le fœtus était atteint de trisomie 21* ». Une femme témoigne de la FCS : « *29 ans : Nous voulions un autre enfant depuis plusieurs mois, et la grossesse n'a pas tenue. Beaucoup de tristesse même si je n'étais enceinte que de quelques semaines.* »

Certaines patientes ressentent le besoin de faire leur deuil, évoquant une **personnalisation** de l'embryon : « *23 ans, difficulté à faire le deuil de cette situation* ».

5.d. Nécessité du dialogue

Les femmes insistent sur la **nécessité du dialogue** autour de cet événement. Elle déplore l'absence d'accompagnement médical.

« *19 ans, épreuve difficile et qui reste une cicatrice émotionnelle. Accompagnement médical et psychologique inexistant voire déplorable à l'époque.* »

« *1 IVG à 33 ans. Une expérience difficile mais nécessaire pour des raisons contextuelles. Pas de regret mais j'aurais aimé être mieux accompagnée et un suivi psy aurait été bien dans mon cas.* »

« *15 ans, 27 ans, 32 ans, et 36 ans. La première [...] Pas d'accompagnement psychologique, pas de "deuil". [...] La deuxième [...] Je n'ai pas vu le médecin, ni avant qu'on m'endorme, ni après. Scandale (pas fait). La 3^{ème} [...] IVG médicamenteuse. J'allaite, on me dit d'arrêter immédiatement. Je suis perdue. J'accepte. Erreur, mais faute de dialogue, je vis ça correctement, en apparence. [...] Résumé : y'a rien pour accompagner l'IVG, au niveau psy et même parole. Et puis, il faut accepter.* »

D. L'INCONTINENCE URINAIRE

I. FREQUENCE DES FUITES URINAIRES

Q. 20 : Et vous, cela vous arrive-t-il d'avoir des fuites urinaires ? (QCS)

Effectif : n=109 - Absence de réponse : n=6

La moitié des femmes interrogées (n=55, soit 50,4 %) ont des fuites urinaires : elles sont occasionnelles chez 45 femmes (soit 41,2 %) et quotidiennes chez 10 femmes (soit 9,2 %). Les fuites peuvent apparaître à la toux (n=2), aux éternuements (n=5) ou lors d'une activité physique (n=1).

On constate que le problème touche l'ensemble des femmes, tous âges confondus. Les fuites d'urine touchent 15,8 % (n=3) des femmes âgées de 18 à 29 ans, 38,8 % (n=14) des femmes âgées de 30 à 44 ans, 78,3 % (n=18) des femmes âgées de 45 à 59 ans, 66,7 % (n=16) des femmes âgées de 60 à 74 ans et 57 % (n=4) des femmes âgées de plus de 75 ans. Les femmes âgées de plus de 45 ans sont plus affectées que les jeunes femmes ($p < 0,05$).

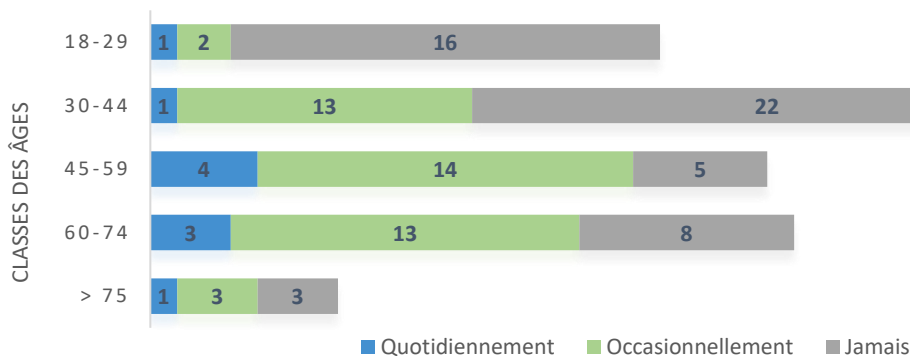


Figure 11 : Proportion de femmes ayant des fuites urinaires en fonction des classes d'âges (n=109)

On constate également que la parité joue un rôle prépondérant : les femmes ayant eu au moins une grossesse sont plus sujettes aux troubles urinaires ($p < 0,05$).

II. TROUBLES URINAIRES ET APPORT DE LA CONSULTATION

Q. 21 : Avez-vous déjà pensé à consulter ? (oui/non)

Q. 22 : Si vous avez répondu OUI, qu'est-ce que la prise en charge vous a apporté ? (question ouverte)

Q. 23 : Vous n'avez pas consulté. Pourriez-vous décrire les raisons de votre choix ? (question ouverte)

Effectif : n=55 - Absence de réponse : n=0

Parmi les femmes ayant des troubles urinaires, 29 femmes (soit 52,7 %) ont consulté pour ce problème.

1.a. Apport de la consultation

Pour certaines femmes, le professionnel de santé a apporté une **solution thérapeutique (« pratique »)** à leurs troubles urinaires. Elles recensent différentes prises en charge :

- des séances de rééducation périnéale avec une sage-femme ou un.e kinésithérapeute :
« Séances de rééducation chez la sage-femme, lorsque j'en ressens le besoin (grosse toux par ex) »,
« Rééducation exercices de respiration, ça a calmé un peu les fuites. », « La prise en charge par kiné a été très efficace et très positive ».
- l'intervention chirurgicale : « Opération ».
- des séances d'ostéopathie intra-pelvienne, décrites par une femme : « Multiples : réeduc du périnée : nul ! (manuelle ou appareillée chez un kiné : échec!). Bilan uro dynamique avec besoin de pose de bandelettes, refus à cause des effets secondaires très handicapants. Nette amélioration séance ostéo intra pelvienne »

Pour certaines femmes, la consultation a été une **source d'information sur la physiologie**. Deux femmes expliquent avoir reçu une explication de leur problème de santé, ce qui les a aidées à « prendre conscience des causes » et à changer leurs comportements.

Une femme a été informée que les fuites urinaires étaient « normales ».

L'efficacité de la prise en charge varie mais semble majoritairement peu efficace :

- 3 femmes sont améliorées : « *Meilleure continence* », « *amélioration* »
- 6 femmes ont ressenti une efficacité temporaire : « *Trois séries de rééducation du périnée => un mieux pendant un certain temps, mais quelques fuites persistent à l'effort.* », « *Des séances de rééducation périnéale qui ont un peu fonctionné mais au bout de quelques années il faudrait en refaire* ».
- 3 femmes n'ont eu aucun bénéfice : « *Aucune amélioration, j'envisage une intervention* »

Les réponses étant libres, nous n'avons pas le ressenti de toutes les femmes sur l'efficacité de la prise en charge reçue.

1.b. Raisons de la non consultation

26 femmes (soit 47,3 %) n'ont pas consulté. Les raisons citées sont :

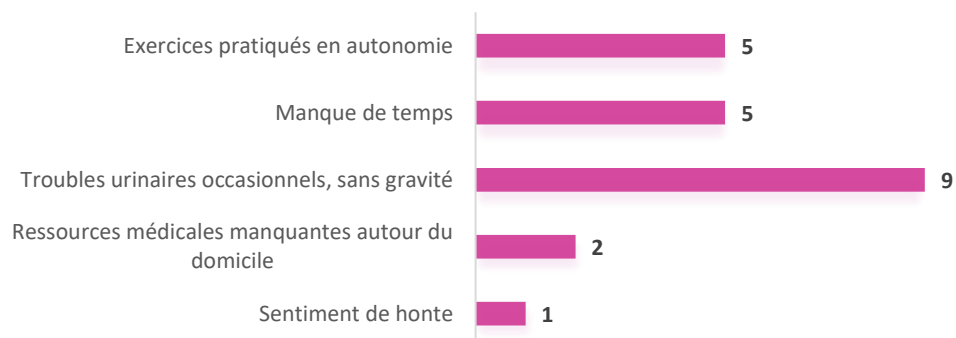


Figure 12 : Proportion des raisons de non consultation pour la prise en charge des troubles urinaires, en effectifs (n=22)

E. LA MENOPAUSE

I. NOMBRE ET MOYENNE D'ÂGE DES FEMMES MENOPAUSEES

Q. 25 : Êtes-vous ménopausée ? (oui/non)

Q. 26 : Si OUI, vers quel âge avez-vous été ménopausée ?

Effectif : n=115 - Absence de réponse : n=0

Dans notre enquête, 48 femmes sont ménopausées. La moyenne d'âge d'apparition de la ménopause est de 50 ans, avec un écart-type de 4,6 ans. La ménopause est apparue au plus tôt à 38 ans et au plus tard à 60 ans.

II. INTERLOCUTEUR ACCOMPAGNANT LA FEMME MENOPAUSEE

Q. 28 : Par qui avez-vous été accompagnée ? (QCM)

Effectif : n=45 - Absence de réponse : n=3

Durant la ménopause, on constate que les femmes sont majoritairement accompagnées par le médecin traitant et/ou le gynécologue. La sage-femme intervient peu dans l'accompagnement. Onze femmes (soit 24 %) disent ne pas avoir été accompagnées.

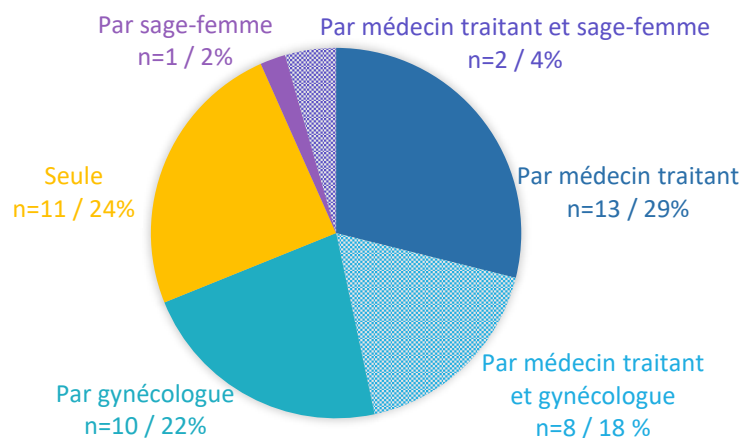


Figure 13 : Proportion des professionnels de santé accompagnant la femme durant la ménopause (n=45)

III. REPRESENTATIONS DE LA MENOPAUSE ET PERCEPTIONS DES TRANSFORMATIONS

Q. 24 : Qu'évoque pour vous cette période ? (question ouverte)

Q. 27 : Quelles transformations avez-vous perçues ? (question ouverte)

Pour la question 24 : Effectif : n=101 - Absence de réponse : n=14

Pour la question 27 : Effectif : n=42 - Absence de réponse : n=6

En analysant les commentaires libres de ces deux questions ouvertes, on constate que les femmes non ménopausées et les femmes ménopausées ont des représentations similaires de la ménopause malgré quelques subtilités. Pour cette partie, il a été décidé de préciser à la fin de chaque citation le caractère ménopausé (FeM) ou non de chaque femme (FeNM) afin de mettre en relief les variations d'expression.

III.1. Symptômes

La ménopause est souvent évoquée par les symptômes qu'elle peut engendrer. Ils sont principalement cités par les femmes ménopausées qui dressent un tableau assez accablant.

- Les **bouffées de chaleur** symbolisent cette période pour 18 femmes ménopausées. Certaines femmes insistent sur l'aspect inconfortable : « *très pénibles* », « *pénible car bouffées de chaleur* ». Une femme décrit une temporalité à ce symptôme : « *Une transition avec arrêt des cycles avec quelques bouffées de chaleur au début puis une transformation "intérieure" avec des nouvelles énergies créatrices !* ».

- Quand certaines femmes évoquent la ménopause (n=10), elles insistent sur la modification corporelle liée à la **prise de poids** mais aucune ne s'exprime sur son ressenti. La répartition de cette prise de poids est décrite de façon androïde par une femme : « *augmentation de la graisse sur le ventre et les seins* ».

- La **sécheresse vaginale** marque cette période pour 12 femmes ménopausées. Elle semble agir négativement sur la qualité de la vie sexuelle des femmes (« *baisse de la libido* ») mais nous y reviendrons plus tard. Ce symptôme est vécu comme une « *dévitisation* » pour l'une d'entre elles.

- 4 femmes ménopausées ont remarqué une irritabilité, des sautes d'humeur, qui peuvent parfois aller jusqu'à une humeur dépressive : « *humeur fléchissante* », « *une grosse déprime* ».

- 4 femmes ménopausées se sont plaintes de fatigue.

Parmi les femmes non ménopausées, certaines expriment une « *crainte* » à l'idée d'avoir ces symptômes : « *Je m'inquiète sur les effets "secondaires" (manque de libido, bouffée de chaleur, sécheresse vaginale, poils qui poussent)* » ; « *C'est l'avenir assez proche. J'espère ne pas avoir des "coups de chaleur" et je crains l'arrivée d'une sécheresse vaginale.* ».

On remarque que les femmes sont rares à penser que la ménopause améliore leur santé sauf pour celles qui avaient des hémorragies génitales.

III.2. L'arrêt des règles

La fin des règles est souvent évoquée pour définir la ménopause (n=20). Pour la majorité des femmes, cela est satisfaisant et pratique : « *plus de règle = le bonheur* » (FeNM), « *tant mieux, plus de règles* » (FeM), « *ne plus souffrir (enfin !) comme avec les règles* » (FeM). Cet événement est parfois vécu comme un soulagement (« *soulagement car je faisais des hémorragies* » (FeM)), voire une libération (« *la liberté retrouvée, ne plus être soumise au cycle* » (FeNM)).

La fin des règles correspond pour une femme à la perte de sa féminité : « *Enfin tranquille côté règles mais on perd de sa féminité.* ».

III.3. L'arrêt de la fécondité

La ménopause symbolise pour certaines femmes l'arrêt de la fécondité (n=18).

Des femmes expriment un soulagement, une libération de la contrainte contraceptive : « *Une grande liberté et la fin de prise de moyen contraceptif* » (FeNM), « *Libération de la pilule et de la contrainte que représente la contraception* » (FeM), « *Libération de la peur d'être enceinte* » (FeNM).

Le deuil de la maternité est difficile pour deux femmes nulligestes : « *période difficile moralement car c'est la fin de quelque chose* » (FeM), « *la crainte de déprimer parce que je n'avais pas eu d'enfant* » (FeM).

III.4. Une nouvelle image corporelle

La ménopause évoque une période d'évolution hormonale pour quelques femmes : « *Une période de changements hormonaux ayant des répercussions sur le corps et le mental* » (FeNM).

Certaines femmes vivent cette nouvelle perception corporelle de façon positive, avec dynamisme : « *Une transformation "intérieure" avec des nouvelles énergies créatrices !* » (FeM). Une femme l'a même vécu comme une libération (« *Transformation, délivrance* » (FeM)). Au contraire, d'autres femmes les vivent de manière négative : « *mal être dans son corps* » (FeM).

III.5. Le vieillissement

Quelques femmes non ménopausées représentent la ménopause comme le début de la vieillesse (n=10) : « *La vieillesse qui commence !* » (FeNM), « *La vieillesse, un cap* » (FeNM)). On constate que ce sentiment est peu vécu par les femmes ménopausées (n=2).

III.6. Une étape de la vie

La ménopause représente pour un certain nombre de femmes une étape de la vie, un cap (n=13).

Certaines le vivent positivement (« *heureuse de passer à une autre étape de ma vie* » (FeM)), d'autres expriment un peu de nostalgie (« *une page qui va se tourner* » (FeNM)).

Deux femmes évoquent un continuum de la vie : « *le cycle normal de vie d'une femme* » (FeNM), « *une continuité de la vie* » (FeNM), « *Une transition, une appréhension mais pas quelque chose de négatif* » (FeM).

Que cet événement soit vécu positivement ou négativement, cela reste une étape importante comme l'a écrit une femme : « *encore un changement important dans la vie de la femme* » (FeNM).

III.7. Sexualité

Trois femmes évoquent la sexualité : deux femmes non ménopausées, âgées de 44 et 48 ans, et une femme ménopausée.

Le fait de ne plus pouvoir donner la vie représente pour ces femmes une libération dans leur vie sexuelle : « *Une grande liberté de la sexualité, la fin d'un grand cycle de procréation* » (FeNM), « *une sexualité libérée* » (FeNM), « *la fin d'un cycle, le début d'une nouvelle vie sexuellement libre* » (FeM).

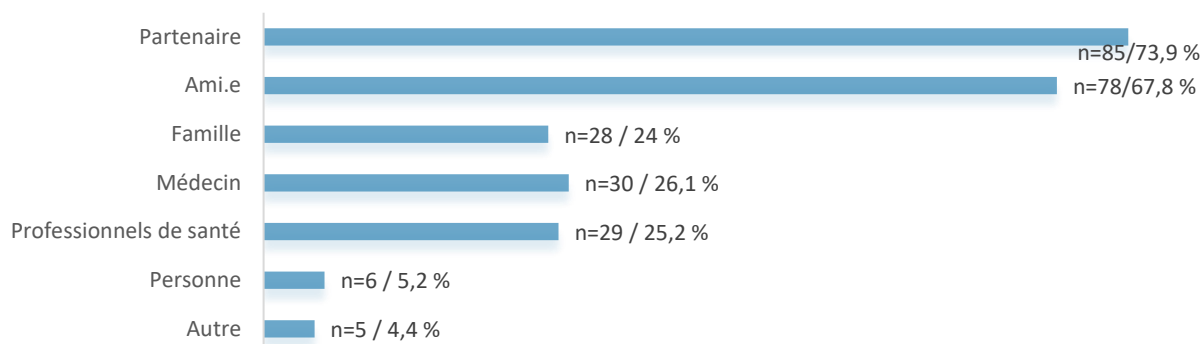
Mais pour d'autres femmes, les symptômes liés à la ménopause comme les sécheresses vaginales engendrent une baisse de la libido.

F. LA SEXUALITE

I. INTERLOCUTEURS ET SOURCES D'INFORMATIONS

Q. 29 : Pourriez-vous nous dire avec qui parlez-vous de sexualité ? (QCM)

Effectif : n=114 - Absence de réponse : n=1



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Figure 13 : Types d'interlocuteurs pour discuter de sexualité, en effectif et pourcentage

5 femmes ont coché la proposition autre, les sources d'information sont : groupes de parole (n=1), groupes de formation (n=1), éducatrices (n=2), Facebook (n=1).

Q. 30 : En parler, pour vous, c'est : (QCS)

Effectif : n=108 - Absence de réponse : n=7

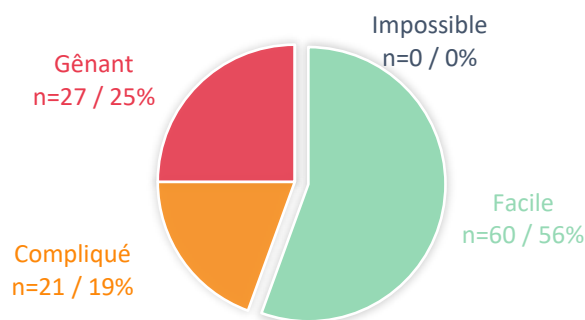


Figure 14 : Vécu des femmes concernant les échanges sur le thème de la sexualité (n=108)

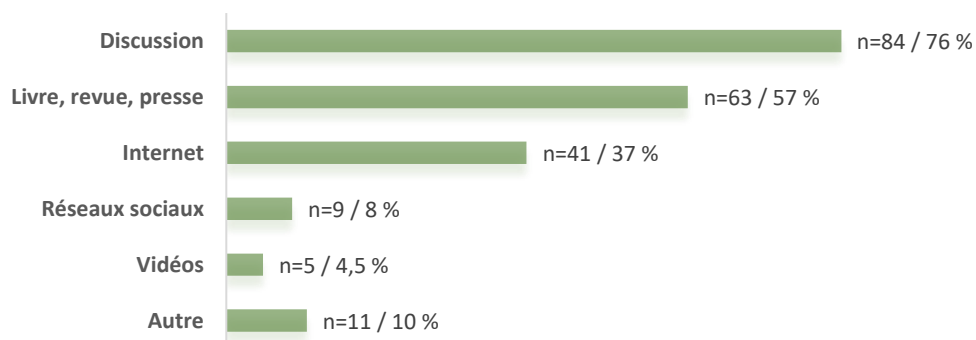
Certaines femmes nuancent leurs réponses. L'échange n'est pas vécu de manière semblable en fonction de la personne qu'elles ont devant elle : « *facile uniquement avec partenaire ou médecin, gênant avec les autres* ».

Quelques femmes insistent sur la nécessité d'échanger sur ce sujet, vécu parfois comme un tabou : « *Gênant car c'est intime mais en même temps nécessaire pour mieux comprendre, il faudrait affaiblir ce tabou pour faciliter la parole* » ; « *C'est important de partager, transmettre, comprendre* ».

Q. 31 : Quelles sont vos sources d'information pour mieux vivre cet aspect de votre vie ? (QCM)

Effectif : n=110 - Absence de réponse : n=5

Différentes sources d'information sont utilisées pour se documenter sur la sexualité.



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Figure 15 : Sources d'informations utilisées par les femmes pour se documenter sur la sexualité, en effectif et pourcentage

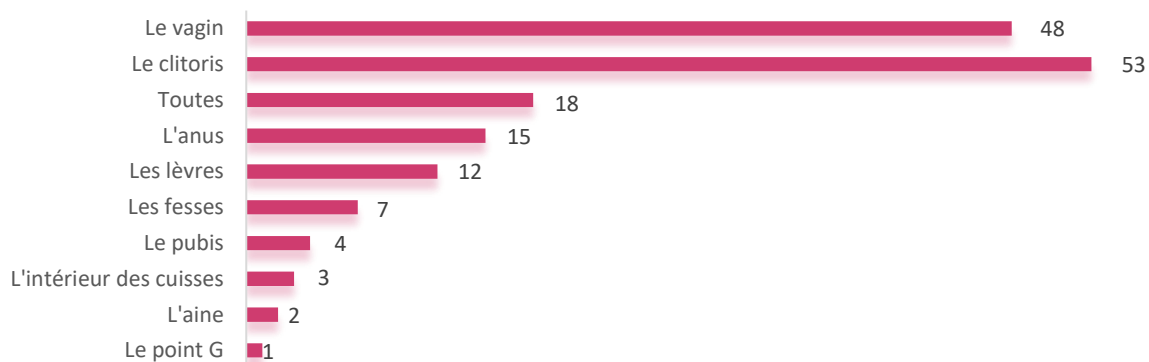
Les autres sources d'informations citées sont les stages, le développement personnel, la pratique et les expériences sexuelles.

II. ZONES CORPORELLES GENITALES ET PLAISIR

Q. 32 : Selon vous, quelles zones corporelles féminines (situées entre vos hanches) peuvent procurer du plaisir ? (question ouverte)

Effectif : n=96 - Absence de réponse : n=19

On constate tout d'abord que 19 femmes ne se sont pas exprimées sur cette question, soit un taux d'absence de réponse à 16,5 %. On se basera donc sur un effectif de 96 femmes pour les résultats relatifs à cette question.



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Figure 16 : Zones pelviennes identifiées comme procurant du plaisir par les femmes, en effectifs

On constate que le vagin et le clitoris sont les plus cités. On note que 23 femmes ont donné une seule réponse : le « *clitoris* » et 24 femmes ont donné l'ensemble « *vagin + clitoris* » comme réponse.

III. RAPPORTS SEXUELS DOULOUREUX : FREQUENCE, ETIOLOGIES, CONSENTEMENT

1.a. Incidence des rapports sexuels douloureux

Q. 33 : Vous arrive-t-il d'avoir des rapports sexuels douloureux ? (oui/non)

Effectif : n=112 - Absence de réponse : n=3

On constate que 81 femmes (soit 72,3 %) ont déjà ressenti des douleurs lors des rapports sexuels.

31 femmes disent n'en avoir jamais ressenti.

Parmi les femmes se plaignant de rapports sexuels douloureux :

- 11 (soit 9,8 %) en ont souvent.
- 38 (soit 33,9 %) en ont de temps en temps.
- 32 (soit 28,6 %) en ont rarement.

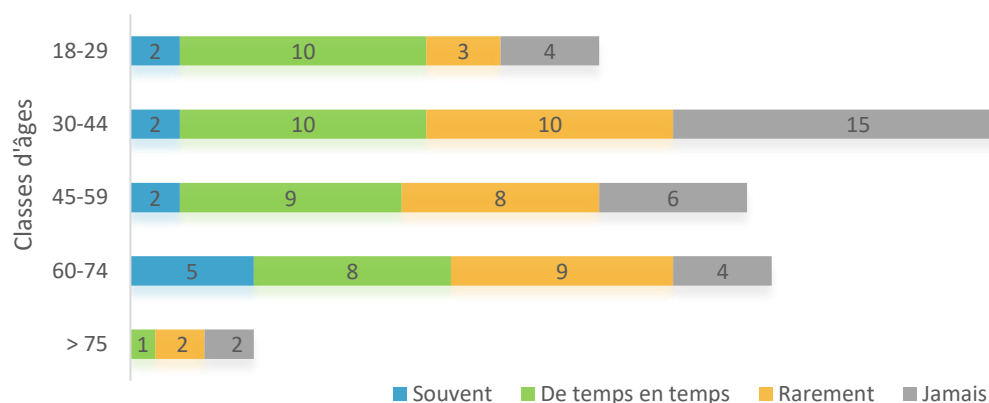


Figure 17 : Proportion de femmes ayant déjà ressenti des douleurs lors d'un rapport sexuel, en fonction des classes d'âges (n=112)

On constate que les rapports sexuels douloureux sont présents à n'importe quel âge. Les femmes ménopausées sont nombreuses à signaler ce problème (n=36, soit 75 %).

1.b. Causes aux rapports sexuels douloureux

Q. 34 : Selon vous, quelles sont les raisons de ces rapports sexuels douloureux ? (question ouverte)

Effectif : n=71 - Absence de réponse : n=10

Les femmes évoquent plusieurs raisons pouvant provoquer les douleurs sexuelles :

○ Psychologiques :

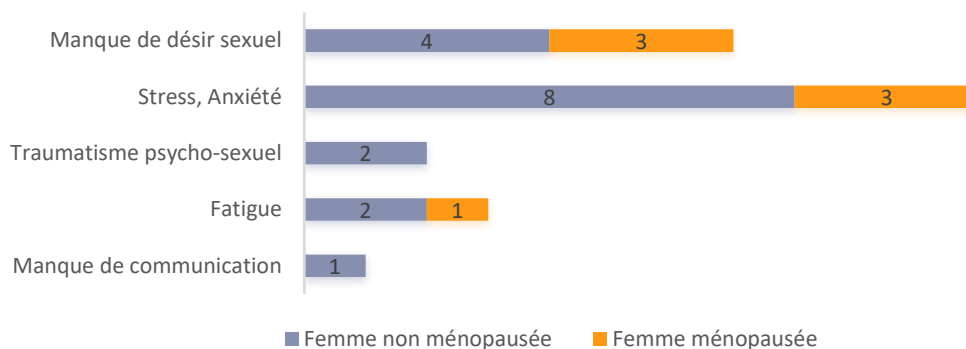


Figure 18 : Raisons psychologiques aux douleurs sexuelles en fonction du caractère ménopausique des femmes, en effectif

○ Autres raisons :

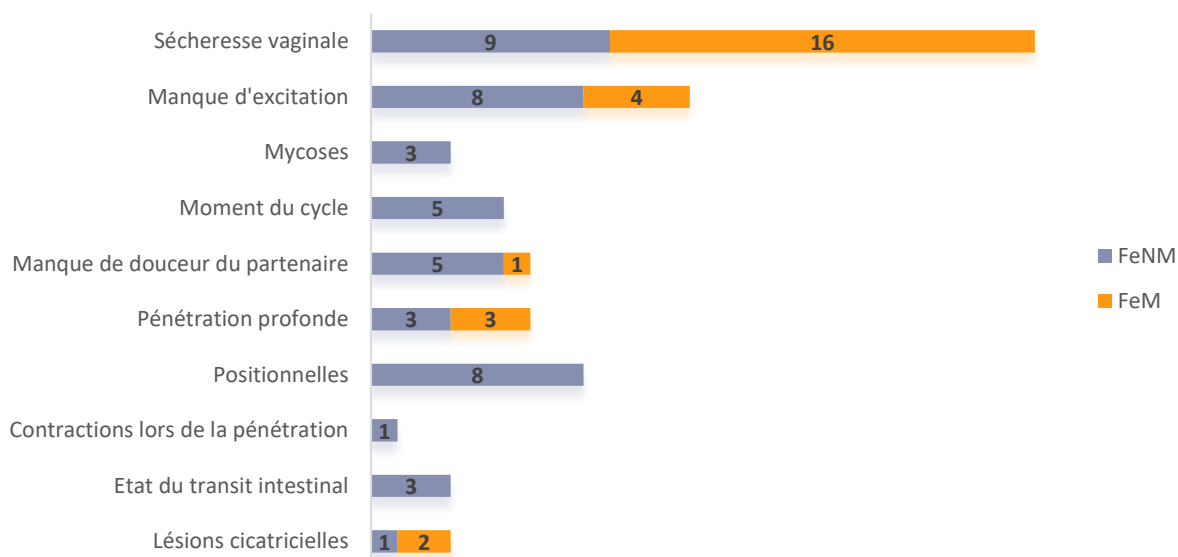


Figure 19 : Causes des douleurs sexuelles, en fonction du caractère ménopausique des femmes, en effectifs

1.c. Consentement et rapports sexuels

Q. 35 : Vos rapports sexuels ont-ils toujours été consentis ? (oui/non)

Effectif : n=115 - Absence de réponse : n=8

25 femmes (soit 23,4 %) disent avoir déjà eu des rapports sexuels non consentis.

Rapports sexuels consentis	N	%
OUI	82	71,3 %
NON	25	21,7 %
Abstention de réponses	8	7,0 %

Tableau 1 : Répartition des femmes en fonction de la notion de consentement lors de rapports sexuels, en effectifs et pourcentages

1.d. Violence et rapports sexuels

Q. 36 : Votre (ou un.e de vos) partenaire(s) a-t-il déjà été violent pendant les rapports ? (oui/non)

Effectif : n=104 - Absence de réponse : n=11

Ici 12 femmes expriment avoir vécu des situations de violence lors d'un rapport sexuel.

Violence de la part du partenaire lors des rapports sexuels	N	%
OUI	12	10,4 %
NON	92	80 %
Abstention de réponses	11	9,6 %

Tableau 2 : Répartition des femmes en fonction de la notion de violence de la part du partenaire lors de rapports sexuels, en effectifs et pourcentages

G.LE SUIVI GYNECOLOGIQUE

I. PROFESSIONNELS DE SANTE ET FREQUENCE DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

I.1. Professionnels de santé réalisant le suivi gynécologique

Q. 37 : Avec quel(s) professionnel(s) de santé réalisez-vous votre suivi gynécologique ? (QCM)

Effectif : n=109 - Absence de réponse : n=6

On constate que les femmes disent être suivies majoritairement par le (la) gynécologue ou par leur médecin généraliste. Certaines femmes ont un double suivi. La sage-femme est peu consultée par les femmes pour effectuer un suivi.

5,5 % (n=6) des femmes disent être suivies par l'ensemble des professionnels de santé (gynécologue, médecin traitant, sage-femme). On peut se demander si cela ne correspond pas à un suivi de grossesse. Elles n'ont pas été représentées sur la figure ci-dessous.

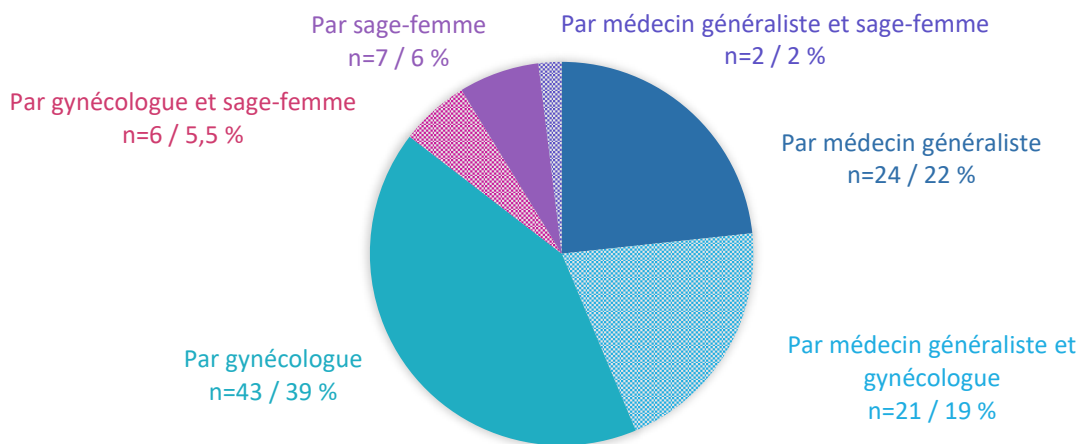


Figure 20 : Professionnels de santé réalisant le suivi gynécologique des femmes de notre étude (n=103)

I.2. Fréquence du suivi gynécologique

Q. 40 : A quelle fréquence le (la) consultez-vous pour ce suivi gynécologique ? (question ouverte)

Effectif : n=98 - Absence de réponse : n=17

On constate que 17 femmes n'ont pas répondu, dont 5 femmes âgées de moins de 25 ans. Nous nous sommes donc basées sur un échantillon de 98 femmes pour les résultats de la question 40.

Le suivi annuel est le plus fréquent.

Parfois le suivi est très rapproché : une fois par mois (n=1), une fois tous les trois mois (n=1), ou encore une fois tous les six mois (n=4). On peut se poser la question d'un suivi en cours pour la prise en charge d'une grossesse ou d'une pathologie particulière.

Certaines femmes réalisent un suivi tous les 2 à 3 ans : 20 femmes (soit 20,4 %) l'effectuent tous les deux ans, 13 femmes (soit 13,3 %) tous les trois ans.

Quelques femmes n'ont pas, ou peu, de suivi : 11 femmes (soit 11,2 %) se font suivre rarement, 5 femmes (soit 5,1 %) n'ont aucun suivi.

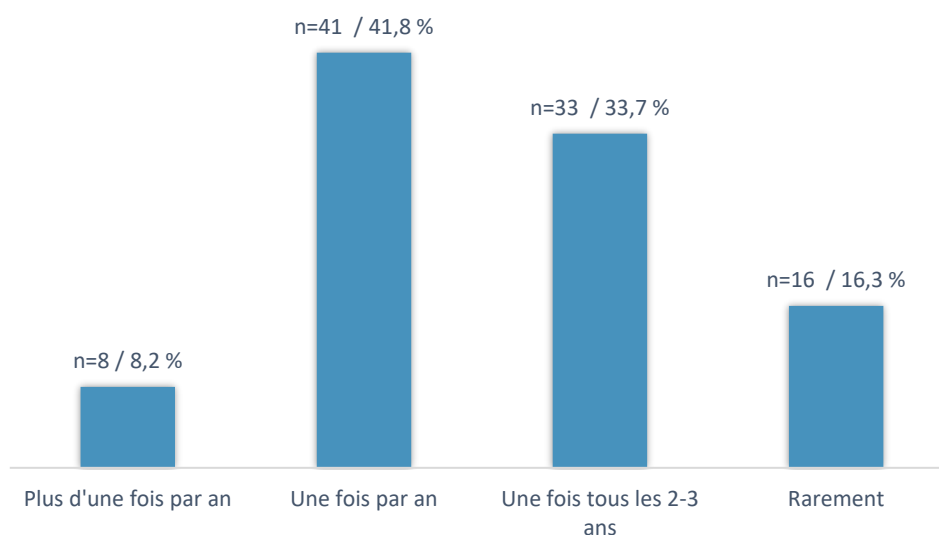


Figure 21 : Fréquence du suivi gynécologique, en effectif et pourcentage (n=98)

I.3. Déterminants garantissant la qualité de l'examen gynécologique

Q. 41 : Lorsqu'un professionnel de santé réalise un examen gynécologique, à quelles attitudes êtes-vous sensibles ? (question ouverte)

Effectif : n=115 - Absence de réponse : n=24

On observe un taux d'absence de réponse de 20,9 % puisque 24 femmes n'ont pas répondu à cette question. Ce taux étant conséquent, nous l'incluons dans l'effectif relatif à cette question.

Les déterminants sont listés ci-dessous :

- La délivrance d'**explications** pour 31 femmes (soit 26,9 %). Les femmes différencient les explications délivrées avant l'examen (« *explications sur ce qui va se passer* ») et les explications données durant l'examen (« *explications des gestes, des actes* », « *qui m'explique le nom des outils, à quoi ils servent, comment elle l'utilise* », « *communication préalable "je vais faire ça, pour telle raison etc..." et un peu d'explications pour ne pas être en dehors du coup.* »). Une information **adaptée** est appréciée (« *vocabulaire simplifié* »).
- Certaines insistent sur l'importance des **échanges, des discussions** : « *Curieuse (de savoir ce que j'ai comme problème ou pas, à quoi c'est du...), se pose des questions, me pose des questions, pour essayer de comprendre au max.* ». Les femmes veulent se sentir **écoutées** (n=15, soit 13 %).
- Le **temps** de consultation semble retenir l'attention des femmes (n=9, soit 7,8 %) : « *De prendre le temps pour expliquer ce qu'elle fait. D'être dans la discussion sans jugement* », « *calme* », « *détendu* ».
- Le respect du **consentement** est un déterminant exprimé par 7 femmes (6,1 %) : « *permission d'entrer* », « *donner mon accord* ».
- On remarque que presque la moitié des femmes sont sensibles à la pratique de gestes **doux** (n=40, soit 34,8 %) : « *Manque de délicatesse lors de l'insertion des doigts, outils, attitude pressée, insensible ou humaine "stérile", très robotique* » ; « *Professionnalisme et douceur* ».

- La notion de regard est évoquée par deux femmes : « *Consentement, regard, discussion* », « *qu'il prenne un temps pour me regarder dans les yeux, demander la permission "d'entrer", soit le plus délicat possible et attentif à mes réactions* ».

- Le professionnel de santé doit faire preuve de professionnalisme (n=8, soit 6,9 %), de délicatesse (n=8, soit 6,9 %), de gentillesse (n=5, soit 4,3 %), de bienveillance (n=4, soit 3,8 %), être attentif (n=5, soit 4,3 %), respectueux de l'intimité et de la pudeur (n=8, soit 6,9 %), sans jugement (n=2, soit 1,7 %).

- La notion d'hygiène avec le port de gants est relevée par 3 femmes (soit 2,6 %) : « *Les gants [...], la propreté* », « *L'hygiène et les explications* », « *la propreté* ».

- L'influence du **genre du praticien** semble retenir l'attention d'une femme qui se sent plus à l'aise si le professionnel de santé est du genre féminin : « *je préfère que ce soit une femme ; je pense qu'elle peut ressentir les mêmes choses donc mieux les comprendre* ».

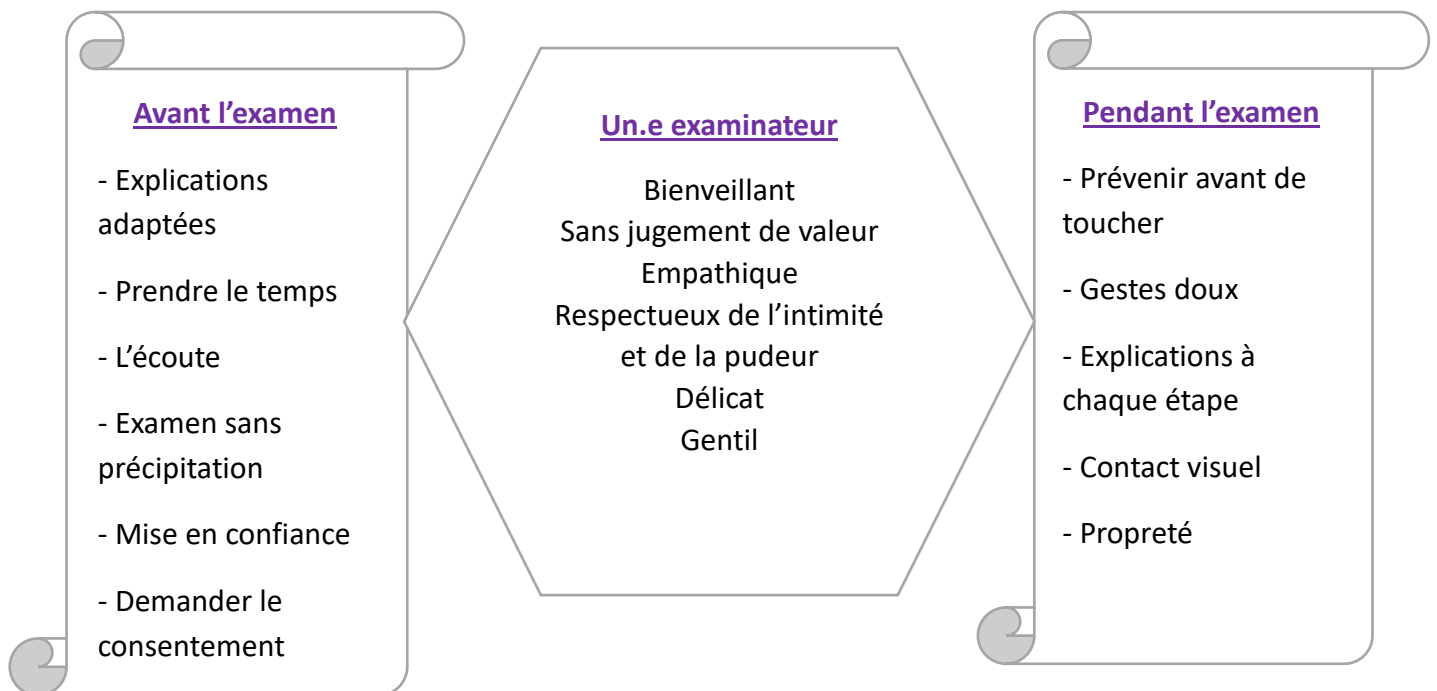


Figure 22 : Déterminants influençant la qualité de l'examen pelvien

II. L'ACCES AUX SOINS

Q. 38 : Vous êtes-vous déjà sentie en difficulté d'accès aux soins pour des questions gynécologiques ? (oui/non)

Q. 39 : Si vous avez répondu OUI, pourriez-vous exprimer vos difficultés ? (question ouverte)

Effectif : n=113 - Absence de réponse : n=2

34 femmes (soit 30 %) ont déjà perçu des difficultés d'accès aux soins.

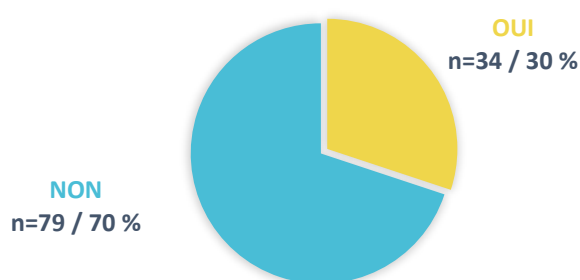


Figure 23 : Difficultés d'accès aux soins (n=113)

Les difficultés décrites sont principalement :

- liées à l'environnement rural que représente le territoire de l'étude

Certaines femmes font part de la rareté des médecins spécialisés en gynécologie sur le territoire, ce qui entraîne des rendez-vous « *rares et éloignés* », comme le décrivent 14 femmes (soit 41,2 %).

Une femme décrit un isolement médical : « *village isolé, pas de planning familial, obligé d'aller à l'hôpital* ». 8 femmes (soit 23,5 %) se sont trouvées en difficultés du fait de la longue distance à parcourir pour trouver un professionnel de santé en gynécologie. Il existe des difficultés à avoir des soins adaptés avec l'éloignement géographique : « *Fin de grossesse / accouchement => gynéco différent du médecin choisi, loin, rendez-vous compliqué à prendre, certaine gêne devant un inconnu qui ne sera pas le même lors de l'accouchement => à quoi bon changer trois fois de docteurs alors ?* »

Deux femmes ont perçu des difficultés dans la continuité des soins lors de leurs grossesses ou durant le post-partum. Il semble exister une carence dans l'accompagnement des mères.

« Après ma césarienne je me sentais dévastée, massacrée. Les médecins que j'ai vu à cette période m'ont tous dit que l'important c'est que mon bébé allait bien...pas d'accueil ; pas d'écoute, pas de compassion pas de propositions concrètes spontanées d'aide. On s'occupe de la femme pendant la grossesse, et après on s'occupe du bébé. La femme doit se débrouiller pour gérer la fatigue et tous les inconforts physiques. Comme si personne n'était formé à l'accueil de la jeune maman. »

- liées au praticien

Les femmes décrivent rencontrer des professionnels « *peu à l'écoute* » (n=4, soit 11,8 %), « *incompétent* » (n=1, soit 3 %), ne donnant pas d'explications (n=3, soit 8,8 %). Une femme explique avoir rencontré un gynécologue « *jugeant, rapport accompli sans bienveillance, ni souci de compréhension pour la patiente de ce qui lui arrive* » ; une autre décrit un « *corps médical pas à l'écoute et [qui] n'accorde pas suffisamment d'importance à l'état psychologique des patientes* ». Il est reproché un « *Manque de délicatesse lors de l'insertion des doigts, outils, attitude pressée, insensible ou humaine stérile, très robotique.* »

- liées à l'expérience de chaque femme

Les sentiments de honte, de peur, de gêne, de manque de confiance sont exprimés par les femmes : « *peur de passer le pas (l'auscultation)* », « *manque de confiance et de motivation pour être accompagnée intimement* ».

Les expériences passées sont un facteur limitant d'accès aux soins : « *difficulté pour pose de stérilet il y a 10 ans (sans enfant, aidé par le planning familial)* ».

H. REPRESENTATIONS ANATOMIQUES DE LA VULVE

Q. 42 : Dans l'ordre croissant, veuillez inscrire à quelle partie anatomique correspond chacun des chiffres (en référence au schéma de la vulve)

Effectif : n=115 - Absence de réponse : n=19

On constate un taux d'absence de réponse de 16,5 % puisque 19 femmes n'ont pas du tout légendé le schéma. Ce taux étant conséquent, il a été décidé de l'inclure dans l'effectif total relatif à cette question.

Les différentes légendes correspondent à :

N° 1 : gland du clitoris

N°4 : grandes lèvres

N°2 : méat urinaire

N°5 : orifice vaginal

N°3 : petites lèvres

N°6 : périnée

Classes des âges	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6
18-29	5 / 26,3 %	9 / 47,4 %	5 / 26,3 %	5 / 26,3 %	6 / 3,2 %	15 / 78,9 %
30-44	9 / 24,3 %	10 / 27 %	8 / 21,6 %	8 / 21,6 %	8 / 21,6 %	13 / 35,1 %
45-59	6 / 23,1 %	5 / 19,2 %	2 / 7,7 %	3 / 11,5 %	3 / 11,5 %	13 / 50 %
60-74	1 / 3,8 %	3 / 11,5 %	1 / 3,8 %	3 / 11,5 %	2 / 7,7 %	10 / 38,5 %
> 75	6 / 85,7 %	6 / 85,7 %	6 / 85,7 %	6 / 85,7 %	6 / 85,7 %	6 / 85,7 %
TOTAL	27 / 23,5 %	33 / 28,7 %	22 / 19,1 %	25 / 21,7 %	20 / 17,4 %	57 / 49,6 %

Tableau 3 : Proportion d'absence de réponses des différentes légendes en fonction des classes d'âges, en effectifs et pourcentages

On remarque que la majorité des femmes âgées de plus de 75 ans (n=6, soit 85,7 %) n'ont pas répondu à cette question. Ainsi ce groupe de femmes n'a pas été inclus dans les comparaisons

relatives à cette question.

Le mot « vulve » est cité par 7 femmes pour légender certaines parties du schéma.

Les résultats mettent en évidence un clitoris (N°1) correctement légendé par les trois quarts des femmes interrogées (72,3 %), un méat urinaire (N°2) légendé par environ deux tiers des femmes (58,3 %), des petites (N°3) et grandes lèvres (N°4) ainsi qu'un orifice vaginal (N°5) bien distingués par la majorité des femmes (69,6 % pour chacune des parties citées), mais un périnée (N°6) peu reconnu (42,6%).

L'âge ne semble pas avoir d'incidence sur la connaissance anatomique (pas de différence significative, $p > 0,05$ au test exact de Fisher). Les femmes ayant eu au moins un enfant ont mieux identifié le périnée que les autres femmes ($p < 0,05$ au test exact de Fisher).

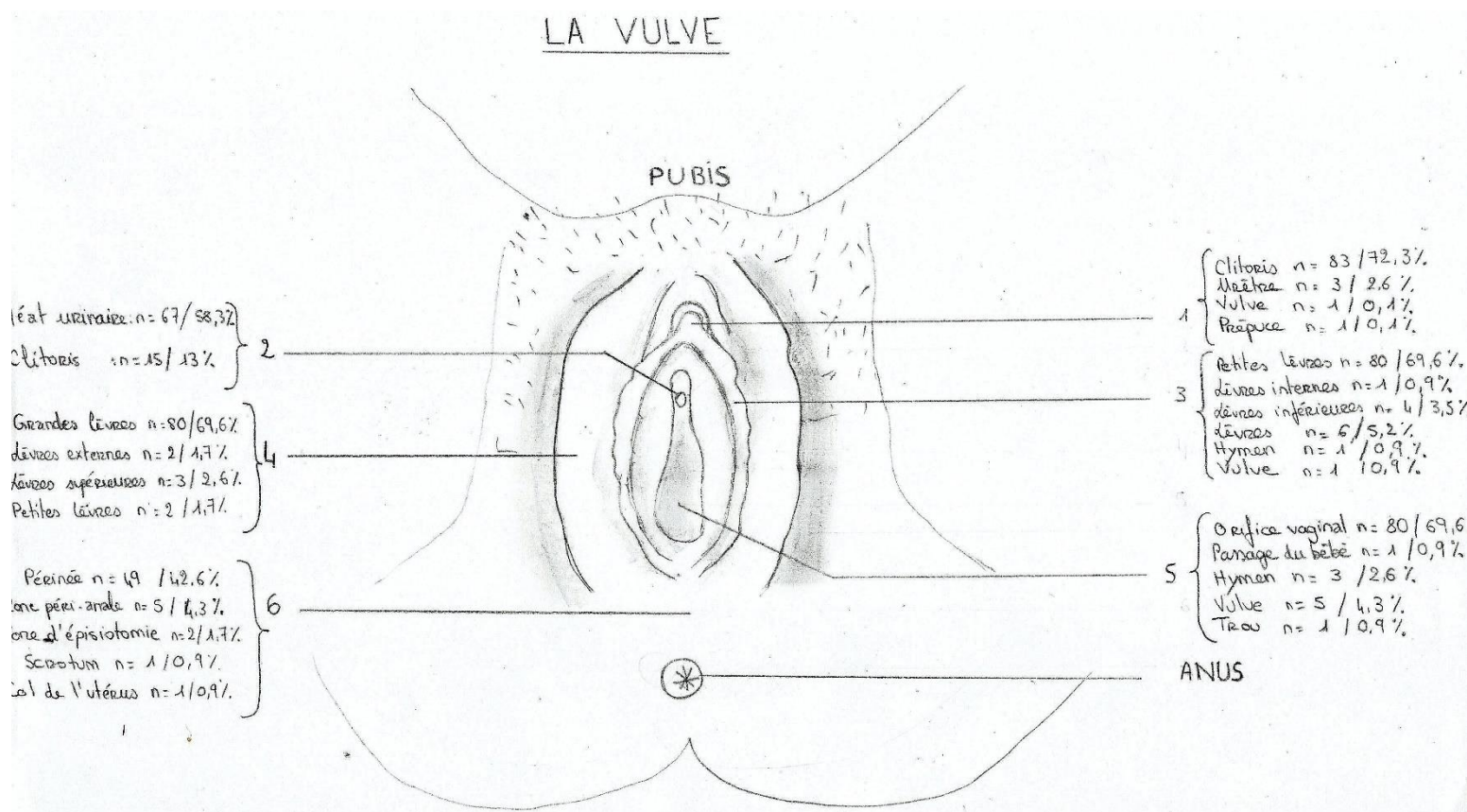


Figure 24 : Différentes légendes de la vulve, en effectifs et pourcentages

Pour des résultats détaillés en fonction des classes d'âge, se référer à l'Annexe 4.

DISCUSSION

En premier lieu, nous analyserons les forces et limites de l'étude. Ensuite, nous comparerons les résultats principaux aux données de la littérature, puis nous mettrons en perspective les résultats relatifs aux objectifs secondaires. Pour terminer, nous proposerons quelques pistes d'évolution pour la pratique courante des professionnels de santé en charge de la santé des femmes.

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

I. FORCES DE L'ETUDE

I.1. Le choix de la méthode

Nous avons fait le choix d'une méthode quantitative associée à une analyse qualitative pour les raisons suivantes :

- L'analyse quantitative permet ici d'étudier les connaissances des femmes ; il en ressort des données statistiques (telles que des fréquences et moyennes) représentées sous forme de tableaux et graphiques.
- L'analyse qualitative nous permet quant à elle d'étudier les perceptions des femmes sans a priori ni perte de données ; et d'explorer de nouvelles pistes de compréhension, en l'occurrence les relations entre les femmes et leur zone génitale.

I.2. Originalité du sujet

Après analyse de la littérature, on retrouve plusieurs travaux étudiant les connaissances des femmes sur la contraception ou les IST. Peu de travaux étudient leurs connaissances anatomiques et physiologiques et lorsqu'elles sont évaluées, c'est principalement auprès des adolescentes et des jeunes femmes.

A ce jour, nous avons retrouvé trois études quantitatives étudiant les connaissances anatomiques et physiologiques des femmes adultes sur leur zone génitale : une thèse d'exercice de 2015 soutenue à Lyon (19) et deux mémoires de sage-femme de 2012 soutenue à Angers (20) et 2019 sur Lille (21).

Il existe par ailleurs plusieurs études qualitatives explorant chacun des thèmes abordés dans notre travail : le vécu des premières règles (22), le vécu des transformations corporelles (23), le vécu de l'incontinence urinaire et de son dépistage (24), le vécu de l'examen gynécologique (25).

II. LIMITES ET BIAIS

Notre étude s'inscrit dans une approche complexe à la fois médicale, psychologique et sociologique. L'objectif ici était d'avoir un état des lieux à un instant donné. Nous aurions pu majorer l'échantillonnage afin d'avoir une représentativité plus importante mais cela aurait nécessité une diffusion plus intensive et prolongée du questionnaire. Or du fait des multiples questions relevant d'une approche qualitative il aurait été difficile avec nos moyens d'exploiter davantage de questionnaires. Il s'agit donc d'une étude observationnelle et compréhensive en lieu et temps déterminés, sans prétention d'extrapolation, mais qui puisse être une base de réflexion concrète pour les professionnels de santé en charge de la santé des femmes.

La masse de données recueillie grâce aux questionnaires n'a pas été exploitée entièrement. En effet, l'analyse a été réalisée selon la problématique de la thèse. Les autres résultats pourront faire l'objet d'autres champs de recherche.

Malgré une création collégiale pluridisciplinaire et une longue maturation du questionnaire, la formulation de certaines questions est regrettée, empêchant une analyse approfondie de certaines données. On peut citer par exemple la question n°19 : « *Si vous avez eu recours à une ou des interruptions de grossesse, quel âge aviez-vous ? Qu'auriez-vous à dire sur ce sujet ?* ». Il n'a pas été précisé le type d'interruption de grossesse (spontanée, volontaire, thérapeutique) ce qui aurait été une donnée intéressante pour l'analyse des résultats.

Plusieurs biais présents dans notre étude ont pu engendrer des erreurs dans les résultats. On cite :

- Le biais de recrutement du fait de la participation volontaire des femmes à l'enquête. On peut se demander si les femmes ayant participé à l'enquête ne sont pas celles qui sont les plus intéressées par le sujet, et donc celles qui sont les plus informées. Pour limiter ce biais, le

questionnaire a été diffusé par différents professionnels de santé ainsi que dans certaines mairies et centre socio-culturels. Ainsi des femmes n'étant pas spontanément intéressées par le sujet ont pu être incluses dans l'étude. De plus, deux phases de relance ont eu lieu (par mail et oralement) pour redynamiser les distributions des questionnaires.

- Le biais de mesure attribué aux réponses déclaratives. Les réponses à choix multiples, avec une proposition « autre » proposant un commentaire libre, et les questions ouvertes permettent de limiter ce biais au maximum. L'analyse en devient plus complexe.

- Le biais de compréhension limité par la diffusion au préalable du questionnaire aux femmes de notre entourage. Certaines questions auraient pu être mieux formulées, on cite par exemple :

« Veuillez cocher votre moyen de contraception actuel parmi ceux proposés » : Nous pensions proposer aux femmes de cocher les items correspondant à leur contraception actuelle. Or plusieurs femmes ménopausées ont coché certaines réponses.

- Le biais d'analyse lié aux absences de réponse. Le support informatique a limité ce biais en obligeant les femmes à répondre avant de passer à la question suivante. Le support papier a quant à lui favorisé ce type de biais.

- Le biais lié à l'investigatrice : l'analyse des résultats a été limitée par mon manque de formation dans les domaines de la recherche quantitative et qualitative, de la sociologie et de la psychologie. De plus, il est probable qu'elle ait été induite du fait que je sois une femme étudiante en médecine.

B. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

I. CONTROLE INSATISFAISANT DE LA FERTILITE

Le premier constat de l'enquête est le faible taux de recours à la contraception orale hormonale : 15,9 % des femmes de l'enquête utilisent la pilule, soit deux fois moins que les femmes françaises (selon les données du Baromètre Santé de 2016 (26)).

Méthodes contraceptives utilisées	Sur le territoire de l'enquête (en 2019)	En France (en 2016)
Contraception orale (pilule)	15,9 %	33,2 %
Dispositif intra-utérin (DIU)	47,7 %	25,6 %
Préservatif	25 %	15,5 %
Autres méthodes contraceptives*	9 %	5,3 %

* : implant, anneau, patch

Tableau 4 : Comparaisons des méthodes contraceptives utilisées par les femmes en âge de procréer sur le territoire défini par l'enquête en 2019 et en France en 2016

Il semble exister des réticences face aux méthodes contraceptives hormonales comme l'illustrent 6 femmes de l'enquête (soit 6 %) qui ont adopté les méthodes dites « de connaissance de l'ovulation » (calcul des jours, symptothermie). Cette prévalence correspond aux données nationales puisque 6 % des femmes françaises utiliseraient ces méthodes (chiffre stable depuis 2000) (27). D'après les recherches de Nathalie BAJOS, sociologue et démographe ayant travaillé sur la sexualité en France, depuis la polémique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération fin 2012-début 2013, près d'une femme sur cinq a changé de moyen contraceptif. Le recours à la pilule est passé de 50 % à 33 % entre 2010 et 2016 (26,28). L'efficacité et l'absence de dangerosité pour la santé semblent devenir deux déterminants importants dans le choix de la contraception (29).

De ce fait quelle est la fiabilité de ces méthodes « naturelles » ? Nous nous sommes posées la question après avoir constaté que seulement une femme parmi les six utilisant ces méthodes savait situer l'ovulation. Nous remarquons que les femmes interrogées pensent être suffisamment informées sur la physiologie du cycle menstruel à en croire les réponses à la question 8 du questionnaire : 70 femmes (soit 65,4 %) considèrent avoir une connaissance suffisante du cycle féminin. Mais seulement 6 d'entre elles situent correctement l'ovulation. Nous retrouvons ces mêmes constatations dans le mémoire de la sage-femme Madame CORRE LABAT (20) : dans son étude moins de 10 % des femmes savent placer l'ovulation au cours du cycle.

Ce savoir approximatif sur la physiologie de l'utérus et du cycle menstruel n'est-il pas en lien avec le taux de grossesses non désirées ? Une enquête réalisée en 2007 en Maine et Loire y répond positivement : 14 % des IVG étaient liées à la méthode de calcul des jours qui nécessitent l'arrêt des rapports sexuels en dehors des périodes de fécondabilité (30).

La requête actuelle d'allonger le délai légal de l'IVG est en lien avec des chiffres inquiétants : le taux de recours à l'IVG vient de battre son record avec 232 000 IVG pratiqués en 2019 (10). Il semble primordial de renforcer en amont l'information délivrée sur la contraception pour permettre aux femmes un contrôle plus efficace de leur fertilité. De plus, il est essentiel de renforcer l'accès à l'avortement et de façon plus générale, aux soins gynécologiques. Nous y reviendrons plus tard.

II. SOUS-ESTIMATION DU RISQUE DE GROSSESSE EN POST-PARTUM

Notre travail a mis en évidence que 8,5 % des femmes ayant subi une IVG avaient découvert leur grossesse non désirée dans l'année suivant leur accouchement, aboutissant à des conséquences parfois dramatiques. Selon le rapport de la DREES, la survenue d'une IVG après un acte obstétrical n'est pas rare : la probabilité d'une IVG est « *maximale dans les cinq à sept mois après un événement obstétrical* » (10). La période du post-partum, précédant le « retour de couches », est donc considérée comme peu fertile pour de nombreuses femmes. Elles ne semblent pas savoir que l'ovulation est préalable au retour des règles. Le travail de la sage-femme Madame BAUER a pourtant confirmé que la vigilance contraceptive est toujours signalée à la sortie des maternités (31). En effet elle a montré que la majorité des femmes (19 femmes sur un effectif de 22) s'étaient vues prescrire une contraception à leur sortie de la maternité mais que l'observance à distance était faible (10 femmes ne l'avaient pas utilisé). La principale raison était un manque d'information sur le risque précoce d'une nouvelle grossesse. On peut alors se demander si l'information délivrée aux femmes est adaptée à leurs interrogations. Ainsi une optimisation du suivi par les sages-femmes ne pourrait-elle pas limiter ce phénomène ? Peu avant notre enquête une sage-femme s'est installée à la MSP de Saint-Jean-du-Gard. L'apport de ses compétences ainsi

que le développement de la collaboration interprofessionnelle devraient pouvoir modifier la qualité de la prise en charge en santé des femmes sur le territoire de l'étude. L'enquête ne peut pas encore l'évaluer.

III. AMBIGUITES LINGUISTIQUES

III.1. Gestation interrompue

Il a été constaté qu'un certain nombre de femmes interrogées ne considèrent pas une gestation interrompue comme une grossesse. Il semble exister une différence de perception des grossesses entre les grossesses interrompues et menées à terme. Si on s'intéresse aux définitions des termes grossesse et gestation, on peut lire que :

- « *La grossesse est un état de la femme entre la fécondation et l'accouchement* »
(Larousse, 2020)
- « *La grossesse est le terme employé lorsqu'une femme a un fœtus qui grandit en elle* »
(Passeport Santé, (32))
- « *La gestation est l'état d'une femelle vivipare qui porte son petit, depuis la conception jusqu'à la naissance.* » (Larousse, 2020)

La définition donnée par le Larousse correspondrait plutôt à celle des professionnels de santé alors que celle décrite par *Passeport Santé* se rapprocherait de la représentation des femmes. Cela signifie-il qu'une grossesse implique d'avoir conscience de la présence du fœtus ? En quoi cette perception est-elle différente de la présence d'un embryon ? Il existe ici un vrai sujet de réflexion entre le concept de gestation universelle et la perception de grossesse spécifique à l'être humain. Ce constat observé dans la pratique courante et banalisé par les soignants pourrait être l'objet d'une mise en perspective.

III.2. Sens du mot « vulve »

Le terme « vulve » semble poser problème. Alors que nous avons présenté le schéma anatomique comme une représentation de la vulve, certaines femmes ont tout de même légendé certaines parties du schéma avec ce terme. C'est le cas pour le clitoris, les petites lèvres et l'orifice vaginal. Il semble y avoir un souci de vocabulaire. Ce constat est également fait par l'écrivaine Eve Ensler dans la préface de son livre *Les monologues du vagin* : « *Je dis vagin parce que je n'ai pas trouvé un mot qui soit plus général, qui décrive réellement toute cette zone et tout ce qui la compose [...]* « vulve » est un bon mot ; plus spécifique. Mais je crois que la plupart d'entre nous ne savent pas clairement ce qu'inclut la vulve » (33).

Ces ambiguïtés linguistiques pourraient être à l'origine de discordances entre les femmes et les professionnels de santé. Ainsi ces derniers se doivent d'être vigilants lorsqu'ils s'adressent aux femmes. La loi rappelle qu'il leur est demandé d'employer un langage adapté et de s'assurer de la bonne compréhension des patients afin de permettre une « décision médicale partagée » (34). Il serait opportun par exemple d'expliquer lors de chaque examen gynécologique les repères essentiels anatomiques en s'adaptant à la connaissance de chaque femme.

IV. IMPACT DE LA CONNAISSANCE SUR LE VECU DES ETAPES PHYSIOLOGIQUES

Les femmes vivent au rythme des étapes physiologiques qui correspondent aux règles, à la grossesse, à l'accouchement ou encore à la ménopause. Ces « *mutations physiologiques* », comme l'exprime l'écrivain et médecin féministe Martin Winckler (35), ont un impact physique, émotionnel et intellectuel.

L'enquête a montré que le niveau de connaissances influençait le vécu de ces étapes physiologiques. Par exemple, on a constaté qu'un grand nombre de femmes a mal vécu l'apparition des premières règles entre sentiment de surprise, de peur et d'incertitude sur la nature de l'événement. L'expérience était vécue de façon plus positive lorsque les femmes avaient

reçu des informations en amont. Ces notions sont bien décrites dans l'étude du Dr VINEL, publiée en 2008, qui s'est intéressée aux transmissions des connaissances sur les règles (36). Mais l'enquête montre la persistance de nombreux silences sur la transmission du savoir autour des menstruations renforçant l'aspect tabou et « sale » des règles. La mère étant la principale source d'information, elle donne souvent des aides techniques pour faire face à ce problème mais il lui est reproché de ne pas donner d'explication physiologique, ce qui corrobore avec la méconnaissance des femmes sur le cycle menstruel (détaillée plus haut).

Notre enquête montre que la connaissance des zones génitales pouvant procurer du plaisir reste encore limitée. Il semble exister une réelle complexité à aborder ces parties génitales probablement du fait de leur rapport direct à la sexualité. On constate en filigrane du questionnaire qu'il existe encore beaucoup de pudeur et de retenue à évoquer la sexualité et à la vivre librement. Nous nous sommes donc demandées si cette connaissance corporelle intime partielle nuit à l'épanouissement sexuel des femmes. A ce jour, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature les données pouvant répondre à notre question.

L'étude montre que la connaissance de la physiologie ne remplace pas le vécu de l'expérience en elle-même qui devient une source de connaissance concrète. Par exemple, on a remarqué que les femmes non ménopausées craignent les symptômes et les pertes symboliques liés à la ménopause alors que les femmes ménopausées ressentent majoritairement une libération, comme si le vécu de cette étape de la vie était moins difficile qu'attendu. On retrouve cette dimension dans l'enquête de Delanoë : un faible pourcentage de femmes exprime la perte de statut (19 %) alors que 42 % voit « *la ménopause comme une période d'épanouissement* » (37). Les femmes insistent sur la dimension existentielle paradoxale d'épanouissement et de quiétude malgré les pertes symboliques attendues, malgré la bousculade hormonale et ses répercussions sur le corps et l'humeur.

Ainsi une meilleure connaissance pourrait permettre à chaque femme de mieux gérer son corps et ses désirs afin d'éviter certaines situations à risque (IVG, relations sexuelles non consenties). Le mouvement féministe très présent dans l'actualité tend à faire évoluer ces stéréotypes : il travaille sur la capacité des femmes à faire leur propre choix et à s'émanciper. Cependant ce sera long.

Quelles sources d'informations les femmes privilégient-elles pour renforcer leurs connaissances en gynécologie ?

C. DISCUSSION DES OBJECTIFS SECONDAIRES

I. LES SOURCES D'INFORMATIONS UTILISEES PAR LES FEMMES

Lors de l'apparition des premières menstruations, la mère apparaît comme une figure repère : « *Dans cette tension entre connaître ou « ne rien savoir », être accompagnée ou seule, effrayée ou sereine, la figure maternelle s'avère centrale.* » comme le confirme Dr VINEL (36). L'enquête met en évidence une transmission genrée des connaissances sur les menstruations, que démontrent Dr VINEL (citée plus haut) ainsi que le Dr DESPLATS-LEPRETRE dans sa thèse d'exercice soutenue en 2018 étudiant le vécu et les représentations des premières règles auprès de femmes et jeunes filles habitant à Montpellier (22).

Les enseignements scolaires sont peu cités par les femmes de notre étude. Or il doit être assuré au moins trois séances annuelles d'éducation sexuelle depuis la loi Aubry du 4 juillet 2001 (38). Mais ces séances sont peu réalisées à en croire le rapport du Haut Conseil à l'Egalité (HCE) paru en juin 2016 qui fait le constat suivant : 25 % des établissements scolaires déclarent n'avoir mis en place aucune action en matière d'éducation à la sexualité, souvent par manque de formation du personnel enseignant (6). Une réforme du contenu et de l'abord de la santé sexuelle en milieu scolaire ne pourrait-elle pas éviter certaines fausses croyances et situations difficiles à gérer (IVG chez les mineures, absentéisme scolaire pour dysménorrhées) ?

Arrivée à l'âge adulte, les femmes de notre étude disent aborder facilement le sujet de la sexualité avec leur partenaire et leur entourage amical mais ont encore beaucoup de difficultés à le faire face à des professionnels de santé. Les freins semblent être liés au caractère tabou et inhabituel d'aborder ce sujet avec un professionnel de santé. Les notions de plaisir et d'orgasme féminin sont récentes (la découverte de la physiologie de l'orgasme par les chercheurs Masters & Johnson date des années 60) ; et aujourd'hui elles ne sont pas encore une évidence faisant de la sexualité un sujet tabou pour certaines femmes (39). Le médecin généraliste pourrait être une personne ressource fiable mais les médecins « *se sentent souvent mal préparés pour aborder certaines thématiques jugées sensibles : sexualité...* » (40). Or dans son travail de thèse, Dr GALLET a montré que les patientes étaient demandeuses que le médecin généraliste soit proactif et qu'il évoque assez tôt la sexualité (41). La communication des soignants est donc perfectible, nous évoquerons des pistes d'amélioration à la fin de cette discussion.

Ainsi l'abord de la sexualité passe de nos jours par « *une socialisation « horizontale », où la construction de soi passe par les pairs, les moyens de communication et les références culturelles de génération, les expériences personnelles, les recommandations et les campagnes publiques* » comme l'a écrit Michel Bozon, anthropologue de formation ayant orienté ses recherches sur la sociologie de la sexualité (42).

Afin d'améliorer les connaissances des femmes sur leur santé génitale, nous nous sommes intéressés aux attentes et freins des femmes sur ce sujet.

II. ATTENTES ET FREINS DES FEMMES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LEUR SANTE GENITALE

II.1. Attentes

Les femmes interrogées dans notre travail attendent des praticiens qu'ils soient à l'écoute et respectueux afin de contribuer à une relation de confiance et à diminuer le stress généré par l'abord de certaines questions gynécologiques comme l'a fait remarquer Dr PASCAL dans sa revue de littérature sur le vécu de l'examen gynécologique (43).

Les femmes attendent davantage d'explications par les professionnels de santé d'autant plus que la zone génitale est un lieu de mystère pour 59 % des femmes interrogées. Ces explications délivrées par les praticiens s'inscrivent dans un besoin de réassurance des femmes. Prendre le temps d'entendre leurs inquiétudes et leurs vécus semble nécessaire pour pouvoir les amener vers un suivi gynécologique plus serein (44).

II.2. Freins

Il est constaté dans notre travail un manque d'attention des femmes sur leur santé génitale. En effet il existe une minimisation et une banalisation de certaines questions gynécologiques (les troubles urinaires, les douleurs ressenties lors d'un rapport sexuel, etc). Les femmes ont tendance à ne consulter que lorsque les problèmes deviennent invalidants comme le confirme Dr BION dans sa thèse d'exercice (45). Ainsi lorsque les femmes décident de consulter, les troubles sont souvent déjà bien installés et la prise en charge en devient plus complexe. Son travail n'a pas montré de différence significative selon le territoire rural ou urbain.

L'étude a révélé que 30 % des femmes se sont déjà senties en difficultés d'accès aux soins pour des questions gynécologiques. Les données de l'Assurance Maladie du Gard fournies par Madame BRONCHE et Madame FRANCESCONI (cf Annexe 3 : Données SNIIRAM de la CPAM), permettent de mieux comprendre cette situation sanitaire. Il est constaté sur le territoire rural défini par l'enquête une réelle carence d'accès aux soins des femmes en matière de dépistage

des cancers, avec en particulier un très faible recours aux frottis cervico-utérin. On recense deux fois moins de recours aux frottis sur le territoire de notre enquête que dans l'ensemble du département. La perception des difficultés d'accès aux soins est donc corroborée par un déficit objectif de soins en prévention.

Ces difficultés semblent également être liées à la méconnaissance des femmes des compétences des différents professionnels de santé réalisant les soins et suivis gynécologiques. On a remarqué que les femmes privilégient un suivi par le gynécologue à défaut du médecin généraliste. Or leur effectif est en baisse et leur répartition est inégale sur le territoire français. D'après les données du conseil national de l'Ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2018, seuls 91 gynécologues médicaux étaient recensés dans la région Occitanie (46). Face à cette offre de soins insuffisante sur l'ensemble du territoire français, le rôle central des soins primaires dans la prise en charge de la santé de la femme par les médecins généralistes et les sages-femmes est mis en avant. Mais il a été montré dans un sondage réalisé pour le Collège National de Gynécologie que seulement 20 % des femmes estimaient que les médecins généralistes étaient suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique (47). Il est donc important que les praticiens assurant ces soins et suivis le fassent savoir surtout dans les zones rurales. En effet si nous souhaitons lever les barrières et que les prises en charge ne soient plus cloisonnées entre la médecine générale et la gynécologie, il est nécessaire d'en parler, d'expliquer les compétences du médecin généraliste et de la sage-femme. Cela passera par la réforme de la formation des professions médicales en gynécologie.

Quelles pistes d'amélioration des pratiques pouvons-nous proposer aux professionnels de santé en charge de la santé des femmes ?

III. PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

III.1. Informer les femmes

Une des pistes envisagées pourrait être le développement de l'éducation thérapeutique adaptée à la santé des femmes. Mais ceci n'est pas envisageable dans la pratique médicale classique. En effet, certains travaux ont montré que l'adaptation de l'information délivrée à chaque patiente était chronophage et qu'il était difficile pour les professionnels de santé d'instaurer cette pratique dans un contexte favorable (20). Ces propositions peuvent voir le jour dans le cadre des MSP ou de l'exercice pluriprofessionnel avec des moyens dédiés à la prévention.

Il existe un intérêt à renforcer les liens de proximité pour développer une information accessible et interactive. Le projet initial de Maëlle NEFFLIER qui proposait des ateliers d'éducation thérapeutique et une bibliothèque nomade dédiée aux femmes semble ici adapté. Mais concernant les femmes peu investies dans leur santé ou ne prenant pas de « temps » pour elles, comment les sensibiliser ?

On note que depuis 2017, Madame Françoise KRAWCZYK, conseillère conjugale et familiale, intervient au sein de la MSP à raison de deux vacations par mois. L'enquête confirmant l'intérêt de cette collaboration professionnelle dans la prise en charge en santé des femmes, il serait judicieux d'augmenter le nombre de vacations, jusqu'ici limitées dans le temps et réservées à l'échelon individuel.

Afin de sensibiliser un plus grand nombre de femmes, les professionnels de santé de la MSP de Saint-Jean-du-Gard et plusieurs acteurs sociaux ont organisé en mars 2019 une soirée destinée aux femmes autour de la question suivante : « Que se passe-t-il entre nos hanches de femmes ? ». Cette soirée avait pour objectifs de lever les tabous tout en préservant l'intime. L'initiative a été très appréciée des participantes qui ont formulé leur souhait de réitérer ce type d'événement. Mais il se peut que les femmes ayant honoré cette soirée étaient des personnes intéressées par le sujet. Alors comment toucher les femmes non proactives sur leur santé ? Une collaboration avec les associations et services sociaux du territoire ne pourrait-elle pas favoriser une plus grande diffusion des connaissances et des ressources accessibles sur le territoire ?

III.2. Former les soignants

Les médecins généralistes sont devenus des acteurs de première ligne dans le suivi gynécologique. Ils pourraient être une source d'information intéressante mais quelques conditions sont nécessaires : le savoir-faire des professionnels doit être suffisant, les modalités d'exercice doivent permettre de mettre en œuvre ce savoir-faire, ils doivent développer un intérêt pour cette activité.

Il a été montré qu'ils manquaient de formation (48). Face à ce constat, les études du troisième cycle de l'internat de médecine générale ont été réformées en 2017. La maquette de formation a été modifiée avec l'inclusion d'un stage obligatoire autour de la santé de la femme dans l'objectif de pallier au déficit des gynécologues et de permettre l'accès au dépistage d'un plus grand nombre de femmes.

La féminisation de la profession médicale, notamment des omnipraticiens, entrainera probablement une modification des pratiques mais cela est encore trop récent pour le dire.

Enfin, il serait opportun de former les soignants à l'abord de la santé sexuelle en consultation. On note que le Haut Conseil de la santé publique a récemment instauré une stratégie de santé sexuelle et reproductive prenant en considération les besoins de chaque individu tout au long de sa vie, de la naissance à la vieillesse (49). Il propose d'améliorer la formation des professionnels de santé dans une approche globale de santé sexuelle. Par exemple, il est évoqué d'intégrer la sexologie dans le cadre du 3^e cycle des études médicales ou bien encore de développer la formation médicale continue dans le champ des connaissances théoriques et relationnelles en santé sexuelle. Ceci permettrait de mieux appréhender les subtilités et les silences autour de la sexualité et d'améliorer les pratiques des professionnels de santé.

CONCLUSION

Les réponses aux questionnaires montrent qu'il persiste des lacunes sur les bases anatomo-physiologiques de la région du petit bassin pouvant entraîner de lourdes conséquences pour les femmes.

Il existe un besoin de savoir des femmes sur leur santé génitale. L'enquête révèle beaucoup d'obstacles pour répondre à leur demande :

- une région rurale avec un habitat dispersé ;
- une offre sanitaire insuffisante ;
- un manque d'informations sur la santé sexuelle en milieu scolaire ;
- les réticences des femmes à aborder des sujets concernant leur intimité.

Une des pistes d'amélioration de la prise en charge des femmes concernant leur santé gynécologique serait le développement de l'éducation thérapeutique associée à une approche collaborative (sages-femmes, médecins, conseillère conjugale) compatible à une structure pluriprofessionnelle.

Les résultats de ce travail feront l'objet d'une présentation devant les membres du collectif de réalisation du questionnaire ainsi qu'aux différents professionnels du Pôle Santé de Saint-Jean-du-Gard. De plus, il sera organisé au cours de l'année 2021, une soirée destinée à la population. Les objectifs seront de faire un bref retour des résultats de l'étude, de poursuivre les échanges autour de la santé féminine, et de créer collectivement de nouvelles dynamiques sur la santé des femmes.

Il serait intéressant d'ici quelques années de réaliser une nouvelle étude afin de mesurer l'impact de ces idées créatrices.

Enfin, nous remercions toutes ces femmes qui se sont livrées sans retenue dans le but d'améliorer nos pratiques de soins à leur égard.

REFERENCES

1. Mimi Szyper, Catherine Markstein. Le temps de s'émanciper et de s'épanouir : Paroles et expériences de femmes autour de la cinquantaine. Le Souffle d'Or. 2009. 182 p. (CHRYSALIDE).
2. Lacroix A, Assal J. L'éducation thérapeutique des patients : Nouvelles approches de la maladie chronique. 2^e éd. Paris: Maloine; 2003.
3. Malglaive G. Les effets de la formation initiale et de l'expérience professionnelle des instituteurs. 1994;(36).
4. Ackermann W. Etudes sur la diffusion et la représentation sociale des connaissances scientifiques. Sociol Trav. 1963;5(4):415-7.
5. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. Rech Soins Infirm. 2009;N° 98(3):36-68.
6. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. 2016 juin. Report No.: 2016-06-13-SAN-021.
7. Muriel Moisy. Les femmes vivent neuf mois de plus en bonne santé en 2017. Études Résultats. oct 2018;(1083).
8. Bourdillon F, Mesnil M. Mieux prendre en compte la santé des femmes. Paris: Les Presses de Sciences Po; 2013. 128 p.
9. Santé des femmes | La Cohorte | Cohorte Constances [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.constances.fr/cohorte/sante-femmes.php>
10. Annick Vilain avec la collaboration de Samuel Allain, Claire-Lise Dubost, Jeanne Fresson et Sylvie Rey (DREES). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. 2020;(1163).
11. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 1 août 2019;97(8):548-562P.
12. Martinez L, Duhot D, Clerc P. Abstract pour le 3e congrès de recherche en médecine générale. In Paris; 2003.
13. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
14. Dossier complet – Commune de Saint-Jean-du-Gard (30269) | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-30269#tableau-POP_G3

15. Frank Netter. Atlas d'anatomie humaine. 7^e éd. ELSEVIER-MASSON; 2019. 672 p.
16. Lili Sohn. Vagin Tonic. Casterman; 2018. (Albums).
17. Brochmann N, Støkken dahl E. Les Joies d'en bas: Tout sur le sexe féminin. Éditions Actes Sud; 2018. 436 p.
18. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 6 mai 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/17952>
19. Jugnon Formentin L. Anatomie du sexe féminin: évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
20. Corré Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Mémoire de sage-femme]. [Angers]: Université d'Angers; 2012.
21. Dumortier C. Les connaissances et les représentations des jeunes femmes de leur appareil génital. Etude auprès de 641 femmes de 18 à 25 ans. [Mémoire de sage-femme]. [Lille]: Lille II; 2019.
22. Desplats-Lepretre Z. Vécu et représentations des premières règles par les jeunes filles et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
23. Demarest E-M. Un corps en métamorphose : comment le vivent les femmes ? Étude prospective auprès de 134 primipares au troisième trimestre de grossesse [Mémoire de sage-femme]. Rouen; 2010.
24. Vexlard E. L'incontinence urinaire: marqueur de la temporalité d'une vie de femme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
25. Yvon A. Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes. S.l.: sn; 2015.
26. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. St-Maurice Santé Publique Fr. 2017;8.
27. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
28. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Soc. 2014;N° 511(5):1-4.
29. Oddens BJ. Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in

Great Britain and Germany. II: Psychological factors. *J Biosoc Sci.* oct 1997;29(4):437-70.

30. Chalain S. Etude épidémiologique de l'interruption volontaire de grossesse en Maine-Et-Loire en 2007 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2009.
31. Bauer A. L' interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement [Mémoire de sage-femme]. [Metz]: Metz; 2009.
32. Définition du terme grossesse [Internet]. 2012 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=symptomes_grossesse_pm
33. Enslér E. Les monologues du vagin. Denoël. Paris; 2015.
34. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Code de santé publique, Article L.1111-4 mars 4, 2002.
35. Winckler M. C'est mon corps. L'Iconoclaste. 2020.
36. Vinel V. Ricordi di sangue : trasmissione e silenzio sulle mestruazioni nella Francia urbana. oct 2008;(58):79-90.
37. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. *Champ Psychosom.* 2001;no 24(4):57-67.
38. Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, article L312-16 du code de l'éducation.
39. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé.* 2004;22(3):117-42.
40. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Ministère de la santé et des solidarités; 2007 mars.
41. Gallet M. Représentations, vécu et attentes des patients concernant la prise en charge de leur santé sexuelle et de leur sexualité en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
42. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. *Agora Debatsjeunesses.* 16 févr 2012;N° 60(1):121-34.
43. Pascal C. Pratique et vécu de l'examen gynécologique: une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
44. Ripaud M, Rialland A. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active: étude auprès des médecins généralistes et gynécologues en

Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016.

45. Bion M. Les freins à l'abord de l'incontinence urinaire des femmes en médecine générale: étude qualitative auprès de 22 patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2019.
46. Effectifs en gynécologie médicale France 2018 [Internet]. Statista. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/520339/nombre-medecins-gynecologie-medicale-region-france/>
47. Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale. Sondage sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. 2008.
48. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leur patients ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018.
49. BUZYN A. Feuille de route à trois ans de mise en oeuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle. 2018 avr 9.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux femmes

SAVEZ-VOUS CE QU'IL SE PASSE ENTRE NOS HANCHES DE FEMMES ?



Bonjour,

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Saint-Jean-du-Gard prépare un projet pour la santé des femmes de tous âges à partir de 18 ans et qui vivent ou travaillent à Saint-Jean-du-Gard et sur les communes avoisinantes.

Voici un questionnaire qui va nous permettre d'appréhender votre savoir en ce qui concerne votre anatomie et physiologie du petit bassin, autrement dit ce qu'il se passe entre les hanches, et de connaître le vécu que vous en avez.

Nous vous informons que les réponses à ce questionnaire sont **ANONYMES**. Un accord du comité éthique national a été sollicité. Cela vous demandera **quinze minutes** de votre temps.

Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Vous restez libre de ne pas répondre à toutes les questions, mais les résultats de cette enquête dépendent avant tout du fait que les informations recueillies soient les plus complètes possibles. Vos réponses seront utiles pour organiser des actions d'information et de prévention selon vos besoins et vos souhaits.

Merci d'entourer les réponses quand nous vous demandons de répondre par OUI ou NON.

1. Habitez-vous ou travaillez-vous sur Saint-Jean-du-Gard ou sur les communes suivantes (Peyrolles, L'Estréchure, Saumane, Les Plantiers, La Vallée-Française, Vabre, Bassurels, Le Pompidou, St André de Valborgne, Corbes, Thoiras, Mialet) ? OUI NON

2. Quel âge avez-vous ? _____ ANS

3. Est-ce que le petit bassin, ce qu'il y a entre vos hanches, est un lieu d'interrogations pour vous ? OUI NON

LA PUBERTE

La puberté est une période de transition entre l'enfance et l'adolescence, conduisant à de nombreux changements physiologiques et psychologiques.

4. *Quel est le souvenir le plus marquant de vos premières règles ?*

5. *Comment avez-vous été accompagnée lors de vos premières règles ?*

6. *A la puberté le corps change, comment l'avez-vous vécu ? (plusieurs réponses possibles)*

- J'étais heureuse "Ça y est je deviens une femme !"
- Cela n'a pas changé mes habitudes de vie.
- Je ne savais pas ce qu'il m'arrivait.
- C'était un moment difficile.
- Autre : _____

LA PERIODE DE VIE FECONDE

Cette période de la vie correspond au fait que tout rapport hétérosexuel peut aboutir à une grossesse.

7. *A quel moment du cycle une femme ovule-t-elle ?* _____

8. *Pensez-vous avoir une connaissance suffisante du cycle féminin ?* OUI NON

9. *Utilisez-vous un moyen pour éviter une grossesse ?* OUI NON

Si vous avez répondu NON, merci de passer à la question n° 11.

10. Si vous avez répondu OUI, veuillez cocher votre moyen de contraception actuel parmi ceux proposés (plusieurs réponses possibles) :

- Préservatif
- Pilule contraceptive
- Dispositif intra-utérin (stérilet)
- Patch contraceptif
- Anneau vaginal
- Implant
- Diaphragme, cape cervicale, spermicides
- Autre : _____

11. Vous n'avez pas de moyen d'éviter une grossesse, pourriez-vous nous dire pourquoi ?

12. Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ? OUI
NON

13. Avez-vous été enceinte ? OUI NON

Si vous avez répondu NON, veuillez passer à la question n° 20.

14. Combien de grossesses avez-vous eu ? _____

15. Si interruptions de grossesse (volontaires ou thérapeutiques) et/ou grossesses extra-utérines et/ou fausses couches, précisez le nombre.

16. Comment avez-vous vécu vos transformations corporelles pendant la grossesse ?

17. La grossesse et/ou l'accouchement ont-ils modifié votre vie sexuelle ? Si oui, de quelle façon ?

18. *En quoi l'accouchement a-t-il modifié la perception de votre anatomie entre vos hanches ?*

19. *Si vous avez eu recours à une ou des interruptions de grossesse, quel âge aviez-vous ?
Qu'auriez-vous à dire sur ce sujet ?*

INCONTINENCE URINAIRE

Beaucoup de femmes sont gênées par des fuites urinaires mais attendent parfois plusieurs années avant d'en parler à leur médecin traitant ou à un autre professionnel de santé.

20. *Et vous, cela vous arrive-t-il d'avoir des fuites urinaires ? (une seule réponse)*

- OUI, tous les jours
- OUI, de temps en temps
- Jamais
- Autre : _____

Si vous avez coché la réponse **Jamais**, veuillez passer directement à la question n°24.

21. *Avez-vous déjà pensé à consulter ?* OUI NON

Si vous avez répondu NON, veuillez passer à la question n° 23.

22. *Si vous avez répondu OUI, qu'est-ce que la prise en charge vous a apporté ?*

23. *Vous n'avez pas consulté. Pourriez-vous décrire les raisons de ce choix ?*

LA MENOPAUSE

La ménopause se définit par l'absence de règles depuis douze mois et correspond à un arrêt de fonctionnement des ovaires.

24. Qu'évoque pour vous cette période ?

25. Êtes-vous ménopausée ? OUI NON

Si vous avez répondu NON, veuillez passer à la question n°29.

26. Vers quel âge avez-vous été ménopausée ? _____ ANS

27. Quelles transformations avez-vous perçues ?

28. Avez-vous été accompagnée par (plusieurs réponses possibles)

- Votre médecin traitant ?
- Une sage-femme ?
- Un/Une gynécologue ?
- Personne.
- Autre : _____

LA SEXUALITE

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie.

29. Pourriez-vous nous dire avec qui parlez-vous de sexualité ? (plusieurs réponses possibles)

- Partenaire
- Ami.e
- Famille
- Médecin
- Professionnels de santé
- Personne
- Autre : _____

30. En parler, pour vous, c'est (une seule réponse) :

- Facile
- Complicé
- Impossible
- Gênant
- Autre : _____

31. Quelles sont vos sources d'information pour mieux vivre cet aspect de votre vie ? (plusieurs réponses possibles)

- Discussion
- Livre, revue, presse
- Internet
- Réseaux sociaux
- Vidéos
- Autre : _____

32. *Selon vous, quelles zones corporelles féminines (situées entre vos hanches) peuvent procurer du plaisir ?*

33. *Vous arrive-t-il d'avoir des rapports sexuels douloureux ? (une seule réponse)*

- Souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Autre : _____

Si vous avez coché la réponse **Jamais**, veuillez passer directement à la question n°35.

34. *Selon vous, quelles sont les raisons de ces rapports douloureux ?*

35. *Vos rapports sexuels ont-ils toujours été consentis ?* OUI NON

36. *Votre (ou un.e de vos) partenaire(s) a-t-il déjà été violent pendant les rapports ?* OUI
NON

VOTRE SUIVI GYNECOLOGIQUE

37. *Avec quel(s) professionnel(s) de santé réalisez-vous votre suivi gynécologique ? (plusieurs réponses possibles)*

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Autre : _____

38. *Vous êtes-vous déjà sentie en difficulté d'accès aux soins pour des questions gynécologiques ?*
OUI NON

39. *Si vous avez répondu OUI, pourriez-vous exprimer vos difficultés ?*

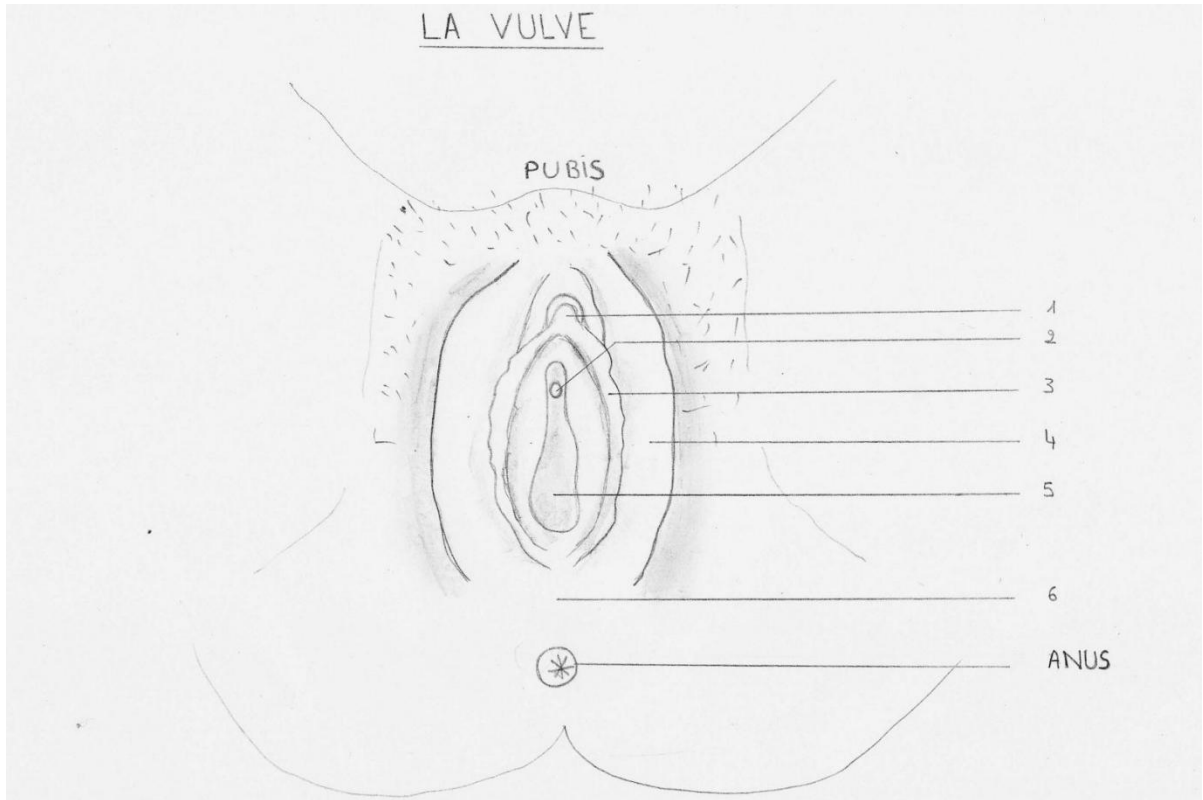
40. *A quelle fréquence le (la) consultez-vous pour ce suivi gynécologique ?*

41. *Lorsqu'un professionnel de santé réalise un examen gynécologique, à quelles attitudes êtes-vous sensible ?*

UN PEU D'ANATOMIE FEMININE

La vulve est la partie visible du sexe de la femme. Ci-dessous vous trouverez un schéma d'une vulve vue de face. Nous souhaitons connaître votre perception de cette partie du corps féminin.

Nous vous proposons de légendez ce schéma avec vos propres mots. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses !



42. Dans l'ordre croissant, veuillez inscrire à quelle partie anatomique correspond chacun des chiffres

1. _____ ; 2. _____ ; 3.
 _____ ; 4. _____ ; 5.
 _____ ; 6. _____

REMERCIEMENTS

Le questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions d'avoir consacré du temps pour y répondre. Vos réponses vont nous être utiles pour mieux connaître le niveau de connaissance des femmes sur l'anatomie de leur petit bassin ; les vécus qu'elles ont avec lui, leurs besoins ou souhaits dans ce domaine.

Nous remercions les partenaires qui ont participé à l'élaboration de ce questionnaire.

- Françoise KRAWCZYK, conseillère conjugale et familiale au Conseil Départemental du Gard

- Stéphanie QUEVAL, sage-femme libérale à la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- Gwenaëlle JAOUEN, accueillante LAEP, accompagnante périnatale, réflexothérapeute
- Nicolas MARIAUD, kinésithérapeute à la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- Maëlle NEFFLIER, prévention de santé et éducation thérapeutique
- L'Oustal de Saint-Jean-du-Gard, centre socio-culturel
- Françoise ROBACH, médecin à la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- Aurélie BRUN-BANDERRA, médecin à la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- Anaïs DEMOUCHEY, interne de médecine générale
- Géraldine BONJOUR, kinésithérapeute à la MSP de Saint-Jean-du-Gard
- Claire BALLESTER, médecin et ostéopathe
- Nicole MOREL, sage-femme PMI
- Maryline VERKEIN, sage-femme à Saint-Jean-du-Gard

Des **boîtes de recueil** des questionnaires sont disponibles aux lieux suivants :

- **Saint-Jean-du-Gard** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; Cabinet de kinésithérapie ; Pharmacie du Centre et Pharmacie Cévenole ; L'Oustal (Boutique sociale et Centre social) ; Centre Médico-Social ; Mairie (Accueil) ; EHPAD Soubeiran ; Crèche ; Association Loisir Sport Danse
- **Saint-André-de-Valborgne** : Cabinet médical, Mairie
- **Les Plantiers** : Résidence Les Jardins
- **Saumane** : ESAT La Pradelle
- **Thoiras** : Mairie
- **Mialet** : Mairie

Pour tout renseignement, Anaïs DEMOUCHEY est disponible à l'adresse mail suivante : questionnairesantedesfemmes@gmail.com

Annexe 2 : Mail d'information



Bonjour à toutes et à tous,

Des professionnels de santé du Pôle Saint Jean du Gard et Vallée Borgne en partenariat avec la PMI et l'Oustal mènent depuis quelques mois un projet sur la santé des femmes qui se traduit par deux initiatives :

- Une soirée d'information et échanges dans le cadre de la semaine sur des Droits des Femmes "Que se passe-t-il entre nos hanches de femmes ?" le jeudi 14 mars à 19h30 à la salle Stevenson à Saint-Jean-du-Gard (cf. Affiche en pièce jointe)
- Une enquête menée sur le territoire

Ce projet a pour objectifs :

- d'appréhender le savoir des femmes concernant leur anatomie et le fonctionnement de leur zone génitale,
- de connaître le vécu qu'elles en ont,
- de recueillir leurs besoins et leurs souhaits dans ce domaine pour mettre en place des interventions adaptées

Le questionnaire est destiné aux femmes de 18 à 108 ans qui habitent ou travaillent sur le « bassin de vie » de Saint-Jean-du-Gard et de la Vallée Borgne.

Il s'agit d'un questionnaire ANONYME qui se présentera en version papier et en version informatisée grâce à un lien WEB que voici : <https://www.dragnsurvey.com/survey/r/a0dd6e5> . Vous trouverez en pièce jointe la version papier de ce questionnaire.

Anais DEMOUCY, interne en médecine générale à la faculté de Montpellier, a participé à ce projet et a décidé de réaliser sa thèse sur ce sujet. Ce projet de recherche a fait l'objet d'une demande au Comité Consultatif National Éthique afin de garantir la validité et la protection des femmes qui répondront à ce questionnaire.

Ce travail permettra d'élaborer des actions d'information et d'éducation thérapeutique au sein de la MSP de Saint-Jean-du-Gard concernant la santé féminine. La première initiative est cette soirée débat du jeudi 14 mars à 19h30 à la Salle Stevenson.

Nous vous sollicitons pour nous aider à diffuser ces informations, en en parlant autour de vous, en transmettant le lien ci-dessus à vos contacts pour que la majorité des femmes de Saint-Jean-du-Gard et de la Vallée Borgne puisse y avoir accès. La santé de la femme est un sujet d'actualité. Mieux connaître et comprendre son corps permet d'être davantage actrice de sa santé. En s'exprimant librement de façon anonyme au moyen du questionnaire, nous pourrons accompagner les femmes de manière plus adaptée.

Des questionnaires avec des boîtes de recueil sont disponibles aux lieux suivants :

A Saint-Jean-du-Gard : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; Cabinet de kinésithérapie ; Pharmacie du Centre et Pharmacie Cévenole ; L'Oustal (Boutique sociale et Centre social) ; Mairie (Accueil) ; Association Loisir Sport Danse

Pour tout renseignement, Anais DEMOUCY est disponible à l'adresse mail suivante : questionnairesantedesfemmes@gmail.com

Vous remerciant.

Annexe 3 : Données SNIIRAM de la CPAM du Gard

Etat des lieux de la santé des femmes sur un territoire rural du Gard

Service Statistiques le 27/06/2019

Méthodologie :

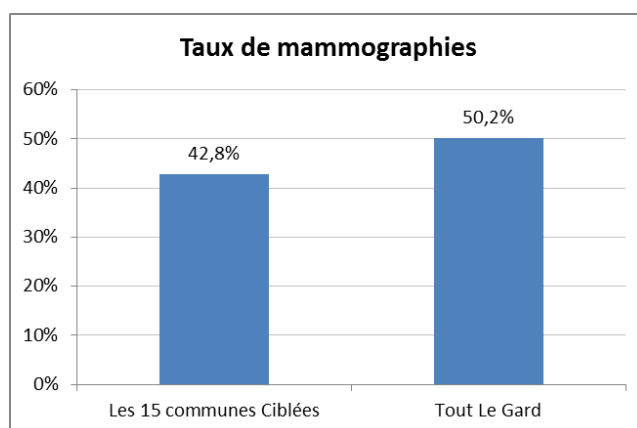
Etant donné le territoire étudié et son côté rural, nous avons fait le choix de réaliser l'étude sur les données inter-régimes (issues du SNIIRAM), c'est-à-dire quel que soit l'organisme de paiement et de rattachement du bénéficiaire.

Les mammographies :

Sur les 15 communes ciblées, on dénombre 1 504 femmes de 50 à 74 ans qui ont réalisé 643 actes de mammographie (actes CCAM QEQK001 + QEQK004 + QEQK005) sur 2017 e 2018.

Le taux de mammographies sur les femmes de 50 à 74 ans est donc de **42,8%**.

Sur l'ensemble du département, ce taux est de 50,2%, soit 7,4 points de plus que sur le territoire ciblé.

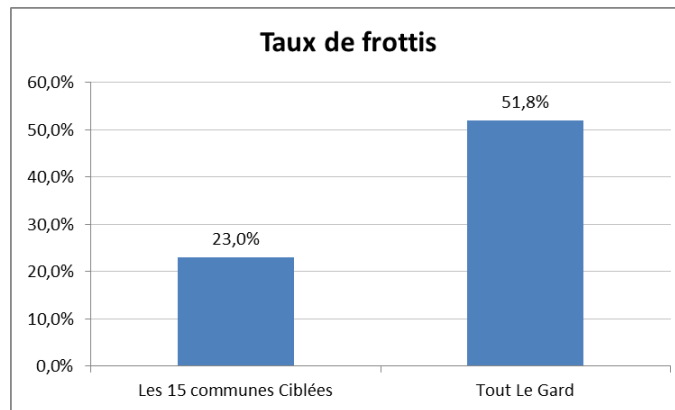


Les frottis :

Sur les 15 communes ciblées, on dénombre 2 260 femmes de 25 à 65 ans qui ont réalisé 519 actes de frottis (Examens cytopathologiques de dépistage (cf. annexe pour + de détails) sur 2016, 2017 et 2018.

Le taux de frottis sur les femmes de cette tranche d'âge ans est donc de **23,0%**.

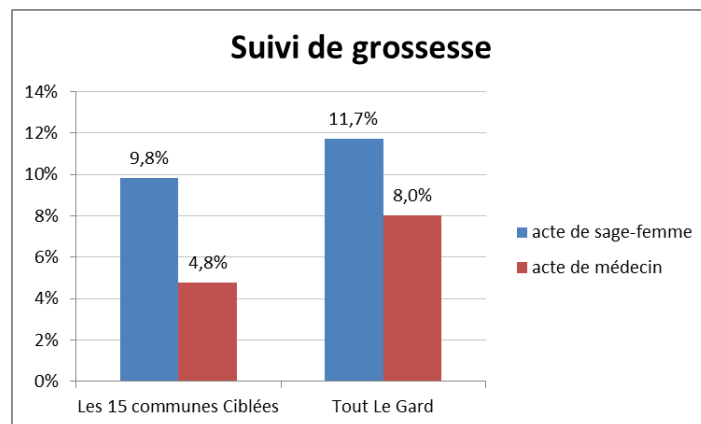
Sur l'ensemble du département, ce taux est de 51,8%, soit 2 fois plus que sur le territoire ciblé.



Suivi de grossesse :

Sur les 15 communes ciblées, on dénombre 985 femmes de 20 à 44 ans ; parmi elles, 97 ont eu des actes réalisés par une sage-femme dans le cadre d'un suivi de grossesse sur 2017 et 2018, soit **9,8%** d'entre elles. Cela représente 4 394 actes de sage-femme. Dans le Gard, ce même taux est un peu plus élevé (11,7%).

Concernant le suivi de grossesse réalisé par les médecins, on dénombre seulement 47 femmes qui ont consulté dans ce cadre-là (pour un total de 340 actes), soit 4,8% d'entre elles. C'est presque 2 fois moins que le taux observé dans le département (8,0%).



Conclusion :

Ces données rejoignent le constat fait par les médecins sur le territoire à savoir une carence dans l'accès aux soins des femmes concernant le dépistage des cancers ; avec en particulier un très faible recours aux frottis.

Annexe méthodologique

Actes retenus pour les mammographies :

QEQK001 - Mammographie bilatérale
QEQK004 - Mammographie de dépistage
QEQK005 - Mammographie unilatérale

Actes retenus pour les frottis :

JKQX001 - Examen cytopathologique de dépistage de prélèvement [frottis] du col de l'utérus
JKQX008 - Examen cytopathologique de dépistage en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus
JKQX015 - Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus
JKQX027 - Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus
JKQX147 - Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel
JKQX261 - Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé
JKQX347 - Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel

Le prélèvement cervicovaginal pouvant faire double emploi avec l'examen cytopathologique de dépistage, il n'a pas été comptabilisé dans le calcul de cette étude. Mais les données sont présentes dans le fichier Excel.

Actes retenus pour le suivi de grossesse :

Pour les suivis de grossesses, il a été recherché tous les codes actes remboursés au titre d'une grossesse et effectués par les sages-femmes ainsi que les médecins gynécologues et/ou obstétriciens de spécialités 07, 70, 77 et 79.

Actes des SF : ACO, ADE, ATM, C, SF SP et V.

Actes des Drs : ADI, ADA, ADC, APC, ATM, APC, C, CS, G et K.

Annexe 4 : Tableaux représentant des légendes du schéma anatomique de vulve

○ N°1

Classes des âges	Clitoris	Urètre	Vulve	Prépuce	Absence de réponse
18-29	14 / 73,7 %	-	-	-	5 / 26,3 %
30-44	28 / 75,7 %	-	-	-	9 / 24,3 %
45-59	18 / 69,2 %	2 / 7,7 %	-	-	6 / 23,1 %
60-74	22 / 84,6 %	1 / 3,8 %	1 / 3,8 %	1 / 3,8 %	1 / 3,8 %
> 75	1 / 14,3 %	-	-	-	6 / 85,7 %
TOTAL	83 / 72,3 %	3 / 2,6 %	1 / 0,1 %	1 / 0,1 %	27 / 23,5 %

Légendes pour le N°1 du schéma en fonction des classes d'âges, en effectifs et pourcentages

○ N°2

Classes des âges	Méat urinaire	Clitoris	Absence de réponse
18-29	10 / 52,6 %	-	9 / 47,4 %
30-44	22 / 59,5 %	5 / 13,5 %	10 / 27 %
45-59	15 / 57,7 %	6 / 23,1 %	5 / 19,2 %
60-74	19 / 73 %	4 / 15,4 %	3 / 11,5 %
> 75	1 / 14,3 %	-	6 / 85,7 %
Total	67 / 58,3 %	15 / 13 %	33 / 28,7 %

Légendes pour le N°2 du schéma en fonction des classes d'âges, en effectifs et pourcentages

○ **N°3**

Classes des âges	Petites lèvres	Lèvres internes	Lèvres inférieures	Lèvres	Hymen	Vulve	Absence de réponse
18-29	9 / 47,4 %	1 / 5,3 %	1 / 5,3 %	2 / 10,5 %	1 / 5,3 %	-	5 / 26,3 %
30-44	26 / 70,3 %	-	3 / 8,1 %		-	-	8 / 21,6 %
45-59	23 / 88,5 %	-	-	1 / 3,8 %	-	-	2 / 7,7 %
60-74	21 / 80,7 %	-	-	3 / 11,5 %	-	1 / 3,8 %	1 / 3,8 %
> 75	1 / 14,3 %	-	-	-	-	-	6 / 85,7 %
Total	80 / 69,6%	1 / 0,9%	4 / 3,5 %	6 / 5,2 %	1 / 0,9 %	1 / 0,9 %	22 / 19,1 %

Légendes pour le N°3 du schéma en fonction des classes d'âges, en effectifs et pourcentages

○ **N°4**

Classes des âges	Grandes lèvres	Lèvres externes	Lèvres supérieures	Lèvres	Petites lèvres	Absence de réponse
18-29	9 / 47,4 %	1 / 5,3 %	1 / 5,3 %	2 / 10,5 %	1 / 5,3 %	5 / 26,3 %
30-44	26 / 70,3 %	1 / 2,7 %	2 / 5,4 %	-	-	8 / 21,6 %
45-59	22 / 84,6 %	-	-	-	1 / 3,8 %	3 / 11,5 %
60-74	22 / 84,6 %	-	-	1 / 3,8 %	-	3 / 11,5 %
> 75	1 / 14,3 %	-	-	-	-	6 / 85,7 %
Total	80 / 69,6%	2 / 1,7 %	3 / 2,6 %	3 / 2,6 %	2 / 1,7 %	25 / 21,7 %

Légendes pour le N°4 du schéma en fonction des classes d'âges, en effectifs et pourcentages

○ **N°5**

Classes des âges	Orifice vaginal	Passage du bébé	Hymen	Vulve	Trou	Absence de réponse
18-29	12 / 63,2 %	1 / 5,3 %	-	-	-	6 / 3,2 %
30-44	26 / 70,3 %	-	1 / 2,7 %	1 / 2,7 %	1 / 2,7 %	8 / 21,6 %
45-59	21 / 80,8 %	-	-	2 / 7,7 %	-	3 / 11,5 %
60-74	20 / 76,9 %	-	2 / 7,7 %	2 / 7,7 %	-	2 / 7,7 %
> 75	1 / 14,3 %	-	-	-	-	6 / 85,7 %
Total	80 / 69,6 %	1 / 0,9 %	3 / 2,6 %	5 / 4,3 %	1 / 0,9 %	20 / 17,4 %

Légendes pour le N°5 du schéma en fonction des classes d'âges, en effectifs et pourcentages

○ **N°6**

Classes des âges	Périnée	Zone péri-anale	Zone d'épisiotomie	Scrotum	Col de l'utérus	Absence de réponse
18-29	4 / 21,1 %	-	-	-	-	15 / 78,9 %
30-44	20 / 54,1 %	3 / 8,1 %	1 / 2,7 %	-	-	13 / 35,1 %
45-59	13 / 50 %	-	-	-	-	13 / 50 %
60-74	12 / 46,2 %	2 / 7,7 %	1 / 3,8 %	-	1 / 3,8 %	10 / 38,5 %
> 75	-	-	-	1 / 14,3 %	-	6 / 85,7 %
Total	49 / 42,6 %	5 / 4,3 %	2 / 1,7 %	1 / 0,9 %	1 / 0,9 %	57 / 49,6 %

Légendes pour le N°6 du schéma en fonction des classes d'âges, en effectifs et pourcentages

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

INTRODUCTION : Des professionnels de la MSP de Saint-Jean-du-Gard ont souhaité comprendre la perception des femmes sur leur santé afin d'améliorer leurs pratiques. Cette enquête a pour objectifs d'appréhender les connaissances et représentations des femmes sur l'anatomie et la physiologie de leur zone génitale et d'identifier les modalités d'accès aux soins de ce territoire rural.

METHODE : Il s'agit d'une enquête observationnelle et descriptive, complétée d'une analyse qualitative compréhensive, réalisée par diffusion, entre mars et juin 2019, d'un auto-questionnaire construit collégialement et destiné aux femmes majeures et volontaires habitant ou travaillant sur le territoire de Saint-Jean-du-Gard.

RESULTATS : 115 questionnaires ont été inclus. La moyenne d'âge était de 47,9 ans (extrêmes : 18 ans – 95 ans). 59 % des femmes considèrent leur petit bassin comme lieu d'interrogations. La puberté, sous la tutelle maternelle, reste un cap difficile lorsqu'elle n'est pas précédée d'informations explicatives. Il existe un savoir approximatif du cycle menstruel peu perçu par les femmes pouvant expliquer les difficultés de régulation de la fertilité. La ménopause est souvent crainte de troubles et de vieillissement mais révélatrice aussi de liberté et d'épanouissement, lorsque vécue. L'enquête identifie des ambiguïtés linguistiques sur le concept de grossesse et de vulve qui suggèrent une vigilance dans la communication des soignants. Les difficultés de recours aux soins gynécologiques exprimées par les femmes sont confirmées par les données de la CPAM du Gard. Des critères de qualité des soins émergent de l'enquête.

CONCLUSION : L'enquête révèle une méconnaissance et un besoin de savoir des femmes concernant leur zone génitale, sur un territoire où l'accès aux soins gynécologiques est objectivement carencé. Cette enquête a modifié les regards des professionnels sur la santé féminine, et ouvre de nouvelles perspectives de prise en charge.

MOTS CLES : « organes génitaux féminins », « connaissances, attitudes et pratiques en santé », « anatomie », « physiologie », « santé sexuelle », « image du corps », « accès aux soins primaires ».