

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N°325

**ANATOMIE DU SEXE FEMININ :
EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE DES
FEMMES MAJEURES CONSULTANT EN MEDECINE
GENERALE EN REGION RHONE-ALPES.**

Etude transversale descriptive à partir de 262 questionnaires.

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **24 novembre 2015**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Louise JUGNON FORMENTIN
Née le 11 octobre 1987 à Mâcon (71)

JUGNON FORMENTIN Louise : ANATOMIE DU SEXE FEMININ : EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE DES FEMMES MAJEURES CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE EN REGION RHONE-ALPES.

Etude transversale descriptive à partir de 262 questionnaires.

75 pages ; 12 illustrations ; 4 tableaux ; 3 annexes

Th. Méd : Lyon 2015 n° 325

RESUME :

Introduction. L'expérience du médecin généraliste suggère que les patientes adultes ont parfois un faible niveau de connaissance de l'anatomie de leurs propres organes génitaux.

Matériel et méthode. Etude transversale, descriptive, par questionnaire déclaratif anonyme. La population étudiée était constituée de femmes de plus de 18 ans consultant dans 6 cabinets de médecine générale de la région Rhône-Alpes entre février et juin 2015. Le questionnaire était composé d'un test de connaissance sur 22 points (2 schémas à légender et 5 QCM) et de questions sur les données sociodémographiques, les antécédents, les habitudes liées à la sexualité et l'image corporelle. Un score inférieur ou égal à 14 sur 22 était considéré comme non satisfaisant.

Résultats. 262 questionnaires ont été analysés, soit 75% des questionnaires distribués. La moyenne d'âge était de 39,9 ans (extrêmes : 18 ans – 90 ans). Parmi les femmes interrogées, 39% obtenaient un score insuffisant (moyenne 15,1 points sur 22). Un faible niveau de connaissance était associé de manière statistiquement significative à un faible niveau d'étude ($p < 0,01$), au fait d'être célibataire ($p = 0,04$), à l'absence d'éducation sexuelle lors de la scolarité ($p < 0,01$), à l'absence de dialogue sur la sexualité avec leur mère ($p = 0,05$), à l'absence d'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel ($p < 0,01$), à l'absence de dépistage par frottis cervico-vaginal ($p < 0,01$). Une grande majorité des patientes pensait que parler du corps féminin (96%) et de sexualité (77%) faisait partie du rôle du médecin généraliste.

Discussion. Le niveau de connaissance des femmes adultes de leur propre anatomie intime n'est pas satisfaisant. L'éducation sexuelle scolaire en France est loin de la fréquence prévue par la loi. Le rôle du médecin généraliste sur ces thèmes est réaffirmé par les patientes elles-mêmes. Elles souhaitent de sa part être écoutées et respectées. Elles attendent également de recevoir de sa part des explications fiables et un accompagnement adapté.

MOTS CLES : organes génitaux féminins (female genitalia), connaissance (knowledge), anatomie (anatomy), éducation sexuelle (sex education), interruption volontaire de grossesse (abortion), infection sexuellement transmissible (sexually transmitted disease /reproductive health), médecine générale (general practitioner/family practice)

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Jean-François GUERIN

Membres : Monsieur le Professeur Georges MELLIER

Madame le Professeur Marie FLORI

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ (directeur)

DATE DE SOUTENANCE : 24 novembre 2015

Adresse de l'auteur : 22 chemin de la casquette, 01090 GUEREINS
loulou.jf@hotmail.fr

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université

François-Noël GILLY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

François-Noël GILLY

Secrétaire Général

Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR DE MEDECINE
LYON SUD – CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directrice: Christine
VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION

Directeur : Yves MATILLON

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Claude COLLIGNON

POLYTECH LYON

Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T.

Directeur : Christian COULET

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Véronique
MAUME-DESCHAMPS

I.U.F.M.

Directeur : Régis BERNARD

CPE

Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est - Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Classe exceptionnelle Echelon 2)

COCHAT Pierre	Pédiatrie
CORDIER Jean-François	Pneumologie ; addictologie
ETIENNE Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
KOHLER Rémy	Chirurgie infantile
MAUGUIERE François	Neurologie
NINET Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
PEYRAMOND Dominique	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PHILIP Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
RAUDRANT Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Classe exceptionnelle Echelon 1)

BAVEREL Gabriel	Physiologie
BLAY Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
DENIS Philippe	Ophtalmologie
FINET Gérard	Cardiologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GOUILLAT Christian	Chirurgie digestive
GUERIN Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LAVILLE Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
LEHOT Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgences
MARTIN Xavier	Urologie
MELLIER Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MICHALLET Mauricette	Hématologie ; transfusion
MIOSSEC Pierre	Immunologie
MORNEX Jean-François	Pneumologie ; addictologie
PERRIN Gilles	Neurochirurgie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUGEAT Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REVEL Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE Michel	Cancérologie ; radiothérapie
SCOAZEC Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

ANDRE-FOUET Xavier	Cardiologie
BARTH Xavier	Chirurgie générale

BASTIEN Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BERTHEZENE Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND Yves	Pédiatrie
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BOILLOT Olivier	Chirurgie digestive
BORSON-CHAZOT Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CHEVALIER Philippe	Cardiologie
CLARIS Olivier	Pédiatrie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COLOMBEL Marc	Urologie
D'AMATO Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE François	Cardiologie
DESCOTES Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DISANT François	addictologie
DOUEK Philippe	Oto-rhino-laryngologie
DUCERF Christian	Radiologie et imagerie médicale
DURIEU Isabelle	Chirurgie digestive
EDERY Charles	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FAUVEL Jean-Pierre	Génétique et de la reproduction
GAUCHERAND Pascal	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
GUENOT Marc	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERZBERG Guillaume	Neurochirurgie
HONNORAT Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGADEN Olivier	Neurologie
LACHAUX Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LERMUSIAUX Patrick	Pédiatrie
LINA Bruno	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS Patrick	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MION François	Anatomie
MOREL Yves	Physiologie
MORELON Emmanuel	Biochimie et biologie moléculaire
MOULIN Philippe	Néphrologie
NEGRIER Claude	Nutrition
NEGRIER Marie-Sylvie	Hématologie ; transfusion
NEYRET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
NICOLINO Marc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NIGHOGHOSSIAN Norbert	Pédiatrie
NINET Jean	Neurologie
OBADIA Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	Physiologie

PICOT Stéphane	Parasitologie et mycologie
RODE Gilles	Médecine physique et de réadaptation
ROUSSON Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
ROY Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication
RUFFION Alain	Urologie
RYVLIN Philippe	Neurologie
SCHEIBER Christian	Biophysique et médecine nucléaire
TERRA Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TILIKETE Caroline	Physiologie
TOURAINE Jean-Louis	Néphrologie
TRUY Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN Francis	Radiologie et imagerie médicale
VALLEE Bernard	Anatomie
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZOULIM Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Seconde classe)

ALLOUACHICHE Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ARGAUD Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET Lionel	Urologie
BESSEREAU Jean-Louis	Biologie cellulaire
BOUSSEL Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique brûlologie
CALENDER Alain	Génétique
CHAPET Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie
COTTIN Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON François	Anatomie
DALLE Stéphane	Dermato-vénéréologie
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON Laurent	Médecine légale
FAURE Michel	Dermato-vénéréologie
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GILLET Yves	Pédiatrie
GIRARD Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEYFFIER François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GUIBAUD Laurent	Radiologie et imagerie médicale
GUYEN Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HOT Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-COURTOIS Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JANIER Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JAVOUHEY Etienne	Pédiatrie
JULLIEN Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MONNEUSE Olivier	Chirurgie générale
MURE Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NATAF Serge	Cytologie et histologie
PIGNAT Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
PONCET Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RICHARD Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROSSETTI Yves	Physiologie
ROUVIERE Olivier	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes
SCHAEFFER Laurent	Biologie cellulaire
SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
VUKUSIC Sandra	Neurologie
WATTEL Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

LETRILLIART Laurent
MOREAU Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

FLORI Marie
LAINE Xavier
ZERBIB Yves

Professeurs émérites

BERARD Jérôme	Chirurgie infantile
BOULANGER Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOZIO André	Cardiologie
CHAYVIALLE Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

DALIGAND Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET Daniel	Pédiatrie
GHARIB Claude	Physiologie
ITTI Roland	Biophysique et médecine nucléaire
KOPP Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
NEIDHARDT Jean-Pierre	Anatomie
PETIT Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUSSET Bernard	Biologie cellulaire
SINDOU Marc	Neurochirurgie
TISSOT Etienne	Chirurgie générale
TREPO Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS Paul	Neurologie
TROUILLAS Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Hors classe)

BENCHAIIB Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER Pierre-Paul	Cytologie et histologie
BUI-XUAN Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DAVEZIES Philippe	Médecine et santé au travail
GERMAIN Michèle	Physiologie
HADJ-AISSA Aoumeur	Physiologie
JOUVET Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BARS Didier	Biophysique et médecine nucléaire
LIEVRE Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
NORMAND Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT Florence	Parasitologie et mycologie
PHARABOZ-JOLY Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
PIATON Eric	Cytologie et histologie
RIGAL Dominique	Hématologie ; transfusion
SAPPEY-MARINIER Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
TIMOUR-CHAH Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

ADER Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BARNOUD Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BONTEMPS Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
BRICCA Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique addictologie
CELLIER Colette	Biochimie et biologie moléculaire
CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
CHARBOTEL-COING-BOYAT Barbara	Médecine et santé au travail
COLLARDEAU FRACHON Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON Grégoire	Immunologie
DUBOURG Laurence	Physiologie

ESCURET PONCIN Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FRANCO-GILLIOEN Patricia	Physiologie
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
JARRAUD Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
KOLOPP-SARDA Marie Nathalie	Immunologie
LASSET Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAURENT Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA Gaëtan	Génétique
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
PERETTI Noel	Nutrition
PINA-JOMIR Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication
RITTER Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROMAN Sabine	Physiologie
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VLAEMINCK-GUILLEM Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
VOIGLIO Eric	Anatomie
WALLON Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Seconde classe)

BUZLUCA DARGAUD Yesim	Hématologie ; transfusion
CHARRIERE Sybil	Nutrition
DUCLOS Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PHAN Alice	Dermato-vénéréologie
RHEIMS Sylvain	Neurologie (stag.)
RIMMELE Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.)
SCHLUTH-BOLARD Caroline	Génétique
THIBAUT Hélène	Physiologie
VASILJEVIC Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
VENET Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

CHANELIERE Marc
FARGE Thierry
FIGON Sophie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au président du jury

Monsieur le Professeur Jean-François GUERIN

Je suis très honorée que vous ayez accepté d'être le président de mon jury de thèse. Veuillez trouver en ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Georges MELLIER

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail sans me connaître et je vous en remercie. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Professeur Marie FLORI

Je suis très heureuse de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement tout au long de mes études. Merci pour votre engagement dans la formation des médecins généralistes. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance et mon respect.

A mon Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et d'avoir supervisé ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre soutien et vos corrections avisées. Vous avez aussi été mon tuteur au cours de mes trois années d'internat et je vous suis reconnaissante de votre investissement dans notre formation de médecins généralistes. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère estime.

Ce travail est dédié à ...

David, merci de m'avoir aidée à franchir toutes les étapes : l'externat, l'ECN, l'internat, les premières gardes, les responsabilités et enfin cette thèse...! Je suis heureuse que cette fin d'année 2015 marque pour tous les deux la fin de nos longues études et j'ai hâte de me lancer avec toi dans nos futurs projets ! Le fait que nous soyons tous les deux médecins aurait pu être une difficulté et je crois que nous arrivons à en faire une force pour nous, pour notre entourage et même pour nos patients. Je t'aime.

A mes parents, vous êtes et avez toujours été là quand j'en avais le plus besoin. Votre amour, votre disponibilité, votre présence pour les petits riens comme pour les grandes décisions m'ont aidée à avoir confiance en moi. Merci enfin pour avoir relu plusieurs fois cette thèse à la chasse aux fautes d'orthographe !

A Jeanne, à notre belle complicité de sœurs... pour tout ce que tu sais ! Tu t'es toi aussi engagée dans la voie de la médecine et je ferai mon maximum pour te soutenir. Je suis vraiment très fière de toi !

A mes grands-parents, **Juan et Bianca, Paul et Jacqueline**.

A ma **tata Pilar** et mon **tonton Martin**.

A ma belle-famille, **Violette, Laetitia, Julien et mes bébés loups**, merci de m'avoir accueillie dans votre famille !

A mes amis...

Eva, ma fausse jumelle, la première et pour toujours !

Les vieux copains : Fanny, Marine, Elo, Aurore, Pierre, Romain malgré les années nous arrivons toujours à nous retrouver et je nous fais confiance pour continuer à préserver notre amitié.

La bande des années carabines « Laennec forever » ! Nos soirées, nos voyages et même les journées de révisions à la BU ont été belles et remplies de rires (et de chocolat) grâce à vous : Auré, Delphine, Fanny, Marion, Ninie, Ju, Paupau, Ananas, Nadia, Gaelle, Cécé, Pierre, Mathieu, Bru... et Etam l'hippopotame.

Mention spéciale à Delphine et Baptiste, qui me font « rentrer au bercail » ;)

A tous les médecins croisés en stage et à la fac qui m'ont appris le métier de soignant. En particulier à mes 13 maitres de stage médecins généralistes !

Aux patients qui m'en apprennent un peu plus chaque jour.

Aux femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire de cette thèse et qui m'ont fait confiance.

Abréviations et acronymes utilisés

BISF-W : Brief Index of Sexual Functioning for Women

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DIU : Dispositif intra-utérin

HAS : Haute autorité de santé

HPV : Human papillomavirus

IFOP : Institut français d'opinion publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

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

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ISL : Index of sexual life

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

QCM : Question à choix multiples

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

STD : Sexually transmitted disease

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	17
1.1. Pourquoi ce sujet ?.....	17
1.2. Contexte.....	18
1.2.1. L'éducation sexuelle en France	18
1.2.2. La représentation du sexe féminin	20
1.3. Justification de l'étude.....	21
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	22
2.1. Type d'étude	22
2.2. Sélection des centres investigateurs	22
2.3. Sélection de la population.....	23
2.3.1. Critères d'inclusion	23
2.3.2. Critères de non-inclusion	23
2.4. Etude pilote.....	23
2.5. Élaboration du questionnaire	24
2.6. Création d'un site internet à l'attention des personnes ayant répondu au questionnaire.....	25
2.7. Définition du critère de jugement principal.....	25
2.8. Distribution et recueil des questionnaires.....	26
2.8.1. Technique de distribution	26
2.8.2 Période de recueil des questionnaires	27
2.9. Analyse des données.....	27
2.10. Recherche bibliographique	28
2.10.1. Bases de données interrogées.....	28
2.10.2. Mots-clefs utilisés	28
2.10.3. Dates de recherche	28
2.11. Avis du comité d'éthique.....	28
3. RESULTATS	29
3.1. Définition de l'échantillon.....	29
3.2. Caractéristiques de la population.....	29
3.3. Etude descriptive	31
3.3.1. Critère de jugement principal.....	31
3.3.2. Réponses au test de connaissance	32
3.3.3. Antécédents des personnes interrogées.....	34
3.3.4. Dépistage des cancers de la femme.....	36
3.3.5. Moyens d'information	37

3.3.6. Place du médecin généraliste dans l'information des femmes	38
3.3.7. Participation à des séances d'éducation sexuelle.....	38
3.3.8. Premier rapport sexuel	39
3.3.9. Sexualité.....	40
3.3.10. Image corporelle	41
3.3.11. Intérêt pour le questionnaire	42
3.4. Etude analytique	43
3.4.1. Résultats en fonction des caractéristiques sociodémographiques.....	43
3.4.2. Résultats en fonction des autres caractéristiques.	45
4. DISCUSSION	47
4.1. Forces et limites de l'étude	47
4.1.1. Forces de l'étude	47
4.1.2. Limites et biais de l'étude	47
4.2. Critère de jugement principal	48
4.3. Critères de jugement secondaires	49
4.3.1. Caractéristiques de la population	49
4.3.2. Réponses aux questions de connaissance.....	49
4.3.3. Réponses aux schémas	50
4.3.4. Antécédents.....	51
4.3.5. IVG	51
4.3.6. Participation au dépistage des cancers de la femme	52
4.3.7. Rôle du médecin généraliste	52
4.3.8. Autres sources d'information des femmes.....	53
4.3.9. Education sexuelle	53
4.3.10. Premier rapport sexuel	54
4.3.11. Sexualité.....	55
4.3.12. Image corporelle	56
4.4. La parole des femmes dans les marges	57
4.5. Et en pratique ?	59
5. CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXE n°1 : le questionnaire	67
ANNEXE n°2 : avis du comité d'éthique	73
ANNEXE n° 3 : exemples de ressources à proposer	74

Table des illustrations

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	30
Tableau 2 : Détail des réponses aux questions de connaissance anatomique	33
Tableau 3 : Résultats obtenus au test de connaissance en fonction des caractéristiques sociodémographiques.	43
Tableau 4 : Résultats obtenus au test de connaissance selon les antécédents, les habitudes de dépistage, la sexualité et la vision du corps.....	45
Figure 1 : Score obtenu au questionnaire de connaissance.	31
Figure 2 : Détail des réponses données aux schémas anatomiques.....	32
Figure 3 : Antécédents en lien avec les organes génitaux.....	34
Figure 4 : Antécédents d'interruption volontaire de grossesse	35
Figure 5 : Pratiques vis-à-vis du dépistage des cancers de la femme.....	36
Figure 6 : Personnes et moyens utilisés pour obtenir des connaissances sur le fonctionnement de leur corps de femme. Lors de leur première requête et actuellement.	37
Figure 7 : Quel rôle pour le médecin généraliste ?.....	38
Figure 8 : Age du premier rapport sexuel.	39
Figure 9 : Niveau de satisfaction des femmes vis-à-vis de leur vie sexuelle au cours des quatre dernières semaines.....	40
Figure 10 : Image corporelle des personnes interrogées.	41
Figure 11 : Adjectifs utilisés par les patientes pour qualifier leur propre corps.	41
Figure 12 : Ressenti en remplissant le questionnaire.	42

1. INTRODUCTION

1.1. Pourquoi ce sujet ?

L'idée de ce travail fait suite à plusieurs situations rencontrées par l'auteur lors de consultations de médecine générale.

« - Docteur, ça met combien de temps pour être enceinte ? Ça fait dix jours que j'ai arrêté de prendre la pilule et le test de grossesse est négatif ! »

Cette première patiente nous alerte sur le fait que les connaissances de base sur le fonctionnement du corps féminin, que le médecin pourrait penser être acquises, ne le sont pas toujours.

« - Il faut faire quelque chose, ça me déchire au niveau du passage ! – Vous avez des brûlures quand vous urinez ? – Non, c'est en bas dans le passage... – Vous avez des douleurs au niveau du vagin ? – Non, je ne sais pas, mais il faut faire quelque chose ! »

Cette deuxième patiente nous fait prendre conscience que les termes utilisés par le médecin, même s'il a l'impression d'utiliser un langage courant, ne sont pas toujours adaptés et sont source d'incompréhension.

« – Je crois que j'ai mis un tampon il y a quelques jours mais je ne sais plus si je l'ai enlevé... » Ou bien **« - Je n'arrive pas à retirer mon tampon, jusqu'où peut-il aller ? Est-ce qu'il peut passer dans mon ventre ? »** Ou encore **« – J'ai une boule dans le vagin, je pense que c'est un tampon, j'ai essayé de l'enlever mais je n'y arrive pas »** (il s'agissait du col de l'utérus que la patiente avait griffé en essayant de le « retirer »)

Ces femmes ont des questionnements qui semblent montrer un manque de connaissance de l'anatomie de leur propre sexe.

« – Je n'ose pas en parler au Dr X. parce qu'il me connaît depuis toute petite mais depuis que je prends ce traitement je n'ai plus du tout de libido »

Cette autre patiente illustre le fait que ce qui est en lien avec la sexualité et les organes génitaux peut être « tabou » et difficile à aborder en consultation de médecine générale.

Par ailleurs, certains médecins généralistes sollicités au début de ce travail se sont montrés défavorables à l'idée de faire remplir un questionnaire contenant des schémas d'organes génitaux à leurs patientes « – C'est osé comme sujet ! ». Cette réaction semble montrer que le « tabou » n'est pas uniquement du côté des patientes mais aussi de celui des professionnels. Le fait d'aborder le sujet du sexe en consultation fait forcément aussi intervenir le ressenti du médecin.

Enfin, une « mode » de la chirurgie esthétique du sexe féminin est en plein essor dans les pays anglo-saxons notamment, mais aussi en France (1)(2). En particulier la nymphoplastie, chirurgie des petites lèvres, dont le but est de réduire leur taille afin d'obtenir un sexe symétrique, normalisé. Alors que ce sont l'asymétrie et la variabilité qui représentent la norme anatomique du sexe féminin (3)(4)! La mauvaise connaissance de l'anatomie « normale » de la femme et de sa variabilité est une des raisons qui peut pousser à ce type d'intervention (5).

1.2. Contexte

1.2.1. L'éducation sexuelle en France

Jusqu'au milieu du XXe siècle le discours concernant la sexualité était moralisateur, a fortiori à l'école où la sexualité était au mieux niée, au pire diabolisée. Le sexe de la femme était mystérieux et devait le rester. Seuls quelques personnages vont à l'encontre de ce dogme. Il faut citer en premier lieu Madame Du Coudray, sage-femme du XVIIIe siècle, qui avait conçu une « machine » représentant de façon réaliste un bassin de femme enceinte et permettant de comprendre la mécanique obstétricale. Pendant plus de 25 ans, avec l'appui de Louis XV, elle a parcouru la France pour dispenser son enseignement aux sages-femmes et aux chirurgiens afin de diminuer la mortalité périnatale (6)(7). Plus récemment dans les années 1950, le Docteur Lamaze, importa d'Union Soviétique la méthode dite de « l'accouchement sans douleur ». Il s'agissait des prémices des cours de préparation à la naissance actuels et de techniques de relaxation à appliquer lors de l'accouchement (8).

L'éducation sexuelle moderne naît avec la loi du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth, autorisant la contraception (9). Les événements de mai 1968 marquent le début d'une réelle

information sexuelle à l'école qui devient obligatoire en 1973. Cette « information » et non « éducation » était exclusivement tournée vers les risques sexuels. En 1977, seuls 10% des élèves avaient accès à cet enseignement malgré son caractère obligatoire (10). **En 2001, l'article 22 de la loi du 4 juillet** relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception, **stipule que tous les enfants doivent bénéficier au cours de leur scolarité d'une « éducation à la sexualité et à l'affectivité »**. La loi précise même une fréquence minimale de 3 interventions par an de l'école primaire au lycée (11). Une circulaire de 2003 réaffirme cette nécessité : « L'ensemble des collèges et des lycées doivent mettre en place des séances d'éducation à la sexualité. Un travail important a déjà été réalisé dans les collèges pour les classes de 4ème et 3ème. Il convient désormais de l'étendre à tous les niveaux de classes » (12).

Malgré ces textes précis, actuellement, un tel enseignement n'est pas généralisé. Les bases de l'anatomie des organes génitaux sont abordées dans le programme scolaire en primaire puis plus en détail en classe de 4e. Pour ce qui est de l'éducation sexuelle proprement dite les élèves bénéficient, au mieux, d'une à deux interventions entre la 4e et la seconde (13).

Mais quels sont les objectifs et la signification de « l'éducation sexuelle » finalement ? Ce terme est-il bien choisi ? Pourquoi faudrait-il en défendre la nécessité ?

L'éducation sexuelle regroupe des thèmes divers : les infections sexuellement transmissibles, la contraception, le sexisme, l'homophobie, les violences sexuelles et la maltraitance...

L'un des objectifs premiers de l'éducation sexuelle concerne l'information et l'éducation des individus vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles (IST) et des interruptions volontaires de grossesses (IVG). L'hypothèse étant qu'une bonne connaissance du fonctionnement des organes génitaux, des moyens de contraception et des moyens de prévention permet de limiter les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles. Il s'agit d'une éducation à la santé plus qu'à la « sexualité ».

Un deuxième versant de l'éducation sexuelle est l'apprentissage du respect de l'autre et la lutte contre les violences sexuelles. Il s'agit d'aborder l'égalité homme-femme, les différents types de sexualité (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité, transsexualité...). Mais aussi définir une agression sexuelle ou un viol, savoir ce qu'en dit la loi, connaître les lieux et les moyens pour en parler. Il s'agit d'une éducation à la citoyenneté plus qu'à la « sexualité ».

Quelle est la situation en France vis-à-vis des thèmes abordés en éducation sexuelle ? Pour ce qui est du nombre d'IVG, la France n'est pas bien classée au niveau européen. Le taux d'IVG ne diminue pas : environ 200 000 par an. C'est-à-dire 15 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2011 (14). Ce chiffre classe la France parmi les pays de l'Union Européenne qui ont un taux de recours à l'IVG élevé (13). Par ailleurs on assiste à une recrudescence du nombre de certaines IST comme la syphilis (15) et les infections à Chlamydia trachomatis (16). L'utilisation du préservatif lors d'un premier rapport sexuel est stable mais toujours pas systématique (17). Les agressions sexuelles, l'homophobie, les discriminations liées au genre sont malheureusement une réalité.

1.2.2. La représentation du sexe féminin

Les représentations du sexe féminin sont rarement réalistes. Que ce soit dans l'art, les manuels scolaires, et même les traités d'anatomie, trop souvent le sexe féminin est présenté avec un aspect infantile (épilé et grandes lèvres jointes). D'après G. Zwang, sexologue et essayiste français, « La censure systématique, en Occident, de la représentation véridique des organes génitaux féminins externes, dans les arts figuratifs, dans l'enseignement (...) s'est opposée à l'établissement d'un modèle culturel, d'un canon esthétique de la morphologie vulvaire adulte » (5). **Le manque de modèle et de moyen de comparaison, ne permet pas d'accéder à une connaissance des bases anatomiques de son propre sexe.** Plus grave, les représentations non réalistes du sexe féminin dans l'enseignement, les médias et la pornographie peuvent générer une sensation d'anormalité non fondée.

Seuls quelques médias, en particulier sur internet, s'attachent à montrer le sexe féminin tel qu'il est : variable d'une femme à l'autre ! Il faut citer en particulier le site www.Onsexprime.fr (18) créé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour apporter des informations fiables sur la sexualité aux adolescents. Ainsi que le site Largelabiaproject.org (4), blog créé par une américaine, qui recueille des photos de sexes de femmes dans le but de montrer la grande variabilité de l'apparence du sexe féminin et de lutter contre la « mode » de la nymphoplastie très répandue aux Etats Unis (19).

Du côté de la recherche scientifique, il existe peu de publications précises et valides sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux féminins. En France, G. Zwang a proposé la première description complète et rigoureuse du sexe féminin dans son ouvrage : « Le sexe de la femme », paru en 1967 (3). Plus récemment, en 2009, O. Buisson et P. Foldès

ont réalisé et publié les premières échographies du clitoris permettant de préciser la physiologie de cet organe et de l'orgasme féminin (20) (21).

1.3. Justification de l'étude

L'expérience semble montrer que certaines femmes ont une mauvaise connaissance de leur propre anatomie. L'idée de ce travail est de vérifier et quantifier cette impression puis de chercher si ce manque de connaissance a des causes et des conséquences dans la vie des femmes.

Cette étude cherchera à vérifier l'hypothèse selon laquelle certaines femmes adultes ont un niveau de connaissance faible de l'anatomie de leurs organes génitaux. L'objectif principal sera de définir quelle proportion de femmes a un faible niveau de connaissance. Cette étude permettra de décrire quels points de l'anatomie posent particulièrement problème, de rechercher des associations entre le niveau de connaissance et différents critères tels que l'âge, le niveau d'étude, les antécédents d'IST, la sexualité, la vision de son propre corps... Nous nous intéresserons également aux moyens utilisés par les femmes pour s'informer sur leur corps et la sexualité, ainsi que sur la place qu'elles souhaitent donner au médecin généraliste sur ces sujets. Enfin, à partir des résultats obtenus nous analyserons ce que cela entraîne, en pratique courante, pour le médecin généraliste.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, de type « connaissances - attitudes – pratiques », multicentrique, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire déclaratif anonyme.

2.2. Sélection des centres investigateurs

Le questionnaire a été proposé dans six cabinets de médecine générale de la région Rhône-Alpes représentant les six centres de l'étude :

Centre 1 : Villié-Morgon (69) cabinet des Docteurs CHARVET et FOURNIER

Centre 2 : Villefranche-sur-Saône (69) cabinet des Docteurs DUMONT et MOKOBODZKI

Centre 3 : Chabeuil (26) cabinet des Docteurs BARBIER, BOUREL, BOYER, DUPRAZ, HERBIN-CHIROUZE, ROUSSET

Centre 4 : Châtillon-sur-Chalaronne (01) cabinet des Docteurs ALGOUD, ROUSSEL, RIMAUD et VIGNAND

Centre 5 : Lyon 2^e arrondissement (69) cabinet des Docteurs DESFOURNEAUX, FLORI, LAMORT-BOUCHE et TIERCELIN

Centre 6 : Villeurbanne (69) cabinet des Docteurs MONLOUBOU, NAESSENS et PERDRIX

Les centres 1, 3 et 4 étaient des cabinets situés en milieu rural ou semi-rural.

Les centres 2, 5 et 6 étaient des cabinets situés en milieu urbain.

Ces centres ont été choisis par l'auteur pour des raisons pratiques, géographiques, sans tirage au sort. La quête d'une exhaustivité optimale dans le recueil des données a été privilégiée. Le but était d'obtenir une population variée alternant des patientèles de milieu urbain versus rural, ou favorisée versus défavorisée, ou médecin homme versus médecin femme...

Le seul critère d'inclusion était l'acceptation de participer à l'étude et de diffuser les questionnaires aux femmes consultant au cabinet.

L'effectif souhaité pour l'étude était de 250 à 300 femmes, soit environ 50 questionnaires pour chacun des centres.

2.3. Sélection de la population

2.3.1. Critères d'inclusion

- Etre une femme de plus de 18 ans (18 ans inclus)
- Etre volontaire pour participer à l'étude
- Consulter dans un des centres de l'étude pendant la période de distribution du questionnaire
- Savoir lire et écrire le français

2.3.2. Critères de non-inclusion

- Etre mineure (moins de 18 ans)
- Etre un homme
- Ne pas savoir ou pouvoir lire ni écrire le français

2.4. Etude pilote

En 2013-2014, une étude pilote avec une population de 104 femmes avait été réalisée par l'auteur dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche de 3e cycle des études médicales. Elle a permis d'optimiser la méthodologie et d'affiner le questionnaire.

Suite à cette étude pilote, des modifications ont été apportées au questionnaire :

- Suppression d'une question portant sur la confession religieuse pour des raisons légales (une telle question aurait demandé l'accord de la CNIL)
- Suppression d'un schéma en coupe sagittale qui n'apportait pas d'information supplémentaire et rallongeait le temps de réponse au questionnaire.

- Ajout de plusieurs questions à choix multiples (QCM) tirés de questionnaires validés : « Baromètre santé 2005 » de l'INPES (17), « Index of sexual life » (ISL) et « Brief Index of Sexual Functioning for Women » (BISF-W) (22)(23).

2.5. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré par l'auteur car il n'a pas été trouvé de questionnaire validé sur le sujet dans la littérature (annexe 1). Le questionnaire a été élaboré à partir de celui utilisé lors de l'étude pilote.

Il comportait 6 pages, dont une page de présentation, ainsi qu'une bande de papier agrafée à la dernière page. Il était constitué de 24 questions : 21 questions fermées de type QCM, 2 questions ouvertes et 1 question de schémas anatomiques à légender.

Le questionnaire était organisé en plusieurs parties :

- Une page de présentation introduisant le sujet de recherche et définissant la population concernée. Une phrase en gras précisant le caractère anonyme des réponses.
- Une première partie intitulée "Votre corps et vous" recueillait les données sociodémographiques (âge, niveau d'étude, situation familiale, nombre d'enfants) ainsi que les antécédents personnels de la patiente concernant des pathologies des organes génitaux, les antécédents d'IVG et la participation au dépistage des cancers de la femme.
- Une deuxième partie intitulée "Se connaître" constituait le test de connaissance anatomique proprement dit. Il se composait de deux schémas anatomiques fléchés qui devaient être annotés par la patiente (12 flèches à légender au total) suivis de 5 questions sur la connaissance des différents organes (1 à 6 item(s) juste(s) à cocher selon les questions). Cette partie recensait aussi les moyens dont disposait la femme interrogée pour s'informer sur son corps et sur la sexualité et analysait la place qu'elle souhaitait donner à son médecin généraliste sur ce sujet.
- Une troisième partie intitulée "Votre corps et la sexualité" explorait l'âge du premier rapport sexuel, le degré de satisfaction qu'avait la patiente par rapport à sa vie sexuelle actuelle et si elle avait bénéficié d'éducation sexuelle au cours de sa scolarité.
- Une quatrième partie intitulée "Et pour finir..." cherchait à connaître l'image de son corps qu'avait la patiente et à savoir ce qu'elle avait ressenti en remplissant le questionnaire.

- Une bande de papier agrafée à la dernière page (1/8^e de feuille A4 destiné à être emporté par la patiente) comportait une phrase de remerciement et l'adresse du site internet permettant d'avoir accès au corrigé du questionnaire.

2.6. Création d'un site internet à l'attention des personnes ayant répondu au questionnaire

Un site internet a été créé par l'auteur afin de donner les réponses « justes » de la partie connaissances aux personnes ayant rempli le questionnaire. D'autres informations ont été ajoutées sur ce site, en particulier des liens vers des sites internet sur le thème du corps et de la sexualité féminine.

L'adresse du site internet était la suivante : www.thesesexefeminin.blogspot.fr

2.7. Définition du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la proportion de femmes obtenant un score insuffisant au test de connaissance.

Définition du score : un point était attribué pour chaque réponse juste soit 22 points au maximum. Par ailleurs des points négatifs ont été attribués en cas de réponse fausse aux questions n°9, 10, 11 et 12 (- 1 point par réponse fausse) soit au maximum 4 points négatifs. Il a été considéré qu'une réponse fausse cochée dans une de ces 4 questions montrait un niveau de connaissance particulièrement faible. Cela devait pouvoir être pris en compte dans le score. Par exemple cocher un autre organe que l'utérus pour l'organe dans lequel se déroule la grossesse. L'absence de réponse ou le fait de cocher la case « je ne sais pas » ne rapportait pas de point mais n'entraînait pas de point négatif.

Le score obtenu pouvait être de - 4 points à + 22 points sur 22.

Remarque importante : concernant les schémas, les femmes devaient légender les schémas en « texte libre » et inscrire un mot en face de chaque flèche proposée. Le but du questionnaire était de juger des connaissances anatomiques des femmes (c'est-à-dire si elles situaient bien leurs organes les uns par rapport aux autres) et non de savoir si elles connaissaient les termes exacts ou scientifiques désignant chaque organe.

Les réponses suivantes étaient comptées comme justes :

- Les réponses avec faute d'orthographe
- Les synonymes (« pubis », « poils pubiens », « mont de vénus »)
- Les abréviations (« clito » pour « clitoris »)
- Les imprécisions (« grosse lèvre » pour « grande lèvre » ou « rectum/intestin » pour « anus »)
- Les expressions incomplètes (« trompe », « col »)
- Les confusions (de type « trompe d'Eustache » pour « trompe de Fallope » ou « uretère » pour « urètre »)
- Les termes de langage courant ou parlé (« sortie de l'urine », « trou du cul », « trou pour pipi »...)

Le seuil définissant un niveau de connaissance insuffisant était fixé à un score inférieur ou égal à 14 points sur 22. Un score supérieur à 14 points sur 22 était considéré comme satisfaisant. Ce seuil a été fixé arbitrairement à 14 sur 22 car l'étude pilote avait montré que certaines questions apparaissaient comme plus faciles (plus de 85% des personnes qui répondaient juste). Ces questions ont été laissées pour « rassurer » les personnes interrogées et pour que le test ne paraisse pas trop dur. Il s'agissait de la question sur l'organe de la grossesse (94% des personnes répondaient juste), et des parties de son corps qu'une femme peut toucher (3 parties étaient cochées dans plus de 85% des cas : seins, anus, clitoris). Ainsi, 4 points étaient acquis pour la plupart des femmes.

Pour faciliter l'analyse statistique, le choix a été fait de discrétiser la variable quantitative continue (le score sur 22) en une variable qualitative binaire : non satisfaisant (score inférieur ou égal à 14) – satisfaisant (score supérieur à 14).

2.8. Distribution et recueil des questionnaires

2.8.1. Technique de distribution

Les questionnaires étaient laissés dans une pochette à disposition en salle d'attente. Une fiche de présentation et d'explication était fixée sur le devant de la pochette visible.

Selon les cabinets les questionnaires pouvaient aussi être remis par la secrétaire à l'arrivée des patientes et avant qu'elles ne s'installent en salle d'attente. Les questionnaires étaient remplis sur place le jour même de la consultation.

Pour optimiser l'anonymat et la discrétion, dans tous les centres, les questionnaires étaient récupérés dans une urne en carton laissée à disposition dans la salle où les patientes remplissaient le questionnaire. En aucun cas le questionnaire n'était récupéré directement par un médecin ou une secrétaire afin de favoriser l'anonymat total de la réponse en raison du caractère intime du questionnement.

2.8.2 Période de recueil des questionnaires

Les questionnaires ont été recueillis entre le 2 février 2015 et le 2 juin 2015, soit une période totale de 4 mois.

2.9. Analyse des données

Les réponses au questionnaire « papier » étaient saisies informatiquement au moyen du logiciel Google Docs ® permettant de constituer la base de données informatisée de façon semi-automatique sous un format Excel ®.

Les questionnaires où aucune question de la partie connaissance n'avait été remplie étaient exclus de l'étude. Certaines catégories ont été rassemblées lors de l'analyse pour une meilleure lisibilité des résultats lorsque cela restait logique. Il s'agissait du niveau d'étude (les niveaux d'études inférieurs au baccalauréat ont été rassemblés en une seule catégorie) et la situation familiale (les situations familiales dans lesquelles la personne n'était pas en couple au moment de l'étude ont été analysées dans une même catégorie)

Les résultats ont d'abord été analysés de manière descriptive avec calculs des paramètres de position et de dispersion. Dans un deuxième temps, les facteurs associés de manière significative à un niveau de connaissance insuffisant ont été recherchés avec le test du χ^2 (Chi deux). Lorsque les conditions d'application du test du Chi deux n'étaient pas réunies, à cause d'effectifs trop faibles, le test exact de Fischer a été utilisé. Les tests statistiques ont été réalisés avec le site internet BiostaTGV ®. Le risque de première espèce α (alpha) était fixé à 5%.

2.10. Recherche bibliographique

2.10.1. Bases de données interrogées

- MEDLINE via pubmed, SUDOC, Google Scholar, bibliothèque électronique Prescrire, EM premium
- Proqolid (pour la recherche de questionnaires et de scores validés)
- HeTOP via CISMef (pour la recherche de mots clefs MeSH)

2.10.2. Mots-clefs utilisés

- Mots-clefs du MeSH : sex education, knowledge, anatomy, female genitalia, abortion, sexually transmitted disease, reproductive health, general practitioner/family practice.
- Mots-clefs en français : éducation sexuelle, organes génitaux féminins, connaissance, anatomie, interruption volontaire de grossesse (IVG), infection sexuellement transmissible (IST), médecin généraliste.

Les mots-clés ont été combinés entre eux par l'opérateur booléen "AND".

2.10.3. Dates de recherche

La recherche bibliographique a été réalisée en juin 2014 puis de nouveau en mai et juin 2015 (afin de prendre en compte d'éventuelles nouvelles publications).

2.11. Avis du comité d'éthique

Le projet de l'étude a été présenté le 28 avril 2015 au comité d'éthique des Hospices civils de Lyon présidé par le Professeur Jean-François GUERIN. Le comité a donné un avis favorable pour la réalisation de l'étude (annexe 2).

3. RESULTATS

3.1. Définition de l'échantillon

En 4 mois, 351 questionnaires ont été distribués dans les 6 centres de l'étude et 268 questionnaires ont été recueillis. **Soit un taux de réponse de 76%.**

Il y a eu 6 questionnaires exclus : 1 questionnaire rempli par un homme, 1 questionnaire par une femme de 16 ans et 4 questionnaires où aucune question de la partie « connaissance » n'avait été renseignée.

L'analyse concernait 262 questionnaires. Soit 74,6% des questionnaires distribués, et 97,8% de ceux recueillis.

3.2. Caractéristiques de la population

L'âge moyen de l'échantillon était de 39,9 ans (extrêmes : 18 ans – 90 ans) mais 13 femmes n'avaient pas indiqué leur âge.

Le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,7.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population sont résumées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Variables	n (%)
Centre (commune du cabinet)	
1 - Villié-Morgon (69)	37 (14)
2 - Villefranche-sur-Saône (69)	41 (16)
3 - Chabeuil (26)	55 (21)
4 - Châtillon-sur-Chalaronne (01)	42 (16)
5 - Lyon 2e (69)	47 (18)
6 - Villeurbanne (69)	40 (15)
Age	
18 à 25 ans	31 (12)
26 à 40 ans	118 (45)
41 à 60 ans	78 (30)
plus de 60 ans	22 (8)
non renseigné	13 (5)
Niveau d'études	
école primaire et collège	11 (4)
brevet des collèges	9 (4)
CAP BEP	45 (17)
baccalauréat	55 (21)
études supérieures	141 (54)
non renseigné	1 (0)
Situation familiale	
célibataire	31 (12)
divorcée/séparée	29 (11)
en couple/mariée/pacsée	192 (73)
veuve	8 (3)
non renseigné	2 (1)
Parité	
au moins un enfant	193 (74)
pas d'enfant	68 (26)
non renseigné	1 (0)

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population.

3.3. Etude descriptive

3.3.1. Critère de jugement principal

En fonction du seuil à 14 points déterminé dans notre méthodologie, **61% des femmes (n=161) avaient un score de connaissance satisfaisant et 39% des femmes (n=101) avaient un score de connaissance non satisfaisant** (Figure 1).

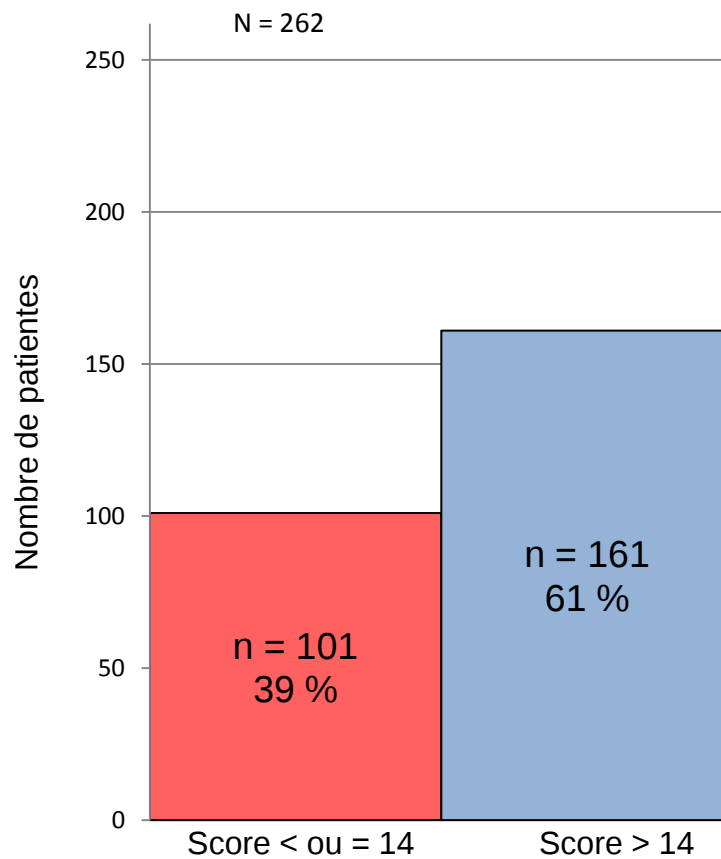


Figure 1 : Score obtenu au questionnaire de connaissance.

La moyenne obtenue au test de connaissance était de **15,1 points** sur 22 points (extrêmes : 0 – 22 points). La médiane était à 16 points avec un écart-type de 5,2 points.

3.3.2. Réponses au test de connaissance

Les réponses données aux deux schémas sont détaillées par la Figure 2.

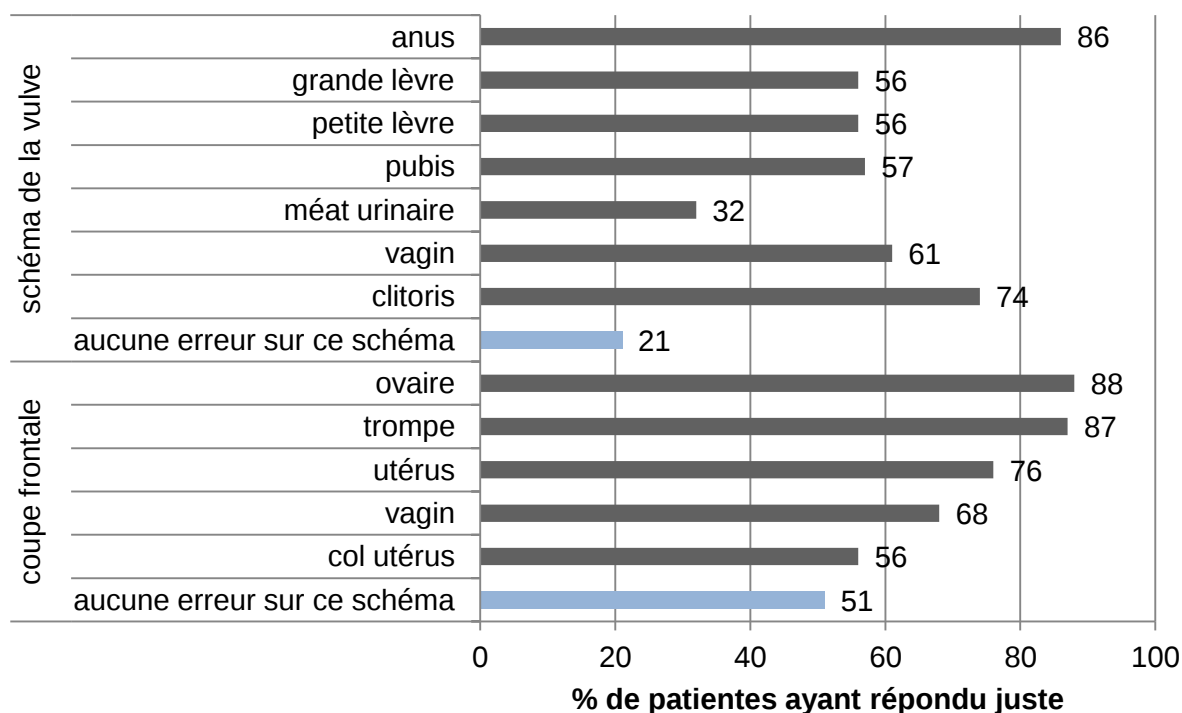


Figure 2 : Détail des réponses données aux schémas anatomiques.

Le schéma de la coupe frontale était légendé entièrement sans erreur par 51% des femmes contre 21% pour le schéma de la vulve. Les légendes les moins retrouvées étaient : le méat urinaire (32%), le col de l'utérus (56%), les grandes et petites lèvres (56%) et le pubis (57%). Le vagin était mieux reconnu sur la coupe frontale (68%) que sur la vue externe de la vulve (61%). Le clitoris n'était pas correctement légendé par 26% des femmes.

Les réponses aux 5 QCM sont résumées dans le Tableau 2 ci-dessous.

nombre de personnes ayant donné cette réponse (%)	
<u>surligné</u> : réponse attendue à la question	
Dans quelle partie du corps se développe le bébé durant la grossesse ?	
trompe	2 (1)
vagin	5 (2)
utérus	244 (93)
vulve	0 (0)
« je ne sais pas »	6 (2)
pas de réponse	5 (2)
De quelle partie du corps provient le sang pendant les règles ?	
trompe	43 (16)
vagin	29 (11)
utérus	145 (55)
vulve	3 (1)
« je ne sais pas »	30 (12)
pas de réponse	12 (5)
Quelle(s) partie(s) de votre corps pouvez-vous toucher vous-même ?	
trompe	1 (0)
vagin	202 (77)
utérus	13 (5)
col de l'utérus	78 (30)
clitoris	240 (92)
seins	250 (95)
anus	239 (91)
vulve	178 (68)
« je ne sais pas »	4 (2)
pas de réponse	2 (1)
A quoi sert le clitoris ?	
à l'évacuation de l'urine	17 (6)
à l'orgasme, au plaisir	245 (94)
à la grossesse	0 (0)
à rien	1 (0)
« je ne sais pas »	9 (3)
pas de réponse	5 (2)
Quelle est la taille habituelle de l'utérus chez une femme qui n'est pas enceinte ? (en longueur)	
entre 5 et 9 cm	160 (61)
entre 10 et 14 cm	59 (23)
entre 15 et 19 cm	13 (5)
entre 20 et 24 cm	1 (0)
pas de réponse	29 (11)

Tableau 2 : Détail des réponses aux questions de connaissance anatomique

L'organe de la grossesse était connu pour une majorité des femmes : 93% donnaient la bonne réponse.

La question sur l'origine des règles posait plus de difficultés : seules 55% des femmes donnaient la bonne réponse, 28% se trompaient d'organe et 12% cochaient la case « je ne sais pas ».

La plupart de femmes indiquaient qu'elles pouvaient toucher les parties du corps suivantes : seins (95%), clitoris (92%) et anus (91%). D'autres parties du corps posaient plus de difficultés : 23% ne citaient pas le vagin, 32% ne citaient pas la vulve et 70% ne citaient pas le col de l'utérus.

94% des femmes donnaient une réponse correcte à propos de la fonction du clitoris mais 6% citaient l'évacuation de l'urine comme une de ses fonctions et 3% cochaient la case « je ne sais pas ».

61% des femmes connaissaient la taille habituelle de l'utérus.

3.3.3. Antécédents des personnes interrogées

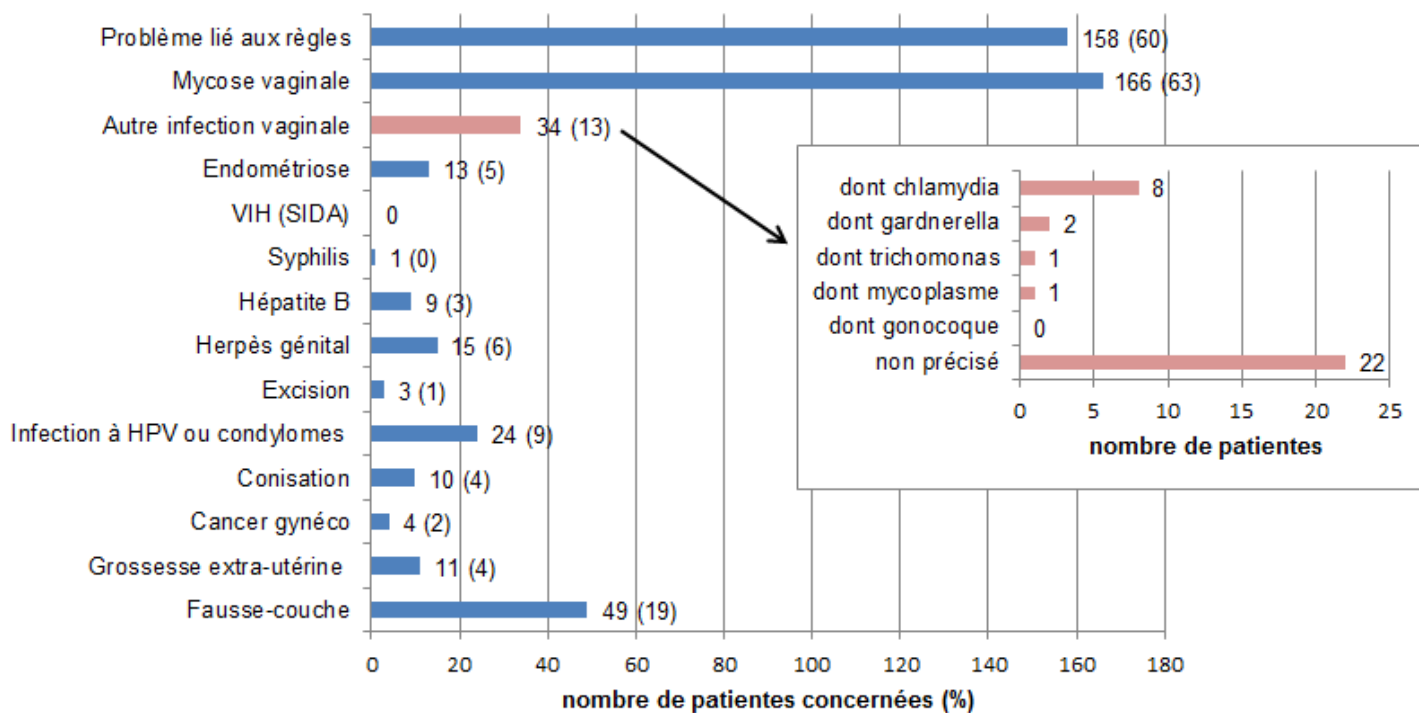


Figure 3 : Antécédents en lien avec les organes génitaux.

Seuls 11% des femmes ne déclaraient aucun antécédent médical en lien avec les organes génitaux. Les antécédents les plus fréquemment cités étaient les mycoses vaginales (63%) et les problèmes liés aux règles (60%).

Les antécédents de mycose et d'infection à *Gardnerella* n'étaient pas considérés comme des IST, la transmission sexuelle de ces infections n'étant pas le mode d'acquisition prédominant chez les femmes. Les pathologies suivantes étaient comptabilisées comme des IST : Chlamydia, Trichomonas, Mycoplasme, Gonocoque, VIH, syphilis, hépatite B, herpès génital, papilloma virus (HPV).

Selon ces critères, **27% des femmes avaient un antécédent d'IST.**

Près d'un quart des femmes (24%) déclaraient avoir eu recours au moins une fois à une IVG.

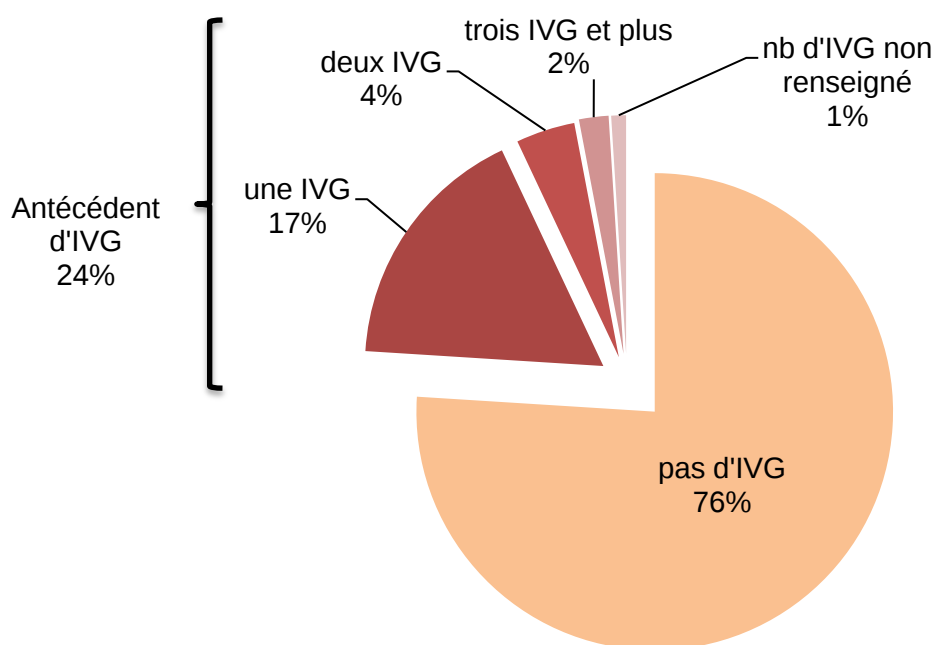


Figure 4 : Antécédents d'interruption volontaire de grossesse

3.3.4. Dépistage des cancers de la femme

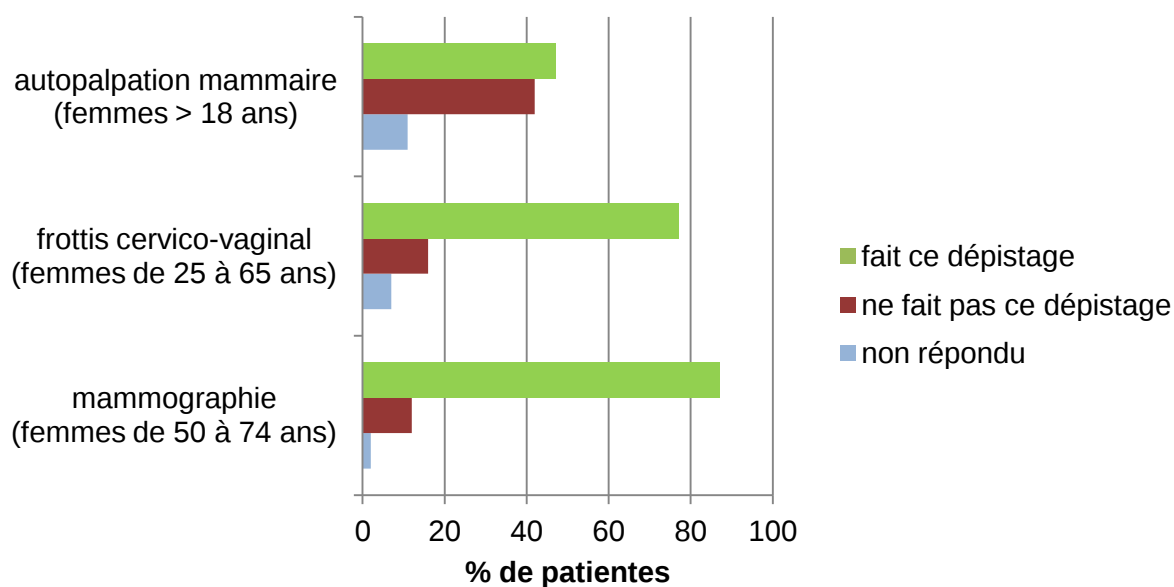


Figure 5 : Pratiques vis-à-vis du dépistage des cancers de la femme

47% des femmes déclaraient pratiquer l'autopalpation mammaire (122 sur les 262 femmes de l'étude).

77% des femmes concernées déclaraient faire réaliser un frottis cervico-vaginal tous les trois ans dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus (168 sur les 217 femmes de 25 à 65 ans).

87% des femmes concernées déclaraient faire une mammographie tous les deux ans dans le cadre du dépistage du cancer du sein (45 sur les 52 femmes de 50 à 74 ans).

3.3.5. Moyens d'information

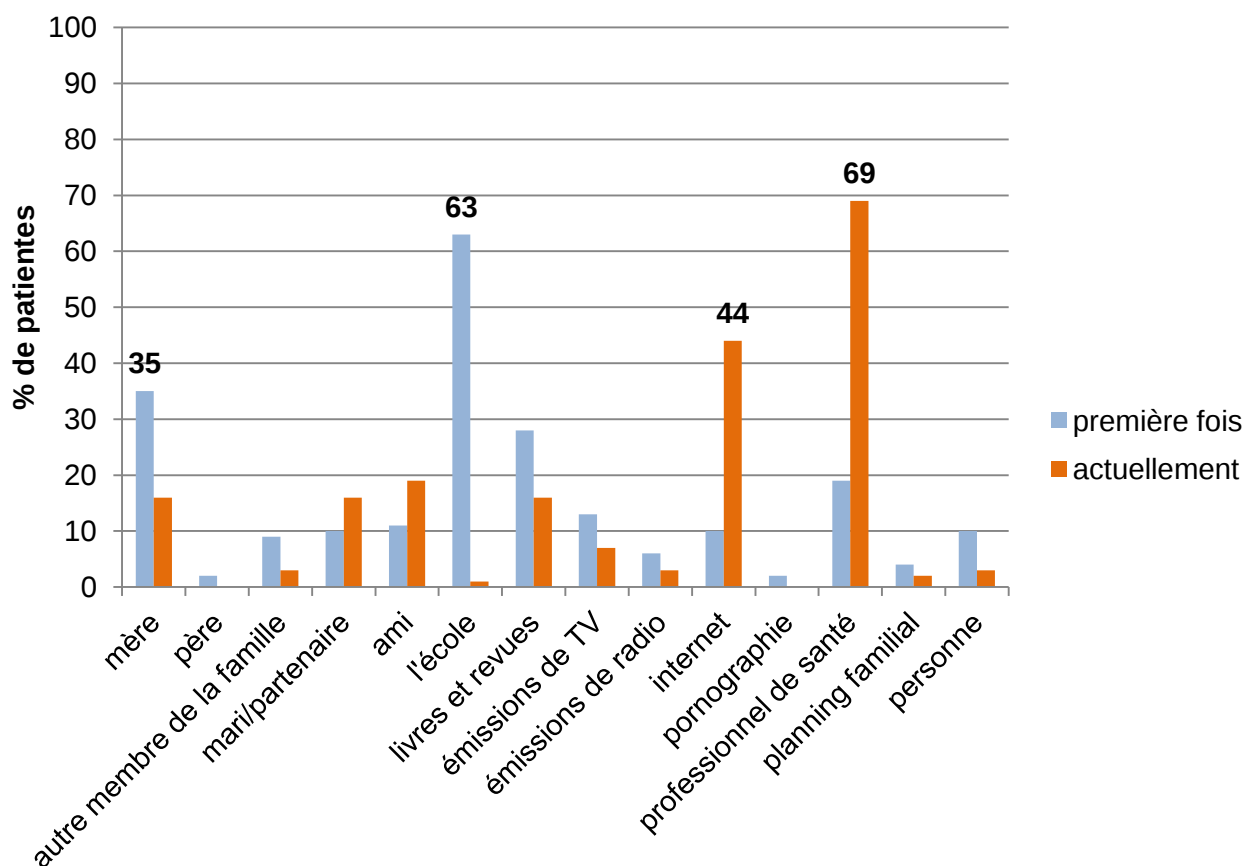


Figure 6 : Personnes et moyens utilisés pour obtenir des connaissances sur le fonctionnement de leur corps de femme. Lors de leur première requête et actuellement.

Les moyens utilisés par les femmes pour obtenir des informations sur le fonctionnement et l'anatomie de leur corps n'étaient pas constants dans le temps (Figure 6). Les premières notions étaient abordées à l'école ($n = 164$, 63%) et auprès de leur propre mère ($n = 92$, 35%). Par la suite les femmes se tournaient vers les professionnels de santé ($n = 182$, 69%) et les sites internet ($n = 116$, 44%). Lorsqu'un « autre membre de la famille » était cité il s'agissait d'une sœur dans plus de la moitié des cas.

3.3.6. Place du médecin généraliste dans l'information des femmes

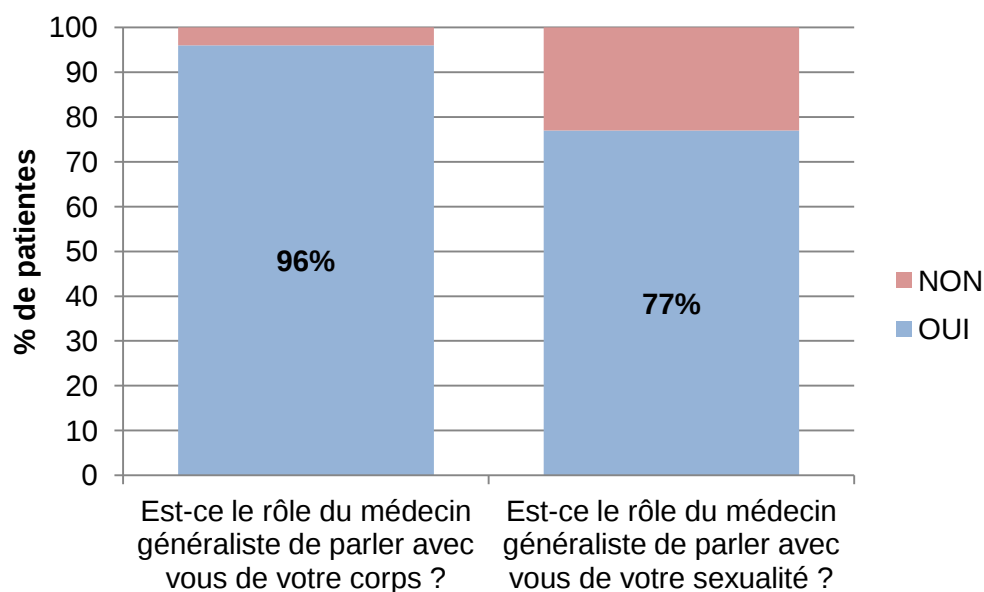


Figure 7 : Quel rôle pour le médecin généraliste ?

Le médecin généraliste était un moyen d'information important pour les femmes de l'étude : **96% des femmes considéraient qu'il était du ressort du médecin généraliste de parler avec elle de leur corps et 77% pensaient que c'était aussi son rôle de parler de sexualité.**

3.3.7. Participation à des séances d'éducation sexuelle

Sur les 262 femmes de l'étude **52% déclaraient avoir bénéficié d'éducation sexuelle au cours de leur scolarité.** Parmi elles, 19% avaient eu une séance d'éducation sexuelle, 35% plusieurs séances et 46% n'en avaient pas mentionné le nombre (certaines signalaient ne pas se souvenir du nombre de séances). Le nombre maximal de séances que déclaraient les femmes était de 3 séances au cours de la scolarité.

3.3.8. Premier rapport sexuel

L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 18 ans (extrêmes : 13 ans – 30 ans ; médiane à 18 ans). Pour les femmes nées après 1985 (âgées de moins de 30 ans), l'âge moyen du premier rapport était de 17,6 ans.

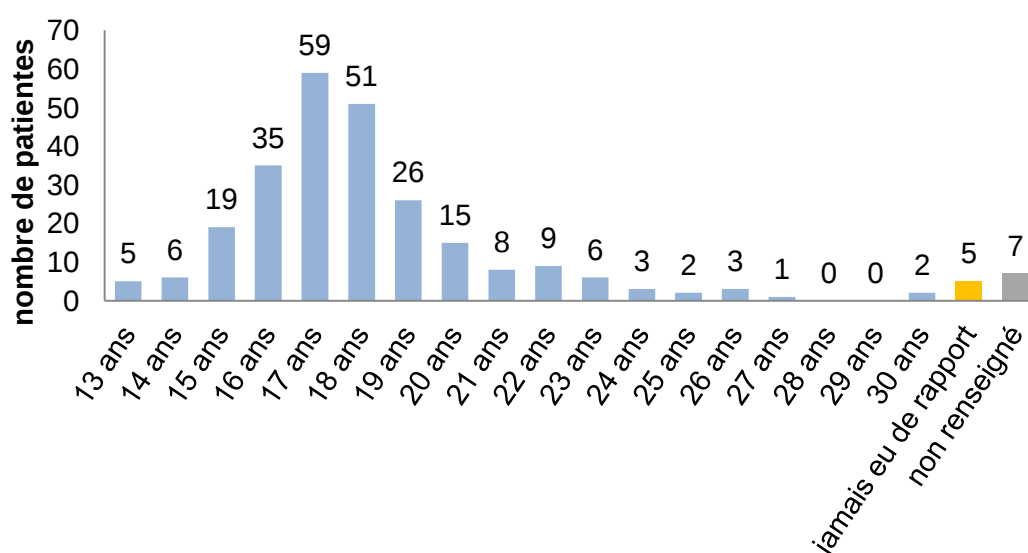


Figure 8 : Age du premier rapport sexuel.

Sur l'ensemble de l'effectif, 52% des femmes déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Parmi les femmes nées après 1975, 69% déclaraient avoir utilisé un préservatif, 77% pour les femmes nées après 1985 et 81% pour les femmes nées après 1990.

L'utilisation du préservatif au premier rapport était plus faible chez les femmes les moins diplômées : 38% des femmes sans diplôme avaient utilisé un préservatif contre 62% des femmes diplômées du supérieur ($p < 0,01$).

L'utilisation du préservatif était plus rare lorsque le premier rapport avait lieu après 20 ans : 60% pour un premier rapport entre 13 et 19 ans contre 26% après 20 ans ($p < 0,01$).

3.3.9. Sexualité

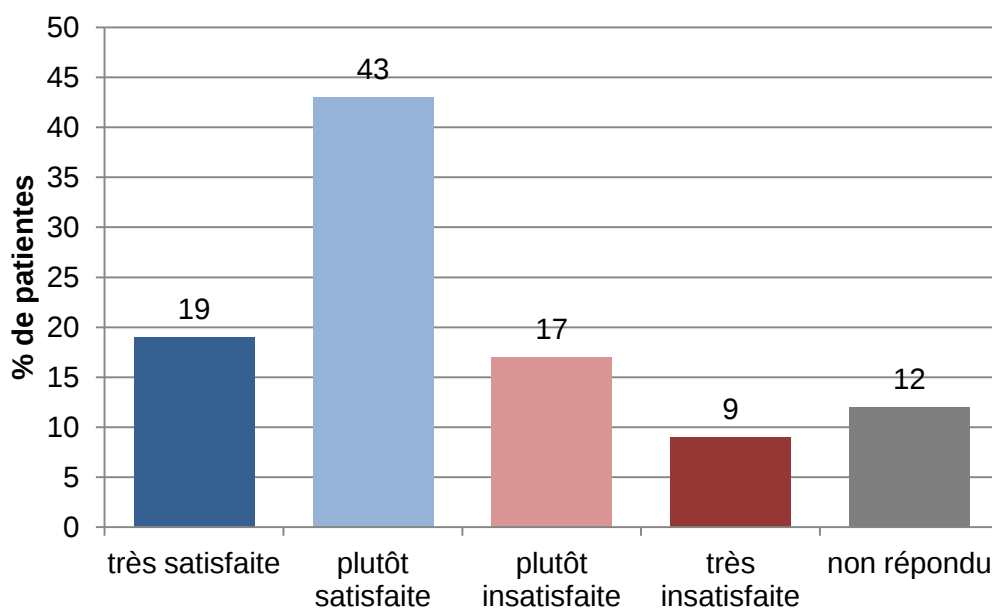


Figure 9 : Niveau de satisfaction des femmes vis-à-vis de leur vie sexuelle au cours des quatre dernières semaines.

62% des femmes de l'étude étaient plutôt satisfaites ou très satisfaites de leur vie sexuelle actuelle et 26% étaient plutôt insatisfaites ou très insatisfaites, 12% n'avaient pas répondu (Figure 9).

32% des femmes déclaraient avoir eu des difficultés liées aux rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines.

16% des femmes avaient déjà trouvé leur sexe anormal (soit 42 femmes). Parmi elles, 12 femmes trouvaient leurs petites lèvres anormales (taille, aspect, couleur...), 8 décrivaient des douleurs, 6 avaient ressenti une « déformation » de leur sexe suite aux accouchements, 5 parlaient de trouble du désir et d'anorgasmie et 11 ne précisaient pas en quoi elles avaient trouvé leur sexe anormal.

3.3.10. Image corporelle

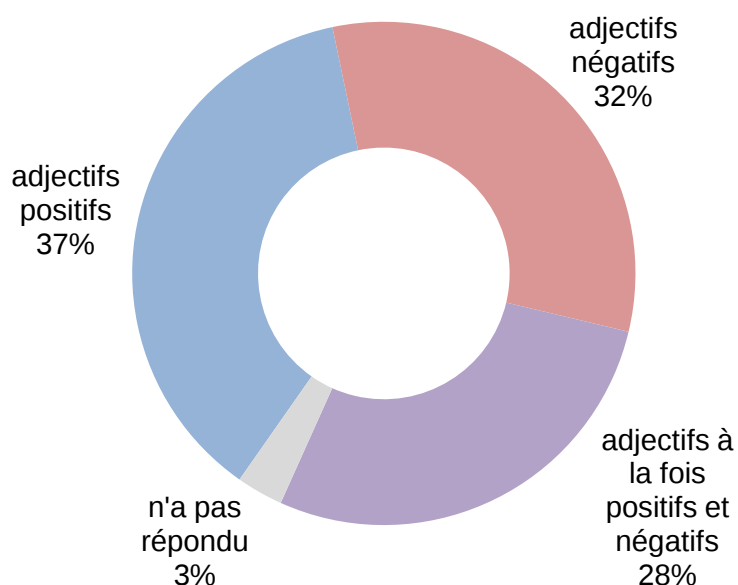
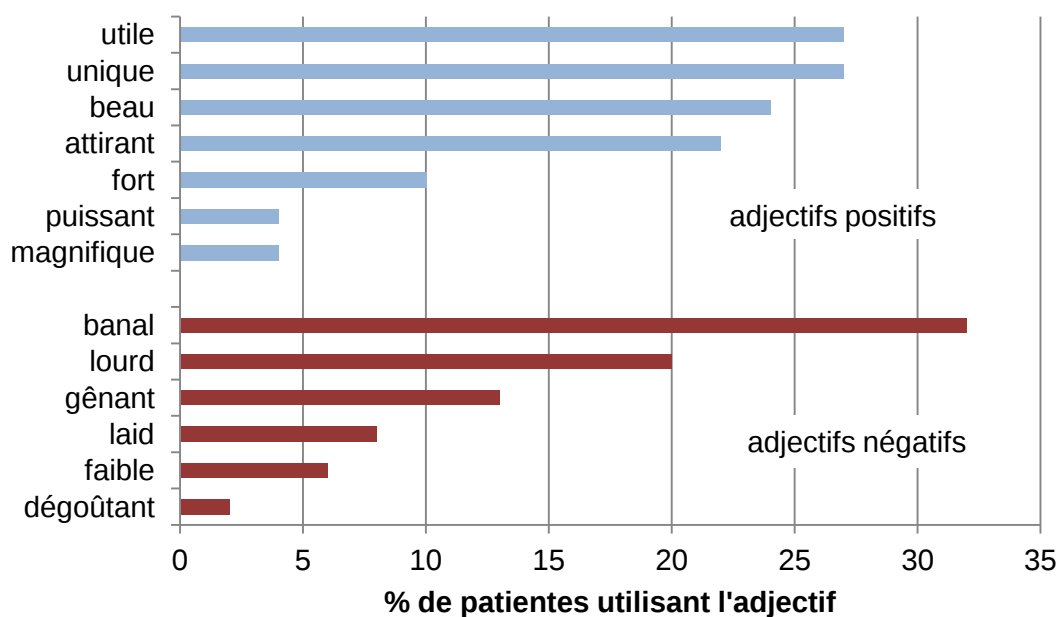


Figure 10 : Image corporelle des personnes interrogées.

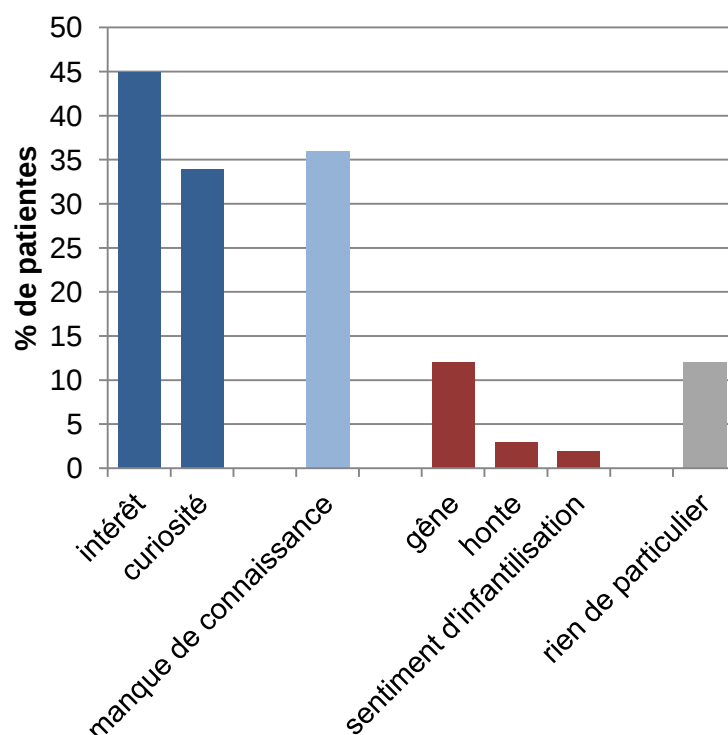
97% des femmes de l'étude avaient choisi des adjectifs pour définir leur corps.

37% optaient pour des termes évoquant une vision positive de leur corps, 32% des termes négatifs et 28% choisissaient à la fois des termes positifs et négatifs (Figure 10).



**Figure 11 : Adjectifs utilisés par les patientes pour qualifier leur propre corps.
(plusieurs termes pouvaient être choisis)**

3.3.11. Intérêt pour le questionnaire



**Figure 12 : Ressenti en remplissant le questionnaire.
(plusieurs réponses étaient possibles)**

Une faible proportion de femmes avaient été mal à l'aise en remplissant le questionnaire : 14% (36 femmes) avaient dit ressentir de la gêne, de la honte ou un sentiment d'infantilisation.

La bande de papier agrafée en dernière page comportant l'adresse du site internet avec les réponses avait été détachée par 53% des femmes. Durant les quatre mois de l'étude (du 2 février au 2 juin 2015) le site internet <http://thesesexefeminin.blogspot.fr/> a été consulté 249 fois. La page concernant les réponses au questionnaire a été consultée 115 fois. Nous n'avons pas de moyen pour savoir s'il s'agissait des personnes ayant participé à l'étude et si certaines avaient consulté le site plusieurs fois.

3.4. Etude analytique

3.4.1. Résultats en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques	Score ≤ 14 n (%)	Score > 14 n (%)	p
Ensemble des femmes	101 (39)	161 (61)	
Centre (commune du cabinet)			
1 - Villié-Morgon (69)	10 (27)	27 (73)	0,59
2 - Villefranche-sur-Saône (69)	14 (34)	27 (66)	
3 - Chabeuil (26)	25 (45)	30 (55)	
4 - Châtillon-sur-Chalaronne (01)	17 (40)	25 (60)	
5 - Lyon 2e (69)	19 (40)	28 (60)	
6 - Villeurbanne (69)	16 (40)	24 (60)	
Age			
18 à 25 ans	11 (35)	20 (65)	0,63
26 à 40 ans	41 (35)	77 (65)	
41 à 60 ans	33 (42)	45 (58)	
Plus de 60 ans	10 (45)	12 (55)	
Niveau d'études			
< au baccalauréat	40 (62)	25 (38)	< 0,01
baccalauréat	23 (42)	32 (58)	
études supérieures	37 (26)	104 (74)	
Situation familiale			
vit en couple	66 (34)	126 (66)	0,04
vit seule	33 (49)	35 (51)	
Parité			
au moins un enfant	73 (38)	120 (62)	0,78
pas d'enfant	27 (40)	41 (60)	

Tableau 3 : Résultats obtenus au test de connaissance en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Le **niveau d'étude** était associé de manière significative au score obtenu au test de connaissance : 74% des femmes ayant fait des études supérieures obtenaient un score supérieur à 14 points, contre 58% des femmes ayant le baccalauréat et 38% des femmes avec un niveau d'étude inférieur au baccalauréat ($p < 0,01$).

La **situation familiale** des personnes interrogées était significativement corrélée au score obtenu au test de connaissance : 66% des femmes en couple au moment de l'étude obtenaient un score supérieur à 14 points, contre 51% des femmes célibataires au moment de l'étude (célibataires, séparées, divorcées ou veuves) ($p = 0,04$).

Les différences observées entre les six centres de l'étude n'étaient pas statistiquement significatives ($p = 0,59$). De même, les différentes tranches d'âge avaient des résultats comparables ($p = 0,63$). Le fait d'avoir ou non des enfants n'était pas statistiquement corrélé au score obtenu ($p = 0,78$).

3.4.2. Résultats en fonction des autres caractéristiques.

Caractéristiques	Score ≤ 14 n (%)	Score > 14 n (%)	p
Ensemble des femmes	101 (39)	161 (61)	
Antécédents liés aux organes génitaux			
pas d'antécédent	14 (50)	14 (50)	0,09
antécédent d'IST	20 (29)	50 (71)	
autre antécédent	67 (41)	97 (59)	
Antécédents d'IVG			
pas d'IVG	73 (37)	124 (63)	0,58
un IVG ou plus	25 (41)	36 (59)	
Frottis cervico-vaginal (femmes de 25 à 65 ans)			
fait un frottis tous les 3 ans	54 (32)	114 (68)	< 0,01
ne fait pas de frottis	19 (56)	15 (44)	
Mammographie (femmes de 50 à 74 ans)			
fait une mammographie tous les 2 ans	19 (42)	26 (58)	1
ne fait pas de mammographie	3 (50)	3 (50)	
Autopalpation mammaire			
pratique l'autopalpation	44 (36)	78 (64)	0,54
ne pratique pas l'autopalpation	44 (40)	66 (60)	
Education sexuelle			
a eu au moins une séance d'éducation sexuelle	42 (31)	94 (69)	< 0,01
aucune séance d'éducation sexuelle	57 (48)	62 (52)	
Dialogue sur la sexualité avec sa mère			
mère parmi les premiers moyens d'information	28 (30)	64 (70)	0,05
mère non citée comme moyen d'information	73 (43)	97 (57)	
Age du premier rapport sexuel			
15 ans ou moins	10 (33)	20 (67)	0,13
entre 16 et 19 ans	61 (36)	110 (64)	
20 ans ou plus	23 (47)	26 (53)	
Préservatif lors du premier rapport sexuel			
avait utilisé un préservatif	40 (29)	96 (71)	< 0,01
n'avait pas utilisé de préservatif	55(47)	61 (53)	
Sexualité au cours des 4 dernières semaines			
difficultés liées aux rapports sexuels	29 (35)	54 (65)	0,57
absence de difficulté	63 (39)	100 (61)	
insatisfaite de sa vie sexuelle	22 (32)	47 (68)	0,53
satisfaite de sa vie sexuelle	59 (36)	104 (64)	
Aspect du sexe			
a déjà trouvé son sexe « anormal »	15 (36)	27 (64)	0,83
n'a jamais trouvé son sexe « anormal »	78 (37)	130 (63)	
Vision de son corps			
Positive	44 (45)	53 (55)	< 0,01
Négative	37 (44)	47 (56)	
à la fois positive et négative	15 (21)	57 (79)	

Tableau 4 : Résultats obtenus au test de connaissance selon les antécédents, les habitudes de dépistage, la sexualité et la vision du corps.

Adhérer au **dépistage du cancer du col de l'utérus** (frottis tous les 3 ans) était statistiquement associé à une meilleure réussite au test : 68% des femmes obtenaient plus de 14 points, contre 44% des femmes qui ne faisaient pas ce dépistage ($p < 0,01$).

Parmi les personnes qui avaient bénéficié d'au moins une séance d'**éducation sexuelle** au cours de leur scolarité, 69% obtenaient un score supérieur à 14, contre 52% des femmes qui n'en avaient pas bénéficié ($p < 0,01$). De même, les femmes qui avaient bénéficié d'un **dialogue avec leur mère** sur le fonctionnement du corps et la sexualité avaient un score supérieur à 14 dans 70% des cas, contre 57% des femmes qui ne citaient pas ce moyen d'information ($p = 0,05$).

Concernant le premier rapport sexuel, le fait d'avoir utilisé un **préservatif** lors de celui-ci était statistiquement associé à une meilleure réussite au test : 71% des femmes concernées obtenaient plus de 14 points contre 53% des femmes qui n'avaient pas utilisé de préservatif ($p < 0,01$). L'âge du premier rapport n'était pas corrélé statistiquement au score obtenu ($p = 0,13$).

Les femmes qui avaient choisi à la fois des adjectifs positifs et des adjectifs négatifs pour décrire leur propre corps, obtenaient un score supérieur à 14 dans 79% des cas, contre 55% des femmes qui avaient choisi uniquement des adjectifs positifs et 56% des femmes qui avaient choisi uniquement des adjectifs négatifs ($p < 0,01$).

Concernant les antécédents, le fait d'avoir eu une IST ou une autre pathologie liée aux organes génitaux ou d'avoir eu recours à une IVG n'était pas associé de manière significative au score obtenu au test de connaissance. De même, le fait de pratiquer l'autopalpation mammaire ou de faire régulièrement des mammographies (pour la tranche d'âge concernée), la qualité de la vie sexuelle et la vision de l'aspect de leur sexe n'étaient pas statistiquement corrélés au score obtenu.

4. DISCUSSION

Dans un premier temps, seront analysées les forces et les limites de l'étude. Dans un deuxième temps, nous comparerons le résultat principal aux données de la littérature, puis nous commenterons les résultats des objectifs secondaires. Enfin, à partir de ces résultats, nous proposerons des modifications pour la pratique courante du médecin généraliste.

4.1. Forces et limites de l'étude

4.1.1. Forces de l'étude

La force principale de notre travail réside dans son caractère original. Les travaux trouvés dans la littérature recherchent souvent les connaissances sur les IST ou la contraception mais rarement les connaissances anatomiques. **Aucune étude n'a été retrouvée concernant la connaissance des adultes sur l'anatomie des organes génitaux féminins.**

Le taux de réponse au questionnaire était de 76%. Il s'agit d'un taux satisfaisant qui montre une bonne acceptabilité pour un questionnaire papier laissé en libre accès (24).

Bien que la population de l'étude soit un échantillon de convenance, plusieurs caractéristiques étaient comparables à celles de la population générale française. Par exemple, l'âge du premier rapport sexuel, l'utilisation du préservatif, le nombre d'IVG...

4.1.2. Limites et biais de l'étude

L'une des faiblesses de l'étude concerne la représentativité : la population de l'étude est un échantillon de convenance non représentatif de la population des femmes de la région Rhône-Alpes. D'une part, car les centres investigateurs ont été choisis pour des raisons pratiques par l'auteur, il n'y a pas eu de tirage au sort. D'autre part, car ce type d'étude par questionnaire utilise un recrutement volontaire et non aléatoire ce qui sélectionne une population particulière, potentiellement plus intéressée par le sujet que les personnes n'ayant pas souhaité répondre. Tous ces éléments introduisent un biais de sélection (25).

La méthodologie par questionnaire induit un biais de mesure. Les réponses sont déclaratives et ne peuvent pas être vérifiées. Il peut y avoir des défauts de mémorisation, des

mensonges, des omissions. Certaines questions touchant à l'intimité des personnes interrogées ont pu accentuer ce biais.

Le choix a été fait d'une méthodologie quantitative afin d'évaluer précisément le niveau de connaissance des femmes adultes et faire ressortir les points qui posaient le plus de difficultés. Ce choix ne permettait pas l'expression « libre » des personnes interrogées alors que le sujet amenait la parole, la discussion, les questions... ce qu'une méthodologie qualitative aurait pu explorer.

Enfin, seuls les questionnaires où aucune question de la partie connaissance n'avait été remplie ont été exclus de l'étude. Certains questionnaires ont été analysés alors que les schémas n'avaient pas été entièrement légendés. Les légendes non remplies ont été comptées comme « réponse fausse » mais nous ne pouvons pas savoir si la personne ne connaissait pas la réponse ou si elle n'a pas répondu par désintérêt, manque de temps ou sentiment de gêne face à des questions intimes...

4.2. Critère de jugement principal

Plusieurs études retrouvent un résultat analogue au nôtre, c'est-à-dire un niveau de connaissance insuffisant. La plupart des publications analysent le niveau de connaissance en matière de sexualité, de contraception et d'IST mais la connaissance anatomique est rarement recherchée. De même, les populations étudiées diffèrent : adolescents ou adultes jeunes. Aucune étude testant les connaissances anatomiques des adultes de tous âges n'a été retrouvée.

Une seule étude analysant le niveau de connaissance de l'anatomie des organes génitaux féminin a été retrouvée. Il s'agit d'une étude réalisée en 2010 auprès d'étudiants de l'Université de l'Indiana à Bloomington (USA) (26). Cette étude proposait à 236 étudiants des deux sexes (moyenne d'âge 20 ans) un questionnaire avec des questions basiques sur la contraception, les IST et les règles ainsi que des questions sur l'anatomie des organes génitaux féminins sous forme de schémas. Le but était surtout de comparer le niveau de connaissance entre hommes et femmes. La moyenne obtenue par les 138 étudiantes au test de connaissance est équivalente à celle obtenue par les femmes de notre étude (13,4/20 contre 15,1/22). Les résultats aux schémas d'anatomie sont comparables à ceux de notre étude : clitoris non correctement légendé par un quart des femmes, vagin mieux reconnu en coupe frontale, col de l'utérus non reconnu pour la moitié des femmes... Les taux de légendes justes

sont semblables avec au maximum 10% de différence entre les deux études. En revanche, le fait d'être plus âgée est associé à un meilleur niveau de connaissance à la différence de notre étude où l'âge n'avait pas d'incidence. Il est intéressant de noter que le niveau de connaissance est équivalent entre les deux populations alors que l'étude américaine concerne exclusivement des femmes jeunes avec un niveau d'étude élevé pour lesquelles on aurait pu s'attendre à un meilleur niveau de connaissance.

4.3. Critères de jugement secondaires

4.3.1. Caractéristiques de la population

Le niveau de connaissance était comparable dans les six centres investigateurs. En particulier il ne semblait pas exister de différence de niveau de connaissance entre les patientes des cabinets ruraux ou urbains.

De même, les différentes tranches d'âge obtenaient des résultats similaires, ce qui ne peut pas être comparé à la littérature car aucune étude concernant les adultes de tous âges n'a été retrouvée.

Un faible niveau d'étude était associé à un moindre niveau de connaissance. Plusieurs études s'intéressant aux connaissances des adolescents retrouvent un lien entre un faible niveau d'étude ou un faible niveau socioéconomique des parents et une moins bonne connaissance chez les enfants (26) (27).

Le fait d'être en couple était associé à un niveau de connaissance plus élevé. En revanche le fait d'avoir des enfants n'influe pas sur le niveau de connaissance.

4.3.2. Réponses aux questions de connaissance

Le mot « vulve » posait problème : seulement 68% des femmes disaient pouvoir toucher leur vulve alors qu'elles étaient 77% à citer le vagin et 92% à citer le clitoris dans la même question. Il semble y avoir un problème de vocabulaire. Ce même constat est fait par E. 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. » (28). Il semble important que le

médecin généraliste ait ce constat à l'esprit lorsqu'il s'adresse à ses patientes et utilise préférentiellement le mot « vagin » ou « sexe » au lieu de « vulve ». En effet, c'est la responsabilité du professionnel de santé d'utiliser un langage adapté et de s'assurer de la bonne compréhension du patient afin de permettre la « décision médicale partagée » (29) (30).

Un autre résultat mérite d'être repris : le manque de connaissance sur l'origine des règles. Cette question avait pour but de rassurer les personnes répondant au questionnaire avec une réponse supposée facile par l'auteur. Pourtant seules 55% des femmes donnaient la bonne réponse. Dans son étude anthropologique « Une fabuleuse machine », C. Durif consacre un long chapitre à la représentation et à la symbolique des règles. Elle souligne l'importance du rythme menstruel dont toute modification est interprétée « les règles qui purgent », « l'absence de règles comme une sanction »... En revanche son travail souligne que les femmes ont une connaissance approximative de la physiologie de l'utérus et du cycle menstruel : « La sphère génitale résiste particulièrement au savoir scientifique, tellement elle est chargée de fantasmes, de mystères et de craintes » (31).

4.3.3. Réponses aux schémas

Le schéma représentant la vue externe du sexe féminin de façon réaliste posait des difficultés : seules 21% des femmes réussissaient à le légender sans erreur, alors que 51% légendaient parfaitement la coupe frontale des organes génitaux internes. Le schéma des organes génitaux internes posait moins de problèmes bien que peu réaliste : il ne présente ni les organes avec des proportions correctes, ni leurs rapports anatomiques réels. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la coupe frontale est la représentation la plus utilisée dans les manuels scolaires ou dans les médias pour illustrer la physiologie des organes génitaux (règles, ovulation, fécondation...). Comme le souligne G. Zwang les femmes n'ont pas de référence visuelle de l'aspect externe de leur propre sexe (5).

A propos du clitoris : 26% des femmes ne le légendaient pas correctement, 8% ne le citaient pas parmi les parties de leur corps qu'elles pouvaient toucher et 6% ne connaissaient pas sa fonction.

Ces résultats sur les schémas sont semblables à ceux obtenus dans notre étude pilote de 2013 et dans l'étude américaine chez les étudiants de l'Université de l'Indiana (26).

4.3.4. Antécédents

Dans notre étude, 27% des femmes déclaraient au moins un antécédent d'IST alors que seules 2,8% des femmes en déclarent un dans le baromètre santé 2005 de l'INPES (17). Les « baromètres santé » de l'INPES sont des enquêtes téléphoniques en population générale sur un échantillon aléatoire de plus de 10 000 personnes. L'enquête de 2005 concernait plus particulièrement la santé sexuelle. La différence observée par rapport à notre étude pourrait s'expliquer en partie par la méthodologie employée. D'une part, car les personnes étaient interrogées directement par téléphone avec peut-être un biais de mesure plus important, d'autre part car les personnes interrogées devaient citer uniquement la dernière IST au cours des 5 dernières années. Enfin car il existe 10 ans d'écart entre les deux études.

Concernant les infections à Chlamydia, 3% des femmes de notre étude déclaraient en avoir déjà contracté une, contre 0,2% des femmes du baromètre INPES. L'enquête « contexte de la sexualité en France » réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 2006, permet d'estimer la prévalence de Chlamydia : des auto-prélèvements effectués dans un sous échantillon de plusieurs centaines de personnes retrouvent 1,5% d'infection à Chlamydia (32). Depuis plusieurs études vont dans le sens d'une augmentation de l'incidence des infections à Chlamydia mais aucun chiffre de prévalence actuelle ne peut être avancé en raison du caractère parfois asymptomatique de l'infection et l'absence de dépistage systématique (16).

4.3.5. IVG

Depuis la loi Veil dépénalisant les IVG en 1975, leur nombre est resté stable autour de 200 000 chaque année en France (33)(34). Dans notre étude, 24% des femmes interrogées avaient eu recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. Si on prend en compte uniquement les femmes de plus de 45 ans (en fin de vie reproductive) 35% d'entre elles avaient un antécédent d'IVG. Ce chiffre est concordant avec le dernier rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui estime que 40% des femmes en France auront recours à l'IVG à un moment donné de leur vie selon une estimation basée sur les déclarations obligatoires d'IVG fournies par les professionnels de santé. Ce rapport conclut que « l'IVG n'est donc pas un événement exceptionnel, elle constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive et doit être prise en compte en tant que telle » (13). Dans le

« baromètre santé » 2005 de l'INPES, seules 21,8% des femmes de plus de 45 ans déclarent un antécédent d'IVG (17). Cette différence s'explique peut-être de nouveau par un biais de mesure plus important avec une enquête téléphonique.

4.3.6. Participation au dépistage des cancers de la femme

Dans notre étude, 87% des femmes de la tranche d'âge concernée (50 à 74 ans) déclaraient réaliser une mammographie tous les deux ans. Ce taux est très supérieur à ce qui est relevé dans la population générale française par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010, 52,1% des femmes participaient au dépistage systématique (35). Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 77% des femmes de la tranche d'âge concernée (25 à 65 ans) déclaraient faire pratiquer un frottis tous les 3 ans. Ce taux est supérieur à celui observé par la HAS en 2010 où moins de 50% de la population générale participait à ce dépistage (36). La grande différence observée entre notre population et la population générale française peut être expliquée par un biais dans la sélection de la population : les femmes ne se sentant pas concernées ni intéressées par le sujet n'ont peut-être pas répondu au questionnaire et ces mêmes personnes adhèreraient moins que les autres aux dépistages des cancers gynécologiques. Dans notre étude, il existe une association statistiquement significative entre le fait d'avoir une connaissance satisfaisante de l'anatomie du sexe féminin et le fait de réaliser un frottis régulièrement.

4.3.7. Rôle du médecin généraliste

Ce travail démontre que le médecin généraliste est un **interlocuteur privilégié pour les femmes : 96% pensaient que c'était son rôle de parler du corps féminin et 77% pensaient qu'il était de son ressort d'évoquer le sujet de la sexualité.** Le professionnel de santé était le premier interlocuteur de 69% des femmes à l'âge adulte pour aborder le fonctionnement de leur corps, bien avant internet (44%). Le médecin pourrait penser qu'aborder ces sujets intimes serait mal perçu par les patientes mais dans l'étude seule une minorité de femmes (14%) avait été mal à l'aise en remplissant le questionnaire.

4.3.8. Autres sources d'information des femmes

Dans l'enfance, l'école était le premier moyen d'information cité par les femmes (63%), devant leur propre mère (35%). Le fait d'avoir eu un dialogue avec sa mère était significativement corrélé à un meilleur niveau de connaissance de l'anatomie ($p = 0,05$). D'autres études retrouvent un lien entre l'existence d'un dialogue avec les parents et un meilleur niveau de connaissance (26)(27).

A l'âge adulte, le professionnel de santé était le premier moyen d'information (69%) puis venait internet (44%) loin devant les autres médias (livres et revues 16%, télévision 7% et radio 3%). La pornographie restait très marginale : 2% des femmes la citaient comme moyen d'information initial et 0% par la suite.

4.3.9. Education sexuelle

L'école était la source principale d'information des femmes de l'étude pour acquérir leurs premières connaissances sur le fonctionnement de leur corps (63%). Le fait d'avoir bénéficié d'éducation sexuelle pendant la scolarité était significativement corrélé à un niveau de connaissance plus élevé ($p < 0,01$). Une étude française réalisée en 2010 auprès de 669 lycéens analyse les connaissances et les comportements des adolescents en matière de sexualité, d'IST et de vaccination contre HPV. Comme dans notre étude, une association significative est retrouvée entre un niveau de connaissance satisfaisant et la participation à une séance d'éducation sexuelle ainsi qu'à la présence d'un dialogue avec les parents sur les sujets relatifs à la sexualité (27).

Une autre étude française de 2009 cherche à connaître les besoins et les attentes des adolescents en termes d'éducation sexuelle : 90% des collégiens souhaitent que l'éducation sexuelle fasse partie du programme scolaire et 66% proposent que cet enseignement commence dès l'âge de 10 ans (37).

Un grand nombre d'études américaines cherche à évaluer l'efficacité de l'éducation sexuelle. Certaines démontrent que l'éducation sexuelle de type « abstinence only education » (qui prône l'abstinence et cherche à retarder au maximum le premier rapport sexuel) est inefficace voire même augmente le nombre de grossesses chez les adolescentes (38). D'autres établissent un lien entre éducation sexuelle de type « comprehensive sex and Sexual Transmitted Diseases education » (éducation sexuelle « complète » par opposition à l'éducation sexuelle focalisée sur l'abstinence) et diminution des grossesses non désirées chez

les adolescentes ainsi qu'une meilleure utilisation des moyens contraceptifs et des moyens de protection contre les IST (39)(40)(41). Ces études montrent aussi que l'éducation sexuelle n'augmente pas les risques liés à la sexualité des adolescents et aurait plutôt tendance à retarder l'âge du premier rapport sexuel.

En France, le dernier rapport de l'IGAS souligne que « l'information et l'éducation à la sexualité à l'école n'est pas perçue ni appliquée comme une obligation légale. En l'absence de bilan des actions engagées depuis 2001 il n'est pas possible de mesurer l'ampleur des efforts à accomplir pour satisfaire aux dispositions de la loi qui prévoit trois séances annuelles dans tous les établissements scolaires et pour tous les élèves, de la maternelle à la terminale. Mais tout laisse à penser que le chemin à accomplir reste important. » (13)

Début 2013, la « Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif » a été mise en place par le gouvernement français pour la période 2013 – 2018 (42). Le but de cette convention est d'éviter que l'école alimente, malgré elle, les stéréotypes sexistes. C'est dans ce cadre qu'ont été testés les « ABCD de l'égalité » à l'école primaire pendant l'année 2013 – 2014 (43). L'éducation à la sexualité occupe une place de premier ordre dans ce dispositif puisqu'elle « touche, au-delà du domaine de l'intime, à des enjeux de société décisifs » (42). Il semble exister une volonté d'appliquer la loi (votée en 2001) qui préconise trois séances d'éducation sexuelle par an tout au long de la scolarité ?

4.3.10. Premier rapport sexuel

Dans notre étude, l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 18 ans avec une tendance à la baisse chez les femmes nées après 1985 (17,6 ans en moyenne). Ces résultats sont comparables aux observations de l'enquête « Contexte de la sexualité en France » de 2006 qui décrit un rajeunissement de l'âge du premier rapport chez les femmes passant de 20,6 ans pour les femmes nées dans les années 1930 à 18,6 ans pour les femmes nées dans les années 1960 et 17,6 ans pour la génération née en 1985 (32).

Les femmes qui avaient utilisé un préservatif lors de leur premier rapport avaient un niveau de connaissance de leur anatomie plus élevé de manière statistiquement significative. L'utilisation du préservatif variait peu en fonction de l'âge du premier rapport. Seules les femmes qui débutaient tardivement leur vie sexuelle (après 20 ans) déclaraient moins

fréquemment avoir utilisé un préservatif. L'utilisation du préservatif au premier rapport était plus faible chez les femmes les moins diplômées. Ces résultats sont semblables à ceux de l'enquête « Contexte de la sexualité » (32).

L'utilisation du préservatif devenait beaucoup plus fréquente lorsque le premier rapport sexuel avait eu lieu après la fin des années 80. Cela est sans doute lié à l'épidémie de SIDA et aux campagnes de prévention. Un seuil semble avoir été atteint autour de 80% depuis les années 2000 : 81% des femmes dans notre étude, contre 82,5% dans l'enquête « Contexte de la sexualité » (32).

4.3.11. Sexualité

Dans notre étude, 32% des femmes signalaient des difficultés liées aux rapports sexuels. L'enquête « Contexte de la sexualité » décrit des difficultés lors des rapports (absence de désir, difficulté à atteindre l'orgasme) « parfois » ou « souvent » chez 36% des femmes. A noter toutefois que les femmes déclarant avoir « souvent » des difficultés ne sont que 7% (32).

Une femme sur six avait déjà trouvé l'aspect de son sexe anormal au cours de sa vie. La plainte la plus fréquente concernait l'aspect des petites lèvres. La chirurgie cosmétique génitale féminine a fait son apparition en France à la fin des années 90 (2). Cela regroupe en particulier la nymphoplastie (en général raccourcissement des petites lèvres), « l'amplification du point G » (injection d'acide hyaluronique à l'emplacement supposé du « point G ») (44), le remodelage ou liposuction du mont de venus... Plusieurs publications mettent l'accent sur le déséquilibre entre le traitement éthique et juridique des mutilations sexuelles féminines (excisions rituelles) formellement condamnées dans les sociétés occidentales et la licéité de la chirurgie sexuelle cosmétique présentée comme une modalité de renforcement de l'estime de soi et d'épanouissement sexuel (45)(46). Les auteurs mettent en garde contre le risque de prendre en charge chirurgicalement des personnes souffrant de dysmorphophobie (1).

Dans notre étude, 62% des femmes se disaient globalement satisfaites de leur vie sexuelle. Aucune des études françaises de grande ampleur explorant la sexualité citée ci-dessus ne recherche la satisfaction générale des femmes vis-à-vis de leur vie sexuelle... Il n'a pas été retrouvé de publication scientifique sur la qualité de vie sexuelle dans la population générale. L'Institut français d'opinion publique (IFOP) retrouve 68% de français satisfaits de leur vie sexuelle dans un sondage en 2013, mais la distinction homme/femme n'est pas précisée (47).

4.3.12. Image corporelle

Les femmes qui avaient choisi à la fois des termes positifs et négatifs pour décrire leur propre corps avaient un niveau de connaissance plus élevé que celles qui avaient choisi des termes exclusivement positifs ou exclusivement négatifs. Comme si le fait d'avoir une bonne connaissance de son anatomie était associé à une vision du corps plus « équilibrée » et probablement plus réaliste ?

4.4. La parole des femmes dans les marges ...

Notre étude utilisait une méthode quantitative, de ce fait les réponses récoltées sont précises, « finies », non extensibles, il n'y avait pas de réponse en « texte libre » de type « avez-vous une remarque à ajouter ? ». Cependant, presque aucun des 262 questionnaires n'a été rendu sans ajout, annotation dans les marges, précision écrite à côté d'une réponse cochée... Les femmes avaient des choses à dire. Le sujet amenait la parole, même si elles savaient que le questionnaire était anonyme et qu'elles ne pourraient pas avoir de réponse directe de la part de l'auteur. Par ailleurs, ce questionnaire a déclenché des discussions en consultation entre les femmes qui venaient de le remplir en salle d'attente et leur médecin. Dans certains cas, rapportés par des médecins des centres investigateurs, la parole s'est libérée lors de cette consultation permettant à des femmes de parler de sujets qu'elles n'avaient jamais abordés auparavant.

L'objectif de ce travail étant exclusivement « quantitatif », recherchant des connaissances précises sur l'anatomie, les champs de « texte libre » avaient été volontairement restreints car la méthodologie envisagée ne permettait pas de les analyser. Cependant l'auteur ne s'attendait pas à une telle « appropriation des marges » par les femmes interrogées. Le choix a été fait de rapporter ici certaines de ces annotations afin de mieux comprendre le rapport à leur propre corps qu'avaient les femmes interrogées.

A propos des antécédents :

- « Perdu deux enfants 3 mois et 6 mois et demi »
- « Hystérectomie suite hémorragie lors d'une césarienne »
- « Hystérectomie fille distilbène »
- « Deux IVG médicamenteuse et une chirurgicale (bébé mort) »

A propos du rôle du médecin généraliste :

- « Ce n'est pas son rôle mais en effet il doit pouvoir être la personne vers qui on se tourne »

A propos de l'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport :

- « Oui, il a craqué ... »

A propos des problèmes de sexualité et de l'aspect du sexe :

- « Adolescente j'étais effrayée par la couleur : trop foncé ! »
- « Quelques douleurs pendant la pénétration au niveau des ovaires »

« Sensibilité et odeur »

« Diminution du désir » (souligné)

« Pas d'envie ou très très peu »

« Anormal de par sa couleur ou présence d'irrégularités à la surface des organes »

« Que je n'étais pas "faite" normalement surtout suite aux grossesses. J'ai découvert beaucoup de mon anatomie pendant les séances de préparation à l'accouchement. »

« Je pense que mes petites lèvres sont trop grandes. Je me blesse souvent à cheval. Je n'ai jamais eu de réflexion d'un partenaire mais je n'en ai jamais parlé non plus. Sauf à ma gynéco qui m'a confirmé un "problème" léger à ce niveau. Je pense me faire opérer. Mon point de comparaison = photos, sites ou films X. »

« Petites lèvres proéminentes »

« Petites lèvres très grandes »

« Lèvre non symétrique »

« Lèvre intérieur trop grosse/grande à l'extérieur »

A propos de la description de leur propre corps :

« Contraignant (parfois) », « vieillissant », « un peu cabossé par l'âge », « laid, dégoûtant, différent, anormal », « magnifique de par son fonctionnement », « un peu trop rond », « confortable enveloppé », « boulet », « étranger et familier à la fois », « fascinant », « balafre », « un peu dégoûtant (120 kg !) »

A propos du ressenti en remplissant le questionnaire :

« D'avoir été mal accompagnée dans l'adolescence »

« Gêne : que des messieurs dans la salle d'attente »

« Manque de connaissance peut-être => à vous de me le dire »

« Manque de connaissance, prise de conscience sur mon corps (anatomie - recherche du plaisir sexuel) »

« Désolée je ne peux pas compléter le schéma, mon fils de 4 ans veut regarder... mais je ne connais pas toutes les réponses. »

« Merci à vous, je pense qu'il est primordial que patientes et médecins puissent parler librement de ces sujets »

« De la pudeur, le sentiment de ne pas bien connaître son fonctionnement (beaucoup de doute quant aux réponses données). Bon courage pour votre thèse ! »

« Merci de faire ce genre d'étude, il y a encore trop d'ignorance sur la sexualité féminine »

« Pourquoi suis-je différente ? »

4.5. Et en pratique ?

L'école et le professionnel de santé sont les sources principales d'information des femmes. Ils endossent en partie la responsabilité de leur niveau de connaissance. Quelles conséquences pour la pratique du médecin généraliste ?

- Etre disponible, capable de recevoir la parole

Comme nous l'avons vu, les femmes affirment que le médecin généraliste est un interlocuteur pour les sujets touchant à la sexualité. La plupart des personnes interrogées ont indiqué leur intérêt vis-à-vis de l'étude, seule une minorité a été mal à l'aise en remplissant le questionnaire. Le médecin généraliste est-il prêt à recevoir des questions et se sent-il capable d'y apporter une réponse ? Est-il également en capacité d'ouvrir la conversation sur les sujets du corps et de la sexualité ? Les femmes expriment clairement qu'elles souhaitent pouvoir aborder ces sujets avec lui, si un jour elles en ont besoin.

- Expliquer, montrer

Les consultations de « gynécologie » sont l'occasion pour le médecin généraliste et la patiente d'aborder l'anatomie féminine. L'utilisation d'un schéma ou d'une planche d'anatomie permet de mieux expliquer les gestes du médecin : examen gynécologique, frottis, pose de dispositif intra-utérin (DIU) ... Lors d'une consultation présentant les différents modes de contraception, il est utile de montrer et de faire manipuler par la patiente des échantillons de démonstration de plaquette de pilule, de DIU et d'implant.

La pose de DIU peut être montrée sur une « maquette » d'utérus avant la pose réelle. Le médecin peut expliquer aussi qu'elle pourra elle-même toucher les fils du DIU si elle souhaite vérifier qu'il est bien en place (si elle a peur de l'avoir expulsé).

De même lors de la réalisation de ces gestes, le médecin pourra proposer à sa patiente de choisir une position qui lui convient : avec ou sans coussin derrière la tête pour voir ou non les gestes du médecin. La position en décubitus latéral (dite « posture anglaise ») peut aussi être proposée (48)(49).

Si la patiente le souhaite, un miroir peut lui permettre de voir l'aspect de son col de l'utérus ou l'emplacement des fils suite à la pose d'un DIU par exemple.

Afin de permettre la « décision médicale partagée », le médecin doit s'assurer d'être bien compris avec un vocabulaire adapté : préférer le terme « sexe » si les mots « vulve » ou « vagin » risquent d'être mal compris (ou montrer/expliciter ces termes !) (30).

- Respecter

La recherche du « consentement libre et éclairé » du patient est une obligation légale qui s'impose au médecin pour tout acte médical et tout traitement (30). Cette obligation prend toute son importance lorsqu'il s'agit d'un acte qui touche à l'intimité du patient (toucher rectal, toucher vaginal, examen gynécologique...). En cas de non-consentement du patient, cette décision s'impose au médecin même s'il estime l'acte médicalement justifié.

- Informer, orienter, donner des ressources fiables

Le médecin généraliste doit connaître et transmettre à ses patientes des ressources fiables : scientifiquement valides et accessibles pour le grand public. Une liste non exhaustive de ressources est proposée en annexe 3.

Ces ressources sont principalement des sites internet. Parmi les médias « traditionnels », deux émissions se distinguent et donnent des informations de qualité tout en s'adressant à un public large : à la radio « Lahaie, l'amour et vous » l'émission de Brigitte Lahaie sur RMC (50) et à la télévision : « Le magazine de la santé » présenté par Marina Carrère d'Encausse et Michel Cymes sur France 5 (51).

Le travail avec un réseau de confrère (gynécologue, sage-femme, sexologue) permet au médecin généraliste d'orienter au mieux sa patiente en cas de besoin.

5. CONCLUSION

L'expérience du médecin généraliste suggère que certaines femmes adultes ont une connaissance imparfaite de leur anatomie intime. Aucune publication ayant étudié précisément la connaissance des femmes adultes sur leurs propres organes génitaux n'a été retrouvée.

Notre étude s'est attachée à analyser de manière quantitative ce niveau de connaissance, chez des femmes majeures. Elles consultaient dans six cabinets de médecine générale de la région Rhône-Alpes. Nous avons utilisé un questionnaire renseigné de manière anonyme en salle d'attente, et remis de la même manière dans une urne, pour ne pas freiner ni gêner les patientes.

Le test de connaissance était constitué de 2 schémas d'anatomie à légender et 5 QCM. Un score inférieur ou égal à 14 sur 22 points était considéré comme non satisfaisant.

Au total, 262 questionnaires ont été analysés, soit 75% des questionnaires distribués dans les cabinets investigateurs et 98% des questionnaires recueillis.

Parmi les femmes interrogées, 39% obtenaient un score insuffisant au test de connaissance. La moyenne obtenue était de 15,1 points sur 22.

Le schéma présentant une vue externe du sexe féminin posait particulièrement problème. Les femmes semblaient manquer de référence visuelle sur l'aspect de leur propre sexe.

Un faible niveau de connaissance était associé de manière statistiquement significative à un faible niveau d'étude ($p < 0,01$), au fait d'être célibataire ($p = 0,04$), à l'absence d'éducation sexuelle lors de la scolarité ($p < 0,01$), à l'absence de dialogue sur la sexualité avec leur mère ($p = 0,05$), à l'absence d'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel ($p < 0,01$), à l'absence de dépistage par frottis cervico-vaginal ($p < 0,01$) et au fait d'avoir une vision de leur corps totalement positive ou totalement négative ($p < 0,01$). Ces résultats étaient concordants avec ceux d'autres études, portant sur une thématique voisine.

Ce travail montre que le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour les femmes : 96% des femmes considéraient qu'il était du ressort du médecin généraliste de parler avec elles de leur corps et 77% d'entre elles pensaient que c'était aussi son rôle de parler de sexualité.

Le niveau de connaissance des femmes adultes de leur propre anatomie intime n'est pas satisfaisant. L'éducation sexuelle scolaire en France est insuffisante et bien loin de ce que préconise la loi.

Le rôle du médecin généraliste sur ces thèmes est réaffirmé par les patientes elles-mêmes. Elles souhaitent de sa part être écoutées et respectées. Elles attendent également de recevoir de sa part des explications fiables et un accompagnement adapté.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

GUERIN Jean-François
Guérin

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 21.10.15

29 OCT. 2015

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



BIBLIOGRAPHIE

1. Foldès P, Droupy S, Cuzin B. Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin. *Prog En Urol.* juill 2013;23(9):601-11.
2. Erlich M. La chirurgie sexuelle en France: aspects historiques. *Sexologies.* juill 2007;16(3):180-8.
3. Gérard Zwang. *Le Sexe de la femme.* La Musardine; 2012.
4. Large Labia Project [Internet]. [consulté le 1 juin 2014]. Disponible sur: www.largelabiaproject.org
5. Zwang G. Le remodelage de la vulve. L'exploitation d'une ignorance. *Sexologies.* avr 2011;20(2):106-18.
6. Janicki J. La mission de Mme Du Coudray : enseigner l'art des accouchements aux sages-femmes du royaume de France. *Dossiers de l'Obstétrique (Les).* 2009;(2009; (386) : pp. 27-30).
7. Delacoux A. *Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes, contemporaines...* par A. Delacoux. Trinquart; 1833.
8. Gutmann C. *Le testament du docteur Lamaze. Médecin accoucheur.* Jc Lattès. Paris: Jean-Claude Lattès; 1999. 280 p.
9. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
10. Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). *Sexologies.* juill 2007;16(3):219-29.
11. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juillet, 2001.
12. BO n°46 du 11-12-2003 La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation. MENE0302706C décembre, 2003 p. 8.
13. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse.* 2010 Février. Report No.: RM2009-112P.
14. Prescrire Rédaction. Diminuer le nombre de grossesses non souhaitées chez les mineures. *Rev Prescrire.* janv 2014;34(363):70.
15. Institut de veille sanitaire, réseau de médecins volontaires. *La syphilis en France, 2000-2003 - Les infections sexuellement transmissibles Surveillance nationale des maladies infectieuses.*

16. Institut de veille sanitaire. Les infections à Chlamydia trachomatis en France en 2003□: données du réseau Rénachla.
17. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé : Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. 2005. Report No.: ISBN 978-2-9161-9201-7.
18. On sexprime (site de l'INPES) [Internet]. [consulté le 14 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.onsexprime.fr>
19. Liao L-M, Michala L, Creighton S. Labial surgery for well women: a review of the literature. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 1 janv 2010;117(1):20-5.
20. Foldes P, Buisson O. The Clitoral Complex: A Dynamic Sonographic Study. J Sex Med. 1 mai 2009;6(5):1223-31.
21. Buisson O, Foldes P, Jannini E, Mimoun S. Coitus as Revealed by Ultrasound in One Volunteer Couple. J Sex Med. 1 août 2010;7(8):2750-4.
22. Chevret M, Jaudinot E, Sullivan K, Marrel A, De Gendre AS. Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: assessment with the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. J Sex Marital Ther. juin 2004;30(3):157-72.
23. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. Menopause N Y N. oct 2000;7(5):350-63.
24. Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. Rev Mal Respir. sept 2004;21(4):71-4.
25. Frappé P. Initiation à la recherche. Édition : édition 2011. Neuilly-sur-Seine; Paris: Global Média Santé; 2011.
26. Volck W, Ventress ZA, Herbenick D, Adams Hillard PJ, Huppert JS. Gynecologic Knowledge Is Low in College Men and Women. J Pediatr Adolesc Gynecol. juin 2013;26(3):161-6.
27. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Arch Pédiatrie. août 2013;20(8):845-52.
28. Ensler E. Les monologues du vagin. Paris: Denoël; 2005.
29. Haute Autorité de Santé (HAS). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. 2013 oct.
30. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L.1111-4 du code de la santé publique. 2002-303 mars 4, 2002.

31. Durif-Bruckert C. Une fabuleuse machine : Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques. Paris: Editions Jean-Claude Béhar; 2008. 223 p.
32. Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.), BAJOS N, BOZON M. Enquête nationale « Contexte de la sexualité en France ». Paris: La Découverte; 2008. 609 p.
33. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
34. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Report No.: N° 884 - juin 2014.
35. Haute Autorité de Santé (HAS). La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution. 2011 nov.
36. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010 Juillet.
37. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Arch Pédiatrie. mars 2010;17(3):219-25.
38. Stanger-Hall KF, Hall DW. Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. PLoS ONE
39. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Iguchi M, Schootman M, Cottler L, et al. Associations Between Sexuality Education in Schools and Adolescent Birthrates. Arch Pediatr Adolesc Med. févr 2012;166(2):134-40.
40. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. avr 2008;42(4):344-51.
41. Lindberg LD, Maddow-Zimet I. Consequences of Sex Education on Teen and Young Adult Sexual Behaviors and Outcomes. J Adolesc Health. oct 2012;51(4):332-8.
42. Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif 2013-2018. 2013 juill. Report No.: NOR : MENE1300072X.
43. ABCD de l'égalité : des ressources pour l'égalité entre les filles et les garçons. [Internet]. ABCD de l'égalité. [consulté le 1 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.cndp.fr/ABCD-de-l-egalite/accueil.html>
44. Bachelet J-T, Mojallal A, Boucher F. Chirurgie génitale féminine, les techniques d'amplification du point-G—État de la science. Ann Chir Plast Esthét. oct 2014;59(5):344-7.
45. Puppo V. Le point G n'existe pas : l'amplification du point G (i.e. G-spot Augmentation, G-Spotplasty) est une mutilation génitale féminine type IV. Ann Chir Plast Esthét. févr 2015;60(1):84-6.

46. Berer M. Cosmetic genitoplasty: It's female genital mutilation and should be prosecuted. BMJ. 30 juin 2007;334(7608):1335.
47. Institut Français d'Opinion Publique (IFOP). Enquête multi-pays sur la satisfaction sexuelle. 2013 juin.
48. Winckler M. Le chœur des femmes. Paris: P.O.L; 2009. 608 p.
49. Borée. Position anglaise | Le blog de Borée [Internet]. 2011 [consulté le 1 oct 2014]. Disponible sur: www.boree.eu/?tag=position-anglaise
50. Lahaie B. Lahaie, l'amour et vous - émission de radio, RMC.
51. Carrère d'Encausse M, Cymes M. Le magazine de la santé - émission de télévision, France 5.



**QUESTIONNAIRE DE THÈSE :
CONNAISSEZ-VOUS BIEN
LE SEXE FÉMININ ?**

A l'attention des femmes de plus de 18 ans

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale et je travaille actuellement sur la thèse qui clôturera mes études médicales. Cette thèse cherchera à évaluer les connaissances qu'ont les patientes de plus de 18 ans de l'anatomie féminine et plus particulièrement de leur anatomie intime.

L'hypothèse de cette étude est qu'il peut exister des malentendus, des incompréhensions ou des tabous entre une femme et son médecin au sujet du corps féminin et de la sexualité.

Le directeur de cette recherche est le Dr Dupraz, Maître de conférences associé au collège universitaire de médecine générale à la faculté de Médecine de Lyon 1.

Je vous serais très reconnaissante de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire.

**Ce document est et restera strictement ANONYME.
Il ne sera pas communiqué à votre médecin.**

Louise JUGNON FORMENTIN, interne

Instructions :

Vous devez être UNE FEMME DE PLUS DE 18 ANS POUR REMPLIR CE QUESTIONNAIRE.

Merci de répondre à toutes les questions même si vous n'êtes pas sûre de votre réponse.

Merci de répondre SEULE à ce questionnaire sans vous faire aider.

Il ne s'agit pas de vous "piéger" il est normal que certaines questions soient plus difficiles que d'autres.

Dans tous les cas n'hésitez pas à demander des précisions à votre médecin ou à moi-même après avoir répondu à ce questionnaire.

PREMIÈRE PARTIE : VOTRE CORPS ET VOUS

1) Quel est votre âge ?

2) Quel est votre niveau d'étude ? (niveau maximal validé)

- ☐ Ecole primaire et collège (sans diplôme)
- ☐ Brevet des collèges (BEPC)
- ☐ CAP, BEP
- ☐ Baccalauréat (général, professionnel, technologique)
- ☐ Etudes supérieures

3) Quelle est votre situation familiale ?

- ☐ Célibataire
- ☐ En couple/mariée/pacsée
- ☐ Divorcée/séparée
- ☐ Veuve

4) Avez-vous des enfants ?

- ☐ NON ☐ OUI, combien ? :

5) Êtes-vous ou avez-vous déjà été concernée par les situations suivantes ?

- ☐ Problème lié aux règles (trop douloureuses, trop abondantes ...)
- ☐ Mycose vaginale (candidose ou « champignon »)
- ☐ Autre infection vaginale (mycoplasme, chlamydia, gardnerella, gonocoque, trichomonas...) – *entourez le germe en cause si vous le connaissez*
- ☐ Infection à papillomavirus (HPV) ou condylomes (« crêtes de coq »)
- ☐ Herpès génital
- ☐ Hépatite B
- ☐ Syphilis
- ☐ VIH (SIDA)
- ☐ Endométriose
- ☐ Excision (« être coupée »)
- ☐ Conisation du col de l'utérus
- ☐ Cancer du sein, des ovaires ou de l'utérus
- ☐ Fausse-couche
- ☐ Grossesse extra-utérine (= GEU, grossesse en dehors de l'utérus)

- ☐ Autre problème de santé lié aux organes génitaux, lequel ? :

6) Avez-vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) ?

- ☐ NON ☐ OUI Si oui, combien de fois ?

7) A propos du dépistage des cancers de la femme :

- si vous avez plus de 25 ans : Faites-vous un frottis du col de l'utérus tous les 3 ans ?
☐ OUI ☐ NON
- si vous avez plus de 50 ans : Faites-vous une mammographie tous les 2 ans ?
☐ OUI ☐ NON
- pratiquez-vous l'autopalpation des seins ?
☐ OUI ☐ NON

DEUXIEME PARTIE : SE CONNAITRE

8) Pouvez-vous compléter les schémas suivants ?

Merci d'écrire le nom de la partie du corps indiquée par chaque flèche même si vous n'êtes pas sûr.

SCHÉMA DE LA VULVE (vue de dessous)

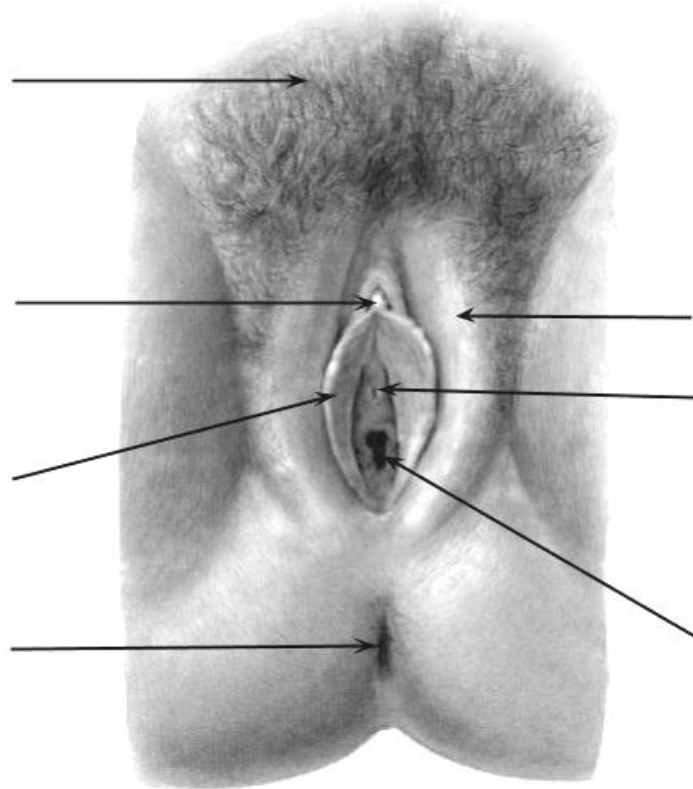
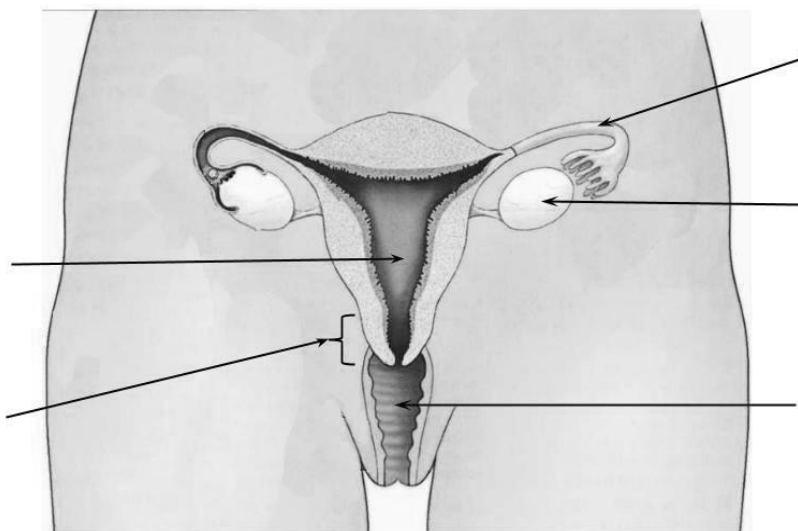


SCHÉMA DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES (coupe vue de face)



9) Dans quelle partie du corps se développe le bébé durant la grossesse ?

- ☐ trompe
- ☐ vagin
- ☐ utérus
- ☐ vulve
- ☐ je ne sais pas

10) De quelle partie du corps provient le sang pendant les règles ?

- ☐ trompe
- ☐ vagin
- ☐ utérus
- ☐ vulve
- ☐ je ne sais pas

11) Quelle(s) partie(s) de votre corps pouvez-vous toucher vous-même ?

- ☐ trompe
- ☐ vagin
- ☐ utérus
- ☐ col de l'utérus
- ☐ clitoris
- ☐ seins
- ☐ anus
- ☐ vulve
- ☐ je ne sais pas

12) A quoi sert le clitoris ?

- ☐ à l'évacuation de l'urine
- ☐ à l'orgasme, au plaisir
- ☐ à la grossesse
- ☐ à rien
- ☐ je ne sais pas

13) Quelle est la taille habituelle de l'utérus chez une femme qui n'est pas enceinte ? (en longueur)

Vous pouvez utiliser la règle ci-contre pour visualiser cette taille !

- ☐ entre 5 et 9 cm
- ☐ entre 10 et 14 cm
- ☐ entre 15 et 19 cm
- ☐ entre 20 et 24 cm



D'où viennent les connaissances que vous avez sur votre corps ?

14) Avec quelle personne ou par quel moyen avez-vous abordé pour la première fois le fonctionnement de votre corps de femme ?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| ☐ votre mère | ☐ Internet |
| ☐ votre père | ☐ la pornographie (films, sites...) |
| ☐ un autre membre de la famille,
si oui lequel ? | ☐ un professionnel de santé (médecin,
infirmière, sage-femme...) |
| ☐ votre mari, partenaire | ☐ le planning familial |
| ☐ un(e) ami(e) | |
| ☐ l'école (professeur, cours de biologie,
cours d'éducation sexuelle...) | ☐ personne ne m'a parlé de mon corps/de
sexualité |
| ☐ livres et revues | |
| ☐ émissions de TV | ☐ autre : |
| ☐ émissions de radio | |

15) Actuellement vers qui vous tournez-vous ou quel moyen utilisez-vous si vous avez une question sur le fonctionnement de votre corps de femme ?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| ☐ votre mère | ☐ Internet |
| ☐ votre père | ☐ la pornographie (films, sites...) |
| ☐ un autre membre de la famille,
si oui lequel ? | ☐ un professionnel de santé (médecin,
infirmière, sage-femme...) |
| ☐ votre mari, partenaire | ☐ le planning familial |
| ☐ un(e) ami(e) | |
| ☐ l'école (professeur, cours de biologie,
cours d'éducation sexuelle...) | ☐ je n'ai personne avec qui je peux parler
de mon corps ou de sexualité |
| ☐ livres et revues | |
| ☐ émissions de TV | ☐ autre : |
| ☐ émissions de radio | |

16) A votre avis, est-ce le rôle du médecin généraliste de parler avec vous de votre corps ?

☐ OUI ☐ NON

et de votre sexualité ?

☐ OUI ☐ NON

TROISIEME PARTIE : VOTRE CORPS ET LA SEXUALITE

17) Avez-vous eu des séances d'éducation sexuelle au cours de votre scolarité ?

☐ NON ☐ OUI, combien de séances ?

18) A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? :

☐ Je n'ai jamais eu de rapport sexuel

19) Lors de votre premier rapport sexuel aviez-vous utilisé un préservatif ?

☐ OUI ☐ NON

20) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés liées aux rapports sexuels (douleur, gêne, diminution du désir...) ?

☐ OUI ☐ NON

21) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

☐ Très satisfaite ☐ Plutôt satisfaite ☐ Plutôt insatisfaite ☐ Très insatisfaite

22) Avez-vous déjà eu l'impression que votre sexe était « anormal » ?

☐ NON ☐ OUI, si oui pourquoi ?

ET POUR FINIR ...

23) Avec quels mots pourriez-vous décrire votre propre corps ?

(Choisissez plusieurs mots)

☐ beau

☐ utile

☐ lourd

☐ laid

☐ gênant

☐ attirant

☐ unique

☐ puissant

☐ dégoûtant

☐ faible

☐ banal

☐ magnifique

☐ fort

☐ autre :

24) Qu'avez-vous ressenti en remplissant ce questionnaire ?

☐ de la curiosité

☐ de la gêne

☐ un manque de connaissance

☐ de l'intérêt

☐ de la honte

☐ un sentiment d'infantilisation

☐ autre :

☐ rien de particulier

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

ANNEXE n°2 : avis du comité d'éthique

Comité d'Ethique du CHU de Lyon

Président :
Jean-François Guérin

Groupement Hospitalier Est
Hôpital Femme Mère Enfant
Service de médecine de la reproduction
59 boulevard Pinel
69677 Bron

Tél : 04 72 12 95 75
Mail : hcl.comite-ethique@chu-lyon.fr

Bureau

Nathalie Brousse
François Chapuis
Fabienne Dolret
Nicolas Kopp



Hôpitaux de Lyon

Lyon le 28 juillet 2015

Madame L. Jugnon Fromentin
Interne de médecine générale
CHU de Lyon

Madame et chère consœur,

Vous avez soumis pour avis au Comité d'Ethique, le protocole intitulé :
Quel niveau de connaissance ont les patientes de médecine générale de plus de 18 ans de l'anatomie de leurs organes génitaux ?

Le Comité d'Ethique a examiné votre projet, dans sa réunion du 28 avril 2015 et a donné **un avis favorable** pour sa réalisation, dans la mesure où il s'agit d'une étude non interventionnelle, à type de questionnaire, qui n'entraîne aucune modification dans la prise en charge des patients, et qui ne soulève pas de problème éthique majeur.

L'avis est assujéti d'un certain nombre de remarques et suggestions concernant le contenu du questionnaire, dont le détail vous a été adressé dans un courrier séparé.

En vous remerciant d'avoir sollicité le Comité d'Ethique, je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Professeur J.F. GUERIN
Président du Comité d'éthique

Hospices Civils de Lyon
www.chu-lyon.fr

ANNEXE n° 3 : exemples de ressources à proposer

Pour des informations globales sur l'anatomie, la santé sexuelle, la contraception ...

- L'émission de télévision **"Le magazine de la santé"** sur France 5.
Et son site internet : www.allodocteurs.fr qui regroupe les vidéos de l'émission et un espace de forum pour échanger avec d'autres patients et des médecins. Une partie sexologie regroupe tous les reportages sur ce thème.
- L'émission de radio de Brigitte Lahaie : **"Lahaie, l'amour et vous"** du lundi au vendredi de 14h à 16h sur RMC. www.rmc.bfmtv.com/emission/lahaie-l-amour-vous
- **www.lepharmachien.com** : le blog d'un pharmacien québécois (en français). Il y traite de thèmes de santé avec humour et en bande-dessinée. Le but étant de s'attaquer aux clichés et aux fausses idées que l'on peut avoir à propos de la médecine et des médicaments. Par exemple les articles sur la pilule contraceptive ou sur les vaccins.
"Le blog impertinent qui simplifie la science et anéantit la pseudoscience !"

Pour l'éducation sexuelle :

- **Le guide du zizi sexuel** de ZEP, ed. Glénat 2001 : livre destiné aux enfants de 9 – 13 ans, à conseiller aux parents pour aborder la sexualité avec leur enfant.
- **www.onsexprime.fr** : site internet géré par l'INPES qui s'adresse surtout aux ados et aux jeunes adultes mais qui propose des infos fiables sur l'anatomie des organes génitaux et répond aux questions sur la sexualité, la contraception ...

Sur la contraception :

- **www.choisirsacontraception.fr** : site internet géré par l'INPES dédié aux méthodes de contraception, très complet et agréable à utiliser.
- **www.martinwinckler.com** : le blog de Marc Zaffran, médecin et écrivain français, connu sous le pseudonyme de Martin Winckler. Son site donne beaucoup d'informations précises sur les contraceptions.

Sur l'aspect du sexe féminin :

- **www.largelabiaproject.org** : un site américain qui a pour but de rassurer les femmes sur l'aspect de leur sexe. Le principe est de recueillir des photos de sexes pour montrer la diversité de forme que peut prendre le sexe de la femme. (textes en anglais, mais ce sont aussi les photos qui peuvent intéresser les femmes qui s'interrogent sur la forme de leur sexe)
- **www.le-corps-des-femmes.com** : un blog participatif en français dans lequel des femmes racontent leur corps à l'aide d'un texte et d'une photo.

Sur l'IVG :

- **www.sante.gouv.fr/ivg** (remis à jour en 2015 pour contrebalancer les sites anti-IVG)
- **numéro vert : 0800 08 11 11** : mis en place le 28 septembre 2015, gratuit, pour répondre aux questions sur les sexualités, la contraception et l'IVG. Ouvert le lundi de 9h à 22h et du mardi au samedi de 9h à 20h.

Attention aux « faux sites » sur l'IVG en réalité liés à des organisations anti-IVG et qui peuvent apparaître en premier lors d'une recherche sur Google®... : www.ecouteivg.org, www.ivg.net, www.avortement.net...