

Université d'Angers
UFR des sciences Médicales
École de Sages-femmes René ROUCHY

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

CONNAISSANCE ET MÉCONNAISSANCE DU CORPS DES FEMMES PAR LES FEMMES



Présenté par CORRE LABAT Maëlle
Sous la direction du Docteur FOUGAS Jean-Léonard

Juin 2012

À ma grande sœur Marion, qui m'a inspiré tout au long de ces années et me donne l'envie d'avancer chaque jour ...

REMERCIEMENTS

Je remercie,

Madame Brigitte Goichon, enseignante sage-femme, pour son aide et sa disponibilité,

Madame Laurence Sadi ainsi que toute l'équipe enseignante de l'École de Sages-femmes René Rouchy,

Monsieur Jean-Léonard Fougas, sans qui ce projet n'aurait existé et dont l'énergie et les nombreux conseils m'ont poursuivis jusqu'au fin fond de l'Afrique pour me motiver tout au long de cette année,

Toutes les personnes anonymes ou non, ayant participé à la réalisation de ce travail,

Mes parents et mon frère Robin, qui m'ont soutenu durant ces cinq années d'études et sans qui je n'en serai pas là aujourd'hui ainsi que mon cousin Paul, pour ses compétences informatiques et son temps, ma cousine Perrine, pour son inspiration et son art et l'ensemble de ma famille.

Mes amis d'ici et d'ailleurs, pour leur soutien et leur présence.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
GÉNÉRALITÉS	7
1. Rappels sur l'anatomie féminine et la physiologie du cycle menstruel	7
1.1. L'appareil génital de la femme	7
1.2. Le cycle menstruel	10
2. Moyens de connaissance actuels et sources d'informations.....	12
2.1. L'éducation familiale	12
2.2. L'éducation scolaire.....	13
2.3. Les médias.....	14
2.4. Le milieu médical.....	15
3. Impact des connaissances ou méconnaissances des femmes sur leur corps.....	16
3.1. Conséquence sur la santé des femmes.....	16
3.2. Conséquences sur la sexualité des femmes	18
MATÉRIELS ET MÉTHODE	21
1. Objectifs	21
2. Méthode	21
2.1.Élaboration de l'étude	21
2.2 Distribution des questionnaires	22
3. Population.....	23
4. Saisie des résultats	23
RÉSULTATS	24
1. Enquête auprès des femmes.....	24
2. Enquête auprès des professionnels de santé	37
DISCUSSION.....	47
1. Points forts de l'étude	47
2. Biais de l'étude	47
2.1. Biais de sélection.....	47
2.2. Biais de non réponse	48
3. Analyse des résultats	49

3.1.	Connaissances anatomiques et physiologiques	49
3.2.	Connaissances sur la contraception et la sexualité.....	52
3.3.	Réflexion autour de l'information et de la communication en consultation.....	54
4.	Axes de développement.....	55
4.1.	En lien avec la prise en charge des femmes	55
4.2.	Autour de thèmes plus particuliers.....	57
	CONCLUSION	58
	BIBLIOGRAPHIE	60
	ANNEXE 1.....	64
	ANNEXE 2.....	77
	RÉSUMÉ	84

INTRODUCTION

Au cours de mes expériences professionnelles et personnelles, je me suis aperçue que très peu de femmes connaissaient correctement leur corps et ses particularités.

Que ce soient des patientes qui après plusieurs grossesses et accouchements, ne connaissent que très approximativement la physiologie de la gestation, le rôle du périnée, ... ou des amies qui depuis que je suis étudiante sage-femme, en profitent pour me poser une multitude de questions sur leur contraception, leurs problèmes gynécologiques..., le constat est le même : nous ne sommes vraiment pas expertes de notre propre corps et de ce qui s'y rattache !

Pourtant, de nombreuses évolutions ayant transformé l'image socio-culturelle de la femme au fil du temps auraient pu nous y aider :

- L'amélioration des connaissances médicales

Le rapport au corps s'est modifié, avec atteinte éventuelle de la féminité, par exemple par le traitement de certaines pathologies entraînant des modifications physiques/physiologiques importantes (corticoïdes, ...), des chirurgies avec atteinte esthétique (mastectomie, ...).

Le développement (voir la banalisation) de la chirurgie esthétique a rendu volontaire la transformation du corps pour certaines, démontrant en parallèle les difficultés de nombreuses femmes à s'accepter, à s'assumer dans leur corps, mais pourquoi ?

- La suppression de nombreux tabous

L'ouverture des esprits est une évolution positive, pouvant aussi vite dériver vers une sorte de modèle féminin, entraînant alors complexes et blocages, en particulier sur la vision du corps et la sexualité de la femme.

- Les évolutions de la législation

Des modifications de lois ont donné accès aux femmes à disposer librement de leur corps avec plus de respect et de reconnaissance, comme par exemple les lois concernant la contraception, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ou d'autres droits encore.

Du fait de ce mélange d'informations (représentations sociales, individuelles, ...), la réalité semble floue, perdue entre une impression de tout connaître, de tout maîtriser et de nombreuses idées reçues.

Étant persuadée de l'importance du savoir des femmes sur de nombreux aspects de leur vie, je me suis donc interrogée : « Comment se situent les femmes face à cela, qu'en est-il réellement de leurs connaissances sur leur corps ? Et si celles-ci sont faibles ou faussées, qu'elles en seraient les conséquences ? »

En parallèle dans notre société où la prévention est de plus en plus développée, n'avons-nous pas un rôle à jouer en tant que professionnels de santé ? Avons-nous simplement conscience des connaissances de nos patientes ?

GÉNÉRALITÉS

1. Rappels sur l'anatomie féminine et la physiologie du cycle menstruel

Tout d'abord, bien connaître son corps signifie en partie bien connaître son anatomie. Voici donc quelques rappels.

1.1. L'appareil génital de la femme [1] [2]

L'appareil génital correspond à l'ensemble des organes ayant une fonction dans la reproduction. Il regroupe les organes génitaux internes (le vagin, l'utérus, les trompes utérines et les ovaires) et la vulve, représentant les organes génitaux externes. Ce sont tous les caractères sexuels primaires. D'autres organes ont aussi un rôle sexuel comme le système hormonal, le cerveau, ...

La vulve concerne toute la partie externe de l'appareil génital féminin. Elle est composée de différents éléments :

- *L'orifice vaginal ou vestibule*: c'est l'ouverture qui fait le lien avec les organes génitaux internes et peut représenter le point central de la vulve.
- *L'hymen* : il s'agit d'une membrane qui recouvre partiellement cet orifice vaginal de sorte que les menstruations puissent s'écouler et qui se déchire généralement lors du premier rapport sexuel avec pénétration vaginale.
- *Les petites lèvres* : ce sont des replis cutanés de 2 à 3 mm d'épaisseur de part et d'autre de l'hymen. Le sillon nympho-hyménal, le plus interne, se situe entre l'hymen et les petites lèvres. À sa partie postérieure s'abouche la glande de Bartholin, ayant un rôle de lubrification. La commissure postérieure des petites lèvres est formée par le rassemblement, en arrière, de celles-ci et de la même manière, le capuchon et le frein du clitoris sont formés par leur rassemblement en avant.
- *Le clitoris* : il se situe au sommet des petites lèvres, mesure environ 12 cm de longueur et se compose de deux corps caverneux formant le corps du clitoris, de deux corps spongieux correspondant aux bulbes du vestibule qui entourent le vagin et l'urètre, et du gland clitoridien. Ce dernier forme une proéminence de 2 cm de

long environ et représente la seule partie visible extérieurement. La fonction du clitoris est l'excitation sexuelle.

- Le méat urinaire : c'est l'ouverture de l'urètre à la vulve, entre le clitoris et les petites lèvres. La glande de Skene, ayant le même rôle de lubrification que la glande de Bartholin, s'abouche sous le méat.
- Les grandes lèvres : ce sont des replis cutanés situés de part et d'autre des petites lèvres et séparées de ces dernières par le sillon inter-labial. Elles se perdent en avant du Mont de Vénus, zone d'insertion des poils pubiens et se rejoignent en arrière pour former la commissure postérieure des grandes lèvres.
- Le sillon génito-crural : il est le plus externe et sépare la vulve des cuisses.
- Le périnée : c'est un ensemble de muscles fermant le détroit inférieur du pelvis. Situé schématiquement à l'arrière de la vulve et allant de la symphyse pubienne au coccyx, il soutient les organes de la région pelvienne (utérus, vessie, ...) et joue un rôle essentiel dans la continence urinaire et annale.

Voyons maintenant les organes génitaux internes.

Le vagin : c'est un organe impair, qui possède une forme cylindrique et mesure 8 à 9 cm de longueur. C'est l'organe de la copulation. Le vestibule correspond à l'orifice vaginal décrit ci-dessus. La face antérieure du vagin est en rapport direct avec la vessie et l'urètre, sa face postérieure avec le rectum, le canal anal et l'anus. La muqueuse tapissant les parois internes vaginales est parsemée de replis horizontaux et longitudinaux et en particulier, de deux replis de part et d'autre du col utérin que sont les culs-de-sac latéraux.

L'utérus : il s'agit d'un organe impair mesurant 6 à 7 cm chez une nullipare, 9 à 10 cm chez une multipare et situé au-dessus du vagin. Ses fonctions sont la nidation de l'œuf fécondé, l'accueil de la gestation et l'expulsion du fœtus et de ses annexes (délivrance) lors de l'accouchement. Il est composé de différentes parties que sont le col, l'isthme et le corps utérin. Le col constitue la partie inférieure de l'utérus. Il possède une portion vaginale qui représente l'orifice externe du col et une portion sus-vaginale avec l'orifice interne. La surface du col est parsemée de reliefs appelés « arbre de vie ». L'isthme utérin représente la zone rétrécie du corps utérin à proximité du col. Le corps utérin, partie principale, possède une cavité d'aspect lisse. Celle-ci est tapissée d'une muqueuse, couche la plus externe,

appelée endomètre. En dessous se trouve une couche musculaire, c'est le myomètre. Un angle de flexion existe entre le corps et le col utérin, de même qu'un angle de version se forme entre l'axe du vagin et celui de l'utérus.

Les trompes utérines ou trompes de Fallope : c'est un organe pair, mesurant 10 à 12 cm de longueur. Elles permettent la fécondation et le transport de l'œuf jusqu'à la cavité utérine. Elles sont rattachées à l'utérus par les cornes utérines et apparentées à un tube cylindrique présentant plusieurs portions: une partie encastrée dans le myomètre qu'est le segment interstitiel, une autre rétrécie qu'est l'isthme, une autre dilatée qui représente l'ampoule tubaire et enfin, une partie distale, parsemée de franges qu'est le pavillon. À l'intérieur de la trompe, un canal met en lien la cavité utérine et la cavité péritonéale.

Les ovaires : là encore, il s'agit d'un organe pair, mesurant environ 4 cm de long, 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur. L'ovaire est la gonade femelle, qui produit et libère des ovules. Il possède également un rôle hormonal. C'est l'organe de l'ovulation et de la production d'hormones. Sa forme et sa surface évolue au cours de la vie d'une femme : l'ovaire est lisse chez la jeune fille qui ne produit pas encore de follicules ovariens, bosselée chez la femme en activité génitale et atrophique chez la femme ménopausée. Il est le seul organe de la cavité péritonéale non recouvert par le péritoine.

En parallèle de l'appareil génital que nous venons de décrire, il existe des caractères sexuels secondaires. Sans rôle direct dans la reproduction, ils participent par ailleurs à la différenciation des sexes. Chez la femme, il s'agit de particularités morphologiques (taille plus basse, bassin assez large, ...), d'une redistribution adipeuse avec accumulation au niveau des fesses, hanches et cuisses, d'un développement de la pilosité, du développement des seins, ...

Ces caractères apparaissent au moment de la puberté, lorsque les gonades commencent à fonctionner activement et que les taux d'hormones sexuelles augmentent. C'est à partir de cette période que débute l'activité génitale de la femme avec la mise en route du cycle menstruel.

1.2. Le cycle menstruel [2]

Le cycle menstruel correspond à l'ensemble des phénomènes physiologiques qui se produisent de façon cyclique de la puberté à la ménopause pour préparer le corps à une éventuelle gestation. En réalité, différents cycles s'imbriquent les uns avec les autres pour le bon fonctionnement de la reproduction. Pour expliquer les étapes de chacun d'entre eux, nous simplifierons le cycle menstruel global en trois grandes phases que sont la phase folliculaire, l'ovulation puis la phase lutéale.

- **Le cycle hypothalamo-hypophysaire**

L'hypothalamus secrète une neurohormone, la GnRH, de façon pulsatile. Cette dernière stimule la production hypophysaire des gonadotrophines, la LH et la FSH.

La FSH permet le développement des follicules et la maturation finale d'un de ces derniers par cycle. C'est l'hormone folliculo-stimulante. La LH entraîne le phénomène de l'ovulation par un pic de sa sécrétion. Elle participe aussi à la formation du corps jaune en deuxième partie du cycle s'il y a fécondation.

Durant la phase folliculaire, le taux de LH et FSH augmente légèrement jusqu'à 36 heures avant l'ovulation. À ce moment, un pic de sécrétion se produit, en particulier de LH, ce qui libère le follicule mature. Par la suite, le taux de ces deux hormones diminuent brutalement et reste bas jusqu'à la fin du cycle.

- **Le cycle ovarien**

Par sa fonction d'ovogénèse, l'ovaire fabrique des follicules dont certains dégénèrent et d'autres arrivent à maturation pour libérer un ovocyte prêt à une éventuelle fécondation. Il y a différents types de follicules en fonction de leurs stades de maturation allant du follicule primordial au follicule de Graff contenant l'ovocyte mature. Une fois l'ovule libéré, le follicule déhiscent se transforme en corps jaune. S'il y a fécondation, celui-ci se maintient et secrète de la progestérone, sinon il dégénère.

En parallèle du cycle folliculaire, l'ovaire secrète des œstrogènes et de la progestérone en lien avec les gonadotrophines décrites ci-dessus. Alors que le taux de progestérone reste bas durant la phase folliculaire, il augmente à partir de l'ovulation et se maintient jusqu'à la fin du cycle. L'œstrogène augmente progressivement dès le début jusqu'à atteindre un taux responsable d'un rétrocontrôle positif sur la LH entraînant le pic

de sécrétion de celle-ci. Son taux diminue ensuite légèrement puis ré-augmente et se stabilise jusqu'à la fin du cycle.

- **Le cycle utérin**

Des variations de tonus du myomètre existent au cours du cycle mais les principales modifications se retrouvent au niveau de l'endomètre et du col utérin.

Concernant le col, c'est l'aspect de la glaire cervicale qui se modifie. Pendant la phase folliculaire et sous l'influence des œstrogènes, son abondance et sa filance augmentent jusqu'à atteindre un maximum au moment l'ovulation. Cela permet une meilleure survie des spermatozoïdes et facilite la remontée et le franchissement du col par ces derniers. Une fois en phase luteale, les mailles de la glaire se resserrent et forment comme une barrière physique sous l'effet cette fois de la progestérone.

Concernant l'endomètre, le cycle débute par la phase de desquamation. La chute du taux d'hormones sexuelles provoque la nécrose d'une partie de la muqueuse qui s'élimine, c'est la menstruation. Jusqu'à l'ovulation, cette muqueuse se reconstitue ensuite sous l'action des œstrogènes : ce sont les phases de régénération et de prolifération. Puis viennent les phases de transformation et de sécrétion glandulaire avec intervention supplémentaire de la progestérone. À l'issue de ces dernières phases, l'endomètre est prêt pour une éventuelle nidation et gestation.

De façon chronologique, le cycle débute donc avec un taux d'hormones ovariennes bas qui entraîne les menstruations. Par la suite, ces hormones augmentent et sous leurs actions, l'endomètre se reconstitue, les follicules se développent et la glaire se modifie. Puis l'ovulation survient, du fait de l'augmentation brutale du taux d'hormones, en particulier de LH. L'ovule mature est capté par le pavillon tubaire et chemine ensuite jusqu'à l'ampoule tubaire où une fécondation est alors possible. Si celle-ci se produit, l'œuf formé termine d'arriver vers l'utérus pour sa nidation dans l'endomètre préalablement préparé à l'accueillir. En parallèle, le follicule déhiscent devient corps jaune et sécrète une quantité importante de progestérone. Si la fécondation n'a pas lieu, celui-ci dégénère puis disparaît, provoquant la chute du taux d'hormones responsable de la desquamation d'une partie de l'endomètre, et un nouveau cycle redémarre.

Tous ces phénomènes sont dépendants d'une régulation hormonale par rétrocontrôles positifs et négatifs entre les hormones hypothalamo-hypophysaires et les hormones ovariennes.

2. Moyens de connaissance actuels et sources d'informations

L'identification des ressources fiables, disponibles actuellement pour une bonne connaissance de soi, semble essentielle. En effet, dans notre société, les sources d'informations sont multiples, complémentaires pour certaines, nocives pour d'autres. Cela permet de comprendre les comportements actuels et leurs conséquences éventuelles.

2.1. L'éducation familiale

Le modèle familial constitue l'empreinte première sur les connaissances et les représentations que nous nous faisons de notre corps et de ses fonctions. Essentiel, il est pourtant marqué d'une grande variabilité.

De familles « ouvertes » où les parents communiquent aisément sur la sexualité, les modifications corporelles de la puberté... à celles où ces sujets sont tabous et inaccessibles pour diverses raisons (religion, pudeur, ...) en passant par bien d'autres encore. Chacune possède son propre modèle d'éducation, ses représentations de la sexualité, de l'intime et tente d'apporter ce qui lui semble le plus adapté à ses enfants. Mais certaines sont possiblement déviantes par l'utilisation comme moyen d'éducation de l'expérience parentale, voire de « démonstrations », de la pornographie, ..., cela pouvant avoir des conséquences importantes sur le développement et les comportements futurs de ces enfants.

Bien qu'il soit facilement concevable que « les parents sont les premiers éducateurs et qu'ils sont les mieux placés pour connaître le moment opportun dans la vie de leurs enfants pour aborder ces questions », parler de sexualité s'avère être un exercice difficile pour certains, en lien avec l'intime. [3] [4]

En parallèle de l'entourage familial, les amis sont aussi un repère très important pour la majorité, en particulier chez les jeunes [5] [6] mais, là encore, les échanges sont plus ou moins pertinents en termes de réelles connaissances.

Il semble alors que l'apport d'informations par d'autres moyens puisse être nécessaire pour pallier à ces inégalités.

2.2. L'éducation scolaire

Dans notre société où la scolarité est obligatoire jusqu'à 16ans et où l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17ans, l'école semble être un lieu privilégié pour apporter des connaissances de base sur le corps et son fonctionnement mais aussi des principes de sécurité, de respect de l'autre inévitablement liés à un épanouissement personnel et à une sexualité sans risques, tout cela avant le début d'une vie sexuelle active. [7] [8] Quelles sont actuellement les notions apportées via ce système?

- À l'école élémentaire

En classe de CP et CE1, les élèves apprennent à repérer les caractéristiques du vivant dont fait partie la reproduction. [9]

En classe de CE2, CM1 et CM2 est abordée spécifiquement la reproduction de l'Homme. Il s'agit là d'une première occasion à l'éducation à la sexualité. [9]

- Au collège

En classe de quatrième sont abordées pour la première fois de nombreuses notions importantes : la puberté et ses phénomènes associés (apparition des caractères sexuels secondaires, fonctionnement des organes reproducteurs, rôle des hormones, ...), le cycle menstruel avec ses différentes étapes (ovulation, origine des règles, ...), le déroulement de la grossesse de la fécondation aux mécanismes de l'accouchement. La maîtrise de la reproduction par les méthodes contraceptives apparaît et sera plus détaillée en classe de troisième avec leurs modes d'actions et objectifs et le rôle tout particulier du préservatif dans la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Les méthodes de procréation médicalement assistée sont aussi évoquées. [10]

- Au lycée

Le contenu des enseignements varie selon la filière d'étude choisie mais, de façon générale, il s'agit d'un approfondissement des notions abordées au collège.

L'aspect hormonal de la reproduction est détaillé, ainsi que des notions de génétique. De même, une part importante des programmes est consacrée à la régulation des naissances via la contraception et l'Aide Médicale à la Procréation (AMP). [11] [12] [13].

Les programmes d'enseignement offrent en théorie les clefs à la compréhension du corps féminin mais permettent-ils en parallèle, comme les textes le stipulent, d'éduquer à la sexualité? L'approche doit-elle être la même pour ces deux objectifs différents? Et nos enseignants sont-ils à l'aise, suffisamment formés voir même informés pour aborder la question de la sexualité avec leurs élèves ?

Pour aider à cette démarche, des dispositions de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 04 Juillet 2001 complétant le chapitre II du livre III du code de l'éducation déterminent la marche à suivre en matière de prévention et d'éducation à la sexualité par l'article L.312-16 qui stipule qu' « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène. ». Des séances d'information sur les conséquences de la consommation d'alcool durant la grossesse (article L312-17) ou encore sur des principes de respect et d'égalité entre hommes et femmes (article L312-17-1) sont aussi proposées [14] [15] [16], le tout étant mis en place par le biais de différentes instances spécifiques dont le Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté interne à chaque établissement scolaire [17] ou encore le Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle [18].

D'après plusieurs études, l'impact de ces séances tant sur les connaissances que sur le ressenti et les comportements des jeunes est positif et la majorité d'entre eux se disent d'ailleurs très satisfaits de ces interventions [6]. Malheureusement, par manque de moyens humains ou financier, ces dispositions ne sont que peu appliquées en pratique [19].

2.3. Les médias

Que ce soit dans les films, les séries et émissions télévisées ou encore à la radio, la sexualité s'invite sous toutes ses formes, souvent très libérée voir sans limites et sans respect. De même dans la presse, en particulier féminine, où le corps est exhibé et idéalisé, où l'on conseille les femmes pour être sexuellement épanouie, avoir un corps de rêve, ... [20] Mais est-ce la réalité ? Tout cela n'impose-t-il pas une norme établie sur de mauvais critères, avec d'éventuels risques pour la santé et dans les comportements sexuels en tentant d'atteindre ce modèle ? [21] [22]

Et qu'en est-il d'Internet ? Véritable révolution en termes d'accès à l'information, cet outil influence probablement beaucoup notre vision du corps et de la sexualité et nos

connaissances. Mais il présente un défaut majeur : on y trouve tout et son contraire, avec des sources parfois difficilement identifiables et peu de contrôles possibles. De plus, la pornographie y est facilement accessible. Transmetteur de nombreuses données fiables, il est donc aussi certainement responsable de l'intégration de nombreuses idées reçues et autres erreurs dans les mentalités actuelles.

Tous ces outils de communication contribuent à l'évolution de nos connaissances et de nos représentations. Leur accessibilité offre une meilleure uniformité dans le droit à l'information mais non sans risques associés. Il faut rester vigilant face à ces derniers !

2.4. Le milieu médical

La médecine ayant un rapport direct au corps, il est logique de penser qu'il s'agit là d'un accès privilégié à l'échange autour de ce dernier.

En fonction des antécédents et des motifs de consultation, chaque femme reçoit des informations variées, plus ou moins détaillées et spécifiques. Mais chacune est aujourd'hui obligatoirement confrontée à de l'information sur son corps et sa sexualité, de par la prise en charge globale et multidisciplinaire mise en place autour d'elle (suivi gynécologique classique, campagnes de prévention et de dépistage).

La grossesse est une occasion toute particulière de se découvrir ou de se « redécouvrir ». Décrise comme une crise identitaire sur le plan psychologique et physique, elle implique une confrontation à un corps modifié, parfois vécue comme une atteinte à sa propre image. Le suivi de la grossesse est alors une bonne occasion pour orienter la femme sur le fonctionnement de ses organes reproducteurs, les particularités de son anatomie, ... et l'aider ainsi à s'accepter en tant que femme à part entière.

D'autre part, certaines structures ont fait de l'information et de la prévention un de leurs principaux objectifs. C'est le cas des centres de planification et d'éducation familial, du planning familial et des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Chacun d'entre eux possède ces propres missions mais tous proposent une approche pluridisciplinaire pour englober au mieux les besoins de chaque consultant [6] [14] [23] [24].

L'avantage majeur de ces sources médicales est bien sûr la fiabilité des informations dispensées. Elles permettent d'apporter des bases sûres ou de rectifier si nécessaire les idées fausses de nos patientes. Et c'est pour cela que le dialogue entre patient et professionnels de santé est essentiel. C'est ici que notre devoir d'information prend tout son sens.

3. Impact des connaissances ou méconnaissances des femmes sur leur corps

La notion du corps appelle inévitablement à la santé et à la sexualité. Pour chacun de ces deux aspects, quels sont les impacts possibles des connaissances ou méconnaissances de ce corps ?

3.1. Conséquence sur la santé des femmes

Il semble logique de penser qu'une femme ayant des connaissances sur sa physiologie et son anatomie est plus apte à comprendre le fonctionnement d'une pathologie, ce qu'elle bouscule, le pourquoi d'un symptôme mais aussi l'impact de traitements, leurs mécanismes d'action, leurs effets indésirables éventuels ...

De plus, une femme « avertie » est à l'écoute de son corps et repère donc rapidement ce qui est anormal (nodule, métrorragie, pertes vaginales anormales, ...).

De ce constat, quels effets sur la santé sont envisageables ?

- Sur la contraception :

Une meilleure observance s'expliquerait du fait d'une compréhension des mécanismes d'action, de son anatomie aussi, engendrant plus d'aisance avec son propre corps (nécessaire par exemple pour l'utilisation de l'anneau vaginal) [25].

- Sur les grossesses non désirées / IVG :

En lien avec cette meilleure observance, le taux de grossesses non prévues diminuerait alors, et en conséquence, le taux d'IVG également (environ 40% d'entre elles étant réalisées chez des femmes prenant une contraception). L'évitement de ces derniers constituerait un réel bénéfice pour la femme, tant sur le plan physique que psychologique

et il en est de même concernant les découvertes tardives de la grossesse ou dénis partiels/totaux, plus fréquemment retrouvés dans ce contexte de grossesse non désirée.

Pour ces cas de découverte tardive, un repérage éclairé des premiers signes sympathiques de la grossesse s'associerait au diagnostic précoce de celle-ci et à l'amélioration de son pronostic. Des taux de complications/pathologies obstétricales et de prématurité plus élevés ont en effet été constatés dans ce contexte particulier, sans oublier les éventuels effets économiques, sociaux et psychiques.

- Sur le diagnostic et la prise en charge d'affections gynécologiques ou obstétricales :

Tout d'abord, l'attitude attentive de notre femme « avertie » permettrait une anamnèse fiable lors de consultations précoces, le tout facilitant le diagnostic et évitant les complications. Pour certaines affections, cela peut réellement inverser le pronostic (comme par exemple des IST à risque de stérilité si non traitée, des cancers à un stade plus ou moins avancé, des pathologies obstétricales avec risques d'aggravation de l'état maternel et/ou foetal, ...) !

D'autre part, la prise en charge serait d'autant plus optimale du fait d'une participation active de la patiente avec un meilleur suivi, une utilisation correcte des traitements, ...

- Sur la mise en place de stratégies de dépistage :

Pour les mêmes raisons que précédemment, la connaissance des avantages à se faire dépister améliorerait certainement l'adhésion des femmes et leur participation durable aux diverses stratégies de dépistage [25].

- Sur le stress, le vécu des patientes :

Une constatation, peut être non scientifiquement prouvée mais bien souvent entendue dans les services médicaux est qu'une femme stressée traduit nombre de ses inquiétudes en symptômes divers et variés (comme par exemple les vomissements gravidiques du début de grossesse, l'hypertension réactionnelle par le « syndrome de la blouse blanche », complications de l'accouchement par anxiété majeure face à cet événement, ...). Cette somatisation n'est-elle pas due en partie à l'inconnu, à la méconnaissance de cette femme sur son corps et son fonctionnement ?

Le professionnel peut alors facilement passer à côté de cet aspect face à la

multitude ou à l'importance des symptômes et instaurer une prise en charge spécifique plus ou moins invasive, multiplier les traitements, ... tout cela n'étant pas anodin bien évidemment !

L'établissement d'une relation de confiance et le dialogue avec la patiente semblent donc essentiels, diminuant l'inconnu et le stress de cette dernière qui sera par ailleurs plus réceptive à ce que nous lui transmettons car plus détendue. Ce n'est d'ailleurs pas par hasard que les techniques de préparation à la naissance proposent une part théorique et une part de relaxation, de détente, de même que se multiplient les recours aux médecines douces ou parallèles, souvent plus axées sur l'esprit.

- Sur la rééducation périnéale, plus spécifiquement :

Les troubles urinaires allant de fuites occasionnelles à l'incontinence constituent un réel problème de santé publique à conséquences multiples (sur la vie sociale, l'intimité sexuelle, ...). Malgré leur fréquence élevée, cela reste tabou. Peu de femmes osent en parler et peu de professionnels l'abordent également.

Dans le postpartum, la rééducation périnéale est systématiquement recommandée aux femmes. Celles ayant vécu ce problème durant leur grossesse comprennent facilement l'importance de cette rééducation, mais ce n'est pas si évidemment pour les autres, d'autant plus que les troubles apparaîtront généralement tardivement, des années plus tard.

Là encore, une éducation périnéale précoce (comme c'est le cas dans certaines cultures) complétée d'une information sur la rééducation en temps voulu permettraient une amélioration de la prévention ou de la prise en charge de ces troubles urinaires. [26]

3.2. Conséquences sur la sexualité des femmes

Dans notre société actuelle, le sexe est partout, comme banalisé, dévoilé et la sexualité semble paradoxalement à la fois de plus en plus libérée mais aussi normative. Au milieu des représentations sociales, culturelles, religieuses et entre un passé d'interdits et un présent sans limites (en apparence du moins), comment notre sexualité se construit-elle aujourd'hui ? [21]

- Le plaisir féminin :

La libération des tabous a ouvert les esprits, autorisé les femmes à une découverte intime d'elle-même et de leurs corps.

Cela se retrouve dans la masturbation par exemple [25]. Condamnée depuis toujours par les différentes instances de la société et encore aujourd'hui associée à un sentiment de culpabilité, de honte, elle est malgré tout très pratiquée (50 à 83 % des femmes). Et tant mieux ! Des études ont prouvé que les femmes la pratiquant ont une meilleure estime d'elles-mêmes, une plus grande satisfaction sexuelle et sont moins sujettes aux conduites à risques [27]. Par la rencontre de ses organes sexuels, la femme augmente ses connaissances en parallèle, en prenant conscience de ces derniers.

De la même manière, une bonne maîtrise périnéale peut avoir un impact sur ce plaisir sexuel [26].

En fonction des images que la femme va créer autour de son sexe, le plaisir sera alors plus facilement accessible, par une aisance entre elle-même et son corps d'abord puis dans la relation à l'autre [21] [28].

- Le « déplaisir » féminin :

De nombreux troubles de la sexualité existent et sont même fréquents. Souvent cachés, ils peuvent être le signe d'alerte d'éventuelles dérives/violences. En lien à une cause organique, psychologique ou encore à des facteurs de développement, facteurs relationnels ou traumatiques, leurs étiologies sont multiples et souvent complexes [21].

En fonction de nos représentations (acquises durant notre éducation) et de celles du partenaire, la sexualité peut être vécue comme plus ou moins bonne (autorisation /censure), utile (rôle reproducteur/plaisir), respectueuse (intimité/pornographie) et sécurisée (conduites à risques, violences).

La pornographie est un exemple d'impact négatif sur l'image de la sexualité. Aujourd'hui presque banalisée, elle peut alors être considérée comme modèle. La femme se voit réduite à un objet sexuel, disponible quand on veut comme on veut. La notion de performance apparaît aussi, possiblement responsable d'angoisses de ne pas être à la hauteur des désirs de l'autre ou de par la visualisation de ces images pouvant dégouter et provoquant alors la peur de devoir reproduire.

Il en est de même dans la presse féminine, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment. Ce sont là les effets indésirables et les risques d'une trop grande suppression des tabous, entravant alors les connaissances par une image faussée de la femme qui se sent contrainte de ressembler à ces modèles pour se sentir « normale ».

Les expériences personnelles ont aussi un rôle conséquent dans la sexualité [21].

Chez les personnes ayant subi des abus sexuels par exemple, divers troubles se retrouvent fréquemment, par somatisation (dyspareunies, rétention urinaires ou fécales, ...) [29] [30].

Trop de choses vues, entendues, ou directement vécues sont donc source de blocages et de symptômes divers ayant un rôle délétère dans la sexualité de la personne.

L'inverse est aussi valable. Les non-dits peuvent être source de troubles semblables dans certains cas, comme par exemple pour une femme ayant vécu un accouchement traumatique sans explications données par la suite qui présenterait alors des dyspareunies [21] [31].

La connaissance du corps ne transforme probablement pas la sexualité. Cela peut malgré tout guider la femme dans la maîtrise de son corps et de ses désirs. Comme le résume le Dr Faye, sexologue, « Bien dans sa tête, bien dans son corps, bien dans son couple », pour une sexualité sûre et épanouie [21].

Quelle que soit la situation, l'apport de connaissance recentre sur l'essentiel : la femme et son corps. Le dialogue permet de faire le lien avec la réalité, évitant alors d'éventuelles conséquences de gravité variable sur la sexualité et la santé de la femme. Que ce soit lors de consultations clefs (1ère contraception, grossesse, ...) où le corps est plus facilement abordable ou au cours de n'importe quelle autre consultation, toute rencontre est l'occasion d'informer et de prévenir. Certains actes techniques peuvent nous aider dans cette approche, tout en gardant à l'esprit l'importance de l'accompagnement, d'une simple écoute pour prendre en charge la femme dans sa globalité et répondre au mieux à ses attentes [21] [25].

MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. Objectifs

Cette étude consiste à évaluer les connaissances réelles des femmes sur leur corps, à recueillir leurs avis sur nos pratiques en terme d'informations et d'éducation. D'autre part, elle permet de confronter le regard des professionnels de santé, pour éventuellement améliorer nos prises en charge dans ce domaine.

2. Méthode

Il s'agit d'une étude prospective réalisée auprès de femmes et de professionnels de la santé en Maine et Loire du 1er octobre au 30 décembre 2011.

2.1. Élaboration de l'étude

Cette étude s'est basée sur deux questionnaires. Chaque questionnaire était anonyme et individuel.

Le premier d'entre eux s'est adressé à des femmes âgées de 16 à 60 ans (puisque les conséquences éventuelles de la méconnaissance évoquées précédemment concernent surtout des femmes en période d'activité génitale). Il se structure de la manière suivante :

- Une première partie définissant le profil de chaque femme en fonction de son âge, de sa situation familiale, de sa catégorie socio-professionnelle et de ses antécédents gynécologiques et/ou obstétricaux.
- Une seconde partie correspondant à un test de connaissances à l'aide de questions fermées, semi-ouvertes et de schémas à annoter. Les thèmes abordés ont été l'anatomie des organes génitaux de la femme ainsi que la physiologie du cycle menstruel et de la reproduction. Quelques items ont concernés la sexualité (certaines questions ont été élaborées à l'aide de plaquettes de prévention utilisées au centre de planification Flora Tristan à Angers).
- Enfin, une enquête de satisfaction sur l'information donnée par les professionnels lors des consultations médicales leur a été proposée.

Le second questionnaire s'est adressé aux médecins généralistes ainsi qu'aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la femme que sont plus spécifiquement les sages-femmes, les gynécologues et les obstétriciens. Là encore, il se structure de la manière suivante :

- Une première partie définissant un profil en fonction de l'âge, du sexe, de la profession et du mode d'exercice.
- Par des questions fermées, il s'est ensuite intéressé aux perceptions de ces professionnels concernant les connaissances des patientes et à leur avis sur l'information en consultation, en reprenant les mêmes thèmes que dans le questionnaire adressé aux femmes.

2.2 Distribution des questionnaires

Enquête réalisée auprès des femmes :

Dans un premier temps, les questionnaires adressés aux femmes ont été proposés par l'intermédiaire des médecins généralistes.

Après la réalisation d'un tirage au sort ayant permis de sélectionner 15 cabinets médicaux représentant chaque quartier d'Angers et ses alentours, sept d'entre eux ont accepté de participer à l'enquête. Les secrétaires de ces derniers avaient alors pour mission de proposer le questionnaire à chaque patiente de la population cible venant consulter, pour que celui-ci soit rempli durant l'attente précédant la consultation.

Une fois complétés, les questionnaires étaient remis à la même secrétaire ou aux médecins consultés en échange d'un exemplaire de correction du test.

Une relance téléphonique avec chaque cabinet a eu lieu tous les quinze jours à compter du début de l'enquête pour évaluer l'avancement de celle-ci et le ressenti des participantes.

Suite à diverses difficultés rencontrées, la méthode de distribution a par la suite été élargie. Pour rééquilibrer les effectifs en fonction de l'âge, les questionnaires ont alors été distribués à des élèves d'un lycée d'Angers et à des femmes plus âgées par l'intermédiaire de rencontres ouvertes à toutes, organisées dans des écoles, ainsi que par la distribution de questionnaires à l'entourage de collègues étudiantes sages-femmes. Ces questionnaires ont été remplis selon la même méthode, de façon anonyme, individuelle et spontanée.

Enquête réalisée auprès des professionnels de santé :

Après la réalisation d'un tirage au sort pour chacune des professions concernées, les questionnaires ont été envoyés par voie postale ou directement déposés au cabinet ou au secrétariat. Une fois complétés, ils ont été retournés via une enveloppe timbrée prévue à cet effet. Une relance a été effectuée par téléphone un mois après le début de l'enquête.

3. Population

Enquête réalisée auprès des femmes :

Sur les sept cabinets médicaux ayant participé à l'étude, 5 d'entre eux étaient des cabinets de ville, les 2 cabinets restants étaient des cabinets ruraux.

Au lancement début octobre, 100 questionnaires ont été distribués. Après deux mois d'enquête, seulement 34 ont été complétés. Par la suite, 10 questionnaires supplémentaires ont été retournés. Sur ces 44 questionnaires, 3 ont été exclus (car non remplis au cabinet mais au domicile de ces femmes).

La seconde méthode de distribution afin d'augmenter la représentativité des différentes tranches d'âge a débuté début décembre. Lors des différentes interventions, 100 questionnaires ont à nouveau été distribués et 70 ont été retournés. Sur ces retours, 5 ont été exclus (car non analysables par manque de données).

Au total, 106 questionnaires ont été retenus pour l'exploitation.

Enquête réalisée auprès des professionnels de santé :

150 questionnaires ont été distribués (50 questionnaires par profession).

Au total, 54 questionnaires ont été retournés, 22 d'entre eux provenant de professionnels de santé exerçant en milieu hospitalier et 32 de professionnels libéraux.

Tous les questionnaires retournés ont été inclus.

4. Saisie des résultats

Le recueil de données, la saisie informatique et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel 2003.

RÉSULTATS

1. Enquête auprès des femmes

1.1. Caractéristiques des femmes

1.1.1. Âge moyen, profession, situation familiale, mode de vie et origine géographique

Les femmes avaient entre 16 et 60 ans, soit un âge moyen de 38,08 ans (+/- 13,90 ans).

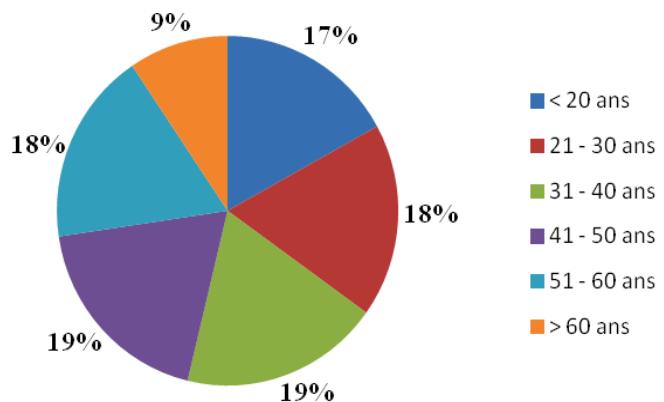


Figure 1 : Age des femmes

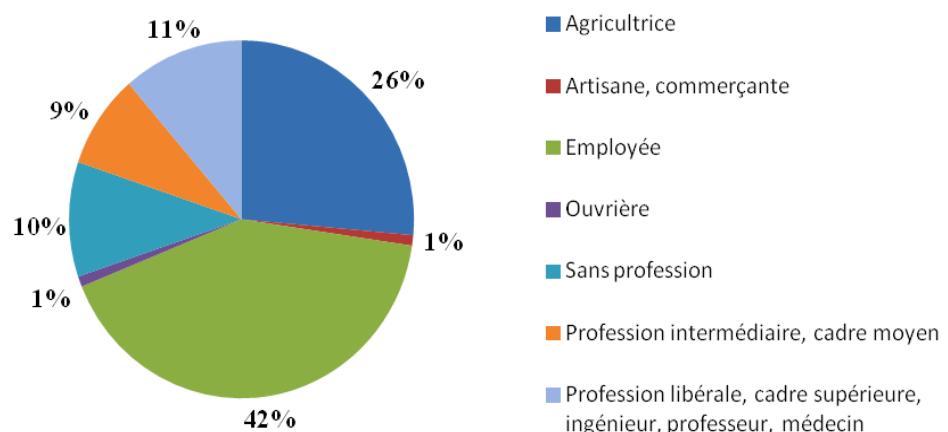


Figure 2 : Profession des femmes

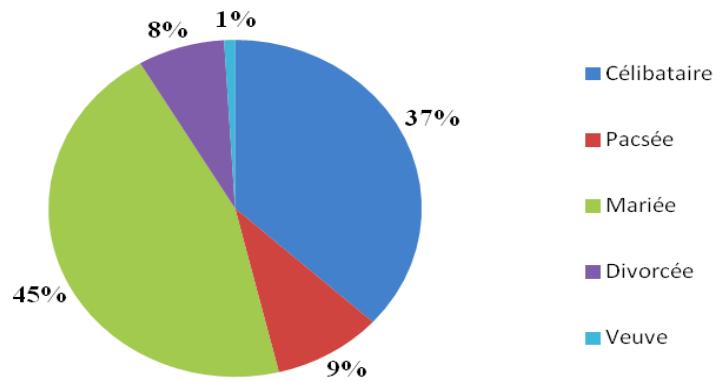


Figure 3 : Situation familiale des femmes

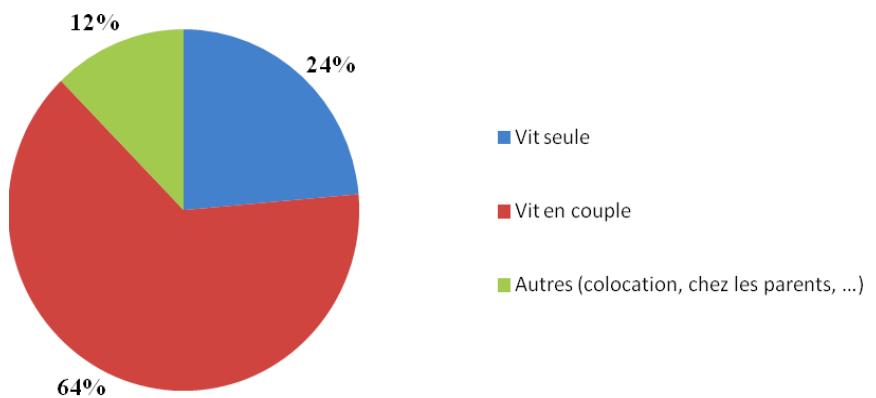


Figure 4 : Mode de vie des femmes

Dans notre étude, 100% des femmes étaient d'origine française.

1.1.2. Antécédents et suivi médical

➤ Antécédents gynécologiques ou obstétricaux :

Dans notre étude, 31% des femmes ne signalaient aucun antécédent contre 69% qui en présentaient un ou plusieurs.

Voici le détail de ces derniers :

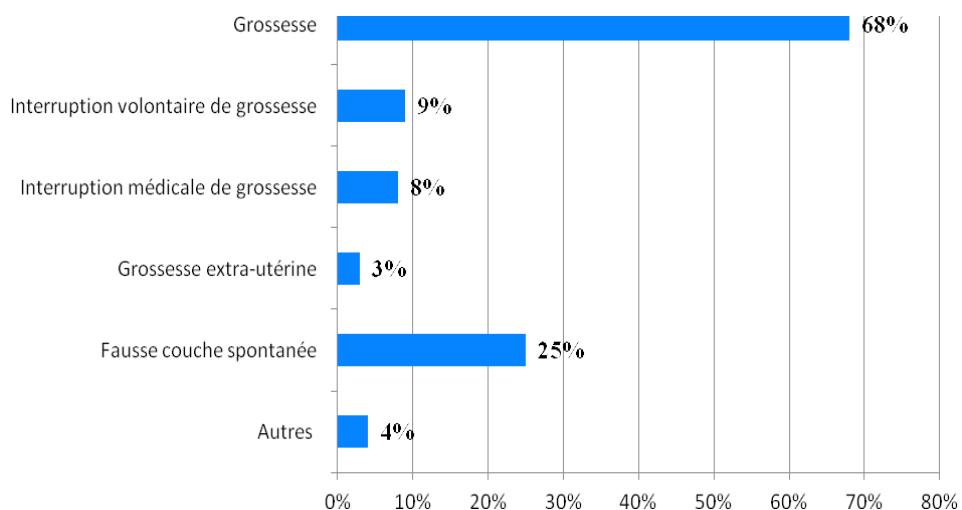


Figure 5 : Antécédents des femmes

➤ Âge des premières règles :

L'âge au moment des premières règles se situait entre 10 et 16 ans, soit un âge moyen de 12,95 ans (+/- 1,45 ans).

➤ Âge des premiers rapports sexuels :

L'âge au moment du premier rapport sexuel se situait entre 13 et 24 ans, soit un âge moyen de 17,8 ans (+/- 2,1 ans).

➤ Suivi médical :

Dans notre étude, 92% des femmes avaient déjà eu un suivi gynécologique ou obstétrical contre 8% sans aucun suivi énoncé.

Voici le détail du type de suivi pour la population concernée :

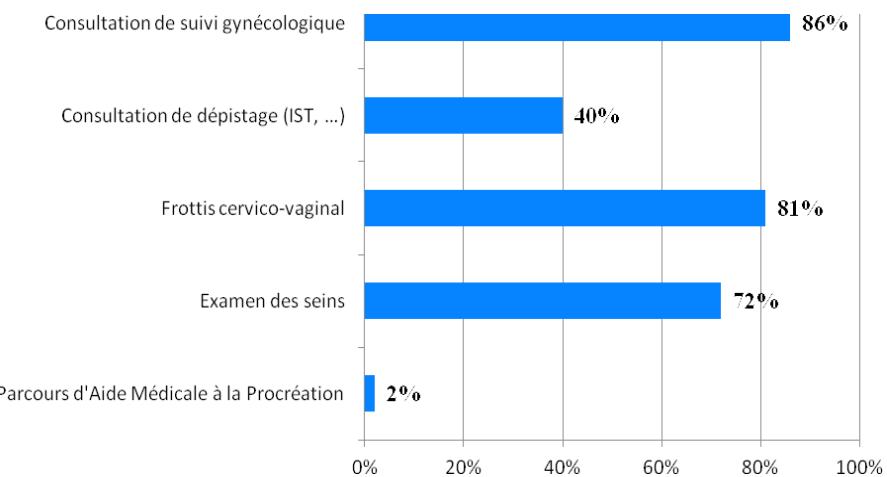


Figure 6 : Suivi médical des femmes

➤ Contraception :

Dans notre étude, 69% des femmes utilisaient une méthode contraceptive.

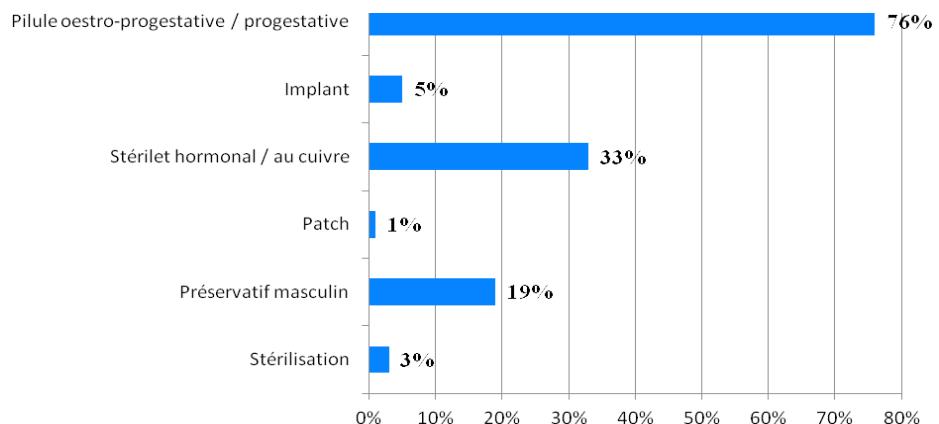


Figure 7 : Méthodes contraceptives des femmes

L'âge au moment de la première prise de contraception se situait entre 14 et 34 ans, soit un âge moyen de 18,71 ans (+/- 3,45 ans).

Il est important de noter que les résultats à suivre concernant l'enquête de connaissance et l'enquête de satisfaction réalisés auprès des femmes ne présentent pas de différence significative, que ce soit en fonction de l'âge, de la profession, de la situation socio-économique ou encore familiale. Que les femmes présentent des antécédents gynécologiques ou obstétricaux ou non, qu'elles soient suivies médicalement ou non ou bien qu'elles utilisent ou non une méthode contraceptive, les résultats sont là aussi semblables.

Seules les statistiques globales sont donc représentées ici.

1.2. Connaissances des femmes concernant l'anatomie féminine

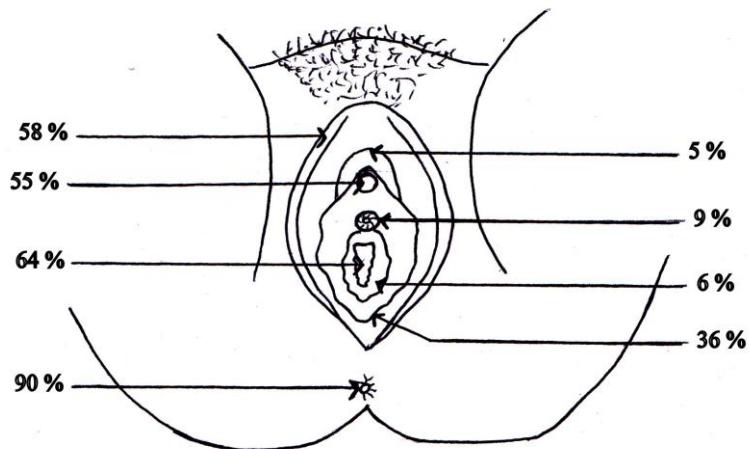


Figure 8 : Schéma de la vulve (% de bonnes réponses)

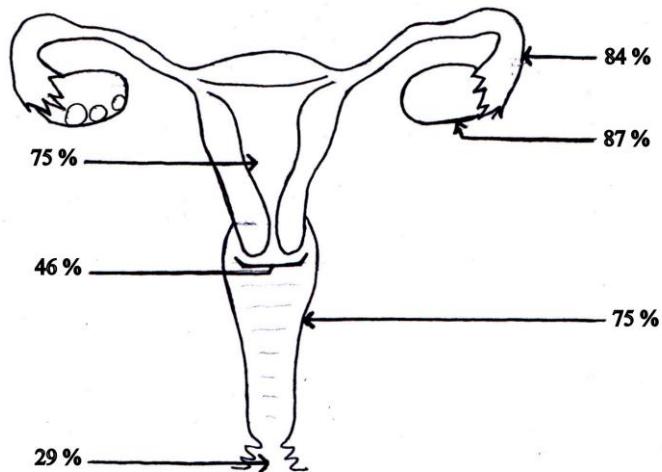


Figure 9 : Schéma de l'appareil génital féminin, vue de face (% de bonnes réponses)

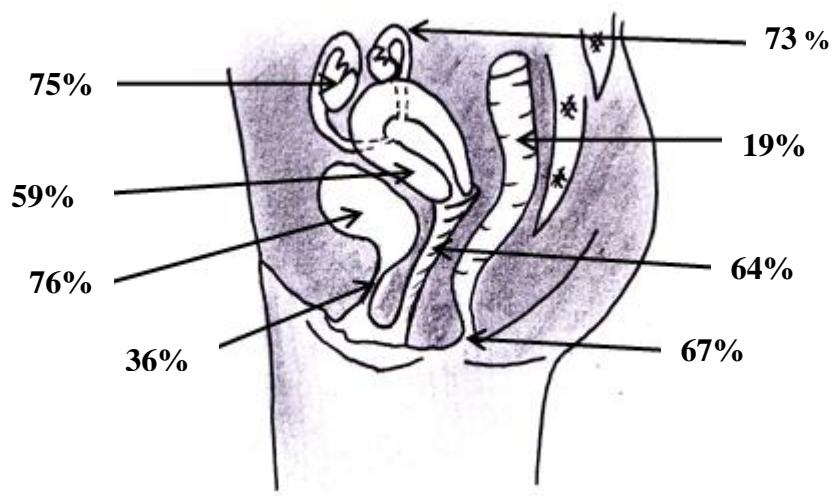


Figure 10 : Schéma de l'appareil génital féminin, vue de profil (% de bonnes réponses)

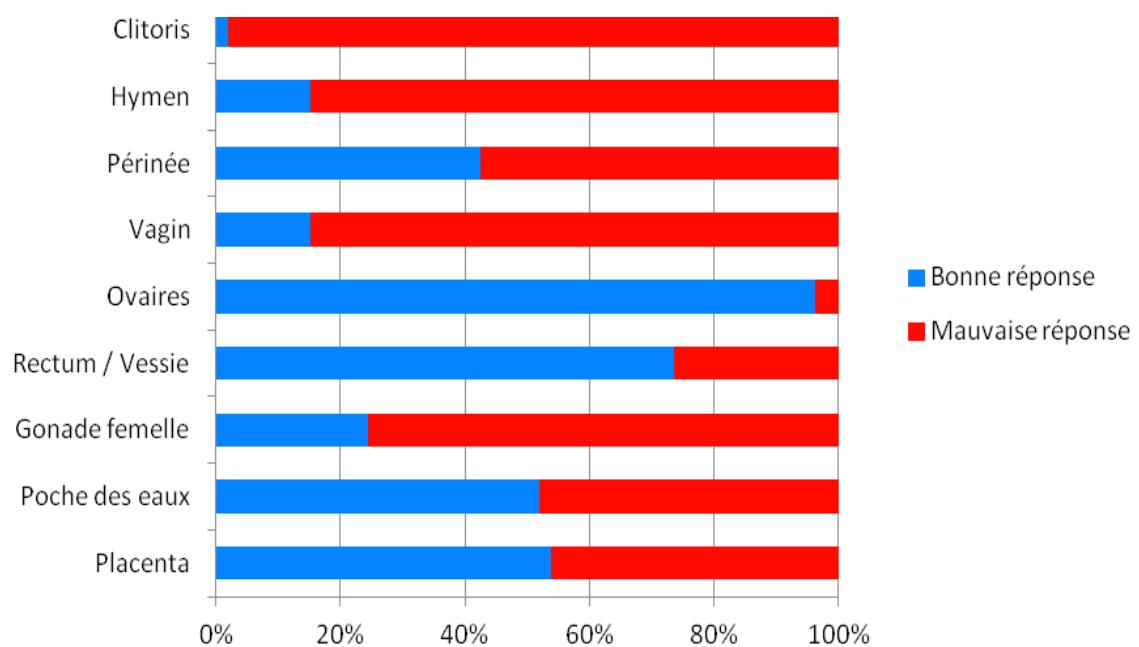


Figure 11 : Connaissances anatomiques des femmes

1.3. Connaissances des femmes concernant la physiologie féminine

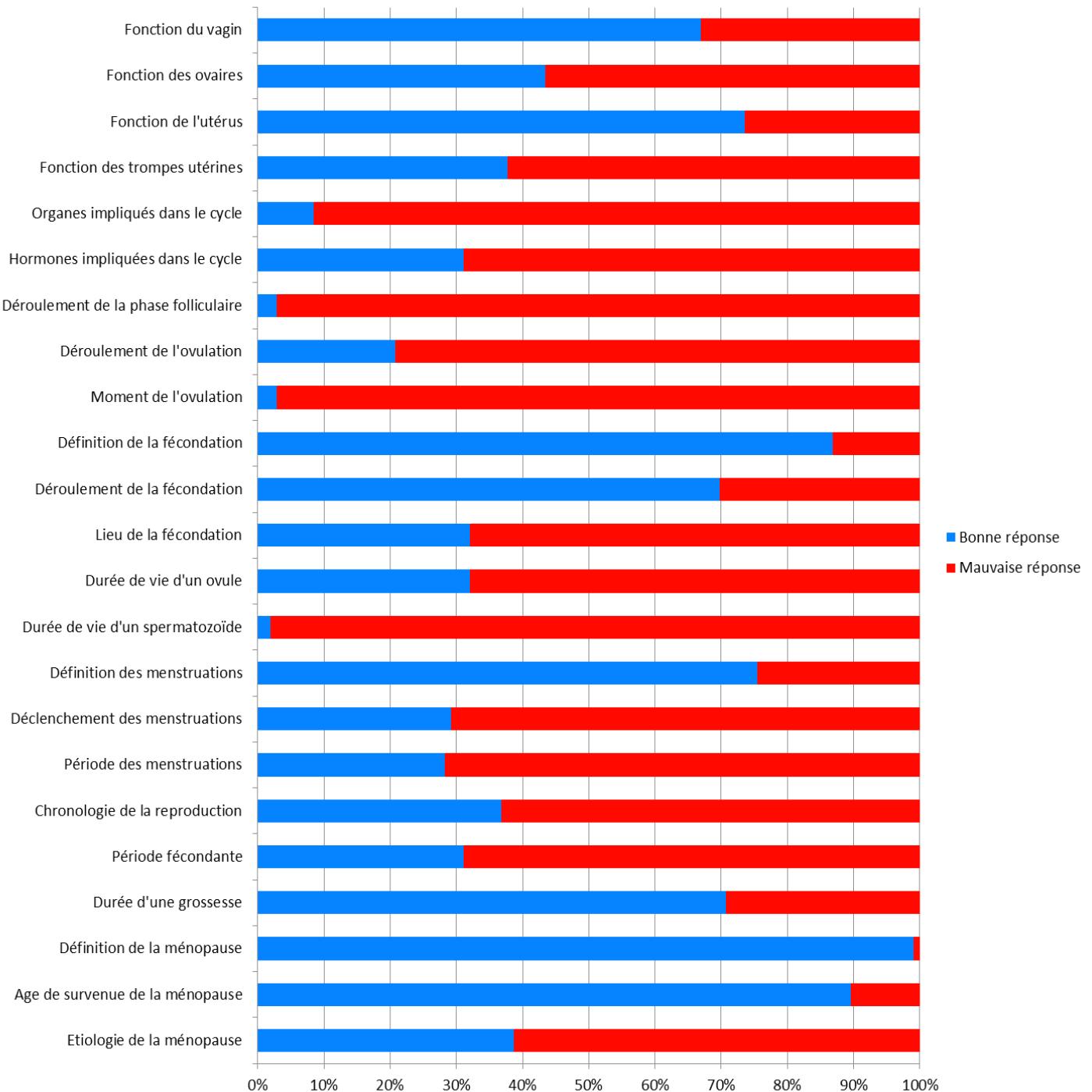


Figure 12 : Connaissances physiologiques des femmes

1.4. Connaissances des femmes concernant la sexualité

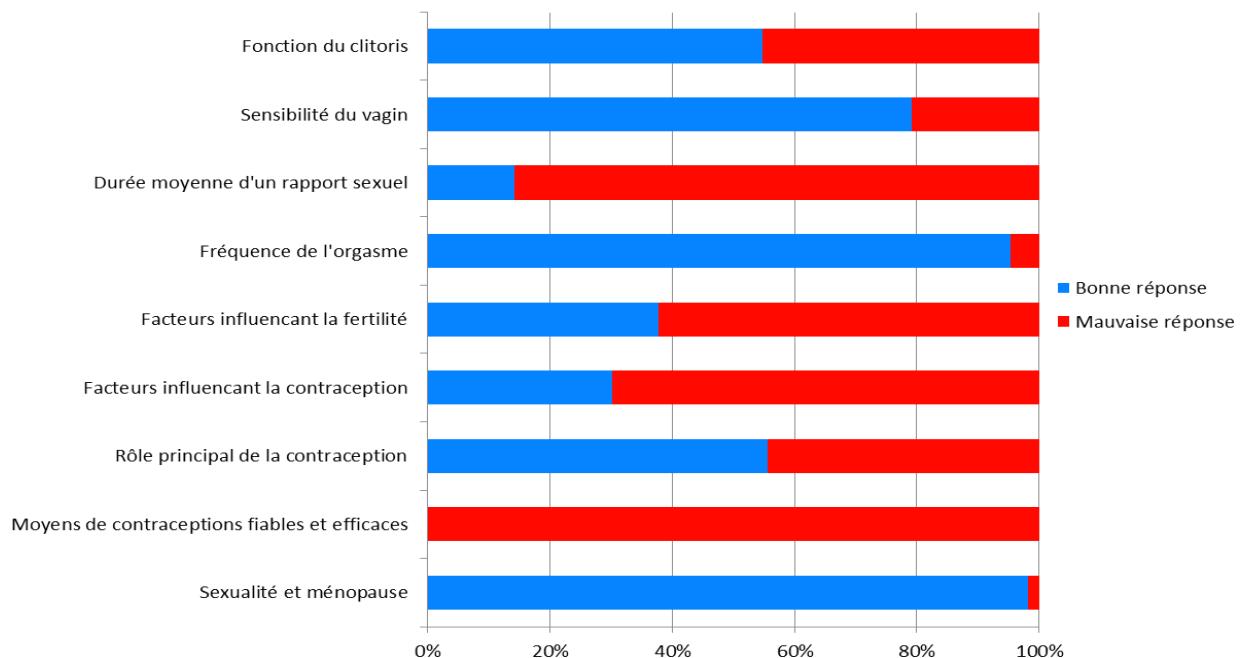


Figure 13 : Connaissances des femmes sur la sexualité

1.5. Perceptions des femmes sur l'information donnée en consultation

1.5.1. Concernant les caractéristiques de l'information

- Information délivrée suffisante

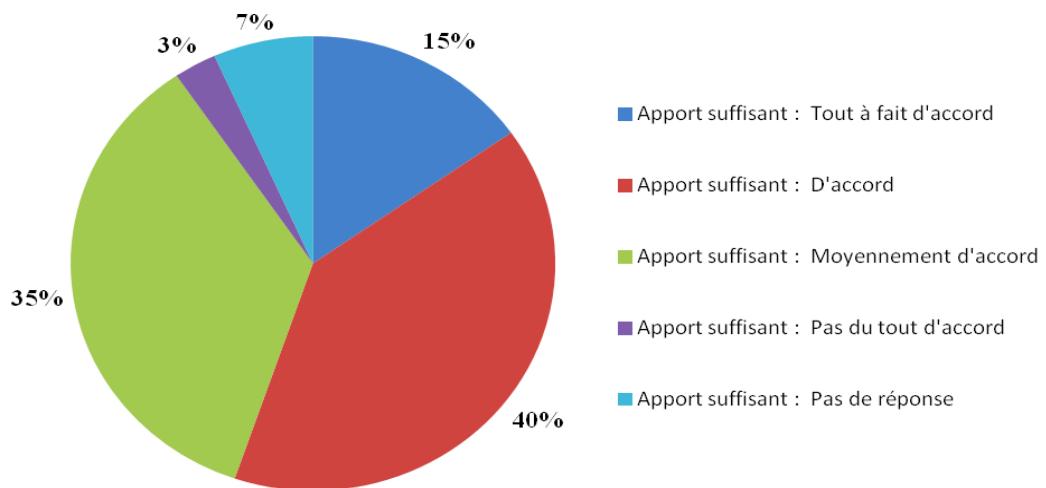


Figure 14 : Information délivrée suffisante

➤ Information délivrée adaptée :

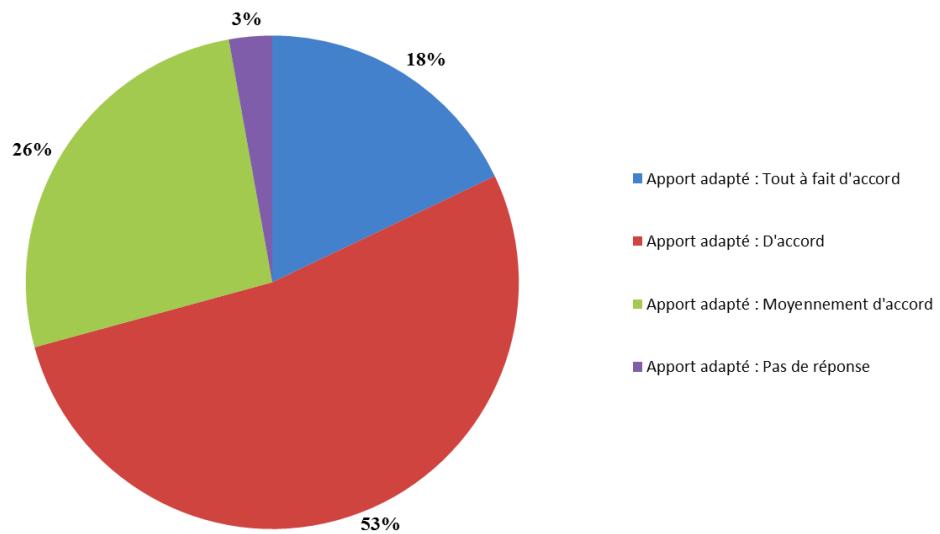


Figure 15 : Information délivrée adaptée

➤ Information délivrée systématiquement :

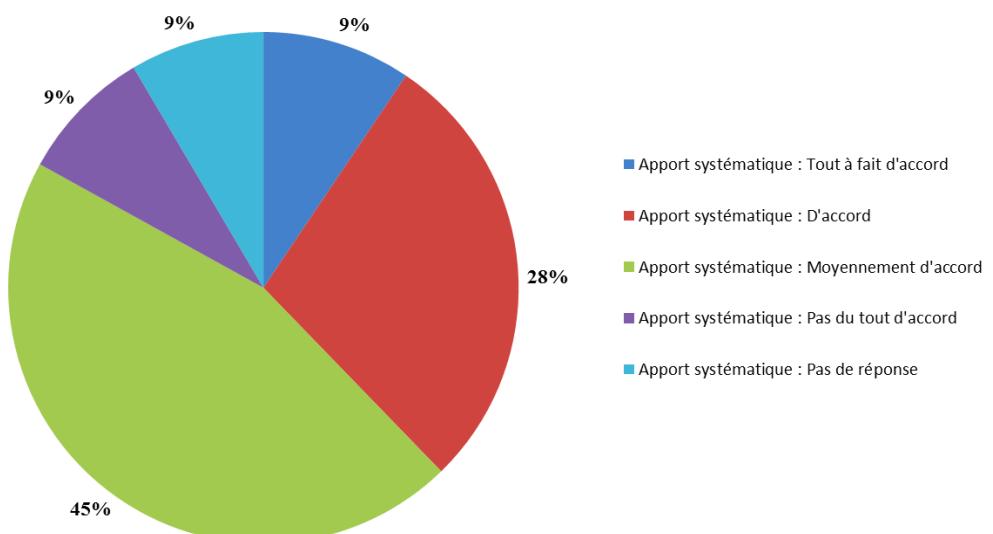


Figure 16 : Information délivrée systématique

➤ Information délivrée claire, compréhensible :

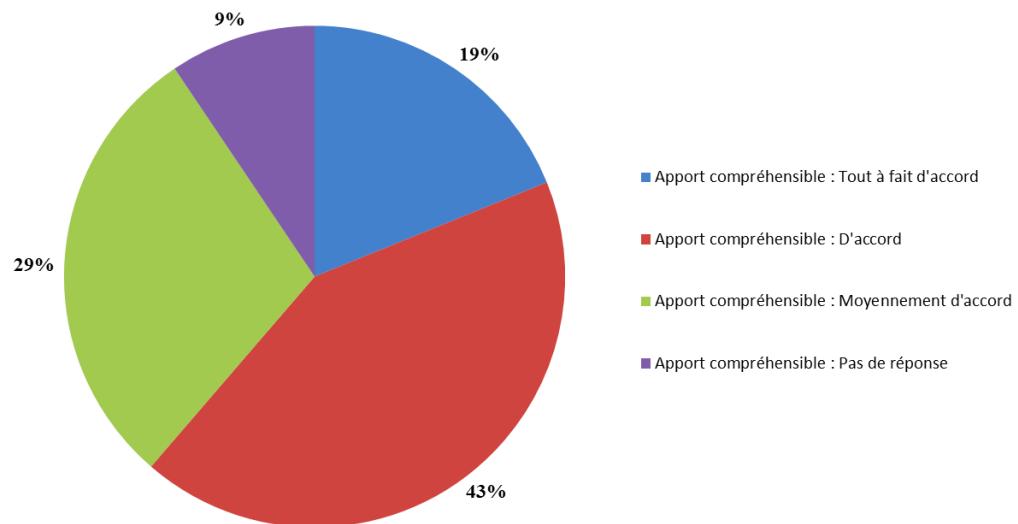


Figure 17 : Information délivrée claire, compréhensible

1.5.2. Concernant la recherche d'informations complémentaires suite à une consultation avec un professionnel de santé

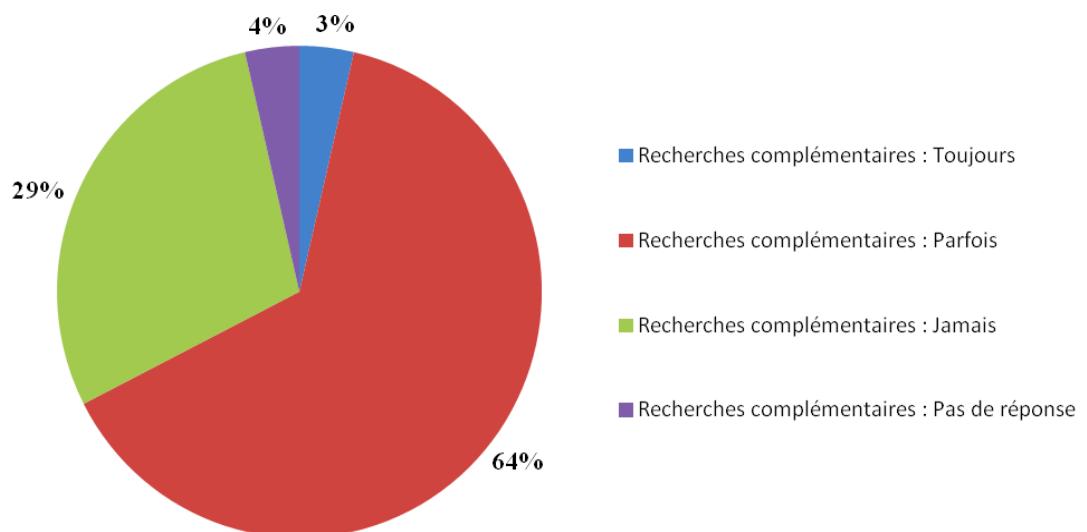


Figure 18 : Recherche d'informations complémentaires

Voici les moyens utilisés par les femmes allant rechercher de l'information supplémentaire :

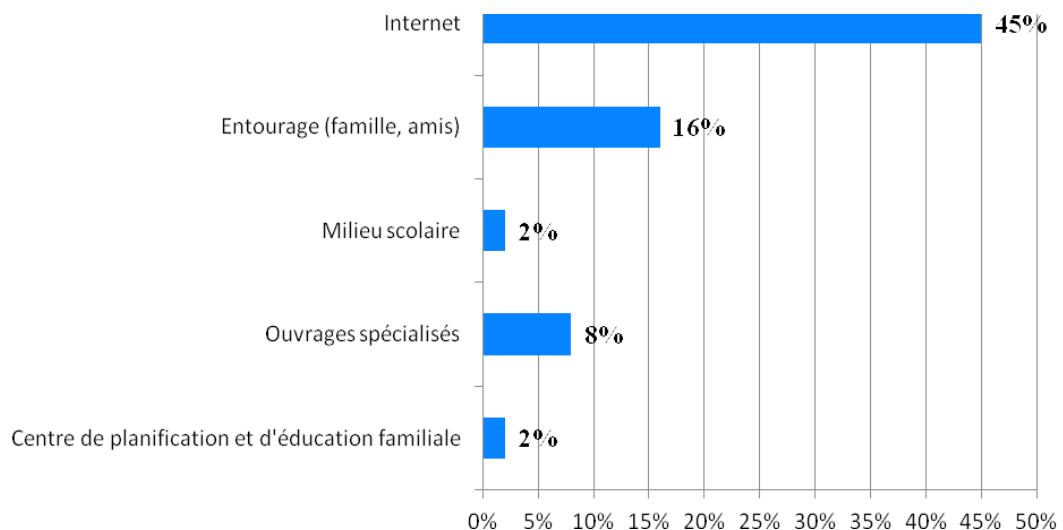


Figure 19 : Moyens d'information utilisés par les femmes

1.5.3. Concernant d'éventuelles difficultés ou problèmes dans la prise de traitement, la réalisation de soins, ... par manque d'informations (selon les femmes)

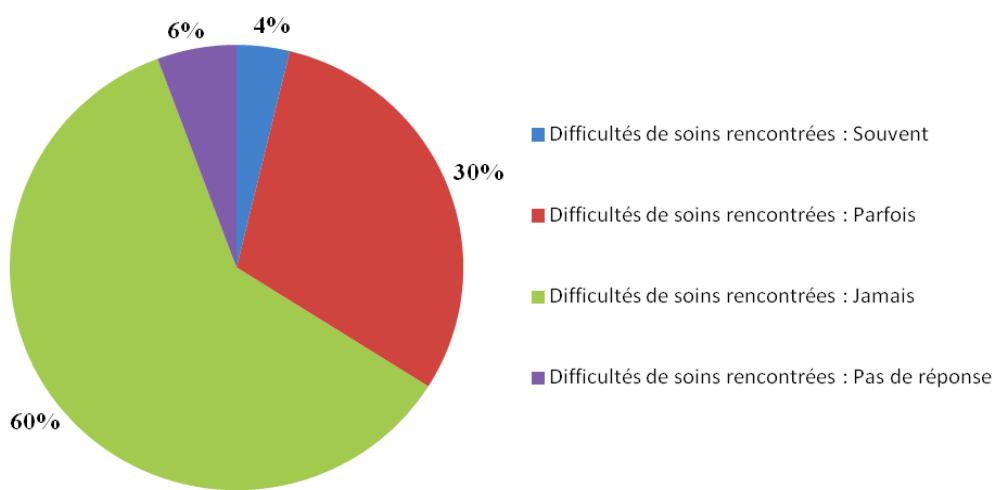


Figure 20 : Difficultés de soins rencontrées, par manque d'informations

Ces difficultés peuvent être des erreurs dans l'utilisation de certains traitements (ovules vaginaux, ...), dans leur posologie mais aussi des difficultés à réaliser des soins locaux prescrits (bain au Dakin avec dilution, ...) ou d'autres problèmes encore.

1.5.4. Concernant la durée moyenne des consultations

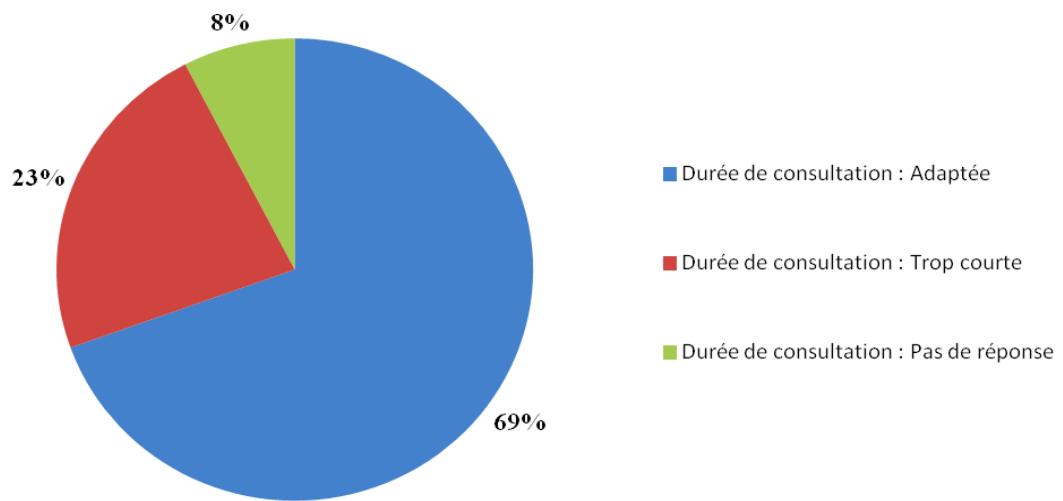


Figure 21 : Durée moyenne des consultations

1.5.5. Concernant des difficultés d'expression lors des consultations

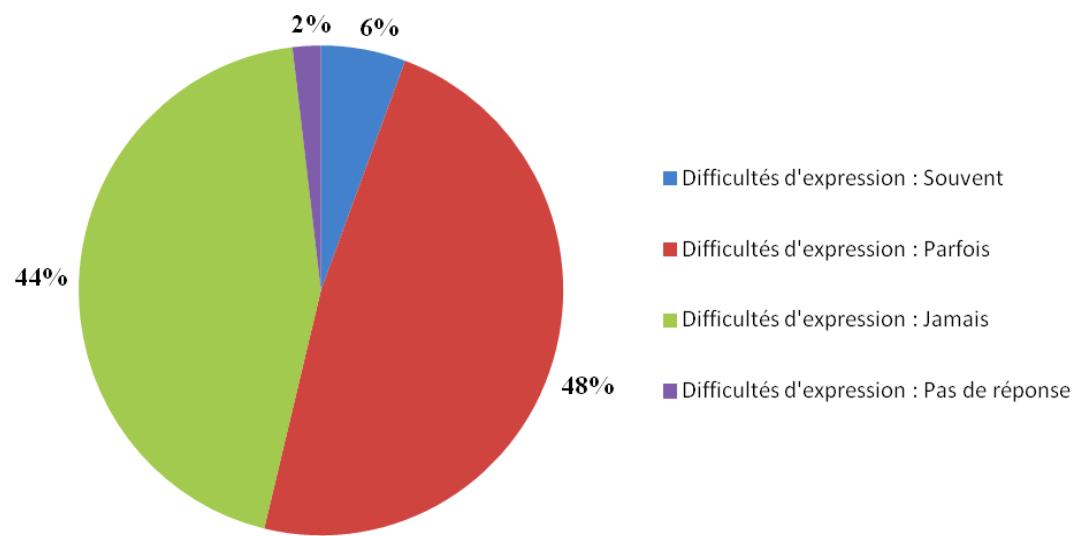


Figure 22 : Difficultés d'expression au cours des consultations

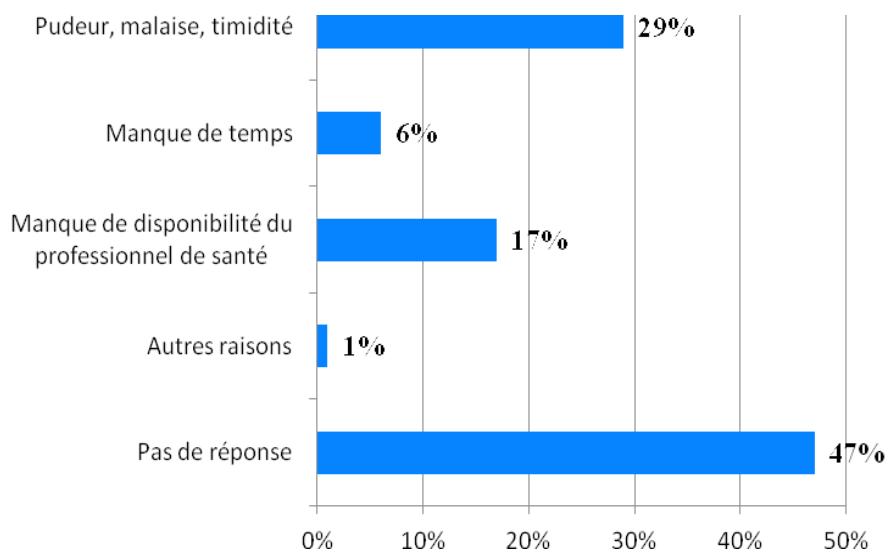


Figure 23 : Etiologies des difficultés d'expression au cours des consultations

1.5.6. Concernant la parole autour de la sexualité lors des consultations

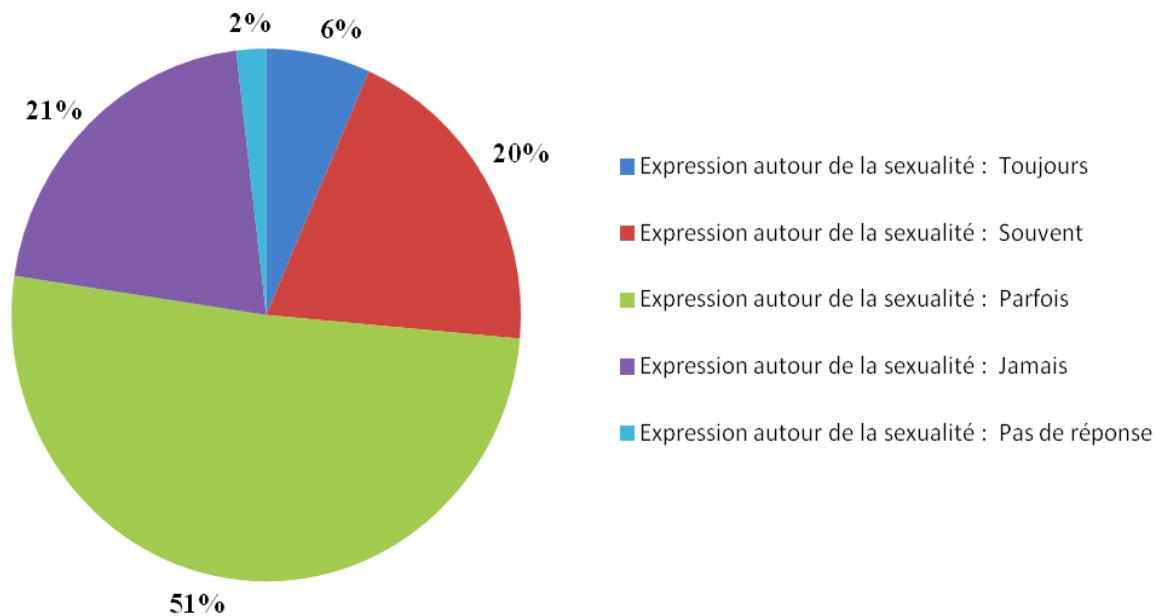


Figure 24 : Expression autour de la sexualité lors des consultations

2. Enquête auprès des professionnels de santé

2.1. Caractéristiques des professionnels

2.1.1. Âge moyen

Les professionnels avaient entre 25 et 65 ans, soit un âge moyen de 40,51 ans (+/- 12,9 ans).

2.1.2. Sexe

Dans cette étude, 65% des professionnels étaient des femmes contre 35% d'hommes.

2.1.3. Profession, lieu d'exercice

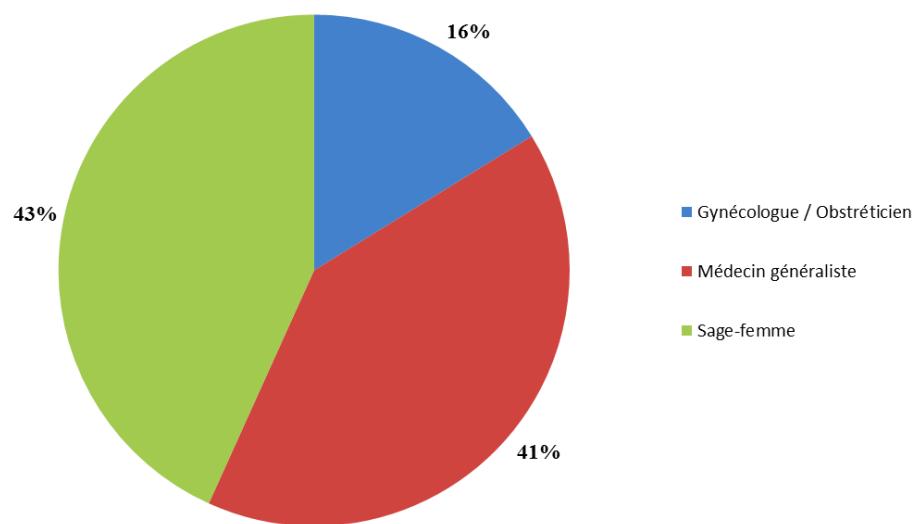


Figure 25 : Profession exerçée

Sur cette population de professionnels, 59% exerçaient en libéral contre 41% de professionnels hospitaliers.

Comme pour l'enquête réalisée auprès de femmes, les résultats concernant l'enquête auprès des professionnels de santé ne varient pas quelle que soit la profession ou le type d'exercice de ces derniers.

Seules les statistiques globales sont donc représentées.

2.2. Perception générale des professionnels

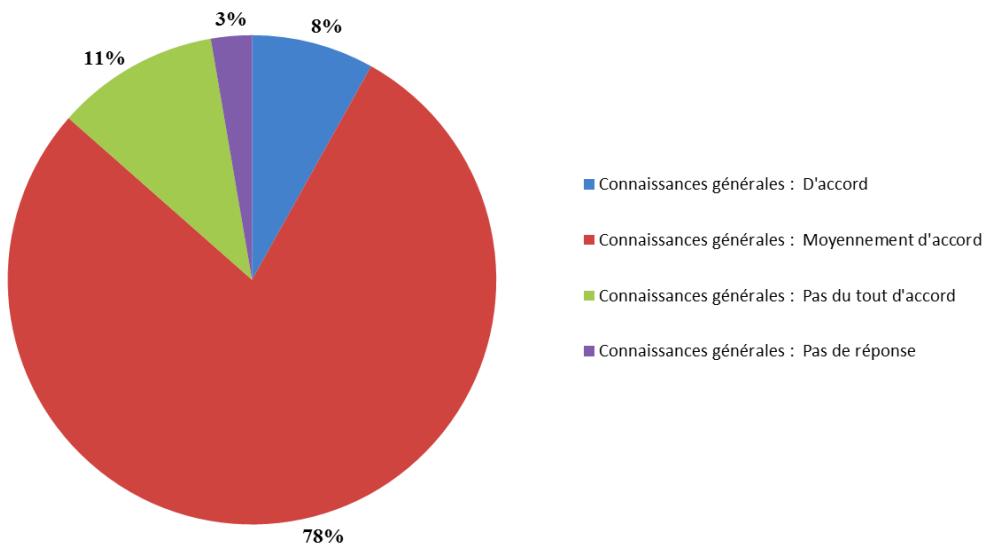


Figure 26 : connaissances générales des femmes

La suite des résultats présentés ici correspond à l'avis des professionnels sur les connaissances des femmes. Les données représentent donc le pourcentage de femmes qui, selon les professionnels de santé, connaissent telle ou telle donnée, cela permettant la comparaison avec les réelles connaissances de celles-ci retrouvées par le questionnaire de connaissance étudié ci-dessus.

2.3. Perceptions concernant les connaissances des femmes sur l'anatomie féminine

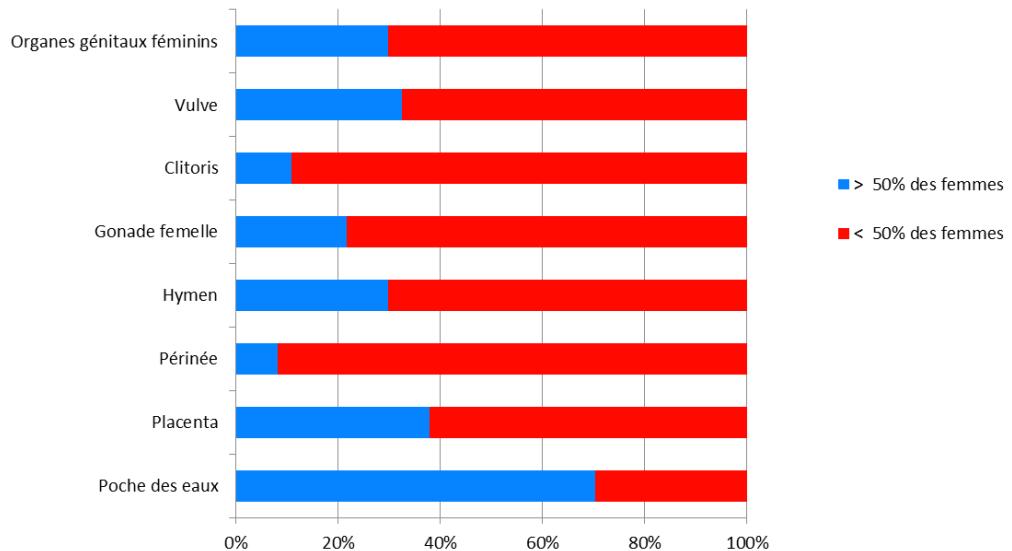


Figure 27 : Perceptions sur les connaissances anatomiques

2.4. Perceptions concernant les connaissances des femmes sur la physiologie féminine

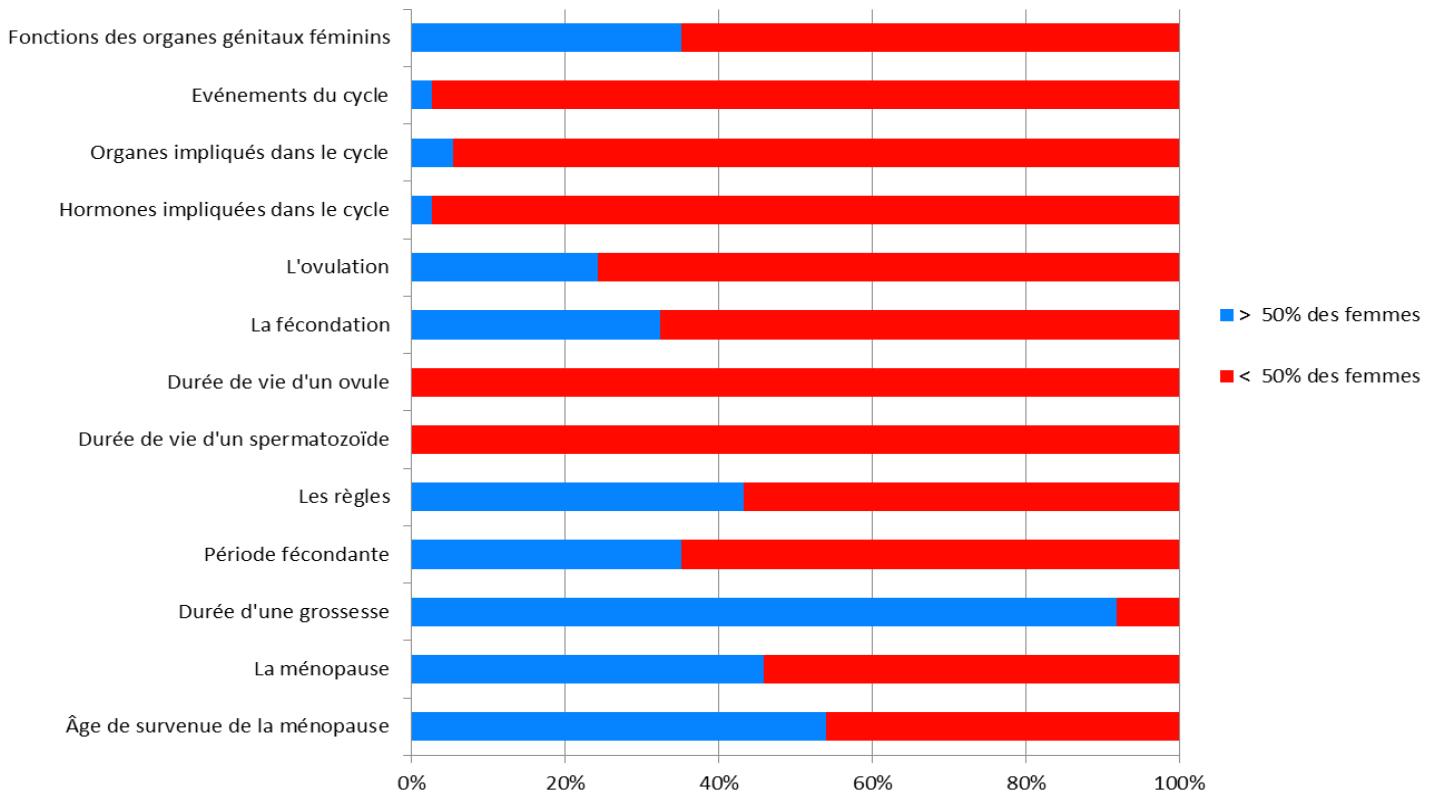


Figure 28 : Perceptions sur les connaissances physiologiques

2.5. Perceptions concernant les connaissances des femmes sur la sexualité

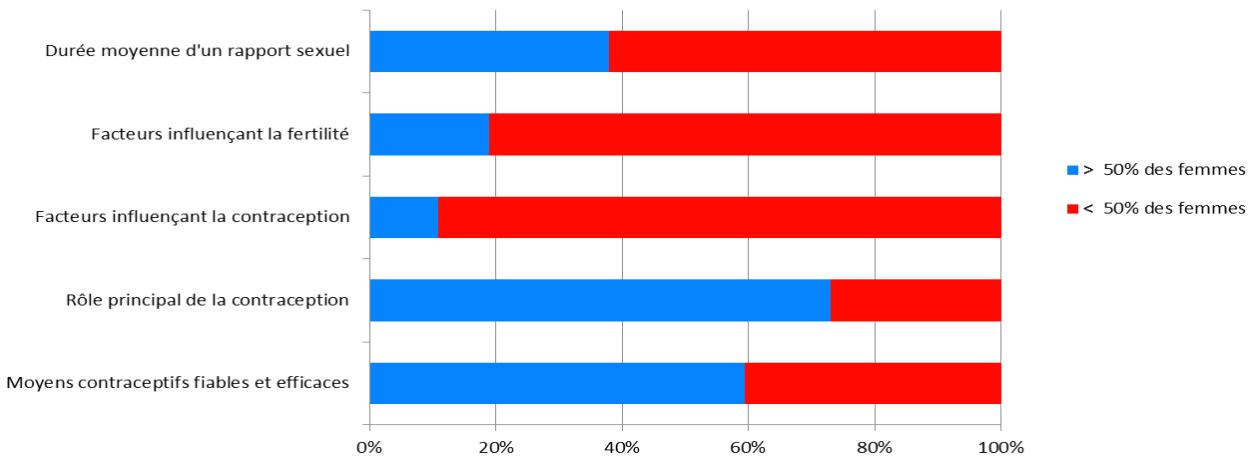


Figure 29 : Perceptions sur les connaissances en lien avec la sexualité

De même, la suite des données décrit l'avis des professionnels concernant la vision des femmes sur l'information donnée en consultation. Les résultats représentent donc le pourcentage de femmes ayant tel ou tel avis, cela permettant ici la comparaison avec les réponses des femmes données par l'enquête de satisfaction du questionnaire.

2.6. Perceptions concernant l'avis des femmes sur l'information donnée en consultation

2.6.1. Concernant les caractéristiques de l'information

- Information délivrée suffisante :

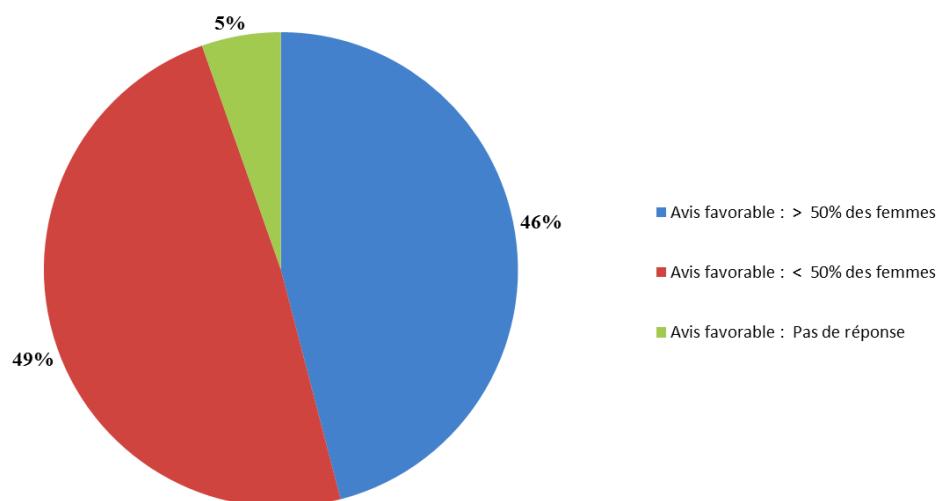


Figure 30 : Perceptions sur l'avis des femmes concernant une information suffisante

➤ Information délivrée adaptée :

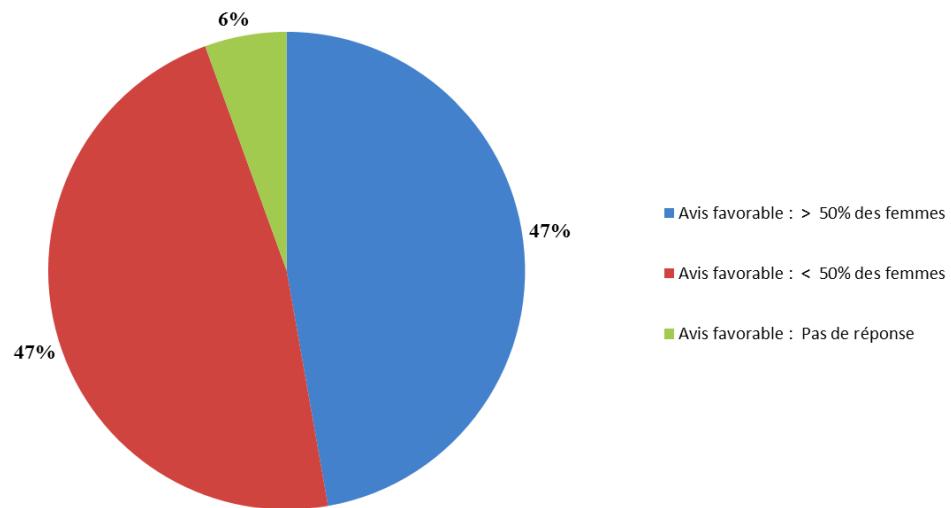


Figure 31 : Perceptions sur l'avis des femmes concernant une information adaptée

➤ Information délivrée systématiquement :

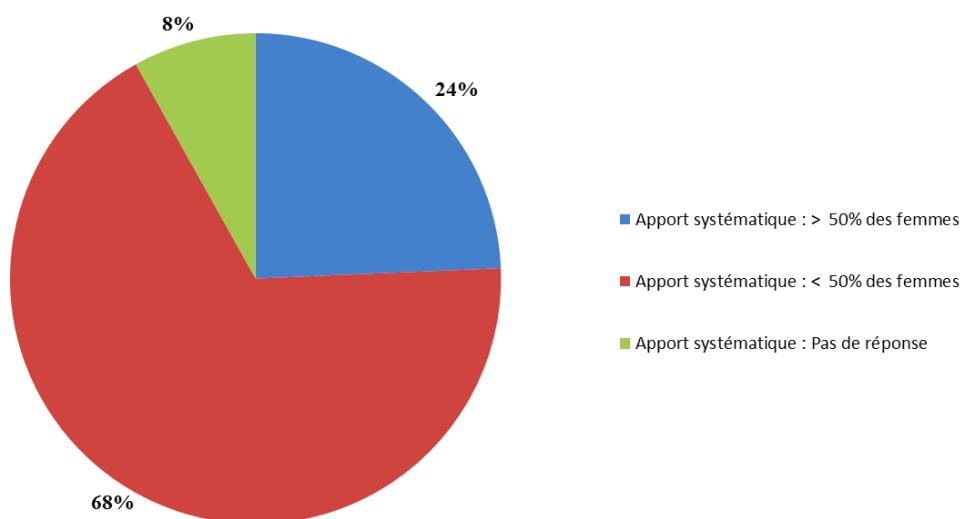


Figure 32 : Perceptions sur l'avis des femmes concernant une information systématique

➤ Information délivrée claire, compréhensible :

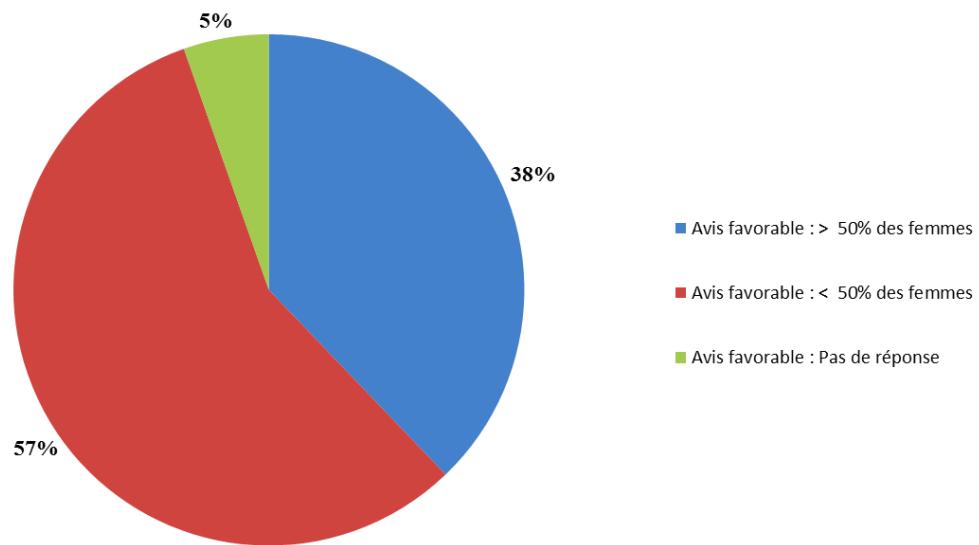


Figure 33 : Perceptions sur l'avis des femmes concernant une information claire et compréhensible

2.6.2. Concernant la recherche d'informations complémentaires suite à une consultation avec un professionnel de santé

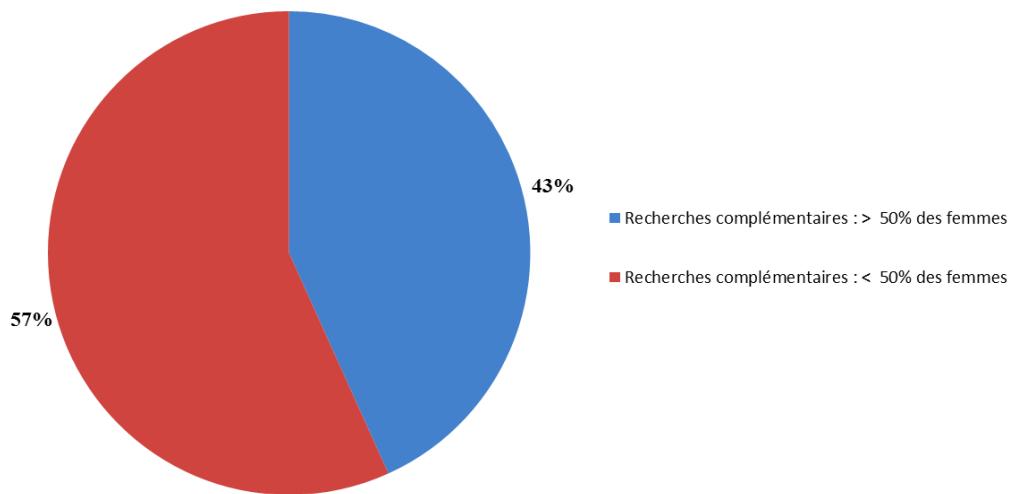


Figure 34 : Perceptions sur la recherche d'informations complémentaires par les femmes après consultation

2.6.3. Concernant le lien entre d'éventuelles difficultés pour la prise de traitement, la réalisation de soins, ... et le manque d'informations

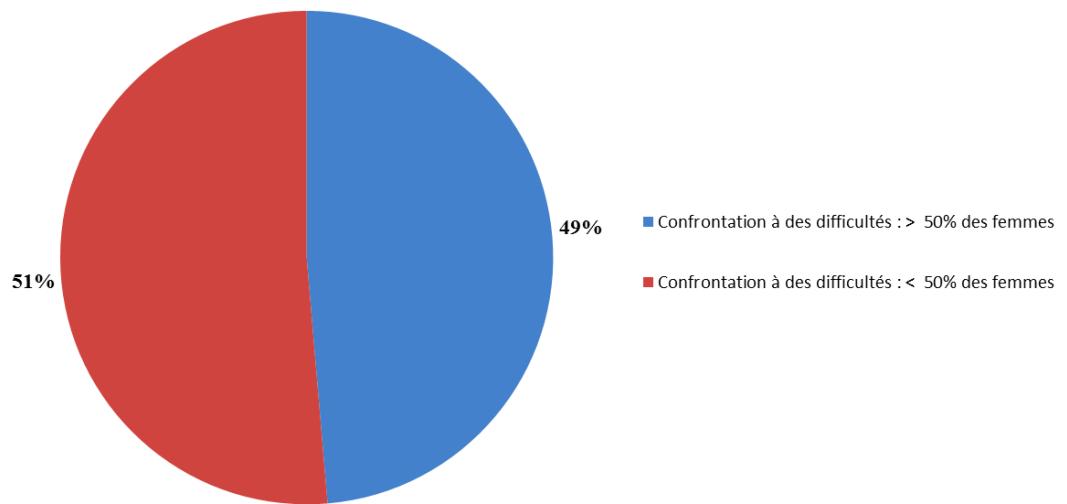


Figure 35 : Perceptions sur les conséquences éventuelles d'un manque d'information

2.6.4. Concernant la durée moyenne des consultations

➤ Durée trop longue :

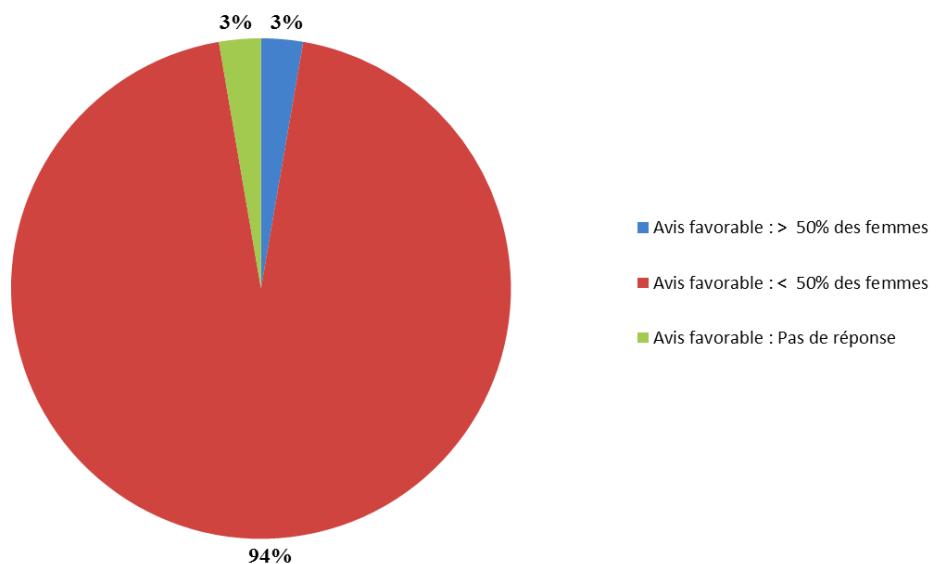


Figure 36 : Perceptions sur l'avis des femmes concernant une durée trop longue des consultations

➤ Durée trop courte :

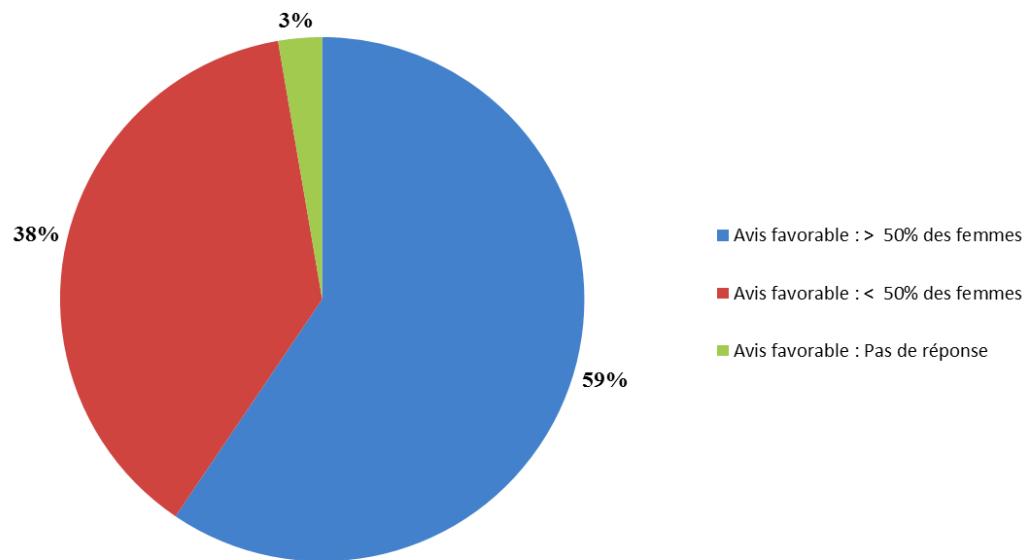


Figure 37 : Perceptions sur l'avis des femmes concernant une durée trop courte des consultations

➤ Durée adaptée :

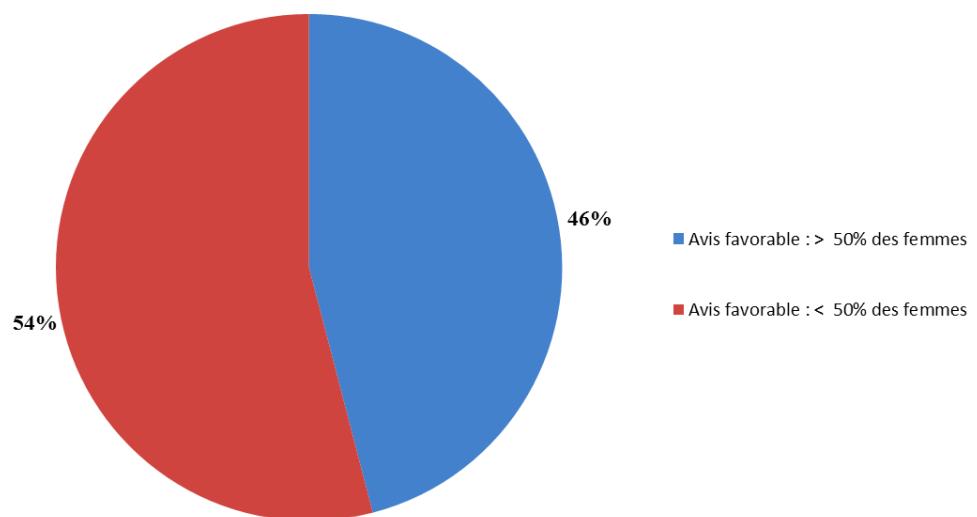


Figure 38 : Perceptions sur l'avis des femmes concernant une durée adaptée des consultations

2.6.5. Concernant des difficultés d'expression lors des consultations

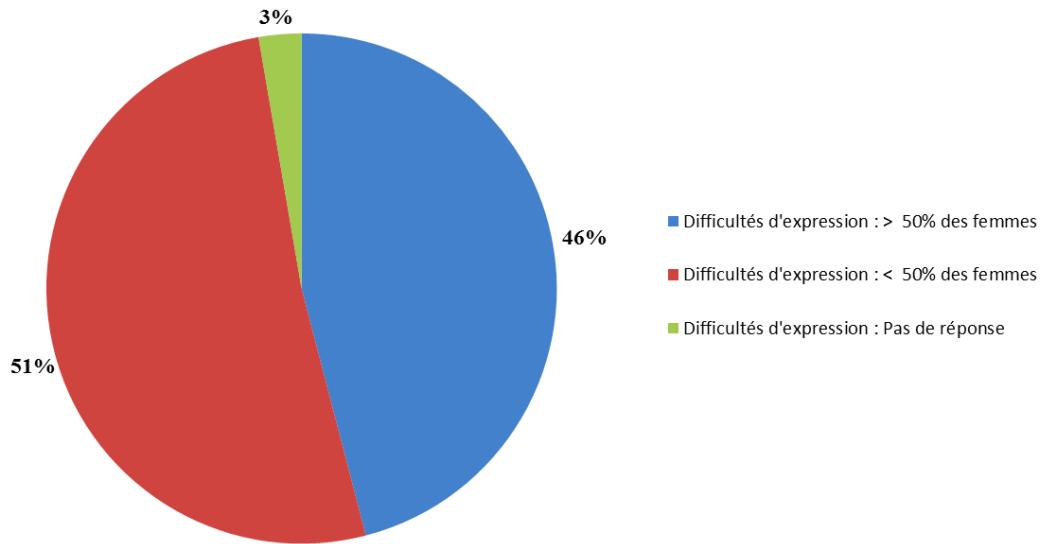


Figure 39 : Perceptions sur les difficultés d'expression des femmes lors des consultations

2.6.6. Concernant la parole autour de la sexualité lors des consultations

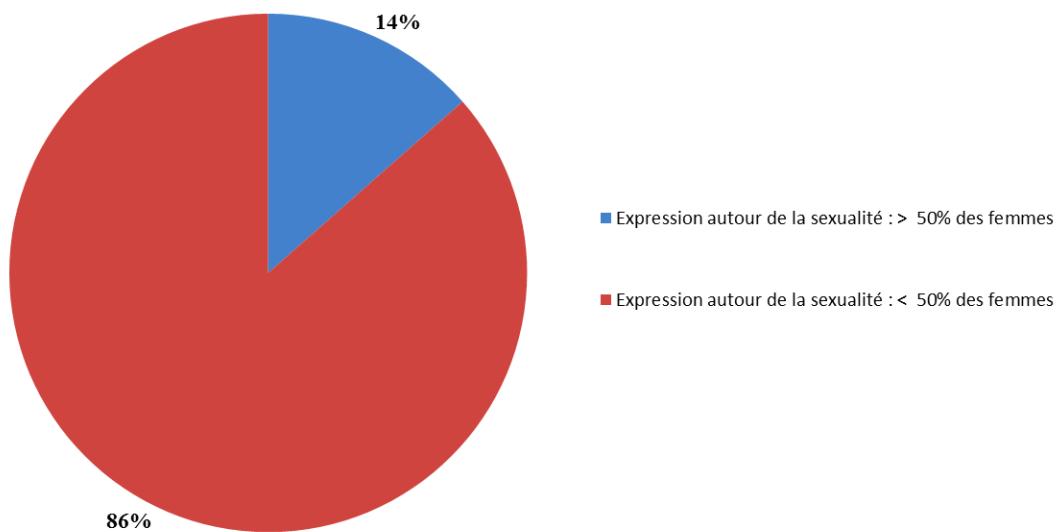


Figure 40 : Perceptions sur la facilité de parole autour de la sexualité lors des consultations

Enfin, les données à suivre correspondent à l'avis des professionnels cette fois, concernant leur pratique et l'information en consultation.

2.7. Avis des professionnels concernant la durée des consultations actuelles pour une bonne information

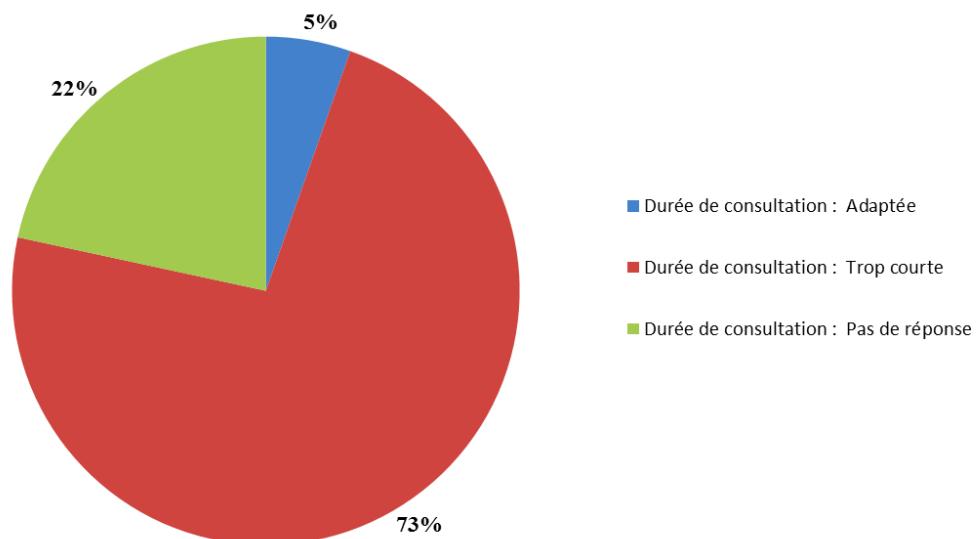


Figure 41 : Durée moyenne de consultation, selon les professionnels de santé

2.8. Durée moyenne de consultations des professionnels interrogés

La durée de consultation des professionnels se situait entre 15 et 45 minutes, soit une durée moyenne de 23,81 minutes (+/- 8,31 minutes).

2.9. Facteurs influençant les connaissances, selon les professionnels interrogés

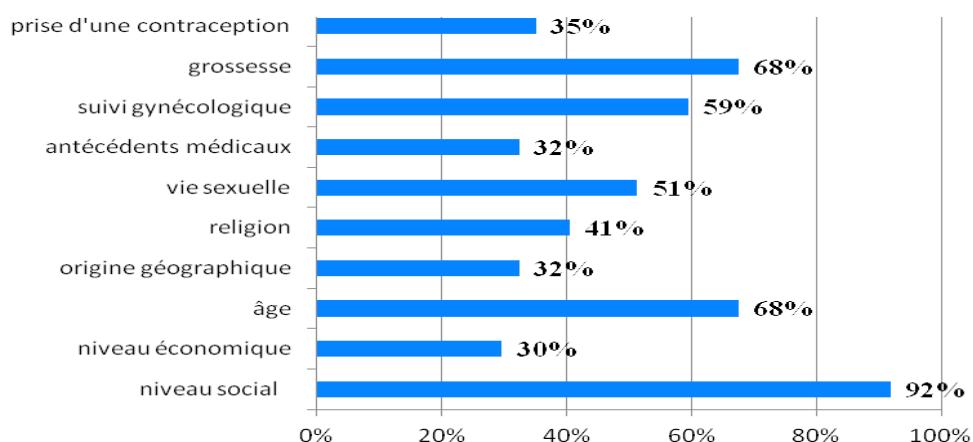


Figure 42 : Facteurs influençant les connaissances des femmes

DISCUSSION

Au commencement de ce travail, nous nous étions posés la question de savoir où en étaient les femmes de la connaissance de leur propre corps et quel était notre rôle en tant que professionnel de santé dans cette démarche d'information. Divers éléments se dégagent maintenant de ces interrogations mais avant de les évoquer, voyons d'abord la question de la validité de ce travail.

1. Points forts de l'étude

Certains résultats en rapport avec le profil des femmes nous indiquent la similitude de notre population aux statistiques régionales ou nationales. Il s'agit par exemple de la répartition des professions [figure 2], de l'âge du premier rapport sexuel ou bien encore de l'usage de la contraception.

Bien que notre étude semble globalement représenter la population générale avec une répartition équilibrée des différentes tranches d'âge, quelques biais sont tout de même à relever.

2. Biais de l'étude

2.1. Biais de sélection

Pour l'enquête réalisée auprès des femmes, le choix de certains cabinets médicaux uniquement, bien que tirés au sort, a engendré une sélection des patientes ayant participé.

D'autre part, comme nous l'avons évoqué dans la méthodologie de l'étude, les questionnaires devaient être proposés systématiquement à toute femme correspondant à notre population cible, ce qui n'a pas été le cas. Les secrétaires participantes ont expliqué avoir parfois présélectionné les femmes car elles jugeaient complexe pour certaines de remplir notre questionnaire, cela pour diverses raisons telles que la religion (où la sexualité reste tabou), l'origine géographique (avec la barrière de la langue éventuelle), le niveau intellectuel, ... Mais ces femmes, pour lesquelles nous pouvons imaginer qu'au préalable le contexte de vie ne permet pas une bonne information, sont donc à nouveau mises à l'écart, non pas volontairement mais bien par une attitude se voulant protectrice et respectueuse. N'y aurait-il pas ici comme un cercle vicieux dans l'évitement de

l'information pour ces femmes qui en auraient probablement le plus besoin et qui sont certainement tout aussi intéressées et demandeuses que les autres ?

Enfin, il faut noter que la seconde méthode de distribution des questionnaires adressés aux femmes présente elle aussi un biais de sélection par le choix des établissements ayant participé et la distribution à l'entourage qui ne peut être totalement représentative de la population générale.

2.2. Biais de non réponse

➤ Dans l'enquête réalisée auprès des femmes

Tout d'abord, ce biais se justifie en partie par la longueur et la complexité du questionnaire proposé. Probablement que des facteurs tels que la pudeur, le malaise de la confrontation à ces questions relatives au corps et donc plus ou moins intimes sont aussi intervenus.

Se pose alors la question de savoir si ces femmes ayant refusé de participer ne sont pas celles qui connaissent là encore le moins bien leur corps et qui nécessitent d'autant plus d'être informées, comme nous l'avons vu précédemment.

Cela montre aussi la complexité pour les professionnels de santé à aborder ce sujet tabou. Comment faciliter l'échange oral si le blocage existe déjà, de façon individuelle, anonyme et à l'écrit ?

Il faut d'autre part relever la difficulté que nous avons eu à mettre en place cette enquête dans les cabinets médicaux. Ce moyen semblait être le plus neutre pour la réalisation de cette étude, en donnant accès à la population générale sans sélection ni biais d'information préalable, mais le manque de temps des secrétaires et éventuellement d'autres facteurs hypothétiques tels que le manque d'intérêt des professionnels pour ce sujet ou bien peut-être la peur du jugement des femmes sont autant d'éléments qui ont rendus ce travail difficile en pratique.

➤ *Dans l'enquête réalisée auprès des professionnels de santé*

Dans cette étude, le biais de non réponse a été observé de façon relativement importante. Face au faible taux de retours des questionnaires même après que des relances aient été effectuées et malgré la précision que cette étude ne consistait aucunement en un jugement du travail personnel des professionnels mais bien en un état des lieux concernant ce sujet, nous pouvons nous interroger sur les raisons de cet absentéisme. Est-ce par inquiétude de ces derniers, comme si leur participation impliquait une remise en question de leurs pratiques ? Est-ce par malaise de leur côté aussi ou bien simplement par manque d'intérêt pour ce domaine qu'est la connaissance du corps, ce qui semble paradoxal puisqu'il s'agit là de l'objet même de nos métiers.

Il serait intéressant de développer ces diverses questions lors d'un travail axé spécifiquement sur nos pratiques d'information en y incluant l'avis des professionnels sur leur formation en matière de sexualité, de contraception et de communication tout simplement mais aussi sur leur ressenti face à ces constats et ces multiples difficultés à mettre en place un dialogue simple et neutre avec les femmes.

Maintenant que les points positifs et négatifs de notre enquête apparaissent plus nettement, voyons plus en détail les apports de celle-ci, en vue des résultats que nous avons obtenus.

3. Analyse des résultats

3.1. Connaissances anatomiques et physiologiques

Il existe une réelle méconnaissance ou «mal connaissance» des femmes, tant sur l'anatomie féminine que sur le fonctionnement des organes qui leur sont spécifiques. Les notions de base qui permettent de comprendre aisément le fonctionnement du corps, la physiologie de la femme ne sont reconnus que de façon très primaire, basique.

Les connaissances concernant la fonction des différents organes génitaux féminins en sont un bon exemple. En effet, comment comprendre le déroulement du cycle menstruel et ses diverses étapes sans situer correctement le rôle de chacun des organes qui y est

impliquée ? Cela se retrouve dans notre étude : moins de 10% des femmes savaient identifier quels étaient ces derniers, ainsi que le déroulement de la phase folliculaire ou bien encore le moment de l'ovulation. De même, moins de 40% des femmes savaient résister les différentes étapes de la reproduction, définir les hormones impliquées dans le cycle ou bien encore la période et le mécanisme des menstruations [figure 12].

En parallèle, certains éléments se distinguent malgré tout légèrement de ce constat. Par exemple, la représentation de ces organes génitaux est relativement nette pour une majorité de femmes [figure 9-10] et peut-être retrouvons-nous là l'impact de l'éducation scolaire où ces schémas sont enseignés. Il faut tout de même noter que les divers éléments de la vulve restent assez flous dans l'ensemble, pour certains probablement du fait de la complexité à les aborder par leur rapport direct à la sexualité tels que le clitoris ou encore l'hymen [figure 8]. Mais cela ne justifie pas tout, car les notions concernant le cycle menstruel ou bien la reproduction de façon globale que nous venons d'évoquer sont, elles aussi, intégrées dans les programmes de scolarité.

Cela nous montre la difficulté que peuvent rencontrer les enseignants lorsqu'il s'agit d'aborder le corps, même au-delà de la sexualité. Dans ce contexte, la question que nous avions suggérée au début de ce travail en ce qui concerne leur rôle en termes d'éducation à la sexualité persiste : ont-ils les moyens suffisants et la formation nécessaire ?

D'autre part, deux domaines plus spécifiques sont mieux reconnus. Il s'agit des phénomènes de la grossesse et de la ménopause et cela peut d'ailleurs sembler paradoxal puisqu'ils ne concernent que certaines catégories de femmes alors que les notions que nous venons de voir touchaient la population globale des femmes interrogées.

Ici, les connaissances sont plus développées, cela pouvant s'expliquer probablement par un suivi médical renforcé lors de ces périodes charnières de la vie d'une femme où de nombreux changements peuvent apparaître et où la femme elle-même est peut-être aussi plus demandeuse d'informations pour comprendre les modifications corporelles qu'elle ressent. Mais rappelons que les résultats que nous avons obtenus dans notre étude ne varient pas quel que soit l'âge ou les antécédents des femmes et celles qui ne sont pas concernées par l'une ou l'autre de ces deux situations particulières ne connaissent donc pas pour autant moins bien ces sujets. Peut-être est-ce alors l'impact de la presse et des

différents médias que nous retrouvons ici, puisque ces derniers évoquent plus facilement la gestion des modifications corporelles d'une grossesse ou de la ménopause plutôt que le fonctionnement du cycle menstruel.

De la même manière, les nombreuses idées reçues que nous avons retrouvées dans les réponses des femmes au cours de notre étude prouvent l'impact négatif de ces sources d'informations peu fiables qui les véhiculent au fil du temps. Encore très ancrées dans les mentalités, elles semblent se transmettre tout particulièrement par internet et par les relations interindividuelles via l'entourage, les amis, ou autres, qui sont des moyens auxquels beaucoup trop de femmes ont encore recours [figure 19].

Apparaissent alors, en conséquence, les effets néfastes que nous avions suggérés au départ. Par exemple, comme nous l'avons déjà cité, moins de 10% des femmes connaissent le moment de l'ovulation au cours d'un cycle et en analysant même un peu plus loin, nous nous sommes aperçus que la majorité d'entre elles répondaient que cela se produisait au 14^{ème} jour du cycle de façon systématique (cf. annexe questionnaire patiente), ce fameux 14ème jour... N'y a-t-il aucun lien entre ce constat et le taux de grossesses non désirées ou d'IVG ? Il semblerait que la réponse soit nette, comme l'a d'ailleurs démontré une enquête réalisée en 2007 en Maine et Loire qui retrouvait que 14% des IVG étaient liées à la méthode de calcul des dates. [32]

Il en est de même en ce qui concerne le lien entre le faible recours à la contraception d'urgence qui perdure encore aujourd'hui et la méconnaissance autour de la durée de vie des cellules sexuelles. Dans notre étude, ces données restent effectivement très abstraites pour les femmes puisque moins de 35% d'entre elles connaissent la durée de vie d'un ovule et moins de 5% celle d'un spermatozoïde. Dans le cas de rapport sexuel non protégé, les recommandations d'utilisation des moyens contraceptifs d'urgence sont basées sur ces durées car elles définissent la période à risque de fécondation. Mais comment les appliquer sans avoir réellement conscience du risque encouru ?

3.2. Connaissances sur la contraception et la sexualité

Un des constats les plus flagrants de ce travail a concerné la contraception de façon générale.

Dans notre société de plus en plus libéralisée où les moyens contraceptifs sont multiples et largement utilisés, ce qui se retrouve dans notre étude où 69% des femmes utilisent une contraception, il existe pourtant un vide immense, une méconnaissance des femmes tant sur l'efficacité de ces moyens que sur leur rôle, leur utilisation, ...

Contrairement aux perceptions des professionnels de santé qui correspondaient jusque-là aux résultats des femmes en ce qui concerne leurs connaissances anatomiques ou physiologiques, il y a ici un décalage [figure 27-28-29]. Pour ces derniers, 60% des femmes connaissent les moyens de contraception fiables et efficaces disponibles et environ 70% d'entre elles définissent clairement le rôle premier de la contraception, hors il n'en est rien. Les résultats des femmes sont bien moindres puisque 0% d'entre elles identifient les moyens contraceptifs efficaces et fiables (pour cette question, la réponse était considérée comme juste si au moins la moitié des items corrects étaient validés) et 55% pour le rôle principal de la contraception [figure 13]. Ce constat très inquiétant explique aussi en partie le « paradoxe français » que représente la persistance importante de grossesses non désirées et d'IVG malgré le développement de la contraception ou encore le maintien de taux de transmission élevé de certaines IST en lien avec un manque ou une mauvaise utilisation de ces moyens contraceptifs.

Restaurer des automatismes en termes d'information lors de consultations axées sur ce sujet semble donc plus que nécessaire. Peut-être ne prenons-nous pas suffisamment de temps pour informer et ré-informer les femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli par exemple, et cela à chaque consultation de renouvellement mais aussi plus simplement sur les différentes possibilités qui s'offrent à elles. Trop de femmes utilisent encore les moyens définis comme « la norme contraceptive », les plus connus et non ceux qui leur correspondent au mieux. De meilleurs échanges ainsi que l'utilisation de certaines méthodes de communication comme le « counseling » par exemple, ayant pour objectif d'orienter la patiente vers l'expression de son propre choix et non celui du professionnel seraient à généraliser.

Il est aussi important de signaler le manque énorme de formation des professionnels de santé en termes de contraception. Ce domaine, en évolution constante, n'est que trop peu abordé au cours des études mais aussi de la formation continue. Les médecins généralistes en particulier, qui assurent un suivi global nécessitent de se tenir informé dans nombre de spécialités. De par cette vaste étendue de domaines, ils ne sont certainement que faiblement sensibilisés à cette question. Étant souvent confrontés en premier lieu aux femmes désirant une contraception, il leur est alors difficile de les conseiller au plus juste.

Il en est de même dans le domaine de la sexologie où la formation est quasiment inexiste. Pourtant, là aussi, les lacunes des femmes sont relativement importantes.

Qu'il s'agisse du clitoris (son anatomie, sa fonction), du vagin (son anatomie, sa sensibilité) ou bien encore du périnée (sa définition, sa fonction), le sujet reste une fois encore assez flou [figure 8-11-13]. Bien que les conséquences de ces méconnaissances soient ici moins évidentes que dans les autres situations que nous avons déjà vues, nous pouvons néanmoins en relever, par exemple en ce qui concerne le périnée. Comme nous l'avions évoqué au début de cette étude, une influence de « l'état » périnéal existe sur la sexualité des femmes : si ce dernier est bon, le plaisir sexuel peut être augmenté. À l'inverse, son mauvais état peut être responsable de troubles importants tels que des descentes d'organes, une incontinence, ... ayant un impact plus ou moins lourd non seulement sur la sexualité mais aussi sur la vie quotidienne des femmes en général. Mais là encore, comment accorder un intérêt et prendre soin de ce que l'on ne connaît pas ? La situation est d'autant plus complexe qu'une fois l'apparition de ces troubles, une gêne importante persiste et peu de femmes osent en parler.

D'ailleurs, ce problème de communication se retrouve de façon globale. Il est bien connu que les femmes parlent facilement entre elles ou avec leur entourage, mais lors de la rencontre de personnes ressources, des difficultés d'expression existent. Cela se retrouve tout particulièrement lorsqu'il s'agit de sexualité sans pour autant qu'il soit simple d'expliquer ce blocage dans les échanges [figure 22-24].

3.3. Réflexion autour de l'information et de la communication en consultation

Beaucoup de femmes ont exprimé par cette enquête avoir pris conscience de leurs limites et ont montré un réel intérêt à en savoir plus. Pourquoi n'ont-elles jamais cherché à s'informer davantage en échangeant avec les professionnels tout particulièrement ? Là où les femmes justifient ce problème par la pudeur (29%) mais aussi par un manque de disponibilité lors des consultations (17%) [figure 23], les professionnels les rejoignent [figure 40] en insistant sur l'importance du climat de confiance pour évoquer ce sujet. De plus, ils notent que l'adaptation de l'information délivrée à chaque femme, ce qui est essentiel à une bonne compréhension, nécessite du temps et qu'il existe dans la pratique nombre de difficultés pour instaurer ce contexte favorable (stress, retard, degré d'urgence de l'information, durée de consultation trop courte [figure 41], manque de moyens, d'outils d'information, ...). Ces obstacles à l'information maintiennent donc le tabou de la corporalité et de la sexualité.

Face à ce constat, les femmes semblent avoir de nombreuses attentes et suggèrent un renforcement de l'éducation via la scolarité. De même, une information plus importante et plus systématique quel que soit le professionnel consulté leur semblerait bénéfique car, bien qu'elles soient globalement satisfaites de l'information délivrée par les professionnels de santé lors de consultations [figure 14-15-16-17] et de la durée des consultations [figure 21], 64% d'entre elles recherchent malgré tout des informations complémentaires de façon occasionnelle et 3% de façon systématique [figure 18].

Même si ce manque ressenti reste à priori sans conséquence sur nos prises en charge de façon générale [figure 20], notre rôle d'information semble néanmoins primordial. La mise en place de techniques simples, adaptées et efficaces ou bien l'utilisation d'outils existants d'ores et déjà seraient à recommander et là encore, nous retrouvons la question de la formation médicale qui reste fortement à développer.

Un autre aspect apparu au travers de cette enquête en parallèle des nombreux facteurs agissant sur les connaissances féminines concerne notre attitude en tant que professionnel face à la mixité socioculturelle existante chez nos patientes.

Il semble que nous sommes, nous aussi, influencés par des à priori ou idées reçues concernant les attentes et les besoins de celles-ci. Nous avons notamment tendance à nous

fier à l'âge, au statut socio-économique, ... et donc probablement à informer de façon plus ou moins renforcée en fonction de ces critères. Mais, comme nous l'avons constaté au cours de ce travail, ces éléments ne modifient pas les connaissances de façon significative. Même l'existence d'un suivi régulier ou d'antécédents ayant nécessairement donnés lieu à la délivrance d'informations par des professionnels spécialisés n'ont pas l'impact que nous pourrions espérer [figure 42]. Ceci suggère une autre question : l'information donnée est-elle bien comprise ?

De plus, il faut noter que les perceptions des professionnels sont très partagées en ce qui concerne la satisfaction des femmes sur l'information que nous leur délivrons et les comportements éventuellement associés à cela [figures 30 à 39]. En revanche, nous avons bien conscience des difficultés de dialogue autour de la sexualité [figure 40]. Le malaise présent face à ce sujet est-il alors partagé par les professionnels de santé eux-mêmes comme le suggère certaines études ? [21]

Quelle que soit la patiente se présentant à nous, il semble, dans tous les cas, essentiel d'ajuster nos pratiques pour une équité face à l'information. De même, la vérification de la bonne compréhension de celle-ci est tout aussi importante que l'apport lui-même et il en est de notre rôle de nous en assurer.

4. Axes de développement

4.1. En lien avec la prise en charge des femmes

Pour résumer, ce sujet reste donc encore relativement difficile à aborder. Malgré tout, il est important de noter les retours positifs, tant du côté des femmes que des professionnels.

Concernant les femmes, leur participation à ce travail aurait, pour beaucoup, provoqué une réelle prise de conscience de leurs limites mais aussi de leur intérêt pour ce sujet et développé une grande curiosité pour ce dernier.

En parallèle, les professionnels ont exprimé de leur côté l'importance d'un travail en réseau, prenant en compte les différents acteurs d'information et d'éducation (enseignement scolaire, CPEF, ...) pour permettre une meilleure pertinence de nos pratiques.

Pour compléter cela, le développement et l'utilisation élargie d'outils spécifiquement prévus pour informer comme il en existe d'ores et déjà semblerait une solution simple pour améliorer notre compréhensibilité auprès des patientes. Le renforcement de la communication autour de sites Internet référenciés serait probablement pertinent car cela réoriererait les femmes vers de l'information fiable, en lien avec leurs habitudes en terme de recherche d'informations. De même, de multiples plaquettes d'information existent (documents de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé par exemple) mais restent trop souvent dans nos salles d'attente à la libre disposition des femmes sans que personne n'ose les regarder et prendre le temps d'en parler. Il serait même intéressant de concevoir différents outils, chacun axé sur l'un des grands chapitres de la féminité (comme une fiche technique du cycle menstruel, une autre de la grossesse, ...) à utiliser au cours de consultations spécifiques voir plus régulièrement si besoin. Par exemple, présenter les organes génitaux et leurs fonctions, le déroulement global du cycle lors d'un tout premier rendez-vous de suivi ; présenter le déroulement de la grossesse au moment où la déclaration de celle-ci est faite ; reprendre les étapes du cycle en insistant peut-être sur le moment de l'ovulation, les possibilités de fécondation ... lors d'une première prescription de contraception. Cette approche serait progressive et adaptée au plus près aux besoins de l'instant, permettant un impact fort de nos apports et un meilleur suivi. Le dessin est un autre outil simple, très souvent utilisé lors des séances d'éducation à la sexualité réalisées auprès d'adolescents il offre deux avantages majeurs : cela permet de situer rapidement où en est la personne et de partir de ses propres idées pour échanger. Mais peu importe l'outil utilisé, l'essentiel semble simplement de se concentrer sur ce que la personne recherche, ce qu'elle croit et ce qu'elle sait.

Au-delà de ces propositions, il faut insister à nouveau sur l'existence de nombreux facteurs influençant notre approche du corps. Ce travail, de par ce sujet bien trop vaste, ne nous a pas permis d'accéder à tous ces aspects. Aujourd'hui, beaucoup de réflexions et d'intérêts sont suscités autour de l'éducation à la sexualité chez les jeunes mais aussi autour du droit à l'information dans le domaine médical. Notre société ne devrait-elle pas s'interroger simplement sur une éducation au corps pour tous ? La mise en place de séances d'information pour adultes de tout milieu social ou d'autres moyens « de rattrapage » permettraient une meilleure information. Celle-ci développerait les connaissances des jeunes par la transmission intrafamiliale ou via l'entourage proche qui fonctionne très bien, comme nous avons pu le voir.

4.2. Autour de thèmes plus particuliers

Le prolongement de cet état des lieux sur la sexualité plus spécifiquement serait certainement intéressant. Entre trop d'interdits et trop de libertés, le tabou du sexe s'est levé au fil du temps, mais celui de la sexualité à proprement parler persiste et il serait temps de s'en détacher.

Cela serait aussi pertinent en ce qui concerne la grossesse. Comme nous avons pu le voir, la grossesse est déjà un domaine mieux reconnu. Et pourtant, cette étape si particulière dans la vie d'une femme reste sujette à beaucoup de préoccupations, d'inquiétudes. Une évaluation des attentes réelles de nos patientes serait enrichissante pour nous orienter vers un meilleur accompagnement.

Un parallèle avec la sexualité pourrait être réalisé car celle-ci est plus ou moins perturbée au cours de la grossesse. Cela s'explique en partie par les nombreuses modifications corporelles que ressent la femme mais il existe aussi nombre d'idées reçues concernant par exemple le risque de fausse couche en lien entre autres, avec un rapport sexuel. Il pourrait donc être bénéfique pour tous ces couples d'oser parler de tout cela pour leur permettre de préserver une sexualité la plus épanouie possible car comme l'a dit le Dr Faye, sexologue, « à grossesse normale, sexualité normale » !

Enfin, l'évaluation du regard de l'homme pourrait aussi nous apporter. La connaissance de notre propre corps renvoie obligatoirement au corps de l'autre. Cela débute au cours de la petite enfance avec l'identification et la différenciation des sexes et se retrouve plus tard dans la sexualité à nouveau. Au cours de ce développement de notre identité sexuée, nous construisons tous une certaine représentation du corps opposé. Nous pouvons donc nous demander si cette représentation et les connaissances concernant le corps féminin existant chez les hommes ont un impact sur le rapport des femmes à ce dernier ? Et même au-delà de cela, le malaise que nous avons pu constater lorsqu'il s'agit de notre propre corps existe-t-il aussi quand le sujet devient l'autre ? Les femmes sont-elles plus à l'aise avec le corps de l'homme ? Le connaissent-elles mieux et vice versa ?

CONCLUSION

Ce travail sur le corps féminin a donc confirmé notre hypothèse de départ concernant l'importance des connaissances sur la santé et sur la vie des femmes de façon générale.

Le corps reste encore aujourd'hui un domaine qui dérange, un tabou majeur. Paradoxalement, cela intéresse et intrigue beaucoup, notamment dans tous les aspects se rattachant à la sexualité et notre société en a bien conscience.

En effet, de multiples rapports sur la contraception, l'IVG chez les jeunes, ... sont régulièrement publiés pour tenter de comprendre la situation actuelle et ses risques éventuels. En parallèle, différents moyens d'information et d'éducation tentent de se mettre en place par le biais de l'enseignement, de structures spécialisées ainsi que par la législation, mais cela semble rester insuffisant, de nombreux facteurs rendant cette tâche d'autant plus complexe.

Qu'il s'agisse de la multitude d'informations apportées par les médias dans un contexte de libéralisation des mentalités, de la banalisation de la pornographie ou bien à l'opposé, du maintien d'idées reçues profondément ancrées dans les esprits et transmises de génération en génération par l'entourage des femmes, tout cela court-circuite les données fiables.

Face à ces divers éléments et dans le but d'éviter l'apparition de conséquences que nous avons précédemment décrites, une prise de conscience du rôle que les professionnels de santé ont à jouer ici est primordiale.

Certes, nos conditions de travail et d'autres difficultés encore viennent là aussi complexifier l'atteinte de cet objectif d'information. Il semble malgré tout important de garder un regard objectif sur cette situation et de réfléchir aux améliorations possibles de nos pratiques en termes d'éducation et de communication. L'évaluation régulière de ces dernières ainsi que le développement d'outils simples et efficaces axés sur les attentes spécifiques des femmes à définir au préalable nous apporterait certainement beaucoup.

D'autre part, il serait intéressant de développer les échanges par l'intermédiaire de réseaux pluridisciplinaires centrés sur l'information et l'éducation à l'affectivité et à la sexualité, comme le propose le Pr Nisand dans son rapport de février 2012 relatif à la

contraception chez les jeunes, avec la mise en place de formations spécifiques pour les intervenants de ces réseaux. D'autres mesures comme par exemple la réorientation de l'information vers les adultes, permettant ensuite un renforcement de leur rôle auprès des jeunes ou bien encore un meilleur soutien du milieu scolaire dans ce domaine restent encore à développer pour parfaire les connaissances de chacun en lien à leur propre corps et à celui de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kamina P. Précis d'anatomie clinique - Tome IV. Paris : Maloine ; 2005.
2. Sherwood L. Physiologie humaine - 2^e édition. Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a. ; 2006.
3. Barreau-Decherf G, Becquembois M, Benz S. L'éducation sexuelle à l'école : vingt ans d'atermoiements. Magazine des étudiants, école supérieure de journalisme de Lille ; 1999. p.4.
4. Tremblay R dir., Beslot J, Dal Moro M, Guinard M, Lagacherie O, Trombert H. Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels : tome 1, l'adolescence. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1998.
5. Lagrange H, Lhomond B, Calvez M, Levinson S, Maillochon F, Mogoutou A, et al. L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La découverte ; 1997.
6. Dechoux J. Appréhension de la sexualité par les adolescents. Impact des séances de prévention sexuelle en milieu scolaire évalué par la méthode du Focus group. Thèse : Med : Université d'Angers. 2008.
7. Lang J. L'éducation à la sexualité et à la prévention en matière de grossesses non désirées [consulté le 08/12/11]. Disponible à partir de : URL :
< ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/actu/.../09_29_discours_lang.pdf >

8. République française. Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à la santé scolaire : éducation à la sexualité et prévention du sida. Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale n° 46 du 10 décembre 1998.

9. République française. Arrêté du 09 juin 2008 fixant les programmes d'enseignement de l'école primaire. JORF n°0140 du 17 juin 2008. p. 9825.

10. République française. Arrêté du 9 juillet 2008 fixant les programmes des enseignements de mathématiques, de physique-chimie, de sciences de la vie et de la Terre, de technologie pour les classes de sixième, de cinquième, de quatrième et de troisième du collège. JORF n°0181 du 05 août 2008. p. 12546.

11. République française. Arrêté du 21 juillet 2010 fixant le programme d'enseignement spécifique de sciences en classe de première des séries ES et L. JORF n°0199 du 28 août 2010. p. 15587.

12. République française. Arrêté du 21 juillet 2010 fixant le programme d'enseignement spécifique de sciences de la vie et de la Terre en classe de première de la série S. JORF n°0199 du 28 août 2010. p. 15633.

13. République française. Arrêté du 30 juillet 2002 modifiant l'arrêté du 20 juillet 2001 fixant le programme de l'enseignement des sciences de la vie et de la Terre en classe terminale de la série scientifique. JORF du 07 août 2002. p. 13530.

14. République française. Loi n° 2001-588 du 04 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 du 07 juillet 2001. p. 10823.

15. République française. Loi n° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n° 185 du 11 août 2004. p. 14277.

16. République française. Loi n° 2010-769 du 09 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JORF n° 0158 du 10 juillet 2010. p. 12762.

17. République française. Circulaire n° 2006-197 du 30 Novembre 2006 relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Bulletin Officiel de l'éducation nationale n° 45 du 07 décembre 2006.

18. République française. Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 05 mars 2002. p. 4118.

19. Darmon L. L'information sur le sida dans les collèges et les lycées : de la prévention à l'éducation à la sexualité ? J démocratie sanitaire 2004 ; n° 165. p. 10-4.

20. Desse D. Étude de la représentation de la sexualité à travers la presse féminine. Mémoire : Sexologie : Université de Caen. 1996.

21. Neto S. Le vécu des dyspareunies chez la femme jeune non ménopausée : étude à partir de cinq histoires cliniques et d'une soirée de formation médicale continue. Thèse : Med : Université d'Angers. 2005.

22. Jaspard M. La sexualité en France. Paris : La découverte ; 1997.

23. République française. Loi n° 2007-293 du 05 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. JORF n° 55 du 06 mars 2007. p. 4215.

24. République française. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. JORF n° 0296 du 21 décembre 2007. p. 20603.

25. Ogden J. Psychologie de la santé. Bruxelles : De Boeck s.a. ; 2008.

26. Pihen S. Bénéfices secondaires de la rééducation périnéale sur la qualité de la vie sexuelle des femmes. Mémoire : Sexologie : Université de Nantes. 2001-2002.

27. Bouvil M. La masturbation chez la femme ou le plaisir au féminin : sujet tabou. Causes et conséquences sur la sexualité féminine. Mémoire : Sexologie : Université Rennes I. 2000.

28. Gerber-Maitre F. Enquête sur le plaisir féminin. Mémoire : Sexologie : Université de Nantes. 2008-2009.

29. Devroede G. La pensée cloacale (1ère partie). Rev européenne sexol méd 1997; VI n°24. p. 19-23.

30. Devroede G. La pensée cloacale (2ème partie). Rev européenne sexol méd 1997; VI n°25. p. 16-23.

31. Mimoun S. Sexualité au féminin. In : Fernandez H, Chapron C, Pouly J.L. Traité de gynécologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2005.

32. Chalain S. L'IVG dans le Maine et Loire en 2007. Thèse : Med : Université d'Angers. 2009

ANNEXE 1



École de Sages-Femmes RENÉ ROUCHY

Bonjour,

Étudiante sage-femme, je souhaite réaliser, pour mon mémoire de fin d'études, une évaluation des connaissances des femmes concernant le corps féminin.

C'est pourquoi j'ai réalisé ce questionnaire qui vous est destiné.

Je vous remercie d'avance de votre participation et du temps que vous voudrez bien consacrer pour répondre à mes questions, votre collaboration étant essentielle à l'amélioration de la prise en charge des femmes par les professionnels de santé.

Maëlle Corre Labat

Ce questionnaire est anonyme.

QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE SITUATION :

1. Votre âge :

2. Votre nationalité :

3. Votre profession :

- agricultrice
- artisan, commerçante
- profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
- profession intermédiaire, cadre moyen
- employée
- ouvrière
- sans profession
- autres, précisez :.....

5. Votre situation de famille :

- célibataire
- veuve
- mariée
- pacsée
- divorcée

6. Votre mode de vie :

- vit seule
- vit en couple
- autres, précisez :.....

7. Vos antécédents : (précisez le nombre)

1. grossesse :
2. interruption volontaire de grossesse :
3. interruption médicale de grossesse :
4. grossesse extra-utérine :
5. fausse couche :
6. autres pathologies gynécologiques ou obstétricales :

8. L'âge de vos premières règles :

9. L'âge de vos premiers rapports sexuels :

10. Avez-vous déjà réalisé :

- une consultation de suivi gynécologique
- une consultation de dépistage des infections sexuellement transmissibles, VIH, ...
- un frottis cervico-vaginal
- un examen des seins
- un parcours d'Aide Médicale à la Procréation (AMP)

11. Utilisez-vous une contraception ? :

Si oui, quels moyens utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisés ?

.....
.....

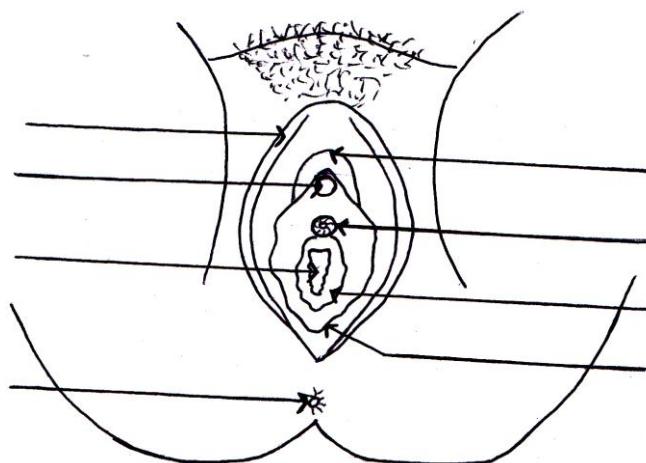
À quel âge avez-vous débuté la prise d'une contraception ?

QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCE

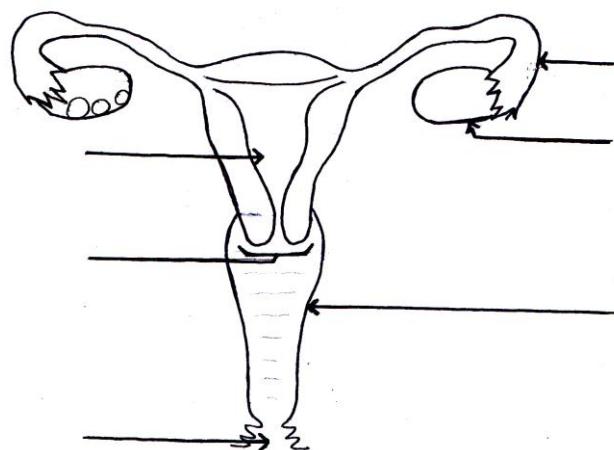
Cochez la ou les réponses (n'hésitez pas à préciser votre réponse par des commentaires).

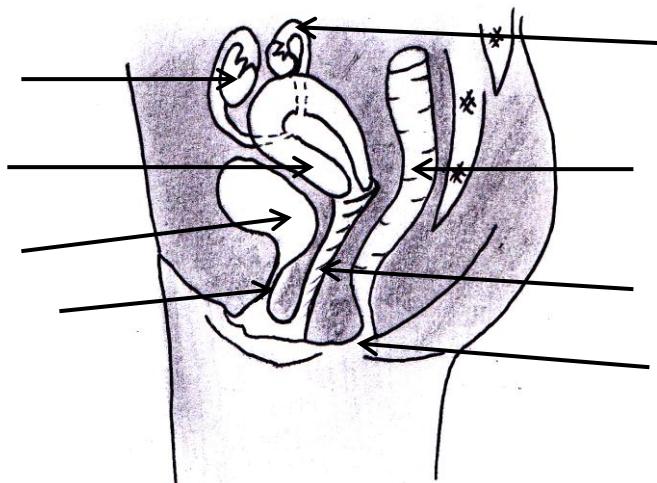
Si vous ne connaissez pas la réponse, merci de l'indiquer dans « autres ».

1. Schéma de la vulve (à annoter)



2. Schéma de l'appareil génital féminin (à annoter)





3. Quels sont les fonctions de ces différents organes? (une ou plusieurs réponses possibles)

• **Le vagin :**

- nidation (= implantation de l'œuf)
- gestation (= grossesse)
- copulation
- fécondation
- ovulation
- autres, précisez:

• **L'utérus :**

- nidation (= implantation de l'œuf)
- gestation (= grossesse)
- copulation
- fécondation
- ovulation
- autres, précisez:

• **Les ovaires :**

- nidation (= implantation de l'œuf)
- gestation (= grossesse)
- copulation
- fécondation
- ovulation
- autres, précisez:

• **Les trompes utérines :**

- nidation (= implantation de l'œuf)
- gestation (= grossesse)
- copulation
- fécondation
- ovulation
- autres, précisez:

4. Le rectum et la vessie font parti des organes génitaux.

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

5. Le vagin est un organe sensible lors des rapports sexuels.

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

6. Quelle est la profondeur du vagin?

7. Combien d'ovaires possède une femme?

8. Le périnée : (une ou plusieurs réponses possibles)

- Forme comme un « hamac » allant du pubis au coccyx, pour soutenir les organes génitaux.
- Est un ensemble de muscles.
- Ne joue aucun rôle dans le phénomène de continence.
- Ne subit aucune modification au cours d'une vie.
- Autres, précisez:

9. L'hymen est: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Une membrane qui ferme partiellement l'orifice vaginal
- Une membrane qui ferme partiellement le col de l'utérus
- Une membrane qui entoure les ovaires et une partie des trompes utérines
- Une membrane qui ferme totalement l'orifice vaginal
- Responsable de douleurs systématiquement présentes lors du premier rapport sexuel
- Présent chez toute femme vierge
- Autres, précisez:

10. Les gonades femelles sont: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Les ovaires
- Les ovules
- Les seins
- Les trompes
- Autres, précisez:

11. Quelle est la fonction du clitoris?

12. Quelle est la taille du clitoris?

13. Durant le cycle menstruel: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Plusieurs ovules sont libérés
- Un seul ovule est libéré
- Un seul ovaire fonctionne
- Un ovule est fécondé
- Autres, précisez:

14. Les hormones libérées durant le cycle menstruel sont: (une ou plusieurs réponses possibles)

- La progestérone
- La testostérone
- L'œstrogène
- La prolactine
- Autres, précisez:

15. Un ovule peut généralement être fécondé par: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Un seul spermatozoïde
- Deux spermatozoïdes
- Plus de deux spermatozoïdes
- Un autre ovule
- Autres, précisez:

16. Durant la première phase du cycle menstruel: (une ou plusieurs réponses possibles)

- L'ovule se dirige vers l'utérus
- L'endomètre (= muqueuse utérine) s'épaissit
- L'endomètre se décompose et desquame
- Le passage des spermatozoïdes est facilité
- Autres, précisez:

17. L'ovulation se produit: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Au 14ème jour de chaque cycle
- Du fait d'une diminution brutale du taux d'hormones
- Du fait d'une augmentation brutale du taux d'hormones
- Au premier jour du cycle
- Autres, précisez:

18. Quelle est la durée de vie d'un ovule?

- Quelques heures
- De 12h à 48h
- De 3 à 5 jours
- Plus d'une semaine
- Autres, précisez:

19. Quelle est la durée de vie d'un spermatozoïde?

- Quelques heures
- De 12h à 48h
- De 3 à 5 jours
- Plus d'une semaine
- Autres, précisez:

20. La fécondation se produit généralement au niveau:

- Du vagin
- De l'utérus
- De l'ovaire
- De la trompe utérine
- Autres, précisez:

21. Il y a fécondation dès que: (une ou plusieurs réponses possibles)

- L'ovule chemine vers l'utérus
- La femme et l'homme s'accouplent
- L'union entre le spermatozoïde et l'ovule se produit
- L'ovaire libère l'ovule
- Autres, précisez:

22. Quel est le bon ordre chronologique des évènements se produisant de l'ovulation à la naissance d'un enfant?

- Copulation – ovulation – fécondation – nidation – gestation – accouchement
- Ovulation – copulation – nidation – fécondation – gestation – accouchement
- Nidation – ovulation – fécondation – gestation – copulation – accouchement
- Ovulation – nidation – fécondation – copulation – gestation – accouchement
- Ovulation – nidation – copulation – gestation – fécondation – accouchement
- Je ne sais pas

23. Lesquels de ces organes sont impliqués dans le cycle menstruel? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Le vagin
- Le système nerveux
- La vessie
- L'utérus
- Le clitoris
- Autres, précisez:

24. Une grossesse peut survenir: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Dès le premier rapport sexuel
- Après plusieurs rapports sexuels
- Uniquement à un temps donné qui survient toujours au même moment du cycle menstruel
- À un moment du cycle menstruel qui peut changer de période tous les mois
- Autres, précisez:

25. Quelle est la durée moyenne d'un rapport sexuel?

26. L'orgasme est un phénomène systématique qui se produit à chaque rapport sexuel.

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

27. Les règles: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Sont présentes de la puberté à la ménopause de façon cyclique sans interruption possible
- Peuvent être perturbées par certains facteurs extérieurs comme le poids, la contraception...
- Apparaissent au début du cycle menstruel
- Apparaissent en fin de cycle menstruel
- Apparaissent s'il y a eu fécondation
- Autres, précisez:

28. Les règles correspondent: (une ou plusieurs réponses possibles)

- À des hémorragies internes
- À l'élimination de l'endomètre qui desquame
- À l'élimination de sang sale
- À l'élimination de couches superficielles du vagin
- Autres, précisez:

29. Les règles sont déclenchées par: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Par une diminution de la sécrétion de certaines hormones
- Par l'implantation de l'ovule fécondé
- Par la libération de l'ovule mature
- Par une augmentation de la sécrétion de certaines hormones
- Autres, précisez:

30. Lesquels de ces facteurs peuvent avoir un impact sur la fertilité? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Le tabac
- L'alcool
- La pollution
- Les infections
- Autres, précisez:

31. Lesquels de ces facteurs peuvent avoir un impact ou ne pas être compatibles avec la contraception? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Le tabac
- L'alcool
- La pollution
- Les infections
- Autres, précisez:

32. À quoi sert la contraception? (une ou plusieurs réponses possibles)

- À éviter les Infections Sexuellement Transmissibles
- À éviter la survenue d'une grossesse (maîtrise de la fécondité)
- À éviter d'avoir ses règles
- À éviter les cancers en rapport avec les organes génitaux
- Autres, précisez:

33. Parmi ces moyens de contraception, lesquels sont fiables et efficaces? (une ou plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> La pilule	<input type="checkbox"/> La cape cervicale, le diaphragme
<input type="checkbox"/> Le stérilet	<input type="checkbox"/> Les injections hormonales
<input type="checkbox"/> Le préservatif masculin	<input type="checkbox"/> Les spermicides
<input type="checkbox"/> L'implant	<input type="checkbox"/> L'anneau vaginal
<input type="checkbox"/> Le patch	<input type="checkbox"/> Le préservatif féminin
<input type="checkbox"/> Les méthodes naturelles (retrait, courbe de température, méthode Billings, calcul de dates, ...)	

34. Combien de temps dure une grossesse? (une ou plusieurs réponses possibles)

- 9 mois
- 8 mois
- 41 semaines d'aménorrhée (absence de règles)
- 38 semaines d'aménorrhée
- Autres, précisez:

35. Durant la grossesse normale, le fœtus se développe: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Dans l'utérus
- Dans le vagin
- Dans l'ovaire
- Dans l'abdomen
- Dans la trompe utérine
- Dans une poche remplie de liquide et reliée au placenta
- Autres, précisez:

36. Le placenta: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Est un organe présent en permanence dans l'utérus d'une femme
- Est un organe éphémère présent durant la durée de la grossesse uniquement
- Permet les échanges entre la mère et le fœtus essentiels au développement de ce dernier
- Permet de protéger le fœtus contre les substances toxiques présentes chez la mère
- Autres, précisez:

37. La fin de l'activité génitale de la femme se nomme:

- L'andropause
- La ménopause
- La puberté
- L'aménorrhée
- Autres, précisez:

38. Quel est l'âge moyen de survenue de ce phénomène en France?

- 40 ans
- 50 ans
- 60 ans
- 70 ans
- Autres, précisez:

39. Ce phénomène survient: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Car le stock d'ovules de la femme est vide
- Car le stock d'hormones sexuelles est vide
- Car le taux d'hormones s'étant accumulées au cours de la vie est trop élevé
- Car la femme n'est plus en âge d'avoir une grossesse
- Autres, précisez:

40. La sexualité s'arrête à compter de la ménopause.

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

**ENQUÊTE DE SATISFACTION SUR L'INFORMATION DONNÉE EN
CONSULTATION**

1. Trouvez-vous l'information donnée lors des consultations

• suffisante:

- tout à fait d'accord
- d'accord
- moyennement d'accord
- pas du tout d'accord

• adaptée:

- tout à fait d'accord
- d'accord
- moyennement d'accord
- pas du tout d'accord

• systématique:

- tout à fait d'accord
- d'accord
- moyennement d'accord
- pas du tout d'accord

• claire:

- tout à fait d'accord
- d'accord
- moyennement d'accord
- pas du tout d'accord

2. Vous est-il déjà arrivé de chercher des informations complémentaires à celles données par le professionnel de santé que vous venez de consulter?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Si oui, précisez le moyen utilisé:

3. Vous est -il déjà arrivé d'avoir des difficultés pour la prise d'un traitement, la réalisation de soins, ... en estimant que la raison était un manque d'information de la part du professionnel de santé consulté?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

4. Selon vous, la durée des consultations est

- Trop longue
- Adaptée
- Trop courte
- Autres, précisez:

5. Vous êtes-vous déjà sentis « limités » pour poser des questions lors d'une consultation?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

si oui, était- ce par :

- Manque de temps
- Manque de disponibilité du professionnel de santé
- Pudeur, malaise, timidité
- Autres, précisez :

6. Osez-vous parler de sexualité avec votre médecin, sage-femme, ... ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

7. Autres remarques et suggestions... :

.....
.....

ANNEXE 2



École de Sages-femmes RENÉ ROUCHY

Bonjour,
Étudiante sage-femme, je souhaite réaliser, pour mon mémoire de fin d'études, une évaluation des connaissances des femmes concernant le corps féminin.
C'est pourquoi j'ai réalisé ce questionnaire qui vous est destiné.
Je vous remercie d'avance de votre témoignage et du temps que vous voudrez bien consacrer pour répondre à mes questions, votre collaboration étant essentielle à l'amélioration de la prise en charge des femmes par les professionnels de santé.

Maëlle Corre Labat

QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE SITUATION :

Votre âge :

Votre sexe :

Votre profession :

Votre année de diplôme :

Votre lieu d'exercice :

QUESTIONNAIRE

De façon générale, pensez-vous que les femmes connaissent leur corps?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Moyennement d'accord
- Pas du tout d'accord

Selon vous, quel pourcentage de femmes connaissent:

1. L'anatomie de la vulve:

- moins de 12,5%
- entre 12,5% et 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- entre 75% et 87,5%
- plus de 75%

2. L'anatomie des organes génitaux féminins:

- moins de 12,5%
- entre 12,5% et 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- entre 75% et 87,5%
- plus de 75%

3. La fonction des organes génitaux féminins:

- moins de 12,5%
- entre 12,5% et 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- entre 75% et 87,5%
- plus de 75%

4. Ce qu'est le périnée:

- moins de 12,5%
- entre 12,5% et 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- entre 75% et 87,5%
- plus de 75%

5. Ce qu'est l'hymen:

- moins de 12,5%
- entre 12,5% et 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- entre 75% et 87,5%
- plus de 75%

6. Les gonades femelles:

- moins de 12,5%
- entre 12,5% et 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- entre 75% et 87,5%
- plus de 75%

7. Les hormones libérées au cours du cycle menstruel:

- moins de 12,5%
- entre 12,5% et 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- entre 75% et 87,5%
- plus de 75%

8. **Les différents évènements se produisant au cours du cycle menstruel:**

moins de 12,5% entre 50% et 75%

entre 12,5% et 25% entre 75% et 87,5%

entre 25% et 50% plus de 75%

9. **Le phénomène d'ovulation:**

moins de 12,5% entre 50% et 75%

entre 12,5% et 25% entre 75% et 87,5%

entre 25% et 50% plus de 75%

10. **La durée de vie d'un ovule:**

moins de 12,5% entre 50% et 75%

entre 12,5% et 25% entre 75% et 87,5%

entre 25% et 50% plus de 75%

11. **La durée de vie d'un spermatozoïde:**

moins de 12,5% entre 50% et 75%

entre 12,5% et 25% entre 75% et 87,5%

entre 25% et 50% plus de 75%

12. **Le phénomène de fécondation:**

moins de 12,5% entre 50% et 75%

entre 12,5% et 25% entre 75% et 87,5%

entre 25% et 50% plus de 75%

13. **Les organes impliqués dans le cycle menstruel:**

moins de 12,5% entre 50% et 75%

entre 12,5% et 25% entre 75% et 87,5%

entre 25% et 50% plus de 75%

14. **La période de la vie d'une femme et du cycle où une grossesse peut survenir:**

moins de 12,5% entre 50% et 75%

entre 12,5% et 25% entre 75% et 87,5%

entre 25% et 50% plus de 75%

15. La durée moyenne d'un rapport sexuel:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

16. Ce que sont les règles et la période du cycle où elles apparaissent:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

17. Des facteurs extérieurs pouvant avoir un impact sur la fertilité:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

18. Des facteurs extérieurs pouvant avoir un impact sur la contraception:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

19. Le rôle de la contraception:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

20. Les moyens de contraception efficaces et fiables:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

21. La durée d'une grossesse:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

22. La structure anatomique dans laquelle se développe le fœtus durant la grossesse:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

23. Ce qu'est le placenta et sa fonction:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

24. Ce qu'est la ménopause et la raison de sa survenue:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

25. L'âge moyen de survenue de la ménopause en France:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

Selon vous, quel pourcentage de femmes:

26. Trouvent l'information donnée en consultation

• suffisante:	• systématique:
<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> moins de 12,5%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%
<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> plus de 75%	<input type="checkbox"/> plus de 75%
• adaptée:	• claire:
<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> moins de 12,5%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%
<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> plus de 75%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

27. Ont déjà été cherché des informations complémentaires à celles données par le professionnel de santé qu'elles venaient de consulter:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

28. Ont déjà eu des difficultés pour la prise d'un traitement, la réalisation de soins, ... par manque d'information de la part du professionnel consulté:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

29. Trouvent la durée des consultations:

- trop longue:**

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%
- trop courte:**

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%
- adaptée:**

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

30. Se sont déjà sentis « limitées » pour poser des questions lors d'une consultation:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

31. Osent parler de sexualité avec leur médecin, sage-femme, ...:

<input type="checkbox"/> moins de 12,5%	<input type="checkbox"/> entre 50% et 75%
<input type="checkbox"/> entre 12,5% et 25%	<input type="checkbox"/> entre 75% et 87,5%
<input type="checkbox"/> entre 25% et 50%	<input type="checkbox"/> plus de 75%

32. Selon vous, l'information donnée en consultation par les professionnels de santé est :

- **suffisante:**
 - tout à fait d'accord
 - d'accord
 - moyennement d'accord
 - pas du tout d'accord
- **adaptée:**
 - tout à fait d'accord
 - d'accord
 - moyennement d'accord
 - pas du tout d'accord
- **systématique:**
 - tout à fait d'accord
 - d'accord
 - moyennement d'accord
 - pas du tout d'accord
- **claire:**
 - tout à fait d'accord
 - d'accord
 - moyennement d'accord
 - pas du tout d'accord

33. Selon vous, pour permettre une bonne information, la durée des consultations est :

- Trop longue
- Adaptée
- Trop courte
- Autres:

34. Quelle est la durée moyenne de vos consultations ?

35. Selon vous, quels facteurs influencent la connaissance des femmes sur leur corps?

- Le niveau social
- Le niveau économique
- L'âge
- L'origine géographique
- La religion
- La vie sexuelle
- Les antécédents médicaux
- Le suivi gynécologique
- La grossesse
- La prise d'une contraception
- Autres, précisez:

36. Autres remarques et suggestions :

RÉSUMÉ

Dans notre société, les connaissances des femmes sur leur corps et ce qui s'y rapporte semblent très approximatives, bien qu'il existe de nombreuses sources d'informations. Diverses conséquences de ce constat existent, tant sur la vie quotidienne des femmes que leur sexualité ou encore leur santé.

Notre étude visait donc à réaliser un état des lieux de ces connaissances, en évaluant en parallèle la perception des professionnels de santé, leur rôle en termes d'apport d'informations fiables semblant essentiel. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude prospective auprès de 106 femmes et de 54 professionnels de santé à l'aide de deux questionnaires.

Nous avons alors remarqué qu'il existe une méconnaissance ou « mal – connaissance » globale des femmes dont les professionnels semblent avoir conscience. Bien que de nombreux facteurs entrent en considération, le corps et la sexualité restent des sujets tabous, même dans le domaine médical.

Un renforcement des démarches d'information et d'éducation semble nécessaire, en développant le travail en réseau entre les différents acteurs disponibles et des outils efficaces et simples pour une meilleure pertinence de nos pratiques.

ABSTRACT

In our society, women's knowledge about their bodies and everything related to it seems very approximate although numerous sources of information exist. This statement leads to different consequences both on women's daily life and also on their sexuality and their health.

Our study aims at drawing up an inventory of this knowledge by assessing the perception which experts in the field of health may have, their role in terms of providing reliable information being essential. To do this, we have carried out a study by asking 106 women and 54 health experts to fill in two questionnaires.

We can see that there is a lack of knowledge or even a misconception of women that experts seem to be aware of. Although many factors may be taken into account, the human body and sexuality remain taboo, even in the medical field.

It seems necessary to step up information and education procedures by developing networks between the different participants and efficient and simple tools for a better relevance of our practices.

Mots clefs – Connaissance ; Corps ; Femme ; Sexualité ; Information ; Contraception ; Ovaire ; Vagin ; Utérus ; Trompes utérines ; Vulve ; Clitoris ; Périnée