

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

2013-TOU3-1111

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 2013

PAR Bertrand JOURDAIN

Evaluation du niveau de connaissance de la physiologie de la reproduction
chez les 14-20 ans
Etude observationnelle à Villefranche De Rouergue

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Patrice CALMELS

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC
Monsieur le Docteur Patrice CALMELS

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Membre invité

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

2013-TOU3-1111

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 2013

PAR Bertrand JOURDAIN

Evaluation du niveau de connaissance de la physiologie de la reproduction
chez les 14-20 ans
Etude observationnelle à Villefranche De Rouergue

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Patrice CALMELS

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC
Monsieur le Docteur Patrice CALMELS

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SAMI E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

A MON PRESIDENT DE JURY,
Le professeur Stéphane OUSTRIC,
Professeur des Universités, Médecine générale,
Expert près de la Cour d'Appel de Toulouse,
Conseiller national de l'Ordre des Médecins.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse.
Je vous remercie pour votre engagement dans la formation des futurs médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

A MON DIRECTEUR DE THESE,
Le docteur Patrice CALMELS
Médecin généraliste.

Je te remercie pour ta disponibilité, ton énergie, et ta réactivité.
Maître de stage lors de mon dernier stage universitaire, ton engagement auprès de tes patients et ton amitié resteront pour moi les derniers souvenirs de ma vie d'interne et soutiennent les premiers pas de ma vie de médecin. Merci pour tout.
C'est avec grand plaisir que je te compte dans ce jury.

A MON JURY DE THESE,
Le professeur Jean-Christophe POUTRAIN,
Professeur Associé de Médecine Générale.

Je vous remercie pour vos conseils et votre écoute.
Merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

A MON JURY DE THESE,

Le professeur Marc VIDAL,

Professeur Associé de Médecine Générale.

Merci d'avoir accepté sans réserves de rejoindre ce jury. Je vous exprime mon plus grand respect.

A MON JURY DE THESE,

Le Docteur Thierry BRILLAC,

Médecin généraliste, Maître de conférences associé,

Responsable pôle Santé de la Femme.

Merci pour vos conseils. Je suis très honoré que vous ayez accepté de siéger à mon jury.

Je remercie les différentes équipes médicales, sociales, éducatives sans lesquelles tout ce travail n'aurait pas été possible :

Monsieur MANASH, proviseur du lycée Savignac, ainsi que toute son équipe éducative.

Monsieur RIGAL, Proviseur du lycée Saint Joseph, ainsi que les professeurs de SVT.

Monsieur MEDINA, infirmier scolaire au lycée Beauregard.

Le docteur RENAUDIE, gynécologue et Madame LEGUES, assistante sociale au planning familial de Villefranche de Rouergue.

Le docteur BADER, gynécologue au CH La Chartreuse de Villefranche de Rouergue.

Les docteurs TRESSE et CALMELS, médecins généralistes pour leur participation à cette étude.

Je tiens à remercier tous les médecins qui ont participé à ma formation : les Docteurs Bertaut, Gabaude, Lucas, Langlois, Perez, Fallouh, Zylberberg, Al Haddad, Taoubi, Leymarie, Combe-Cayla, Boissiere, Darmanaden, Dalmon, Vinnemann, Aniba, Camalieres, Raspaud, Estingoy, Marques, Cressent, Calmels... sans oublier les Docteurs Hanseler et Tresse. Vous ne m'avez pas seulement transmis un savoir faire mais aussi un savoir être et une passion. Je vous dois ce que je suis.

Je pense plus particulièrement à trois médecins qui ont prononcé trois phrases qui resteront gravées en moi :

« Ah Bertrand, Bertrand ! Je ne te reprocherai jamais de ne pas savoir, mais je te reprocherai toujours de ne pas être curieux. » Pr. Chanez, pneumologue Montpellier.

« De la rigueur Bertrand ! DE LA RIGUEUR ! » Dr. Gabaude, Gynécologue, Rodez.

« Dans la vie, faut être un albatros... » Dr. Langlois, endocrinologue, Villefranche de Rouergue.

Je remercie aussi les équipes d'infirmières, sages femmes, kinés et aides soignants que j'ai croisées lors de mon internat. Soigner n'est pas juste un acte technique.

Je remercie tous mes co-internes. Nous avons partagé nos premiers pas en médecine, nos doutes, nos craintes, nos premières gardes, nos premières erreurs, nos premiers décès... Nous avons découvert notre impuissance dans certaines situations. Mais nous avons aussi partagé la joie des premiers diagnostics posés, des premiers patients guéris, nos expériences, nos désaccords, les rires, les fêtes, la naissance des premiers enfants et tout ce que les mots ne peuvent décrire. Je suis heureux d'avoir partagé tous ces moments avec vous. Merci pour votre soutien et votre amitié.

Je pense bien sûr à Rodez 1 : Audrey, Sama, Lionel, Pauline, Arlande, Simon, Denis...

Je n'oublierai jamais Villef : Tom, Loïc, Btissam (que de moments inoubliables grâce à MW2, resident evil, les animaux de la forêt, un baby-foot, le manugel, les cartons et un demi cumulus !)

Et les « gîtous » d'Auch : Flo que je n'avais pas encore cité.

Je remercie mes vieux potes. Je me souviens de nos conneries ensemble, certaines remontent à plus de 15 ans ! Merci d'avoir toujours été là pour moi. Mat, Jo, Guitou c'est avec candeur, dévouement, et détermination que nous nous sommes lancés il y plus de 10 ans dans la médecine... Puisseons-nous ne jamais trahir nos premiers idéaux. Cette bande s'est complétée pendant l'externat (Rémy, Tonio...) ; je n'oublie pas tous les moments passés ensemble. Medhi, Mat, Ben, Jules, vous n'avez pas fait médecine. Vous m'avez permis de ne pas voir le monde qu'au travers de cet art. Vous avez fait de moi un meilleur médecin.

Merci à mon équipe de relectrices : mamé Jac, Ida, Charlotte.

Merci à thomas pour son soutien technique.

Je remercie mes parents.

Rien ne me prédestinait à devenir médecin. Vous avez pensé que ce serait difficile, long et coûteux (surtout ma mère), mais vous m'avez soutenu. Voici le résultat !

A ma sœur qui ne se décourage jamais.

A mes grand-mères qui n'auraient jamais pensé avoir un docteur dans la famille.

A Charlotte, ma bestiole.

Merci pour ta patience, ta relecture très, très, très, patiente...

Merci pour ton soutien, ton amour.

Merci pour bébé.

Table des matières

Abréviations et acronymes	3
Introduction	4
Contexte	6
Méthodes	7
1) Profil de l'étude	7
2) Le questionnaire.....	7
3) Recueil des données.....	8
4) Critères d'inclusion et d'exclusion	9
5) Classification de la population.....	9
6) Objectif principal	9
7) Objectifs secondaires	10
8) Analyses statistiques	10
Résultats	11
1) La population	11
2) Objectif principal	12
a) Evaluation des connaissances sur la physiologie de la reproduction	12
b) Evaluation des connaissances sur le fonctionnement de la contraception	13
3) Objectifs secondaires	13
a) Connaissances concernant le lien entre contraception et transmission des IST.....	13
b) Crédibilité accordée aux diverses sources d'information	14
c) Existe-t-il un besoin d'information ?	14
Discussion	16
1) La population	16
2) Objectif principal	17
a) Evaluation des connaissances sur la physiologie de la reproduction	17
b) Evaluation des connaissances sur le fonctionnement de la contraception	18
3) Objectifs secondaires	18
a) Connaissances concernant le lien entre contraception et transmission des IST.....	18

b) Crédibilité accordée aux diverses sources d'information	19
c) Existe-t-il un désir d'information ?	20
4) Points forts de l'étude	20
5) Limites de notre étude.....	21
Conclusion	23
Références bibliographiques	25
Tableaux et Annexes	28
Tableau 1 : Evaluation des connaissances sur la physiologie de la reproduction et sur la contraception	28
Tableau 2 : Pourcentage de la population ayant répondu juste aux questions concernant le lieu de la fécondation, le lieu de la production des spermatozoïdes, la durée moyenne d'un cycle menstruel, et la date de l'ovulation	29
Tableau 3 : Sources d'information considérées comme fiables (« confiance importante ou absolue ») par la population totale puis par sous-groupes.....	31
Tableau 4 : Existe-t-il une demande d'information ?	32
Annexe 1 : Questionnaire	33

Abréviations et acronymes

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CPE : conseiller principal d'éducation

GNSA : groupe non sexuellement actif

GSA : groupe sexuellement actif

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

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : organisation mondiale de la santé

SVT : sciences de la vie et de la terre

Vs : versus

Introduction

De tout temps, l'Homme a cherché à maîtriser la reproduction. Néanmoins, les avancées médicales et législatives dans ce domaine sont relativement récentes. Il a fallu attendre 1844 et la vulcanisation du caoutchouc pour voir apparaître les premiers préservatifs « confortables » et les premiers diaphragmes. Les premiers stérilets ont été inventés en 1846 ; le stérilet au cuivre n'est apparu qu'en 1970 et le stérilet hormonal en 1975. La pilule a été découverte en 1960 aux USA. Elle a été autorisée en France dans un but contraceptif en 1967 (loi Neuwirth), et remboursée en 1974. L'implant a reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France en 2000, le patch contraceptif et l'anneau vaginal en 2004.

Concernant la contraception d'urgence, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été autorisée en 1975 (loi Veil) et remboursée en 1982. Le RU486 est autorisé depuis 1988. La pilule du lendemain a obtenu l'AMM en 1999, sa délivrance sans ordonnance a été mise en place en 2001 et, à partir de 2002, les mineures ont pu y avoir accès de façon gratuite et anonyme (1,2).

Les méthodes contraceptives sont donc aujourd'hui multiples et largement utilisées en France puisque 90,2% des femmes sexuellement actives, non stériles, sans désir de procréation, utilisent régulièrement un moyen contraceptif de façon régulière et 2,1% de façon irrégulière (3).

Malgré cela, 18 000 grossesses non désirées ont été constatées chez les mineures en 2010, 12 000 IVG ont été pratiquées auprès des 15-17 ans et 17 000 IVG chez les 17-19 ans en 2009. Plus de trois cent trente mille (332 382) boîtes de pilules du lendemain (Norlevo) ont été délivrées en 2007, dont près de 90% à des mineures ou déclarées comme telles. Ces chiffres sont en augmentation régulière (4,5).

Le recours à la contraception d'urgence n'est pas sans effet. La pilule du lendemain peut entraîner des effets secondaires multiples et, même correctement utilisée, son efficacité est diminuée en fonction du délai entre sa prise et le dernier rapport sexuel (95% d'efficacité à 24h, 85% entre 24 et 48 h, et 58% entre 48h et 72h) (6). L'IVG peut être responsable d'effets secondaires graves, tant somatiques que psycho-affectifs (4,7).

Ainsi, malgré l'évolution des techniques de contraception et leur large accessibilité en France, la survenue de grossesses non désirées reste un problème de santé publique. La planification familiale fait partie d'une des actions de l'organisation mondiale de la santé (OMS) (8).

Plusieurs études soulignent par ailleurs les conséquences négatives de la maternité adolescente (sortie du système éducatif, isolement social et familial, emplois sous-payés, pauvreté, tendance à la dépression) (9).

Face à ce constat, les services publics français ont mis l'accent sur l'éducation et la prévention. L'information de la population en matière d'éducation sexuelle est une obligation depuis la loi Fontanet de 1973. Cette loi est régulièrement revue et renforcée en vue d'une meilleure efficacité (1996, 1998, 2001, 2003) (4).

La reproduction sexuée est au programme des cours de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) à partir de la classe de quatrième. Ce thème est réabordé régulièrement au cours de la scolarité (10). La répétition des interventions pourrait favoriser l'adhésion et l'utilisation en continu des méthodes contraceptives selon Goonewardene (11).

Contexte

Au cours de consultations auprès d'adolescents, j'ai été interpellé par leur méconnaissance de la physiologie de la reproduction et des mécanismes de la contraception. Ce constat a été partagé par plusieurs de mes confrères, et également souligné par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (12).

Nous nous sommes donc posé les questions suivantes: les jeunes utilisateurs de contraceptifs en font-ils un usage optimal? Quel est leur niveau de connaissances sur le mode de fonctionnement des méthodes contraceptives? Enfin, de façon plus générale, quel est leur niveau de connaissances sur la physiologie de la reproduction?

Plusieurs études et thèses ont déjà cherché à évaluer le niveau moyen des connaissances des adolescents sur la contraception, mais aucune ne s'est intéressée à leur niveau de connaissance sur la physiologie de la reproduction. De plus, ces études présentaient un recrutement disparate (13, 14, 15, 16).

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le niveau moyen des connaissances d'un échantillon de jeunes de 14-20 ans sur la physiologie de la reproduction et sur le mode de fonctionnement de la contraception, et d'observer comment variait ce niveau de connaissance en fonction de différents paramètres (âge, sexe, activité sexuelle, recours ou non à une contraception d'urgence).

Les objectifs secondaires étaient d'identifier un éventuel besoin d'informations supplémentaires de la part des jeunes, d'évaluer la crédibilité que les jeunes accordaient aux différentes sources d'informations disponibles, et d'apprécier leurs connaissances concernant le lien entre contraception et transmission des infections sexuellement transmissibles (IST).

Méthodes

1) Profil de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle effectuée d'août 2012 à avril 2013 à Villefranche De Rouergue (Aveyron 12 200) en collaboration avec le cabinet médical des Docteurs Tresse et Calmels, les lycées Savignac, Saint Joseph et Beauregard, le planning familial de Villefranche de Rouergue et le service de gynécologie de l'hôpital local La Chartreuse.

2) Le questionnaire

L'enquête était basée sur un questionnaire anonyme et volontaire comportant 106 items dont onze uniquement pour les filles. Il se déclinait comme suit :

Données démographiques : quatre questions.

Evaluation des connaissances :

- Vingt-sept questions concernant la physiologie de la reproduction
- Dix-sept questions concernant le fonctionnement des moyens de contraception et leurs actions protectrices ou non vis-à-vis des IST
- Dix questions sur les sources d'information
- Deux questions concernant l'activité sexuelle
- Onze questions pour les filles sur l'utilisation ou non d'un moyen contraceptif
- Six questions pour tous précisant la façon d'utiliser les contraceptifs
- Vingt-six questions recherchant l'existence de prise d'une pilule du lendemain, d'antécédent d'IVG, ou de grossesse à terme non désirée
- Trois questions concernant les attentes des jeunes dans le domaine de la contraception et de la physiologie de la reproduction

Une question ouverte sur la contraception, la physiologie de la reproduction, et les grossesses non désirées.

Le questionnaire est disponible en annexe I.

Nous nous sommes beaucoup interrogés sur la formulation du questionnaire. Quelles questions poser ? Comment les formuler pour qu'elles soient intelligibles par tous ? Jusqu'où

aller sans être trop intrusif dans la vie sexuelle ? Il nous est apparu indispensable de nous intéresser à l'anatomie du corps humain. En effet, l'anatomie nous semblait mal connue des jeunes, alors qu'elle est une base indispensable pour comprendre la reproduction et les différents modes d'action des moyens contraceptifs.

Le questionnaire a d'abord été testé auprès de cinq élèves de 15 à 17 ans, puis discuté et reformulé en fonction de leurs remarques avec l'aide de mon directeur de thèse, le Docteur Calmels.

3) Recueil des données

Ces questionnaires ont été diffusés :

- Dans le cabinet médical des Docteurs Tresse et Calmels, remis par la secrétaire ou les médecins et à remplir avant ou après la consultation dans un endroit isolé de la salle d'attente (200 questionnaires).
- Dans le service de consultation de gynécologie de l'hôpital local La Chartreuse (50 questionnaires).
- Au planning familial, dans la salle d'attente ou lors d'entretiens avec l'assistante sociale ou la gynécologue (50 questionnaires).
- Au lycée public Beauregard (lycée agricole et agroalimentaire), après accord avec l'infirmier scolaire, lors d'une journée d'information sur les IST et la contraception. Les questionnaires étaient laissés à la disponibilité des élèves (questionnaires photocopiés par les soins de l'établissement).
- Au lycée privé Saint Joseph (lycée général, technologique et hôtelier), après accord avec le proviseur et l'équipe pédagogique, lors des cours de SVT (250 questionnaires).
- Au lycée public Savignac (lycée général, technologique et professionnel), après accord du proviseur et du conseil pédagogique (composé des professeurs, de la conseillère principale d'éducation (CPE), de l'infirmière scolaire, des représentants des élèves et des représentants des parents d'élèves). Les questionnaires étaient remplis pendant un cours, puis récupérés dans des enveloppes cachetées par les élèves (questionnaires photocopiés par les soins de l'établissement).

4) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les femmes et les hommes de 14 à 20 ans.

Les critères d'exclusion étaient :

- l'âge non conforme à la population cible,
- le refus de répondre au questionnaire,
- les classes ne pouvant pas répondre aux questionnaires pour des raisons d'emploi du temps,
- les hommes ne sachant pas si leur partenaire avait pris la pilule du lendemain, fait une IVG, ou est (ou avait été) enceinte,
- la prise de pilule du lendemain, les IVG et les grossesses pour cause de viol.

Le recours à la contraception d'urgence pour cause de rupture de préservatif n'a pas été retenu comme critère d'exclusion car l'efficacité contraceptive dépend de la qualité de l'utilisation (17, 18).

5) Classification de la population

La population a été répartie en sous-groupes en fonction du sexe (masculin / féminin), de l'âge (« adolescent » de 14 à 16 ans inclus / « adulescent » de 17 à 20 ans inclus), du caractère sexuellement actif ou non (GSA : Groupe Sexuellement Actif / GNSA : Groupe Non Sexuellement Actif). Nous avons en outre défini deux groupes : celui déclarant une « utilisation optimale des moyens de contraception » (les optimums) versus celui déclarant une « utilisation non optimale des moyens de contraception » (les non optimums). Nous avons défini comme « utilisation non optimale des moyens de contraception » le fait d'avoir déjà eu recours à une contraception d'urgence (pilule du lendemain ou IVG), et/ou d'avoir vécu une situation de grossesse à terme non désirée.

6) Objectif principal

Les niveaux de connaissance de la physiologie de la reproduction et de la contraception ont été évalués indépendamment par un score rapporté à 100 (en fonction du nombre de réponses justes au questionnaire).

7) Objectifs secondaires

La crédibilité des sources d'information a été évaluée par un questionnaire à choix multiple. Une source d'information était considérée comme « fortement crédible » si le participant répondait « confiance importante ou absolue ».

Le besoin d'information a été évalué par trois questions à choix fermé.

8) Analyses statistiques

L'analyse des données a été réalisée avec un tableau Excel. Les formules utilisées ont été: SOMME, PRODUIT, QUOTIENT, ECARTYPE, MEDIANE, TEST STUDENT. Les tests statistiques utilisés étaient le Chi2 et le test de Student.

Résultats

1) La population

1001 questionnaires ont été collectés.

237 questionnaires ont été exclus : 200 étaient incomplets pour répondre aux objectifs, trente-cinq questionnaires dans lesquels les hommes ne savaient pas si leur(s) partenaire(s) avai(en)t eu recours ou non à la contraception d'urgence, et deux questionnaires relataient des IVG suite à un viol.

784 questionnaires ont été retenus et analysés : 431 issus du lycée Savignac, 221 du lycée Saint Joseph, 65 du lycée Beauregard, 53 du cabinet de médecins généralistes, 7 du planning familial, 7 du service de gynécologie.

La population comportait 471 femmes et 313 hommes âgés de 14 à 20 ans. L'âge moyen était de 16 ans et 2 mois (487 personnes avaient 16 ans ou moins et 297 personnes avaient plus de 16 ans).

335 personnes étaient sexuellement actives (GSA) et 449 non sexuellement actives (GNSA). L'âge moyen du premier rapport était de 15 ans et un mois (15 ans et 3 mois pour les filles et 14 ans et 10 mois pour les garçons). L'âge moyen considéré comme idéal pour un premier rapport sexuel était de 16 ans (seules 213 personnes ont répondu à cette question, l'âge moyen de premier rapport sexuel était de 15 ans pour cette population).

Nous avons retrouvé chez 133 personnes (soit 17% de la population générale et presque 40% du GSA) « une utilisation non optimale des moyens de contraception » (94 femmes et 39 hommes). Leur répartition était la suivante :

- 118 personnes (soit 35% du GSA) avaient déjà eu recours (ou leur partenaire) à la pilule du lendemain (81 femmes et 37 hommes),
- Cinq personnes avaient déjà eu recours (ou leur partenaire) à l'IVG (quatre femmes et un homme),
- Six femmes avaient déjà eu recours à la fois à la pilule du lendemain et à l'IVG,

- Une femme a déclaré avoir eu recours à la pilule du lendemain, à l'IVG, et avoir subi une grossesse non désirée,
- Trois personnes ont déclaré avoir vécu une situation de grossesse non désirée (une femme et deux hommes).

Les raisons ayant conduit à une « utilisation non optimales de la contraception » étaient les suivantes :

- Pour la pilule du lendemain : rupture du préservatif (46 personnes), oubli de contraception (34 personnes), absence de contraception (29 personnes), plus de sûreté (20 personnes),
- Pour l'IVG : oubli de contraception (cinq personnes), absence de contraception (trois personnes),
- Pour les grossesses à terme non désirées : absence de contraception (quatre personnes).

2) Objectif principal

a) Evaluation des connaissances sur la physiologie de la reproduction

Le score moyen obtenu par les participants concernant leurs connaissances sur la physiologie de la reproduction était de 63 réponses justes sur 100 (écart type 22).

On observait un score statistiquement meilleur dans le GSA par rapport au GNSA (65 vs 60 ; Student, $p < 0,05$).

Les scores sont par ailleurs apparus identiques entre les différents sous-groupes analysés. Les résultats sont détaillés dans le tableau 1.

Nous avons retenus quatre items pour illustrer ce niveau de connaissance de la physiologie de la reproduction : le lieu de la fécondation, le lieu de la fabrication des spermatozoïdes, la durée moyenne d'un cycle menstruel et la période de l'ovulation.

Nous avons retrouvé pour ces items respectivement 49%, 46%, 68% et 59% de réponses justes (Tableau 2).

L'analyse en sous-groupes en utilisant le test du Chi 2 retrouvait une proportion statistiquement plus élevée de femmes que d'hommes ayant répondu juste aux items « lieu de

la fécondation, durée moyenne d'un cycle menstruel et période de l'ovulation ». Pour l'item « lieu de fabrication des spermatozoïdes », l'inverse était observé.

Davantage d'adultes que d'adolescents étaient capables de définir la période d'ovulation (63% vs 56% chi 2, $p < 0,05$).

Le GNSA semblait avoir une meilleure connaissance du lieu de la fécondation et du lieu de la fabrication des spermatozoïdes que le GSA (respectivement 53% vs 43% Chi 2, $p < 0,05$ et 49% vs 41% Chi 2, $P < 0,05$).

b) Evaluation des connaissances sur le fonctionnement de la contraception

Le score moyen obtenu par les participants concernant leurs connaissances du fonctionnement de la contraception était de 29 réponses justes sur 100 (écart type 13, médiane 29). On observait un score statistiquement meilleur dans le groupe féminin versus masculin (30 vs 28 ; Student, $p < 0,05$), et dans le groupe adultes versus adolescents (31 vs 28 ; Student, $p < 0,05$). Les résultats en sous-groupes n'ont pas révélé d'autres différences significatives. Ils sont détaillés dans le tableau 1.

3) Objectifs secondaires

a) Connaissances concernant le lien entre contraception et transmission des IST

Parmi la population générale, 121 personnes sur 784 (soit 15%), dont 10% de la population sexuellement active (33 personnes sur 335), ont répondu que les stérilets, l'implant, le patch, l'anneau ou la pilule protégeaient des IST.

En particulier :

- 28 personnes pensent que la pilule protège des IST (dont 9 dans le GSA)
- 38 personnes pensent que le patch et/ou l'anneau protègent des IST (dont 10 dans le GSA)
- 34 personnes pensent que l'implant protège des IST (dont 6 dans le GSA)
- 15 personnes pensent que le stérilet hormonal protège des IST (dont 6 dans le GSA)
- 21 personnes pensent que le stérilet non hormonal protège des IST (dont 6 dans le GSA)

Dans la population générale, 139 personnes (18%) n'ont pas répondu que le préservatif protégeait des IST, dont 44 personnes (13%) dans le GSA.

Dans la population générale, 600 personnes (76%) pensent que le préservatif est le seul moyen contraceptif qui protège des IST, dont 275 personnes (82%) dans le GSA.

b) Crédibilité accordée aux diverses sources d'information

Les principales sources d'informations considérées comme fortement crédibles (« confiance importante ou absolue ») étaient la famille en premier lieu (pour 65% de la population générale), suivie par le médecin traitant (63%), l'école (61%), et les gynécologues (57%). Peu de personnes considéraient la télévision et internet comme des sources d'information fiables (respectivement 15 et 13 % de la population générale).

On observe de façon statistiquement significative que :

Davantage de femmes que d'hommes semblent faire confiance aux différentes sources d'information listées (excepté pour les médecins scolaires, internet et la télévision).

Davantage d'adolescents que d'adultes font confiance à leur famille et à l'école. On observe l'inverse pour le planning familial.

Davantage de personnes sexuellement actives accordent une grande confiance à l'école contrairement à celles non sexuellement actives. On observe l'inverse pour le planning familial, les gynécologues et les pharmaciens.

Les résultats sont détaillés dans le tableau 3.

c) Existe-t-il un besoin d'information ?

63% de la population reconnaît qu'une meilleure connaissance de la physiologie de la reproduction permettrait une meilleure maîtrise des moyens de contraception.

30% souhaitent plus d'informations sur ce domaine et 44% souhaitent plus d'informations sur la contraception.

Les analyses en sous-groupes sont détaillées dans le tableau 4.

Les femmes, les adolescents, le GNSA et les « optimums » pensent de façon statistiquement significative qu'une meilleure connaissance de la physiologie de la reproduction les aiderait à mieux maîtriser les moyens de contraception. Les femmes sont plus demandeuses d'information sur la physiologie de la reproduction et le fonctionnement des moyens de

contraception que les hommes (35%vs 24% Chi2, $p<0,05$ et 51% vs 34% Chi2, $p<0,05$). Les adolescents sont plus en demande d'information sur la physiologie de la reproduction que les adultes (33% vs 26% Chi2, $p<0,05$). Les résultats sont détaillés dans le tableau 4.

Discussion

1) La population

Dans cette étude, nous avons observé une utilisation non optimale des moyens de contraception chez 40% du GSA. Ce chiffre est important. En effet, nous avons choisi d'inclure les prises de pilules du lendemain dans la définition « utilisation non optimale des moyens de contraception ». Cette définition est discutable, 16% des « non optimums » ayant déclaré avoir utilisé la pilule du lendemain pour plus de sécurité, sans qu'il y ait eu une véritable erreur dans l'utilisation de leur contraceptif habituel. Ce chiffre de 40% est donc surestimé. Si l'on regarde uniquement les IVG et grossesses à terme non désirées, elles ne concernent plus que 5% environ du GSA.

L'âge moyen du premier rapport sexuel dans notre étude est de 15 ans et 3 mois pour les filles et 14 ans et 10 mois pour les garçons. Ce chiffre diffère des moyennes nationales qui sont de 17,2 ans pour les garçons et de 17,6 pour les filles (19). Deux éléments de réponse peuvent être apportés : notre moyenne provient d'un échantillon restreint, notre population d'étude étant relativement jeune et non sexuellement active pour la majorité. On peut également évoquer un biais déclaratif par pudeur ou vantardise. Il est intéressant de noter la différence existant entre l'âge effectif et l'âge considéré comme « idéal » pour le premier rapport sexuel dans notre étude (15 et 16 ans respectivement).

Les femmes sont plus représentées que les hommes dans notre étude (471 contre 313). Ceci témoigne d'un biais de recrutement lié au caractère volontaire de la participation, avec probablement un intérêt plus marqué chez les femmes pour la thématique abordée (contraception et reproduction).

2) Objectif principal

a) Evaluation des connaissances sur la physiologie de la reproduction

Nous avons observé un niveau de connaissance de la physiologie de la reproduction relativement moyen (note de 63 sur 100). La médiane correspond à la moyenne, et l'écart type est important (22).

L'âge ne semble pas influencer le niveau de connaissance. Notre population était composée de jeunes d'âges différents certes, mais ayant tous passés 14 ans, soit l'âge auquel débute l'enseignement d'éducation sexuelle à l'école. La répétition des interventions sur la reproduction humaine en milieu scolaire ne semble pas augmenter le niveau de connaissance, les plus jeunes semblant en savoir autant que leurs aînés sur ce sujet.

Nous n'avons pas observé de différence de niveau de connaissances de la physiologie de la reproduction entre les « optimums » et les « non optimums ». Ceci nous invite à chercher d'autres causes qu'une méconnaissance de la physiologie de la reproduction pour expliquer les erreurs dans l'utilisation de la contraception.

Concernant les quatre items retenus pour illustrer la connaissance de la physiologie de la reproduction, on retrouve un faible niveau de connaissance concernant le lieu de la fécondation et le lieu de la fabrication des spermatozoïdes (scores de 49 sur 100 et de 46 sur 100 respectivement). La durée du cycle et la date d'ovulation semblent mieux connues (scores de 68 sur 100 et de 59 sur 100 respectivement).

Les femmes semblent avoir un meilleur niveau de connaissance que les hommes concernant le lieu de la fécondation, la durée du cycle et le moment de l'ovulation. Les hommes, eux, connaissent mieux le lieu de fabrication des spermatozoïdes. Ceci nous semble cohérent, chaque sexe s'intéressant en premier lieu au fonctionnement de son propre corps et connaissant moins bien la physiologie du sexe opposé. Malgré ces différences, le niveau de connaissance moyen apparaît identique dans les deux sexes.

Les adolescents semblent mieux connaître la date de l'ovulation que les adolescents. Est-ce le fruit de l'expérience personnelle ?

On peut s'interroger sur la qualité et/ou les modalités de transmission des connaissances dans ce domaine. Les manuels scolaires sont-ils adaptés ? Comment transmettre ces informations dans cette période conflictuelle qu'est l'adolescence? L'enseignement en cours de SVT et le recours à des intervenants extérieurs sont actuellement préconisés (4).

b) Evaluation des connaissances sur le fonctionnement de la contraception

Le niveau de connaissance du fonctionnement de la contraception apparaît faible dans notre population (score moyen de 29 sur 100), avec une médiane à 29 et un écart type de 13.

Les adolescents semblent avoir une meilleure connaissance du fonctionnement des moyens de contraception que les adultes (score de 31 sur 100 vs 28 sur 100, test de Student $p < 0,05$).

Le sexe et l'expérience sexuelle ne semblent pas modifier les résultats. En particulier, nous n'avons pas observé une meilleure connaissance du fonctionnement de la contraception chez les « optimums » par rapport aux « non optimums », ce qui peut paraître surprenant mais illustre bien la non concordance entre les connaissances théoriques acquises et la « vraie vie », en particulier en ce qui concerne la sexualité.

3) Objectifs secondaires

a) Connaissances concernant le lien entre contraception et transmission des IST

La méconnaissance du fonctionnement des moyens de contraception peut avoir des conséquences autres que reproductives. En effet, 18% des personnes interrogées (dont 13% du GSA) pensent qu'il existe d'autres moyens de contraception que le préservatif pour protéger des IST. Ce chiffre nous paraît important au vu du nombre de campagnes d'information. 76 % de la population interrogée (dont 82% du GSA) considère à raison que le préservatif est le seul moyen de contraception protégeant des IST. Le rôle du préservatif comme contraceptif et moyen de lutte contre la transmission des IST ne semble donc intégré que par trois quarts de notre population. Un travail d'information reste probablement à faire.

b) Crédibilité accordée aux diverses sources d'information

La famille apparaît comme la source d'information la plus crédible dans notre étude (65% de la population). Elle est suivie par le médecin traitant (63%) puis l'école (61%). Les gynécologues arrivent en quatrième position (57%).

Concernant la famille et l'école, ces sources d'information sont souvent citées dans différentes études (13, 14, 15, 16).

Dans notre cas, la famille a été définie au sens large. Il peut s'agir des parents, mais aussi de la fratrie, cousins-cousines, oncles-tantes, voire grands-parents.

Le rôle attribué au médecin traitant dans l'éducation sexuelle est mal défini. Le généraliste peut être considéré comme un interlocuteur privilégié de par ses connaissances sur le sujet, mais la crainte d'une rupture du secret médical, l'absence de gratuité des consultations, la nécessité de la carte vitale (des parents) et la peur du jugement peuvent être des freins à son recours (13, 14, 15, 16).

A l'heure d'internet, il est intéressant de remarquer que cette source d'information n'est considérée comme crédible que par 15% de notre population, juste devant la télévision (13%).

Le médecin scolaire, la pharmacie, et le planning familial sont peu cités comme sources d'information crédibles (respectivement par 43%, 40% et 32% de la population). Ces personnes ressources ne sont peut-être pas suffisamment identifiées par la population. Les médecins scolaires sont en effet de moins en moins présents dans les établissements et remplacés par des infirmières dans le meilleur des cas. Les pharmacies proposent certes une information lors de la délivrance de la pilule du lendemain, mais les personnes intéressées sont probablement peu réceptives dans ces situations anxiogènes. La disponibilité du personnel médical compétent au sein du planning familial n'est pas toujours en adéquation avec l'emploi du temps des jeunes (par exemple, dans notre étude, la gynécologue du planning familial de Villefranche de Rouergue ne travaillait pas le mercredi après midi).

Les amis sont considérés comme source d'information crédible par 30% des interrogés. Chacun ayant probablement conscience des limites de ses propres connaissances et de celles de ses ami(e)s.

Comparativement aux hommes, les femmes semblent privilégier la famille, le médecin traitant, les gynécologues, le pharmacien, le planning familial et les amis. Les hommes, eux, semblent faire davantage confiance à internet.

Les adolescents se réfèrent plus volontiers à la famille et à l'école que leurs aînés, alors que les adultes font davantage appel au planning familial.

L'école apparaît comme une source d'information plus crédible pour le GNSA que pour le GSA. On observe l'inverse pour les gynécologues, les pharmaciens et le planning familial.

Ces observations peuvent nous aider à cibler les sources d'information pour les différentes sous-populations.

A noter toutefois que cette partie du questionnaire a pu être source de confusion pour certains ; il semble en effet peu probable que 39% des hommes de 14 à 20 ans aient reçu une information de la part de gynécologues.

c) Existe-t-il un désir d'information ?

Une majorité des personnes interrogées pense qu'une meilleure connaissance de la physiologie de la reproduction permettrait de mieux maîtriser la contraception (61%).

Cette demande émane en majorité des femmes, des adolescents, du GNSA et des « optimums ».

Seule une minorité (30%) souhaiterait plus d'informations sur ce sujet, notamment les femmes et les adolescents.

Concernant la contraception, un besoin d'information supplémentaire est ressenti par 44% des personnes interrogées. Les femmes semblent plus intéressées que les hommes (51% vs 34%, $\chi^2 p < 0,05$), ce qui souligne encore leur intérêt plus marqué pour ce sujet.

4) Points forts de l'étude

Cette étude possède une unité de lieu (Villefranche de Rouergue) avec un hôpital local comportant un service de gynécologie obstétrique et une antenne du service du planning familial. Nous souhaitons en effet étudier la population d'un bassin de santé rural de la façon la plus large possible. Pour cela, nous avons recruté au sein d'établissements scolaires variés (publics et privés, généraux et professionnels), en cabinet de ville, à l'hôpital et au planning familial. Ce mode de recrutement nous a permis de cibler tant les populations scolarisées que déscolarisées, celles ayant un accès aisé aux soins ou non.

Le taux de participation à notre étude a été relativement satisfaisant (1001 questionnaires récoltés sur une population de 13 000 habitants environ).

Différents acteurs médico-sociaux ont participé à cette étude (Education Nationale, hôpital, planning familial, cabinet médical de ville). Cette démarche entreprise auprès des élèves était en totale adéquation avec les objectifs de l'Education Nationale, le bilan présenté auprès des équipes leur permettant de percevoir des adaptations en vue de l'amélioration de la transmission des connaissances.

5) Limites de notre étude

La distribution des questionnaires au sein des établissements scolaires a été laissée aux soins de l'équipe pédagogique. Certaines classes n'ont pas été interrogées. Nous avons essayé de limiter ce biais de recrutement par la distribution de questionnaires dans les cabinets médicaux, au planning familial et à l'hôpital local.

Le nombre de questionnaires que nous avons dû exclure a été important, près d'un quart d'entre eux, principalement en raison de questionnaires incomplets. Les personnes sondées ont-elles pris l'étude au sérieux ? Etaient-elles prêtes à livrer des informations sur leur vie sexuelle ? Le questionnaire était-il suffisamment clair ? Les questions étaient-elles jugées non pertinentes ?

Outre le biais déclaratif inhérent aux études basées sur des questionnaires, nous retenons principalement deux biais :

- Chez les « non optimums », le niveau de connaissance évalué au moment du questionnaire peut être différent de celui qu'ils avaient au moment où l'incident s'est produit, leurs connaissances ayant pu évoluer dans ce laps de temps. Ceci participe vraisemblablement au fait que nous n'avons pas observé de corrélation entre un niveau de connaissance faible et des erreurs de contraception.
- Le questionnaire a pu être mal compris et entraîner ainsi des erreurs dans les résultats, comme mentionné plus haut. Les questions portant sur les moyens contraceptifs utilisés, leurs risques d'oubli, les raisons de prise de contraception par les jeunes filles et le prescripteur de la contraception semblent avoir été très mal comprises et les réponses ininterprétables. Nous avons donc décidé d'ignorer les réponses à ces questions pour cette étude.

Par ailleurs, les chiffres ont pu être majorés involontairement du fait de doublons, la probabilité d'avoir interrogé des couples étant forte. En outre, la multiplicité des partenaires a pu également surestimer les chiffres observés, certaines personnes pouvant déclarer les erreurs de leur(s) ex-partenaire(s). On sait par exemple qu'en 2005, 34,9% des 15-19 ans ont déclaré plus de deux partenaires sur les 12 derniers mois (20) et en 1997, 12 % des garçons et 5% des filles entre 15 et 18 ans ont eu cinq partenaires ou plus (21).

Enfin, il est regrettable que nous ayons omis de poser la question suivante : « Pensez-vous qu'une meilleure connaissance du fonctionnement de la contraception vous aiderait à mieux maîtriser les moyens de contraception ? ».

Conclusion

Avec une utilisation non optimale des moyens de contraception observée chez près de 40% des personnes sexuellement actives, un niveau de connaissance de la physiologie de la reproduction relativement moyen, et un niveau de connaissance faible du fonctionnement de la contraception, le constat de cette étude est assez préoccupant.

Nous avons identifié certaines populations plus demandeuses d'information que d'autres, certaines sources d'information plus crédibles que d'autres. Mais globalement, il ne semble pas exister de réelle demande d'informations supplémentaires de la part des jeunes interrogés.

De plus, nous n'avons pas observé de différences de niveau de connaissances entre le groupe des « optimums » et le groupe des « non optimums ».

Il se pose non seulement la question du transfert de connaissances, mais aussi celle du transfert de compétences. Face à ce constat, il est licite de se demander si les jeunes sont réellement réceptifs aux diverses actions de prévention menées.

Les Pays Bas ont un taux d'IVG chez les jeunes moitié moindre qu'en France. Ils proposent une semaine d'information sur la sexualité dès l'âge de quatre ans. A contrario, le Royaume Uni prône l'abstinence et observe un taux d'IVG chez les jeunes presque deux fois plus élevé qu'en France (4). L'éducation des pré-adolescents et des enfants pourrait être une piste intéressante de réflexion.

D'un point de vue pratique, lors des consultations médicales dédiées à la prescription d'une contraception, il nous semble important d'évaluer au préalable le niveau de connaissance des jeunes femmes en matière de contraception, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (22), car il existe une réelle différence entre notre perception de leur savoir et leurs connaissances réelles sur ce sujet.

Pour informer les jeunes sur les différents moyens contraceptifs, en limiter les utilisations non optimales, et obtenir leur adhésion, il nous semble indispensable que les bases de la physiologie et de l'anatomie soient, sinon intégrées, au moins comprises (23).

La famille étant citée comme la source d'information la plus crédible pour les jeunes, ne faudrait-il pas encourager son rôle éducatif dans ce domaine en développant par exemple des groupes de parole et d'échanges avec des professionnels afin d'actualiser leurs connaissances dans ce domaine (notamment dans les diverses méthodes contraceptives disponibles) et les aider à mieux aborder cette thématique avec leurs proches adolescents.

La place du médecin généraliste reste à définir : rôle informatif, préventif, ou curatif (prescription de pilule du lendemain et IVG) ?

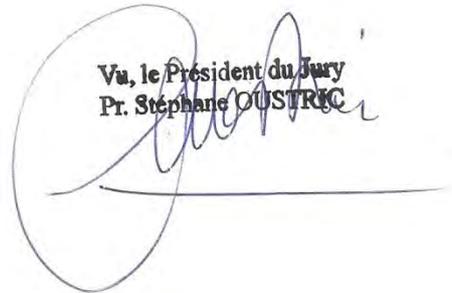
Toulouse le 19.11.2013

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



15.11.13

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



Références bibliographiques

- 1) CHOSSON Martine. Il était une fois la contraception. Association Nationale des centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception. 28 décembre 2005.
<http://www.ancic.asso.fr/histoirecontra.php>
- 2) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (31èmes journées nationales : 2007 : paris) Paris : Histoire de la contraception J. LANSAC
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/vendredi_2007.htm
- 3) « CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? » dossier de presse, octobre 2011, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports-INPES.
- 4) NISAND Israël, LETOMBE Brigitte, MARINOPOULOS Sophie. Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. Paris : Odile Jacob, 2012.-248p.
- 5) AUBIN Claire, JOURDAIN MENNINGER Danièle, CHAMBAUD Laurent, « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » rapport Octobre 2009, Inspection générale des affaires sociales, RM2009-104A.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf>
- 6) VIDAL le dictionnaire.-(85° édition) Malesherbes : Maury-imprimeurs S.A., 2009.- p 1607
- 7) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Item 28 : Interruption Volontaire de Grossesse Université médicale virtuelle francophone. <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/>
- 8) Organisation Mondiale de la Santé. Planification familiale. Aide-mémoire N°351 Mai 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
- 9) DAGUERRE Anne, NATIVEL Corinne. Les maternités précoces dans les pays développés : Problèmes, dispositifs, enjeux politiques. Etude effectuée à la demande de la Caisse nationale d'Allocations familiales (CNAF) CERVL - Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux Février 2004.
- 10) Ministère de l'éducation nationale, Bulletin officiel spécial n° 6 du 28 août 2008

- 11) GOONEWARDENE M. Stratégies pour améliorer l'adhésion et l'acceptabilité des méthodes hormonales de contraception : Commentaire de la BSG (dernière révision : 15 décembre 2006). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS*; Genève : Organisation mondiale de la Santé
- 12) « Les français et la contraception » sondage BVA-INPES, 2007.
- 13) GORAZIN M., Les 15-25 ans face au risque de grossesse indésirée : Enquête sur leur connaissance et rôle préventif du médecin généraliste. 108 pages. Thèse pour le doctorat de médecine, Paris, 2008.
- 14) NOVES V., Sexualité et contraception : le point de vue des Adolescents Etude qualitative auprès de Collégiens et Lycéens en Région Toulousaine. 56 pages. Thèse pour le doctorat de médecine, Toulouse, 2012.
- 15) BENNIA-BOURAI S., ASSELIN I., VALLEE M. . Contraception et adolescence une enquête un jour auprès de 232 Lycéens (Caen). *VIE PROFESSIONNELLE*, 2006, pp84-89.
- 16) MENIERE, Renaud. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. 94 p Thèse pour le doctorat de médecine, Nancy, 2004.
- 17) Préservatif féminin et masculin. idées fortes tirées de la revue prescrire. Mise à jour n°282 avril 2007
- 18) NISAND Israël, TOULEMON Laurent. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille. Décembre 2006.
- 19) Institut national des études démographiques l'âge du premier rapport sexuel, novembre 2010
- 20) MORCEAU C., LYDIE N., WARSZAWSKI J., BAJOS N.. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. Attitudes et comportements de santé. Baromètre santé 2005.
- 21) MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT Deuxième journée, 9 Décembre 2000, Poitiers. Organisée par le Service de gynécologie-obstétrique du C.H.U de Poitiers, Pr G.MAGNIN, Pr F.PIERRE et le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H. LABORIT, Pr D.MARCELLI.
- 22) HAS. Fiche Mémo, Contraception chez l'adolescente. Juillet 2013.
- 23) WESTLEY Elizabeth, GLASIER Anna. Contraception d'urgence: dissiper les idées fausses et les croyances erronées. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé

2010;88:243-243

Tableaux et Annexes

Tableau 1 : Evaluation des connaissances sur la physiologie de la reproduction et sur la contraception

	Moyenne des notes rapportée à 100 sur la connaissance de la physiologie de la reproduction	Ecart type	Moyenne des notes rapportée à 100 sur la connaissance de la contraception	Ecart type
Population totale	63	22	29	13
Hommes / Femmes	63 / 63 (p>0,05)	23 / 22	28 / 30 (p>0,05)	13 / 12
Adolescents / Adulescents	63 / 63 (p>0,05)	22 / 23	28 / 31 (p<0,05)	12 / 14
GNSA / GSA	65 / 60 (p<0,05)	21 / 23	29 / 30 (p>0,05)	12 / 13
Optimums/ non optimums	60 / 60 (p>0,05)	23 / 24	29 / 30 (p>0,05)	14 / 12

GNSA : groupe non sexuellement actif.

GSA : groupe sexuellement actif.

Optimums: GSA avec utilisation optimale des moyens de contraception.

Non optimums : GSA avec utilisation non optimale des moyens de contraception.

Les résultats statistiquement significatifs avec le test de Student figurent en gras (p<0,05).

Tableau 2 : Pourcentage de la population ayant répondu juste aux questions concernant le lieu de la fécondation, le lieu de la production des spermatozoïdes, la durée moyenne d'un cycle menstruel, et la date de l'ovulation

	Pourcentage de la population ayant répondu juste aux questions ci-dessous			
	Lieu de la fécondation	Lieu de la fabrication des spermatozoïdes	Durée moyenne d'un cycle féminin	Période de l'ovulation au cours du cycle
Population totale	49	46	68	59
Hommes / Femmes	44/52 (p<0,05)	51/43 (p<0,05)	61/74 (p<0,05)	48/66 (p<0,05)
Adolescents / Adulescents	49/48 (p>0,05)	47/45 (p>0,05)	67/70 (p>0,05)	56/63 (p<0,05)
GNSA / GSA	53/43 (p<0,05)	49/41 (p<0,05)	71/65 (p>0,05)	59/59 (p>0,05)
Optimums /non optimums	45/40 (p>0,05)	39/44 (p>0,05)	65/67 (p>0,05)	57/62 (p>0,05)

GNSA : groupe non sexuellement actif.

GSA : groupe sexuellement actif.

Optimums: GSA avec utilisation optimale des moyens de contraception.

Non optimums : GSA avec utilisation non optimale des moyens de contraception.

Les résultats statistiquement significatifs avec le test du Chi2 figurent en gras (p<0,05).

Tableau 3 : Sources d'information considérées comme fiables (« confiance importante ou absolue ») par la population totale puis par sous-groupes

	Pourcentage de la population considérant la source d'information comme fortement crédible									
	famille	Médecin traitant	école	gynécologue	Médecin scolaire	pharmacien	Planning familial	Amis	internet	télévision
Population totale	65	63	61	57	43	40	32	30	15	13
Hommes / Femmes	59 / 69 (p<0,05)	55 / 69 (p<0,05)	63 / 59 (p>0,05)	39 / 69 (p<0,05)	43 / 43 (p>0,05)	36 / 43 (p<0,05)	23 / 38 (p<0,05)	23 / 36 (p<0,05)	22 / 10 (p<0,05)	13 / 13 (p>0,05)
Adolescents / Adulescents	68 / 61 (p<0,05)	63 / 64 (p>0,05)	65 / 54 (p<0,05)	56 / 60 (p>0,05)	42 / 44 (p>0,05)	40 / 41 (p>0,05)	27 / 40 (p<0,05)	29 / 33 (p>0,05)	15 / 15 (p>0,05)	12 / 15 (p>0,05)
GNSA / GSA	68 / 61 (p>0,05)	63 / 63 (p>0,05)	69 / 50 (p<0,05)	53 / 63 (p<0,05)	43 / 44 (p>0,05)	37 / 45 (p<0,05)	24 / 43 (p<0,05)	29 / 34 (p>0,05)	15 / 15 (p>0,05)	13 / 13 (p>0,05)
Optimums / non optimums	62 / 61 (p>0,05)	64 / 63 (p>0,05)	51 / 47 (p>0,05)	60 / 67 (p>0,05)	42 / 46 (p>0,05)	44 / 45 (p>0,05)	40 / 48 (p>0,05)	33 / 34 (p>0,05)	16 / 13 (p>0,05)	12 / 15 (p>0,05)

GNSA : groupe non sexuellement actif. GSA : groupe sexuellement actif. Optimums: GSA avec utilisation optimale des moyens de contraception.

Non optimums : GSA avec utilisation non optimale des moyens de contraception.

Les résultats statistiquement significatifs avec le test du Chi 2 figurent en gras (p<0,05).

Tableau 4 : Existe-t-il une demande d'information ?

	Pourcentage de la population ayant répondu « oui » aux questions ci-dessous		
	Pensez-vous qu'une meilleure connaissance de la physiologie de la reproduction vous aiderait à mieux maîtriser les moyens de contraception?	Désirez-vous plus d'information sur la physiologie de la reproduction ?	Désirez-vous plus d'information sur les moyens de contraception ?
Population totale	61	30	44
Hommes / Femmes	60 / 62 (p<0,05)	24 / 35 (p<0,05)	34 / 51 (p<0,05)
Adolescents / Adulescents	66 / 54 (p<0,05)	33 / 26 (p<0,05)	46 / 42 (p>0,05)
GNSA / GSA	65 / 56 (p<0,05)	30 / 31 (p>0,05)	46 / 42 (p>0,05)
Optimums / non optimums	61 / 49 (p<0,05)	31 / 33 (p>0,05)	39 / 47 (p>0,05)

GNSA : groupe non sexuellement actif.

GSA : groupe sexuellement actif.

Optimums: GSA avec utilisation optimale des moyens de contraception.

Non optimums : GSA avec utilisation non optimale des moyens de contraception.

Les résultats statistiquement significatifs avec le test du chi 2 figurent en gras (p<0,05).

Annexe 1 : Questionnaire

Afin de mieux cerner les difficultés liées à la contraception merci de répondre à ce questionnaire anonyme.

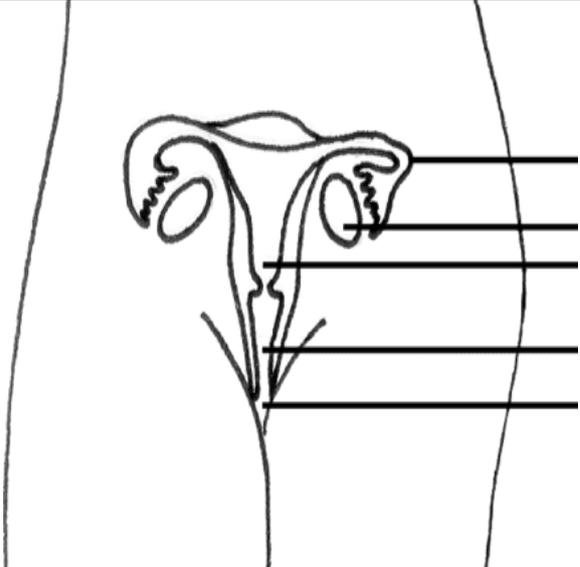
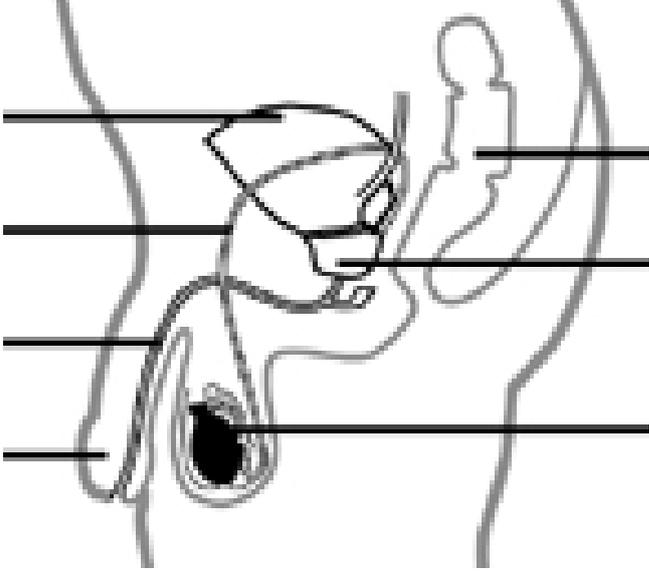
Age :

Sexe :

Pensez-vous connaître le fonctionnement de la reproduction ? Oui / Non

Sur les schémas ci dessous indiquez les numéros correspondant aux différents organes :

NB : plusieurs numéros peuvent se situer sur la même flèche et certaines flèches peuvent ne pas avoir de numéro.

	<p>1 vulve 2 utérus 3 ovaires 4 vagin 5 trompes 6 le lieu de la fécondation 7 le lieu de fabrication des ovules</p> <p>indiquez avec une flèche annotée</p> <p>8 le trajet de l'ovule 9 le trajet des spermatozoïdes</p>
	<p>a penis b testicule c vessie d prostate e le lieu de fabrication des spermatozoïdes</p> <p>indiquez avec une flèche annotée</p> <p>f le trajet des spermatozoïdes</p>

Quelle est la durée moyenne d'un cycle féminin ? (Période entre le premier jour des règles et le premier jour des règles suivantes)

7 jours 14 jours 21 jours 28 jours 35 jours autre, précisez :

A quel moment un rapport sexuel a-t-il le plus de chances d'aboutir à une grossesse ? (En comptant à partir du premier jour des règles).

7° jour 14° jour 21°jour 28° jour 35° jour autre, précisez :

Selon vous, les phrases suivantes sont-elles vraies (V) ou fausses (F) chez les garçons et chez les filles.

Phrases	Filles	garçons
La puberté marque le début des capacités de reproduction. Si vrai précisez un âge approximatif.		
Les capacités de reproduction s'arrêtent un jour. Si vrai précisez un âge approximatif.		
La reproduction est sous dépendance hormonale.		

Voici une liste de moyens de contraception et de mécanismes d'action. Reliez d'un trait ce qui vous semble juste. (Plusieurs réponses possibles pour chaque case)

Stérilet hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empêche la rencontre des spermatozoïdes avec l'ovule.
Stérilet non hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empêche l'embryon de se fixer dans l'utérus
Patch / anneau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empêche la production de l'ovule.
Implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agit de façon hormonale.
Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protège des MST

D'où tenez-vous les informations et quelle confiance y accordez-vous ?

	Aucune confiance	Confiance faible	Confiance modérée	Confiance importante	Confiance absolue
Télévision					
Internet					
Famille					
Amis					
Cours à l'école A quel âge ?					
Médecin scolaire					
Médecin généraliste					
gynécologue					
pharmacien					
Planning familial					
Autre, précisez					

Avez-vous déjà pratiqué (ou votre copine) une IVG ? OUI / NON / NSP

=>Si oui : Combien de fois ?
A quel âge ?
Pourquoi ? Oubli de contraception
Absence de contraception
Préservatif cassé
Autre précisez :
Avez-vous changé de pratique suite à cet/ces épisode(s) ? OUI / NON

Avez-vous déjà été enceinte (ou votre copine)? OUI / NON / NSP

=>Si oui : Combien de fois ?
A quel âge ?
Pourquoi ? Désir de grossesse
Oubli de contraception
Absence de contraception
Préservatif cassé
Autre précisez :
Avez-vous changé de pratique suite à cet/ces épisode(s) ? OUI / NON

Pensez-vous que la connaissance du fonctionnement de la reproduction vous aiderait à mieux maîtriser les moyens de contraception ? OUI / NON

Souhaiteriez-vous avoir plus d'information sur le fonctionnement de la reproduction ? O / N

Souhaiteriez-vous avoir plus d'information sur les moyens de contraception ? O / N

Qu'est ce qui vous semble indispensable pour une meilleure maîtrise de la reproduction ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de vos réponses

**Evaluation of knowledge level about reproductive physiology in young people aged
between 14 and 20 years old
Observational study in Villefranche De Rouergue**

Toulouse, December 10th 2013

Abstract:

Background: Despite information campaigns, the use of emergency contraception is a high and stable level in France. Some studies have evaluated the young people knowledge about contraception, but no the knowledge of reproductive physiology.

Objective: Determine the knowledge level about reproductive physiology and contraception in young people aged between 14 and 20 years old.

Methods: Observational study conducted from a voluntary and anonymous questionnaire assessing the knowledge level of 14-20 years (score of 100), distributed in Villefranche de Rouergue in three schools, family planning, in the gynecology department of the local hospital and in a general practitioner center. We also sought to know the credibility given to different sources of information, and whether there was a need for information.

Results: The average level of knowledge about the physiology of reproduction is 63 out of 100, that of contraception 29 of 100. The school, the family and the doctors seem to be the most credible sources of information. Less than half of respondents expressed a desire for additional information on these topics.

Conclusion: Knowledge of 14-20 years is quite low. It seems important to continue information campaigns.

Key-words: Reproductive physiology, adolescence, knowledge, contraception.

JOURDAIN Bertrand

Evaluation du niveau de connaissance de la physiologie de la reproduction
chez les 14-20 ans
Etude observationnelle à Villefranche De Rouergue

Toulouse, le 10 décembre 2013

Résumé

Contexte : Malgré les campagnes d'informations, le recours à la contraception d'urgence est à un niveau élevé et stable en France. De nombreuses études ont évalué les connaissances des jeunes en matière de contraception, mais aucune les connaissances sur la physiologie de la reproduction.

Objectif : Déterminer le niveau de connaissance des jeunes de 14 à 20 ans sur la physiologie de la reproduction et les moyens contraceptifs.

Méthode : Etude observationnelle menée à partir d'un questionnaire anonyme et volontaire évaluant le niveau de connaissance des 14-20 ans (score sur 100), distribué à Villefranche de Rouergue dans trois établissements scolaires, au planning familial, dans le service de gynécologie du CH local et dans un cabinet de ville. Nous avons cherché en outre à connaître la crédibilité accordée aux différentes sources d'informations, et s'il existait ou non un besoin d'information.

Résultats : Le niveau moyen de connaissance sur la physiologie de la reproduction est de 63 sur 100, celui sur le fonctionnement des moyens de contraception de 29 sur 100. L'école, la famille et les médecins apparaissent comme les sources d'informations les plus crédibles. Moins de la moitié des personnes sondées expriment un désir d'information supplémentaire sur ces sujets.

Conclusion : Les connaissances des 14-20 ans de notre échantillon sont moyennes. Il semble important de poursuivre les campagnes d'information à ce sujet.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-Clés : physiologie de la reproduction, adolescence, connaissances, contraception.

Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Dr CALMELS Patrice