

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Camille BEGUE-FLECHE

Le 07 Février 2023

**QUELLES SONT LES CONNAISSANCES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE
CONCERNANT LES TROUBLES DE LA SEXUALITE DES FEMMES ?**

Directeur de thèse : Dr Anne SAINT-MARTIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Madame le Docteur Laetitia GIMENEZ

Madame le Docteur Lisa OUANHNON

Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LANSAT Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIMIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAÏDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELDRD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Eile (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Mana-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Arme-Munel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUJIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
P.U. Médecine générale	Professeur Associé de Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	M. BOYER Pierre
	M. CHICOULAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
	Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Kanne	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinta	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Manielle

REMERCIEMENTS :

A monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A madame le Docteur Laetitia GIMENEZ,

Je vous remercie de votre disponibilité pour prendre part au jury de cette thèse et de l'intérêt porté à mon travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A madame le Docteur Lisa OUANHNON,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de lire et juger ce travail. Soyez assurée de mes sincères remerciements et ma profonde reconnaissance.

A madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse et m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci d'avoir apporté vos conseils et votre expertise lors des différentes étapes de cette thèse.

A mes parents, je vous remercie infiniment pour votre amour et votre soutien perpétuel. Je ne serai probablement pas Docteur aujourd'hui sans vos encouragements, votre détermination et votre aide durant toutes ces longues années. Je vous aime.

A ma grande sœur, je te suis reconnaissante pour ton soutien et ta bienveillance. Je suis fière d'être ta petite sœur et de t'avoir pour exemple. A tous les bons moments passés ensemble et avec Gustave et Rouki. Je suis sûre que l'avenir nous en réserve encore pleins.

A l'ensemble de ma famille, particulièrement à grands-parents qui m'ont soutenus et sont fiers de moi. Je remercie aussi mon cousin Michel et son épouse Germaine pour leur accueil et leur gentillesse qui ont rendu mon arrivée en Occitanie meilleure. Même si vous ne pouvez pas être tous présents en ce jour, je sais que vos pensées sont avec nous et je vous en remercie infiniment.

Aux Saint-lois, Adrien, Baptiste, Elise, Julia, Louis, Marceau, Paula, Pauline, Quentin, Thibault, Valentin, à tous ces bons moments, nos soirées folles, nos vacances et toutes celles à venir.

A Robin, je tiens à te remercier pour le soutien que tu as été au quotidien pendant ces années qui n'ont pas toujours été faciles. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A Héloïse, Elisa, Mélanie et toutes ces heures passées ensemble sur le praticable et en dehors. Merci pour votre soutien et votre amitié. Je suis fière d'avoir grandi avec vous et de voir les femmes que vous êtes devenues. A Rodica, merci pour toutes les valeurs sportives que tu m'as enseigné durant ces années qui m'ont beaucoup servies et me servent encore quotidiennement. Je te remercie pour ton engagement et la passion que tu nous as transmise.

A Jean-Baptiste, merci de m'avoir accompagnée à l'école toutes ses années et de me supporter encore malgré la distance. A toutes nos aventures, nos péripéties et à toutes celles à venir.

A Enora, un immense merci pour ta bonne humeur, ton écoute et ta positivité. De nos footings corses aux soirées rouennaises, tous nos souvenirs et les prochains sont déjà inoubliables. Merci pour ton amitié précieuse.

Mes Queens, Anne-Claire, Coralie, Laure, Léa, Lucie et Mallaury, grâce à vous ces folles années d'externat auront été plus douces et déjantées. Merci d'être toujours aussi drôles, présentes et surprenantes (je ne suis jamais assez prête pour toutes vos anecdotes...). A notre belle amitié et à toutes nos futures vadrouilles !

A la coloc Alsace, Abdel, Antoine, Adrien, Elodie et Johan, vous êtes mes plus belles rencontres de ces trois années. On a débuté cette colocation avec timidité et je suis repartie avec ma nouvelle famille Toulousaine (et Aveyronnaise...) en combinaison à paillettes !

A Francko, Jean, Julien, Lucas et Maximin, merci pour notre été fou à Carcassonne et tous les événements depuis. A nos futures vacances au ski, matchs de rugby et soirées jeux (non Julien on ne te laissera pas gagner...).

A Elodie, mon Tic, à notre coup de foudre amical et à notre nouvelle vie !

Florian, à notre rencontre aussi imprévisible que géniale. Merci pour ta bonne humeur, ton humour parfois douteux, ta confiance et tous les moments passés ensemble (et tous ceux à venir j'espère...). J'ai hâte qu'on retourne explorer de nouveaux pays, kiter et voir pleins de murènes (si je suis admise dans ta palanquée...).

TABE DES MATIERES :

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

- 1) Concept de santé sexuelle en médecine et pratiques médicales
 - A- Le concept de Santé sexuelle et les objectifs à différentes échelles
 - B- Les acteurs de terrain en termes de santé sexuelle
- 2) Etat des lieux de la formation en santé sexuelle des femmes dans les facultés de médecine en France

MATERIEL ET METHODE

- 1) Objectifs de l'étude
- 2) Bibliographie
- 3) Population d'étude
- 4) Type d'étude
- 5) Questionnaire
- 6) Analyse des données

RESULTATS

- 1) Caractéristiques de l'échantillon
- 2) Les trois troubles étudiés
 - A- Généralités
 - B- Epidémiologie
 - C- Eléments de l'interrogatoire
 - D- Hypothèses diagnostiques
 - E- Diagnostic
 - F- Examen clinique
 - G- Examens complémentaires
 - H- Conduite à tenir et prise en charge
 - I- Orientation
 - J- Expérience personnelle
- 3) Sources d'information des étudiants
- 4) Comparaisons entre différents groupes
 - A- Internes de première et de troisième année
 - B- Les différents troubles

DISCUSSION

- 1) Limites et biais de l'étude
- 2) Intérêt de l'étude
- 3) Principaux résultats
 - A- Validité interne et externe
 - B- Connaissances des trois troubles étudiés
 - i- Généralités et épidémiologie
 - a- Résultats et comparaison à la littérature
 - ii- Interrogatoire et diagnostic
 - iii- Examens complémentaires et prise en charge
 - iv- Ressenti et aisance des internes
- 4) Les objectifs secondaires de l'étude
 - A- Quelles sont les sources d'information utilisées ?
 - B- Existe-il une différence des connaissances selon les années d'étude ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS :

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

APA : Association de Psychiatrie Américaine

ARS : Agence Régionale de Santé

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIDFF : Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

EVARS : Espaces de Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle

ECN : Examen Classant National

FST : Formations Spécialisées Transversales

HAS : Haute Autorité de Santé

IREPS : Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé

ISNAR IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MDA : Maison Départementale des Adolescents

MDS : Maisons Des Solidarités

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIMPSS : Service Inter-universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

INTRODUCTION :

1) Concept de santé sexuelle en médecine et pratiques médicales :

A- Le concept de Santé sexuelle et les objectifs à différentes échelles :

Les comportements sexuels et l'étude de la sexualité ont évolués avec la société. La sexualité des femmes a longtemps été associée au rôle de reproduction et c'est à partir du XX^e siècle que la distinction entre reproduction et plaisir a pris place en France (1). C'est ensuite à partir de 1970 que les droits des femmes en termes d'égalité, de sexualité et de procréation s'établissent en France avec la Révolution Sexuelle à laquelle ont pris part des mouvements tels que le mouvement de libération des femmes auquel a participé Simone De Beauvoir (2). Depuis 2017, il existe une forte libération de la parole concernant les violences faites aux femmes avec des mouvements tels que « #me too » ou « BalanceTonPorc ». Ces évolutions sociétales et la prise de parole des femmes a permis de prendre progressivement en compte la sexualité des femmes dans sa globalité, que ce soit sur le plan politique, sociétal ou médical.

La notion de santé sexuelle a été étudiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1974 et définie en 2006 comme (3) : « un état de bien-être physique, émotionnel, mentale et social en matière de sexualité ce qui n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». La santé sexuelle englobe les questions de genre, les relations, le plaisir et les risques qui y sont liés (3). La bonne santé sexuelle des personnes dépend de leur accès à l'information sur le sexe et la sexualité, leur connaissance sur les risques d'une activité sexuelle non protégée, leur capacité à accéder aux soins dans ce domaine et l'environnement dans lequel ils vivent (3).

La première stratégie nationale de santé sexuelle a été décidée en 2017 (4) avec des objectifs fixés pour 2030. On retrouve des objectifs de promotion de la santé sexuelle notamment auprès des jeunes, d'amélioration du parcours de soin, du dépistage et de la prise en charge des IST, d'amélioration de la santé reproductive, de réponse aux besoins des populations les plus vulnérables, de promotion de la recherche et de l'innovation et enfin de prise en compte des spécificités d'outre-mer (4). En vue de remplir ces objectifs, une feuille de route a été établie par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour les années 2021 à

2024 (5). On y trouve l'objectif d'action n°7 : « former et sensibiliser l'ensemble des professionnels intervenants dans le champ social, médico-social, santé et justice à la santé sexuelle et reproductive ». Enfin, les nouvelles directives nationales du 7 septembre 2022 pour le développement professionnel continu prennent en compte deux axes de santé sexuelle que sont la promotion, la prévention et la prise en charge en matière de santé sexuelle et la santé sexuelle de l'homme (6).

A l'échelle régionale, les 3 axes d'actions prioritaires par l'ARS d'Occitanie sont l'éducation des jeunes filles à la vie affective et sexuelle dont fait partie la formation des professionnels, l'accès aux dispositifs d'écoute, d'information, d'éducation et de prévention des risques et l'accès aux soins (7). L'ARS organise annuellement des semaines nationales de la Santé Sexuelle qui s'adressent au grand public dans un but d'information et de prévention (8).

B- Les acteurs de terrains en termes de Santé sexuelle :

Il existe de nombreuses associations et organisations promouvant différentes thématiques de la santé en matière de sexualité. Ainsi il existe un maillage de structures complémentaires.

Les structures ayant une fonction sociale sont les Espaces Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (EVARS), le planning familial, les Maisons Des Solidarités (MDS), les Maisons des Adolescents (MDA) et les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF). Ils ont des rôles d'information, d'écoute, d'éducation, d'accompagnement sur différentes thématiques :

- EVARS : l'accès aux droits sexuels et reproductifs, l'accompagnement de la vie relationnelle (9). Les professionnels sont des assistantes sociales et des conseillers conjugaux et familiaux et des personnes formées à la vie affective.
- Planning familial : les thématiques relationnelles, affectives et de la sexualité, le choix d'une contraception, l'orientation des demandes d'IVG, l'éducation à la santé sexuelle, la lutte contre les IST et la lutte contre les violences (10).
- MDS : la parentalité, la santé de l'enfant, l'éducation, la maîtrise de la fécondité, le suivi gynécologique et l'accompagnement des femmes victimes de violences. Pour les personnes en situation de précarité (11).
- MDA : pour les 11-21ans (12).
- CIDFF : rôle social et législatif pour l'autonomie sociale, professionnelle et personnelle des femmes et la promotion de l'égalité des hommes et des femmes (13).

L'information et l'accompagnement de l'accès aux droits et l'insertion professionnelle. L'orientation vers des services sociaux adaptés, des hébergements, des avocats.

Les structures ayant un rôle médical sont les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et le service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIMPSS). Ils organisent des consultations s'adressant à différents types de population :

- CPEF (devenu centre de santé sexuelle depuis février 2022) : ouvert à tous avec un rôle de dépistage des IST et d'orientation au CeGIDD si besoin, la mise en place de contraception, l'orientation et la prise en charge des demandes d'IVG, le « conseil conjugal » (14).
- CeGIDD : pour les personnes exposées. Rôle de dépistage, prévention, diagnostic et orientation des IST, IVG et violences sexuelles (15).
- SIMPSS : pour les étudiants. Rôle de prévention, éducation et promotion de la santé sexuelle, mentale, des addictions, des vaccinations et de la nutrition (16).

Ces structures sont mises en place par l'état (CIDFF, MDA), les conseils départementaux (CDPEF, PMI, MDS) ou le milieu associatif (Le Planning familial, EVARS).

Les personnels médicaux sont aussi des acteurs centraux de la prise en charge et de l'orientation des femmes présentant des troubles de la sexualité. On peut citer les gynécologues, les sages-femmes, les médecins généralistes qui sont des praticiens de premier recours. Selon les problématiques, ils peuvent orienter les patientes vers d'autres praticiens tels que les kinésithérapeutes, les sexologues, les chirurgiens obstétriques, les psychologues.

2) Etat des lieux de la formation dans les facultés de médecine de France :

La première année des études de santé ou PACES est en cours de réforme. Les 2 années suivantes reposent sur des enseignements théoriques s'intéressant à l'anatomie et la physiologie de chaque appareil (17). Un enseignement pratique de sémiologie débute durant ces 2 années.

L'externat s'étend de la 3^{ème} à la 6^{ème} année d'étude de médecine (18). Il combine des cours facultaires, des stages dans les services des centres hospitaliers et le travail personnel. Le programme des cours facultaires repose sur la liste de 362 items de l'examen classant national (ECN) (19). Ceci est valable pour les promotions allant jusqu'en 2023 puisqu'une réforme est en cours. Parmi ces items seuls 3 s'intéressent à la sexualité. Un item au sujet

des maladies sexuellement transmissibles, un au sujet de l'accueil d'un sujet victime de violences sexuelles et un item concernant la sexualité normale et ses troubles (19). Ce dernier donne des informations théoriques sur la physiologie de la sexualité et de brèves explications des troubles (20). Sont étudiés les troubles du désir des hommes, les troubles de l'éjaculation, les troubles du désir des femmes, les troubles de l'excitation et les troubles de l'orgasme des femmes, le vaginisme, les dyspareunies et enfin les paraphilies (20). A propos de la formation pratique au cours de l'externat, la réalisation d'un stage en médecine générale, un stage en service de chirurgie et un stage aux urgences ou en réanimation sont obligatoires (18). Les stages en santé de la femme ne sont pas systématiques.

L'internat de médecine générale fait suite au concours de l'ECN. Il se déroule en 3 années durant lesquelles les étudiants réalisent des stages pratiques de 6 mois (21). La maquette des stages est définie comme suit :

- 1^{ère} année : un stage aux urgences et un stage en médecine générale ambulatoire
- 2^{ème} et 3^{ème} année : un stage hospitalier, un stage en Santé de la Femme et santé de l'enfant (un dans chaque discipline ou un stage couplé), au moins un stage de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

Le stage en santé de la femme peut être réalisé dans un service hospitalier de gynécologie, au CPEF, avec un gynécologue qui travaille en ambulatoire, chez un médecin généraliste pratiquant régulièrement la gynécologie. Chaque étudiant rencontrera des situations cliniques différentes ne permettant pas toujours de faire face à des problématiques de santé sexuelle. Des enseignements facultaires, théoriques, sont réalisés (21). Le programme de ses enseignements est propre à chaque faculté. Il existe à Toulouse comme à Bordeaux un enseignement obligatoire qui concerne les violences faites aux femmes et les troubles de la sexualité (22). Dans d'autres facultés comme à Lyon, il existe un atelier optionnel au sujet de la sexualité. Enfin, à Caen ou de Montpellier par exemple, il existe des formations en gynécologie et santé de la femme mais il n'y a pas d'enseignement s'intéressant à la santé sexuelle.

Les étudiants qui le souhaitent peuvent compléter leur formation par des Formations Spécialisées Transversales (FST). Les FST proposées aux internes de médecine générale concernent la médecine scolaire, la médecine polyvalente, l'addictologie, les soins palliatifs, la médecine de la douleur, la médecine du sport et la médecine légale (23). Les domaines de la santé de la femme ou de la santé sexuelle ne sont pas proposés.

D'autres formations sont réalisables pendant ou après l'internat, il s'agit des diplômes universitaires (DU) ou diplômes inter-universitaires (DIU). Ce sont des formations approfondies se déroulant selon des modalités propres à chaque diplôme. Elles durent 1 à 3

ans. Une formation complémentaire en sexologie est réalisable. Il existe par exemple un DU de sexologie en 3ans à la faculté de Toulouse ou un DIU de sexologie et médecine sexuelle également en 3ans qui se déroule entre les facultés de Marseille et de Montpellier (24).

Il existe des formations en dehors du cadre universitaire proposées par des organismes de formation, les réseaux de périnatalité, l'IREPS (Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé) ou encore REIVOC (Réseau IVG Occitanie). Ces formations s'inscrivent dans le plan d'action mené par l'ARS d'Occitanie.

Le rôle du secteur médical afin de prendre part et de promouvoir la santé sexuelle est bien défini avec de multiples acteurs et des objectifs de santé publique à toutes les échelles. Cependant, malgré la prise en compte croissante de l'importance de la santé sexuelle, la formation des futurs médecins généralistes dans ce domaine semble pauvre et ne semble pas leur permettre de faire face aux demandes spécifiques en lien avec celle-ci. C'est la raison pour laquelle nous nous posons la question, quelles sont les connaissances des internes de médecine générale concernant les troubles de la sexualité des femmes ?

Matériel et méthode :

1) Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était de décrire l'état des connaissances des internes de médecine générale de Toulouse concernant les troubles de la sexualité des femmes.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les sources d'information des étudiants sur cette thématique dans et hors cadre universitaire, d'évaluer l'évolution des connaissances au cours de l'internat et de repérer les pathologies sexuelles féminines les moins connues des étudiants.

2) Bibliographie :

La recherche bibliographique de cette étude a été effectuée à l'aide de logiciels PubMed, Google et Google Scholar. Les mots clés utilisés en français étaient : troubles sexualité, femmes, dyspareunies, troubles du désir, mutilations sexuelles, formation médicale. En anglais les mots clés étaient les suivants : female sexual dysfunction, general practitioner sexual healthcare, Hypoactive sexual desire disorder, dyspareunia, female sexual mutilation, postgraduate education.

3) La population d'étude :

La population d'étude était l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de Toulouse durant l'année universitaire 2021-2022. D'après les résultats d'affectation des ECN 2019, 2020 et 2021, la population cible représentait 435 étudiants.

Le critère d'inclusion était l'inscription en DES de médecine générale, à la faculté de Toulouse Rangueil (Université Paul Sabatier Toulouse III) durant l'année 2021-2022. Les étudiants des trois années de formation (TCEM 1, 2 et 3) étaient concernés.

Le seul critère d'exclusion était le fait de ne pas répondre à l'ensemble du questionnaire.

4) Le type d'étude :

C'est une étude épidémiologique descriptive transversale uni-centrique. Afin de répondre à l'objectif principal, une étude quantitative a été réalisée. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire (qui est décrit dans la partie 5). Le critère de jugement principal était le nombre de bonnes réponses aux questions des parties 2 à 4 du questionnaire.

5) Questionnaire :

Le questionnaire a été réalisé sur le logiciel Google Form. Une version papier identique a également été imprimée.

Il est divisé en 5 grandes parties :

- 4 questions s'intéressaient aux informations personnelles. Elles permettaient d'obtenir des éléments démographiques sur la personne interrogée tels que l'âge, le sexe, la faculté d'externat et le nombre de semestre d'internat.
- 8 questions concernaient les dyspareunies.
- 9 questions portaient sur les mutilations sexuelles des femmes.
- 5 questions concernaient les troubles du désir des femmes.
- 3 questions interrogeaient sur les sources d'information des internes sur ces différents troubles que ce soit durant la formation universitaire ou en dehors, tous les moyens d'informations étaient pris en compte.

Les parties s'intéressant respectivement aux dyspareunies, aux mutilations sexuelles et aux troubles du désir, ont été construites en suivant les différentes étapes d'une consultation. On retrouvait des questions d'ordre général sur chaque trouble, suivies de questions qui concernaient l'interrogatoire, les éléments du diagnostic et des diagnostics différentiels, l'examen clinique, les examens complémentaires et enfin la prise en charge. Pour chacun des troubles on pouvait aborder le savoir, le savoir-être et le savoir-faire.

Les questions interrogeant le savoir se rapportaient essentiellement à la prévalence, à la physiologie et au cadre législatif des pathologies étudiées. Ensuite, on retrouvait des questions qui concernaient le savoir-être telles que le fait d'avoir déjà été confronté à ces situations cliniques et d'être à l'aise durant l'examen. Enfin, les questions concernant le savoir-faire se rapportaient aux connaissances des internes en mise en situation, sur la prise en charge qu'ils adopteraient, leur capacité à prescrire les soins ou à adresser correctement les patientes.

Au total, ce questionnaire contenait 29 questions. Il y avait 18 QCM, 7 questions à réponse unique, 2 échelles numériques et 2 questions ouvertes. La mention « autre » apparaissait 9 fois, afin de permettre aux étudiants d'argumenter et compléter leur réponse.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé auprès d'internes de médecine générale d'autres facultés ainsi qu'auprès de personnes hors filière médicale. Ce test a permis d'évaluer la bonne compréhension des questions, de prendre en compte les remarques éventuelles et d'évaluer le temps nécessaire pour répondre.

Le questionnaire a été diffusé aux internes des différentes promotions à travers la gazette des thèses qui est envoyée par mail par l'Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées à l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de

Toulouse. Des exemplaires papiers ont également été distribués lors de cours à la faculté et de Groupes d'Echanges de Pratiques (GEP) ayant eu lieu à Auch (32) les 18, 19 et 20 janvier 2022. La période de recueil s'est étendue du 7 janvier au 28 février 2022. Au total, il y a eu deux relances pour les questionnaires en ligne et trois dates de GEP pour les questionnaires en format papiers.

6) Analyse des données

La base de données a été effectuée à l'aide du logiciel Excel.

La première partie des résultats a été réalisée sous forme d'une analyse descriptive des données recueillies. Les tests statistiques de corrélations ont été réalisés à l'aide de BiostaTGV. Les tests réalisés sont des tests de chi² et des tests exacts de Fisher lorsque l'effectif attendu était inférieur à 5.

Le seuil de significativité de la p-value choisi est 5%.

Résultats :

1) Caractéristiques de l'échantillon :

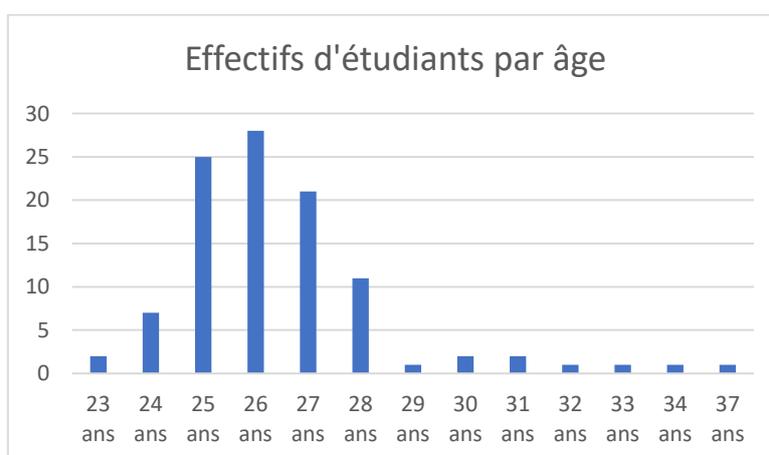
Suite au premier envoi du questionnaire par mail, 55 étudiants ont répondu. Après une seconde relance par mail ainsi que la distribution du questionnaire lors d'enseignements facultaires, un total de 104 questionnaires a été recueilli. La population cible étant de 435 étudiants d'après les affectations du CNG 2019, 2020 et 2021, le taux de réponse était de 23,9%.

Parmi les questionnaires remplis, un seul a été exclu car incomplet. 103 questionnaires ont été analysés.

Sur les 103 questionnaires analysés, 74 femmes ont répondu soit 71,8% de l'échantillon et 29 hommes soit 28,2%, ce qui correspond à la répartition en genre de la population d'étude.

La répartition des réponses selon les promotions est homogène. 35 étudiants ont répondu être en première année (soit 34% de l'échantillon). Il y avait 29 internes de deuxième année (soit 28,2%) et 39 internes de troisième année (soit 37,9%). Cette homogénéité est comparable à celle des effectifs des trois promotions étudiées avec un total de 153 étudiants en première année, 149 en deuxième année et 159 en troisième année d'internat.

L'âge des internes répondant au questionnaire se situait entre 23ans et 37ans. L'âge médian des étudiants était 26ans. La répartition des effectifs d'étudiants ayant répondu par âge est représentée dans la figure ci-dessous :



La dernière caractéristique de la population qui était évaluée est la faculté d'externat. Les internes interrogés étant uniquement des internes de la faculté de médecine de Toulouse,

quasiment la moitié des internes répondant ont effectué leur externat à Toulouse. Ils représentent 51 réponses (soit 49,5% de l'échantillon).

2) Les trois troubles étudiés :

A- Généralités :

Il y avait une question sous forme de QCM au sujet des généralités de la physiologie des troubles du désir. Elle s'intéressait au fonctionnement et à l'évolution du désir selon le sexe et l'âge du patient ainsi qu'aux hormones entrant en jeu. Un autre QCM concernait les généralités et le cadre législatif des MSF à savoir, les pays dans lesquels elles sont interdites, les types de mutilations les plus fréquentes et les raisons pour lesquelles elles sont réalisées. Les résultats sont représentés par le tableau suivant :

	Entièrement correcte	Partiellement correcte	Partiellement incorrect	Entièrement incorrecte
MSF	3 (2,9%)	18 (17,5%)	81 (78,6%)	1 (1%)
Troubles du désir	0 (0%)	73 (70,9%)	28 (27,2%)	2 (1,9%)

Il apparaît que plus des $\frac{3}{4}$ des étudiants ne connaissent pas les généralités interrogées en lien avec les MSF alors que les $\frac{3}{4}$ d'entre eux ont répondu une majorité de bonnes réponses au sujet des généralités sur les troubles du désir.

B- Epidémiologie :

Les connaissances de l'épidémiologie des dyspareunies et des MSF ont été étudiées par un QCM à réponse unique dont les résultats sont représentés ci-dessous :

	Réponse juste	Sous-estimation	Surestimation
Dyspareunies	25 (24,3%)	7 (6,8%)	71 (68,9%)
MSF	26 (25,2%)	48 (46,6%)	29 (28,2%)

Le taux de réponses correctes concernant l'épidémiologie des dyspareunies est similaire à celui des MSF et concerne $\frac{1}{4}$ des internes. Cependant, on note parmi les mauvaises réponses une surestimation de la prévalence des dyspareunies et au contraire, une sous-estimation des MSF.

C- Eléments de l'interrogatoire :

Les éléments à rechercher lors de l'interrogatoire ont été étudiés pour les 3 troubles sous forme de QCM. A noter que pour le QCM au sujet des troubles du désir, l'ensemble des items étaient vrais. La cotation était différente : correcte lorsque les 5 items sont cochés, partiellement bon lorsqu'au moins 3 items sont cochés, partiellement erroné quand 2 items étaient cochés (puisque cela représente plus de mauvaises réponses que de bonnes) et faux lorsqu'une seule réponse était sélectionnée.

	Entièrement correcte	Partiellement correcte	Partiellement incorrecte	Entièrement incorrecte
Dyspareunies	19 (18,4%)	1 (1%)	83 (80,6%)	0
MSF	44 (42,7%)	29 (28,2%)	30 (29,1%)	0
Troubles du désir	72 (69,9%)	31 (30,1%)	0	0

D- Hypothèses diagnostiques :

Les connaissances concernant les diagnostics étiologiques à évoquer ont été évaluées pour les dyspareunies et les troubles du désir à l'aide d'un QCM.

	Entièrement correcte	Partiellement correcte	Partiellement incorrecte	Entièrement incorrecte
Dyspareunies	12 (11,7%)	37 (35,9%)	54 (52,4%)	0
Troubles du désir	4 (3,9%)	64 (62,1%)	35 (34%)	0

Quasiment 2/3 des étudiants identifient au moins partiellement les hypothèses diagnostiques à évoquer devant des troubles du désir tandis que pour les dyspareunies, la moitié des étudiants répondent de manière partiellement fausse.

E- Diagnostic :

Seules les connaissances des critères diagnostiques des troubles du désir ont été étudiées. La majorité des internes, soit 61 (59,2%) ont répondu en parti de manière incorrecte à cette question. 23 personnes (22,3%) ont répondu partiellement vrai. Enfin, 17 (16,5%) ont répondu correctement et 2 (1,9%) de manière totalement erronée. La répartition des réponses par item a été décrite par le tableau suivant : (Les réponses correctes sont écrites en bleu)

	Bonnes réponses	Réponses fausses
Symptômes de réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle évoluant depuis un minimum de 3 mois.	40	63
Symptômes provoquant une détresse cliniquement significative chez la patiente.	92	11
Absence d'étiologie organique, toxique ou iatrogène pouvant expliquer les troubles	91	12
Présence d'au moins 3 symptômes de réduction de l'intérêt ou de l'excitation	58	45
Moins de manifestations de désir que son partenaire	103	0

F- Examen clinique :

L'aisance des internes pour réaliser l'examen clinique chez des patientes ayant des troubles de la sexualité a été évaluée par une échelle d'auto-évaluation pour les dyspareunies et les MSF. Les échelles allaient de 0 (pas du tout à l'aise) à 10 (totalement à l'aise).

	Très peu à l'aise (0-3)	Peu à l'aise (4-5)	Plutôt à l'aise (6-7)	Très à l'aise (8-10)
Dyspareunies	22 (21,3%)	30 (29,1%)	37 (35,9%)	14 (13,6%)
MSF	50 (48,5%)	28 (27,2%)	21 (20,4%)	4 (3,9%)

Concernant l'examen clinique des femmes atteintes de dyspareunies, la moitié des étudiants se sentent à l'aise tandis que concernant les femmes ayant subies des MSF plus de 2/3 des étudiants sont peu ou pas du tout à l'aise pour réaliser cet examen.

G- Examens complémentaires :

Il s'agissait de savoir si les internes savaient ou non prescrire les examens complémentaires correspondant à leurs hypothèses diagnostiques devant des dyspareunies. Ils pouvaient répondre « oui », « non » ou « partiellement » tout en détaillant alors ce qu'ils savaient faire ou non. 26 étudiants ont répondu « oui » (soit 25,2%), 42 ont répondu « non » (40,8%) et 35 ont répondu « partiellement » (34%). Parmi les réponses détaillées, on retrouve majoritairement quatre examens : le prélèvement des IST (cité 13 fois), l'échographie pelvienne (citée 16 fois), l'ECBU (cité 10 fois) et le bilan sanguin (cité 10 fois). Les autres réponses citées sont les suivantes : orientation vers un autre professionnel de santé, IRM pelvienne, examen clinique gynécologique, frottis cervico-vaginal. 6 étudiants

n'ont apporté aucune précision et 4 sont restés évasifs avec des réponses telles que « selon hypothèse diagnostique ».

H- Conduite à tenir et prise en charge :

Les connaissances des internes concernant la prise en charge ont été évaluées pour les 3 troubles sous forme de QCMs.

Pour les dyspareunies et les troubles du désir, il leur a été demandé les outils de prise en charge qu'ils connaissaient. A noter que pour les dyspareunies, tous les items de ce QCM étaient vrais (la cotation a été faite comme pour l'évaluation des éléments de l'interrogatoire des troubles du désir).

	Entièrement correcte	Partiellement correcte	Partiellement incorrecte	Entièrement incorrecte
Dyspareunies	3 (2,9%)	61 (59,2%)	26 (25,2%)	13 (12,6%)
Troubles du désir	1 (1%)	101 (98,1%)	1 (1%)	0

La conduite à tenir pour les troubles du désir était partiellement connue par la quasi-totalité des étudiants alors que pour les dyspareunies elle était connue par 2/3 d'entre eux.

Une autre question évaluait si les internes savaient prescrire les différents moyens de prise en charge des dyspareunies. Pour cette question ils pouvaient répondre « oui », « non » ou « partiellement » avec la possibilité de préciser leur réponse lorsque la réponse « partiellement » était choisie. 10 internes (9,7%) ont répondu « oui », 60 (58,3%) ont répondu « non » et 33 (32%) ont répondu « partiellement ». Parmi les précisions apportées, ils ont dit savoir prescrire la rééducation (8 fois), l'orientation vers une sage-femme (1 fois), vers un sexologue (2 fois), la prescription de crèmes (4fois). Au contraire 1 étudiant a précisé ne pas savoir prescrire les crèmes. 5 ont cité ne pas savoir orienter pour la photobiomodulation par LED et 3 ne pas savoir orienter vers un sexologue.

Les connaissances de la conduite à tenir dans le cadre des MSF a été interrogée sous forme de deux QCMs. Le premier se rapportant à la conduite à tenir devant une mineure à risque et la seconde dans une situation de femme ayant subie des MSF.

	Entièrement correcte	Partiellement correcte	Partiellement incorrecte	Entièrement incorrecte
Mineure à risque de MSF	5 (4,9%)	23 (22,3%)	35 (34%)	40 (38,8%)
Femme ayant subie des MSF	86 (83,5%)	8 (7,8%)	9 (8,7%)	0

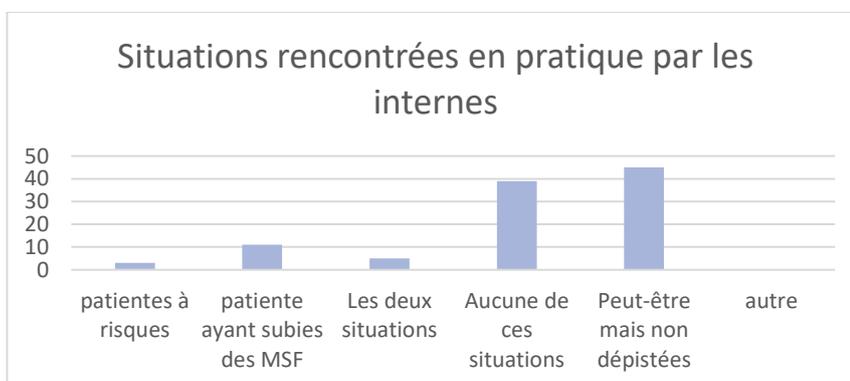
Les internes sont plus à l'aise avec les patientes ayant subies des mutilations puisque plus des $\frac{3}{4}$ ont répondu correctement. Au contraire, les $\frac{3}{4}$ des internes ont eu des réponses partiellement ou entièrement incorrectes concernant la prise en charge des patientes à risque.

I- Orientation :

Il a été demandé aux internes s'ils savaient orienter les patientes souffrant de dyspareunies vers les spécialistes adéquates. Ils pouvaient répondre « oui », « non » ou « partiellement » en précisant leur réponse. 15 internes (14,6%) ont répondu « oui », 37 (35,9%) ont répondu « non » et 51 (49,5%) ont sélectionné « partiellement ». Parmi les réponses détaillées 3 sont majoritaires avec les gynécologues (cités 17 fois), les sexologues (14 fois) et les psychologues (10 fois).

J- Expérience personnelle :

L'expérience vécue des internes n'a été évaluée que pour les MSF, par 3 questions. La première s'intéressait aux situations rencontrées en pratique par les internes. 39 internes (37,9%) n'ont jamais rencontré pendant leur cursus de patientes à risque de MSF ou ayant été mutilées. 45 internes (43,7%) ne savaient pas car ils ne dépistaient pas ce trouble. 3 (2,9%) ont déjà rencontré des femmes à risque et 11 (10,7%) ont déjà rencontré des femmes ayant subi des MSF.



La question suivante était une auto-évaluation de la capacité des internes à mener une consultation avec une femme à risque ou ayant subi des MSF. La majorité des internes, 83 (80,6%) ont répondu ne pas être en mesure de mener cette consultation. 7 étudiants (6,8%) ont répondu se sentir à l'aise dans les deux situations, 5 (4,9%) sont à l'aise uniquement avec des femmes ayant subies des MSF et 8 (7,8%) ne se sentent à l'aise qu'avec des patientes à risque.

Enfin, la 3^{ème} question s'intéressait à la pratique des internes, à savoir, s'ils pensaient à dépister les MSF en consultations. La majorité ont répondu ne jamais dépister les mutilations (77 soit 74,8%). 24 internes (23,3%) ont déclaré dépister parfois les MSF. 2 (1,9%) les dépistent souvent. Aucun interne n'a répondu dépister les MSF systématiquement. La proposition « autre » n'a pas été sélectionnée.

3) Les sources d'informations :

	Cours théoriques facultaires durant l'externat	Cours théoriques facultaires durant l'internat	Pratique durant les stages d'internat	Littérature médicale/sites médicaux	Littérature ou sites non médicaux	Formations hors du cursus universitaire	Discussion avec des pairs et collègues	Discussion avec famille et amis	Autres
Dyspareunies	77	25	38	31	28	3	51	35	3
Mutilations sexuelles féminines	23	15	12	14	40	2	30	31	9
Troubles du désir	81	18	28	22	29	4	35	40	2

Les sources d'informations des futurs médecins généralistes sont sensiblement similaires au sujet des dyspareunies et des troubles du désir. Les cours théoriques durant l'externat sont les supports les plus cités, suivi des discussions avec les pairs et avec la famille et les amis. Pour les mutilations sexuelles, les cours théoriques sont peu mentionnés. Les internes semblent davantage se tourner vers la littérature ou les sites non médicaux ainsi que les discussions avec les pairs, la famille et les amis.

4) Comparaisons entre différents groupes :

A- Internes de première et de troisième année :

L'hypothèse H0 était celle d'une répartition similaire des réponses apportées entre les internes de 1^{ère} et de 3^{ème} année. Le but étant de voir si au fil de la formation les réponses changeaient (voire si les connaissances étaient meilleures mais nous n'avons pas effectué de test de supériorité).

Pour les dyspareunies, l'hypothèse H0 a été rejetée pour 4 questions posées :

	Nombre d'internes de 1 ^{ère} année	Nombre d'internes de 3 ^{ème} année	p-value
Question 3 sur les étiologies organiques :			0,047
- Entièrement correcte	2	7	
- Partiellement correcte	10	17	
- Entièrement incorrecte	23	15	
Question 4 sur l'aisance à l'examen clinique :			0,007
- 0-3	11	5	
- 4-5	12	7	
- 6-7	11	17	
- 8-10	1	10	
Question 7 sur les moyens de prise en charge :			0,0007
- Oui	0	9	
- Non	28	16	
- Partiellement	7	14	
Question 8 sur l'orientation des patientes :			0,0003
- Oui	1	10	
- Non	22	8	
- Partiellement	12	21	

Une absence significative de différence entre les réponses des 1^{ère} année et des 3^{ème} année n'a été retrouvée que pour une question au sujet des mutilations sexuelles. Il s'agit

d'une échelle d'auto-évaluation concernant l'aisance durant l'examen clinique d'une patiente victime de MSF :

	Nombre d'internes de 1 ^{ère} année	Nombre d'internes de 3 ^{ème} année	p-value
Question 15 sur l'aisance à l'examen clinique :			0,001
- 0-3	19	17	
- 4-5	13	7	
- 6-7	1	14	
- 8-10	2	1	

Enfin, pour les troubles du désir, la répartition des réponses des internes de 1^{ère} et 3^{ème} année était similaire pour l'ensemble des questions.

B- Les différents troubles

L'objectif de ce test statistique était de savoir s'il existe une différence de connaissances des différents troubles pour chacune des étapes de consultation. La répartition de bonnes et mauvaises réponses est similaire concernant les généralités des mutilations et des troubles du désir ($p=2,32$). La répartition des réponses de l'épidémiologie des mutilations et des dyspareunies n'est également pas significativement différente ($p=3,38$). La répartition des réponses concernant les éléments à rechercher à l'interrogatoire a été comparée pour chacun des troubles et n'est pas significativement différente (mutilation et dyspareunies $p=5,93$; mutilations et troubles du désir $p=1,01$; dyspareunies et troubles du désir $p=1,47$). Les réponses sur les questions des outils de prise en charge des dyspareunies et des troubles du désir ne sont pas significativement différentes ($p=5,37$). De même, les réponses sur la conduite à tenir en cas de risque de mutilation chez une patiente et celle des femmes victimes de mutilations ne retrouvent pas de différence significative ($p=5,20$).

La répartition des réponses concernant les hypothèses diagnostiques en cas de dyspareunies est significativement différente de celle des troubles du désir ($p=0,0005$). Enfin, une seconde différence est observée, entre les réponses concernant l'examen clinique en cas de dyspareunies et de mutilations ($p=0,0001$).

DISCUSSION :

1) Limites et biais

Il aurait été intéressant de questionner l'ensemble des internes de Médecine générale afin d'avoir une meilleure représentativité externe. Cependant, pour des raisons logistiques nous avons choisi de n'interroger que les étudiants de la faculté de Toulouse. Il y a toutefois une forte représentativité interne avec un échantillon représentant quasiment 25% de la population d'étude.

Les internes devaient être volontaires pour répondre au questionnaire. Ainsi, il existe un biais de sélection puisque les réponses recueillies ont ciblé les étudiants les plus intéressés par cette thématique.

L'utilisation d'un questionnaire comme outil de recueil des données induisait un biais de mesure. Les réponses étant suggérées, les réponses que certains étudiants auraient pu spontanément proposer n'apparaissent peut-être pas dans les items. Une possibilité de réponses « autres » avait été ajoutée pour limiter ce biais.

Il peut également exister un biais de déclaration lié à la suggestion des réponses sous forme de QCMs ou d'échelles d'auto-évaluation. Les étudiants pouvaient orienter leurs réponses afin d'améliorer leur nombre de réponses correctes.

Enfin, l'outil d'évaluation utilisé n'est pas un outil validé. En effet, aucun outil validé n'existe sur cette thématique. La comparaison avec d'autres études en est d'autant plus limitée.

2) Intérêt de l'étude

Comme décrit dans l'introduction, la formation à la santé sexuelle dans le cursus universitaire des futurs médecins généralistes en France est pauvre. Pourtant, de par sa position de médecin de premier recours et ayant une relation privilégiée de confiance avec ses patients, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié des patients pour répondre à cette problématique de santé publique (25).

Plusieurs études se sont intéressées aux freins des médecins généralistes pour aborder la sexualité en consultation.

La thèse de N.Tartu, est une étude qualitative des freins à aborder la sexualité en médecine générale (26). Le manque de formation est un frein faisant soulever des questions de légitimité et de manque de confiance des médecins pour apporter une réponse adaptée à la demande des patients. D'autres limites en lien avec le médecin sont soulignées comme les

propres représentations, le sexe et l'âge du médecin. D'autres obstacles sont en lien avec les caractéristiques des patients (âge, sexe, caractéristiques socio-culturelles...), le système de santé et l'organisation des consultations (revalorisation des actes, manque de temps...) et la thématique de la sexualité. Le fait d'aborder des sujets délicats comme les violences sexuelles et l'absence de normes en termes de sexualité sont décrits comme limites pour aborder la sexualité (26). De même, dans une revue de la littérature de 2020 ayant pour objectif d'identifier les outils facilitant l'abord de la sexualité, les freins suivants ont été mis en évidence (27) : la peur d'être intrusif, le manque de temps, le fait d'avoir d'autres priorités, le manque de ressources pour orienter, les stéréotypes.

Bien qu'il existe de nombreuses études s'intéressant aux attentes des patient(e)s en matière de santé sexuelle, il existe peu d'études au sujet des attentes et des besoins des médecins généralistes. La thèse de Gilet.C de 2018 s'y est intéressée (28). Les freins retrouvés sont similaires à ceux cités dans les études précédentes. Les besoins mis en avant dans le cadre de la consultation sont la nécessité d'avoir plus de temps et d'organiser des consultations dédiées, la revalorisation des consultations du fait de la durée et de la complexité de ces actes et la formation à la santé sexuelle et à la communication. Sur les 16 médecins interrogés, 13 se sont dits intéressés dans la mise en place d'un outil d'aide au repérage et au diagnostic de type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), notamment sous forme de questionnaire ou auto-questionnaire.

Une force de cette étude vient de son caractère original. Dans la littérature, de nombreux travaux étudient les freins et motivations des médecins à aborder le sujet de la sexualité. De même, plusieurs études s'intéressent aux IST, à la contraception... mais peu de recherches ont été effectuées sur les troubles de la sexualité des femmes et les connaissances des médecins et futurs médecins sur cette thématique.

De manière générale, l'étude de la sexualité féminine a été beaucoup plus tardive que celle des hommes. Comme l'explique le Dr Odile Buisson en 2010 lors de sa conférence « Le clitoris et l'orgasme féminin » dans le cadre des « Ernest » (29), ce n'est qu'en 1998 que l'organe clitoridien a été décrit réellement pour la première fois, par une équipe australienne. Cette même année pour les hommes, le VIAGRA® entrait sur le marché (29). A l'heure où les hommes voient apparaître le traitement de leur trouble de la sexualité le plus fréquent, les femmes en sont encore à apprendre à connaître leur anatomie.

Les pathologies auxquelles nous nous sommes intéressées sont peu étudiées dans la littérature avec seulement 2919 études sur les dyspareunies, 1960 sur les mutilations sexuelles féminines et 302 sur les troubles du désir des femmes au cours des 10 dernières années en utilisant le moteur de recherche pubmed. En comparaison, les troubles de la sexualité les plus fréquents chez les hommes sont les dysfonctions érectiles. Il existe depuis 2012, 10 950 études sur pubmed, s'intéressant à ce problème de santé. Au contraire, les troubles du désir sont peu étudiés chez les hommes avec seulement 59 publications en 10 ans contre 302 pour les femmes.

3) Principaux résultats

A- Validité interne

L'échantillon étudié représentait 23,9% de la population d'étude. La répartition d'hommes et de femmes composant cet échantillon correspondait à celle de la population d'étude. De même, les étudiants des 3 années d'internat étaient représentées de manière homogène dans notre échantillon, ce qui correspond à la répartition des étudiants de la population d'étude.

B- Connaissances des 3 troubles étudiés

i- Généralités et épidémiologie

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale de Toulouse au sujet des troubles de la sexualité des femmes que sont les dyspareunies, les mutilations sexuelles et les troubles du désir.

Le préalable à la connaissance des pathologies sexuelles est de connaître la physiologie de la sexualité féminine. Dans cette étude nous sommes partis du postulat selon lequel ces informations étaient acquises par les étudiants. Cependant, une étude ultérieure pourrait être menée afin d'affirmer ou non cette hypothèse.

Les dyspareunies et les troubles du désir ont été choisis du fait de leur forte prévalence. Il s'agit des troubles de la sexualité des femmes les plus fréquents en France (33 ; 34 ; 41). Concernant les mutilations, nous avons décidé de nous y intéresser car le repérage et l'identification des personnes à risque est un objectif de santé publique récent. Les mutilations ont fait l'objet d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé en Février 2020 (30) et ont été repris par Santé Publique France en Mai 2021 dans une publication intitulée « Aborder la sexualité et la santé sexuelle avec les personnes migrantes » (31).

La 5^{ème} version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) classe et définit les troubles sexuels féminins en 3 catégories que sont les troubles du désir et de l'excitation (parfois encore séparés en 2 catégories distinctes), les troubles du plaisir/orgasme et les douleurs pelviennes (32).

a- Résultats et comparaison à la littérature :

Les résultats étaient variés selon les troubles étudiés et les étapes de consultation questionnées.

Avec une majorité de réponses partiellement correctes à totalement incorrectes, cette étude mettait en évidence un défaut de connaissances globales sur les 3 troubles étudiés. Dans l'étude de Baati & al on retrouve de meilleurs résultats avec une note globale des connaissances en sexologie des étudiants en médecine tunisiens est de 11,05/20 soit 52% de bonnes réponses (45). Cette étude montre l'existence de lacunes et l'intérêt d'un programme d'enseignement complet et uniforme chez les futurs médecins. Cependant, les thématiques explorées sont différentes de celles de notre étude et concernent la sexualité générale (masturbation, attitudes lors des rapports sexuels, les normes sociétales en termes de sexualité...) chez une population majoritairement musulmane. De même, l'étude de Warner & Al (46) essaie de quantifier les connaissances des étudiants en médecine des Etats-Unis en termes de santé sexuelle. Le score moyen est de 20/30 soit 66% de bonnes réponses. Les thématiques étudiées sont là encore générales et concernent les IST, la contraception, la vaccination, la ménopause, les grossesses non désirées et la sexualité des minorités mais ne concernent pas les troubles de la sexualité des femmes. On note néanmoins que sur des thématiques générales de santé sexuelle, les étudiants américains manquent de connaissances et sont mal préparés à la prise en charge des problèmes de santé sexuelle auxquels ils seront confrontés dans leur pratique. Une seule étude a été retrouvée concernant les connaissances des étudiants au sujet des dyspareunies (47). Cette étude menée à l'Université de Duke (Etats-Unis) en 2020 évalue différents aspects d'une consultation (anamnèse, examen clinique, hypothèses diagnostiques et conduite à tenir) menée par des étudiants de deuxième année à l'issue d'une formation sous forme de jeu de rôle. La note moyenne brute est de 60,2/100 (47).

La question portant sur les généralités des MSF ciblait leur cadre législatif en France et dans le monde ainsi que le type de mutilations que les femmes subissent. Cette question retrouvait une majorité de réponses partiellement incorrectes. Ces résultats sont comparables à une étude menée en Espagne en 2021 (48) où parmi les 1168 professionnels de santé

interrogés (médicaux et para-médicaux), seuls 10,7% ont correctement identifié les 3 types de MSF, 10,7% ont correctement identifié les pays d'origine des femmes sujettes aux MSF et 33,9% connaissent la législation en Espagne. D'après une revue de la littérature de 2016, les professionnels de santé ont une faible connaissance de la législation actuelle dans leurs pays respectifs que ce soit sur des études menées en Espagne, en Belgique, au Royaume-Uni ou aux USA (49). A contrario dans les pays pratiquant les MSF, des lois existent mais la politique intérieure pour faire respecter ses lois fait souvent défaut (49). Il existe donc des différences dans la législation des différents pays concernant les mutilations. Ainsi, il est important que les médecins dépistent et accompagnent les personnes à risque et les femmes atteintes.

L'épidémiologie des dyspareunies et des MSF comptabilisaient chacune environ un quart de bonnes réponses. On notait une nette surestimation de la prévalence des dyspareunies. La définition de ce trouble prenant en considération la souffrance, si celle-ci n'est pas prise en compte la prévalence augmente considérablement, ce qui peut expliquer les réponses apportées. Au contraire, la fréquence des MSF en France a été sous-estimée par la moitié de l'échantillon. Les étudiants semblent donc être peu informés sur ces pratiques.

ii- Interrogatoire et diagnostic

On retrouvait dans le questionnaire un QCM concernant les éléments de l'interrogatoire à rechercher afin d'orienter le diagnostic étiologique des dyspareunies et des troubles du désir et de repérer et prévenir les mutilations sexuelles. Il y avait un QCM au sujet des étiologies à évoquer devant des dyspareunies et des troubles du désir. Enfin, concernant les troubles du désir hypo-actif, on s'intéressait par le biais d'un QCM aux critères diagnostiques du DSM-V (31).

L'interrogatoire lors d'une consultation pour dyspareunies doit s'intéresser à la localisation des douleurs, à leur critère primaire ou secondaire, à la présence d'un élément de vie déclencheur et aux antécédents médico-chirurgicaux. (50).

Dans le cadre de la prévention des mutilations sexuelles, nous devons connaître et rechercher les facteurs de risque de mutilations. Ils ont été cités par l'HAS dans la recommandation de 2020 (29) et le Dr Pierre Foldes cite dans sa vidéo de 2022 effectuée avec l'HAS (52) les 2 principaux facteurs de risque à rechercher que sont le pays d'origine de la patiente ou de ses parents et le fait que la mère de la patiente ait elle-même été victime de mutilations.

Concernant les troubles du désir, l'interrogatoire doit faire préciser la présence de facteurs déclenchants ou aggravants comme les antécédents chirurgicaux, des événements de vie impactants ou encore la recherche de iatrogénie. Les étiologies organiques connues sont rares (44).

Pour les questions s'intéressant aux éléments à rechercher lors de l'interrogatoire, les réponses sont très différentes pour les trois troubles. Concernant les dyspareunies, la majorité des étudiants ne savaient pas quels éléments rechercher à l'interrogatoire, ce qui était moins vrai pour les troubles du désir. Les réponses étaient également correctes en majorité pour les mutilations sexuelles. Pour les dyspareunies, ces résultats se rapprochent bien qu'ils soient difficilement comparables de ceux de l'étude menée par Hagey & Al (47) avec une moyenne de 3,9/13 aspects de la sexualité évoqués durant l'interrogatoire d'une patiente venant pour dyspareunies.

Les hypothèses diagnostiques des dyspareunies n'ont recueilli aucune réponse entièrement inexacte mais une majorité de réponses partiellement incorrectes. En comparaison, dans l'étude de Hagey & Al, 66% des étudiants ont identifié un des diagnostics différentiels les plus probables (47). Pour les troubles du désir, notre étude retrouvait une majorité de réponses partiellement correctes. Dans une étude menée aux USA en 2010 interrogeant des médecins en soins primaires et des gynécologues sur leurs connaissances concernant les troubles du désir plusieurs diagnostics différentiels soulevés n'étaient pas corrects (53). En effet, si 53,2 à 63% des répondants proposent un bilan thyroïdien pour éliminer une dysthyroïdie comme diagnostic différentiel, 35-40,3% proposent la réalisation d'un dosage de testostérone n'ayant pas de lien de causalité avec une baisse du désir (53).

La question sur les critères diagnostiques des troubles du désir retrouvait 61 réponses sur 103 comme partiellement incorrectes. La répartition des items sélectionnés montre un défaut de sélection de l'item : « présence d'au moins 3 symptômes de réduction de l'intérêt ou de l'excitation » et une sélection trop importante de l'item : « symptômes évoluant depuis un minimum de 3 mois ». Ces items ont peut-être été difficiles du fait des pièges sur les chiffres ayant pu influencer la réponse des internes. Dans une étude de 2008 menée aux USA interrogeant des médecins et internes sur les connaissances concernant les troubles du désir, la majorité d'entre eux (90%) dit n'avoir jamais diagnostiqué de troubles du désir hypoactif. Cependant, 90% des répondants affirment ne pas dépister ces troubles (55). Dans l'ensemble les médecins interrogés ne se sentent pas en confiance pour diagnostiquer ce trouble (55). Le diagnostic des troubles du désir semble difficile pour les internes de médecine interrogés. Les critères diagnostiques précis sont mal connus et le trouble est peu dépisté en pratique.

Les étudiants de notre étude semblaient plus à l'aise dans l'interrogatoire et la recherche étiologique des troubles du désir. Sur ces deux aspects, les dyspareunies paraissaient moins connues des internes interrogés. Les éléments de l'interrogatoire nécessaires au diagnostic des mutilations étaient en majorité connus.

iii- Examens complémentaires et prise en charge :

On évaluait sous forme d'une question ouverte les examens complémentaires pouvant être proposés pour bilanter des dyspareunies et à l'aide d'un QCM les éléments de prise en charge de ce trouble. Les examens complémentaires seront réalisés selon les hypothèses diagnostiques évoquées : prélèvements biologiques à la recherche d'infections, imagerie (échographie et IRM) à la recherche de malformations génitales, d'endométriose, de kystes ou de fibromes. En l'absence d'étiologie organique retrouvée, la prise en charge doit être médicale, psychologique et sexologique (51). On peut utiliser les traitements locaux (lubrifiants, crèmes apaisantes), les sexothérapies, les explications physiologiques du phénomène douloureux, la rééducation périnéale et la photobiomodulation (51 ; 54).

Pour les mutilations un QCM concernait la conduite à tenir pour prévenir les mutilations en cas de patientes repérées à risque. Un second QCM recherchait la conduite à tenir face à une patiente victime de mutilations. Les situations devant faire l'objet d'un signalement ou d'une information préoccupante étaient recherchées, de même que les conditions de réalisation d'un certificat de non-excision avec contre-examen clinique.

Concernant les troubles du désir hypo-actif, une question interrogeait les éléments pouvant être instaurés dans la prise en charge de ce trouble qu'ils soient psychiques (informations et explications, psycho et sexothérapies) ou médicamenteux (œstrogènes locaux) (44).

Au sujet de la prescription des examens complémentaires, en cas de dyspareunies, la majorité des internes ne savaient pas ou partiellement prescrire les examens complémentaires en lien avec leurs hypothèses diagnostiques.

Concernant les moyens de prise en charge des dyspareunies, l'ensemble des items étaient vrais ce qui a pu favoriser le taux de réponses correctes. Dans l'étude menée à l'université de Duke en 2020 (47), seuls 48% des étudiants ont proposés une conduite à tenir adaptée au diagnostic émis. Aux Etats-Unis, les médecins interrogés dans l'étude de Harsh & Al n'ont, pour la quasi-totalité d'entre eux (98%), jamais prescrit de traitement pour prendre en charge des troubles du désir (55). Globalement dans notre étude, les outils de prise en charge des dyspareunies semblaient bien connus.

A propos des moyens de prise en charge indiqués pour les troubles du désir, la quasi-totalité des internes de notre étude a répondu correctement. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés dans l'étude de Shewchuk & Al (53) où la moitié des praticiens suggèrent en majorité les conseils et la gestion du stress ainsi que des traitements antidépresseurs ou anxiolytiques comme moyens (53). Dix ans plus tard, les étudiants de notre étude semblent être mieux informés sur les moyens de prise en charge « non médicamenteux ». Les moyens de prise en charge ont probablement évolués et sont plus nombreux actuellement.

Enfin, les questions au sujet de la conduite à tenir chez les femmes à risque de mutilation retrouvaient une discordance entre les deux situations évaluées. Les étudiants connaissaient bien les protocoles de prise en charge des femmes victimes de mutilations alors que le dépistage et la prévention chez les femmes à risque étaient mal connus. On peut se demander pourquoi une telle différence existe. On peut se demander si cette différence est due à un manque de connaissances théoriques en termes de prévention ou à un manque d'expérience, de dépistage et de confrontation à une population à risque durant les stages. Ces résultats sont différents de ceux de Molina-Gallego & Al (48) où seulement 8,6% des professionnels connaît les protocoles de prises en charge des patientes victimes de mutilations en Espagne. Le constat apporté par une revue de la littérature de 2016 (49) est similaire avec des professionnels de santé ayant, au niveau international, une connaissance limitée des protocoles de détection et de prise en charge des MSF et donc un manque d'adhésion à ces protocoles et recommandations.

iv- Ressenti et aisance des internes

Nous avons utilisé des échelles d'auto-évaluation concernant l'aisance des internes à réaliser un examen clinique lors de consultations pour les troubles de la sexualité. On retrouvait une différence des réponses entre les dyspareunies où les internes étaient peu (4-5) ou plutôt (6-7) à l'aise et les mutilations sexuelles où la majorité des étudiants étaient très peu (0-3) à l'aise. Ces résultats sont en corrélation avec les réponses concernant l'expérience des internes et l'auto-évaluation de leurs connaissances sur la prise en charge de ses troubles.

Concernant les dyspareunies, l'étude de Hagey & Al a noté sur 5 (1= mauvais à 5 = excellent) la capacité des étudiants à créer un environnement sécurisant pour mener cette consultation (47). La moyenne que se sont attribués les étudiants varie de 3,2 à 3,5 tandis que celle attribuée par le patient témoin est de 3,8/5 (47). Ainsi, l'aisance ressentie par les étudiants est moins importante que celle ressentie par le patient qui les a jugés moins sévèrement.

Au sujet de l'expérience des internes on notait une majorité d'internes n'ayant jamais rencontré de situation clinique en lien avec les mutilations ou ne pouvant pas répondre car ils ne les dépistaient pas. On retrouve des résultats semblables dans l'étude espagnole de Molina-Gallego & Al (48) où uniquement 5,4% des professionnels interrogés ont déjà rencontré et/ou diagnostiqué une patiente mutilée. Que ce soit au sein de notre étude ou dans d'autres population, il semble exister un réel défaut de mise en pratique de la recherche, de la prévention et de la prise en charge des mutilations.

Pour les dyspareunies, la moitié de l'échantillon ne savait pas prescrire les moyens de prise en charge ou adresser le patient au spécialiste adéquate. De même, pour les mutilations sexuelles la majorité des étudiants ne se sentaient pas à l'aise pour mener une consultation sur ce motif et ils ne pensaient pas à dépister ce trouble. Cela semble en lien avec l'absence d'apprentissage et de pratique durant la formation. Les futurs médecins ne peuvent pas se sentir à l'aise face à une situation qu'ils n'ont jamais rencontré ou à laquelle ils n'ont jamais été sensibilisé. De plus, il est difficile de pouvoir orienter les patientes lorsqu'il n'existe pas de réseau de soin clairement défini. C'est le cas des mutilations sexuelles pour lesquelles le parcours de soin et les professionnels pouvant intervenir sont mal connus. C'est pour cette raison que Saida Barkat Saoud a construit un outil sous la forme d'un site web, Baadon, ayant répertorié les professionnels de santé et les lieux dans lesquels peuvent être prises en charge les mutilations (35).

4) Résultats des objectifs secondaires de l'étude

A- Quelles sont les sources d'information utilisées ?

Nous souhaitons interroger les internes sur les sources d'informations qu'ils utilisaient pour se former à l'examen et la prise en charge de ces troubles. La répartition des sources d'information au sujet des dyspareunies et des troubles du désir sont plutôt homogènes. On note une prédominance d'informations issues des cours théoriques de l'externat. Les discussions avec les pairs et collègues sont ensuite respectivement en 2^{ème} et 3^{ème} position pour les dyspareunies et les troubles du désir et inversement concernant les discussions avec la famille et les amis.

Pour les MSF, les sources d'information universitaires ont été peu citées. La majorité des informations étaient apportées par la littérature ou les sites non médicaux. En 2^{ème} et 3^{ème} position viennent également les discussions avec la famille et les amis et avec les pairs et collègues.

Les cours théoriques durant l'internat ont été peu sélectionnés. La majorité des internes ayant choisi cette proposition sont en 3^{ème} année d'internat durant laquelle il existe, à Toulouse, un enseignement facultaire théorique.

Dans la littérature on retrouve des études ayant analysées les sources d'information des étudiants en médecine en termes de sexualité. L'étude de Baati & Al (45) montre que 65% des étudiants interrogés ne prennent pas les enseignements universitaires ni les livres en considération dans leurs sources d'information au sujet de la sexualité. Les sources prédominantes sont les amis (69,2%), internet (58,3%) et la télévision (47,5%). Bien que difficilement comparable au vu de la différence de contenu des questionnaires, on remarque qu'en dehors des cours théoriques reçus durant l'externat sur les dyspareunies et les troubles du désir qui semblaient plus fréquents dans notre étude, les résultats de l'étude de Baati&Al sont superposables à la notre pour ce qui concerne les mutilations sexuelles ainsi que l'expérience acquise durant l'internat et dans la littérature médicale. De même, dans l'étude de Warner & Al (46), les étudiants déclarent avoir acquis leurs connaissances en santé sexuelle par divers moyens extérieurs à leur formation médicale. Ils citent leur expérience personnelle, le lycée et leurs amis comme sources d'information. Seul 20% dit avoir reçu un cours sur la sexualité humaine et 7% n'avoir reçu aucun cours dans ce domaine. La majorité des répondants évaluent leur éducation à la sexualité humaine durant leur formation médicale comme « non adéquate », ou « insuffisante », « médiocre ». Ainsi, les futurs médecins ne semblent pas être formés à la santé sexuelle durant leur cursus universitaire. Ils s'informent par des moyens externes. Cela pose grandement question quant à la qualité et l'exactitude des informations qu'ils peuvent recueillir et donc aux soins qu'ils seront en mesure de prodiguer en tant que prescripteur de soin.

De manière plus spécifique, concernant les MSF, des résultats similaires sont mis en évidence dans une revue de la littérature datant de 2016 (49) où dans les 17 études analysées, un souhait d'information et de formation est relevé et est désigné comme un élément indispensable de la lutte contre les MSF.

L'état de l'éducation à la santé sexuelle a été beaucoup étudié aux Etats-Unis notamment. En 2003, une enquête mondiale menée par la Société Internationale pour la Recherche sur la Sexualité et l'Impuissance (ISSIR), l'OMS et la Fédération Mondiale de la Formation Médicale a conclu qu'environ 30% des facultés de médecine n'ont aucun programme de formation en santé sexuelle et que 50% y consacrent moins de 10 heures (56). Encore en 2013, l'état de l'éducation à la sexualité en facultés de Médecine aux Etats-Unis et au Canada montre une grande marge d'amélioration (57). Les raisons rapportées par le

rapport d'expert effectué en 2013 (57) sont l'hétérogénéité des programmes, le manque de consensus et de standardisation de la formation et le manque de temps consacré à ses sujets. Tous les sujets ne sont pas abordés de manière équitable. La sexualité des personnes âgées, des adolescents et des personnes atteintes de handicap sont peu abordées contrairement aux questions d'IST ou de contraception. Les propositions émises durant ce sommet sont la nécessité d'un programme longitudinal tout au long du cursus médical avec une approche multidisciplinaire. Les points essentiels afin d'améliorer progressivement ces programmes impliquent de travailler sur le contenu de la formation, l'interdisciplinarité, la formation du corps professoral et l'évaluation de ces programmes qui seront toujours à réadapter et améliorer (57). Ce sommet datant de 2013 est le rapport le plus récent retrouvé dans la littérature mais d'autres rapports avaient été effectués auparavant. Les programmes de formation en santé sexuelle aux Etats-Unis ont été évalués par une étude de Malhotra & Al en 2008 (58). Cette étude montre une absence de formation dans 44 facultés sur 92 étudiées avec par conséquent des étudiants se disant mal à l'aise dans les consultations pour des motifs de santé sexuelle. Le ressenti des étudiants varie également selon la méthode de formation utilisée avec une meilleure perception des méthodes utilisant des patients ou acteurs pour s'entraîner plutôt que d'autres méthodes telles que des cours magistraux (58). On retrouve également cette notion dans le rapport de Parish & Al de 2009 (59). L'objectif de cette étude est de mettre à jour les recommandations de 2004 de la Consultation Internationale sur la Médecine Sexuelle (ICSM) en collaboration avec des professionnels de 33 pays. Ils mettent en avant le manque de formation adéquate afin de répondre à une problématique qui suscite un intérêt et une demande grandissante. Dans cette étude, entre 42-62% des étudiants américains estiment que leur formation en santé sexuelle est insuffisante. Là encore, une inégalité des programmes de formation existants est montrée. De même, lors du sommet de 2013 (57), un besoin de formation médicale à la santé sexuelle dans le monde est mise en évidence. Durant cette consultation (59), il est montré que si les praticiens s'intéressent à l'histoire sexuelle de leurs patients ils se concentrent sur les IST et leur prévention ainsi que sur la contraception mais ne s'intéressent pas aux troubles de la sexualité. Suite à ces constatations, différentes facultés dans le monde ont essayé d'améliorer leur programme et techniques d'enseignement : cas cliniques, évaluations sous forme de QCMs, évaluation des attitudes via le SKAT (60), cours d'anatomie sous forme de dissection, jeux de rôles, cours magistraux, séminaires interactifs, formation à l'entretien du couple, des groupes de discussion... (59). Les principales barrières à l'efficacité de ces programmes sont qu'ils sont basés majoritairement sur des cours magistraux et la diffusion de connaissances plutôt que sur les attentes et besoins des étudiants et sur les compétences

cliniques nécessaires pour mener une consultation (59). De plus, ces programmes et leur impact sur les compétences des étudiants et sur la satisfaction des patients n'ont pas été évalués de manière objective (59).

Au vu des résultats de notre étude et des différentes études citées ci-dessus, il existe des lacunes importantes dans la formation en santé sexuelle des futurs médecins. Ces résultats suggèrent la nécessité dans toutes les universités et écoles de médecine, d'un programme de formation standardisé à la santé sexuelle. Celui-ci devant être régulièrement évalué de manière objective et amélioré progressivement en fonction de l'évolution des progrès médicaux et de l'évolution des demandes de la société.

En effet, pour améliorer les soins prodigués en santé sexuelle encore faut-il prendre en compte le caractère intime de cette thématique qui est empreinte de nombreuses représentations de la part des soignants qui doivent probablement être travaillées. L'objectif est de légitimer la santé sexuelle comme une problématique de santé qui a toute sa place en consultation. Cela passe par l'éducation des populations. C'était l'un des objectifs de la loi de 2001 pour l'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements, qui a été réaffirmée en 2018. Cependant cette loi reste insuffisamment appliquée (61). La formation des médecins est donc essentielle mais celle de la population également.

B- Existe-il une différence des connaissances selon les années d'étude ?

Le croisement des connaissances entre les internes de première et de troisième année n'a montré que peu de réponses significativement différentes. On retrouvait une différence principalement pour les questions en lien avec les dyspareunies avec 4 questions sur 8 ayant montré une différence significative des résultats. On peut émettre l'hypothèse d'une situation plus fréquemment rencontrée en pratique et dans les stages ou plus étudiée par les internes permettant d'améliorer leur savoir au fil du temps. Pour les mutilations sexuelles seule la question en lien avec l'aisance à l'examen clinique était significative. Cette aisance est potentiellement liée à une meilleure confiance en soi des étudiants du fait d'une pratique, d'une expérience et d'une autonomie plus importante dans leurs stages de manière générale et non seulement pour les troubles de la sexualité des femmes. Enfin, aucune question ne retrouvait de différence significative entre les internes de 1^{ère} et 3^{ème} année à propos des troubles du désir. Cependant, contrairement aux dyspareunies et aux mutilations pour lesquelles il y avait respectivement 8 et 9 questions de posées, seules 5 questions étaient en lien avec les troubles du désir.

Ces résultats diffèrent de ceux de Warner & Al (46) où le nombre d'années d'étude en médecine était significativement associé à un score de connaissances en santé sexuelle

plus élevé. Cette étude suggère que les connaissances en matière de santé sexuelle sont liées à l'expérience acquise durant les études médicales aux Etats-Unis. Cette différence entre les résultats de notre étude et celle de Warner & Al peut être liée à l'hétérogénéité des sujets étudiés et des questionnaires utilisés ainsi qu'aux différences existants entre la formation pourvue aux Etats-Unis et en France. Cependant, l'étude de Warner & Al appuie le fait que les connaissances en santé sexuelle peuvent être acquises tout au long de la formation médicale de premier cycle (46).

5) Pistes d'amélioration

Plusieurs outils semblent pouvoir aider et guider les médecins. Il serait par exemple intéressant de réfléchir à la construction d'un réseau de soin bien dessiné et construit afin d'orienter de la meilleure manière les femmes atteintes ou à risque de mutilations. Plusieurs interlocuteurs existent. Il serait intéressant de mieux les connaître afin de travailler ensemble pour une prise en charge pluridisciplinaire adaptée à chaque patient. On peut par exemple adresser les patientes à des sexologues (qui ont une vraie formation en sexologie bien que la spécialité ne soit pas reconnue), utiliser des annuaires de professionnels (Baadon) ou encore se référer aux interlocuteurs cités en introduction.

La formation apparaît aussi comme un point essentiel à travailler. Une étude complémentaire pourrait être effectuée auprès des étudiants pour apprécier l'intérêt qu'ils porteraient à cet enseignement et sous quelle forme il pourrait selon eux être le plus attractif et pédagogique. Nous n'avons étudié que les internes de la faculté de Toulouse. D'autres recherches pourraient être réalisées afin d'interroger les étudiants d'autres facultés car il existe peut-être des différences dans le contenu de la formation. A noter que la formation peut aussi s'adresser aux médecins seniors avec l'existence des formations médicales continues qui se développent sur le thème de la sexologie.

CONCLUSION :

On observait dans cette étude une majorité de réponses partiellement fausses mettant en évidence un manque de connaissances concernant les troubles sexuels féminins et ce, quelle que soit l'année d'étude des internes. Les étudiants se décrivaient comme peu à l'aise en consultation pour ces motifs. Ils avaient peu rencontré ou peu recherché ces troubles en pratique lors de leur formation. Bien qu'ils aient été formés durant leur externat et par des discussions avec leurs pairs sur les sujets des dyspareunies et des troubles du désir, les mutilations sexuelles ont été peu étudiées et les internes se sont informés par des sources extérieures au cursus universitaire. Cette étude met en évidence des lacunes, prédominants pour les dyspareunies et les mutilations sexuelles, et des besoins de formation des futurs médecins en matière de troubles de la sexualité des femmes.

Dans cette étude, un des troubles étudiés semble mieux connu que les autres, il s'agit des troubles du désir. Il serait intéressant d'en comprendre la raison (plus d'intérêt, un meilleur accès à l'information et à la formation...). Toutefois, dans l'ensemble, les connaissances des internes (mais aussi plus généralement des médecins séniors) sont insuffisantes pour prendre en charge correctement ces troubles.

Le contexte sociétal actuel rend inévitable la nécessité de la formation des professionnels de santé à la santé sexuelle et à la sexologie féminine. Pour les mutilations par exemple, des raisons culturelles sont souvent mises en avant afin de justifier les actes de mutilations. Cependant, comme le dit l'inventeur de la chirurgie réparatrice des mutilations, le Dr Pierre Foldes en 2018 dans son interview menée par Brut : « Le crime de départ c'est une peur ancestrale qu'ont les hommes de la sexualité féminine » (62). Malgré les évolutions sociétales, ces pratiques existent encore. Il est donc important de continuer à promouvoir la santé sexuelle et notamment celle des femmes.

Vu
Toulouse le 10/01/2023



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 12/01/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



BIBLIOGRAPHIE

1. Chaperon, Sylvie. « L'histoire contemporaine des sexualités en France », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. n° 75, no. 3, 2002, pp. 47-59.
2. FNCIDFF. Historique des droits des femmes [En ligne]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://fncidff.info/in-formations/information/historique-des-droits-des-femmes/>.
3. Organisation mondiale de la santé [En ligne]. Who.int. Santé sexuelle [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
4. Santé sexuelle - Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
5. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route-santé sexuelle 2021-2024. 1^{er} Décembre 2021.
6. Legifrance. Arrêté du 7 septembre 2022 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025.
7. Agence Régionale de Santé Occitanie [En ligne]. France : occitanie ars sante ; 2022. Santé sexuelle [modifié le 23 mai 2022 ; cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/sante-sexuelle-3>
8. Les semaines nationales de la santé sexuelle en Occitanie [En ligne]. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/les-semaines-nationales-de-la-sante-sexuelle-en-occitanie>
9. Les EVARS c'est quoi ? [En ligne]. Le planning familial. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-loire-atlantique-44/les-evars-cest-quoi-1704>
10. Le Planning Familial de Haute-Garonne - 31 [En ligne]. Le planning familial. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-haute-garonne-31>
11. Les Maisons des Solidarités (MDS) [En ligne]. Haute-Garonne. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.haute-garonne.fr/service/les-maisons-des-solidarites-mds>
12. La Maison Départementale des Adolescents (MDA) [En ligne]. Haute-Garonne. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.haute-garonne.fr/service/la-maison-departementale-des-adolescents-mda>

13. CIDFF31 - CIDFF de la Haute-Garonne [En ligne]. CIDFF Haute-Garonne. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://cidff31.fr/>.
14. Le Centre départemental de planification et d'éducation familiale (CDPEF) [En ligne]. Haute-Garonne. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.haute-garonne.fr/service/le-centre-departemental-de-planification-et-deduction-familiale>
15. Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [En ligne]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-centre-gratuit-information-depistage-et-diagnostic-CeGIDD->
16. Capitole UT 1. Université Toulouse 1 Capitole - Service Interuniversitaire de Médecine Préventive (SIMPPS) [En ligne]. Université Toulouse 1 Capitole. Université Toulouse 1 Capitole; [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ut-capitole.fr/accueil/universite/gouvernance/services-administratifs-et-techniques/service-interuniversitaire-de-medecine-preventive-simpps>
17. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) [En ligne]. France. DFGSM2-3 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/dfgsm2-3/>.
18. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) [En ligne]. France. Externat [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/externat/>.
19. Remede [En ligne]. France. Items du programme de l'ECN [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/items-du-programme-de-l-ecn.html>
20. Gimel MP. Item 58 Sexualité normale et ses troubles. :20.
21. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale [En ligne]. France. DES de médecine générale [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>.
22. Collège de l'université de Bordeaux [En ligne]. France. Enseignements [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <http://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Enseignements>
23. Association des Internes de Médecine Générale – Midi Pyrénées (AIMG-MP) [En ligne]. France. Les Formations Spécialisées Transversales [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.aimg-mp.com/index.php/fst/>.
24. Unité Mixte de Formation Continu en Santé Aix Marseille université [En ligne]. Aix Marseilles (France). Formations diplômantes [cité 28 déc 2022]. Disponible sur:

https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/hygiene-hospitaliere-et-de-gestion-de?formation=DIU&theme=Sexologie&specialite=All&field_organisme_prestataire_tid=All&mots_cles=

25. Fleury A. Les représentations de la Santé sexuelle chez les médecins généralistes: un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle. :101.
26. Tartu L, Leveque J, Jegu P. Thèse soutenue à RENNES le 4 novembre 2016.
27. Huberland V. Un abord inclusif de la sexualité en médecine générale : revue qualitative rapide de la littérature. Revue Médicale de Bruxelles. 2020 ; Vol 41-6.
28. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle. :115.
29. Buisson O. Le clitoris et l'orgasme féminin ; 20 Mai 2010 ; Les Érudits de l'École Normale Supérieure. France.
30. Haute Autorité de Santé [Internet]. France. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours [cité 23 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours
31. Santé Publique France (SPF) [En ligne]. Aborder la sexualité et la santé sexuelle avec les personnes migrantes [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/aborder-la-sexualite-et-la-sante-sexuelle-avec-les-personnes-migrantes>
32. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
33. Monforte M, Mimoun S, Droupy S. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. Progrès en Urologie. juill 2013;23(9):761-70.
34. F.Margueritte. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2016 ; vol 64 (n°2) : 134.
35. BAADON : Barkat Daoud S. Déconstruire les stéréotypes contre les mutilations sexuelles ; 18 Nov 2021 ; Toulouse.

36. Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) [En ligne]. Les mutilations génitales féminines [cité 22 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.unicef.org/fr/protection/mutilations-genitales-feminines>
37. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [En ligne]. Mutilations sexuelles féminines [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
38. Gillette-Faye I. État des lieux des mesures législatives contre les mutilations sexuelles féminines. Droit et cultures Revue internationale interdisciplinaire. 15 oct 2020;(79):77-95.
39. Dr. Denis Mukwege Foundation [En ligne]. Dr. Denis Mukwege [cité 28 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.mukwegefoundation.org/dr-denis-mukwege/>
40. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [En ligne]. Mutilations sexuelles féminines [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
41. Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. Progrès en Urologie. juill 2013;23(9):562-74.
42. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder. Mayo Clinic Proceedings. janv 2017;92(1):114-28.
43. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. Progrès en Urologie. juill 2013;23(9):547-61.
44. Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ? Progrès en Urologie. juill 2013;23(9):612-20.
45. Baati I, Ellouze S, Jedidi J, Sellami R, Trigui D, Damak J, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en médecine en matière de sexualité. Pan Afr Med J. 29 avr 2020;35:141.
46. Christina Warner, Samantha Carlson, Renee Crichlow, and Michael W. Ross. Sexual Health Knowledge of U.S. Medical Students : A National Survey. The journal of sexual medicine. 2018 ;15(8) :1093-1102.
47. Hagey JM, Toole J, Branford K, Reynolds T, Livingston E, Dotters-Katz SK. Understanding Sexual Complaints and History Taking: A Standardized Patient Case on Dyspareunia for Obstetrics and Gynecology Clerkship Students. MedEdPORTAL. 16:11001.

48. Molina-Gallego B, Mordillo-Mateos L, de Corral GM, Gómez-Cantarino S, Polonio-López B, Ugarte-Gurrutxaga MI. Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals. *Healthcare*. 31 juill 2021;9(8):974.
49. Reig-Alcaraz M, Siles-González J, Solano-Ruiz C. A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *J Adv Nurs*. févr 2016;72(2):245-60.
50. Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. Approche symptomatique des douleurs sexuelles chroniques. *Progrès en Urologie*. nov 2010;20(12):967-72.
51. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2005;34(5):513.
52. Youtube et Haute Aautorité de Santé (HAS) [En ligne]. La minute reco Mutilations sexuelles féminines : Comment les prendre en charge ?. France : HAS ; 2022 [citée le 23 nov 2022]. Vidéo : 1 :52min. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=-2XDCKfwUck&t=11s>
53. M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *The Journal of Sexual Medicine*. juill 2010;7(7):2499-508.
54. Anders JJ, Lanzafame RJ, Arany PR. Low-level light/laser therapy versus photobiomodulation therapy. *Photomed Laser Surg*. 2015 Apr;33(4):183-4.
55. Harsh V, McGarvey EL, Clayton AH. Physician Attitudes Regarding Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Primary Care Clinic: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine*. mars 2008;5(3):640-5.
56. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, Solursh LP, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res*. 1 oct 2003;15(S5):S41-5.
57. Coleman E, Elders J, Satcher D, Shindel A, Parish S, Kenagy G, et al. Summit on Medical School Education in Sexual Health: Report of an Expert Consultation. *The Journal of Sexual Medicine*. avr 2013;10(4):924-38.
58. Malhotra S, Khurshid A, Hendricks KA, Mann JR. Medical School Sexual Health Curriculum and Training in the United States. *Journal of the National Medical Association*. sept 2008;100(9):1097-106.

59. Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in Sexual Medicine: Proceedings from the International Consultation in Sexual Medicine, 2009. The Journal of Sexual Medicine. oct 2010;7(10):3305-14.
60. William R. Miller PhD & Harold I. Lief MD (1979) The sex knowledge and attitude test (SKAT), Journal of Sex & Marital Therapy, 5:3, 282-287
61. Le Planning Familial [En ligne]. L'éducation à la vie affective et sexuelle est un apprentissage fondamental ! [cité 28 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/education-la-sexualite/education-la-vie-affective-et-sexuelle-est-un-apprentissage-fondamental>
62. Youtube Brut [En ligne]. Le combat de Pierre Foldes pour venir en aide aux femmes mutilées. France (FRA) : Brut ; 2018 [cité le 23 nov 2022]. Vidéo : 2 :47min. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=OJ90CDdgrJc>

ANNEXES :

Questionnaire de thèse :

Bonjour, je suis interne en médecine générale à la faculté de Toulouse et je réalise un travail de thèse au sujet des connaissances des internes de médecine générale sur les troubles de la sexualité des femmes. Cette thèse est dirigée par la Dr. Anne Saint-Martin. L'objectif est de décrire l'état actuel des connaissances des internes de médecine générale de Toulouse sur ce sujet. Des items complémentaires permettent de s'intéresser aux sources d'informations utilisées par les internes pour se former.

Le recueil des informations est parfaitement anonyme.

Le questionnaire prend 10 minutes pour être complété.

En vous remerciant d'avance pour votre participation,
Camille Bégué-Fléché, Interne de Médecine Générale à la Faculté de Toulouse.

Informations générales :

Etes-vous ?

- une femme
- un homme

En quel semestre d'internat êtes-vous ?

- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Quel âge avez-vous ?

.....

Dans quelle faculté avez-vous effectué votre externat ?

.....

Troubles de la sexualité des femmes :

1/ Dyspareunies

Concernant les dyspareunies :

1) Quelle est selon vous la prévalence des dyspareunies chez les femmes de 18 à 60ans en France? (pour rappel, la prévalence correspond au nombre de personnes atteintes, dans une population donnée à un moment donné)

1 : 0 à 4 %

2 : 5 à 9 %

3 : 10 à 14%

4 : 15 à 19 %

5 : 20 à 24 %

2) Quels éléments cliniques vous paraissent pertinents à rechercher pour préciser l'étiologie de ces dyspareunies?

- 1 : localisation des douleurs
- 2 : tabagisme
- 3 : antécédent récent d'appendicectomie
- 4 : élément de vie déclencheur
- 5 : fréquence des rapports (nombre de rapport/semaine)

3) Quelles pathologies organiques pensez-vous à rechercher face à une plainte de type « dyspareunies » ?

- 1 : cystite interstitielle
- 2 : colopathie fonctionnelle
- 3 : diabète
- 4 : infection génitale haute
- 5 : appendicectomie récente

4) Sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (totalement), pensez-vous être à l'aise et savoir mettre à l'aise une patiente lors d'un examen gynécologique pour dyspareunies ?

-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -
10

5) Selon vos hypothèses diagnostiques, savez-vous quels examens complémentaires prescrire en première intention dans le bilan de dyspareunies ?

- oui
- non
- partiellement (merci de préciser):
-
-

6) Face à une patiente présentant des dyspareunies et après élimination des étiologies organiques, de quels moyens de prise en charge avez-vous entendu parler ?

- 1 : sexothérapie
- 2 : crèmes apaisantes
- 3 : Rééducation périnéale
- 4 : LED (photobiomodulation)
- 5 : information sur le phénomène douloureux

7) Sauriez-vous prescrire ces moyens de prise en charge?

- Oui pour tous
- Oui partiellement (préciser) :.....
-
-
- Non

8) Sauriez-vous vers quels spécialistes adresser les patientes si besoin ?

- Oui pour toutes
- Oui pour certains (préciser) :.....

.....
.....
- Non

2/ Mutilations sexuelles :

Pour rappel : les mutilations sexuelles féminines (MSF) correspondent selon la définition de l'OMS à toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales.

9) Quel est selon vous, le nombre estimé de femmes vivant en France mutilées sexuellement (que la mutilation ait lieu en France ou à l'extérieur du territoire français) ?

- 1 : 30 000
- 2 : 75 000
- 3 : 125 000
- 4 : 200 000
- 5 : 250 000

10) Parmi les affirmations suivantes concernant les mutilations sexuelles féminines (MSF), lesquelles sont vraies :

- 1 : Les MSF sont interdites par la loi en France
- 2 : Les MSF sont interdites par la loi au niveau international
- 3 : Les MSF sont le plus souvent en lien avec les croyances religieuses
- 4 : Les femmes victimes de mutilations ont majoritairement subi une atteinte du clitoris seul
- 5 : Les conséquences sont identiques voire plus graves lorsque les MSF sont pratiquées par un professionnel de santé ou dans un milieu médicalisé

11) Selon vous, dans le cadre de la prévention des MSF, quels éléments et facteurs de risque sont à rechercher ?

- 1 : L'origine de la patiente et/ou le pays de naissance des parents
- 2 : L'existence de coutumes ou rituels particuliers à son âge dans sa culture
- 3 : Une MSF subie par un autre membre de sa famille
- 4 : Un suivi par la PMI
- 5 : La programmation d'un voyage à l'étranger d'une jeune fille par ses parents

12) Selon vous, quelle(s) mesure(s) fait (font) partie(s) de la conduite à tenir devant une mineure à risque de MSF ?

- 1 : Signalement auprès du procureur de la République obligatoire, que le risque de MSF soit imminent ou non
- 2 : Signalement auprès du procureur uniquement en cas de risque imminent de MSF
- 3 : Délivrance par le médecin généraliste d'un certificat de non-excision avec contre-examen au retour de voyage dans un but dissuasif
- 4 : Délivrance par le médecin généraliste d'un certificat de non-excision dans le cadre d'une demande d'asile
- 5 : Information obligatoire des parents en cas de signalement

13) Selon vous, quelle(s) mesure(s) adopter face à la constatation de MSF ?

- 1 : Si la patiente est majeure, le signalement est obligatoire (avec ou sans consentement).
- 2 : Si la patiente est mineure, le signalement est obligatoire (avec ou sans consentement)
- 3 : L'existence de soeurs dans la fratrie ne doit pas apparaitre sur le certificat de signalement
- 4 : il est recommandé de dépister d'autres formes de violences
- 5 : Orienter les patientes et familles vers des associations

14) Avez-vous en pratique déjà rencontré le cas de patientes à risque de MSF ou ayant subi des MSF ?

- 1 : Des patientes à risque
- 2 : Des patientes ayant subies des MSF
- 3 : Des patientes à risque et des patientes ayant subies des MSF
- 4 : Aucune de ces situation n'a été rencontrée
- 5 : Peut-être mais je ne les ai pas dépistées
- 6 :
- autre :
-
-

15) Sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (totalemnt), pensez-vous savoir mettre en confiance une patiente ayant subi une MSF lors de l'examen vulvaire ou gynécologique (quel que soit le motif de l'examen) ?

- 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
- 10

16) Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances afin de mener une consultation chez une femme à risque ou ayant subi des MSF ?

- 1 : chez une femme à risque uniquement
- 2 : chez une femme ayant subie une MSF uniquement
- 3 : Oui dans les deux situations
- 4 : non dans aucune de ces situations
- 5 :
- Autres :
-
-

17) Pensez-vous en pratique à évaluer le risque de MSF des patientes (dans un but de prévention) ?

- 1 : Oui systématiquement
- 2 : Oui souvent
- 3 : Parfois
- 4 : Jamais
- 5 :
- Autres :
-

3/ les troubles du désir :

18) Concernant la physiologie du désir sexuel féminin, quelles affirmations sont vraies ?

- 1 : Contrairement aux hommes, les femmes ont moins de désir sexuel dit spontané
- 2 : Le désir sexuel féminin diminue après la ménopause
- 3 : En cas de baisse du désir, une souffrance est plus souvent ressentie chez les patientes jeunes
- 4 : Les androgènes jouent un rôle essentiel pour la lubrification vaginale
- 5 : La dopamine joue un rôle primordial sur la motivation sexuelle

19) Le DSM-V (Diagnostic and statistical Manual of mental disorder) définit les troubles de l'intérêt pour l'activité sexuelle et les troubles de l'excitation sexuelle chez les femmes, à votre avis quels éléments sont nécessaires à ce diagnostic?

- 1 : Symptômes de réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle évoluant depuis un minimum de 3 mois.
- 2 : Symptômes provoquant une détresse cliniquement significative chez la patiente.
- 3 : Absence d'étiologie organique, toxique ou iatrogène pouvant expliquer les troubles
- 4 : Présence d'au moins 3 symptômes de réduction de l'intérêt ou de l'excitation
- 5 : Moins de manifestations de désir que son partenaire

20) Quels éléments sont essentiels à rechercher pour évaluer un trouble du désir chez une patiente ?

- 1 : la prise de traitements psychotropes
- 2 : Des antécédents chirurgicaux tels que la colectomie ou la mastectomie
- 3 : Troubles de la sexualité du partenaire
- 4 : Les représentations concernant la sexualité
- 5 : Le caractère primaire ou secondaire du trouble

21) A quelles étiologies organiques pensez-vous face à une plainte de type « déficience ou réduction de l'intérêt pour l'activité sexuelle »?

- 1 : Diabète sucré
- 2 : Hypercorticisme
- 3 : Syndrome dépressif/anxiété
- 4 : Dysfonction thyroïdienne
- 5 : Allaitement

22) A votre avis, quels éléments de prise en charge peuvent être proposés aux femmes souffrant de trouble du désir non organique ?

- 1 : informations et explications sur la physiologie de la sexualité féminine
- 2 : prise en charge psychosexuelle par un sexologue ou un psychiatre
- 3 : supplémentation en Déhydroépiandrostérone (DHEA)
- 4 : traitement par testostérone chez les femmes naturellement ménopausées
- 5 : Application locale de préparation à base d'oestradiol
- 6 : Je ne sais pas ce que je pourrai proposer

4/ Sources d'informations

23) Concernant les dyspareunies, quelle(s) a (ont) été votre (vos) source(s) d'information et de connaissance à ce sujet ?

- 1 : cours théoriques facultaires durant l'externat
- 2 : cours théoriques facultaires durant l'internat
- 3 : pratique durant les stages d'internat
- 4 : littérature médicale/sites médicaux
- 5 : littérature ou sites non médicaux
- 6 : formation en dehors du cursus universitaire (MOOC, séminaire de formation médicale, stages...)
- 7 : discussion avec des pairs/ collègues
- 8 : discussion avec des amis, familles..
- 9 :
- autres :
-
-

24) Concernant les mutilations sexuelles, quelle(s) a (ont) été votre (vos) source(s) d'information et de connaissance à ce sujet ?

- 1 : cours théoriques facultaires durant l'externat
- 2 : cours théoriques facultaires durant l'internat
- 3 : pratique durant les stages d'internat
- 4 : littérature médicale/sites médicaux
- 5 : littérature ou sites non médicaux
- 6 : formation en dehors du cursus universitaire (MOOC, séminaire de formation médicale, stages...)
- 7 : discussion avec des pairs/ collègues
- 8 : discussion avec des amis, familles..
- 9 :
- autres :
-
-

25) Concernant les troubles du désir, quelle(s) a (ont) été votre (vos) source(s) d'information et de connaissance à ce sujet ?

- 1 : cours théoriques facultaires durant l'externat
- 2 : cours théoriques facultaires durant l'internat
- 3 : pratique durant les stages d'internat
- 4 : littérature médicale/sites médicaux
- 5 : littérature ou sites non médicaux
- 6 : formation en dehors du cursus universitaire (MOOC, séminaire de formation médicale, stages...)
- 7 : discussion avec des pairs/ collègues
- 8 : discussion avec des amis, familles..
- 9 :
- autres :
-
-

Merci de votre participation

AUTEUR : Camille BEGUE-FLECHE

TITRE : Quelles sont les connaissances des internes de médecine générale concernant les troubles de la sexualité des femmes ?

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr. Anne SAINT-MARTIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 7 Février 2023, Faculté de Médecin Toulouse Purpan.

Objectif : L'objectif principal était de décrire l'état des connaissances des internes de médecine générale de Toulouse concernant les troubles de la sexualité des femmes.

Méthode : C'est une étude épidémiologique descriptive transversale uni-centrique. Une étude quantitative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire qui s'adresse aux internes des trois années de médecine générale de Toulouse.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire était de 23,9%. 103 questionnaires ont été analysés. Des inégalités de connaissances sont mises en évidence. Les généralités sur les troubles du désir sont connues par 70,9% des répondants contre 20,4% pour les MSF. L'interrogatoire est maîtrisé par 70,9% des étudiants pour les MSF, 100% d'entre eux pour les troubles du désir mais par seulement 19,4% pour les dyspareunies. Au sujet de l'aisance à l'examen clinique, 49,5% des interrogés sont très ou plutôt à l'aise chez une patiente avec des dyspareunies. Alors que, 75,7% sont peu ou très peu à l'aise face à une patiente avec des MSF. Enfin, la conduite à tenir est connue par 71,1% des répondants pour les dyspareunies et 99,1% pour les troubles du désir. Au sujet des MSF, 27,2% des étudiants connaissent la prise en charge des patientes à risque alors que 91,3% connaissent la conduite à tenir face à une femme victime.

Conclusion : Cette étude met en évidence des lacunes, prédominants pour les dyspareunies et les mutilations sexuelles, et des besoins de formation des futurs médecins en matière de troubles de la sexualité des femmes.

Objective : main objective of this study was to describe the state of knowledge of general medicine interns in Toulouse regarding women's sexual disorders.

Methods : It is a unicentric cross-sectional descriptive epidemiological study. A quantitative study was carried out using a questionnaire aimed at interns in the three years of general medicine in Toulouse.

Results : The response rate to the questionnaire was 23.9%. 103 questionnaires were analyzed. Inequalities in knowledge are highlighted. Generalities about desire disorders are known by 70.9% of respondents compared to 20.4% for FSM. The medical history taking is known by 70.9% of students for FSM, 100% of them for desire disorders but by only 19.4% for dyspareunia. Regarding the ease of performing a clinical examination, 49.5% of respondents are very or rather comfortable in a patient with dyspareunia. Whereas, 75.7% of them are little or very uncomfortable with a patient with FSM. Finally, the conduct to be taken is known by 71.1% of respondents for dyspareunia and 99.1% of respondents for desire disorders. About the FSM, 27.2% of students know how to care for patients at risk, while 91.3% of them know how to deal with a female affected with FSM.

Conclusion : This study highlights gaps, predominant for dyspareunia and sexual mutilation, and training needs of future doctors in women's sexual disorders.

Mots-Clés : Troubles de la sexualité, Internes, Connaissances, Formation, Médecine générale

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
