



HAL
open science

Connaissances et représentations de la vulve, impacts sur la santé sexuelle des femmes

Cécile Indaco

► **To cite this version:**

Cécile Indaco. Connaissances et représentations de la vulve, impacts sur la santé sexuelle des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03003900

HAL Id: dumas-03003900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03003900>

Submitted on 13 Nov 2020

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

Connaissances et représentations de la vulve, impacts sur la santé sexuelle des femmes

présenté et publiquement soutenu
devant l'école universitaire de Maïeutique de Marseille

Le 8 avril 2020

Par

INDACO Cécile

Née le 19 août 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2020

Membre du jury :

- Comte Florence, directrice de mémoire, sage-femme enseignante
- Nina Cécile, directrice de mémoire, sage-femme enseignante
- Taciak Sophie, sage-femme coordinatrice

AIX MARSEILLE UNIVERSITÉ

Ecole de Maïeutique

Connaissances et représentations de la vulve, impacts sur la santé sexuelle des femmes

INDACO Cécile

Né(e) le 19 août 1996

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Je tiens à remercier dans un premier temps mes directrices de mémoire, Florence Comte et Cécile Nina, qui ont accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce projet. Merci pour leur soutien, leur disponibilité et leurs encouragements tout au long de l'avancée de ce travail.

Merci également à Lenaig Serazin, pour toutes les informations qu'elle a pu me donner, en tant que personne ressource, me permettant d'enrichir mon travail.

Je tiens à remercier tous les professionnels ayant accepté de diffuser mon questionnaire au sein de leur cabinet et de leur établissement : Océane Leibundgut, Fara Ramanasse, Claudia Laporte et Le Docteur Stéphanie Denoix ainsi que les maternités d'Aix, de Pertuis et Nord.

Merci à ma famille, pour son aide précieuse, son soutien sans faille et son accompagnement pendant ces 5 années d'étude. Leur amour, leur disponibilité, leur présence, pour les petits riens comme pour les grandes décisions, m'ont aidé à avoir confiance en moi. Merci enfin pour avoir relu plusieurs fois ce mémoire à la chasse aux fautes d'orthographe !

Je remercie énormément Camille, Ophélie, Margaux, Mélissa, et Marion, mes futures consœurs, que j'ai rencontrées pendant mes études et qui sont devenues des amies précieuses.

Je remercie également Benjamin, Alexandre, Quentin, Auriane, Victoire et Aloïs qui m'ont écouté parler longuement de ce travail et qui m'ont soutenue dans sa réalisation.

Enfin, merci aux femmes que je rencontre et qui font mon quotidien, grâce auxquelles j'en apprend un peu plus chaque jour et qui m'ont inspirée ce sujet.

Merci aux patientes qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont fait confiance.

Table des matières

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Introduction à l'étude | 6 |
| II. | Matériel et méthode | 12 |
| | A. Méthode et type d'étude | 12 |
| | B. Durée de l'étude | 12 |
| | C. Population | 12 |
| | D. Lieu de l'étude | 12 |
| | E. Questionnaire | 13 |
| III. | Résultats | 17 |
| | A. Etude descriptive | 17 |
| | 1. Population | 17 |
| | 2. Les connaissances et représentations | 18 |
| | 3. Santé sexuelle | 22 |
| | B. Etude analytique | 26 |
| | 1. Résultats selon les caractéristiques démographiques | 26 |
| | 2. Résultats selon d'autres caractéristiques | 27 |
| IV. | Analyse et discussion | 29 |
| V. | Conclusion | 39 |
| VI. | Bibliographie | 40 |
| VII. | Annexes | 45 |
| VIII. | Glossaire | 56 |
| IX. | Résumé/Summary | 57 |

I. Introduction à l'étude

Dans l'antiquité, la vulve comme la sexualité féminine était vue de façon très positive. Dans l'égypte antique, elle est considérée comme une source de bonheur et de régénération. Il était d'usage de manger des gâteaux au miel en forme de vulve dans les palais Grecs, pour célébrer la féminité. De manière tout à fait décomplexée, le sang menstruel était même vécu comme un phénomène magique [1].

Au moyen age, sous l'influence de l'église, le tabou autour du sexe féminin et de la sexualité plus généralement commence à se répandre. [2]

Au 16e siècle, Colombo (anatomiste italien) met pour la première fois un nom sur le clitoris et découvre qu'il est lié au plaisir féminin [2].

Parallèlement dans le domaine artistique, les poils pubiens ne sont pas représentés car symbolisant l'animalité et associés aux prostituées. Le nu féminin, jusqu'au XIXe siècle, n'est pas obscène s'il n'est pas velu. Il est convenable de représenter la femme nue, à condition que ce soit une déesse. [3].

Pourtant en 1866, Courbet a peint son célèbre tableau "L'Origine du Monde" représentant le sexe d'une femme allongée nue sur un lit, les cuisses écartées, qui devient une oeuvre clandestine jusqu'en 1960. Jusqu'alors les éditeurs doivent gommer les poils pubiens pour éviter la censure. [3]

Dès 1750, la masturbation en couple est fortement conseillée car on pense que l'orgasme féminin est nécessaire pour devenir enceinte. Cependant, sa pratique solitaire est accusée d'être une "pratique funeste" ! On pense que l'on peut en mourir, en témoignent les illustrations du "Livre Sans Titre" dans lequel on voit un homme "jeune et beau" vomir le sang, perdre ses dents et se couvrir de pustules pour finalement mourir "dans des tourments horribles". [2],[4],[5].

A cette époque, la masturbation solitaire est synonyme de péché car elle empêcherait la vie et irait à l'encontre de la natalité. De plus, elle serait à l'origine du cancer de l'utérus, de l'hystérie et de l'épilepsie. Parfois même, en Europe, on excise les jeunes femmes, de manière punitive, préventive et/ou thérapeutique. Pour le médecin américain Kellogg "l'application d'acide phénique sur le clitoris constitue un excellent remède pour calmer toute excitation anormale". [2],[6]

En 1905, paraissent les "Essais sur la théorie sexuelle" de Freud, le fondateur de la psychanalyse. Il répand l'idée qu'une fois pubère, une jeune fille ne doit "investir que son vagin, et non plus son clitoris, pour devenir une femme". Les femmes qui n'atteignent pas l'orgasme par pénétration sont classées dans la catégorie des frigides ayant besoin d'aide psychologique. Freud conçoit donc que le plaisir de la femme n'est possible que grâce à l'intervention d'un homme, et non grâce à son anatomie propre [2],[7].

Dans les années 1960, le mot clitoris disparaît du dictionnaire ainsi que des traités d'anatomie. Il faudra attendre 1998 avant que l'urologue australienne Helen O'Connell publie une étude qui mènera à la première illustration détaillée de l'organe. Dans les années 2000, Odile Buisson travaille à mieux comprendre l'aspect et le rôle du clitoris [2].

Depuis, de nombreuses oeuvres, livres ou publicités ont vu le jour, prônant la variabilité du sexe féminin ainsi que son fonctionnement. Parmi eux, l'illustratrice Emma a réalisé une série de dessins pour expliquer le fonctionnement du clitoris et briser les tabous en s'adressant aux femmes comme aux hommes [8]. Également le plasticien Jamie McCartney qui a plâtré 400 sexes féminins, de femmes de 18 à 76 ans pour en montrer le vrai visage, dans son "Great Wall of Vagina" (partant du constat que les femmes, peu informées sur l'aspect de leurs parties intimes et influencées par les standards pornographiques, ont souvent une mauvaise image de leur sexe) [9].

Le livre "Les joies d'en bas" aborde l'anatomie et les particularités du sexe féminin d'un angle décomplexé et amusant [10]. De plus, on compte la récente publicité pour serviettes hygiéniques Nana, représentant la vulve à l'aide de divers objets (coquillages, pâtisseries, fruits...) et montrant pour la première fois du sang rouge sur les protections hygiéniques.

Enfin en 2017, le clitoris apparaît pour la première fois dans sa totalité dans les livres de Sciences et Vie de la Terre (SVT) pour une seule maison d'édition, la maison Magnard [2], [11].

La vulve pour une femme est souvent une partie méconnue de son corps celle-ci n'étant pas directement visible. Pour la voir, elle doit en avoir l'intention et l'envie [12], [13].

Les femmes connaissent en partie leur corps et leur vulve à travers le toucher et les sensations. Celles-ci commencent dès la vie in utero, par l'intermédiaire du liquide amniotique et s'étend tout au long de l'enfance [14]. Une fois adolescentes/adultes, peu de femmes font la démarche de regarder leur vulve dans un miroir ou bien de la toucher [12],[13].

Parler de sa vulve est tabou pour 20% des femmes, en raison de son caractère intime et sexuel ou pour des raisons de pudeur. La moitié des femmes ne la visualise pas du tout, n'osant pas la regarder, et seulement 14% estiment en avoir une vision précise [15].

Il est également intéressant de noter que certains professionnels de santé contactés pour la réalisation de cette étude ont exprimé une gêne à l'égard d'un sujet "trop tabou". Cela semble donc indiquer que le tabou ne concerne pas uniquement les patientes mais également les soignants.

Une récente étude montre, sur un schéma de vulve à anoter, qu'il y a une minorité de bonnes réponses (64% le vestibule du vagin, 36% les petites lèvres, 9% l'urètre, 6% l'hymen) par rapport à un schéma représentant des organes génitaux internes.

On constate donc une meilleure connaissance pour des organes non visibles [16].

Cette situation peut s'expliquer par les étapes d'apprentissage et les différentes sources d'informations qui sont mises à leur disposition au cours de leur vie, qui peuvent être incomplètes.

Les principales sources d'informations sont l'entourage, que ce soit la famille ou les amis, les livres, les médias, les campagnes de prévention ainsi que les consultations médicales (suivi gynécologique, séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), rééducation périnéale...).

Lorsque les femmes ne connaissent pas leur anatomie intime, quelle que soit la raison, elles auront du mal à en avoir une représentation juste [16].

Des douleurs peuvent donc apparaître du fait de l'absence de lien et de rencontre avec leur vulve. Ces douleurs peuvent être constantes ou bien se traduire par des dyspareunies, et/ou une absence d'épanouissement sexuel [17].

De bonnes connaissances peuvent également avoir un impact positif sur la contraception (une meilleure observance s'expliquerait du fait d'une compréhension de son anatomie, engendrant plus d'aisance avec son propre corps [2]), le diagnostic et la prise en charge d'affections gynécologiques ou obstétricales, une femme avertie aura une attitude plus attentive permettant une anamnèse plus fiable et un diagnostic plus facile.

Depuis 2017, le ministère des affaires sociales et de la santé a mis en place le plan de santé sexuelle 2017-2030 en France.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.» [18]

La santé sexuelle fait donc partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble et se base sur 3 principes fondamentaux : l'autonomie, la satisfaction, la sécurité.

Elle s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive.

Elle vise à promouvoir la santé sexuelle pour toutes et tous et à tout âge, l'amélioration des connaissances et l'appropriation des informations pour prévenir les grossesses non prévues et réduire le nombre d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST), ainsi que l'amélioration de la santé reproductive et la lutte contre les violences sexuelles [19].

Pour cela, il est nécessaire d'agir sur plusieurs facteurs comme l'amélioration des connaissances et du niveau d'information (développement sexuel, risques associés à des rapports non protégés, contraception), la promotion des attitudes et valeurs favorables à la santé sexuelle (ouverture d'esprit, respect de soi et d'autrui, estime de soi...), le développement d'aptitudes et de compétences personnelles, en valorisant l'esprit critique, l'affirmation de soi, la confiance, la capacité à assumer des responsabilités, l'empathie... [20]

En France, les indicateurs globaux de la santé sexuelle sont plutôt satisfaisants, par rapport à d'autres pays. En effet, les principaux indicateurs des objectifs d'une bonne santé sexuelle sont en partie atteints [20] :

- L'autonomie (avoir la capacité de concevoir des enfants et la liberté de décider d'en concevoir) : 80% des femmes de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception,
- La sécurité : plus de 80% des jeunes de 15 à 25 ans utilisent des préservatifs lors des premiers rapports sexuels,
- La satisfaction : 88% des femmes ont jugé "très bonne" ou "satisfaisante" leur vie sexuelle.

Cependant, de nombreux indicateurs restent encore peu satisfaisants :

- 25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale en vigueur [20],[21],
- une femme sur 7 déclare avoir subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de sa vie [20], [22],
- un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG, malgré un niveau de contraception élevé [20], [23].

On constate actuellement une grande augmentation des chirurgies esthétiques du sexe féminin en Grande Bretagne mais également en France, notamment la nymphoplastie, qui en 2018 arrivait 16^{ème} dans le classement des opérations chirurgicales les plus pratiquées dans le monde [24][25][26].

Une des raisons qui peut pousser à ce type d'intervention est la mauvaise connaissance de l'anatomie « normale » de la femme et de sa variabilité [27][28][29].

Pourtant depuis quelques années, de nombreuses évolutions concernant la femme, son corps et ses droits ont vu le jour.

On trouve par exemple la suppression de nombreux tabous et le corps qui ne se cache plus (pouvant avoir des impacts négatifs comme la création de nouveaux complexes liés à un modèle féminin sur la vision du corps et de la sexualité), le droit des femmes à disposer librement de leur corps, notamment avec les avancées législatives sur le droit à la contraception et à l'IVG [30], l'accessibilité grandissante à l'information, grâce aux divers sites de vulgarisation médicale, pages instagram, pouvant parfois apporter de fausses informations.

Enfin la sage-femme a un rôle central en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'accompagnement tout au long de la vie d'une femme.

Au regard des données précédemment énoncées, la question suivante peut se poser :
Quelles sont les connaissances et représentations des femmes sur leur vulve et quels impacts peuvent-elles avoir avec leur santé sexuelle ?

Les objectifs de recherche sont les suivants :

- Recueillir et analyser les connaissances et représentations physiques et fonctionnelles qu'ont les femmes de leur vulve dans la région d'Aix-Marseille,
- Identifier l'existence éventuelle d'impact avec leur santé sexuelle.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances et les représentations des femmes de leur vulve ainsi que leur(s) possible(s) impact(s) sur leur santé sexuelle.

Les hypothèses de recherches sont les suivantes :

- les femmes ont des connaissances et des représentations erronées de leur vulve,
- de mauvaises connaissances et représentations de la vulve impactent négativement la santé sexuelle des femmes.

II. Matériel et méthode

A. Méthode et type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive multicentrique réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme (*annexe I*).

B. Durée de l'étude

L'étude a débuté en juin 2019 et a pris fin en octobre 2019, soit 5 mois.

C. Population

L'échantillonnage étant aléatoire, afin d'obtenir une population variée et représentative, les critères d'inclusion pour cette étude étaient :

- Être une femme,
- Être majeure,
- Savoir lire et écrire le français,
- Être volontaire pour participer à l'étude.

Critères de non-inclusion :

- Être mineure,
- Être un homme,
- Ne pas savoir ou pouvoir lire ni écrire le français.

Critère d'exclusion :

- Questionnaire non exploitable (non complet, incompréhensible)

D. Lieu de l'étude

Il a semblé pertinent, pour le lieu de l'étude, de démarcher un grand nombre d'établissements fréquentés par les femmes quel que soient leurs conditions socio-économiques, leurs âges et leurs ressources.

L'étude se situant géographiquement dans la région d'Aix-Marseille, ont été démarchés 16 cabinets de sages-femmes libérales, 8 cabinets de gynécologie, 14 maternités (services de suite de couches, de consultations gynécologiques, pré et postnatales, de gynécologie sociale et d'hôpital de jour), le service de médecine préventive d'Aix-en-provence et de Marseille, des associations de femmes (SOS femmes, femmes solidaires Marseille), le planning familial d'Aix en provence, les PMI du 5ème, 6ème et 7ème arrondissement de Marseille ainsi que le centre d'action social de Marseille.

A la suite des réponses obtenues, le choix s'est porté sur les maternités d'Aix-en-provence, de Pertuis et de l'hôpital Nord à Marseille (dans les services de suites de couches, de consultations gynécologiques, pré et postnatales, de gynécologie sociale et d'hôpital de jour), dans 3 cabinets de sages-femmes libérales et 1 cabinet de gynécologie.

Il a volontairement été choisi de ne pas diffuser ce questionnaire en ligne sur internet, afin de limiter les biais de sélection et de subjectivité.

E. Questionnaire

Il a été choisi d'interroger les femmes par le biais d'un questionnaire anonyme, réalisé à l'aide d'une carte conceptuelle (*annexe II*). Ce dernier était à leur disposition dans les salles d'attente ou déposé dans leur chambre en cas d'hospitalisation. Il a semblé plus pertinent d'utiliser un questionnaire plutôt que des entretiens, les informations demandées dans ce dernier touchant à la sphère intime, autour de laquelle sont souvent associés pudeur, gêne voir tabou. Cela exposait alors l'étude à un nombre de biais plus importants.

Une fois rempli, le questionnaire était déposé dans une urne à disposition dans la salle d'attente ou directement récupéré en chambre. En aucun cas, il n'était récupéré par un médecin ou une secrétaire afin d'optimiser l'anonymat.

Le questionnaire est découpé en cinq parties :

- la première permet de recueillir les informations générales à propos de la patiente (âge, gestité/parité, profession ...),

- la seconde les interroge à propos de leurs connaissances anatomiques de la vulve et présente un schéma à remplir avec leurs propres mots. Ce dernier a été volontairement choisi sur un site internet de vulgarisation médicale [31], facilement accessible lors de l'utilisation des mots-clés suivants : "vulve", "périnée", "schéma", "anatomie". Il a semblé préférable de choisir un schéma simplifié, plutôt qu'une photo ou une planche anatomique très détaillée, afin de ne pas trop gêner ou intimider les patientes, pouvant provoquer des réticences pour répondre à l'étude.
- La troisième partie les interroge sur les connaissances fonctionnelles de la vulve,
- La quatrième partie les interroge sur leurs représentations du sexe, de la sexualité et de la reproduction,
- La cinquième partie les interroge sur leur santé sexuelle.

Ce questionnaire comprend donc des variables quantitatives ainsi que qualitatives.

Afin d'évaluer l'estime de soi des femmes, l'échelle de Rosenberg a été choisie. Il s'agit d'une échelle basée sur dix affirmations, nuancées de "tout à fait d'accord" jusqu'à "pas du tout d'accord". Il s'agit d'un outil reproductible et fiable.

De la même façon, afin d'évaluer le score de satisfaction sexuelle, une partie du score de vie sexuelle (PISQ-12) a été utilisé. Il est composé de douze questions dont quatre ont été utilisées dans cette étude, et est reconnu internationalement.

Concernant le schéma, il était demandé aux femmes de le légèrer en « texte libre » et d'inscrire un mot en face de chaque flèche proposée. Le but du questionnaire était de juger des connaissances anatomiques des femmes et non de savoir si elles connaissaient les termes anatomiques exacts.

Les réponses suivantes étaient comptées comme justes :

- Les réponses avec faute d'orthographe
- Les synonymes (« pubis », « poils pubiens », « mont de vénus »)
- Les abréviations (« clito » pour « clitoris »)
- Les imprécisions (« grosses lèvres » pour « grandes lèvres » ou « rectum » pour « anus »)
- Les confusions (« uretère » pour urètre »)

- Les termes de langage courant ou parlé (« sortie de l'urine », « trou pour pipi »...)

Le seuil définissant un niveau de connaissance satisfaisant était strictement supérieur à 4. Un score insuffisant était fixé à un résultat inférieur ou égal à 4.

Il a été fixé arbitrairement à 4 sur 9 car il s'agit du minimum de connaissances nécessaires pour avoir une vision d'ensemble de son anatomie (urètre, vagin, anus, petites lèvres et/ou grandes lèvres).

Bien que l'anus ne fasse pas partie à proprement parler de la vulve, il a été volontairement inclus dans cette étude.

De la même façon, l'hymen, inconstant chez les femmes, a également été inclus dans cette étude. En effet, beaucoup de fausses idées circulent à son sujet. Il était donc pertinent de s'intéresser aux connaissances et représentations qu'en avaient les femmes.

Il a été volontairement choisi d'étudier les connaissances ainsi que les représentations dans cette étude, ces deux concepts étant difficilement dissociables.

En effet, selon Le Larousse, la représentation se définit comme l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe [32].

Cependant le concept de représentation est bien plus complexe et constitue un outil puissant de l'étude de l'homme [33]. Il se décline en plusieurs concepts dérivés, les représentations étant selon le psychologue social S. Moscovici "l'interface symbolique entre l'individu et son environnement perçu" [34]. Les représentations sont donc une association entre les spécificités individuelles et expériences personnelles, les appartenances culturelles, et suivant les évolutions sociétales [35].

D'après le Larousse, la connaissance est défini de la façon suivante : "Action, fait de comprendre, de connaître les propriétés, les caractéristiques, les traits spécifiques de quelque chose" [36].

Il est également difficile de définir le terme « connaissance » car il peut mettre en avant beaucoup de contenus très différents. Il peut donc être divisé en 2 concepts distincts :

- la connaissance ordinaire : produit des expériences rencontrées dans la vie quotidienne, ainsi que les représentations personnelles autour d'un sujet [37],

- la connaissance scientifique: éléments rigoureux mis en avant par des spécialistes, de manière à pérenniser les connaissances [38].

Pour les professionnels de santé, les connaissances scientifiques sont à la base de leurs connaissances. En ce qui concerne les patients, leurs connaissances proviennent de leurs expériences quotidiennes, ainsi que leurs représentations, qui leur sont beaucoup plus parlantes. Mais elles sont influencées également par les informations transmises par les professionnels de santé, les médias ainsi que les réseaux sociaux. Pour Emmanuel Kant, «les objets de notre connaissance ne sont que des représentations et la connaissance de la réalité ultime est impossible» [39]. Il semble donc difficile d'étudier les représentations d'une femme à l'égard de son anatomie sans prendre en compte son niveau de connaissance; c'est pourquoi dans cette enquête seront étudiés les 2 concepts.

Afin de s'assurer de la bonne compréhension de ce questionnaire, il a été soumis à une phase de test de 2 semaines. 21 questionnaires ont été recueillis et ont été inclus dans l'étude, du fait du faible nombre de modifications apportées par la phase test (tournures de phrases, syntaxe, mise en page).

III. Résultats

A. Etude descriptive

1. Population

Pour cette étude, 244 patientes sont entrées dans la population. 14 questionnaires ont été exclus car ininterprétables (illisibles ou incomplets). 230 questionnaires ont donc été utilisés pour la réalisation de cette étude.

a) profil de la population

L'âge moyen de la population est de 34,2 ans, la patiente la plus jeune ayant 18 ans et la plus âgée 82 ans. Il a volontairement été choisi de réaliser des tranches d'âge par décennies, l'âge pouvant être un facteur influençant les connaissances et les représentations.

| Variables | n(%) |
|-----------------------|------------|
| Ages | |
| 18-29 ans | 97 (42,2) |
| 30-39 ans | 74 (32,2) |
| 40-49 ans | 31 (13,5) |
| 50-59 ans | 18 (7,8) |
| 60-69 ans | 6 (2,6) |
| >70 ans | 4 (1,7) |
| Niveau d'étude | |
| Baccalauréat ou moins | 57 (24,7) |
| Bac +1 / +2 | 56 (24,3) |
| Bac +3 | 117 (50,9) |
| Profession | |
| Salarié | 108 (45,7) |
| Sans emploi | 29 (12,6) |
| Profession libérale | 28 (12,2) |

| | |
|----------------------------|------------|
| Etudiant | 28 (12,2) |
| Cadre | 25 (10,9) |
| Ouvrier | 12 (6,1) |
| Nationalité | |
| Française | 215 (93,9) |
| Autre | 15 (6,1) |
| Situation Familiale | |
| En couple | 156 (67,8) |
| Célibataire | 74 (32,3) |

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population

b) suivi gynéco-obstétrical

14 patientes n'ont jamais eu de suivi gynécologique. 7 patientes n'ont jamais eu de rapports sexuels au moment de l'études. 73% disent avoir un suivi régulier (au moins une fois par an). 68,7% ont une contraception (les plus utilisés sont la pilule et le Dispositif Intra-Utérin (DIU)) et 27% présentent ou ont déjà présenté une IST au cours de leur vie (majoritairement les herpès génitaux et les condylomes).

En ce qui concerne la parité, on compte parmi les femmes ayant déjà accouché, 61,6% ont accouché par voie basse, 12,7% par voie basse avec aide instrumentale et 25,7% ont eu une césarienne. 42.2% ont présenté des lésions périnéales, majoritairement des déchirures simples et des éraillures.

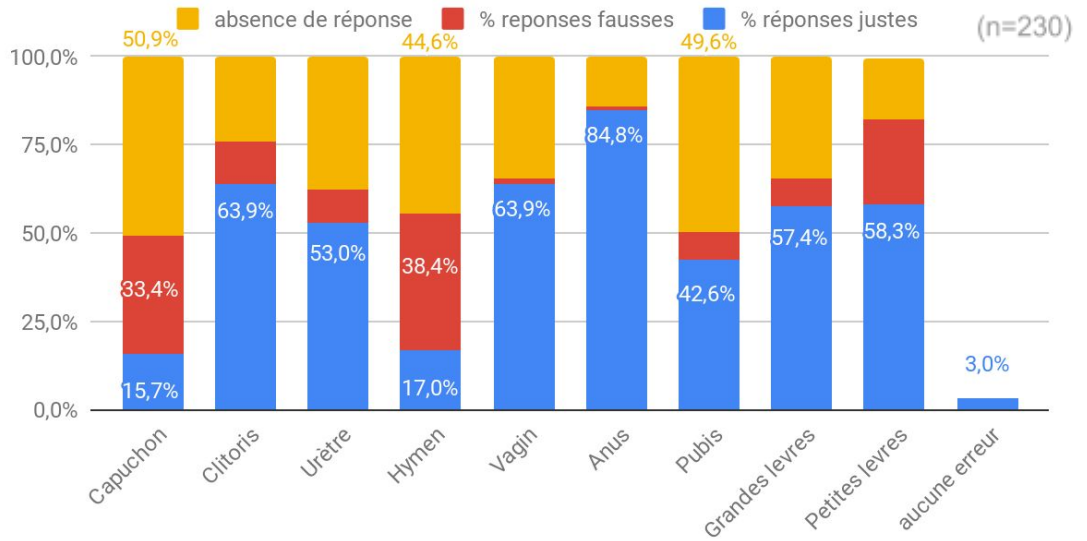
42.2% déclarent avoir participé à des séances de rééducation du périnée.

2. Les connaissances et représentations

a) Connaissances physiques

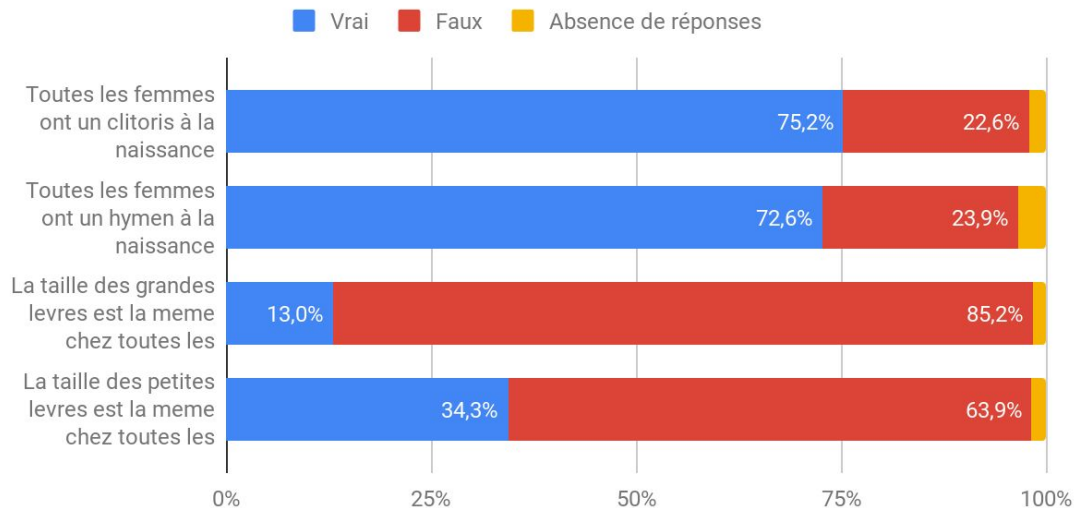
Selon le seuil à 4 points fixé dans la partie matériel et méthode, 54,8% (n= 126) des patientes avaient un score de connaissances satisfaisant et 45,2% (n= 104) avaient un score de connaissances insuffisant.

Figure 1 : Réponses obtenues au test de connaissances



Le schéma était légendé sans erreur par 3% des patientes (n=7). Les termes les moins bien légendés étaient : le capuchon du clitoris (16%), l'hymen (17%), et le pubis (43%). 51% des femmes n'ont pas donné de réponse pour le capuchon du clitoris, 50% n'en n'ont pas donné pour le pubis et 45% pour l'hymen.

Figure 2 : Réponses obtenues au questionnaire de connaissances



Pour 75% des patientes, toutes les femmes naissent avec un clitoris; pour 23%, les femmes ne naissent pas toutes avec un clitoris et 2% n'ont pas donné de réponses. 72% pensent que toutes les femmes ont un hymen à la naissance. Parmi elles, 63% pensent qu'il est totalement fermé. Les 37% restant pensent qu'il est perforé. La taille des grandes lèvres est variable pour 85%, et celle des petites lèvres l'est également pour 64%.

b) Les connaissances fonctionnelles et représentations

Afin d'obtenir une présentation des résultats plus claire, et une meilleure compréhension, les réponses obtenues ont été classées dans différentes catégories. Pour la question "selon vous, à quoi sert le vagin ?", 3 catégories ont été mises en évidence selon les réponses obtenues :

- la fonction reproductive comprenant les réponses "accouchement", "grossesse" et "reproduction"; 73% des femmes ont donné cette réponse,
- la fonction physiologique comprenant les réponses "porte d'entrée", "sécrétion de liquide", "menstruation", "protection de l'utérus" et "urines"; 22% ont donné cette réponse,
- La fonction sexuelle comprenant les réponses "rapport sexuel", "plaisir" et "recevoir le pénis de l'homme"; 26% ont donné cette réponse,
- 15% n'ont pas donné de réponse.

Pour la question "selon vous, à quoi sert le clitoris ?", 2 catégories ont été mises en évidence selon les réponses obtenues :

- la fonction anatomo-physiologique, comprenant les réponses "plaisir", "excitation", "lubrification" et "afflux sanguin"; 84% des femmes ont donné cette réponse,
- les fausses idées comprenant les réponses "urines", "reproduction" et "rien"; correspondant à 7% des réponses,
- 15% n'ont pas donné de réponse.

Pour la question "selon vous, à quoi sert l'hymen ?", 43% n'ont pas donné de réponse. Pour 33%, l'hymen sert de protection pour le vagin et/ou l'utérus, et pour 13% il permet de garantir la virginité de la femme.

A la question “selon vous, à quoi sert l’anus ?”, 87% ont répondu l’évacuation des selles, 10% au plaisir. 11% n’ont pas répondu à la question.

A la question “Selon vous, par quel orifice sort l’urine chez la femme?”, 54% ont donné une réponse exacte. Parmi les 46% ayant donné une réponse fautive, 83% pensent que l’urine s’écoule par le vagin, 11% par le clitoris et 6% par les lèvres.

| | n (%) |
|---|------------|
| Pour vous, à quoi sert le vagin ? | |
| fonction reproductive | 168 (73) |
| fonction physiologique | 52 (22,2) |
| fonction sexuelle | 60 (26,3) |
| absence de réponse | 35 (15) |
| Pour vous, à quoi sert le clitoris ? | |
| fonction anatomo-physiologique | 184 (84) |
| fausses idées | 16 (7) |
| absence de réponse | 33 (14,3) |
| Pour vous, a quoi sert l'hymen ? | |
| Rien | 32 (14) |
| Ecoulement menstruation | 16 (7) |
| Garantir la virginité | 31 (13) |
| Protection | 75 (33) |
| Instrument de machisme | 3 (1) |
| absence de réponse | 99 (43) |
| Pour vous, a quoi sert l'anus ? | |
| Selles | 201 (87,4) |
| Plaisir | 23 (10) |
| Selles + plaisir | 22 (9,6) |
| absence de réponse | 27 (11,7) |

| Pour vous, par quel orifice sort l'urine ? | |
|--|----------|
| Réponses exactes | 124 (54) |
| Réponses erronées | 106 (46) |

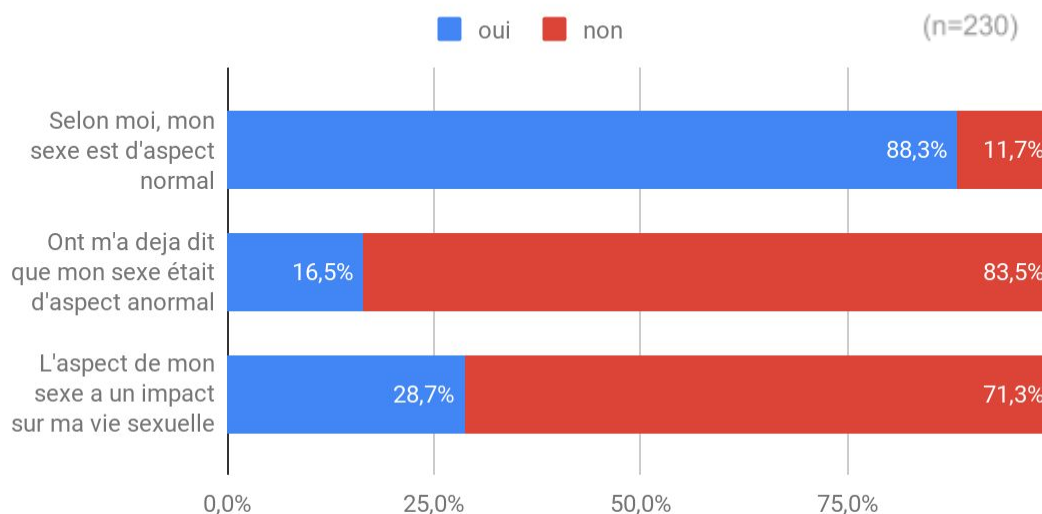
Tableau 2 : Connaissances fonctionnelles et représentations

11,7% des patientes considèrent l'aspect de son sexe comme anormal. On a déjà dit à 16,5% des patientes que leur sexe était d'aspect anormal. Pour 28,7% des femmes interrogées, l'aspect de leur vulve a un impact sur leur vie sexuelle.

3. Santé sexuelle

a) Estime de soi

Figure 3 : Réponses obtenues au questionnaire sur les représentations



En ce qui concerne l'évaluation de l'estime de soi, il a été utilisé l'échelle d'estime de soi de Rosenberg car il s'agit d'un outil reproductible et fiable.

Les femmes participant à cette étude ont majoritairement une estime d'elles même moyenne (27,4%). Pour 26% d'entre elles, leur estime d'elle est bonne et pour 21% elle est faible.

b) Score tabou

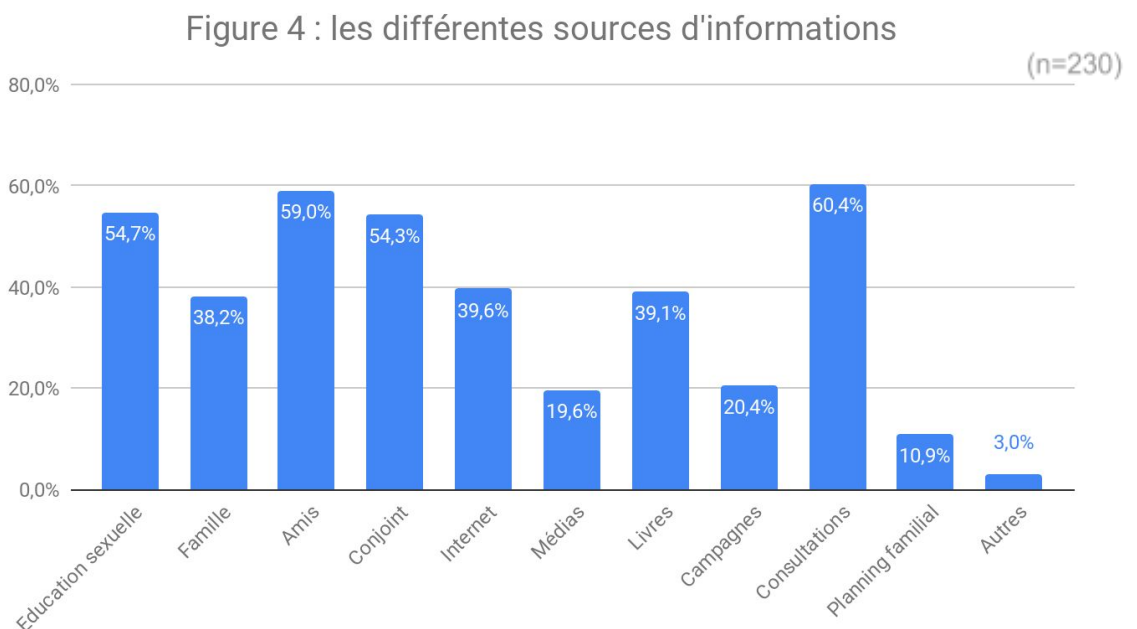
Il a également été demandé aux patientes si la sexualité et le sexe étaient des sujets difficiles à aborder car tabou ou gênants sur une échelle de 1 à 4 (1 étant associé à la réponse "pas gênant du tout" et 4 à la réponse "très gênant").

On constate que 68% d'entre elles ne considèrent pas ce sujet comme tabou ou gênant. 10,4% disent être très gênées par ce sujet.

c) Accès et sources d'information

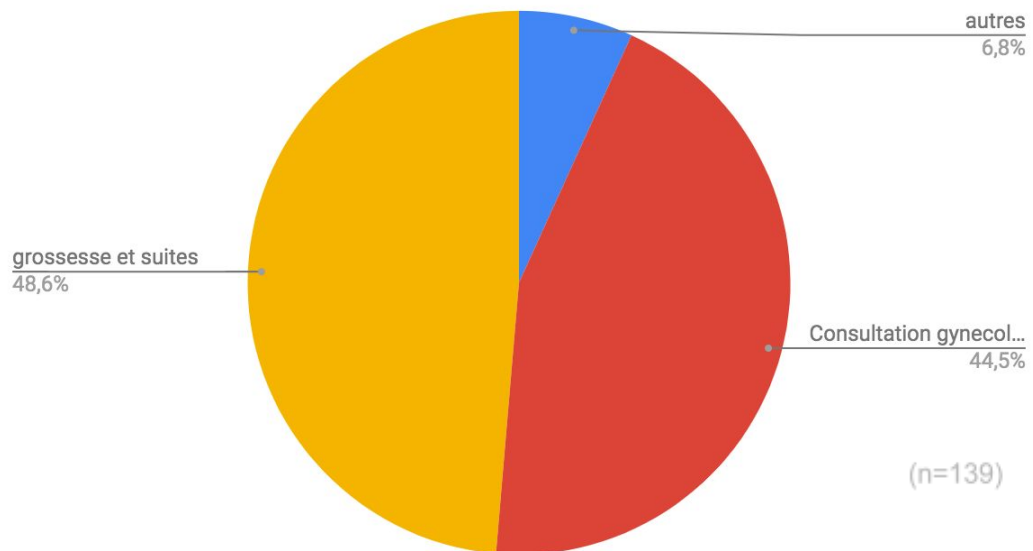
En ce qui concerne l'information, il a été demandé aux patientes si elles avaient déjà reçu une information à propos du sexe, de la sexualité, et de la reproduction, ainsi que leurs sources d'informations.

4% d'entre elles déclarent n'avoir jamais reçu d'information sur le sujet (n=9).



Les sources d'informations les plus citées par les femmes sont les consultations médicales (60,4%), les amis (59%), la famille et les cours d'éducation sexuelle pendant la scolarité (54% chacun).

Figure 5 : L'information en consultation médicale



En ce qui concerne l'information délivrée lors de consultation médicale, 44,5% décrivent avoir reçu une information lors de consultation gynécologique, et 48,6% à l'occasion d'une grossesse ou de ces suites (consultation prénatales, cours de PNP, rééducation périnéale).

42 % des patientes souhaitent avoir accès à des informations complémentaires en ce qui concerne leur sexe, leur sexualité et leur vie sexuelle.

d) Les douleurs

45,6% des femmes interrogées décrivent ressentir des douleurs vulvaires et/ou vaginales. Parmi elles, 62% décrivent des dyspareunies, et 21% des douleurs au moment d'examen gynécologique.

Sur l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), 74% des patientes décrivent un score ≥ 5 .

e) La satisfaction sexuelle

Les femmes interrogées dans cette études sont pour la majorité plutôt satisfaites voir très satisfaites sexuellement.

72% décrivent ressentir du désir sexuel au moins une fois par mois, et 15% tous les jours.

43% ressentent souvent de l'excitation pendant leur activités sexuelles, 39% toujours et 11% seulement quelques fois.

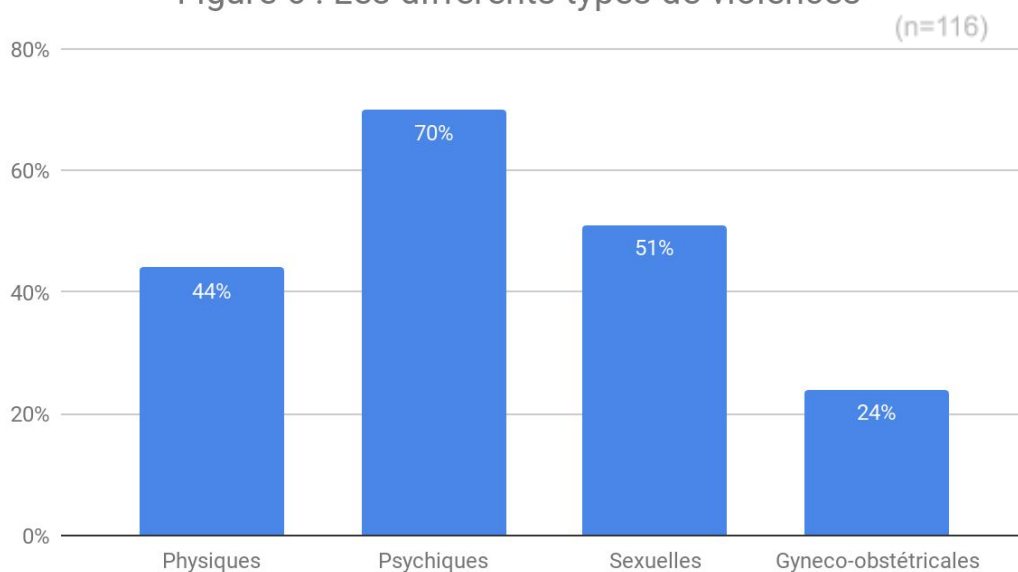
En ce qui concerne la fréquence d'apparition d'émotions négatives (honte, peur, culpabilité) pendant les activités sexuelles, 20,9% en décrivent quelques fois, 9,1% souvent contre 26,5% rarement et 40% jamais.

f) Les violences

50,4% des femmes interrogées décrivent avoir déjà subi des violences au cours de leur vie.

Parmi elles, 70% décrivent avoir déjà été victime de violences psychiques, 51% de violences sexuelles, 44% de violences physiques et 24% de violences gynéco-obstétricales.

Figure 6 : Les différents types de violences



B. Etude analytique

1. Résultats selon les caractéristiques socio-démographiques

| Caractéristiques | score ≤ 4 | Score > 4 | <i>p</i> |
|----------------------------|------------|------------|----------|
| | n (%) | n(%) | |
| Population générale | 104 (45,2) | 126 (54,8) | |
| Ages | | | |
| 18-29 ans | 42 (18,3) | 55 (23,9) | 0,252 |
| 30-39 ans | 30 (13) | 44 (19,1) | |
| 40-49 ans | 15 (6,5) | 16 (7) | |
| 50-59 ans | 10 (4,3) | 8 (3,5) | |
| 60-69 ans | 3 (1,3) | 3 (1,3) | |
| >70 ans | 4 (1,7) | 0 (0) | |
| Niveau d'étude | | | |
| Baccalauréat ou moins | 30 (12,9) | 27 (11,6) | 0,222 |
| Bac +1 / +2 | 29 (12,5) | 27 (11,6) | |
| Bac +3 ou plus | 45 (19,4) | 72 (31) | |
| Situation familiale | | | |
| En couple | 60 (26,1) | 96 (40,7) | 0,03 |
| Célibataire | 44 (19,1) | 30 (13) | |

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

La situation familiale est associée de manière significative au score obtenu au test de connaissance : 40,7% des femmes en couple ont un score de connaissance suffisant contre 30% des femmes célibataire ($p=0,003$).

Les différences observées entre les tranches d'âge ne sont statistiquement pas significatives ($p =0,252$) ainsi que pour le niveau d'étude ($p=0,222$).

2. Résultats selon des autres caractéristiques

| Caractéristiques | score ≤ 4 | Score > 4 | p |
|---------------------------------|------------|------------|-------|
| | n (%) | n(%) | |
| Population générale | 104 (45,2) | 126 (54,8) | |
| Contraception | | | |
| Oui | 68 (29,6) | 90 (39,1) | 0,325 |
| Non | 36 (15,7) | 36 (15,7) | |
| IST | | | |
| Oui | 28 (12,1) | 36 (15,6) | 0,947 |
| Non | 76 (33) | 90 (39,1) | |
| Parité | | | |
| Pas d'enfant | 43 (18,7) | 48 (20,9) | 0,616 |
| Au moins un enfant | 61 (26,5) | 78 (33,9) | |
| Rééducation périnéale | | | |
| Oui | 38 (16,5) | 59 (25,7) | 0,116 |
| Non | 66 (28,7) | 67 (29,1) | |
| Suivi gynécologique | | | |
| suivi régulier | 76 (33) | 92 (40) | 0,992 |
| pas de suivi régulier | 28 (12,2) | 34 (14,8) | |
| Estime de soi | | | |
| très faible | 17 (11,3) | 19 (12,8) | 0,635 |
| faible | 21 (14,2) | 28 (18,9) | |
| moyenne | 29 (19,6) | 23 (23) | |
| bonne | 24 (16,2) | 36 (24,3) | |
| très bonne | 13 (8,8) | 9 (6,1) | |
| Sources d'information | | | |
| 1 source d'information ou moins | 20 (8,7) | 8 (3,5) | 0,003 |
| Plus d'une source d'information | 84 (26,5) | 118 (51,3) | |

| Souhaite d'avantage d'information sur le sujet | | | |
|---|-----------|-----------|-------|
| Souhaite être plus informé | 41 (30,6) | 55 (41) | 0,458 |
| Ne souhaite pas être plus informé | 63 (47) | 71 (53) | |
| Douleurs | | | |
| Oui | 44 (19,1) | 61 (26,5) | 0,335 |
| Non | 60 (26,1) | 65 (28,3) | |
| Satisfaction sexuelle | | | |
| Très satisfaite | 24 (10,4) | 29 (12,6) | 0,445 |
| plutôt satisfaite | 54 (23,5) | 62 (27) | |
| peu satisfaite | 17 (7,4) | 29 (12,6) | |
| pas satisfaite | 9 (3,9) | 6 (2,6) | |
| Violences | | | |
| Oui | 50 (21,7) | 66 (28,7) | 0,516 |
| Non | 54 (23,5) | 60 (26,1) | |

Tableau 4 :Résultats obtenus au test de connaissance en fonction des autres caractéristiques

Le fait d'avoir **plus d'une source d'information** est statistiquement significative. En effet, 51,3% des femmes ayant au moins deux sources d'information identifiées ont un score de connaissance suffisant, contre 8% chez les patientes ayant été informée par une seule source d'information ou moins.

Cependant, le souhait d'être davantage informée sur le sujet du sexe et de la sexualité n'est pas statistiquement représentatif.

La prise de contraception n'est pas statistiquement associée au score obtenu au test de connaissance. De même pour la survenue d'IST, la parité, le fait d'avoir participé à des séances de rééducation périnéale ou le fait d'avoir un suivi gynécologique régulier. L'estime de soi n'est pas corrélée au score obtenu, comme la présence de douleurs vulvaires et/ou vaginales, la satisfaction sexuelle ou la présence de violences au cours de la vie.

IV. Analyse et discussion

A. Biais et limites de l'étude

La participation des femmes dans cette étude est basée sur le volontariat, ce qui sélectionne une population particulière, potentiellement plus intéressée/informée sur le sujet que les femmes n'ayant pas souhaité y répondre. De plus, ici sont représentées uniquement les femmes ayant un suivi médical (suivi de grossesse, suivi gynécologique ...), ce qui exclut une grande partie de la population générale. Enfin, les lieux sélectionnés n'ont pas été tirés au sort.

Tous ces éléments induisent un biais de sélection.

La méthodologie par questionnaire induit un biais d'information. En effet, il peut y avoir des défauts de mémorisations, des omissions ou des inexactitudes volontaires dans les réponses données. Le côté tabou de certaines questions a pu accentuer ce biais.

Le schéma utilisé dans le questionnaire apporte un biais de mesure car il était facile de confondre l'hymen avec les petites lèvres au vu de la façon dont ces éléments étaient représentés sur le schéma.

Enfin, seuls les questionnaires où aucune question de la partie connaissance n'avait été remplie ont été exclus de l'étude. Certains questionnaires ont donc été analysés alors que les schémas n'avaient pas été entièrement légendés. Les légendes non remplies ont été comptées comme « Je ne sais pas ». Il n'est pas possible de savoir si la patiente n'y a pas répondu car elle ne connaissait pas la réponse ou par sentiment de gêne, de pudeur, manque de temps...

B. Connaissances et représentations

2 études trouvées dans la littérature ont été utilisées afin de comparer les résultats obtenus.

La première de 2012 porte sur "les connaissances et méconnaissances du corps des femmes par les femmes" [15], sur un échantillon de 106 patientes âgées de 16 à 60 ans. La seconde date de 2015 et s'intéresse au niveau de connaissances des femmes majeures, sur un échantillon de 262 personnes [40].

Dans l'étude actuelle, on constate que 45% des patientes ont des connaissances insuffisantes, c'est à dire un score ≤ 4 . Ce pourcentage est équivalent à celui retrouvé en 2015.

Toujours dans l'étude actuelle, les éléments les mieux connus par les femmes sont l'anus (85%), le clitoris (64%) ainsi que le vagin (64%). Les résultats du schéma d'anatomie sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature montrant des pourcentages de bonne réponse semblables entre les études.

Les éléments les moins bien légendés sont le capuchon du clitoris (16%), et l'hymen (17%), qui sont également dans les autres études les moins bien connus. Cependant, on note une différence notable entre les pourcentages. Seules 5% des femmes étaient capables de nommer le capuchon du clitoris et 6% l'hymen dans l'étude de 2012. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le schéma utilisé dans l'étude de 2012 soit moins réaliste.

Seulement 3% des femmes interrogées dans l'étude actuelle ont rempli le schéma sans erreur, contre 21% dans l'étude de 2015. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'auteur de cette étude a utilisé une photo plutôt qu'un schéma, limitant les biais de mesure. Il est également possible de l'expliquer par le fait qu'il n'est pas demandé de légender le capuchon du clitoris ni l'hymen dans l'étude 2015 alors que ce 2 items sont les moins bien connus par les femmes dans l'étude actuelle. En effet, en enlevant l'hymen et le capuchon du clitoris de l'étude, les pourcentages de schémas remplis sans erreurs sont identiques (20,4%).

53% des femmes identifiaient bien le méat urinaire dans l'étude actuelle. Cependant dans l'étude de 2012, seulement 9% des femmes le légendent correctement et 32% dans la seconde étude. Ces différences peuvent être expliquées par le type de support utilisé pour la légende (planche anatomique ou dessin).

Les mots "vulve", "vagin" ainsi que "périnée" semblent poser un problème de vocabulaire et/ou une confusion. En effet, pour chacune des flèches du schéma, on retrouve ces 3 mots dans les réponses (à différents pourcentages).

Ce même constat est fait par E. Enslar dans la préface des monologues du vagin : « Je dis vagin parce que je n'ai pas trouvé un mot qui soit plus général, qui décrive réellement toute cette zone et tout ce qui la compose. (...) « vulve » est un bon mot ; plus spécifique. Mais je crois que la plupart d'entre nous ne sait pas clairement ce qu'inclut la vulve. » [41].

Il est important que les sages-femmes aient conscience de ce constat lors des consultations. Le mot périnée est souvent connu des patientes uniquement car les professionnels de santé l'emploient. Cependant le périnée étant un concept vaste et difficilement compréhensible pour les patientes, il est important de convenablement l'expliquer ou bien de choisir un autre terme.

Beaucoup de femmes emploient aussi le terme "vagin" pour désigner la vulve. Cette méconnaissance peut-elle être expliquée par le fait que les petites filles n'entendent que tardivement parler de ces différents mots, remplacé jusque là par des images ou autres mots enfantins ("foufoune", "zézette", "petite fleur"...) alors que les garçons auront accès aux termes exacts plus tôt ? Ou cela vient-il du fait qu'il est plus facile de connaître ce que l'on voit, le sexe masculin étant, à la différence de la vulve, plus apparent ?

En ce qui concerne la fonctionnalité et les représentations, il n'a pas été retrouvé d'études s'y intéressant dans la littérature.

Les femmes ont une bonne représentation du vagin et de ses fonctionnalités. La fonction reproductive est la plus présente, suivi par la fonction physiologique pour finir par la fonction sexuelle. On compte peu de fausses idées.

En ce qui concerne le clitoris, la majorité des femmes interrogées le savent associé au plaisir féminin. On trouve également de fausses idées comme l'évacuation des urines ou l'absence d'utilité. Cependant, un quart de la population pensent que le clitoris n'est pas systématiquement présent chez toutes les femmes à la naissance.

Pour l'hymen, 43% des femmes n'ont pas donné de réponse.

Cela peut être expliqué par une absence de connaissances à ce sujet mais aussi par la formulation de la question pouvant laisser supposer que l'hymen a une fonctionnalité. Certaines femmes ne trouvant pas sa fonction n'auraient pas répondu.

Il est également intéressant de noter que les fausses idées sont très présentes. Il est décrit comme ayant un rôle de protection du vagin et de l'utérus avant le premier

rapport sexuel, mais également comme permettant de prouver la virginité d'une femme ou encore permettant l'écoulement des menstruations. Seulement moins de 15% de la population affirme que l'hymen n'a pas de fonctionnalité.

Enfin, les trois quarts pensent que toutes les femmes ont un hymen à la naissance. Il y a donc un réel manque de connaissance a son sujet.

En ce qui concerne la question "pour vous, par quel orifice s'écoule l'urine ?", on constate que 46% des femmes ont répondu de façon erronée. Ce résultat montre une méconnaissance anatomique sur l'existence du méat urinaire et/ou une méconnaissance de l'attribution de la fonctionnalité évacuatrice à ce dernier.

Pour la grande majorité de la population, l'apparence de leur sexe est perçue comme normale, qu'il s'agisse de leur point de vue ou d'un point de vue extérieur.

Moins d'un quart des femmes estime ne pas avoir un sexe d'aspect normal ce qui peut éventuellement trouver une explication dans le courant actuel d'une image esthétique uniformisée en lien notamment avec l'essor des sites de chirurgie esthétique mais aussi de pornographie [24][25][26]. Cela explique aussi le fait que 34% des patientes de cette études pensent que la taille des petites lèvres est identiques chez toutes les femmes.

Enfin, pour 29% des femmes, l'aspect de leur sexe aurait un impact sur leur sexualité. Il est donc important qu'elles aient accès à des informations justes et complètes sur l'anatomie normale du sexe féminin, sa variabilité ainsi que sa physiologie.

Dans cette étude, la situation familiale est un facteur influençant les connaissances. En effet, les femmes célibataires ont un pourcentage de connaissances insuffisantes plus important que les femmes en couple.

Le nombre de sources d'information influence également les connaissances. En effet, les femmes ayant eu à leur disposition une source d'informations ou moins présentent un plus grand nombre de connaissances erronées.

Dans la littérature, la situation familiale est également associé significativement au score obtenu au test de connaissance. On retrouve également une association significative avec le niveau d'étude dans l'enquête de 2015, à la différence de cette étude.

C. Santé sexuelle

En miroir de ce que décrit la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 dans son enquête, l'étude actuelle montre que certains indicateurs de santé sexuelle sont satisfaisants.

75% des femmes disent être satisfaites de leur vie sexuelle. 70% ont une méthode contraceptive. La quasi totalité de la population a déjà eu accès à au moins une source d'information en lien avec le sexe, la sexualité ou la reproduction, essentiellement lors de consultations médicales. Ces chiffres sont équivalents à ceux retrouvés dans la littérature [20].

Cependant, un bon nombre d'indicateurs sont peu satisfaisants et démontrent que les approches classiques, en terme d'information et d'éducation, ont atteint leurs limites d'efficacité.

La tranche d'âge des 18-29 ans rend compte d'environ 40% des IST (VIH, syphilis, gonocoque et chlamydia), chiffres identiques à ceux retrouvés dans la stratégie de santé sexuelle [20].

Malgré une vie sexuelle satisfaisante pour une grande majorité de femmes, près de la moitié décrit ressentir des douleurs vulvaires et/ou vaginales dont 62% pendant les rapports sexuels.

D'après la littérature, 8% des femmes souffriraient de vulvodynies [42]. Dans cette étude, il n'est pas pertinent de parler de vulvodynie car certaines patientes interrogées ne décrivaient des douleurs que lors d'un examen gynécologique par exemple, excluant alors ce diagnostic.

La prévalence des dyspareunies est difficile à évaluer car rarement considérée seule, mais plus souvent confondue avec celle des douleurs pelviennes et périnéales chroniques. Elle est en pratique clinique sous-évaluée. Au sein d'une population générale de femmes de 18 à 60 ans, la prévalence des dyspareunies a été évaluée entre 9,3 et 15,5 % [43].

Il est important de noter que la moitié de la population interrogée déclare avoir déjà subi des violences au cours de sa vie. Parmi ces femmes, 51% parlent de violences

sexuelles. Dans la littérature, les chiffres retrouvés à ce sujet sont d'une femme sur 7 [20].

Il n'y a pas de lien entre le niveau de connaissance et la santé sexuelle des femmes. En effet, les femmes présentant un score de connaissance insuffisant ne présentent pas plus d'indicateurs en faveur d'une mauvaise santé sexuelle, et celles avec un bon niveau de connaissance n'ont pas moins de douleurs vulvaires, ne sont pas moins exposées aux violences et ne déclarent pas être plus satisfaites sexuellement.

Ces résultats semblent montrer que les stratégies actuelles en matière d'information, de prévention et d'éducation ne sont pas efficaces.

D. Pistes d'amélioration

Actuellement, différentes actions et dispositifs ont été mis en place afin de favoriser l'information du grand public ainsi que la prévention.

En matière de prévention des IST et de contraception, il existe différents sites internet validés par le ministère des solidarités et de la santé, comme "*choisirsacontraception.fr*" ou "*onsexprime.fr*". Sont également disponibles des numéros verts nationaux au sujet de la sexualité, de la contraception, mais aussi des violences faites aux femmes.

En ce qui concerne l'éducation sexuelle, 25% des établissements scolaires n'ont pas mis en place de programme d'éducation à la sexualité, malgré l'obligation légale en vigueur [20].

Le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse recommande la mise en oeuvre dans les écoles, collèges et lycées de séances d'information et d'éducation à la vie sexuelle et affective à raison de 3 séances annuelles minimum [45]. Son approche globale et positive doit être adaptée à chaque âge et à chaque niveau d'enseignement. Devront être abordés les champs biologiques (anatomie, physiologie, reproduction, contraception, IST), psycho-émotionnels (estime de soi, relation aux autres ...) ainsi que les champs juridiques et sociaux (prévention des violences, égalité

homme-femme, mésusages des outils numériques et des réseaux sociaux) (*annexe III*).

Il serait intéressant de développer l'éducation à la sexualité au sein du parcours éducatif de santé à tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée. En effet, le nombre de séances obligatoires ne semble pas être respecté dans les établissements [44].

De plus, les programmes scolaires devraient développer leur enseignement obligatoire sur les organes génitaux externes, afin que les femmes soient informées dès leur adolescence. Dans le programme scolaire, les organes génitaux internes sont aussi enseignés. Cependant comme dit dans l'introduction, le clitoris n'était pas représenté en entier dans les planches anatomiques des manuels scolaire. A l'heure actuelle, une seule maison d'édition propose un livre où il est représenté en entier.

D'après les programmes scolaires, les organes devant être évoqués lors des cours d'éducation à la sexualité sont le vagin, la vulve, le clitoris, l'utérus, les trompes et les ovaires [46]. Dans l'étude de 2012, ces organes sont mieux connus que les organes génitaux externes, avec un pourcentage de bonnes réponses à 46% pour le vagin, 75% pour le col de l'utérus, 84% pour les trompes et 87% pour les ovaires [15]. Pourquoi les élèves semblent-ils mieux retenir les organes génitaux internes plutôt que les externes ? L'approche biologique et physiologique du cycle menstruel et de la reproduction est-elle plus développée ? Les termes employés pour évoquer les organes génitaux externes sont-ils correctement expliqués ?

Se pose le problème de la pudeur, et de la gêne souvent évoqués par les professeurs. L'intervention de professionnels de santé dans les écoles de façon systématique pourrait être une bonne alternative pour aborder ce sujet, pour que l'information délivrée soit la plus complète possible. Le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse recommande de co-animer ces séances avec des partenaires extérieurs institutionnels et associatifs [45].

Il est également intéressant de se pencher sur le contenu de ces enseignements. Les thèmes de la contraception, des IST, ainsi que la physiologie sont abordés systématiquement. Cependant la composante psycho-émotionnelle, comprenant les relations aux autres, l'estime de soi, ou l'orientation sexuelle, ainsi que l'aspect

juridique et social (prévention des violences sexuelles et sexistes, notion de consentement, internet, réseau sociaux et pornographie), sont beaucoup moins abordés lors de ces séances [46]. Ces thèmes sont essentiels et devraient être enseignés avec la même importance.

A la différence de la France, le Québec propose des programmes d'éducation à la vie sexuelle et affective avec une dimension beaucoup plus globale prenant en compte tous les déterminants de la santé sexuelle (*annexe IV*).

Pour améliorer les connaissances et la santé sexuelle des femmes, la sage-femme a un rôle central. En effet, elle est en première ligne en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'accompagnement.

Les femmes l'évoquent lorsqu'elles indiquent d'où viennent leurs informations. Près de 50% sont informées à l'occasion d'une grossesse ou de ses suites et 45% lors de consultations gynécologiques, secteurs d'activités où exerce en priorité la sage-femme. L'information sur l'anatomie et la fonctionnalité du sexe féminin peut être abordée en diverses occasions.

Lors des consultations gynécologiques, le sujet peut être abordé, afin d'améliorer l'observance d'une contraception par exemple. Bien que le sujet reste tabou pour 20% des femmes [15], une grande majorité est très demandeuse d'informations. La mise en place de schémas dans le cabinet pourrait être une façon indirecte d'informer et d'ouvrir le dialogue si les femmes le souhaitent.

Le sujet peut également être abordé au moment de dispenser des règles d'hygiène, comme la prévention d'infections urinaires par exemple.

Durant la grossesse, le sujet est visiblement abordé en séances de PNP, mais une systématisation serait intéressante. Les séances de rééducation du périnée sont elles aussi un excellent moyen d'informer les patientes sur leur anatomie, ainsi que sur leur santé sexuelle. Enfin, il serait très intéressant d'utiliser l'entretien du quatrième mois de grossesse pour aborder ces sujet.

Proposer aux patientes d'observer leur vulve dans un miroir pourrait leur permettre d'avoir une meilleure connaissance de leur corps.

Enfin, il paraît également important d'informer correctement sur la terminologie. Le terme de périnée semble induire des confusions, il est donc important de l'expliquer et de s'assurer de la compréhension de la patiente. Dans la cas contraire, il est intéressant d'utiliser un autre mot.

Depuis 2015 a émergé la notion de Communication Brève relative à la Sexualité (CBS) par l’OMS. [47]

Son objectif est de prendre en charge les problèmes d’ordre sexuel et les problèmes personnels ou psychologiques associés et de promouvoir le bien-être, en tenant compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé et du bien-être sexuels ainsi que des aspects biologiques. La systématisation de la CBS à chaque consultation pourrait être intéressante.

Si les femmes ne souhaitent pas d’explications ou ne souhaitent pas être accompagnées dans cette démarche, une simple invitation pourrait être bénéfique et permettre à certaines femmes qui n’ont jamais fait la démarche, de découvrir cette zone de leur corps.

En ce qui concerne les violences, il serait intéressant de proposer un dépistage systématique lors de chaque consultation médicale. Afin de faciliter l’entrée en matière des professionnels, pouvant se sentir gênés pour aborder le sujet, il a été proposé de poser la phrase suivante : “au cours de votre vie, vous a-t-on déjà fait du mal ?”

Le questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool), afin de dépister les violences sexuelles, peut également être un bon outil (*annexe V*).

Les sages-femmes ne sont pas les seuls professionnels à pouvoir agir. Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, du médico social, et de l’éducation est, en effet, l’un des objectifs majeurs du plan de santé sexuel 2017-2030. L’objectif est de permettre à ces professionnels de disposer d’un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques, mais également d’apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité, permettant ainsi d’améliorer la communication et d’adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers [20].

Tous les professionnels qui pratiquent des consultations gynécologiques devraient être sensibilisés au manque de connaissances des femmes en matière d’anatomie. De même, orienter les patientes vers un sexologue en cas de besoin pourrait être un bon réflexe à mettre en place, favorisant la continuité des soins et le travail en réseau.

Enfin, il semble important d’améliorer l’information en santé sexuelle à l’aide de nouveau moyen de communication.

L'information en santé sexuelle est complémentaire de l'éducation à la sexualité. Elle s'adresse à la population générale, et notamment les jeunes.

Il est primordial de mettre à disposition de tous une base de données contenant des ressources fiable et actualisées. Beaucoup d'informations circulent sur internet et un bon nombre sont erronées et inexactes. Il est donc indispensable d'agir contre la désinformation en santé sexuelle et contre les représentations normatives concernant le genre, l'orientation sexuelle et la sexualité, véhiculées dans les médias et les réseaux sociaux [20].

Le site "*onsexprime.fr*" à destination des jeunes, développé par l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) met à disposition des contenus interactifs et pédagogiques, ainsi que des outils d'aide à la gestion de sa santé sexuelle.

Les canaux de communication actuels comme les réseaux sociaux sont à privilégier pour diffuser les messages de prévention.

V. Conclusion

Cette étude a évalué les connaissances et les représentations des femmes sur leur vulve ainsi que les liens possibles avec leur santé sexuelle.

Les résultats ont permis de conclure qu'il existe globalement un manque de connaissances sur le plan anatomique et dans une moindre mesure sur les fonctionnalités. Ces connaissances erronées entraînent une modification des représentations de la vulve. Il peut être noté que certains éléments sont bien connus. Cette étude a permis de montrer que le niveau de connaissances des femmes ainsi que les représentations de la vulve n'ont pas d'impact sur la santé sexuelle des femmes. Cependant la situation familiale ainsi que l'accès à plusieurs sources d'information influencent les connaissances et les représentations des femmes.

Malgré cela, les résultats obtenus en ce qui concerne la santé sexuelle parlent d'eux même et soulignent l'importance de faire évoluer la situation.

Aborder de façon systématique la sexualité en consultation au moyen notamment de la CBS, former les professionnels dès leur formation initiale mais également par le développement professionnel continu, faire évoluer les programmes d'éducation à la sexualité de la maternelle au lycée sont des éléments essentiels à mettre en place afin d'améliorer la santé sexuelle des personnes. Les sages-femmes ont donc un rôle essentiel dans cet enseignement, à différents moments de la vie des femmes.

Il serait intéressant d'utiliser une partie des données statistiques obtenues dans cette étude. En effet, les données en ce qui concerne les violences, ainsi que les douleurs et plus particulièrement les dyspareunies présentent une piste d'ouverture sur d'autres sujets. Il serait utile de comprendre par exemple le lien entre la satisfaction sexuelle globale des femmes malgré un fort taux de dyspareunies.

Il pourrait également être intéressant de s'intéresser aux connaissances et aux représentations des adolescentes, qui bénéficient directement des programmes d'éducatifs à la sexualité. Ont-elles de meilleures connaissances ? Leurs représentations de la vulve sont-elles différentes ? Une fois les programmes d'éducation à la sexualité remaniés, il semble primordial d'évaluer leur résultat sur les populations.

VI. Bibliographie

[1] BOZON M. Histoire de la sexualité : représentations des sexes et de la reproduction, encyclopædia universalis [internet][consulté le 20 février 2020] Disponible sur :

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/histoire-de-la-sexualite/1-procreation-ordre-du-monde-et-hierarchie-des-sexes/>

[2] PIQUARD J-C. La Fabuleuse Histoire du clitoris, H&O Editions, 2013

[3] SCHLESSER T. Une histoire indiscreète du nu féminin, Beaux Arts Éditions, 2010

[4] auteur inconnu, Le livre sans Titre, éditions Tissot, 1830

[5] WENGER A. Le livre sans titre, les conséquences de la masturbation, Editions Jérôme Millon, 2011

[6] KELLOGG J. H. Treatment for Self-Abuse and Its Effects, Plain Facts for Old and Young, 1881

[7] FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité, éditions Gallimard, 1987

[8] EMMA, Check ta chatte, 2016 [internet][consulté le 20 février 2020], disponible sur : <https://emmaclit.com/2016/07/03/check-ta-chatte/>

[9] MCCARTNEY J. the great wall of vagina [internet][consulté le 20 février 2020], disponible sur : <http://www.greatwallofvagina.co.uk/great-wall-vagina-panels>

[10] BROCHMAN N, STØKKEN DAHL E. Les joies d'en bas, éditions Actes sud, 2018,

[11] DELBURY P, MAGOT A, ROY S. SVT Égalité, Ressources pédagogiques, Éducation à la sexualité, [internet][consulté le 20 février 2020], disponible sur : <http://svt-egalite.fr/index.php/ressources-pedagogiques/education-a-la-sexualite?fbclid>

[=lwAR1Is0DJMJtrfwVnjtlj7Z5mXqVwg4rcyiBCGbTzQOmS9SrgZzowS8mEOHg#sche
mas-organes-genitaux](#)

[12] LASSAGNE M, BRIEU V. Ma vulve est un coquillage. Les dossiers de l'obstétrique. Avr 2015, pages 17-20

[13] Leclair C. Le corps chamboulé. sexualités humaines. 2013, pages 36-43

[14] De tinguy-Simon A. Le périnée dans la vie d'une femme. Les dossiers de l'obstétrique. mai 2000, pages 9-15

[15] Corré Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Mémoire sage-femme]. Angers; 2012

[16] Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guerneur J, Grall J. Le périnée, qu'en savent les femmes ? rev Sage-femme. 2005.

[17] Beroud-Poyet H. Vulve mythique, vulve maudite: vulvodynie et mythologie. sexualités humaines. 2013, pages 68-77.

[18] OMS, Santé sexuelle [Internet][consulté le 2 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

[19] Santé publique france. santé sexuelle et déterminants de santé[internet][consulté le 20 janvier 2020]. disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/les-enjeux-de-sante/#tabs>

[20] Ministère de affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle; 2017

[21] Loi n°2001-588 du 04 juillet 2001 relatif à l'éducation à la santé et à la sexualité (JORF du 7 juillet 2001)

[22] HAMEL C, DEBAUCHE A, BROWN E. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage, Population et Sociétés; 538 pages .

[23] BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C. l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? INED [Internet][consulté le 18 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

[24] International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Aesthetic/cosmetic procedures, 2018 [Internet][consulté le 2 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf>

[25] FOLDES P, DROUPY S, CUZIN B. Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin. Prog En Urol. 2013. page 11, page 23

[26] Erlich M. La chirurgie sexuelle en France: aspects historiques. Sexologies. 2007. 180 pages

[27] Large Labia Project [Internet]. [consulté le 1 juin 2014]. Disponible sur: www.largelabiaproject.org

[28] ZWANG G. Le Sexe de la femme. La Musardine; 2012.

[29] ZWANG G. Le remodelage de la vulve. L'exploitation d'une ignorance. Sexologies. avr 2011.

[30] ivg.gouv. IVG : un droit garanti par la loi, 2017 [internet][consulté le 12 janvier 2020]. disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>

[31] Journal des femmes. vulve et périnée[Internet][consulté le 18 janvier 2020]. Disponible sur: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens>

[32] Larousse. Représentation [Internet][consulté le 2 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>

[33] Le concept de représentation [Internet].[consulté le 13 janvier 2020]. Disponible sur : <http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html>

[34] MOSCOVICI S. Des représentations collectives aux représentations sociales, P.U.F. 1989.

[35] JODELET D. Les représentations sociales : un domaine en expansion, in Les représentations sociales, sociologie d'aujourd'hui, P.U.F., 1989, page 41.

[36] Larousse. Connaissance [Internet][consulté le 2 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/connaissance/18273>

[37] BUSINO G. Matériaux pour l'histoire de la sociologie de la connaissance. Rev Eur Sci Soc Eur J Soc Sci. 2007. page 57,page190.

[38] Comment, et pourquoi, transmettre le savoir de l'Autre ? [Internet]. [consulté le 12 oct 2019]. Disponible sur: http://neamar.fr/Res/Transmission_Du_Savoir/

[39] RUANO-BORBALAN J.C. Une notion clef des sciences humaines, sciences humaines n°27, avril 1993, p.16.

[40] JUGNON L. Anatomie du sexe féminin : evaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes [thèse], Lyon, 2015

[41] ENSLER E. les monologues du vagin, Edition Denoël, 1998, 112 pages

[42] DE BELILOSKY C. les vulvodynies, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 41, Issue 9, September 2013 : 505-510

[43] MONFORTE M, MIMOUN S, DROUPY S. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme, association française d'urologie, 2013 [internet][consulté le 18 février 2020] disponible sur :

<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/douleurs-sexuelles-de-lhomme-et-de-la-femme#toc-11>

[45] DUFFRENES M. L'éducation à la sexualité dans le secondaire [mémoire de recherche] 2017

[46] Eduscol, informer et accompagner les professionnels de l'éducation. Cycle 4, sciences de la vie et de la terre, le corps humain et la santé [Internet] [consulté le 25 février 2020], Disponible sur :

https://cache.media.eduscol.education.fr/file/SVT/83/8/ra16_c4_svt_met_oeuv_enseig_t3corps_hum_n.d_562838.pdf

[47] Organisme Mondial de la santé, Communication Brève relative à la sexualité, 2015 [internet][consulté le 18 février 2020] disponible sur :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204278/9789242549003_fre.pdf;jsessionid=C94D20BD2ADF88D5E76EBE9CD9CBD440?sequence=1

VII. Annexes

Annexe I : questionnaire

QUESTIONNAIRE

Connaissances et représentations physiques et fonctionnelles de la vulve et leurs impacts sur la santé sexuelle des femmes



Je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'École de Maïeutique de Marseille.

Dans le cadre de ma formation et de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les connaissances et représentations physiques et fonctionnelles de la vulve et leurs impacts sur la santé sexuelle des femmes.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire qui me permettra de recueillir les données nécessaires à la réalisation de mon étude.

Ce questionnaire ne prendra que quelques minutes de votre temps et est entièrement anonyme.

Je vous demanderai d'y répondre avec le plus d'honnêteté possible sachant qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Partie 1 : Apprendre à vous connaître

Âge :

Niveau d'étude : Ecole primaire Collège Lycée Bac +1 ou +2
 Bac +3 et +

Profession : Sans emploi Étudiant Cadre Ouvrier, artisan, commerçant
 salarié, fonctionnaire Profession libérale

Nationalité : _____

Vivez vous en couple ? OUI NON

Avec : Un homme Une femme

Vous estimez vous satisfait par votre de vie de couple / de célibataire ? OUI NON

Avez vous déjà eu un examen gynécologique ? OUI NON

Avez vous un suivi gynécologique régulier (au moins 1 fois par an) ? OUI NON

Si oui, depuis quel âge ? _____

Avez vous déjà eu un problème gynécologique (exemple : mycose, infection vaginale, Infection sexuellement transmissible...)
OUI NON

Avez vous déjà eu une intervention gynécologique chirurgicale ? (ex: ablation de fibrome, de kyste, nymphoplastie ...)
OUI NON

Avez vous déjà eu des rapports sexuels ? OUI NON

Utilisez vous un moyen de contraception ? OUI NON

Si oui lequel ?

- préservatif masculin
- préservatif féminin
- pilule
- implant
- stérilet (cuivre/hormonal)
- anneau vaginal
- patch
- cape cervicale / diaphragme
- retrait avant éjaculation
- méthodes naturelles (Ogino, Mama)
- stérilisation à visée contraceptive
- contraception d'urgence ("pilule du lendemain")
- injection / dépoprovera

Si vous avez déjà eu une infection sexuellement transmissible laquelle/lesquelles ?

- hépatites B et C
- VIH / SIDA
- syphilis
- gonorrhée
- herpès génital
- chlamydia
- condylomes / papillomavirus

Combien de fois avez vous été enceinte (comptez aussi les fausses couches, avortements, grossesses extra-utérines, interruptions médicales de grossesse ...)
?

- oui, 1 fois
- oui, plusieurs fois
- non

Au cours de votre vie, avez vous déjà accouché ?

- oui, 1 fois
- oui, plusieurs fois
- non

Si oui, quel(s) étai(en)t le(s) mode(s) d'accouchement ?

- accouchement voie basse naturelle
- accouchement voie basse avec aide (forceps, spatules, ventouses)
- césarienne

Si vous avez accouché par voie basse, avez vous eu :

- éraillure (petite déchirure n'ayant pas nécessité de points de suture)
- déchirure avec quelques points de suture
- déchirure importante (intégrant aussi une déchirure du sphincter de l'anus)
- épisiotomie
- Pas de lésion
- autres : _____

Si vous avez accouché par voie basse, le placenta est-il sorti spontanément ? OUI NON

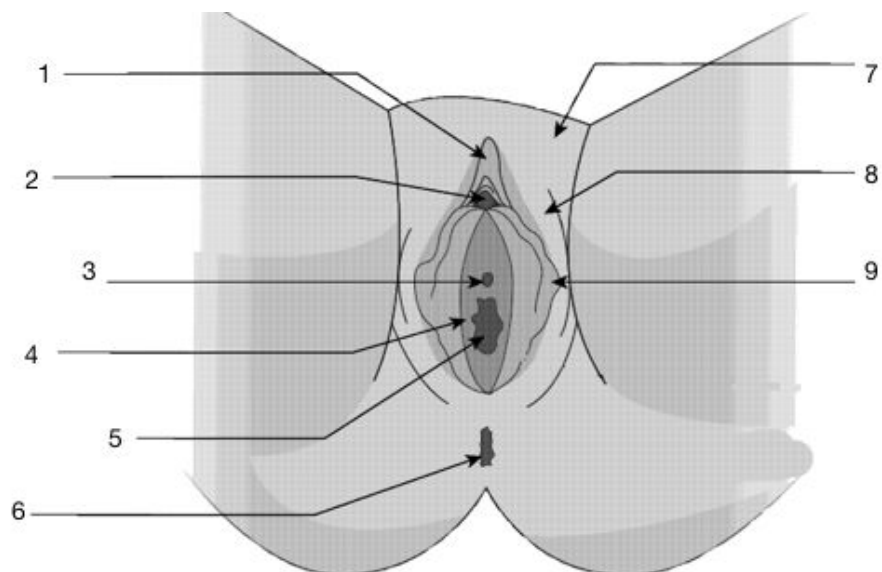
Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu recours à une rééducation du périnée ?

- oui, 1 fois
- oui, plusieurs fois
- non
- je ne sais pas

Avez vous déjà consulté un sexologue ? OUI NON

Partie 2 : Mes connaissances anatomiques

A. Complétez le schéma ci-dessous avec vos propres mots



B. Répondez par Vrai ou Faux

| | | |
|---|------|------|
| Toutes les femmes ont un clitoris à la naissance ? | VRAI | FAUX |
| Toutes les femmes ont un hymen à la naissance ? | VRAI | FAUX |
| si oui, cet hymen n'est pas perforé à la naissance? | VRAI | FAUX |
| La taille des grandes lèvres est la même chez toutes les femmes ? | VRAI | FAUX |
| La taille des petites lèvres est la même chez toutes les femmes ? | VRAI | FAUX |

Partie 3 : Mes connaissances fonctionnelles

Réponses courtes attendues

Pour vous, à quoi sert le vagin ?

Pour vous, à quoi sert le clitoris?

Pour vous, à quoi sert l'hymen ?

Pour vous, à quoi sert l'anus ?

Chez la femme, par quel orifice sort l'urine ?

Partie 4 : Ma représentation du sexe, de la sexualité et de la reproduction

L'estime de moi

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en entourant le chiffre approprié.

L'image de mon sexe

| | | |
|---|-----|-----|
| Pour moi, mon sexe est d'aspect normal | OUI | NON |
| On m'a dit que mon sexe n'était pas d'aspect normal | OUI | NON |
| L'aspect de mon sexe a un impact sur ma vie sexuelle | OUI | NON |

Mes connaissances et informations sur la sexualité

Pour moi, le sexe, la sexualité sont des sujets difficiles à aborder car tabou/gênant ?

Pas gênant
1 2 3 4
Très gênant

Quelles sont mes sources d'information sur le sexe, la sexualité et de la reproduction?

- Education sexuelle pendant votre scolarité
- Famille
- Amis
- mon conjoint
- Internet
- Média
- Livres
- Campagnes / affiches de prévention
- En consultation médicale (médecin, sage-femme)
- Planning familial
- Aucune

Si vous avez reçu une information en consultation médicale en ce qui concerne le sexe, la sexualité et la reproduction, à quelle occasion cette information a été délivrée ?

- Lors des consultations prénatales
- Lors de la préparation à la naissance
- Lors de la rééducation du périnée (lors des grossesses précédentes)
- Lors de consultations gynécologiques
- Autre : _____

Souhaiteriez vous accéder à plus d'information dans ce domaine ? OUI NON

Partie 5 : Ma santé sexuelle

Douleurs

Vous arrive-t-il de ressentir des douleurs vulvaires et/ou vaginales ? OUI NON

Si oui, à quelles occasions (rapports sexuels, pratique de sport, examen gynécologique ...) ?

Si oui, préciser la fréquence (tous les jours, quelques fois dans le mois, exceptionnellement) ?

Si oui, préciser leur intensité sur une échelle de 0 à 10

Pas de douleurs 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 insupportable

Vie sexuelle et sexualité

Estimez vous être satisfaite sur le plan sexuel ?

Très satisfaite Plutôt satisfaite Plutôt peu satisfaite peu ou pas satisfaite

Si vous êtes "plutôt peu satisfaite" ou "peu ou pas satisfaite", précisez :

A quelle fréquence ressentez vous du désir sexuel (cela peut comprendre le fait d'avoir envie ou de prévoir des relations sexuelles, de se sentir frustrée par manque d'activité sexuelle etc ...) ?

Tous les jours Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois Moins d'une fois par mois Jamais

Ressentez vous de l'excitation lors de vos activités sexuelles (seule ou avec votre partenaire) ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Lors de vos activités sexuelles (seule ou avec votre partenaire), ressentez vous des émotions négatives comme la peur, la honte ou la culpabilité ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

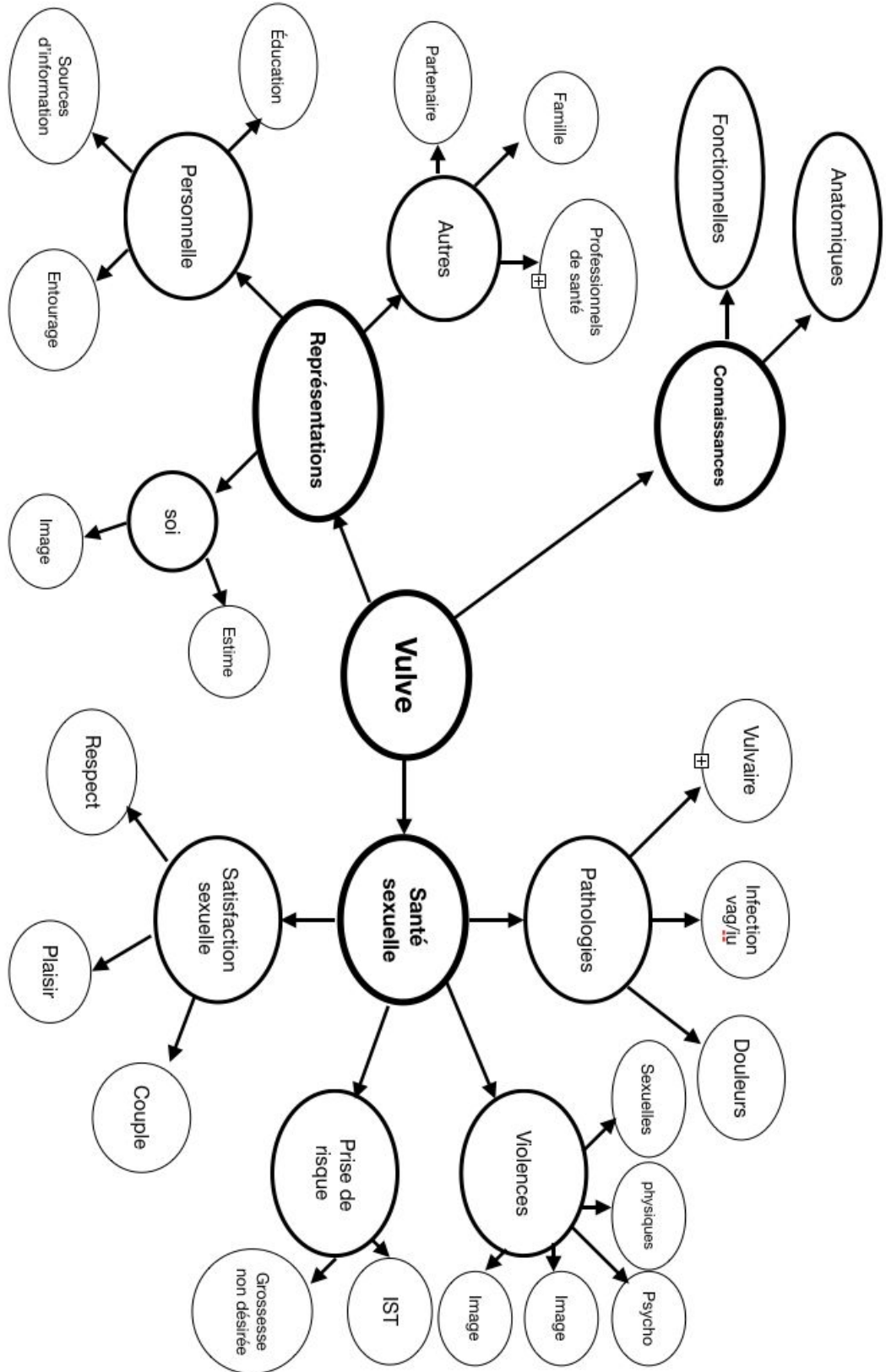
Violences

Au cours de votre vie, vous a-t-on déjà fait du mal ? Si oui, de quelle façon ? OUI NON

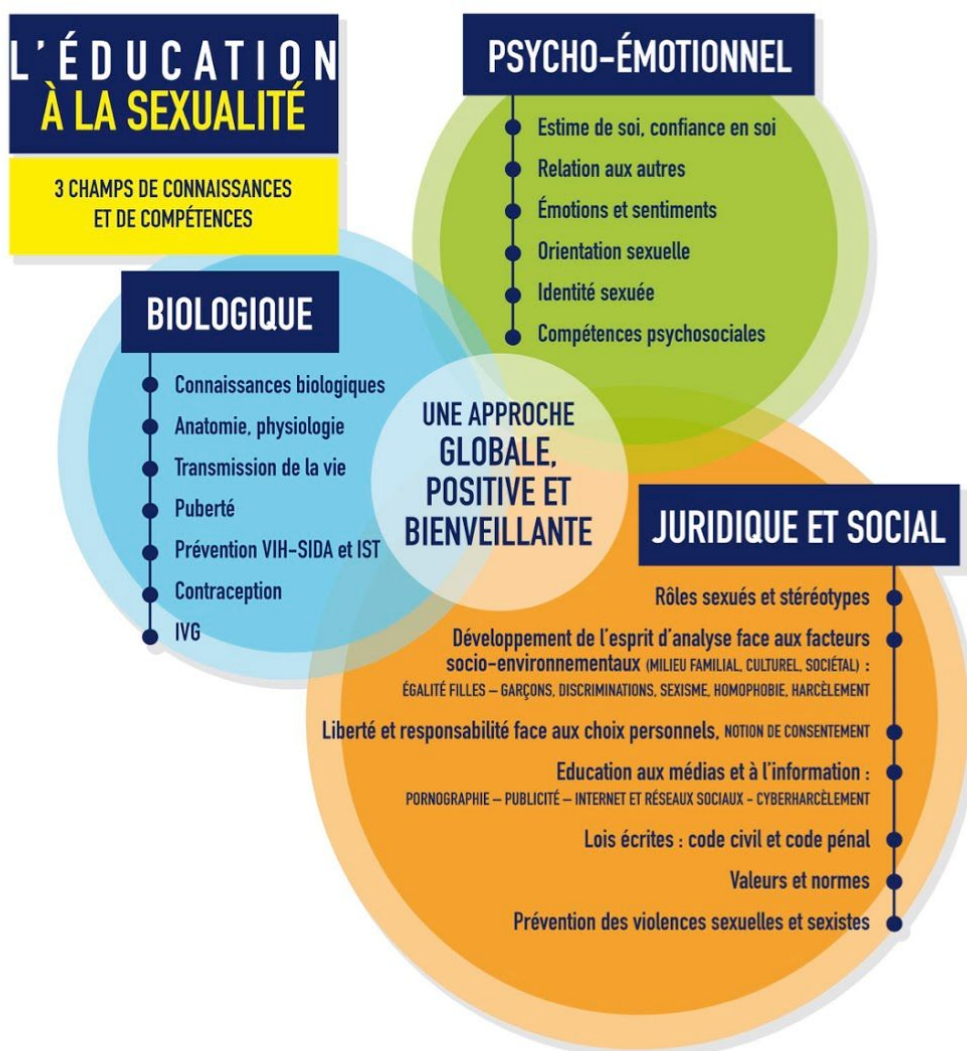
- physique (coups, blessures, brûlures ...)
- psychique (insultes, pressions diverses, chantage ...)
- sexuelle (relation sexuelle forcée, viol, attouchements non autorisés ...)
- gynécologique / obstétricale (violences physiques ou psychiques à l'occasion d'actes médicaux)

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et d'avoir contribué à la réalisation de cette étude.

Annexe II : carte conceptuelle



Annexe III : Champs de compétences et de connaissances en éducation à la sexualité



Annexe IV : Programme d'éducation sexuelle Québécois

| | | Thèmes et résumé des contenus en éducation à la sexualité | | | | | Tableau synthèse | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|---------------------------|
| Préadolescence | Conscience sexuelle humaine et image corporelle | 1 ^{re} année | 2 ^e année | 3 ^e année | 4 ^e année | 5 ^e année | 6 ^e année | 1 ^{re} secondaire | 2 ^e secondaire | 3 ^e secondaire | 4 ^e secondaire | 5 ^e secondaire |
| | <ul style="list-style-type: none"> Parties du corps Expression de ses besoins et de ses sentiments | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Conscience sexuelle humaine et image corporelle | <ul style="list-style-type: none"> Globalité de la sexualité Dimensions de la sexualité (corps, cœur, tête) | <ul style="list-style-type: none"> Conscience sexuelle humaine et image corporelle Organes sexuels Appréciation de son corps et hygiène | <ul style="list-style-type: none"> Globalité de la sexualité Dimensions de la sexualité (corps, cœur, tête et messages dans le langage) | <ul style="list-style-type: none"> Conscience sexuelle humaine et image corporelle Principaux changements de la puberté Sentiments à l'égard du fait de grandir | <ul style="list-style-type: none"> Conscience sexuelle humaine et image corporelle Changements psychologiques et physiques de la puberté Rôle de la puberté dans la croissance | <ul style="list-style-type: none"> Globalité de la sexualité Dimensions de la sexualité (biologique, psychologique, socio-culturelle, rationnelle et morale) | <ul style="list-style-type: none"> Globalité de la sexualité Entrée dans l'adolescence | <ul style="list-style-type: none"> Vie affective et amoureuse Relations amoureuses Défis des premières fréquentations | <ul style="list-style-type: none"> Identité, rôles, stéréotypes sexuels et normes sociales Réflexion critique sur les représentations de la sexualité dans l'espace public | <ul style="list-style-type: none"> Vie affective et amoureuse Reconnaissance des manifestations de violence Solutions pour prévenir ou faire face | <ul style="list-style-type: none"> Globalité de la sexualité Bien vivre sa sexualité tout au long de sa vie | |
| <ul style="list-style-type: none"> Grossesse et naissance Types de la naissance Accueil du nouveau-né | <ul style="list-style-type: none"> Identité, rôles, stéréotypes sexuels et normes sociales Rôles et stéréotypes sexuels Respect des différences | <ul style="list-style-type: none"> Vie affective et amoureuse Relations interpersonnelles Expression de ses sentiments | <ul style="list-style-type: none"> Identité, rôles, stéréotypes sexuels et normes sociales Stereotypes dans l'univers social et médiatique Influence des stéréotypes | <ul style="list-style-type: none"> Identité, rôles, stéréotypes sexuels et normes sociales Établissement de rapports équilibrés | <ul style="list-style-type: none"> Conscience sexuelle humaine et image corporelle Apprentissage de changements relatifs à l'agression sexuelle et virtuel | <ul style="list-style-type: none"> Conscience sexuelle humaine et image corporelle Apprentissage des changements pubertaires Image corporelle | <ul style="list-style-type: none"> Conscience sexuelle humaine et image corporelle Bénéfices d'une image corporelle positive Influence des normes sur l'image corporelle | <ul style="list-style-type: none"> Violence sexuelle Mythes et préjugés liés aux agressions sexuelles Notion de consentement | <ul style="list-style-type: none"> Bénéfices d'une relation amoureuse basée sur l'authenticité Gérer calmement les conflits dans une relation amoureuse Violence sexuelle Rôle actif pour prévenir ou dénoncer une agression sexuelle Attitudes saines envers une victime | <ul style="list-style-type: none"> Agir sexuel Époux associés aux relations sexuelles à l'adolescence Bien vivre l'intimité affective et l'intimité sexuelle | <ul style="list-style-type: none"> Vie affective et amoureuse Relations affectives et amoureuses significatives | |
| <ul style="list-style-type: none"> Aggression sexuelle Indices pour reconnaître une situation d'agression sexuelle Développement à un adulte | <ul style="list-style-type: none"> Grossesse et naissance L'ovule et le spermatozoïde Développement du fœtus | <ul style="list-style-type: none"> Aggression sexuelle Indices pour reconnaître différents types d'agressions sexuelles Facons de prévenir et de faire face | <ul style="list-style-type: none"> Aggression sexuelle Représentations de l'amour et de la famille Attitudes et comportements dans les relations interpersonnelles | <ul style="list-style-type: none"> Identité, rôles, stéréotypes sexuels et normes sociales Impacts du système, l'homophobie et de la transphobie Respect de la diversité sexuelle et respect des droits | <ul style="list-style-type: none"> Vie affective et amoureuse Attirance et sentiments amoureux Prise de conscience de l'orientation sexuelle | <ul style="list-style-type: none"> Vie affective et amoureuse Attirance et sentiments amoureux Prise de conscience de l'orientation sexuelle | <ul style="list-style-type: none"> Agir sexuel Agir sexuel à l'adolescence Respect de ses choix en matière d'agir sexuel | <ul style="list-style-type: none"> Agir sexuel Desir et plaisir dans l'agir sexuel Facteurs influençant les relations sexuelles | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Démarches à entreprendre après une relation non ou mal protégée Développement de comportements sexuels sécuritaires | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Époux éthiques | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | <ul style="list-style-type: none"> ITSS et grossesse Risque d'ITSS et de grossesse dans divers contextes de vie sexuelle active Époux éthiques | |

Annexe V : Questionnaire WAST

| Version anglaise: le "WAST-ang" | Version franco-canadienne: le "WAST-fr/can" |
|---|---|
| 1. In general, how would you describe your relationship ? <input type="checkbox"/> a lot of tension +1 <input type="checkbox"/> some tension +2 <input type="checkbox"/> no tension +3 | 1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple ? <input type="checkbox"/> très tendue <input type="checkbox"/> quelque peu tendue <input type="checkbox"/> aucune tension |
| 2. Do you and your partner work out arguments with: <input type="checkbox"/> great difficulty +1 <input type="checkbox"/> some difficulty +2 <input type="checkbox"/> no difficulty +3 | 2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec... <input type="checkbox"/> beaucoup de difficulté <input type="checkbox"/> une certaine difficulté <input type="checkbox"/> aucune difficulté |
| 3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3 | 3. Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais |
| 4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3 | 4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais |
| 5. Do you ever feel frightened by what your partner says or Does ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3 | 5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais |
| 6. Has your partner ever abused you physically ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3 | 6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais |
| 7. Has your partner ever abused you emotionally ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3 | 7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotionnellement ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais |
| 8. Has your partner ever abused you sexually ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3 | |

SCORE TOTAL = .. / 21

Risque d'exposition à une situation de violence conjugale :

> 17 : faible

15- 17 : modéré

<15 : élevé

VIII. Glossaire

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

IST : Infection Sexuellement Transmissible

SVT : Science de la Vie et de la Terre

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EVA : Echelle Visuelle Analogique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

WAST (questionnaire) : Woman Abuse Screening Tool

ANSP : Agence Nationale de Santé Publique

IX. Résumé

Objectifs : L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances et les représentations des femmes de leur vulve ainsi que leur(s) possible(s) impact(s) sur leur santé sexuelle.

Méthode : étude quantitative, descriptive multicentrique réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme sur une population de 230 femmes majeures dans des cabinets de sages-femmes libérales, de gynécologues et des maternités la région d'Aix-Marseille. Elle s'est déroulé de juin à octobre 2019.

Résultats : La moitié de la population présente des connaissances anatomiques insuffisantes. Beaucoup de fausses idées entraînent des connaissances fonctionnelles erronées et des modifications des représentations de la vulve. Plus de la moitié des femmes ne considère pas le sujet comme tabou ou gênant. les trois quart s'estiment satisfaites de leur vie sexuelle. 45% présentent des douleurs vulvaires, majoritairement pendant les rapports sexuels. La moitié de la population décrit avoir déjà subi des violences. Il s'agit de violences sexuelles pour 50% de ces femmes.

Conclusion : Il existe une méconnaissance générale du point de vue anatomique et fonctionnel de la vulve. Mais elle n'est pas en lien avec la santé sexuelle de ces femmes.

Mots-clé : Vulve - Connaissances - Représentations - Santé sexuelle

Summary and abstract

Objectives : The main goals of this study is to evaluate women's knowlegde and vision of their vulva and if it can be linked to their sexual life.

Methods : A multicentric, quantitative and descriptive study on 230 women over the age of majority with an anonymous survey has been realized. It was distributed in self-employed midwives offices, maternities and gynecologists offices in Aix-Marseille area.

Results : Half of the population has low levels of knowlegde concerning vulva 's anatomy. This study also shows a lot of wrong ideas generating incorrect functional knowledge and vulva 's representation. More than 50% of women in this study doesn't think this subject is embarrassing or taboo. 75% of the women in this study are happy with their sexual life, but 45% also reveal experiencing vulval pain, mostly during sexual intercourse. 50% of all women in the study admit having already been exposed to violence, and half of them to sexual violence.

Conclusion : There is a general misreading about anatomical and functional vulva's knowledges. But it's not linked with women's sexual health.

Key-words : Vulva - Knowledges - Representations - Sexual health