



HAL
open science

Connaissance de l'anatomie féminine, une étude descriptive et comparative selon le niveau d'étude

Marion Chapit

► **To cite this version:**

Marion Chapit. Connaissance de l'anatomie féminine, une étude descriptive et comparative selon le niveau d'étude. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03321421

HAL Id: dumas-03321421

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321421>

Submitted on 17 Aug 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

Connaissance de l'anatomie féminine, une étude descriptive et comparative selon le niveau d'étude.

Knowledge of female anatomy, a descriptive and comparative study by grade level.

Par CHAPIT Marion

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : Mercredi 16 juin 2021.

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme 2020-2021

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

Connaissance de l'anatomie féminine, une étude descriptive et comparative selon le niveau d'étude.

Knowledge of female anatomy, a descriptive and comparative study by grade level.

Par CHAPIT Marion

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : Mercredi 16 juin 2021.

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme 2020-2021

RÉSUMÉ :

Connaissance de l'anatomie féminine, une étude descriptive et comparative selon le niveau d'étude.

Objectif : Nous cherchions à évaluer une association entre le niveau d'études et la connaissance des OGE féminins. L'hypothèse faite était : des études longues favorisent une meilleure connaissance. Secondairement nous avons cherché une association entre la connaissance et l'existence d'un suivi gynécologique et / ou d'une rééducation périnéale.

Méthode : Nous avons mené une étude quantitative analytique comparative monocentrique via un questionnaire anonyme. Les femmes majeures et consultant au CPP d'Aix-les-Bains ont dû répondre à un questionnaire relevant plusieurs paramètres utiles puis légèrer un schéma à l'aide de termes anatomiques.

L'existence d'une association entre le score obtenu et le niveau d'étude constituait notre critère de jugement principal.

La fréquence des légendes non placées constituait notre premier critère secondaire.

Évaluer l'impact d'un suivi gynécologique et de la rééducation périnéale constituait notre second critère secondaire. Cent trente-quatre questionnaires ont été analysés.

Résultats : Sur 134 femmes, 36 connaissaient parfaitement leur anatomie (28,6%) et 120 en avaient une « bonne » connaissance (89,5%). Le score moyen était de 11,3/14. Il n'a pas été retrouvé d'association entre le niveau d'étude et une meilleure connaissance. Notre étude n'a pas montré d'association entre la connaissance de l'anatomie et l'existence d'un suivi gynécologique mais l'existence d'une rééducation périnéale semblait être associée à une meilleure connaissance.

Conclusion : La connaissance des femmes consultant au CPP d'Aix-les-Bains était considérée comme bonne. L'école et les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans l'éducation des patientes et l'utilisation de supports pourrait améliorer ces connaissances.

Mots-clefs : Femmes- connaissances-niveau d'études-anatomie

ABSTRACT :

Knowledge of female anatomy, a descriptive and comparative study by level of education.

Objective: We sought to evaluate an association between the level of education and knowledge of female OGE. The hypothesis was: long studies favour a better knowledge. Secondly, we looked for an association between knowledge and the existence of a gynecological follow-up and/or perineal rehabilitation.

Method: We carried out a mono-centric comparative quantitative study via an anonymous questionnaire. Women of legal age and consulting at the CPP of Aix-les-Bains were asked to answer a questionnaire listing several useful parameters and then to caption a diagram using anatomical terms.

The existence of an association between the score obtained and the level of study constituted our main criterion of judgment.

The frequency of unplaced legends was our primary secondary endpoint.

The second secondary criterion was to assess the impact of gynecological follow-up and perineal rehabilitation. One hundred and thirty-four questionnaires were analyzed.

Results: Out of 134 women, 36 had perfect knowledge of their anatomy (28.6%) and 120 had "good" knowledge (89.5%). The average score was 11.3/14. No association was found between the level of education and better knowledge. Our study did not show an association between knowledge of anatomy and the existence of a gynecological follow-up but the existence of a perineal rehabilitation seemed to be associated with a better knowledge.

Conclusion: The knowledge of women consulting the CPP of Aix-les-Bains was considered good. The school and health professionals have a role to play in patient education and the use of materials could improve this knowledge.

REMERCIEMENTS :

Je remercie les membres du jury :

- La présidente du jury : Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme Enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble Alpes ;

-La co-présidente du jury : Mme le Professeur Pascale HOFFMANN, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier – Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital Couple-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Grenoble Alpes ;

-Le membre invité du jury : Mme Delphine MACK-LAURENT, Sage-femme coordinatrice au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Grenoble Alpes.

-La directrice de ce mémoire : Mme Anne-Cécile GUTIER, Sage-femme libérale.

-La co-directrice de ce mémoire : Mme Delphine SAVOY, Sage-Femme Enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble-Alpes.

Je remercie plus particulièrement :

-Mme Anne-Cécile GUTIER, directrice de ce mémoire, qui malgré un emploi du temps chargé a toujours réussi à suivre l'évolution de mon travail et son avancée. Merci également pour ses conseils avisés ;

-Mme Delphine SAVOY, co-directrice de ce mémoire,

Pour sa disponibilité à tout moment quand j'en avais besoin, pour ses conseils et pour ses encouragements qui m'ont permis de réaliser ce travail. Merci d'y avoir cru même plus que moi parfois et de m'avoir poussée à rendre ce travail dans un délai resserré qui me paraissait insurmontable.

- Mr Lionel DI MARCO, directeur de la promotion 2017-2021 de l'école de Grenoble,

Pour nous avoir aidé à redresser la barre tant qu'il était encore temps pour améliorer la réalisation de ce mémoire. Merci également pour votre présence, votre disponibilité et vos remarques plus que constructives durant ces quatre années passées à l'école ;

-L'équipe médicale du CPP d'Aix-les-Bains, siège de cette étude.

Merci pour votre intérêt porté à ce travail et pour votre investissement dans ce projet. Merci particulièrement aux secrétaires Nathalie, Sophie et Julie, qui proposaient les questionnaires lorsque je n'étais pas disponible : cette étude n'aurait jamais vue le jour sans vous ;

-Ma famille,

Pour m'avoir toujours soutenu durant ces six années d'études supérieures. Même si vous ne compreniez pas toujours, vous avez été d'un grand soutien surtout émotionnel dans les moments de doute. Merci plus particulièrement à toi, maman, qui aura passé des heures à relire ce mémoire pour éliminer les fautes ;

- Mes collègues de travail, mes amis,

Chez qui j'ai pu trouver réconfort et soutien durant ces quatre années, vous avez su me faire rire quel que soit le moment et tous ces souvenirs avec vous resteront longtemps gravés car après tout, on reste surtout pour l'ambiance. Merci particulièrement à Kelly pour nos séances mutuelles de psychanalyses et ses conseils crus mais vrais ; à Tiffanie, mon binôme, pour avoir mis en page tous mes documents à rendre et m'avoir expliqué comment fonctionnait Excel et pour tout le reste, et à Alexandra pour avoir relu ce mémoire pour y traquer les fautes d'orthographe et pour être un aussi bon public ;

- Mes collègues de promo, notre groupe, malgré les moments difficiles,

Merci pour votre soutien, vos conseils, vos réponses aux questions idiotes à n'importe quelle heure. Merci tout particulièrement à Marie et Clémence pour leur présence et leur aide précieuse ;

-L'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Grenoble

Pour leur disponibilité et leur soutien sans faille à chaque étape de notre parcours.

- A tous les professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer, qui m'auront tous appris quelque chose, même en très peu de temps et d'échanges.

Je remercie sincèrement :

- Les femmes ayant accepté de participer à cette étude.
- Toutes les filles de la promotion, où demeurait une très bonne entente.
- Mes amis plus ou moins proches qui ont pris des nouvelles durant mon parcours.
- Ma famille, pour leur soutien, suivant mon parcours de loin mais le suivant tout de même.
- Les employés du restaurant McDonald's Meylan, mes collègues, qui se sont toujours intéressés à ce que je faisais en dehors de mes soirs et week-ends. Merci plus particulièrement aux filles qui ont accepté volontiers de répondre au premier questionnaire de ma première idée de sujet. Merci également d'avoir réussi à me supporter durant toutes ces années.

TABLE DES MATIÈRES :

Abréviations.....	P.7
1. Introduction.....	P.8
2. Matériel et méthode.....	P.13
2.1. Type d'étude.....	P.13
2.2. Support de recueil.....	P.13
2.3. Critères d'inclusions.....	P.14
2.4. Critères de jugement principal et secondaires.....	P.15
3. Résultats.....	P.17
3.1. Constitution de l'échantillon.....	P.17
3.2. Caractéristiques de la population.....	P.18
3.3. Description des connaissances des femmes.....	P.19
3.3.1. Connaissances des femmes concernant l'appareil génital féminin.....	P.19
3.3.2. Connaissances des femmes concernant l'appareil génital féminin en fonction du niveau d'étude.....	P.21
3.3.3. Impact d'un suivi gynécologique.....	P.21
3.3.4. Impact de la rééducation périnéale.....	P.22
3.3.5 : Auto-évaluation des femmes.....	P.23
3.4 : Fréquence des légendes rapportées comme inconnues.....	P.23
4. Discussion.....	P.24
4.1. Intérêt de l'étude.....	P.24
4.2. Analyse des résultats.....	P.25
4.2.1. Objectif principal.....	P.25
4.2.2. Objectif secondaire.....	P.26
4.3. Limites et biais de l'étude.....	P.29
4.4. Propositions d'amélioration.....	P.31
5. Conclusion.....	P.34
6. Bibliographie.....	P.37
7. Annexe.....	P.39
Résumé	

Abréviations :

CPP : Centre Périnatal de Proximité

FGSIS : Female Genital Self- Image Scale (échelle de l'image génitale féminine personnelle)

OGE : Organes Génitaux Externes

SVT : Sciences et Vie de la Terre

1. INTRODUCTION :

« Il y a une chose plus importante que tout : la connaissance. Mais pour que celle-ci soit complète et profitable, il faut qu'elle soit partagée. » Manumax

La connaissance, quand elle est absente, obturée, cachée, laisse souvent place à l'idéalisation, le façonnage d'une image souvent erronée, enjolivée.

C'est ce que l'on retrouve avec la représentation de l'anatomie génitale féminine.

En effet, depuis Freud et ses théories de castration, le sexe féminin est sous-représenté, caché, c'est un « tabou » et ceci est d'abord inculqué par la religion, où le sexe féminin est associé au « diable », et « Dieu » aurait tout fait pour cacher cet « antre du péché originel » en le « voilant » avec les poils (1).

De ce fait, cette partie du corps inspirera honte et dégoût.

Cette honte ne s'est jamais vraiment effacée depuis le XVIII^e siècle, même aujourd'hui, comme nous pouvons le voir via les réactions rapportées après la diffusion récente d'un spot publicitaire pour des protections hygiéniques, montrant implicitement des vulves (2). Une étude rapportant les émotions qui ont pu être ressenties à la vue de ce spot nous informe que celles-ci ont été pour une large majorité négatives : 58,07% d'émotions négatives rapportées telles que « dégradant », « indigne », « choquant », « honteux » (2).

Ces réactions pourraient être expliquées par le manque de connaissances que peuvent avoir les hommes et les femmes à propos de l'anatomie génitale féminine.

Cette allusion aux médias nous amène donc aussi à nous demander comment ils peuvent nous influencer.

En effet, les médias véhiculent des messages d'idéaux qui sont parfois faux ou impossibles à atteindre (3).

Nous pouvons par exemple le constater via une étude qui a révélé que 78% des femmes interrogées ne reconnaissaient pas une vraie vulve qui leur avait été présentée parmi d'autres photos de vulves photoshoppées selon l'idéal sociétal ou dans les magazines (4).

Cet idéal est si bien ancrée dans les représentations qu'il conforte un complexe d'anormalités chez certaines femmes, motivant les demandes de chirurgie vulvaire pour avoir cette « vulve idéale » (3).

En effet, en France, les chirurgies esthétiques intimes représentaient 8% des interventions en 2015, avec une augmentation de 45% pour les nymphoplasties de réduction et de 11% pour les vaginoplasties (5).

Nous pourrions donc facilement imaginer que si la connaissance des femmes sur leur anatomie était plus juste, nous pourrions étouffer certains complexes et éviter certaines chirurgies inutiles, comme il a été rapporté dans l'étude de 2015 (3).

Cela pourrait s'avérer très positif car selon une autre étude d'Ellen Laan, l'exposition à l'image de vulves naturelles renforcent positivement l'image de soi par rapport à des images neutres, après utilisation du score FGSIS (6).

De plus, nous pourrions améliorer les prises en charge en gynécologie et en obstétrique.

Il faut tout d'abord poser le cadre actuel des connaissances : Pour commencer, où en sommes-nous concernant les connaissances des femmes sur leur périnée ?

Selon une étude de 2005, sur 154 femmes, 91 % des femmes le connaissent et savaient où placer les éléments anatomiques, mais 20 % étaient gênées d'en parler et trouvaient cela tabou (7).

Mais alors quel serait le moment propice pour aborder ce sujet si tabou ?

Depuis juillet 2001, des séances d'éducation à la santé sexuelle sont dispensées dans les collèges et les lycées pour sensibiliser les adolescents à divers sujets concernant la sexualité, comme la contraception par exemple. Une partie du programme de SVT de 4^e est consacrée à l'étude de la reproduction et à l'étude des organes génitaux, cependant cette partie est souvent passée rapidement et ne semblait pas être enseignée de manière adéquate pour avoir une connaissance suffisante (8) (9) (10).

En effet, une autre étude s'est intéressée aux attentes des adolescents concernant les cours d'éducation sexuelle et de manière générale, les adolescents pensent que ces interventions sont « nécessaires », qu'ils en ont « besoin » et qu'il y a « moins d'intervention que ce qui serait bénéfique pour aider à avoir une représentation correcte de leur corps ». Pour eux, cela pourrait permettre d'éviter certaines grossesses précoces. Enfin, le sujet de l'image du corps et de la sexualité semble moins sensible chez cette population adolescente, mais cela dépend beaucoup de l'éducation qu'ils ont reçue (8).

Une étude décrivant les représentations et pratiques sexuelles des adolescents en classe de seconde révèle que les filles ont une faible connaissance de leur corps à l'adolescence, tandis qu'à l'inverse la représentation des garçons est plus juste mais ne change pas dans le temps (10).

Une autre étude de 2015, évaluant les connaissances des organes de la reproduction sur une population consultant en centre IVG, chez une population plutôt jeune, nous montre un fort lien entre connaissance et niveau socio-économique, or il montre donc que les femmes avec un niveau socio-économique faible, avec des connaissances très limitées de leur anatomie sont plus à risque d'avoir des grossesses non désirées (9).

On pourrait alors penser qu'une période propice pour parler des changements corporels et des connaissances anatomiques pourrait être la grossesse.

Une étude menée sur l'image du corps pendant la grossesse rapporte que les femmes sont globalement satisfaites de ces changements mais ne les comprennent pas toujours et ont besoin d'être rassurées par les professionnels (11), or une autre étude décrivant les modifications corporelles pendant la grossesse nous informe qu'une majorité des femmes n'en parlent pas, malgré un besoin de réassurance car souvent elles ne sont pas informées de tous ces changements (12).

Pendant la grossesse, le sujet de la modification corporelle n'est pas non plus abordé lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et il est vrai que ces séances sont chargées de beaucoup d'informations, ce moment ne semble donc pas propice (13).

Le moment idéal semble être celui de la rééducation périnéale, comme le rapporte une étude de 2019.

En effet, celle-ci montre que la connaissance des femmes concernant leur anatomie augmente au fur et à mesure des séances (14).

Malgré tout, une thèse de médecine générale conduite par Louise Jugnon-Formentin en 2015 a montré que les femmes ont tout de même une connaissance de leurs organes génitaux, surtout internes car ce sont eux qui sont principalement étudiés à l'école. Elle a elle aussi montré une corrélation entre les connaissances et le niveau socio-économique, mais pas entre la multiparité et une meilleure connaissance. Enfin, il a été mentionné que les femmes ayant un niveau d'études plus élevé n'avaient pas une meilleure connaissance de leur anatomie génitale, contrairement à ce qui pouvait être attendu (15).

Cette étude précédemment citée a utilisé des questionnaires à choix multiples pour évaluer les connaissances des femmes et des schémas à compléter.

Pour poursuivre ces travaux sur l'évaluation des connaissances des femmes à propos de leur anatomie, nous chercherons à voir s'il existe une association statistiquement significative entre la connaissance des organes génitaux externes féminins et le niveau d'études. Nous vérifierons l'hypothèse selon laquelle un niveau d'études plus élevé apporte une meilleure connaissance de l'appareil génital féminin chez les femmes.

Ces connaissances seront rapportées via un schéma qu'elles auront à légender à l'aide des termes anatomiques fournis.

Nous évaluerons également dans un deuxième temps l'impact d'un suivi gynécologique sur ces connaissances, ainsi que celui de la rééducation périnéale.

Nous relèverons la fréquence des légendes indiquées comme inconnues par les femmes.

Enfin, nous nous intéresserons à l'auto-évaluation des femmes par rapport à leurs connaissances à l'aide d'une échelle numérique.

Cette étude sera réalisée de manière anonyme et sur la base du volontariat.

2. MATERIEL ET METHODES :

2.1 : Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative, descriptive et comparative, monocentrique à l'aide d'un questionnaire papier et de l'analyse des résultats obtenus.

Le recueil a été réalisé de manière prospective entre le 09 Avril 2021 et le 06 mai 2021, avant une consultation au CPP d'Aix-Les-Bains. Les consultations pouvaient être d'ordre gynécologiques, obstétricales et pédiatriques.

2.2 Support de recueil :

Le questionnaire figure en Annexe 1. Il a été créé à partir d'une représentation d'une vulve en coupe frontale, issue de la représentation illustrée par Kamina et al. (16) et utilisé dans une thèse de médecine et un mémoire de sage-femme (15) (17).

Les questions posées étaient fermées. Il a été proposé une échelle numérique d'auto-évaluation, notamment utilisée pour évaluer la douleur en médecine.

Il a été testé lors de la première journée de recrutement au CCP d'Aix-Les-Bains et n'a nécessité aucune modification après test.

Le questionnaire était donc constitué d'une première partie où était présent le schéma de vulve et une liste de légendes. Ces légendes étaient destinées à être reliées sur le schéma à l'endroit qui convenait ou bien à être barrées si la légende était inconnue.

La deuxième partie était consacrée au recueil des caractéristiques utiles de la population : âge, niveau d'étude, existence d'un suivi gynécologique et depuis quand, rééducation périnéale en cours. Enfin, une auto-évaluation à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 (aucune connaissance des organes génitaux) à 10 (connaissance parfaite des organes génitaux) était proposée.

A la toute fin du questionnaire, il était proposé des liens utiles à consulter pour obtenir des informations concernant l'anatomie génitale et la santé gynécologique, la sexualité, etc. Ces liens étaient : « Onsexprime.com », « thesexefeminin.blogspot.fr » et « thelargelabiaproject.com » qui était un site en anglais.

Le remplissage du schéma permettait d'évaluer la connaissance des termes et la situation de ceux-ci.

Les questions proposées en deuxième partie permettaient la collecte des données utiles à l'analyse.

Le questionnaire était proposé et remis en main propre à chaque femme répondant aux critères d'inclusions qui se présentait au secrétariat ou qui patientait dans la salle d'attente. Il était rempli durant leur temps d'attente pour leur rendez-vous. Le questionnaire rempli était à déposer dans une boîte scellée prévue à cet effet présente au secrétariat afin de garantir l'anonymat.

Une note d'information à propos de l'étude était disponible au secrétariat et dans la salle d'attente. (Annexe 2).

Les questionnaires étaient remplis de manière anonyme, et aucune donnée pouvant permettre l'identification n'a été demandée.

2.3 : Critères d'inclusion :

Les questionnaires étaient proposés à toutes les femmes consultant au CPP d'Aix-Les-Bains, majeures et volontaires, parlant et écrivant le français et n'ayant jamais subi ni de mutilation génitale ni de chirurgie génitale. A leur arrivée au secrétariat du service, une explication de notre travail leur était donnée et un questionnaire leur était remis si elles étaient intéressées. Elles pouvaient le compléter dans la salle d'attente avant leur rendez-vous.

Les femmes mineures, qui ne savaient ni lire ni écrire le français et / ou pour lesquelles nous avons notion qu'elles avaient subi des mutilations ou des chirurgies génitales ont été exclues de l'étude.

Nous avons construit notre base de données sur le logiciel Excel et nous avons utilisé R4web pour l'analyse des résultats en relevant des paramètres de dispersions, et des tests d'Anova et de Student.

Les questionnaires étaient remplis de manière anonyme et déposés dans une boîte scellée.

Le questionnaire ne recueillant aucune donnée médicale, le centre d'accueil et de recherche du CHU Grenoble Alpes n'a pas été contacté, néanmoins, nous l'avons sollicité pour une autre étude qui comprenait des questions similaires et un avis favorable avait été rendu.

Nous avons demandé l'accord de la sage-femme coordinatrice du service du CPP d'Aix-Les-Bains ainsi que celui de la chef de service, qui ont toutes deux émis un avis favorable à la réalisation de cette étude dans leur service.

2.4 : Critères de jugement principal et secondaire :

L'existence d'une association entre connaissance de l'anatomie de l'appareil génital féminin et le niveau d'étude constituait notre critère de jugement principal. Nous nous sommes basés sur la loi du « tout ou rien » ; une moyenne des légendes bien placées a été calculée sur 14 points et la notation était effectuée comme suit : 2 points attribués pour une légende placée au bon endroit, 1 point pour une légende placée au mauvais endroit mais considérée comme connue, 0 point pour une légende non placée et / ou barrée.

Nous avons jugé la connaissance selon le critère utilisé dans la thèse de médecine (15) rapportant que la connaissance des femmes était considérée comme « bonne » si 65% des réponses étaient justes, soit un score dans notre étude au moins égal à 9/14. La connaissance était donc considérée comme mauvaise si le score obtenu était inférieur à 9/14.

Nous avons rassemblé les moyennes obtenues pour chaque niveau d'étude présent dans le questionnaire et nous avons appliqué un test pour chaque moyenne de chaque niveau afin de voir s'il y avait une association statistiquement significative entre le niveau d'étude et la connaissance de l'appareil génital féminin.

La fréquence des légendes étiquetées comme étant inconnues par les patientes constituait notre premier critère de jugement secondaire.

L'existence d'un suivi gynécologique et / ou d'une rééducation périnéale constituaient nos seconds critères de jugement secondaire.

3. RÉSULTATS :

3.1 : Constitution de l'échantillon :

Nous étions présents durant 19 journées de consultations où 319 patientes étaient prévues.

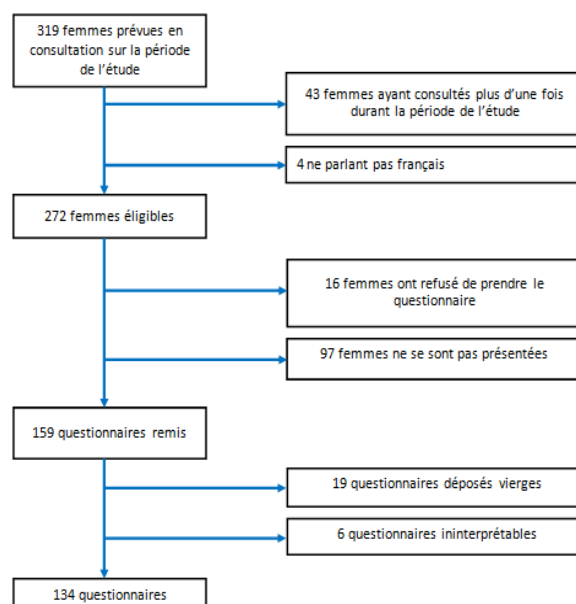
Nous avons 43 patientes ayant consulté plusieurs fois durant ces 19 journées et 4 femmes qui ne parlaient pas français, elles ont donc été exclues.

Nous avons donc 272 femmes éligibles (85,2%). Parmi elles, 16 femmes ont refusé de participer, et 97 patientes ne se sont pas présentées.

Le questionnaire a alors été remis à 159 femmes, ainsi 58,4% des femmes qui étaient éligibles ont participé. 19 questionnaires ont été déposés vierges 6 questionnaires étaient ininterprétables.

134 questionnaires ont été analysés, soit 84,2% des questionnaires recueillis.

Figure 1 : Flow chart :



3.2 : Caractéristiques de la population :

Tableau I : Caractéristiques de la population (n=134).

Caractéristiques	Valeurs
Âge moyen (et)	32 (9,7)
Rééducation périnéale n (%)	16 (11,9)
Niveau d'études, n (%)	
Sans diplôme	2 (1,5)
Brevet des collèges	2 (1,5)
CAP, BEP	23 (17,1)
Baccalauréat	18 (13,4)
Bac+2	33 (24,6)
Bac+3	23 (17,1)
Bac+4	8 (5,8)
Bac+5	21 (15,7)
Bac+8	1 (0,7)
non renseigné	3 (2,2)
Suivi gynécologique, n (%)	
Oui	99 (73,9)
non	30 (22,4)
non renseigné	5 (3,7)

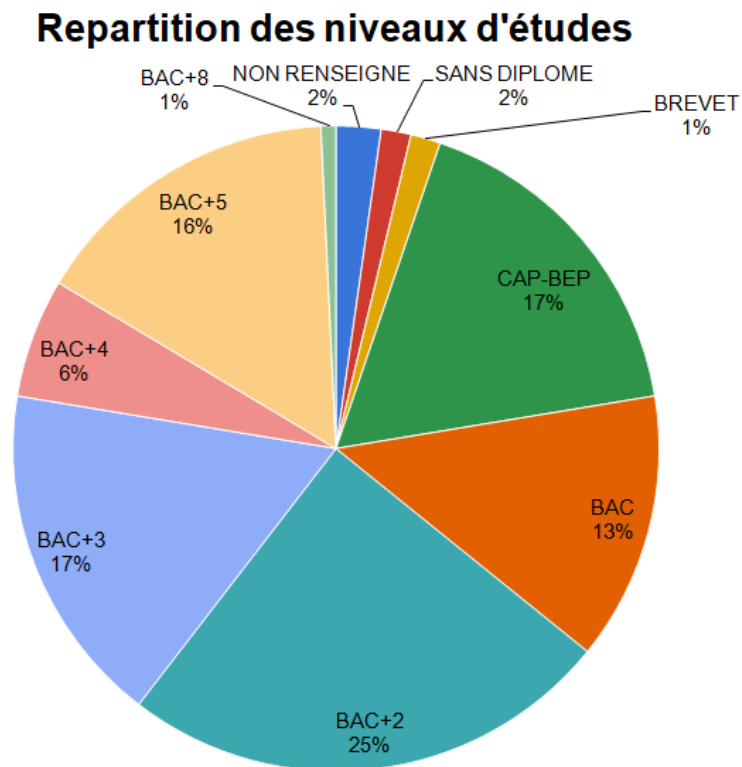
Dans notre étude, l'âge moyen était de 32 ans. L'échantillon était constitué de 73,3% de femmes ayant un suivi gynécologique et parmi elles, depuis en moyenne 12,6ans (Q1= 1 an et Q3=16 ans).

11,9 % des femmes étaient en cours de rééducation périnéale.

Figure 2 : répartition des femmes selon le niveau d'études :

NON RENSEIGNE	SANS DIPLOME	BREVET	CAP-BEP	BAC	BAC+2	BAC+3	BAC+4	BAC+5	BAC+8
3	2	2	23	18	33	23	8	21	1
2.239%	1.493%	1.493%	17.164%	13.433%	24.627%	17.164%	5.97%	15.672%	0.746%

Figure II : Répartition en fonction du niveau d'études.



3.3 : Description des connaissances des femmes :

3.3.1 : Connaissances des femmes concernant l'anatomie des organes génitaux externes féminins :

Notre évaluation de la connaissance des femmes concernant l'anatomie des organes génitaux externes féminins reposait sur le score obtenu à l'exercice des légendes à placer sur le schéma. La connaissance était considérée comme « bonne » si le score obtenu était supérieur ou égal à 9/14.

Dans notre échantillon, la connaissance était jugée bonne pour 120 femmes, soit 89,5% d'entre elles.

36 femmes ont obtenu le score maximal soit 26,8% et 7 ont obtenu un score inférieur à 7/14 soit 5,2%.

Il y avait 5 femmes qui ont obtenu un score de 0/14, soit 3,7%.

La moyenne était de 11,3/14 (et= 3,02) et la médiane était à 12 (Q1=10 ; Q3=14).

Tableau III : Légendes placées au bon endroit :

Légendes	n score 2	% score 2
grandes lèvres	99	73,9
petites lèvres	102	76,1
Clitoris	105	78,3
Urètre	87	64,9
Vagin	115	85,8
Anus	112	83,6
Périnée	56	41,8

Nous constatons que les légendes les mieux placées étaient le vagin suivi de l'anus et du clitoris. Venaient ensuite les petites lèvres et les grandes lèvres. Enfin, les légendes les moins souvent bien placées étaient l'urètre et le périnée.

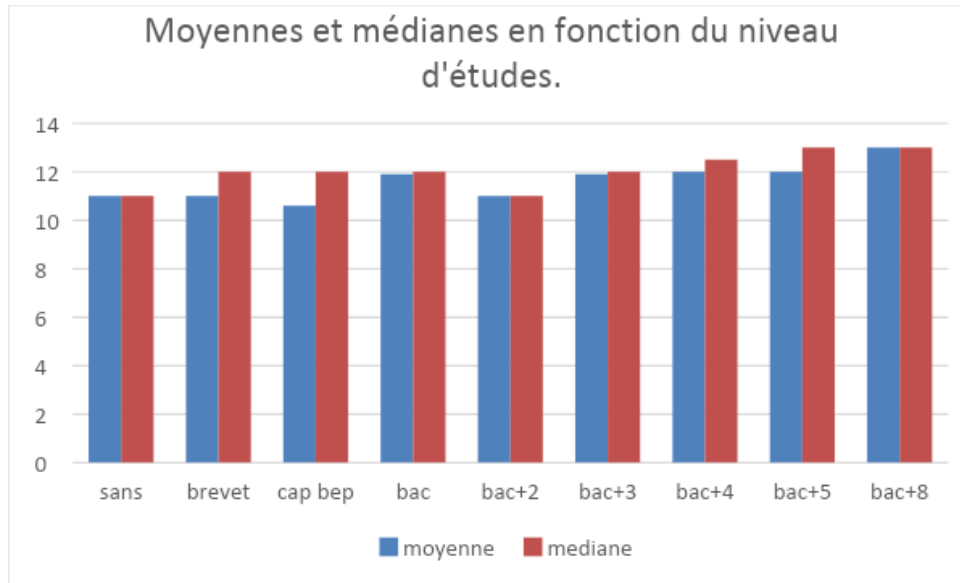
Tableau IV : Légendes non placées :

Légendes	n score 0	% score 0
grandes lèvres	7	5,2
petites lèvres	6	4,5
Clitoris	6	4,5
Urètre	31	23,1
Vagin	6	4,5
Anus	7	5,2
Périnée	39	29,1

Par ailleurs, nous constatons que les légendes les moins placées sur le schéma lors de l'exercice étaient l'urètre et le périnée.

3.3.2 : Connaissances des femmes en fonction de leur niveau d'études :

Figure 3 : Moyennes et médianes en fonction du niveau d'étude :



Nous pouvons voir ici les moyennes et scores médians en fonction du niveau d'étude.

Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre le niveau d'étude et la moyenne obtenue pour chaque niveau d'études ($p=0,363$).

3.3.3 : Impact du suivi gynécologique :

Dans notre échantillon, nous avons 99 femmes qui avaient un suivi gynécologique (73,3%).

La durée moyenne de ce suivi était de 12,6 années mais celle-ci est corrélée avec l'âge des femmes, sachant que l'âge moyen des femmes de l'échantillon ayant un suivi gynécologique était de 33 ans.

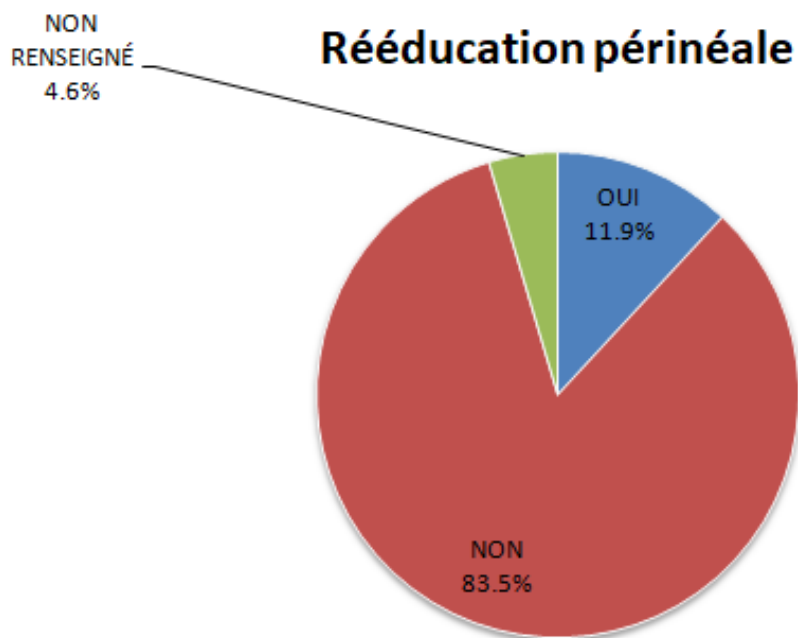
La moyenne obtenue chez les femmes ayant un suivi gynécologique était de 11,6.

Le score médian était de 12 ($Q1=10$; $Q3=14$).

Cependant, il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir un suivi gynécologique et une meilleure connaissance des organes génitaux externes féminins ($p=0,078$).

3.3.4 : Impact de la rééducation périnéale :

Figure III : Rééducation périnéale :



La proportion de femmes ayant une rééducation périnéale en cours lors de notre étude était de 11,9%, 16 femmes étaient concernées.

La moyenne obtenue pour ce groupe était de 11,3 et le score médian était de 12 (Q1=10 ; Q3=14).

La moyenne d'âge de ce groupe était de 32 ans et parmi elles, 14 femmes avaient un suivi gynécologique soit 75%.

Il semblait exister une association statistiquement significative entre le fait d'avoir une rééducation périnéale en cours et une meilleure connaissance des organes génitaux externes ($p=0,002$). Il semblait également exister une association statistiquement significative entre le fait d'avoir un suivi gynécologique et avoir recours à la rééducation périnéale ($p=0,04$).

3.3.5 : Auto-évaluation des femmes :

Nous avons utilisé une échelle numérique allant de 0 pour une connaissance qu'elles considéraient comme nulle à 10 pour une connaissance considérée comme parfaite.

Ainsi, nous avons pu relever que la note moyenne attribuée par les femmes elles-mêmes était 6,5 et la note médiane 7.

Il ne semblait pas exister d'association statistiquement significative entre l'auto-évaluation et le niveau d'étude ($p=0,538$). Il ne semblait pas exister non plus d'association statistiquement significative entre l'auto-évaluation et l'existence d'un suivi gynécologique. Il en était de même concernant l'auto-évaluation et la rééducation périnéale ($p=0,195$). Enfin, il existait une association statistiquement significative entre l'auto-évaluation et le score total obtenu ($p=0$).

3.4 : Fréquences des légendes rapportées comme inconnues :

La consigne du questionnaire voulait que les légendes inconnues soient barrées. Ainsi, les légendes barrées le plus souvent et donc considérées comme inconnues étaient le périnée (11,2%) et l'urètre (8,2%).

Nous pouvons également constater dans 29,1% des questionnaires, la présence de légendes qui n'étaient ni placées, ni barrées. Les légendes concernées étaient également le périnée (14,1%) et l'urètre (14,9%) ainsi que les grandes lèvres (7,2%), le clitoris (4,5%), l'anus et les petites lèvres (3,7%) et enfin le vagin (2,2%).

4. DISCUSSION :

4.1 : Intérêt de l'étude :

En tant que professionnel de la santé gynécologique, obstétricale et de la parentalité, il nous a semblé intéressant de savoir ce que les femmes connaissent de leur anatomie génitale.

De plus, notre métier est basé sur la prévention et celle-ci ne peut-être optimale que si la patiente face à nous comprend et situe les endroits auxquels porter de l'attention et desquels nous lui parlons.

Utiliser le niveau d'étude comme comparaison nous permet de nous abroger de préjugés pouvant porter à croire qu'une personne plus instruite aura de meilleures connaissances dans tous les domaines, postulat présent dans une étude utilisée pour la thèse de médecine générale de Louise Jugnon-Formentin (15). Nous pourrions également utiliser cette donnée pour adapter notre discours et nos outils au niveau de connaissance des patientes.

Enfin, une meilleure connaissance de leur anatomie pourrait permettre une meilleure appropriation de leur corps et pourrait s'avérer utile dans le domaine de la sexualité par exemple ou encore en cancérologie où lors de cancers gynécologiques, les femmes peuvent ne pas reconnaître une partie de leur corps qu'elles connaissaient déjà mal.

Les changements corporels pouvant être induits dans ce cas-là, notamment par la chirurgie, pourraient être une source de perturbation.

Nous pouvons donc chercher à évaluer le degré de connaissances des patientes en consultation, en apportant une explication claire et adaptée.

Beaucoup de femmes nous ont oralement exprimé l'intérêt porté à cette étude, elles ont également souligné le fait qu'elles ont conscience de ne pas avoir une bonne connaissance de leur appareil génital et que cela peut être considéré comme un frein.

Nous n'avions pas eu le temps d'approfondir les problématiques liées à ce frein mais comme l'a rapporté une étude précédemment citée, qui portait sur les femmes enceintes, les femmes n'osent pas aborder le sujet avec les professionnels (12). La démarche devrait donc venir de notre part.

Pour finir, le fait d'avoir donné des liens d'informations officiels a été très apprécié, ce qui peut révéler que peu d'outils sont proposés par les professionnels de santé.

4.2 : Analyse des résultats :

Le taux de participation à notre étude était de 58,4%. Comme nous l'avions mentionné en introduction, cette étude porte sur un sujet tabou, sensible (1) (2), ce qui peut expliquer que 11,9 % des femmes aient rendu un questionnaire vierge et 10% aient refusé de remplir le questionnaire.

4.2.1 : Objectif principal :

L'évaluation des connaissances de l'anatomie féminine était faite grâce à un schéma à légènder avec des termes anatomiques fournis.

36 femmes (26,8%) ont obtenu le score maximal et 120 femmes (89,5%) ont une connaissance considérée comme « bonne ». Certains termes ont été plus difficiles à placer sur le schéma, notamment le périnée pour 11,2 % des questionnaires et l'urètre pour 8,2 % des questionnaires. Nous pourrions ajouter à ceux-ci les termes qui n'étaient ni barrés ni placés car nous pourrions penser que les termes n'étaient pas inconnus mais leur emplacement lui, l'était.

Nous avons cherché à savoir s'il existait une association statistiquement significative entre un niveau d'étude élevé et la connaissance de l'anatomie féminine. Il en est ressorti qu'il n'existait pas d'association statistiquement significative entre ces deux critères.

Ainsi, à l'échelle de notre étude, nous pouvons dire que la connaissance des femmes concernant l'anatomie des organes génitaux féminins n'était pas plus élevée si elles avaient fait des études plus longues.

Comment pouvons-nous alors expliquer ces résultats ?

Nous avons pu voir que jusqu'au lycée, il existe des enseignements concernant la reproduction et l'étude des organes génitaux, mais il existe des disparités et des manques dans ces enseignements (8) De plus, si les études suivies après le collège ou le lycée ne concernent pas la santé ou n'ont pas de lien avec la gynécologie, il est possible qu'il n'y ait plus d'enseignements ou de rappels concernant la santé sexuelle, l'anatomie etc.

Les résultats que nous avons obtenus pourraient alors être expliqués par le fait que les femmes peuvent chercher et obtenir des informations de toute sorte ailleurs comme dans les médias ou sur internet. Ces moyens sont presque accessibles à toutes les femmes et leur connaissance pourrait être meilleure à condition que ces outils soient utilisés correctement et que les femmes sachent faire preuve d'un esprit critique sur les informations qu'elles trouvent.

4.2.2 : Objectifs secondaires :

4.2.2.1 : Le suivi gynécologique :

Nous aurions pu penser que le fait d'avoir un suivi gynécologique améliore les connaissances des femmes concernant leur anatomie. Il n'en était rien pour notre étude.

En effet, la moyenne obtenue était de 11,6 et le score médian de 12. De plus, il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir un suivi gynécologique et une meilleure connaissance bien que la connaissance dans ce groupe soit considérée comme « bonne ». Ceci est délicat car nous sommes les interlocuteurs privilégiés des femmes pour leur apporter cette connaissance (11), chez des femmes qui font la démarche de nous rencontrer, preuve de leur intérêt concernant cette partie de leur corps et leur santé.

Ainsi, une remise en question de nos pratiques pourrait être faite à titre personnelle, pour prendre le temps d'expliquer l'anatomie et la physiologie de leur intimité aux femmes, à l'aide d'outils pédagogiques adaptés. (16) (Annexe 3). Il est cependant important de souligner que ces outils pédagogiques ont un coût certain et si l'acquisition n'est pas possible, proposer de schématiser les choses serait une piste à exploiter.

4.2.2.2 : La rééducation périnéale :

De la même façon que pour le suivi gynécologique, nos réflexions concernant la rééducation périnéale pourraient être similaires.

En effet, parmi les femmes de notre échantillon, 16 (11,9%) avaient une rééducation périnéale en cours.

La moyenne obtenue chez ces femmes était de 11,3 et le score médian était de 12.

Cependant, l'effectif était assez réduit. Il peut y avoir plusieurs explications à cela comme le fait qu'il n'y ait qu'une seule sage-femme au CPP qui pratique la rééducation périnéale, ou bien par manque de temps (46%), ou par manque d'intérêt (33%) (18). La courte durée de l'étude ne nous avait pas permis d'avoir une vision globale et représentative de l'effectif réel de femmes effectuant une rééducation périnéale au CPP.

Notre étude a néanmoins mis en évidence une association statistiquement significative entre le fait d'avoir une rééducation périnéale en cours et une meilleure connaissance des organes génitaux externes féminins. Une autre association a été relevée : celle entre la rééducation périnéale et le suivi gynécologique ce qui pourrait signifier qu'une femme ayant un suivi gynécologique est plus enclin à suivre une rééducation périnéale.

Nous parlons ici de suivi gynécologique régulier, hors des périodes de grossesse même si cet événement est privilégié pour parler de rééducation périnéale.

Ce moment dans la vie gynécologique peut s'avérer plus qu'opportun pour comprendre pourquoi cette partie dysfonctionne ou pourra être amenée à dysfonctionner dans le futur. De plus, l'alliance d'une explication théorique à des exercices pratiques pourraient permettre une meilleure visualisation et peut-être un bénéfice plus important apporté par cette rééducation. Nous pourrions également nous interroger sur le fait que si une femme a une meilleure connaissance de son anatomie génitale, sa rééducation sera plus facile et rapide.

4.2.2.3 : La fréquence des légendes rapportées comme inconnues :

Nous avons pu le constater, deux légendes étaient le plus souvent rapportées comme inconnues : le périnée (11,2%) et l'urètre (8,2%). Nous pouvons l'expliquer par le fait que le périnée est un terme vaste, souvent utilisé à la place du vrai nom d'autres éléments comme la vulve par exemple, or cela peut créer des confusions.

Concernant le méat urinaire, nous pouvons expliquer ce taux par le fait qu'un schéma en coupe frontal est rarement vu ou étudié. De plus, ce terme à des synonymes qui eux pourraient être connus. Enfin, nous avons pu constater pour 8 questionnaires (6%), une inversion dans le placement de l'urètre et du clitoris. Cela pourrait également être expliqué par le fait d'avoir rarement vu un schéma de vulve en coupe frontale.

Une autre donnée intéressante était la fréquence des questionnaires avec la présence de légendes non placées et non barrées (29,1%). Celles-ci représentaient majoritairement l'urètre (14,9%) et le périnée (14,1%). On peut alors se demander si la consigne était mal comprise ou bien si ces termes anatomiques étaient connus mais les femmes ne savaient pas où les placer.

4.2.2.4 :Auto-évaluation :

La note moyenne que les femmes s'attribuaient était 6,5 et la note médiane était 7.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'auto-évaluation et le niveau d'étude, ni entre l'auto-évaluation et l'existence d'un suivi gynécologique ou avec l'existence d'une rééducation périnéale.

Toutefois, il existait une association entre l'auto-évaluation et le score obtenu. Ceci peut signifier que les auto-évaluations que s'accordaient les femmes étaient cohérentes avec le score qu'elles avaient obtenu.

4.3 : Limites et biais :

-Biais de sélection : propre aux études monocentriques. Le champ de l'étude est réduit donc la significativité de celle-ci également. Nous avons exclu les femmes mineures et les femmes ne maîtrisant pas le français, qui auraient pu influencer les résultats. Les questionnaires étant remis en main propre, nous avons pu limiter la sélection.

La taille de l'échantillon aurait aussi pu être plus grande pour améliorer la significativité. Un prolongement de la durée de recrutement aurait été nécessaire mais non compatible avec les délais de rendu de ce travail.

Enfin, la répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude n'était pas identique en effectif pour tous les niveaux donc leur comparaison ne permettait pas d'avoir des résultats réellement significatifs.

Il y a donc trois catégories qui n'ont pas pu être mesurées de manière suffisamment significative ici, compte tenu de leur fréquence trop faible :

les femmes sans diplôme, les femmes n'ayant pas obtenu de diplôme après le brevet et les femmes ayant un niveau supérieur ou égal à un bac+8.

-Biais de réponse / mesure : L'utilisation de légendes à relier sur un schéma a pu être source d'imprécision sur ce que les femmes souhaitaient pointer et ce qui l'a été réellement.

Le schéma n'était pas représenté à échelle réelle, ce qui a pu entraîner des imprécisions ou des doutes. Enfin, le schéma étant présenté en noir et blanc, il y a pu avoir des confusions.

Certains traits effectués étaient repassés plusieurs fois, se croisaient ou étaient simplement ininterprétables, le manque de temps pour répondre et le fait de devoir réaliser ce travail sur une chaise dans une salle d'attente étaient des éléments à prendre en compte.

Enfin, même si la consigne était de barrer les termes inconnus, il est possible que certaines femmes aient placé des items au hasard, qu'elles les connaissent ou non.

Enfin, les patientes avaient accès à leur téléphone pendant le temps de remplissage du questionnaire, il n'est pas exclu que certaines aient pu aller chercher des réponses sur internet avant de rendre le questionnaire, même si le temps d'attente était généralement court (moins de 10 min).

-Biais de classification : L'utilisation du niveau d'étude plutôt que la catégorie socio-professionnelle se justifie par le fait que certaines catégories socio-professionnelles peuvent regrouper plusieurs groupes sans distinction, ce qui nous aurait desservi pour l'analyse de résultats. De plus, certaines personnes exercent un emploi qui n'est pas en lien avec leur niveau d'étude.

Néanmoins, on ne sait pas quelle profession était exercée par les femmes suite à ces études et celles exerçant un métier dans la santé (gynécologique) pourraient constituer un biais. Il aurait donc pu être intéressant de préciser le domaine d'études et la profession exercée.

-Biais de précision : Nous avons remarqué que certaines légendes n'étaient ni placées ni barrées comme il était demandé dans la consigne. Cette donnée était difficile à analyser mais nous pouvions penser que la femme connaissait le terme donc ne pouvait pas le barrer, mais ne connaissait pas son emplacement. Un marquage de cette situation aurait pu être trouvé dans la consigne pour bien différencier ces cas.

Nous avons également remarqué que certaines femmes avaient choisi de ne pas relier les légendes au schéma. Dans 2 cas, les légendes ont été numérotées et placées sur le dessin.

Dans un autre cas, les légendes ont été réécrites sur le schéma lui-même.

Nous avons enfin pu constater une discordance entre l'auto-évaluation et la réalisation de l'exercice en partie 1. En effet, dans trois cas, le dessin n'était pas du tout légendé ou moins de deux légendes étaient présentes, pourtant la note attribuée lors de l'auto-évaluation était supérieure ou égale à 7/10. Nous pourrions expliquer ce résultat par une mauvaise compréhension de l'exercice ou par un manque de temps pour lire la consigne.

4.4 : Proposition d'amélioration :

A de très nombreuses reprises, si ce n'est de façon systématique, les femmes ont exprimé oralement un manque de confiance dans leurs connaissances, même si comme nous avons pu le voir, il y avait 36 femmes qui ont obtenu le score maximal et 120 femmes avaient une « bonne » connaissance des organes génitaux externes.

Dans d'autres études, nous avons pu voir que les connaissances physiologiques et l'anatomie interne, notamment sur un schéma en coupe sagittale, étaient maîtrisées car ce sont des schémas étudiés à l'école.(15) (11) Il pourrait donc être intéressant d'inclure cette coupe frontale dans les manuels scolaires, ou avec les autres supports pédagogiques utilisés en cours pour permettre une meilleure identification par les femmes des éléments de leur corps, puisque ceux-ci peuvent paraître plus concrets.

De plus, les professionnels de santé ont un rôle primordial à jouer dans cette transmission du savoir car ils sont les interlocuteurs privilégiés des femmes pour parler de cette zone (11) Dans notre étude, 73,3 % des femmes avaient un suivi gynécologique régulier, il pourrait donc paraître approprié au minimum d'évaluer avec la femme son niveau de connaissance concernant son anatomie, voire à les approfondir à l'aide de différents outils pédagogiques si elle le souhaite. Le moment opportun pourrait être à l'instauration du suivi, lors des premières consultations. Les outils à disposition des professionnels peuvent être par exemple des planches anatomiques, des mannequins ou des moulures 3D qui sont de plus en plus utilisés en gynécologie (Annexe 3).

Il existe également de nombreux sites internet référencés dont nous pouvons donner les liens à nos patientes pour qu'elles puissent les consulter au moment où elles le souhaitent, ne serait-ce que par curiosité. C'est cette méthode de diffusion d'informations que nous avons choisi dans cette étude avec les sites « Onsexprime.fr », « Thesexefeminin.blogspot.fr » ou bien « thelargelabiaproject.com », qui étaient proposés à la fin du questionnaire.

Un moment également propice pour apporter une précision aux femmes pourrait être lors de la rééducation du périnée. Nous avons 11,9% de patientes qui consultaient au CPP pour de la rééducation périnéale lors de notre étude. La moyenne obtenue au questionnaire était de 11,3/14 et la note moyenne d'auto-évaluation était de 6,4/10.

Nous avons relevé une association statistiquement significative entre la connaissance concernant les organes génitaux externes et la rééducation du périnée.

En effet, ce moment paraissait le plus approprié pour 40 femmes dans une étude de 2020 (14).

Les limites de cette étude sont cependant que toutes les femmes ne font pas de rééducation périnéale, totale ou partielle, pour plusieurs raisons comme le manque de temps ou d'intérêt ou bien tout simplement parce qu'elles n'en ont pas besoin. Il pourrait donc être intéressant de faire le point sur les connaissances des femmes lors du bilan de la première séance de rééducation et ainsi nous pourrions supposer qu'il puisse y avoir un avantage dans la progression de la rééducation.

Enfin, un élargissement des critères de l'étude pourrait être intéressant. On pourrait alors se demander où est-ce que les femmes ont obtenu leurs connaissances ou bien si elles savent où chercher les informations sur ce qui leur pose question.

Une étude concernant les populations non représentées dans cette étude pourrait aussi être intéressante, auprès des femmes sans diplôme ou ayant seulement obtenu le brevet des collèges, de même pour les femmes ayant un niveau d'études supérieur à un bac+8.

5. CONCLUSION :

Nous assistons à une démocratisation de l'accès aux connaissances concernant le corps de la femme, que ce soit via les médias (2), les mouvements féministes ou encore les réseaux sociaux (19). En effet, les cours dispensés durant le cursus scolaire général ne semblaient pas suffisants pour apporter une connaissance réelle concernant l'anatomie. De plus, les professionnels de santé, qui sont considérés comme des interlocuteurs privilégiés pour apporter des connaissances, ne semblent pas faire la démarche de demander à leurs patientes leur besoin concernant les lacunes qu'elles pourraient avoir à propos de cette partie de leur corps et de leur intimité. Durant notre étude, les patientes nous ont pourtant rapporté un intérêt pour notre travail et ont apprécié que nous leur donnions accès à des ressources. Ceci pourrait donc être généralisé, lors des consultations par exemple oralement ou bien par des posters affichés dans les salles d'attente où seraient indiqués des sites internet utiles et fiables pour qu'elles puissent se renseigner. Dans ce cas-là, un choix devra être fait concernant les ressources que nous souhaitons mettre en avant pour ne pas surcharger les femmes d'informations ou de ressources qu'elles ne consulteront jamais.

L'exercice proposé dans notre questionnaire était rapide et pourrait être utilisé par les professionnels pour évaluer les connaissances ou pour permettre aux femmes de situer la partie qui les amène à consulter s'il y a une douleur ou une gêne. Des outils tels que des moulures en 3 dimensions peuvent également être utilisés comme ils le sont parfois pour expliquer la pose d'un stérilet par exemple (Annexe 3).

La rééducation périnéale semble être un moment bien choisi pour discuter de l'anatomie génitale, afin que les femmes puissent mieux comprendre les exercices à effectuer si elles arrivent à avoir une projection mentale des zones à travailler.

Nous avons pu mettre en lien la rééducation périnéale et une meilleure connaissance des organes génitaux externes, sûrement appuyé par le fait d'une meilleure représentation de cette zone par les femmes et également un lien entre sensation et visualisation. Ainsi, une meilleure connaissance pourrait apporter un bénéfice sur cette rééducation qu'il pourrait être intéressant d'étudier.

A une plus grande échelle, une adaptation du programme scolaire aux besoins des adolescents pourrait être une démarche bénéfique. La représentation du clitoris dans les manuels scolaires est assez récente et encore peu étendue (20). L'inclusion d'un schéma en coupe frontale d'une vulve représentative pourrait aussi être une avancée intéressante, surtout dans l'établissement de l'image mentale du corps qui se construit dans cette période de l'adolescence.

Ainsi, nous avons pu constater qu'une avancée au niveau des programmes scolaires pourrait être une piste intéressante pour améliorer les connaissances des femmes concernant leur anatomie génitale. De plus, les professionnels de santé devraient être en mesure de répondre aux besoins des femmes qui font la démarche de les rencontrer en leur proposant des explications accompagnées d'outils pédagogiques ou de représentations facilement identifiables. Enfin, une bonne connaissance pourrait être bénéfique lors de la rééducation périnéale pour permettre des progrès plus objectifs voire plus rapides.

Nous voulions mettre en évidence dans un premier temps une association entre le niveau d'études et les connaissances des femmes concernant leurs organes génitaux externes. Nous avons également recherché dans un deuxième temps une association entre les connaissances et l'existence d'un suivi gynécologique et / ou une rééducation périnéale. Pour cela nous avons mené une étude mono centrique prospective à l'aide d'un questionnaire administré aux femmes éligibles et anonymes.

Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre une meilleure connaissance et un niveau d'études plus élevé. Il n'y avait également pas d'association entre une meilleure connaissance et l'existence d'un suivi gynécologique.

Cependant, il existait une association statistiquement significative entre une meilleure connaissance et une rééducation périnéale en cours.

Des études complémentaires à celle que nous avons menée pourraient donc trouver sens, en évaluant le bénéfice d'une bonne connaissance sur la rééducation périnéale par exemple. Nous pourrions aussi nous intéresser au niveau de connaissance concernant des niveaux d'études choisis, comme chez les femmes n'ayant pas de diplôme, celles qui ont obtenu le brevet des collèges ou encore les femmes qui ont un niveau d'études équivalent à Bac+8, qui sont des populations peu représentées dans notre étude.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Schaeffer J. Le sexe féminin : entre tabou et interdit. Cah Psychol Clin. 19 août 2015;n° 45(2):4175.
2. Gouvernet B. #ViveLaVulve. Que nous apprend la publicité Nana™ sur les représentations de la sexualité féminine ? Analyse lexicale émotionnelle de tweets publiés entre le 6 octobre 2019 et le 14 octobre 2019. Sexologies. 1 janv 2020;29(1):111.
3. Howarth C, Hayes J, Simonis M, Temple-Smith M. 'Everything's neatly tucked away': young women's views on desirable vulval anatomy. Cult Health Sex. 1 déc 2016;18(12):136378.
4. McDougall LJ. Towards a clean slit: how medicine and notions of normality are shaping female genital aesthetics. Cult Health Sex. 29 juill 2013;15(7):77487.
5. Statistiques chirurgie plastique et esthétique dans le monde [Internet]. Docteur Vincent NGUYEN. 2017 [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.chirurgie-esthetique.paris/statistiques-chirurgie-plastique>
6. Laan E, Martoredjo DK, Hesselink S, Snijders N, Lunsen RHW van. Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas. J Psychosom Obstet Gynecol. 2 oct 2017;38(4):24955.
7. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? Rev Sage-Femme. 1 juin 2005;4(3):10914.
8. Masson E. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième [Internet]. EM-Consulte. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/245264>
9. Kojchen L. Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la reproduction : étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion. 28 sept 2015;96.
10. Sautivet A. Etat des lieux des connaissances, représentations et pratiques sexuelles des jeunes adolescents. :47.
11. Bourgoin E, Callahan S, Séjourné N, Denis A. Image du corps et grossesse : vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. Psychol Fr. 1 sept 2012;57(3):20513.
12. Un corps en métamorphose : comment le vivent les femmes ? Étude prospective auprès de 134 primipares au troisième trimestre de grossesse [Internet]. ResearchGate. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/325708639_Un_corps_en_metamorphose_comment_le_vivent_les_femmes_Etude_prospective_aupres_de_134_primipares_au_troisieme_trimestre_de_grossesse

13. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
14. Blanchard V, Nyangoh Timoh K, Bruyère F, Fritel X, Pizzoferrato AC. Intérêt de l'éducation périnéale en rééducation périnéale chez la femme. Prog En Urol. mars 2020;30(4):1907.
15. Formentin LJ. Présentée A l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue publiquement le 24 novembre 2015 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine. :76.
16. Anatomie clinique de Kamina Tome 4 : Organes urinaires et génitaux • Pelvis • Coupes du tronc [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<https://www.livres-medicaux.com/anatomie-clinique-3-eme-edition-tome-4-organes-urinaires-et-genitaux-pelvis-coupes-du-tronc.html>
17. connaissance et méconnaissance du corps des femmes par [Internet]. studylibfr.com. [cité 30 août 2020]. Disponible sur:
<https://studylibfr.com/doc/436292/connaissance-et-meconnaissance-du-corps-des-femmes-par>
18. Votre périnée - Rééducation périnée [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<http://www.reeducation-perinee.org/perinee.html?fbclid=IwAR33nbVSNdu5QtkpGWueWaFOC0qLDDi24j8ZnEMy71mG-yZ8fF3RVQxNaUU>
19. Livre Jouissance Club de June Plã : « Cartographie du Plaisir » [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
https://www.passagedudesir.fr/Jouissance-Club---June-Pla/p/4/185/12230/?gclid=CjwKCAjw7diEBhB-EiwAskVi15Xz6kJF5rK-dKwA-xyKKCPeGIYwufM2Zd6kKHhd646f8HGEiSgjpXoCIsYQAvD_BwE
20. à 07h30 PCML 31 août 2017. Pour la première fois, le clitoris apparaît dans un manuel scolaire [Internet]. leparisien.fr. 2017 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<https://www.leparisien.fr/laparisienne/actualites/pour-la-premiere-fois-le-clitoris-apparait-dans-un-manuel-scolaire-31-08-2017-7224747.php>

7. **ANNEXES :**

Annexe 1 : Questionnaire :

Questionnaire de mémoire de fin d'étude :
Connaissance des organes génitaux féminins :

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Grenoble et je travaille actuellement sur mon mémoire de fin d'études portant sur la connaissance qu'ont les femmes de leurs organes génitaux externes.

Cette étude s'adressera à toutes les femmes majeures et volontaires, parlant et écrivant français et n'ayant jamais subi ni de mutilation génitale ni de chirurgie génitale.

Cette étude est strictement anonyme et les questionnaires ne seront consultés que par moi-même et détruits à la fin de l'étude.

Dans un premier temps, il vous faudra relier les légendes présentes à droite de la feuille au schéma présent à gauche. Si une légende vous est inconnue, **merci de la barrer**.

Dans un deuxième temps, il faudra répondre à des questions portant sur vous et votre situation.

Vous pouvez compléter ce questionnaire pendant votre attente avant votre consultation et déposer votre questionnaire complété dans la boîte prévue à cet effet au secrétariat. **Ceci garantira votre anonymat.**

Merci de ne PAS participer à cette étude si vous avez subi des mutilations génitales ou une chirurgie génitale.

Merci de votre participation,

M.Chapit

-Partie 1 : Relier la bonne légende au bon endroit sur le schéma ci-dessous :



- Clitoris
- Petites lèvres
- Vagin
- Anus
- Urètre
- Grandes lèvres
- Périnée

Partie 2 : Questions :

-Votre âge :

- Votre niveau d'étude (entourer) : Sans diplôme / Niveau collège (Brevet) / CAP ou BEP / Bac/ Bac+2 (DEUG, BTS, DUT, DEUST) / Bac+3 (Licence, licence professionnelle) / Bac+4 (Maîtrise, Master 1) / Bac+5 (Master, diplôme d'études approfondies, diplôme d'études supérieures spécialisées, diplôme d'ingénieur) / Bac+8 (Doctorat, habilitation à diriger des recherches).

- Avez- vous un suivi gynécologique régulier (au moins une visite tous les 3 ans) ? Si oui depuis quand ?

-Êtes-vous actuellement en cours de rééducation périnéale ?

-Pensez-vous avoir une bonne connaissance de votre anatomie génitale ? (0= connaissance très mauvaise ; 10 connaissance parfaite)

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

Pour obtenir plus d'informations sur le sujet, je vous laisse ici trois sites internet qui pourraient vous intéresser. Merci de les consulter après avoir rendu le questionnaire.

-Onsexprime.com

-thesexefeminin.blogspot.fr

-thelargelabiaproject.com (site en anglais).

Si vous avez des questions qui vous viennent concernant ce projet, vous pouvez également me contacter : [Données à caractère personnel]

Annexe 2 : Note d'information pour les patientes :

A l'attention des patientes :

Madame,

Étudiante sage-femme en 5^è année, je réalise une étude concernant la connaissance des femmes sur leurs organes génitaux externes chez les patientes consultant au Centre de Périnatalité d'Aix-les-Bains. Cette connaissance sera évaluée via un schéma que vous aurez à légender et la réponse à quelques questions.

Le but de cette étude sera d'évaluer les connaissances des femmes sur leur anatomie génitale.

La directrice de ce mémoire est Mme Gutier, sage-femme libérale.

Vous pourrez donc répondre au questionnaire pendant votre attente avant votre rendez-vous. Le questionnaire sera disponible au secrétariat et vous pourrez le redéposer dans une boîte également présente au secrétariat pour garantir votre anonymat.

Si vous êtes intéressée pour plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :

[Données à caractère personnel]

Je vous invite également à consulter les sites internet suivants si vous souhaitez vous informer plus amplement sur le sujet après avoir complété mon questionnaire.

-Onsexprime.com

-thesexefeminin.blogspot.fr

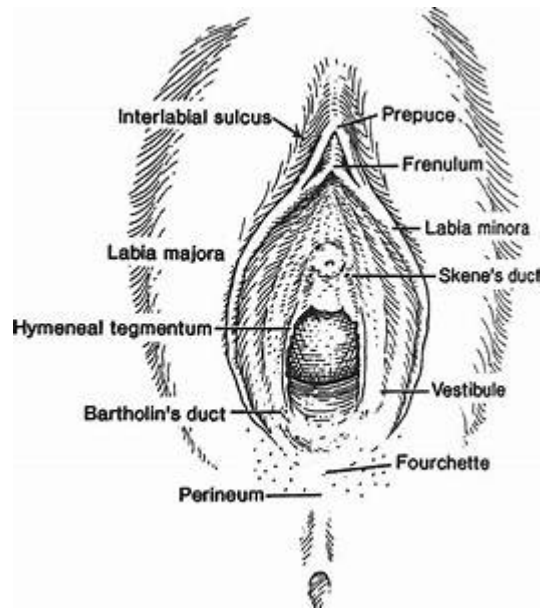
-thelargelabiaproject.com (site en anglais).

En vous souhaitant une bonne journée et en vous remerciant de votre contribution à ce projet,

M.Chapit (ESF5)

Annexe 3 : Outils pédagogiques :

(De Langley, LL, Telford, IR, et Christensen, JB [1980]. *Anatomic et physiologic dynamiques* . New York: McGraw-Hill.)



Pro-Health Product Ltd.



Par FrenshAlialbra®.

RESUME :

Connaissance de l'anatomie féminine, une étude descriptive et comparative selon le niveau d'étude.

Objectif : Nous cherchions à évaluer une association entre le niveau d'études et la connaissance des OGE féminins. L'hypothèse faite était : des études longues favorisent une meilleure connaissance. Secondement nous avons cherché une association entre la connaissance et l'existence d'un suivi gynécologique et / ou d'une rééducation périnéale.

Méthode : Nous avons mené une étude quantitative analytique comparative monocentrique via un questionnaire anonyme. Les femmes majeures et consultant au CPP d'Aix-les-Bains ont dû répondre à un questionnaire relevant plusieurs paramètres utiles puis légèrer un schéma à l'aide de termes anatomiques.

L'existence d'une association entre le score obtenu et le niveau d'étude constituait notre critère de jugement principal.

La fréquence des légendes non placées constituait notre premier critère secondaire.

Évaluer l'impact d'un suivi gynécologique et de la rééducation périnéale constituait notre second critère secondaire. Cent trente-quatre questionnaires ont été analysés.

Résultats : Sur 134 femmes, 36 connaissaient parfaitement leur anatomie (28,6%) et 120 avaient une « bonne » connaissance (89,5%). Le score moyen était de 11,3/14. Il n'a pas été retrouvé d'association entre le niveau d'étude et une meilleure connaissance. Notre étude n'a pas montré d'association entre la connaissance de l'anatomie et l'existence d'un suivi gynécologique mais l'existence d'une rééducation périnéale semblait être associée à une meilleure connaissance.

Conclusion : La connaissance des femmes consultant au CPP d'Aix-les-Bains était considérée comme bonne. L'école et les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans l'éducation des patientes et l'utilisation de supports pourrait améliorer ces connaissances.

Mots-clefs : Femmes- connaissances-niveau d'études-anatomie