



HAL
open science

Organes génitaux féminins : études des représentations chez les femmes majeures

Marjolaine Thollot

► **To cite this version:**

Marjolaine Thollot. Organes génitaux féminins : études des représentations chez les femmes majeures. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03826776

HAL Id: dumas-03826776

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03826776v1>

Submitted on 24 Oct 2022

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.

**Organes génitaux féminins : études des représentations chez les femmes
majeures**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 6 Octobre 2022

Par Madame Marjolaine THOLLOT

Née le 5 octobre 1987 à Saint-Priest-En-Jarez (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	Président
Madame le Docteur MARUANI Julia	Assesseur
Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline	Directeur
Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
BAILLE Yves		FIECHI Marius
BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
BARDOT André		FIGARELLA Jacques
BERARD Pierre		FONTES Michel
BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
BORY Michel		GOUIN François
BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
BOUBLI Léon		GRISOLI François
BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
BRICOT René		HEIM Marc
BRUNET Christian		HOUEL Jean
BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
CANNONI Maurice		JAMMES Yves
CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
CAU Pierre		JUHAN Claude
CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
CIANFARANI François		LAUGIER René
CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
CLEMENT Robert		LEGRE Régis
COMBALBERT André		LEVY Samuel
CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
CORRIOL Jacques		LOUIS René
COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
CURVALE Georges		MAGALON Guy
DALMAS Henri		MAGNAN Jacques

PROFESSEURS HONORAIRES

DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022

EMERITAT

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	CHARREL Rémi
AMBROSI Pierre	CHAUMOITRE Kathia
ANDRE Nicolas	COLLART Frédéric
ARGENSON Jean-Noel	COSTELLO Régis
ASTOUL Philippe	COURBIERE Blandine
ATTARIAN Shahram	COWEN Didier
AUDOUI Bertrand	CRAVELLO Ludovic
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas
AVIERINOS Jean-Francois	DA FONSECA David
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
BAILLY Daniel	DANTEL Laurent
BARLESI Fabrice	DARON Patrice
BARLIER-SETTI Anne	DAUMAS Aurélie
BARLOGIS Vincent	DAVID Thierry
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DERCOLE Claude
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick
BASTIDE Cyrille	D'JOURNO Xavier
BELIARD-LASSERRE Sophie	DODDOLI Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel
BERBIS Julie	DUBUS Jean-Christophe
BERBIS Philippe	DUFFAUD Florence
BERDAH Stéphane	DUFOUR Henry
BEROUD Christophe	DURAND Jean-Marc
BERTRAND Baptiste	DUSSOL Bertrand
BERTUCCI François	EBBO Mikael
BEYER-BERJOT Laura	EUSEBIO Alexandre
BLAISE Didier	FABRE Alexandre
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas
BLONDEL Benjamin	FAURE Alice
BOISSIER Romain	FELICIAN Olivier
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier
BOUFI Mourad	FOUILLOUX Virginie
BOYER Laurent	FOURNIER Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FRANCESCHI Frédéric
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane
BROUQUI Philippe	GABERT Jean
BRUDER Nicolas	GABORIT Bénédicte
BRUE Thierry	GAINNIER Marc
BRUNET Philippe	GARCIA Stéphane
BURTEY Stéphane	GARIBOLDI Vlad
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDART Jean
CASANOVA Dominique	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René
CENTILE Stéphanie	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GRANDVAL Philippe	OLIVE Daniel
GRANEL/REY Brigitte	OLLIVIER Matthieu
GUIS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021	ORANGE Pierre-Emmanuel
GUIS Sandrine	OREILLER Laurent
GUYE Maxime	OUAFIK L'Houcine
GUYOT Laurent	OVAERT-REGGIO Caroline
HABIB Gilbert	PAGANELLI Franck
HARDWIGSEN Jean	PANUEL Michel Surnombre
HARLE Jean-Robert	PAPAZIAN Laurent
HOUVENAEGHEL Gilles	PAROLA Philippe
JACQUIER Alexis	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
JOURDE-CHICHE Noémie	PELLETIER Jean
JOUVE Jean-Luc	PERRI Jeanne
KAPLANSKI Gilles	PESENTI Sébastien
KARSENTY Gilles	PETIT Philippe
KERBAUL François détachement	PHAM Thao
KRAHN Martin	PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominic
LA SCOLA Bernard	PIOUET Philippe
LAFFORGUE Pierre	POINSO François
LAGIER Jean-Christophe	PRO Nicolas
LAMBAUDIE Eric	RACCAH Denis
LANCON Christophe	RANQUE Stephane
LAUNAY Franck	REGIS Jean
LAVIEILLE Jean-Pierre	REYNAUD Rachel
LE CORROLLER Thomas	REYNAUD/GAUBERT Martine
LECHEVALLIER Eric	RICHARD/LALLEMAND Marie-Aletti
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale	RICHIERI Raphaëlle
LEONE Marc	ROCH Antoine
LEONETTI Georges	ROCHE Pierre-Hugues
LEPIDI Hubert	ROCHWERGER Richard
LEVY Nicolas	ROLL Patrice
MACE Loic	ROSSI Dominique
MAGNAN Pierre-Edouard	ROSSI Pascal
MANCINI Julien	ROUDIER Jean
MEGE Jean-Louis	SALAS Sébastien
MEROT Thierry	SARLON-BARTOLI Gabrielle
METZLER/GUILLEMAIN Catherine	SCAVARDA Didier
MEVER /DUTOUR Anne	SCHLEINITZ Nicolas
MICCALEF/ROLL Joelle	SIMON Nicolas
MICHEL Fabrice	STEIN Andreas
MICHEL Gérard	STELEZNEFF Igor
MICHEL Justin	SUISSA Laurent
MICHELET Pierre	TAIEB David
MILH Mathieu	THOMAS Pascal
MILLION Matthieu	THUNY Franck
MOAL Valérie	TOSELLO Barthélemy
MOULIN Guy	TRIGLIA Jean-Michel Surnombre
MOUTARDIER Vincent	TROPIANO Patrick
NAUDIN Jean	TSIMARATOS Michel
NGUYEN Karine	TURRINI Olivier
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier	VALERO René
NICOLLAS Richard	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

VAROOUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIVIER Eric

XERRI LuC

ZIELEZKIEWICZ Laurent

SEBAG Frédéric

TREBUCHON-DA FONSECA Agnès

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI--TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	MACAGNO Nicolas
BEGE Thierry	FOLETTI Jean- Marc	MARLINGE Marion
GIUSIANO Bernard	FRANKEL Diane	MAUES DE PAULA André
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)	FROMNOT Julien	MEGE Diane
ATLAN Catherine (disponibilité)	GASTALDI Marguerite	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BENYAMINE Audrey	GAUDRY Marine	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BIRNBAUM David	GELSI/BOYER Véronique	NOUGAIREDE Antoine
BONINI Francesca	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	PAULMYER/LACROIX Odile
BOULAMERY Audrey	GONZALEZ Jean-Michel	RADULESCO Thomas
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GOURIET Frédérique	RESSEGUIER Noémie
BOUSSEN Salah Michel	GRAILLON Thomas	ROBERT Philippe
BUFFAT Christophe	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	ROBERT Thomas
CAMILLERI Serge	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
CARRON Romain	GUIDON Catherine	SABATIER Renaud
CASSAGNE Carole	GUIVARCH Jokthan	SARI-MINODIER Irène
CERMOLACCE Michel	HAUTIER Aurélie	SAVEANU Alexandru
CHAUDET Hervé	HRAIECH Sami	SECQ Véronique
CHRETIEN Anne-Sophie	IBRAHIM KOSTA Manal	SOLER Raphael BOUCRAUT Joseph
COZE Carole	JALOUX Charlotte	STELLMANN Jan-Patrick
CUNY Thomas	JARROT Pierre-André	SUCHON Pierre
DADOUN Frédéric (disponibilité)	KASPI-PEZZOLI Elise	TABOURET Emeline
DALES Jean-Philippe	LABIT-BOUVIER Corinne	TOGA Isabelle
DARIEL Anne	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TOMASINI Pascale
DEGEORGES/VITTE Joëlle (disponibilité)	LAGARDE Stanislas	TROUDE Lucas
DEHARO Pierre	LAGIER Aude (disponibilité)	TROUSSE Delphine
DELLIAUX Stéphane	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
DELTEIL Clémence	LAMBERT Isabelle	VELY Frédéric
DESPLAT/JEGO Sophie	LENOIR Marien	VENTON Geoffroy
DEVILLIER Raynier	LEVY/MOZZICONACCI Annie	VION-DURY Jean
DUBOURG Grégory	L'OLLIVIER Coralie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DUONSEIL Pauline	LOOSVELD Marie	
DUFOUR Jean-Charles	MAAROUF Adil	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND
Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES -PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE
CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle
(PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
section) MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE
Anna (MCF) POUGET
Benôit (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
4501**

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE**

5405

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)

GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU- PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline
 (MCU-PH) GUERIN
 Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 (PU-PH)FOUILLLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

 GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH) DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

 BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

**ENDOCRINOLOGIE,DIABETE ET MALADIES
METABOLIQUES ;GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique

 HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

ECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)
 EL DIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU

VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANDEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
 CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)
 DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)
 DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)
 ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)
 TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
 SUISSA Laurent (PU-PH)
 MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)
 GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
(MAST)L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion

PEDIATRIE 5401ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE**AGHABABIAN Valérie (PR)
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
(PU-PH)JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A mon jury de thèse

A Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de l'intérêt que vous avez accordé à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Madame le Docteur Julia MARUANI

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de votre enthousiasme pour mon sujet. Soyez assurée de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse, de m'avoir guidé et accompagné tout au long de cette aventure. Ce fut un travail passionnant. Un grand merci pour ton aide et tes précieux conseils.

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale pendant mon deuxième stage d'interne, ta rigueur est un exemple.

A Madame le Docteur LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci d'avoir accepté si rapidement de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A ma famille

Martin,

Mon amour, merci pour ta générosité et ton aide pendant ces 10 ans. De Saint-Etienne à la Guyane puis Grenoble, Valence et enfin Marseille, tu m'as toujours soutenu dans mes projets, ma reprise d'étude, mes états d'âme... Tes attentions quotidiennes, tes mots doux, ta disponibilité permanente pour tes proches font de toi un être exceptionnel, même si tu n'aimes pas l'entendre. Tu es un père formidable et l'avenir avec toi sera beau. Je t'aime.

Noa,

Ma fille, mon amour, mon petit clown tout doux

Merci pour tes sourires et tes rires, ta malice, ta bonne humeur dès le réveil. Tu croques la vie à pleine dents et tu nous fais grandir tous les jours. La vie est plus douce depuis ton arrivée. Je t'aime, jusqu'à la lune et retour...

A mes parents, merci pour leur amour et leur bienveillance. Vous êtes toujours là. Vous avez su nous faire grandir avec « de solides racines » et des valeurs admirables. Je m'en rends compte tous les jours à travers mon métier et mon rôle de mère. Merci à vous. Je vous aime.

A mon frère François, toujours présent. La distance n'a pas été facile mais on se rattrapera à notre retour. Tu es un modèle pour moi et suis très fière de toi. A Marion, la femme forte et indépendante qui est à tes côtés. A Maëlle, qu'on ne voit pas grandir, et pourtant. A Camille, pour tes yeux malicieux et tes rires. J'ai hâte de faire plus de choses avec toi !

A ma sœur, Lauriane, avec qui nous partageons le même métier. Pour tes sms complices pendant l'externat, tes conseils tout au long de l'internat et ton partage d'expériences, pas toujours facile. Ton investissement dans ma thèse a été primordial et tu as su m'aider dans les moments où j'en avais le plus besoin. Ton dévouement à ton métier et tes patients est admirable.

A mamie Gaby, pour tous nos jeudis passés ensemble quand j'habitais à Saint Etienne. Ils me manquent toujours. Tu m'as transmis, entres autres, la passion de la maroquinerie et du travail bien fait. A papi Jean qui me manque souvent, surtout ce jour. Vous pouvez être fiers de votre famille.

A Rose, quel bonheur d'être ta marraine et de t'avoir fait naître. Tu es une jeune fille inspirante, ne change pas. A Delphine, Laurent et Baptiste : c'est toujours un plaisir de vous voir et discuter autour d'un bon plat et d'un bon dessert.

A Sophie, ma cousine. Tu as su être présente depuis l'enfance et c'est un plaisir de partager avec toi nos questionnements en tant que femme, professionnel de santé et mère. A mon Lilian, rieur et plein de vie. Te voir grandir est un bonheur. A Thibault, merci pour ta passion de la cuisine !

A Aurélien et Jonathan, merci pour les souvenirs partagés, à toutes les étapes de nos vies. Merci à Diane et Cindy d'être présentes à vos côtés.

A mes oncles et tantes et mes autres cousins, nombreux. Quelle joie de grandir dans deux grandes familles. A Christine et Alain, merci pour votre intérêt dans mon travail pendant toutes ces années, j'ai adoré recevoir vos sms, photos et cadeaux sur le sujet ! A Monique, tu me manques souvent. Merci pour ta douceur, tu fais partie de mon enfance. A papi Ambroise et mamie Elisabeth, pour vos valeurs et toutes ces parties de gamelles dans votre jardin.

A ma belle-famille

A Jean-Marc et Odile, merci pour votre générosité, vos conseils et votre finesse dans toutes situations. C'est un plaisir de venir chez vous. Vous êtes des parents et grands-parents exemplaires et j'aime voir le bonheur de Noa lorsqu'elle vous voit.

A Coline, quel plaisir que tu sois à nos côtés pendant ces années marseillaises. Merci pour avoir été là dans les débuts de la vie de Noa. Merci pour les débats lors de nombreux trajets en voiture, les repas, les visites de maisons et les « discussions » Dermelia. Tu vas nous manquer. Je suis contente qu'Antoine soit là pour toi.

A Clara, ma belle-sœur en Or. Quel parcours depuis que je te connais. Je suis fière de toi. A Mathéo, merci pour ton écoute qui fait de toi un soignant exemplaire. Nous serons très heureux de venir vous voir à Bordeaux.

A Zacharie, merci pour ton humour et tes attentions. A Pauline et ta douceur, tu seras un excellent médecin, j'en suis sûre. Je vous souhaite plein de bonheur dans vos nouveaux projets.

A Laurent et Élise, merci pour votre bienveillance permanente et votre présence dans chaque étape de nos vies, sans oublier nos karaokés de Noël et notre passion de Véronique Sanson. A Emma, Gabin et Elléa, merci pour leur complicité.

A Blulette, merci pour votre histoire de vie. Vous pouvez être fière de la femme et de la mère que vous êtes. Votre capacité d'adaptation m'impressionne toujours.

Aux équipes médicales et paramédicales

Aux médecins qui ont su me montrer toute la richesse de votre métier, parfois sans le savoir.

Un grand merci au Docteur Noémie DEPARDON, ton parcours m'a aidé à me projeter dans mon avenir. Grâce à toi, j'ai pu voir les nombreuses possibilités d'exercer ce merveilleux métier.

Un merci particulier au Docteur Bernard CHIAUSA, ton humanité et ta passion du métier, contrairement à ce que tu penses, sont une source d'inspiration.

Merci aux équipes paramédicales des Urgences d'Aix-en-Provence, de l'Institut Paoli Calmette, de la pédiatrie d'Aubagne et du service de Cardiologie de Saint -Joseph pour votre aide et votre disponibilité dans mon parcours.

A mes ami(e)s de Saint-Etienne

A Sarah. Un grand merci pour tout. Nos discussions, ta clairvoyance, ta bienveillance me sont chères. J'espère continuer à partager encore et pour longtemps. Merci à Charly pour son honnêteté et sa simplicité. Vous êtes beaux.

A Boutdenain, ma moumoute. Par que tu es toujours là. Quelle femme tu es, j'admire ton courage dans les épreuves de ta vie. Merci à Fab d'être présent à tes coté. Votre douceur de vivre est un modèle.

A Daphné, tu es présente depuis la maternelle. Merci pour tes rires et ton humour. Tu sais prendre soin de gens à travers ton écoute et ta gentillesse fait ta force.

A Sabine. J'ai appris à te connaître à travers nos gardes de nuit, notre voyage au Sri-Lanka et notre collocation stéphanoise par intermittence. Ton adversité et ta sincérité sont admirables. Ne doute jamais de ton importance auprès des autres. Nos appels et nos rendez-vous me sont chers.

A Marion, ma future ambassadrice. Tu combines ta vie de femme et de mère avec beaucoup d'inspiration. J'ai hâte de voir nos filles grandir ensemble. Et merci pour tes corrections. Tu me manques ici.

A Camille, un grand merci pour ton soutien et tes appels du soir ! C'est toujours génial de te voir. Ton accent toulousain est un régal et tes histoires d'avions et de trains me feront toujours mourir de rire.

A Gilou, ton indépendance m'impressionne. Je suis heureuse de te savoir avec Morgane. Peut-être qu'un jour tu viendras en Haute Loire !

A mes amies de l'école de sage-femme : Mélanie, nous allons être voisine bientôt et je me réjouis de vous voir plus. A Solène, Bertille, Mamat, Anne Laure et Valoche. Nos journées passées ensemble sont devenues rares depuis la fin de nos études mais discuter avec vous est un vrai plaisir.

Merci à Camille Man pour nos soirées de folie et nos discussions franches. Merci à Geff pour avoir partagé un bout de chemin avec moi.

Merci à Paulin, on se connaît depuis l'âge de 2 ans et je te retrouve aujourd'hui comme voisine. Hâte de passer plus du temps avec toi. Merci à Jojo, pour ta force dans la maladie et tes thèmes de soirée déguisés !

Merci à Jardin, j'ai hâte de rencontrer les jumelles et de profiter plus de vous.

Merci à Quentin, mon cousin au 4^{ème} degré, j'espère te voir plus souvent.

A Kev, Caro, Zoé et Ella...Notre deuxième famille. Vous êtes une source d'inspiration pour tout. Votre bonheur est contagieux. Quelle joie de vous retrouver bientôt.

A Coline, Lucas, Nino et... Merci pour vous avoir dans nos vies. Votre complicité est belle.

Aux « copains » : Kro, merci pour nos discussions et nos échanges toujours passionnants. Tes choix m'impressionnent. Flo, la twin's inséparable, merci pour ces virées à Avignon, souvent rocambolesques. A Moy, mon coloc génialissime. A Clem, merci pour ton dixième degré. A Cheerok et Alan, merci pour votre curiosité et votre gentillesse. A Till, Lucie, Max et Cécile pour merci pour les soirées de Noël toujours surprenantes !

A Nanax et Max, quel plaisir de partager ces moments avec vous, que ce soit à Nice, au ski ou à la Réunion. Vos choix et votre liberté sont beaux. Merci à Gabin pour ces moments de bonheur partagés avec Noa, ce n'est que le début !

Leo et Clarisse, merci pour ces « week-end semaine 4 » et autres. Le karaoké ne s'est jamais aussi bien porté qu'en votre présence.

A Chanou et Marie, merci pour votre sens de l'organisation incroyable, enfin surtout Marie ! Vous avez su gérer trois enfants rapprochés avec brio !

A Galou et Sophie, le sud nous a rapproché. Et j'aime toujours autant discuter avec vous sur tous les sujets de la vie.

A Thibault et Justine, merci pour votre gentillesse et vos attentions. Votre maison sera belle, à l'image de votre famille.

A Joan et Marlène, merci pour votre bonne humeur !

A Manu, merci pour nos discussions sans fin et tes folles histoires d'amour. Ton parcours singulier me parle et c'est toujours un plaisir de te voir.

A mon équipe de sage-femme de Firminy, à Monsieur Reynaud et à Jocelyne pour avoir permis ce projet de reprise d'études. Je pense souvent à vous. A Catherine qui m'a fait découvrir le libéral pour la première fois et fais confiance, je te dois beaucoup ! Ton amitié m'est chère. A Zahide, merci pour ta douceur et tes messages réguliers.

A mes amis de Marseille

Ma Mimine, à la frontière entre Marseille et Saint-Etienne. Ta force et ton indépendance ne cessent de me surprendre. Vous faites partie de la famille avec Alba, vous allez nous manquez.

A Adrien, merci pour ta disponibilité à toute épreuve et tes partages « France-Inter ». Je te souhaite de trouver l'équilibre entre ta vie professionnelle et personnelle.

A Clara, mon chat. Le semestre partagé avec toi a été génial. Je suis heureuse de te connaître et j'espère bien ne pas te perdre de vue. Promis on viendra vous voir dans le nord.

A Célia, tu as été une bouffé d'oxygène pour moi et tu comptes beaucoup. Nos soirées pêches vont me manquer. J'espère bien te voir à Condrieu.

A Felix, merci pour nos discussions toujours si passionnantes et variées ! Ta capacité de compréhension est belle.

A Laura, merci d'avoir été là depuis le début. C'est un bonheur d'être avoir toi, en soirée ou à l'hôpital. Et merci à Geo pour tes conseils de BD !

A Ben et Marjo : pour vos repas incroyables. J'espère vous garder dans nos vies.

A Ferréole, merci pour nos échanges et tes conseils. Ton calme est un exemple.

A Coline Duboué, merci pour nos soirées raclette, foie gras et tant d'autres. J'espère bien voir le cabanon un jour !

Aux belles marseillaises et leurs conjoints

A Salomé, merci pour nos moments partagés. Tes conseils de mère me sont chers ! Tu te poses milles questions mais tu sais toujours prendre de bonnes décisions, ne change pas ! Sam, merci pour ta bonne humeur et ton écoute !

A Sara, quel bonheur de discuter avec toi. Tu es toujours inspirante. Merci pour ton sourire incroyable et la passion de ton métier. A Jijo, merci de prendre soin d'elle et de Noah.

A Coline, merci pour le partage de ton expérience dans ton métier. Ta capacité d'adaptation est impressionnante ! Et merci à Arthur pour ta simplicité et ta générosité, on peut parler de tout avec toi et sans jugement !

A Clem, merci pour ta gentillesse et ta douceur. Tu es si forte. Et merci à Pierre d'être auprès de toi. Je vous souhaite plein de bonheur. Hâte de vous voir sur Condrieu !

Au groupe Brico-dépôt, merci pour ces échanges what's app souvent farfelus : Vincent, Thomas, Vera, Laurie, Adrien...

Merci à la pâtisserie « Oh Faon », pour m'avoir soutenu pendant mon diabète gestationnel et ma thèse. Vous voir toutes les semaines et découvrir vos créations nous a enrichi...Enfin pas sur tous les plans...

Aux femmes de cette étude, merci pour votre temps donné et vos récits. Au cours de nos échanges, nous avons partagés plus qu'un café ou un repas. Vos rires, vos larmes et vos histoires m'accompagneront souvent dans l'exercice de mon métier.

Table des matières

I. INTRODUCTION	3
II. MATERIEL ET METHODE.....	5
A. Choix de la méthode	5
B. Type d'étude et recueil de données.....	5
C. Population de l'étude et méthode de recrutement	7
D. Méthode d'analyse des données.....	7
E. Considérations éthiques et confidentialité des données.....	8
III. RESULTATS	9
A. La population étudiée	9
B. Représentations des organes génitaux féminins : analyse du dessin.....	12
C. La construction des connaissances des femmes sur la physiologie de l'appareil génital	19
1. Origines de leurs connaissances sur l'appareil génital et la contraception	19
2. Les différentes représentations sur les mécanismes physiopathologiques.....	23
3. Mise en évidence de connaissances lacunaires	25
D. Le vécu des femmes sur leurs représentations des organes génitaux.....	27
1. Les organes génitaux externes.....	27
2. Les représentations des organes génitaux internes	31
3. Cas particulier des seins.....	33
4. Évolution des représentations des organes génitaux externes et internes à travers le temps	34
5. La représentation des fluides vaginaux	37
6. La représentation des rôles des organes génitaux	44
E. Transmission des représentations et des connaissances dans l'entourage.....	46
1. A travers le nom des organes génitaux.....	46
2. Héritage familial.....	49
3. A travers le discours.....	50
IV. DISCUSSION	53
A. Forces et limites	53
1. Les forces de notre étude	53
2. Les limites de notre étude	54

B.	Discussion autour des résultats	56
1.	Des connaissances lacunaires	56
2.	Les représentations des organes génitaux et normes sociétales.....	58
3.	Les représentations des organes génitaux féminins et conséquences sur la santé gynécologique, sexuelle et reproductive des femmes	59
4.	Facteurs influençant les représentations.....	63
C.	Place du médecin généraliste	67
V.	CONCLUSION	68
VI.	LISTE DES ABREVIATIONS.....	70
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	71
VIII.	ANNEXES	80

I. INTRODUCTION

Depuis les années 2010, le corps féminin dans ses dimensions les plus intimes a investi la sphère publique. Plusieurs initiatives telles que le mouvement #metoo, la revendication d'une baisse de la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) des produits de protection hygiénique ou encore la représentation du clitoris dans les manuels scolaires ont permis de sensibiliser la population sur la nécessité de réappropriation du corps des femmes (1). Sur le plan médical, d'autres débats ont été déployés : polémique sur les modes de contraception, dénonciation de violences gynécologiques et obstétricales ou encore l'ouverture de la Procréation Médicalement Assistée (PMA) à toutes les femmes (2) .

Suivant cette mouvance, une célèbre marque de serviette hygiénique met en scène dans un spot publicitaire des vulves représentées de façon détournées (muffins, coquillage, fruits...) pour promouvoir une image positive du sexe féminin à des fins commerciales (3). La véhémence des réactions (pétitions, signalements multiples auprès du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) démontre la persistance des tabous (4)(5)(6).

Pourtant, la vulve n'a pas toujours été considérée comme obscène dans le passé. Elle est présente dans l'art et dans les textes anciens et peut avoir une fonction salvatrice (4). En Égypte antique, elle est symbole de bonheur et de régénération. La déesse Hathor sauve le monde en dévoilant sa vulve au dieu soleil Ré affaibli. Ce geste fait rire Rê qui retrouve ainsi sa puissance (7). Dans la mythologie grecque, Baubô console Déméter de l'enlèvement de sa fille par Hadès en soulevant sa tunique et en exhibant son sexe (8)(9). En Irlande et en Angleterre, des statues païennes représentant des femmes avec des sexes béants et surdimensionnés sont retrouvées sur les devantures des églises romanes. Appelées Sheila Na Gig, elles peuvent être associées au culte de la fécondité (10) .

Sur le plan éducatif, une information et une éducation à la sexualité a été mise en place dans les établissements scolaires depuis la loi du 4 juillet 2001. Elle doit traiter, entre autres, de l'anatomie, la physiologie et de la reproduction (11). Cependant, la plupart des établissements rencontrent des difficultés pour les mettre en place et les conséquences sont inévitables notamment chez les jeunes femmes (12).

Une étude menée dans des classes de collège a montré que la moitié des filles interrogées déclaraient avoir besoin de davantage d'informations sur leur anatomie féminine. De même, une meilleure connaissance sur la physiologie et l'anatomie féminine permettrait aux femmes enceintes de mieux appréhender les changements corporels de la gestation et de réduire le niveau d'anxiété sur les maux bénins de la grossesse (13).

Malgré notre système éducatif et les efforts de prévention du corps médical, le taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ne diminue pas depuis des décennies (14). D'après l'INED, en 2007, le taux de grossesses « non prévues » (avortements, naissances non désirées) était estimé à 36 % du total des grossesses et deux grossesses non prévues sur trois seraient survenues alors qu'une méthode contraceptive était utilisée (15)(16). D'autres études montrent que la quasi-totalité des femmes sous contraception et réalisant une IVG avait commis des erreurs contraceptives durant les trois derniers mois. De plus, la prescription d'une contraception inadaptée est à risque de grossesse non désirée (17). Par ailleurs, une thèse réalisée récemment montre l'impact de la représentation du sang menstruel d'une femme sur son choix contraceptif (18). Nous pouvons ainsi nous poser la question de la relation entre les représentations que les femmes ont de leurs organes génitaux et le choix de leur contraception, leur adhésion ainsi que leur observance.

L'objectif de notre étude vise à donner la parole aux femmes et à recueillir leur témoignage afin de mieux comprendre les représentations de leur anatomie féminine et identifier des facteurs influençant ces ressentis. Une meilleure compréhension de ces représentations pourrait permettre de communiquer de manière plus pertinente en consultation. Elle pourrait également améliorer la prise en charge dans les domaines de la santé sexuelle et d'aborder les craintes obstétricales, gynécologiques ou urologiques de manière plus adaptée.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Choix de la méthode

Pour répondre à notre question de recherche, le choix de la méthode s'est porté sur une recherche qualitative avec recueil de données par entretien semi-dirigés puis analyse thématique et modélisation (avec triangulation des données) par théorisation ancrée.

La méthode qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer. Cette technique, issue des sciences sociales, a pour but d'expliquer et comprendre les phénomènes humains et sociaux. Elle est adaptée pour l'analyse des opinions, des ressentis et des expériences des sujets.

La méthode de recueil des données par entretiens semi-dirigés nous a semblé adaptée à l'étude, afin de laisser suffisamment de liberté aux femmes pour s'exprimer, dans un climat de confiance. Le sujet de la recherche pouvant faire surgir des événements de vie parfois traumatisants, des expériences difficiles ou sensibles, la technique de l'entretien individuel nous a paru plus appropriée que celle du focus group.

B. Type d'étude et recueil de données

Une étude qualitative par recueil de données par entretien semi-dirigés a été réalisée auprès d'une population de femme majeure dans les Bouches du Rhône.

Les entretiens ont été menés grâce à un guide d'entretien semi-dirigés comportant des questions neutres et ouvertes permettant d'explorer plusieurs grands thèmes prédéfinis lors de notre recherche bibliographique.

Le guide d'entretien a été testé au préalable par des personnes non concernées par l'étude pour s'assurer de la compréhension et de la pertinence des questions. L'ordre des thèmes abordés a été pensé de manière à introduire un climat de confiance en commençant

l'entretien par une question « brise-glace » assez générale pour ensuite discuter de sujets plus intimes et personnels. Nous n'avons pas cherché à réaliser un contrôle de connaissance. Une représentation des organes génitaux par le dessin était demandée aux femmes en avant dernière question.

Le premier guide d'entretien élaboré s'articulait autour de cinq thèmes principaux :

- L'image du corps féminin
- La contraception et ses représentations
- Le ressenti des pertes vaginales incluant leucorrhées et menstruations
- La représentation de leur organes génitaux féminins via le dessin
- Le rôle des organes génitaux

Au cours de l'étude, la trame a évolué. L'entretien 4 a permis d'intégrer une nouvelle question « brise-glace » portant sur les noms donnés aux organes génitaux dans la vie quotidienne des femmes. Cette question a amélioré le climat de confiance au cours de l'entretien. La version complète du guide est disponible en fin (Annexe 1 et 2).

Un questionnaire a été associé en début d'entretien, prenant en compte des données socio-démographiques et des facteurs de variabilités pressentis, afin de rechercher la diversité de l'échantillon de notre population.

Concernant le dessin, les interviewées ont eu à leur disposition des feutres, des stylos et crayons à papier et une feuille blanche. Elles étaient relancées en cas de nécessité.

Les entretiens ont été effectués par la chercheuse seule et dans des endroits choisis par les interviewées le jour de leur convenance (domicile, cabinet médical ou lieu public).

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, de manière anonyme, et retranscrit le plus fidèlement possible sur fichier Word avec annotations sur les silences et le langage non verbal. Un carnet de bord a également été tenu avec des notes prises dans les suites immédiates des entretiens.

Au moment de l'étude, l'investigatrice était interne en médecine générale. Elle n'avait pas d'expérience dans la recherche qualitative mais a été formée par sa directrice de thèse.

C. Population de l'étude et méthode de recrutement

Dans ce travail de recherche, notre population cible est représentée par des femmes majeures.

En termes de critère d'exclusion et de non-inclusion, nous avons exclu les personnes mineures ou celles ne maîtrisant pas la langue française.

Le recueil des données a été fait lors d'entretiens réalisés entre le 9 mars 2021 et le 27 janvier 2022. Le nombre d'entretien n'était pas défini par avance mais a été guidé par la saturation des données et les inclusions ont donc cessé lorsque deux entretiens à la suite n'ont pas apporté de nouvelles informations.

Nous avons recherché un échantillon en variabilité maximale en choisissant des sujets d'âge, de niveau socio-économique, d'antécédents, notamment gynéco-obstétricaux, différents.

Le mode de recrutement s'est également fait en recherche de variabilité maximale :

- En cabinet libéral de médecine générale
- En Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)
- En centre hospitalier dans un service de Cardiologie
- Par effet « boule de neige »
- Par l'intermédiaire de l'entourage

Nous avons aussi cherché à diversifier les lieux : Marseille 3^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème}, 12^{ème}, 13^{ème} et 15^{ème} arrondissement, Plan de Cuques, Aubagne, Martigues et Marignane.

D. Méthode d'analyse des données

Il a été réalisé une analyse inductive axiale puis transversale (avec triangulation des analyses) inspirée de théorisation ancrée.

L'interview, la retranscription des verbatims et l'analyse des données ont été réalisés par la même personne. Les dessins ont été accompagné d'un commentaire de texte afin d'expliquer le déroulé, l'attitude des interviewées et les particularités notables.

Pour limiter le biais d'interprétation, les analyses ont été triangulées par l'investigatrice ainsi que le docteur THOLLOT Lauriane qui possédait une expérience dans la recherche qualitative et la directrice de thèse, le docteur CALVET-MONTREDON Céline.

Les transcrits ont été codés par une analyse transversale thématique des verbatims avec une méthode semi-manuelle (arborescence des codes avec un tableau excel). Nous avons fait évoluer la grille de codage au fur et à mesure des entretiens, faisant émerger des catégories et des sous-catégories. Il a été supervisé par la directrice de recherche tout au long du travail. Une modélisation du phénomène a ensuite été réalisée.

E. Considérations éthiques et confidentialité des données

Le projet de cette étude qualitative a été évalué et validé par le comité d'éthique de l'université Aix-Marseille, référence de dossier 2020-11-05-08 (Annexe 3).

Une information orale et écrite des participantes a été donnée au début de chaque entretien. Chaque participante a reçu une lettre d'information résumant le but de l'étude ainsi qu'un formulaire de consentement (Annexe 4).

Il était important d'assurer une confidentialité des données. Les enregistrements étaient donc anonymes et numérotés. Les transcriptions des enregistrements ont été également anonymisées. Afin de permettre à l'interviewée de faire valoir son droit d'accès et de modifications des données personnelles, il lui a été remis un code unique à 4 caractères qu'elle seule détient.

Les données ont été traitées par la chercheuse, la personne réalisant la triangulation des données et la directrice de recherche. Leur conservation durera le temps du travail de thèse et 2 ans après la soutenance ou dernière publication.

III. RESULTATS

A. La population étudiée

Quatorze femmes ont été recrutées entre mars 2021 et janvier 2022.

Toutes les interviewées volontaires ont été interrogées, nous n'avons eu aucun refus ou entretien non honoré.

Elles étaient âgées de 25 ans à 78 ans, l'âge moyen était de 42,1 ans.

La durée des entretiens allait de 10 minutes 40 secondes à 48 minutes 20 secondes, la durée moyenne est de 29 minutes 56 secondes.

Parmi les antécédents gynéco-obstétricaux, quatre femmes étaient ménopausées. La moitié des interviewées avait des enfants, trois personnes avaient fait une ou plusieurs IVG médicamenteuses ou chirurgicales, quatre avaient subi une Fausse Couche Spontanée (FCS). Une femme était enceinte lors de l'entretien et deux étaient en cours de projet de grossesse, sans prise en charge assistée.

Deux participantes avaient eu une hystérectomie avec annexectomie pour l'une d'entre elles. Deux femmes avaient eu recours à une réduction mammaire, une myomectomie par laparotomie avait été effectuée chez une autre. Une personne était atteinte du syndrome de Turner. Enfin, une excision dans l'enfance avait été pratiquée chez une personne.

Les femmes de l'échantillon avaient des catégories socio-professionnelles très variées.

Dix étaient en couple, mariée ou en concubinage. Quatre femmes étaient célibataires.

Les caractéristiques de chaque interviewée sont détaillées dans le tableau 1.

Entretien	Age	Catégorie socio-professionnelle	Situation familiale	Antécédents gynéco-obstétricaux	Contraception en cours	Ménopausée	Durée
E1	25 ans	Employée	Célibataire	2 IVG chirurgicales	Contraception hormonale orale oestro-progestive	Non	10 min 40
E2	26 ans	Employée	Mariée	Excisée 3 enfants	Stérilet au cuivre	Non	32 min 21
E3	46 ans	Cadre supérieur	Concubinage	1 enfant	Stérilet hormonal	Non	28 min 12
E4	39 ans	Profession intermédiaire	Concubinage	Infection à chlamydia trachomatis traitée Projet de grossesse en cours	Aucune	Non	29 min 52
E5	29 ans	Cadre supérieur	Mariée	Aucun	Aucune	Non	19 min 19
E6	25 ans	Employée	Célibataire	Aucun	Stérilet cuivre	Non	38 min 24
E7	57 ans	Employée	Célibataire	1 IVG médicamenteuse 4 IVG chirurgicales Réduction mammaire	Préservatif	Oui	49 min 20
E8	78 ans	Retraitée	Divorcée	7 enfants Hystérectomie sur cancer de l'endomètre	Aucune	Oui	20 min 40
E9	66 ans	Retraitée	Concubinage	3 enfants 2FCS 1 IVG chirurgicale	Aucune	Oui	42 min 18
E10	47 ans	Cadre supérieur	Mariée	2 enfants hystérectomie sur ménométrorragies	Aucune	Oui	35 min 55
E11	44 ans	Employée	Mariée	3 enfants 2 FCS Thrombectomie bilatérale suite à ablation dispositifs stérilisation tubaire	Aucune	Non	31 min 30
E12	41 ans	Employée	Mariée	1 enfant Enceinte deuxième trimestre lors entretien 1FCS	Aucune	Non	21 min 30
E13	34 ans	Profession intermédiaire	Concubinage	1 FCS Myomectomie par laparotomie Projet de grossesse en cours	Aucune	Non	23 min 37
E14	32 ans	Sans activité professionnelle	Concubinage	Syndrome de Turner	Aucune	Non	35 min 35

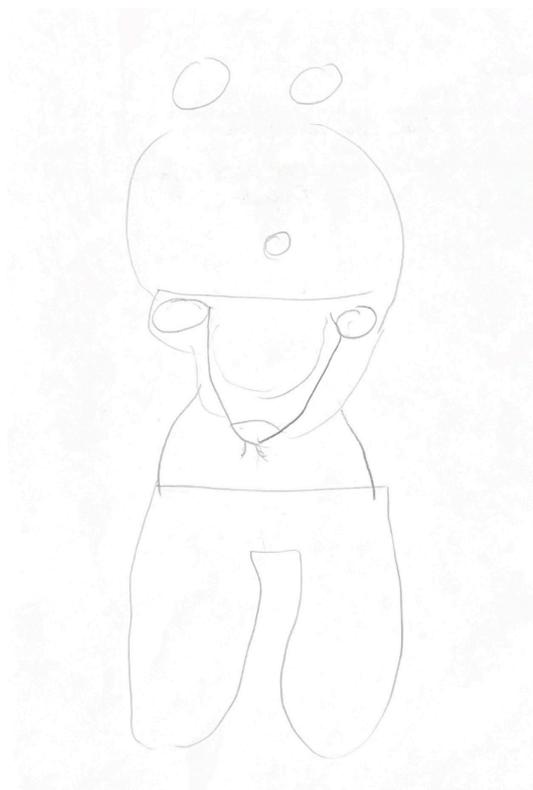
Tableau 1 : Caractéristiques des femmes interrogées

Les quatorze entretiens ont été numérotés de E1 à E14. Les résultats sont illustrés par les verbatims en gris dans le texte.

L'analyse des résultats nous a permis d'identifier trois modèles centraux : les connaissances des femmes sur la physiologie de l'appareil génital féminin, leurs représentations et la transmission de leurs connaissances et représentations.

Dans un premier temps, nous allons exposer les différents dessins des interviewées accompagnés d'un commentaire facilitant la compréhension et le contexte. Puis nous détaillerons les différents modèles et nous retrouverons à la fin un schéma résumé. Cette schématisation génère une meilleure compréhension des phénomènes étudiés.

B. Représentations des organes génitaux féminins : analyse du dessin



Dessin 1

25 ans

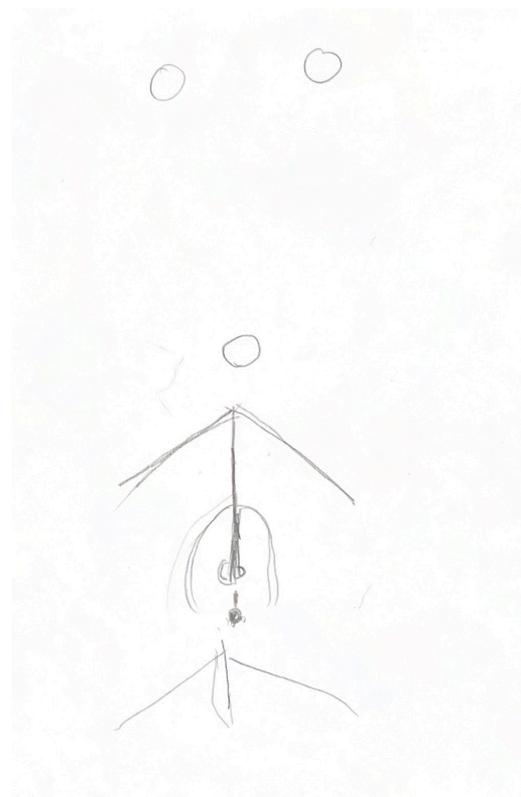
Employée

Célibataire

Sous contraception oestro progestative

ATCD Gynéco obstétricaux : 2 IVG chirurgicales

L'interviewée se dévalorise tout au long du dessin et l'entretien. Elle commence par les organes génitaux internes : ovaires trompes et utérus. Après plusieurs relances, elle représente l'externe par deux traits verticaux à la base de l'utérus. Le vagin est inexistant. Elle place la poitrine et le nombril pour trois cercles et entoure son dessin par une silhouette très enfantine.



Dessin 2

26 ans

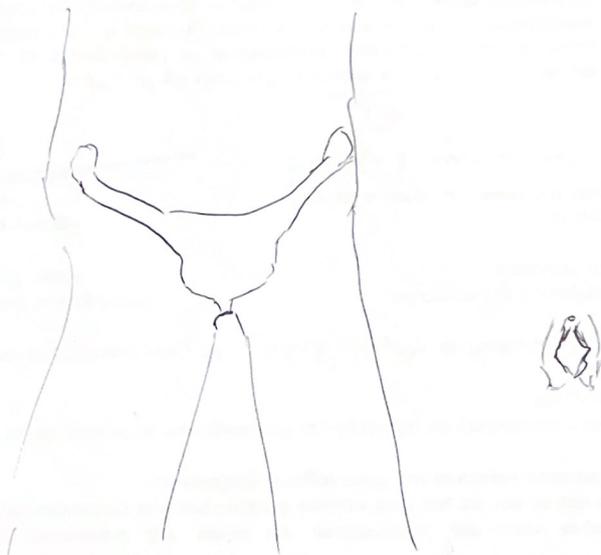
Employée

En concubinage

Contraception : stérilet au cuivre

ATCD gynéco-obstétricaux : Excision dans l'enfance, refus de chirurgie réparatrice par peur de reviviscence du traumatisme, trois Accouchements par Voie Basse Spontanée (AVBS)

Le dessin initial est succinct. Les organes génitaux internes sont représentés par un trait vertical et deux traits obliques vers le bas de chaque côté. Elle place son stérilet en dessous, comme un double. Après relance, elle rajoute les lèvres, l'entrée du vagin et le clitoris en dessous. Elle insiste sur ce dernier avec son crayon « le truc qu'on coupe chez nous ». Enfin, elle représente la poitrine et le nombril par trois cercles de taille identiques. Sur ce dessin, l'externe est plus détaillé que l'interne, probablement en lien avec sa mutilation. Nous pouvons aussi supposer que des coupes de sexe féminin ont été montrées lors de consultations médicales gynécologiques.



Dessin 3

46 ans

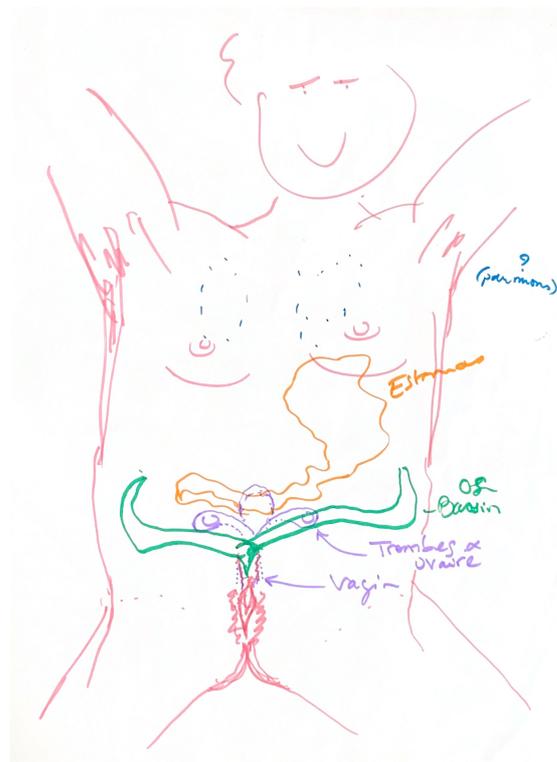
Cadre supérieure dans les Ressources Humaines

En concubinage

Contraception : stérilet hormonal

ATCD gynéco- obstétricaux : un AVBS, dysménorrhées

Elle commence par dessiner les ovaires, les trompes de Fallope et l'utérus puis réalise spontanément une silhouette avec des jambes et un ventre. Elle continue avec le vagin qu'elle représente court en rétrécissant l'utérus dans sa partie inférieure et dit à l'oral que l'utérus se termine par le col qui se resserre. Au final, les ovaires apparaissent très superficiels sur la silhouette. Après relance, elle commence par dessiner l'externe à côté de son premier dessin. Elle représente les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris.



Dessin 4

39 ans

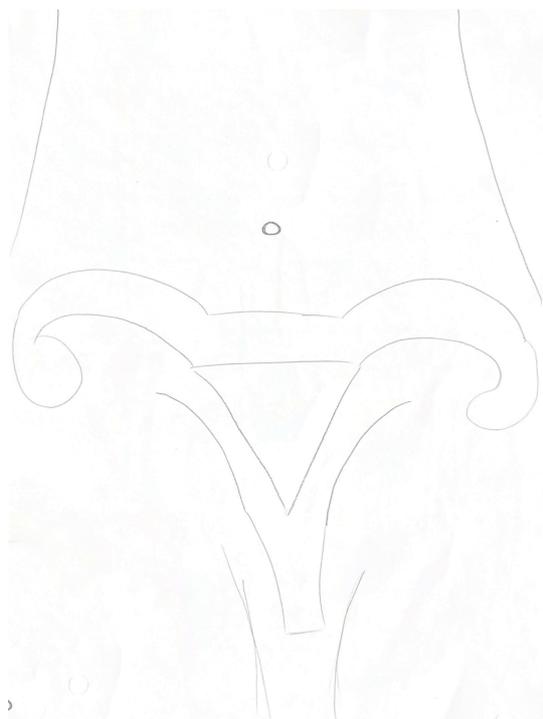
Reconversion récente dans un emploi de soins

En concubinage

Pas de contraception

ATCD gynéco obstétricaux : projet de grossesse depuis 2 ans

Le dessin est légendé et coloré avec une silhouette souriante. Les proportions sont respectées. Il est réalisé spontanément, avec une seule relance pour l'utérus, oublié initialement, qu'elle rajoute en violet au-dessus des trompes. A noter qu'elle commence le dessin par l'estomac et le bassin puis continue par l'interne et l'externe et termine par les poumons.



Dessin 5

29 ans

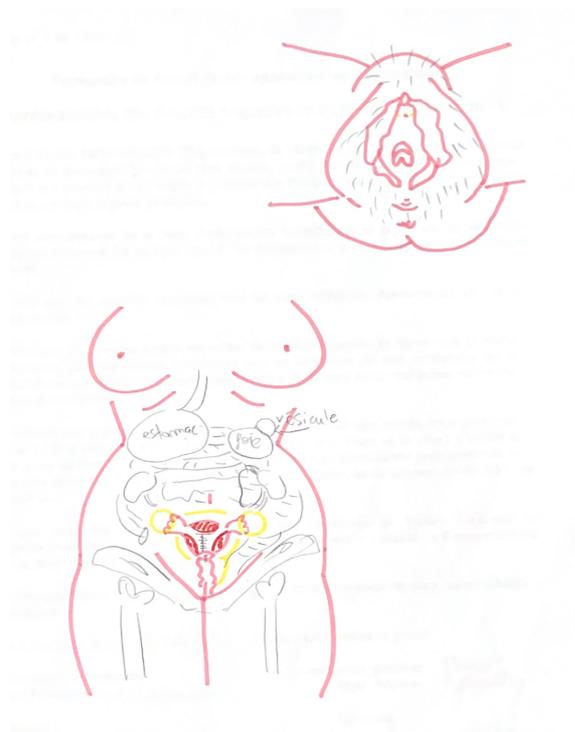
Emploi paramédical

Mariée avec une femme

Pas de contraception

ATCD gynéco-obstétricaux : dysménorrhées

Ce dessin est très géométrique. Elle nous explique que les organes génitaux internes sont volontairement plus grands que la réalité car leurs tailles correspondent à la zone d'irradiation de la douleur ressentie pendant ses menstruations. Elle est la seule à faire ce lien.



Dessin 6

26 ans

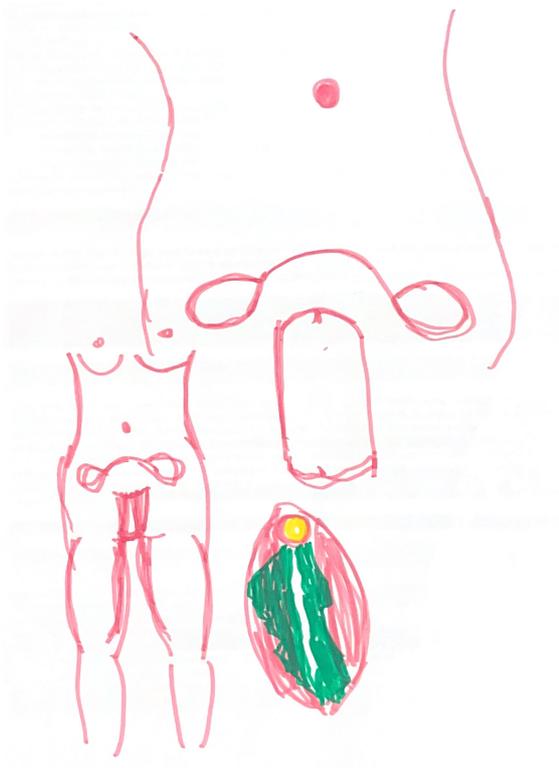
Employée dans le domaine des arts plastiques en cours de projet sur l'anatomie masculine

Célibataire

Contraception : stérilet au cuivre

ATCD gynéco obstétricaux : 0

Ce dessin est anatomique avec deux planches en coupe transversale et frontale fait sans aucune relance. Le DIU est placé spontanément. La participante doute uniquement sur la place des autres organes autour des organes génitaux qu'elle fait d'ailleurs au crayon à papier mais a une connaissance parfaite de l'anatomie féminine. Étant dans le domaine artistique, elle a des facilités évidentes pour le dessin et ses recherches récentes sur l'anatomie masculine l'ont probablement aidées.



Dessin 7

57 ans

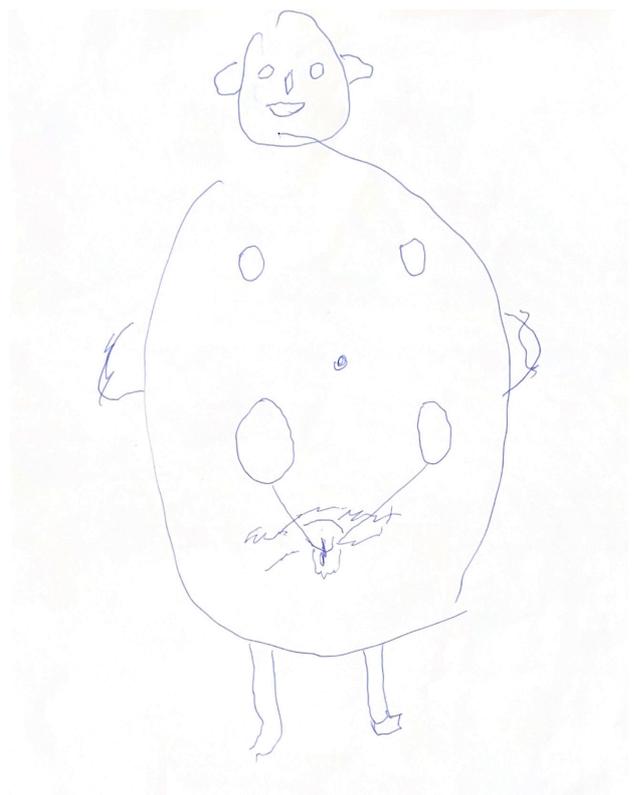
Employée

Célibataire

Contraception : préservatif

ATCD gynéco-obstétricaux : une IVG médicamenteuse, quatre IVG chirurgicales et une réduction mammaire

Elle commence par dessiner les organes génitaux externes. Les grandes lèvres sont en roses, les petites lèvres sont en vertes et le clitoris est en jaune. Elle dessine ensuite l'interne et se rend compte au cours de son dessin qu'elle confond l'utérus et le vagin. Elle finit par dessiner un utérus en forme de vagin et à la place du vagin mais avec un col.



Dessin 8

78 ans

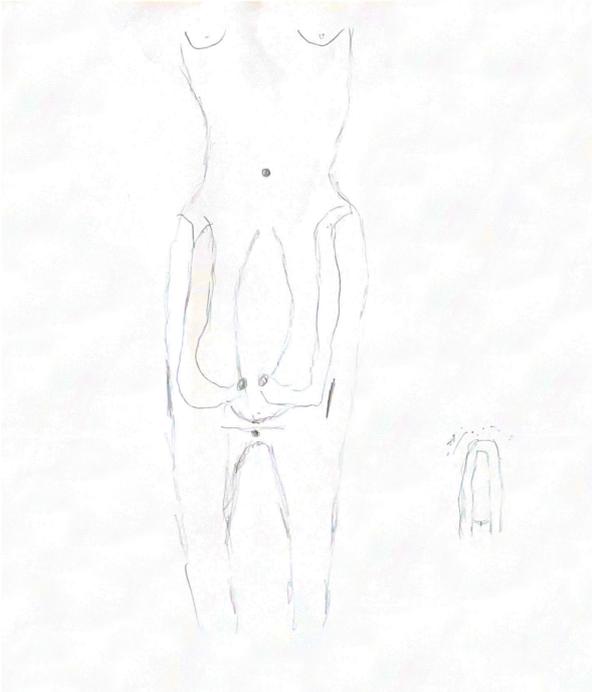
Retraitée

Divorcée

Pas de contraception

ATCD gynéco obstétricaux : cancer de l'endomètre avec hystérectomie, 7 AVBS

La participante commence par dessiner les ovaires qu'elle relie entre eux en formant un triangle inversé puis place la vessie à la pointe du triangle. Après une relance, elle positionne l'utérus en fermant la pointe par un demi-cercle. Elle positionne ensuite le vagin par un lien entre l'utérus et la vessie et explique qu'il se situe entre les deux organes. Elle entoure son dessin par silhouette et ronde avec un visage souriant, des membres très abstraits, des seins et un nombril. Pour l'externe, elle commence par dessiner les poils pubiens puis refuse de faire le reste car « c'est de l'ordre de l'intime ».



Dessin 9

66 ans,

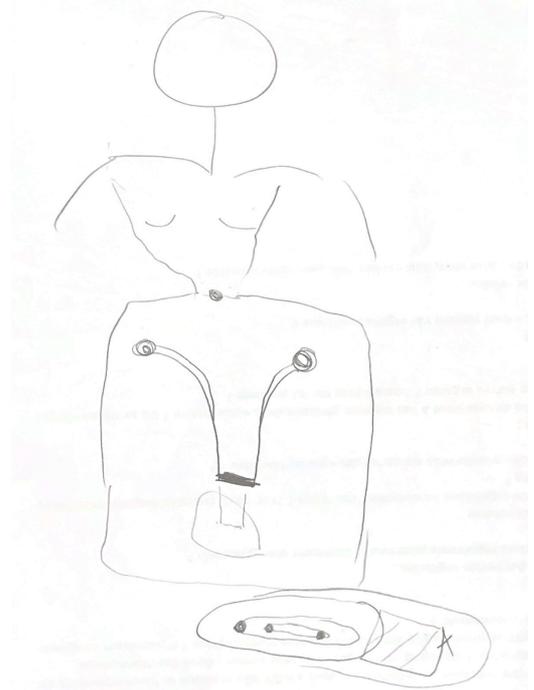
Retraitée

En concubinage

Pas de contraception (ménopausée)

ATCD Gynéco-obstétricaux : 3 accouchements par voie basse, deux FCS, une IVG chirurgicale

Son dessin montre des trompes de Fallope très longilignes qui s'abouchent en bas d'un utérus également disproportionné. Les ovaires sont mis à la jonction trompes utérus, en bas de ce dernier. Le vagin est quant à lui réduit et semble écrasé par l'utérus. L'externe est reproduit sur une autre coupe. Le clitoris est inversé et placé en dessous du vagin. Lors de l'entretien, elle nous explique que son clitoris permet l'écoulement de l'urine donc on peut penser que son rôle n'est pas très précis.



Dessin 10

46 ans

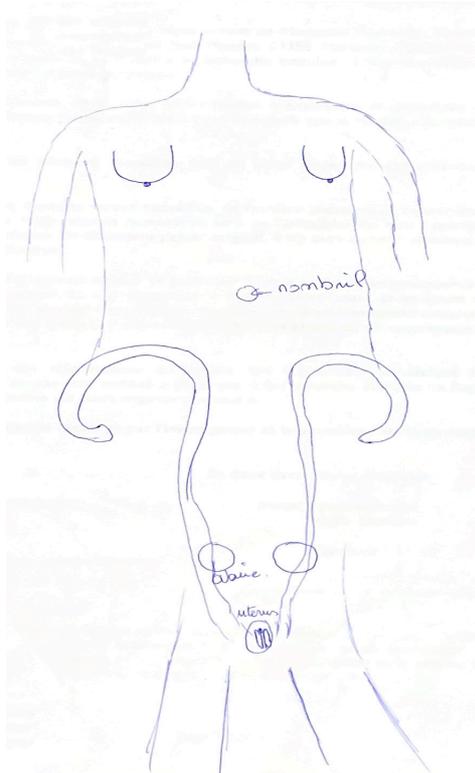
Cadre supérieur

Mariée

Pas de contraception (hystérectomie)

ATCD Gynéco-obstétricaux : hystérectomie sur ménométrorragies, un AVBS sur grossesse gémellaire

Dessin simpliste avec des organes génitaux internes disproportionnés mais bien localisés. Elle fait ensuite un zoom sur l'externe qu'elle représente à côté avec trois points de gauche à droite représentant le clitoris, le méat et l'entrée du vagin puis un carré rayé pour le périnée et une croix pour l'anus. Elle est la seule à vouloir dessiner ces deux derniers éléments.



Dessin 11

44 ans

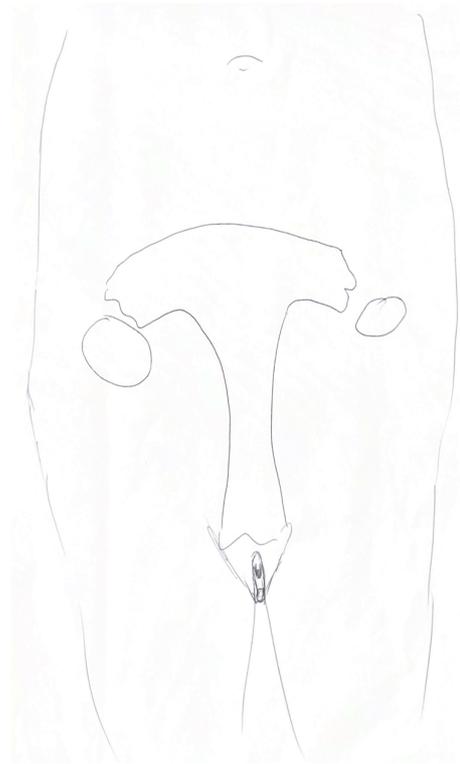
Employée

Mariée

Pas de contraception (salpingectomie)

ATCD gynéco-obstétricaux : salpingectomie bilatérale suite au retrait de dispositifs de stérilisation tubaire trois AVBS, deux FCS

Ce dessin semble centré sur les deux trompes, disproportionnées par rapport au reste des organes génitaux et de la silhouette. Nous pouvons penser que la participante a pu recevoir des explications sur les trompes au cours de ses consultations gynécologiques. Les ovaires ne sont pas au bon endroit. La vulve, qu'elle nomme vagin lors du dessin, semble minuscule. L'utérus n'est pas dessiné mais une légende est placée entre les ovaires et sa « vulve ». En plus de la disproportion globale entre les organes, nous retrouvons donc une confusion globale. Il existe également une déconnection entre les fonctions physiologiques des organes et l'emplacement donné par l'interviewée.



Dessin 12

41 ans

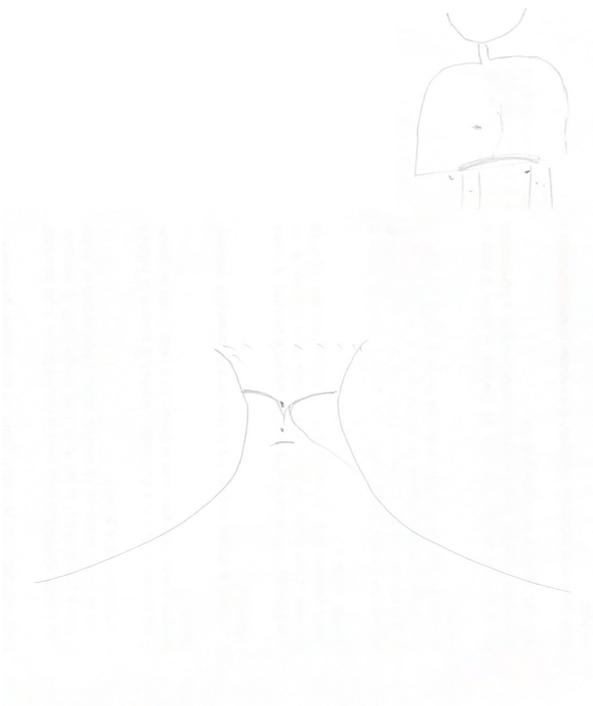
Employée dans un milieu masculin

En concubinage

Contraception : actuellement aucune car enceinte

ATCD gynéco-obstétricaux : enceinte de 4 mois, un AVBS et une FCS

Sur ce dessin, les organes génitaux internes sont plus développés que l'externe, sachant que notre interviewée était enceinte lors de l'entretien. Les organes génitaux internes ont été dessinés très rapidement contrairement à l'externe, plus appliqué. Elle représente des trompes aussi larges que l'utérus. Ce dernier est ouvert directement sur le vagin, sans col. Le sujet précise dans l'entretien n'avoir eu qu'un seul frottis.



Dessin 13

34 ans

Profession paramédicale

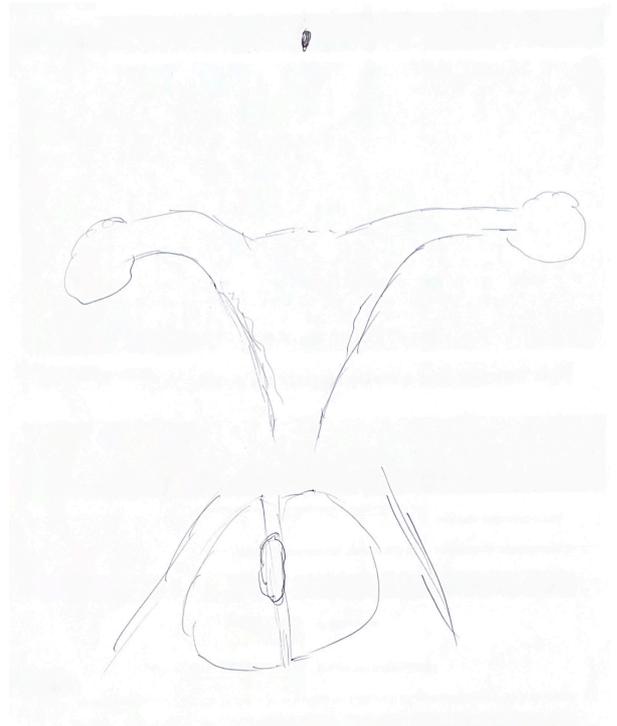
En concubinage

Contraception : aucune car projet de grossesse en cours

ATCD gynéco-obstétricaux : une myomectomie par laparotomie, une FCS

Elle commence par dessiner l'externe en traçant les cuisses, les pubis avec les poils puis les lèvres. Puis de haut en bas, elle place le clitoris par un point puis le méat urinaire par un autre point en dessous et l'entrée du vagin par un trait horizontal.

Pour l'externe, elle est moins précise et même difficilement interprétable. Elle réalise par un T inversé l'ensemble utérus et trompes. Les ovaires sont placés au pli de l'aîne par deux points pleins. Le vagin n'est pas représenté.



Dessin 14

32 ans

Profession paramédicale

En concubinage

Pas de contraception (anomalie génétique entraînant une infertilité)

ATCD gynéco-obstétricaux : 0

Ce dessin paraît juste dans les proportions mais il existe une discordance entre le discours et le dessin. Elle commence son dessin pour les ovaires puis les trompes et nomme l'ensemble « ovaires-trompes » par le terme global de « trompes ». Elle dessine ensuite un utérus qu'elle appelle « col » et nous explique que « c'est là justement que les règles arrivent » en montrant ce qui pourrait être l'endomètre. Son utérus reste ouvert, sans col. Quand nous la relançons pour dessiner le vagin, elle nous explique que pour elle, le vagin correspond à l'ensemble des organes génitaux internes. Pour l'externe, elle représente les lèvres et le clitoris.

C. La construction des connaissances des femmes sur la physiologie de l'appareil génital

Les représentations sont liées aux connaissances que la personne se construit sur un sujet (12). Pour essayer de comprendre les représentations que les femmes ont de leurs organes génitaux, il nous a paru important de faire préciser leur compréhension du fonctionnement de l'appareil génital dans leur vie quotidienne via les menstruations, les leucorrhées et la contraception.

1. Origines de leurs connaissances sur l'appareil génital et la contraception

a. Un héritage familial

- Explication des menstruations

La transmission des connaissances sur les menstruations se fait principalement de manière matriarcale via la mère voire la grand-mère.

Les explications peuvent être données avant l'arrivée de la ménarche « *ma maman m'a expliqué très tôt ce que c'était les règles [...] Donc après quand j'ai eu mes règles, j'avais 12 ans [...] on m'avait bien expliqué donc je n'ai pas paniqué pour la première fois* » E3.

Chez d'autres, l'absence de préparation antérieure entraîne une réaction de surprise face à la vue du sang. L'information est donc donnée pour rassurer. « *La première fois que j'ai perdu du sang, j'ai fait des bonds. C'est ma grand-mère qui m'a expliqué, « ben c'est normal, tu deviens une femme ». Mais personne ne m'avait expliqué !* » E9.

Parfois, la mère transmet simultanément son savoir à ses deux filles « *Ma mère, bizarrement qui n'est pas très ouverte à tout ça, a tenu à nous réunir avec ma sœur qui est plus âgée que moi [...] Après réflexion, je pense que ma sœur avait dû avoir ses règles et qu'elle s'est dit qu'elle va expliquer aux deux en même temps comme ça, elle sera débarrassée.* » E10.

Les informations sont données principalement à l'oral. Seulement une femme nous parle de schémas que sa mère aurait réalisés « *Elle nous a fait une espèce de schéma de vulve avec trois petits trous et [...] Et elle nous a montré où on fait pipi, où le sang sort et où on fait caca.* » E10.

D'autres évoquent une transmission familiale sans préciser si cela est fait par la mère « *On nous a formaté [...] ça dépend des familles mais après quand on sait que c'est normal d'avoir ses règles.* » E12.

- Éducation sexuelle

Dans certaines familles, la sexualité a été traitée après la mise en place des règles, « *en temps et en heure* » E3. « *J'étais dans une famille où on parlait vraiment de tout... donc ma maman m'a expliqué très tôt ce que c'était les règles, que j'allais avoir de la poitrine. Donc après quand j'ai eu mes règles, j'avais 12 ans [...] donc après on a parlé en temps et en heure de la sexualité* » E3.

La sexualité est parfois plus facile à aborder avec une sœur, notamment quand elle fait partie du milieu médical « *La sexualité [...] J'en parle plus avec ma sœur [...] elle est infirmière et puis c'est ma grande sœur d'amour donc on parle de tout.* » E6.

- Présence de tabous familiaux

Plusieurs femmes parlent de la présence de tabous au sein de la famille entravant la mise en place d'une éducation sexuelle « *Vous savez, je ne suis pas tellement douée pour l'anatomie. Moi mes parents ils ne m'ont pas tellement éduquée comme ça, alors je ne peux pas vous dire.* » E8. Parler de sexualité peut amener à recevoir une correction physique « *A mon époque, on ne parlait pas de ça, si on parlait de sexe avec ses parents, on prenait une torgnole quoi* » E9. Une personne explique que seules les menstruations avaient été expliquées, « *la sexualité et tout le reste c'était tabou.* » E14. Parfois, « *la sexualité [...] c'est pas tabou mais on n'en parlait peu.* » E6.

- Impact de la famille sur le choix de la contraception

L'entourage familial influencerait également la prise d'une contraception, par mimétisme ou parfois en essayant de dissuader la femme du choix d'un stérilet ne le jugeant pas adapté pour elle.

« C'est ma sœur qui m'en a parlé surtout, qui m'a expliqué la pilule la première fois. » E3.
« Quand j'ai voulu me faire poser un Dispositif Intra-Utérin (DIU), mon frère et ma mère, ils ne voulaient pas...logique qu'ils aient un avis là-dessus (ironique). Parce que...Selon leurs dires c'était que pour les femmes qui avaient déjà accouché, que pour, je cite « les vieilles... » » E6.

b. Le système scolaire

Plusieurs femmes nous parlent de cours d'éducation sexuelle à l'école où sont abordés la thématique du cycle menstruel et le fonctionnement de l'appareil génital féminin. Beaucoup ne s'en souviennent plus ou n'ont pas assimilé la physiologie. « Ben moi, je n'avais rien compris au collègue, y'avait eu un cours là-dessus qui expliquait les règles mais je crois que ça n'a pas atteint mon cerveau. Je l'ai vu mais je n'ai pas compris. » E4.

D'autres déplorent l'absence d'explication du rôle du clitoris sur la sexualité.

« Ben après on étudie le dessin quand on est jeune en SVT, on sait que c'est comme ça mais on ne l'apprend pas beaucoup. Bon par contre, le clito, on ne l'avait pas trop appris quoi. Sur ce que ça pouvait représenter, tout ça...Autant pour les femmes que pour les hommes. Je parle pas forcément de la sexualité mais sur comment ça marche... On comprendrait mieux si à l'école... » E14.

c. Les professionnels de santé

- Transmission de connaissance sur la contraception lors de la prescription

Plusieurs participantes nous expliquent avoir reçu une information sur leur contraception par un médecin, gynécologue pour beaucoup notamment au Planning Familial. « Après, euh, j'allais dans un centre, un centre gratuit [...] le Planning Familial ! Et y'avait une dermato [...] Elle était super sympa et je crois que c'est elle qui m'avait parlé des ovules contraceptifs. » E7.

- Absence d'explication par le corps médical

A l'inverse, d'autres n'ont pas « vraiment discuté » E1 avec le médecin. Certaines nous parlent d'une injonction de prendre la pilule du fait de leur âge et de la possibilité d'une activité sexuelle, légitimant l'absence d'explication médicale.

« Quand je prenais la pilule la gynéco m'a rien expliqué. C'était juste « ben oui tu as 18 ans donc tu prends la pilule. » » E6 « Le gynécologue, c'était une femme, j'étais jeune et elle m'a dit il faut prendre la pilule. » E10.

- Réassurance et explications données sur les leucorrhées

Plusieurs femmes reçoivent des informations sur les leucorrhées physiologiques ou pathologiques et le fonctionnement du corps humain lors d'une visite en urgence chez leur médecin, qui exerce un rôle de réassurance.

Une participante est rassurée par la normalité de ses leucorrhées « *Toute paniquée, je suis allée voir le gynéco « mais qu'est ce qui se passe, j'ai mes culottes, elles sont toutes mouillées... » Elle me dit c'est parce qu'en fait votre système hormonal et sexuel reprend une activité et en fait c'est des sécrétions liées au fait que vous reprenez une activité sexuelle, tout simplement.* » E3.

Une autre est rassurée par le caractère bénin de ses pertes pathologiques.

« *La seule fois que j'ai eu une mycose, je savais même pas que c'était une mycose ! J'étais juste un peu rouge et ça me grattait. J'avais pas de perte comme on m'avait dit que c'était genre « Attention c'est dégueulasse mais genre fromage fin genre la faisselle et tout là » Et j'avais pas du tout ça donc je savais pas ce que c'était et je suis arrivée en panique chez le gynéco et en fait c'était une mycose quoi, donc ça va !* » E6.

d. Autres sources d'information sur la contraception

Une femme dit s'être « *renseignée toute seule* » E13. Une autre parle d'internet pour ses recherches sur son choix de contraception « *Je me suis renseignée sur le site [...] « choisir votre contraception.com » et j'ai entendu parler de plus en plus du DIU et je me suis dit que c'était cool et que c'était bien pour moi.* » E6.

2. Les différentes représentations sur les mécanismes physiopathologiques

a. Les menstruations

Plusieurs théories seraient avancées sur l'origine des menstruations. Pour certaines femmes, le saignement se produirait sous l'action de l'ovule. Il correspondrait à la perte de l'ovule non fécondé qui « doit ressortir » E4 ou « se désintègre » E7. Pour une femme, « les ovules non fécondés se transforment en sang et sont évacués. » E3.

Pour d'autres, les menstruations permettraient d'éliminer ou de renouveler une surproduction de sang produit par le corps. « C'est du sang qui stocke et qui au bout d'un moment, s'écoule, au moment des règles. » E14, « Pour moi les règles, c'est un surplus de sang qu'il faut qu'il se renouvelle. [...] Le sang il faut qu'il change » E1.

Enfin, certaines femmes évoquent un lien entre le sang menstruel et la destruction d'une partie d'une structure anatomique du système génital féminin : « utérus qui desquame » E10, « d'endomètre qui s'autodétruit » E6. D'autres participantes parlent de saignements suite à la destruction « d'un nid » E7 ou de « la chambre du bébé » E6 en absence de fécondation.

b. Les leucorrhées physiologiques

Selon les femmes, les leucorrhées physiologiques sont différentes au cours du cycle. Une participante évoque « la différence au cours du mois, la manière dont ça change au cours du cycle » E6.

Il existe ainsi un lien de temporalité entre les leucorrhées physiologiques et les menstruations : certaines évoquent les pertes « après les règles, pas avant » E5, d'autres « avant d'avoir les règles » E11. Une femme met en rapport les leucorrhées et l'ovulation mais doute sur le moment du cycle « Des fois quand j'ai des pertes [...] je sais plus si c'est avant l'ovulation ou après. » E11.

Les leucorrhées sont également décrites comme en lien avec l'activité sexuelle « Quand je reprenais une activité sexuelle, je me suis aperçue que j'avais des pertes entre cycles mais qui étaient des pertes blanches en fait » E3. Une femme reste vague sur le lien entre les pertes et les rapports sexuels « Quand on a un rapport ou pas, on peut avoir des pertes... » E14.

c. *Le fonctionnement de la contraception*

- Pour la contraception oestro-progestative ou progestative

La plupart des femmes ont un discours confus sur le fonctionnement de la pilule.

La notion erronée de protection mécanique revient plusieurs fois. La pilule permettrait un « *blocage* » E1 contre les spermatozoïdes en agissant « *comme une barrière qui les rejettent [...] et ils s'évacuent naturellement* » E1. Nous retrouvons l'idée de blocage dans différents entretiens. La pilule est tour à tour évoquée comme un blocage contre « *les enfants* » E2, « *le cycle* » E3, « *l'ovulation* » E5 ou encore « *la gestation* » E12.

Pour certaines participantes, le fonctionnement de la pilule est en lien avec les hormones mais le discours reste imprécis « *Je savais vaguement que c'était des hormones mais pas comment elles interfèrent, je sais pas...* » E10, « *C'est une histoire d'hormones sûrement !* » E7.

Le rôle régulateur des hormones est parfois évoqué. La contraception contiendrait « *des hormones de synthèse qui sont censées réguler mon cycle* » E3. La régulation hormonale est parfois adaptée selon les femmes, à la présence de dysménorrhées ou autres. « *Alors moi je sais que ce sont des hormones. [...] Ce sont des traitements qui régulent, que leur gynécologue met en place par rapport à leurs désirs, par rapport à la douleur.* » E14. Une participante différencie le rôle régulateur du rôle contraceptif. « *J'ai été très tôt suivie par une gynécologue qui très vite m'a mise sous pilule régulatrice puisque je n'avais pas besoin du tout de contraception à cet âge-là mais ça s'est régulé.* » E3.

- Le DIU

Une seule femme donne une définition précise du fonctionnement du DIU au cuivre. « *Le stérilet au cuivre c'était une micro-inflammation due au millimètre carré de cuivre à un endroit où il ne devrait pas y avoir d'objet extérieur. Et du coup, le corps, il réagit à cette intrusion [...] Et il y a une petite réaction physico-chimique qui modifie, du coup, la texture des glaires vaginales... Et ça, ça empêche de faire arriver les spermatozoïdes jusqu'aux ovules...* » E4.

Pour les autres participantes, le fonctionnement du DIU est peu connu. Nous retrouvons la théorie de la barrière mécanique contre les spermatozoïdes.

« le stérilet empêchait, venait boucher quelque chose dans notre organisme ce qui fait que les spermatozoïdes sont empêchés d'aller jusqu'au bout [...] et d'aller jusqu'à l'ovule ? Et le féconder ! » E9. Cette barrière mécanique pourrait être la conséquence d'« une inflammation qui ne laisse pas trop rentrer par le col de l'utérus » E6.

Pour d'autres, le DIU fonctionne par sa simple présence dans l'utérus, sans l'influence d'hormone « Moi j'avais compris « hop truc dans l'utérus, t'es tranquille pendant 5 ans, Ya pas d'hormones » E6. Une seule participante, non porteuse de stérilet, parle d'un fonctionnement par diffusion hormonale ou non : « ça diffuse, ça diffuse quelque chose non ? [...] Avec hormone et sans hormone c'est ça ? » E11.

3. Mise en évidence de connaissances lacunaires

a. Les menstruations

Pour plusieurs femmes interviewées, la provenance du sang menstruel et son rôle seraient inconnus. Une participante réfléchit à son origine pendant l'entretien « Je n'en sais rien. Je n'en sais rien. (Le sang menstruel) Il passe par l'utérus, il passe par le vagin, il sort par le vagin...Donc peut être qu'on a quelque chose là, à l'intérieur mais je ne saurai pas dire quoi [...] A l'intérieur, au-dessus de l'utérus ou peut être des trompes ? Honnêtement, je ne sais pas » E9.

Certaines ne semblent pas curieuses de connaître ce fonctionnement « Je ne sais pas. Je pense qu'une fois on me l'avait dit mais je ne me rappelle plus... [...] Je ne me demande pas pourquoi on a des règles, d'où ça vient c'est vrai que je ne suis pas posée la question... » E11.

b. La contraception

- Pilule contraceptive

La pilule contraceptive a un fonctionnement inconnu pour plusieurs femmes. Certaines disent ne l'avoir « jamais su » E7, E8 d'autres ne peuvent donner d'explication car la prise de cette contraception est très lointaine dans leur vie. Une femme nous dit ne « jamais s'être penchée sur la question » E10.

A la question « connaissez-vous le fonctionnement de votre contraception », les femmes expliquent souvent la prise. « *Je sais qu'il fallait démarrer le premier jour du cycle et moi, celle que je prenais, il y avait 7 jours d'arrêt alors voilà. Il y avait le cycle, un arrêt de cycle et ça faisait un cycle fin pas faux mais artificiel.* » E7. Parfois, nous recevons également des informations sur les effets indésirables en cas d'oubli de contraception « *Il ne fallait pas la (la pilule) rater parce que si on la ratait et que l'on avait des rapports non protégés on pouvait arriver à tomber enceinte, mais oui on m'avait expliqué que c'était pour éviter de tomber enceinte, il y a quand même des personnes qui tombent enceinte sous pilule.* » E11.

Pour certaines femmes, la pilule oestro-progestative aurait des conséquences sur une baisse de la fertilité lors de l'arrêt. Une femme travaillant dans le paramédical recevrait l'information au cours de sa formation « *Parce que pendant les études {...} on nous explique que lorsque on arrête la pilule, on peut avoir des difficultés à tomber enceinte* » E13. Une autre extrapole à partir de l'histoire d'une amie « *J'ai une copine, ça fait un an qu'elle a arrêté sa pilule mais du coup, le fait qu'elle arrête, le temps que son corps se réadapte, donc euh voilà...Donc je sais que pour ça, y'en a qui ont arrêté quoi.* » E14.

- Autres méthodes contraceptives

Pour le préservatif, une femme explique la pose et non le fonctionnement « *Le préservatif c'est quelque chose qui se déroule sur la verge de l'homme, tout simplement. Et quand l'homme pénètre la femme, avant qu'il éjacule.* » E14. D'autres donnent des renseignements sur le dispositif en lui-même mais non sur son fonctionnement : « *L'implant, c'est heu..., c'est un petit bâton qu'on met là (Elle me montre son bras gauche)* » E11. Une femme réalise au cours de l'entretien ne pas connaître le fonctionnement du stérilet « *Je sais que c'est... ça laisse pas trop rentrer les spermatozoïdes à travers le col de l'utérus ? Muhhhhhh je sais pas trop, en vrai.* » E6.

D. Le vécu des femmes sur leurs représentations des organes génitaux

1. Les organes génitaux externes

En première partie nous allons parler du vécu des femmes interviewées sur leurs organes génitaux externes, leur sexe féminin.

a. Le sexe féminin : organe physiologique

Plusieurs femmes insistent sur la normalité de la présence d'un sexe dans un corps humain.

« Pour moi, [...] c'est quelque chose de normal, c'est un corps humain quoi. Moi je le vois comme ça. {...} Voilà, rien de spécial ! » E14.

« On l'a, donc on l'a. On a deux mains, deux pieds, ça fait partie de notre corps [...] Je ne vois pas pourquoi elle sera négative parce qu'elle (sa vulve) fait partie de moi. » » E9.

Une femme évoquerait la présence d'un sexe féminin en lien avec un créateur.

« Sexe normal ? On a été créé comme ça. Euh, je suis née comme ça. Le créateur on va dire, qu'on n'y croit qu'on n'y croit pas, peu importe, nous a créé comme ça. [...] C'est normal car c'est la vie qui fait qu'on nous a créé comme ça, nous les femmes et les hommes. [...] » E9.

b. Le sexe féminin et l'esthétisme

- En lien avec la beauté

Pour beaucoup de femmes, le sexe féminin est associé à la beauté. Certaines qualifient leur sexe de « joli » E5, « plutôt agréable à regarder » E5. A l'inverse, d'autres ne le trouve pas « super beau » E6.

Certaines opposent pragmatiquement le côté fonctionnel ou naturel avec l'esthétisme.

« Mais je me dis il n'est pas là pour être joli » E6.

« Et quand moi quand je dis qu'on a été créé comme ça, je ne vois pas pourquoi on va dire que notre sexe est beau. On l'a, donc on l'a. » E9.

- Utilisation d'un miroir

La notion de sexe, vu ou non, dans un miroir vient spontanément dans les entretiens. Certaines n'ont « *jamais pris un miroir pour regarder* » E13, E7. Une autre nous informe « *n'avoir même jamais vu son sexe* » E3. Le refus d'être filmée pendant un accouchement est également énoncé « *j'ai dit non, ça va aller, sinon je tombe dans les pommes* » E3.

Le miroir est utilisé par d'autres. Une personne n'aime pas ce qu'elle voit « *Je prends un miroir et je regarde. Mais, l'image ne me plaît pas du tout. Je ne suis pas mal à l'aise, je sais comment je suis faite mais... Ce n'est pas qu'une question de pudeur mais voilà, il s'avère que c'est sous les vêtements et c'est très bien.* » E10. Une interviewée découvre son sexe grâce à un miroir proposé par un médecin lors d'une consultation gynécologique. « *Quand elle a mis le spéculum, elle m'a proposé de regarder et elle m'a dit « est ce que vous voulez voir comment c'est dedans ! ». Et du coup, elle a présenté un miroir et j'ai vu comment c'était (sourire). Et en fait, c'est tout rose ! Et ça m'a vachement fait plaisir ! Et voilà, c'est ça que je voulais vous dire, c'est pour ça que je suis venue !* » E4.

- Le sexe parfait

Plusieurs femmes donnent leur définition du sexe « *parfait* » E6, « *normal* » E7, à « *l'image des films pornos* » E6. Il est décrit comme « *glabre {...} doux* » E6, « *parfaitement symétrique* » E6, E7, « *arrondie avec la fente au milieu* » E7, un sexe « *fermé {...} et que les lèvres à l'intérieur soient protégées par les lèvres supérieures* » E7.

c. Le sexe féminin : source de complexes

- La physiologie des lèvres :

Les petites lèvres sont sources de nombreux complexes dans les différents entretiens. Certaines se plaignent d'une asymétrie.

« *Parce que j'ai une lèvre qui est un peu épaisse par rapport à l'autre [...] Et puis même quand je mets des pantalons, des fois ça me gêne [...] Je me suis aperçue qu'il y avait des pantalons que j'usais plus d'un côté où justement j'ai cette lèvre qui est plus importante.* » E7.

« J'ai des lèvres un peu plus... Une protubérance quoi, une lèvre plus... C'est familial, donc moi j'ai découvert ça j'avais 14-15 ans » E10.

Une femme nous parle également de lèvres qui sont « *plus grandes* », qui « *sortent un peu* » E13. Une autre n'apprécie pas « *la couleur de la chair* » E10.

Nous retrouvons également le cas particulier d'une participante victime de mutilations sexuelles dans l'enfance. Son excision aurait été faite partiellement à l'origine d'un double complexe : la mutilation et le caractère anormal de celle-ci « *L'excision que j'ai subie, c'est une excision pas normale... J'ai vu des excisions mais pas comme la mienne quoi. Ça se trouve peut-être qu'ils m'ont ratés... parce qu'il y a une lèvre qui est coupée et de l'autre côté, il y a une lèvre qui n'est pas coupée [...] Il y a une partie qui est enlevée et une partie qui n'est pas enlevée.* » E2.

- Autres complexes

La pilosité peut être source d'embarras, « *même si on peut y remédier, même si on s'épile à gogo* » E10. La taille du clitoris est également évoquée comme problématique.

« Je veux pas me taper des complexes en plus là-dessus (sur son sexe). Parce que je veux pas. J'ai pas le temps pour ça. [...] D'être trop poilue, d'avoir des lèvres asymétriques, d'avoir un trop petit ou un trop grand clitoris. » E6.

- Conséquence des complexes

L'asymétrie des lèvres est vécue comme une « *insécurité* » E7 par une participante : « *C'est un peu comme une insécurité d'être comme ça. Plutôt que d'avoir un sexe fermé, bien protégé, comme une fleur* » E7.

Une autre parle de manque de confiance en elle « *Quand la personne me voit comme ça, elle se dit elle est comme ceci, elle est comme cela, mais à l'intérieur ce n'est pas ça.* » E2.

La présence de complexes influence leur sexualité « *Ça fait longtemps que j'ai plus eu de rapport amoureux mais si je devais en avoir un, je serais complexée au niveau des seins et au niveau du sexe. C'est très compliqué.* » E7. Pour le cas particulier de la personne excisée, l'absence de libido en conséquence des mutilations sexuelles est source de souffrance.

« je n'aime pas le sexe parce qu'ils (les personnes qui l'ont excisée) m'ont enlevé le plaisir en fait. Il ne faut pas toucher à ça. Parce que sinon, la personne elle est comme morte quoi. » E2.

- Acteurs extérieurs entraînant l'acceptation des complexes

Chez plusieurs participantes, la famille rassure.

« J'ai eu beaucoup de difficulté de le dire (asymétrie des lèvres) à mes parents [...] Donc ils m'ont dit « mais non, ne t'inquiète pas, maman elle est pareil, tout ça. Donc elle aurait pu me le dire avant ! » E10.

« Ben parce que ça sort, quoi, quand tu te regardes, tu te dis pourquoi ça sort, pourquoi ça ne reste pas à l'intérieur entre guillemets, quoi ? Puis voilà ma mère m'a expliqué que c'était complètement normal. » E13.

Le conjoint peut également être bienveillant et rendre « à l'aise » E10. La consultation de livres ou sites internet sur la variabilité de l'anatomie féminine permet aux femmes de se rendre compte qu'elles ne sont pas anormales. *« J'ai eu internet très tard chez moi donc bien sur, ça a fait partir des trucs (asymétrie des lèvres) que j'ai recherché rapidement. Et puis, j'ai vu que je n'étais pas la seule, que c'était pas du tout anormal, que même dans certains pays africains, c'était très vénéré donc chouette. » E10.*

« J'avais vu un livre avec des photos où c'était un photographe qui prenait que des photos de sexes de femmes et j'avais vu que y'avais vraiment des sexes de femme variés. Ça m'avait un peu rassuré... » E7.

Une femme évoque l'investissement du sexe féminin dans la sphère publique et artistique via les avancées féministes avec *« la libération de la parole par rapport à la vulve » E6.*

- Absence de complexe

Pour quelques participantes, le sexe féminin ne peut pas donner lieu à des complexes car il est avant tout un organe fonctionnel *« Pour moi, [...] c'est quelque chose de normal, c'est un corps humain quoi. [...] Après certains peuvent dire « on n'a peut-être pas la même forme de lèvre etc. », mais ça reste un vagin, une partie génitale où on fait pipi ! (Rires). Voilà, rien de spécial ! » E14.*

Une participante ne comprend pas les complexes féminins mais légitime, en opposition, ceux présents chez les hommes « *Après je comprends que les hommes se plaignent d'avoir un sexe plus ou moins gros. Ça oui, je comprends. Mais nous !* » E9.

d. Le sexe féminin mystérieux

Le sexe féminin est décrit comme « *un grand mystère* » E4, un « *trou noir* » E4 appartenant à l'ordre de l'intime, parfois tellement tabou qu'une femme refuse de le dessiner « *Oh non. Je vous dessine pas tout ça, j'aime pas. Je ne veux pas [...] C'est compliqué pour moi. Parce que j'aime pas qu'on rentre dans les trucs intimes, comme ça. Alors je ne vous le fait pas.* » E8.

2. Les représentations des organes génitaux internes

a. Primauté de l'interne sur l'externe pour le terme « organes génitaux »

Pour beaucoup de participantes, le terme « organes génitaux » inclut en premier lieu l'interne. « *Organes génitaux pour moi, je vois ovaires utérus et trompes. [...] Mais c'est vrai que la vulve et le reste c'est aussi les organes génitaux.* » E10.

Lors du dessin, douze participantes sur quatorze ont commencé par les organes génitaux internes, une relance a été nécessaire pour dessiner la vulve.

b. Organes génitaux internes : fonctionnalité et symptômes ressentis

Les organes génitaux internes sont décrits par leurs fonctionnalités et symptômes ressentis.

Le caractère reproductif est mis en avant. Les participantes parlent ainsi « *d'organes reproducteurs* » E6, ou encore de « *capital reproduction* » E10, l'opposant même au plaisir « *Pour moi, ce n'est pas le plaisir, l'ovaire et l'utérus !* » E10. Un langage mécanique est utilisé par certaines : une femme parle de son utérus comme d'« *une machine [...] qui dysfonctionne* » E13 suite à la présence de fibromes et de troubles de la fertilité. Une autre évoque « *le travail de ses ovaires* » E11 en période prémenstruelle.

La participation des organes génitaux internes dans les douleurs ressenties est plusieurs fois évoquée à différents moments du cycle féminin. En période prémenstruelle : « *quand on mal aux ovaires, on dit que c'est qu'on va avoir nos règles* » E11.

Pendant les menstruations, l'utérus et les autres organes génitaux internes sont même personnifiés par une participante. Ceux-ci se vengeraient de l'absence de fécondation en provoquant des dysménorrhées « *J'ai bien bien mal pendant les règles {...} j'essaie de ne pas le vivre comme genre la semaine horrible [...] Mon utérus n'est pas content, je sais ! On n'a pas procréé mais c'est pas grave.* » E6. Il existe une ambivalence entre la petite taille des organes génitaux internes et l'intensité des douleurs et autres conséquences ressenties. « *Quand je me dis que vraiment que tous mes organes reproducteurs rentrent dans ma main et font cette taille là (mime une longueur de dix cm avec ses doigts) et sont aussi chiants...* » E6.

Dans la période du post-partum, des douleurs de type tranchées sont mis en lien avec l'utérus qui « *reprend sa place, parce qu'il a été poussé pendant la grossesse* » E10.

c. Particularités anatomiques des organes génitaux internes

Le dessin permet aux femmes de se livrer plus facilement sur leurs représentations. Nous remarquons cependant de nombreuses particularités sur le plan anatomique et fonctionnel.

- Le vagin

Cet organe est source de confusion pour six participantes sur quatorze. Pour deux femmes, le terme « vagin » englobe à la fois l'interne et l'externe « *Le vagin, c'est l'organe génitaux* » E12, « *Il faut que je vous dessine mon vagin ? Extérieur et intérieur ?* » E14.

Le vagin est confondu avec l'utérus chez trois personnes. Pour la première, les menstruations correspondent à un renouvellement de « *l'intérieur du vagin* » E4. La seconde parle de « *trucs vaginaux* » E5 qui prennent en compte « *les ovules et l'utérus* » E5. La dernière réalise pendant le dessin qu'elle « *confond l'utérus et le vagin* » E7 et trace en réalité sur la localisation du vagin un mélange des deux avec un utérus en forme de vagin mais avec un col utérin.

Le vagin peut également être source d'erreur de localisation anatomique. Ainsi, il peut être placé à tort « *entre la vessie et l'utérus* » E8 ou « *derrière le clitoris* » E9.

- Les trompes de Fallope

Le taille des trompes est disproportionnée sur plusieurs dessins (dessin 1, 9, 10 et 11). Dix femmes les dessinent épaisses et larges, avec un contour (Dessins 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13 et 14) et trois les reproduisent avec un simple trait fin. (Dessins 1, 2 et 8). Une femme les oublie (Dessin 7). Les trompes font également l'objet de questionnements sur la localisation et l'ouverture « *je ne sais pas si elles sont ouvertes ou [...] fermées [...] si elles sont en haut ou en bas...* » E9. Une autre s'interroge sur le fonctionnement « *Je ne peux tomber enceinte puisque je n'ai plus de trompe, c'est ça, non ?* » E11.

- Inadéquation complète entre le dessin et la réalité

Il existe une confusion importante pour deux interviewées (Entretien 9 et 11). Les deux dessins montrent une distorsion de taille entre les différentes structures, une erreur de localisation des ovaires et des organes génitaux internes beaucoup plus gros que la réalité, effaçant presque l'externe.

Nous notons également une femme qui oublie de dessiner l'utérus, rajouté après relance sur un dessin initial riche en légendes et en couleurs (Dessin 4).

3. Cas particulier des seins

Neuf femmes sur quatorze parlent des seins au cours des entretiens. Certaines se posent les questions de leur intégration dans la définition des organes génitaux féminins « *Ah oui, vous mettez les seins dans les organes génitaux ?* » E4.

D'autres les incluent spontanément :

« *Je suis assez complexée par mes organes génitaux, autant avec mon sexe qu'avec mes seins.* » E12 : « *J'aime mes tétés, j'aime ma fufoune, j'aime mon cul même s'il est gros. (Rires). Je n'ai pas de complexes, tout va bien.* » E7.

Leurs complexes sont parfois à l'origine de réduction ou reconstruction mammaire.

« Au niveau de la poitrine [...] je suis allée à l'hôpital les faire réduire » E7.

« Après il y a des choses que je n'accepte pas parce que je me suis fait refaire les seins, parce que j'avais une... une tétée qui était plus gros que l'autre. » E11.

4. Évolution des représentations des organes génitaux externes et internes à travers le temps

Selon les femmes, le vécu des représentations des organes génitaux externes et internes évoluent au cours d'une vie. Certaines tendances ou facteurs pouvant influencer ce vécu sont observables.

- L'adolescence et le début de la sexualité

A l'adolescence, plusieurs femmes ressentent *« une détestation » E10* de leur corps avec *« beaucoup de honte à montrer ses organes génitaux » E10*. Cette période donne lieu à des questionnements *« Ça a été un problème quand j'étais ado je me demandais pourquoi mes lèvres sortaient plus. » E13*. Une femme souffrant d'une protubérance sur une grande lèvre regrette d'en avoir fait part à ses parents et se questionne sur la place du père dans cette situation *« J'ai eu beaucoup de difficulté de le dire à mes parents qui ont une réaction qui n'a pas été géniale parce que mon père m'a dit « montre-moi, montre-moi " Il n'avait pas réalisé que j'avais 15 ans. Et ça m'a gonflé qu'on veuille regarder quoi. » E10.*

Des moyens de dissimulations sont adoptés.

« Et comme j'étais très mal à l'aise avec mon corps, je portais des trucs très amples. » E7.

« Après je vous dis, moi j'ai eu un corps de femme très tôt, à 12 ans, j'étais déjà vraiment formée, ce qui au départ m'a un peu gêné, j'étais honteuse, je cachais ma poitrine ex cetera... » E3.

Vient le début de la sexualité avec la découverte d'un corps *« utilitaire »* que certaines assument plus facilement *« Après, quand on grandit, on découvre ben... que c'est votre corps, qu'il faut le montrer, on l'use, on l'utilise. » E3*. Une femme met en avant l'ambivalence entre une sexualité active débutée jeune et son manque de connaissance sur les menstrues.

« J'ai eu des relations intimes un peu tôt. Par contre, j'étais complètement à côté de la plaque sur certaines choses quoi (rires). Donc autant y'a des nanas qui sont hyper coincées, pudiques et moi c'est l'inverse (rires) et donc je me dis d'accord, pendant toutes ces années, j'ai rien capté sur les règles ! ». E4.

- La maternité

Les femmes qui ont accouché ressentent une évolution de leur vécu grâce à la maternité. « J'ai vraiment pris conscience de mon corps de femme quand j'ai eu mon fils. » E3. La grossesse, l'accouchement et l'allaitement ont permis de créer un sentiment de fierté chez plusieurs d'entre elles. « Mon corps après, je l'ai encore plus estimé parce que vraiment, chapeau quoi, neuf mois de grossesse gémellaire, un accouchement nickel, j'ai pu allaiter 8 mois et demi donc voilà, le rêve quoi. » E10.

A l'inverse, les troubles de la fertilité pour une femme sont vécus comme une perte de confiance en son anatomie féminine. « Mes soucis de santé sur le plan gynécologique (myomectomie) n'ont pas aidé à me sentir, à créer du lien avec mon anatomie. [...] Il y a un peu... pas de la distance parce que c'est à moi, c'est mon vagin. Mais voilà la maladie a fait que, je n'ai pas eu, je n'ai pas créé de lien particulier. [...] mais je pense qu'une fois je serai tombée enceinte, que j'aurai accouché les choses redeviendront normales. [...] Peut-être, d'une certaine façon, j'ai perdu confiance en mon corps, oui » E13.

- Le/la conjoint(e)

Le regard du ou de la conjoint(e) a permis chez plusieurs femmes d'être « à l'aise » E10 avec leur corps. Le fait d'être avec la même personne depuis la fin de l'adolescence renforce cette confiance pour une femme « Ce qui m'a rendu à l'aise, c'est que je suis en couple avec la même personne depuis que j'ai 18 ans, 17 ans et demi donc et qui est mon mari. » E10. Une autre considère que le/la partenaire n'a pas à se plaindre de la forme de son sexe et refuse d'avoir un complexe dessus. « Et le premier qui se plaint, ou la première qui se plaint euh...ça va très mal se passer. [...] Je sais que ma meilleure amie est hyper complexée par sa vulve [...] Et dès qu'elle a un nouveau partenaire sexuel, elle se sent difforme. C'est un poids horrible qu'elle a et moi...Euh j'estime que tout est à peu près normal [...] mais je ne veux pas des trucs négatifs rattachés à ça. » E6.

L'épilation est également influencée par l'attitude du conjoint. Une femme s'épile intégralement car son « *copain ne supporte pas de poils* » E9. Une autre explique au contraire moins s'épiler depuis plusieurs années et que cela n'a pas d'importance pour son partenaire « *je sais que mon mari, ça ne le dérange pas du tout donc on va dire que j'ai une épilation classique alors qu'avant j'avais, disons, une épilation magistrale par rapport à maintenant* » E10.

- La ménopause

La ménopause est définie comme un « *appareil génital qui ne fonctionne plus* » E10 entraînant plusieurs modifications physiques et psychiques tels que la « *sécheresse vaginale* » E10, la « *diminution de la libido* » E10, un « *vieillissement des tissus* » E10 avec des lèvres qui « *commencent à pendre* » E9. Ce relâchement cutané peut rendre le sexe inesthétique « *plus on vieillit et plus ça pend, et là, ça devient vilain.* » E9. La perte de ce « *sexe vivant [...] lubrifié* » E7 manque à une femme ménopausée qui décrit son sexe comme « *une moule sèche* » E7.

Cette période est appréhendée par certaines comme « *la fin d'une jeunesse* » E10. « *Quand on est ménopausée, on n'a pas tout à fait le même corps que quand on ne l'est pas. Moi je ne suis pas encore ménopausée, je touche du bois ! Mais c'est aussi un capital jeunesse.* » E10. Chez une autre femme sans enfant, elle marque la fin d'une possibilité d'être mère « *La ménopause, je veux dire je pensais jusqu'au bout rencontrer quelqu'un, avoir des enfants et j'ai dû faire un deuil pour ça* » E7.

A l'inverse, la présence de dysménorrhées chez une femme est vécue comme une contrainte qui motive l'arrivée de la ménopause malgré d'autres complications éventuelles « *J'espère que ça va bientôt finir ! (Rires) Que je ne les aurais plus. Mais, il paraît qu'à la ménopause, il y a d'autres soucis, donc voilà, on verra bien [...] Maman a été pré-ménopausée tôt, à 42 ans, et j'en ai 46 et j'espère (Rires) que ça ne va pas trop tarder !* » E3.

- Influence de la société

La société exerce également une influence sur les représentations. Une femme parle de son sexe épilé « *à la mode, car rasé* » E11. L'image des films pornographique avec un sexe glabre est également rapportée par une participante, une autre parle de la laideur des sexes féminins

chez les femmes âgées, vus à la télévision « *Euh après, il m'est arrivé de voir des images où à la télé, de voir des sexes féminins qui n'étaient pas beaux parce que trop vieux* ». E9.

5. La représentation des fluides vaginaux

a. Le rôle des menstruations

- Représentations positives

Les menstrues étaient « *appréciées tous les mois* » E2 chez plusieurs femmes. « *Les règles moi, j'aimais bien. J'aimais bien avoir mes règles.* » E7. D'autres utilisent un discours plus neutre, les menstruations sont présentées comme « *non dérangeantes* » E11, sans « *problème de ce côté-là* » E5 sans « *grosse surprise* » E5. « *J'ai aucun rapport ni sain ni malsain avec mes règles* » E12.

- Entité physiologique

Pour plusieurs, elles sont vécues comme une entité « *normale* » E8, « *naturelle* » E2. Une femme parle également de besoin primaire : « *Les règles pour moi, je veux dire c'est comme manger et boire de l'eau* » E2. Le sang menstruel est aussi décrit par plusieurs femmes comme faisant partie d'un cycle. Pour certaines, c'est la « *fin d'un cycle* » E3, pour d'autres elles appartiennent au « *cycle de la femme* » E14 ou « *cycle de la vie* » E3.

- Lien avec la procréation

Les menstruations signent le passage à l'état de femme, comme un symbole de fertilité, la possibilité « *d'enfanter* » E9. « *On devient femme, quand on a les règles* » E9. Ce moment même vécu comme fondateur, impose en revanche de se protéger contre d'éventuelle grossesse « *ben dans la vie, ben par exemple, quand on a les règles et il faut faire attention pour avoir des enfants.* » E8.

La présence de sang menstruel représente aussi l'absence de grossesse, très appréciée selon les situations. « *Déjà, ça voulait dire que j'étais pas enceinte, parce que des fois, après avoir fait 5 avortements...* » E7. Une femme, aux antécédents de grossesse rapprochées, préférerait même « *avoir mes règles que [...] avoir des enfants* » E8.

- Rôle positif sur la santé

Le sang menstruel est un indicateur de bonne santé, de bon fonctionnement du corps humain « *Si tu as tes règles, c'est que ton corps, il fonctionne bien !* » E8. A l'inverse, l'aménorrhée serait en lien avec un potentiel problème de santé pour certaines. "*Si une personne n'a pas ses règles, c'est pas possible, ça veut dire que quelque chose ne va pas* » E2.

Pour plusieurs participantes, les menstruations correspondent à une opération de nettoyage « *j'ai l'impression que ça me nettoyait et c'était vivant quoi* » E7. Le sang aurait pour rôle de purifier le corps et il existerait une ambivalence entre le sang évacué « *dégoûtant* » E14 qui contient « *tout ce qui est mauvais* » E11 et la purification du corps pour « *être toute propre du dedans* » E6. Pour d'autres, ce sang menstruel évacué serait vécu comme « *propre, quoi qu'il arrive* » E1 ou « *non vu comme quelque chose de sale* » E3.

- Représentations négatives

- Une contrainte

Pour beaucoup, les menstruations sont perçues comme une « *grosse contrainte* » E3, « *pas très agréable* » E4. « *Les règles, ça c'est chiant, ça j'ai jamais trop aimé et elles ont jamais été trop sympas avec moi* » E6. Leur disparition après hystérectomie chez une participante est même très appréciée « *j'ai plus mes règles, quel bonheur ! En résumé, ça me faisait chier !* » E10.

Parfois, le registre utilisé pour décrire les menstrues est très péjoratif : « *la semaine horrible* » E6, une « *punition horrible* » E6, une « *souffrance inutile* » E9. Elles sont ainsi « *détestées* » E3 ou représentent « *l'enfer* » E6. Une femme essaie de ne plus les « *haïr [...] car j'en ai encore pour toute ma vie* » E6.

Pour certaines, cette contrainte est associée à la nécessité de se laver pour se sentir propre et l'utilisation de produits d'hygiène menstruelle pour certaines « *alors j'avoue que ça c'est chiant ! Surtout que ces derniers temps, j'avais un peu les règles abondantes, donc c'est chiant. Donc même si j'aime pas les tampons, j'étais obligé d'en mettre. En plus, je suis quelqu'un qui est assez chiant sur l'hygiène donc dès que ça coule, ça m'énerve !* » E14.

La nécessité de toilette intime peut mettre mal à l'aise les femmes sur leur lieu de travail « j'aurai rêvé à l'époque être en télétravail par exemple. Parce que j'adore, c'est si ça arrivait le week-end, je me disais, ah super, je suis à la maison. Parce que me lavais, je pouvais aller aux toilettes comme je veux, je me sentais propre. » E10.

Pour d'autres, la durée et la répétition mensuelle est une contrainte « ça reste chiant une fois par mois, avoir une semaine de règle euh dans le mois » E5.

Une autre vie les règles comme une « entrave à la liberté » E10 l'empêchant d'« aller et venir, de s'habiller en blanc, de ne pas partir sans penser à prendre des protections » E10 ou d'« avoir peur de tâcher la chaise » E10. L'utilité des menstrues est même remise en cause : « Ça sert à rien ! On pourrait très bien avoir des enfants sans perdre de sang. » E9.

- Différence anormale entre homme et femme

Certaines considèrent les menstruations comme une injustice entre l'homme et la femme, « un reproche sur notre genre » E9. « Parce que par rapport aux hommes, je veux dire ils n'ont pas ... Ils peuvent avoir d'autres problèmes hein. Mais moi je trouve qu'en tant que femme c'est le seul problème » E14. Une autre met en lien l'ovulation et les menstruations et rend compte que la production de gamète chez l'homme se fait sans contrainte « les hommes n'ont pas besoin d'avoir leurs règles pour produire des spermatozoïdes » E9.

- Un tabou

Les menstruations sont associées au tabou, retrouvé chez la fille d'une participante. « Ma fille a eu une réaction très étrange, elle se braquait, elle ne voulait pas en parler de ses règles. On ne pouvait même pas lui dire « est ce que tu as besoin de protection » c'était elle qui me disait « maman, j'ai besoin d'euhh, enfin tu vois quoi » et moi j'étais au fait de son cycle, fin je suivais un peu quand même » E10.

- Représentations des troubles associées aux menstruations

- Les dysménorrhées

Chez beaucoup de femmes, les dysménorrhées sont présentes, avec une intensité variable. La douleur peut être intermittente « ça peut faire mal à certains moments » E1.

D'autres décrivent des douleurs plus intenses et peuvent avoir « *bien mal* » E6 ou « *souffrir beaucoup* » E9 voire pour certaines des « *douleurs à hurler* » E9.

Quelques-unes décrivent le type de douleur comme de « *grosses crampes* » E6 ou une « *serpillières dans mes viscères qu'on est en train d'essorer* » E4. Une femme donne le trajet de sa douleur « *j'avais une douleur qui me prenait sur le côté droit jusqu'à la jambe, c'était horrible* » E9.

Parfois, cette douleur est non maîtrisée malgré différents moyens antalgiques « *j'ai essayé des tonnes de médicaments, tout ce que vous voulez, en mettant les jambes en l'air, en faisant ça...Bon ben c'était comme le premier jour* » E3.

La présence de dysménorrhées peut être également représentée chez certaines comme quelque chose de naturelle voire non dérangeante : « *Oui ça peut faire mal à certains moments {...} mais sinon c'est naturel pour moi donc ça ne me dérange pas* » E2 « *Fin pour moi, c'est pas un truc gênant quoiqu'il arrive* » E1. A l'inverse, une femme reconnaît le caractère anormal des dysménorrhées et critique les préjugés familiaux et sociétaux inculqués depuis son enfance sur les douleurs et la fatalité à sa condition féminine : « *En plus, je sais que ce n'est pas normal mais on m'a tellement appris que « tu es une femme les règles ça fait mal ok ! c'est comme ça !* » E6.

Enfin, d'autres ont des « *règles non douloureuses* » E8 et considèrent cela comme « *une chance inouïe* » E10 ou une absence de contrainte. « *D'avoir mes règles par exemple, ça n'a jamais été une contrainte parce que je n'ai jamais eu mal au ventre.* » E12. Une femme décrit une disparition des douleurs après ses grossesses « *Depuis que j'ai eu les enfants, mes règles ne sont plus douloureuses* » E2.

- L'abondance des flux

Les menstruations peuvent être à l'origine de saignements importants. Les femmes emploient des expressions diverses pour les décrire : « *je saignais abondamment* » E13, « *des fois, c'est les chutes du Niagara.* » E12, « *je perdais des litres et des litres de sang* » E3. Leur abondance peut parfois être invalidante et avoir un impact sur leur vie personnelle, professionnelle ou scolaire :

« Après, c'est vrai que c'était embêtant parce que moi, je suis quelqu'un d'hyperactif, de très sportif. Bon ben si ce jour-là, j'avais décidé d'aller à la piscine, ce n'est pas la peine, je pouvais tout annuler même avec un tampon [...] donc ça me fatiguait énormément [...] limite je ne pouvais pas aller au collègue » E3.

« En général je reste chez moi ça m'arrive de me mettre dans ma baignoire et de me laisser saigner » E6.

- Trouble de l'humeur

Les menstruations sont associées à diverses émotions. Certaines participantes se disent « fatiguée » E14, « à la fois speed et fatiguée » E3 ou « un peu plus énervée » E14.

D'autres parlent de « sauts d'humeurs » E8 voire « d'humeur un peu nulle » E6 ou même de « coup de blues » E7. Deux participantes évoquent l'oubli de ces troubles associés malgré la répétition mensuelle « C'est vraiment bizarre parce qu'on oublie tous les mois, chaque fois on se dit « oh mais c'est parce que j'avais mes règles, c'est parce que je vais avoir mes règles, bien sûr ! » » E6 « Et à chaque fois, c'est ça... J'oublie » E4.

La sensibilité, physique ou psychique, peut être augmentée « pendant la période des règles, je suis plus sensible » E4 « beaucoup plus sensible physiquement » E7 avec « les sens décuplés [...] l'odorat euh hyper affuté » E4.

b. Les leucorrhées physiologiques

• Les mots employés pour décrire les leucorrhées physiologiques :

- Vagues : « des espèces de pertes » E3, « pas grand-chose, pas un élément particulier » E5, « ça » E5, « quelque chose » E9 ou « ce genre de chose » E13
- En terme médicaux : « leucorrhées » E10 ou « sécrétions » E12
- Selon la couleur : « pertes blanches » E3, « des fois blanches [...] des fois jaunes » E9, « assez incolores » E10, « un peu plus colorées quand on est jeune » E12,
- Selon la consistance : « épaisses » E4, « C'est gluant, c'est visqueux » E10
- Selon la quantité : « Dose incroyable à des périodes différentes » E9
- Imagés : « Comme une rivière quoi, ça ...pfou... ça stagne pas » E4, « quand j'ovule elles sont un peu plus « blanc d'œuf » » E6

- Représentations positives

Comme pour les menstrues, les leucorrhées feraient « *partie d'une opération de nettoyage du système génital* » E10. Pour plusieurs participantes, il est question de « *vagin qui s'auto-nettoie* » E6.

Les leucorrhées physiologiques sont également en lien avec un bon fonctionnement du corps. Leur présence est un marqueur de bonne santé « *Parce qu'avant, j'avais toujours des pertes dans la culotte [...] Quand on se sent bien, on est bien détendue, on en a plein. Et quand ça revient, je me dis « Ah mais c'est bien, c'est bon signe »* » E4.

Les leucorrhées font partie intégrante de la femme. Elles sont décrites comme « *naturelles* » E11, « *normales* » E4 et présentes chez toutes « *Après, [...] Je pense qu'on en a toutes.* » E14, « *Je trouve que ça fait partie du corps de la femme en fait... Les pertes, pour moi c'est normal en fait* » E3.

La présence de leucorrhées peut remonter à l'enfance : « *J'en ai toujours eu, à ce que je me souviens.* » E3, « *Ben pendant des années, même enfant ou quoi* » E4. Avec la ménopause, les leucorrhées se modifient ou disparaissent. Une interviewée parle avec regret de la disparition de ses pertes depuis sa ménopause et déplore un sexe moins lubrifié « *Ca me manque [...] Parce que quelque part, c'était vivant. J'avais mon sexe qui était vivant donc j'avais les pertes et il était lubrifié aussi* » E7.

- Représentations négatives

Pour beaucoup, ces leucorrhées sont vues comme une contrainte « *dans la vie de tous les jours, c'est pas super agréable* » E5, « *quelque chose qu'on devrait pas avoir.* » E9.

Même si les femmes les voient de manière positives, elles utilisent la négation pour les décrire : « *pas grave* » E3, « *pas un gros problème* » E5 , « *pas dérangeantes* » E11, « *pas mort d'homme* » E13, « *pas quelque chose qui bloque* » E14.

Il existe un rapport particulier entre les leucorrhées physiologiques et la notion d'« *impuretés* » E12, de saleté. Ainsi, les pertes saliraient les sous-vêtements de certaines

participantes. Les culottes sont « tachées de blanc ou de jaune » E9 et « ça (les pertes) décolore [...], pourrit un peu mes culottes, comme tout le monde je crois » E6. Les interviewées mettent en places des mesures complémentaires d'hygiène pour contrer ce phénomène. Le port de protège slip « évite que ça tache » E1. Une femme « utilise pas mal les protèges-slips qui sont parfumés » E3.

D'autres pratiquent des toilettes intimes régulières. « Mais après, c'est sûr que c'est quelque chose qui peut être désagréable parce qu'il faut quand même qu'on se nettoie » E14. Même si elles sont en « bonne entente » E6 avec les pertes, leur présence peut nécessiter une douche. « Au pire, si un jour ça m'incommode et bien, je vais prendre une douche... » E12, « Mais bon, ce n'est pas quelque chose qui me bloque. Non, on se nettoie. » E14.

Les leucorrhées sont aussi associées à la honte. Une femme rapporte le port quotidien de protège-slip par ses amies car avoir des pertes « à l'adolescence, c'était la grosse honte et que mes copines, elles mettaient des protèges-slips et tout genre tout au long du mois » E6.

Une autre dit avoir honte d'éventuelles pertes malodorantes en cours. "Parce que quand ça sentait, je me disais [...] si moi je sens, les autres aussi ! En classe, par exemple, je me disais les filles doivent le sentir. » E9.

- Comparaison leucorrhées et menstruations

Plusieurs femmes comparent les leucorrhées physiologiques avec leurs menstruations. Les pertes peuvent être vécues comme « plus désagréables » E1 que les règles comme « quelque chose qu'on devrait pas avoir. Déjà, on perd le sang. Donc je pense que c'est déjà suffisant de perdre le sang de cette manière » E9. D'autres les trouvent « moins dégoûtant que les règles » E14. Pour une femme, les leucorrhées ne représentent « pas un élément particulier » E5 en comparaison des règles.

6. La représentation des rôles des organes génitaux

a. Les organes génitaux et la procréation

Toutes les femmes rattachent « *les appareils reproducteurs* » E10 à l'idée de procréation. Pour six sur quatorze, cette fonction est « *la première chose* » E12 auxquelles elles pensent et la plus importante « *la fonction première* » E12. Sur le plan éducatif, ce rôle est aussi « *le premier truc qu'on apprend, [...] comment on fait les bébés* » E12.

Des termes généraux englobant procréation, grossesse et accouchement sont souvent utilisés : « *faire des bébés* » E6, E12, « *avoir des enfants* » E7, E8 et E9 et encore « *donner naissance* » E5. Le caractère reproductif est aussi mis en lien avec notre humanité : « *Je crois que c'est ça qui fait l'humain* » E12.

b. L'organe du plaisir et rôle dans la sexualité

Les organes génitaux féminin sont décrits par beaucoup comme « *un merveilleux appareil qui nous permet de profiter des choses de la vie qui sont très agréables* » E3. Leur présence « *aide énormément* » E1, pour « *prendre* » E7 et « *donner du plaisir* » E5.

« *On en a besoin aussi dans les relations sexuelles, ça nous permet d'avoir du bien-être, de se sentir bien, de ressentir des sensations* » E13. Cette fonction, primordiale pour plusieurs femmes, peut passer au second plan « *après un certain âge* » E10.

La masturbation est abordée spontanément comme un acte naturel qui permet de donner du plaisir « *à soi-même* » E5 en toute liberté : « *elle (ma vulve) me file des orgasmes quand j'ai envie* » E6. A l'inverse, une femme vit cela comme quelque chose de « *pas naturel* » E7, un « *peu dégoûtant* » E7 qui la renvoie à « *la tristesse de la solitude* » E7, même si elle comprend les femmes qui « *n'ont pas de sexualité avec les hommes et arrivent à avoir leur propre sexualité et se donner du plaisir !* » E7.

Nous retrouvons le cas particulier de la participante victime de mutilation sexuelle qui ressent la suppression du plaisir comme le retrait de son caractère féminin : « *Si on te coupe en fait le plaisir, ce qui a, tu te comportes comme un homme {...}, j'ai un corps de femme, mais à l'intérieur je suis un homme* »

Intimement lié au plaisir, la notion de sexualité revient souvent. L'activité sexuelle est décrite comme « *très importante* » E3 à la fois dans « *la vie de femme* » E3, mais aussi au sein du couple : « *La sexualité pour moi, ben c'est presque 50% du couple en fait* » E8. Elle semble même vitale : « *Sinon, je ne vois pas comment on pourrait vivre ! [...] si y'a pas de rôle sexuel, y'a pas d'entente dans la maison.* » E8.

L'activité sexuelle semble parfois en compétition avec la maternité. Pour certaines, nullipares « *l'utilité principale, c'est de faire du sexe hein ! Euh c'est tant que j'ai pas prévu de faire des bébés, c'est purement récréatif !* » E6. Une autre participante rapporte l'absence de sexualité lorsqu'elle s'occupait de son enfant : « *Parce que j'étais seule avec mon petit et que la priorité c'était lui et pas moi... Et après quand il a été un peu plus grand et un peu plus autonome, je me suis ré-autorisée à vivre une vie de femme. Donc je l'ai toujours préservé hein...C'était quand il n'était pas là* » E3.

c. Les organes génitaux et leurs impacts sur la santé

Les organes génitaux féminins participent à « *l'hygiène de vie* » E4 du corps humain en permettant le « *renouvellement intérieur, la propreté de l'intérieur* » E1 via les fluides vaginaux tels que les leucorrhées et les menstrues. Le vagin est ainsi mis en avant par deux participantes comme un organe « *autonettoyant* » E1, E6.

Ils sont également décrits comme des indicateurs de santé, « *des signaux d'alarme* » E6 en cas de problèmes physiques. Nécessaires pour « *être en bonne santé* » E13, pour « *vivre correctement* » E13, ils sont parfois personnifiés et décrits comme « *de vrais organes vivants* », qui « *respirent* » et « *réagissent [...] comme quand on transpire* » E4.

Une femme parle de l'importance de la santé sexuelle : « *Si on a une vie sexuelle, ça régule euh... La vie quoi, l'équilibre personnel, les hormones, la nervosité...* » E4.

d. Rôle dans l'élimination des matières et liquides

Six femmes sur quatorze rattachent les organes génitaux à un rôle d'élimination des liquides et des selles : « *faire ses besoins* » E5, à « *évacuer un liquide* » E12.

Pour une femme, ce rôle vient en deuxième après le rôle reproducteur et avant le plaisir : « *Après une fonction première de reproduction et puis de besoin d'évacuer un liquide après et si prendre du plaisir* » E12.

Pour trois femmes, le clitoris est l'organe permettant l'élimination des urines « *Après on a la vessie et le clitoris qui nous sert à faire pipi* » E9, « *Le clito ben c'est pour uriner* » E12.

Une participante émet un doute sur la réalité de ce rôle tout en constatant l'ignorance de certaines personnes : « *Quand on fait pipi, c'est par le clitoris qu'on élimine, fin je pense que c'est par-là. Mais y'en a qui ne savent pas que ça sort de là...* » E14.

E. Transmission des représentations et des connaissances dans l'entourage

1. A travers le nom des organes génitaux

a. Le nom anatomique

Pour nommer leur sexe, plusieurs femmes utilisent « *le nom scientifique* » E13 ou « *anatomique* » E10 que certaines décrivent comme plus « *précis* » E5.

« *Comment je nomme mon sexe ? Basique, le vagin, les petites lèvres, les grandes lèvres ils n'ont pas de surnom {...} il n'y a pas de petit nom* » E13.

b. Les surnoms et diminutifs

Certaines femmes emploient des surnoms de type animalier « *chatte* » E6, « *minou* » E6 ou encore « *moule* » E7. D'autres choisissent le registre fleuri « *marguerite* » E14 ou « *fleur* » E7.

Beaucoup utilisent des diminutifs qu'elles qualifient de « *mignons* » E7, associés à l'adjectif « *petit* » et/ou au suffixe « *ette* » / « *oune* ».

« *C'est mignon, une petite foufoune !* » E7.

« *Je trouve que c'est mieux de dire mounette... Pour moi.* » E11.

c. Absence de nom précis

Chez certaines femmes, le sexe féminin n'est pas nommé de manière précise. Une personne nous dit ne « *jamais donner de nom* » E8. Le terme « *en bas* » est utilisé chez trois participantes E8, E12 et E13. D'autres préfèrent la dénomination « *parties intimes* » E14, ou encore « *pièces intimes* » E8.

d. Variabilité des noms selon les interlocuteurs

- Avec les amies/collègues

En présence de leurs amies, certaines femmes parlent de manière moins soutenue « *Si je déconne avec les copines, je vais dire chatte.* » E9.

Une femme rapporte qu'au travail, elle utiliserait soit des termes très légers dans le cadre de blagues soit des termes techniques dans le cadre médical « *Avec les collègues, on dit des trucs pour délirer quoi, on dit d'autres termes. On dit « zgueg », des trucs comme ça [...] fin, à part si quelque qu'un souffre ou quelque chose comme ça. J'ai un problème aux ovaires, j'ai un problème euh à l'utérus et voilà.* » E12.

- Avec l'entourage familial

En famille, les participantes rapportent l'utilisation de surnoms, notamment avec les parents. « *Si je suis un peu, genre avec les parents, un truc comme ça, c'est genre foufoune.* » E6.

Avec leur conjoint, les femmes emploient soit des diminutifs soit des termes anatomiques. Une personne ne nomme pas ou donne un nom non précis en cas de problématique médicale « *Avec mon conjoint, on ne le nomme pas. Fin, c'est pas qu'on n'en parle pas, on les nomme pas. A part si j'ai un problème, je lui dis regarde en bas.* » E12.

- Avec un médecin ou autres

D'autres emploient du vocabulaire anatomique lors de la présence d'un médecin « *Si je suis avec un médecin, je vais dire sexe* » E9, « *Si je dois parler à mon gynéco, je dis mon vagin* » E10.

Une femme utilise des termes techniques quand elle veut impressionner. « *Si je veux faire la maligne, je dis vulve* » E6.

e. Variabilité des noms selon les générations

Les noms donnés aux organes génitaux varient selon les générations.

« *Il me disait « ma mounette » en parlant de mon sexe. C'était un mot de notre âge peut être... Et je pense que chaque génération a un mot pour décrire le sexe. Je pense que les plus jeunes utilise d'autres mots* » E9.

« *Moi j'aime bien l'appeler « marguerite » [...]. Ce sont les anciens qui disent ça mais ça me fait rire !* » E14.

f. Variabilité selon les régions

Nos entretiens ont été réalisés dans le département des Bouches du Rhône, où, comme dans toutes régions, il existe des expressions de type argotique « *« Pachole » Vous ne connaissez pas ? [...] Alors je ne sais pas si c'est de l'argot ou si ça existe vraiment. Mais c'est « petite mounette »* ». E9.

g. Variabilités des noms selon le contexte

Nous remarquons que plusieurs femmes utilisent les noms scientifiques lorsqu'elles décrivent des situations de souffrance ou de pathologies médicales.

« *On ne dit pas. Enfin à part si quelqu'un souffre ou quelque chose comme ça : j'ai un problème aux ovaires, j'ai un problème à l'utérus et voilà. Après sinon, on ne le nomme pas...* » E12.

« *Même avec mon mari, je lui dis « tiens, j'ai mal au pubis, j'ai mal à la vulve, ça me brûle* » E10.

2. Héritage familial

a. Héritage reçu

Certaines femmes rapportent une transmission matriarcale. « *Elle (sa mère) m'a expliqué comme ça, elle ne donnait pas un nom particulier elle me donnait le nom que scientifiquement on lui a donné mais pas plus quoi...* » E7. D'autres parlent de transmission familiale « *Dans ma famille, on disait fougoune* » E13.

b. Héritage transmis

Nous retrouvons la notion de transmission matriarcale. Plusieurs femmes utilisent des diminutifs courants avec leurs enfants. Le suffixe « ette » semble dédramatiser ou rendre la thématique plus légère. « *Et pour les filles [...] la mounette euh euh ben la pachoulette.* » E9. Certaines utilisent un langage propre avec eux « *: Alors c'était la choupinette ! Pour l'anatomie féminine, quand je parlais de la mienne ou celle de ma fille, je disais choupinette. D'ailleurs, je dis ça mais elle le dit toujours ! (Rires).* » E10.

Pour certaines femmes, il existe un tabou tellement important qu'elles ne nomment pas les organes de leurs enfants et la question entraîne une gêne. E11 : « *Je sais..., je ne sais pas, je ne peux pas vous répondre, je sais pas. Non... Parce que je n'en parle pas forcément de ça avec mes copines, non je n'en parle même pas avec ma fille... alors vous voyez [...]* »

Une femme découvre pendant l'entretien qu'elle ne sait pas comment elle nomme les organes génitaux de sa fille « *Comment je lui dis ?... Euh.... je sais même pas comment je lui dis.... Je sais même pas si on nomme euh... Peut-être zizi plutôt... kiki ou euh... Je suis même pas sûre. Franchement, je sais même pas si je lui dis... des trucs comme ça. Ouais... Ouais non mais c'est...ça me perturbe* » E5.

c. Cadre de transmission

Les exemples donnés par les participantes pour parler des noms transmis et donnés font souvent appel à des explications reçues lors de l'apprentissage de la toilette intime dans l'enfance.

« Je leur disais : tu prends ta douche en haut mais en bas, tu le laves bien, parce que tu vas avoir des microbes et tout. » E8.

« Elle (sa mère) me disait juste « parties intimes ». Nettoie-toi bien les parties intimes, écarter bien les lèvres et tu nettoies, c'est tout. » E14.

3. A travers le discours

a. Transmission naturelle

Plusieurs femmes interviewées sont mères et parlent spontanément de l'éducation sexuelle transmise à leurs enfants et notamment leurs filles. Il semble naturel de transmettre les connaissances acquises.

Une femme adapte son discours en fonction des connaissances scolaires de sa fille et choisit de n'aborder que la partie sur la sexualité car elle considère que sa fille est plus renseignée qu'elle sur le fonctionnement de l'appareil génital.

« Donc je ne lui ai pas parlé d'appareil génital car elle était en première et quand je voyais ses cours de SVT, je crois qu'elle en savait plus que moi. « En revanche, ce n'est pas parce que tu fais SVT, il faut quand même que j'aborde le sujet avec toi ». Alors, au début, ça l'a extrêmement gênée. Fin, j'avais peur qu'il y ait beaucoup de croyance sur le sujet. Bon au niveau anatomie, j'avais peur mais elle m'a prouvé par A + B qu'elle connaissait tout. » E 10.

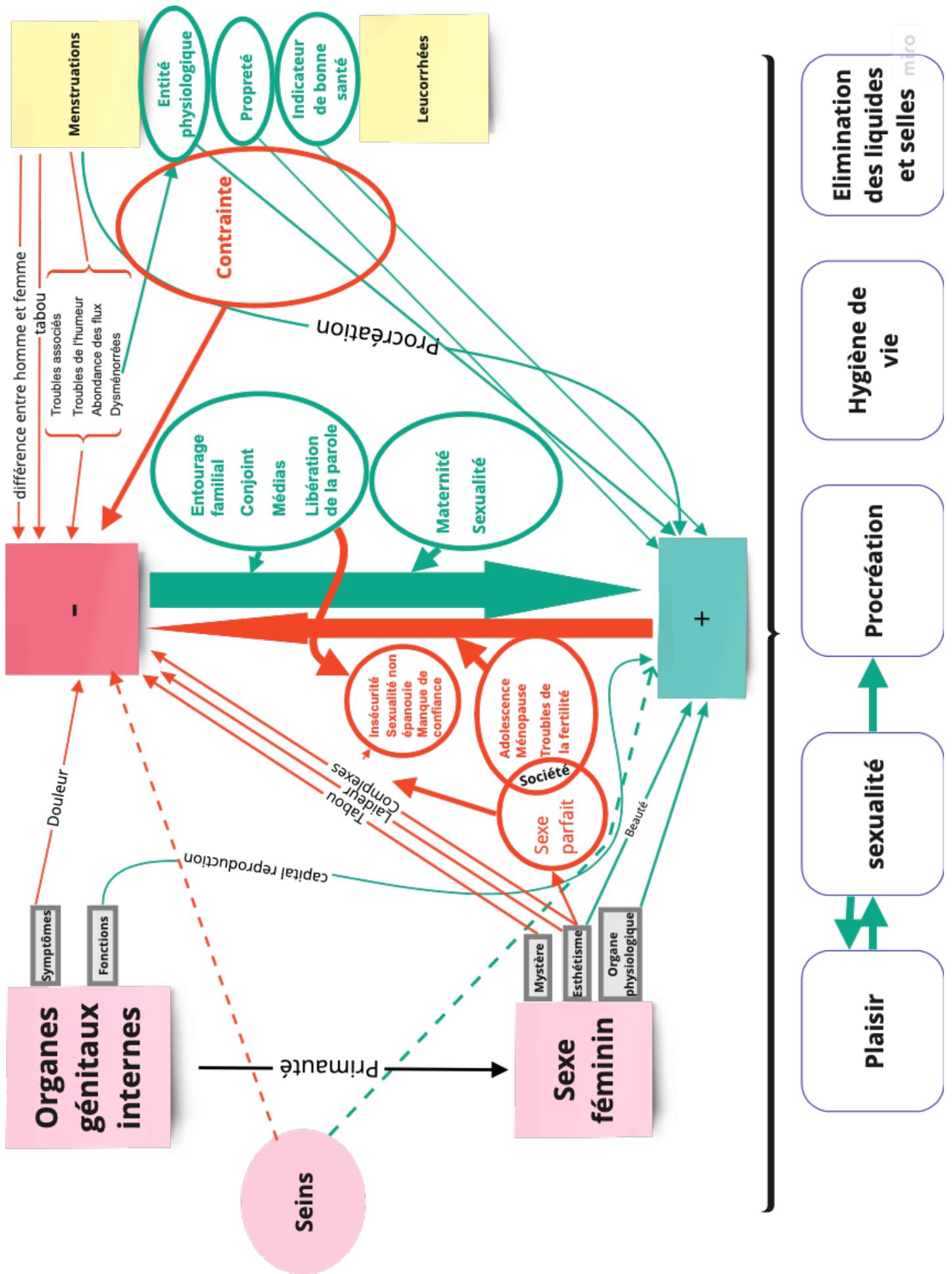
b. Présence de « non-dits »

Une femme n'arrive pas à parler de sexualité avec ses enfants et a laissé l'orthophoniste de sa fille aborder la thématique. Le tabou est tellement profond qu'il passe au-dessus de la raison, malgré la conscience de son rôle de mère dans la transmission :

« Enfin c'est beaucoup l'orthophoniste qui lui en a parlé comme elle a parlé avec elle par rapport à tout ce qui est vie sexuelle, des trucs comme ça et cela moi je ne parle pas de ça avec mes filles. Ça me dérange beaucoup [...] et pourtant ça ne devrait pas puisque que c'est à moi de leur expliquer... » E11.

c. Conséquences de l'éducation reçue sur l'éducation transmise

Plusieurs évoquent le poids de l'héritage. Certaines se demandent s'il existe un lien entre les non-dits reçus et ceux transmis *« Est-ce que parce que moi on ne m'en a pas parlé quand j'étais jeune, que mes parents, que ma maman ne m'en avait pas parlé... heu est ce que c'est peut-être pareil ce que je fais... » E11.* Au contraire, certaines décident de passer outre le schéma familial *« Moi je ferai pas ça si j'ai une fille, je lui expliquerai la sexualité [...] Ce que je vous ai dit sur le clitoris et tout... » E14.*



IV. DISCUSSION

A. Forces et limites

1. Les forces de notre étude

Afin d'assurer une méthodologie rigoureuse, nous avons suivi les critères COREQ adaptés aux études en recherche qualitative et sommes parvenus à remplir 30 critères sur 32.

Nous avons été formés à la méthode qualitative par notre directrice de thèse et par le biais d'ateliers élaborés par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG). La directrice de thèse a également participé à l'élaboration du guide d'entretien et nous a guidé régulièrement par ses relectures et critiques.

L'échantillonnage dans différents lieux nous a permis d'obtenir une variabilité maximale sur le plan de l'âge, des catégories socio-économiques, des antécédents gynéco-obstétricaux ou de l'orientation sexuelle. Notons que le recrutement d'une femme porteuse d'anomalie génétique entraînant une dysgénésie gonadique (syndrome de Turner) et une femme victime de mutilations sexuelle féminine démontre ce large panel.

L'analyse du discours des femmes donne une idée assez précise de leurs représentations. Nous avons adopté une attitude neutre et bienveillante afin d'essayer d'orienter le moins possible leurs discours, par le biais de questions neutres et ouvertes et l'utilisation d'un langage non verbal maîtrisé.

Nous avons codé les données recueillies puis triangulé ce codage, afin d'éliminer au maximum, les biais de recueil et d'interprétation des résultats et renforcer ainsi la validité interne de ce travail. De nombreux concepts ont émergés et sont classés de façon thématique. Cette arborescence a fait l'objet de plusieurs modifications au fil des entretiens.

Par la suite nous avons choisi d'élaborer des modèles complexes destinés à étudier en miroir les différents mécanismes.

Dans la littérature, il existe quelques études qualitatives s'intéressant aux représentations des organes génitaux féminins pendant la grossesse ou le post partum (19)(12) . D'autres études, quantitatives, traitent principalement de la connaissance anatomique des femmes (20)(13)(21). Il s'agit donc d'un travail original étudiant pour la première fois les représentations de l'anatomie féminine à tout âge de la vie avec une méthode qualitative.

Notre travail aborde également un thème d'actualité : le corps féminin dans ses dimensions les plus intimes. Tout au long de leur vie, les femmes traversent des étapes physiologiques qui peuvent bouleverser leur corps (puberté, menstruations, éventuelle grossesse et accouchement, ménopause...) dans une société qui produit sans cesse de nouvelles normes et remet régulièrement en cause la liberté d'appropriation de ce corps comme le montre les débats récents sur l'IVG.

2. Les limites de notre étude

a. Les biais d'interprétation et d'analyse :

Il s'agit de notre premier travail de recherche de type qualitatif et nous n'étions pas habituées à diriger des entretiens semi dirigés. Cela a pu limiter la qualité des données recueillies et leur analyse, malgré notre formation et notre rigueur tout au long du travail.

Les deux critères COREQ non validés sont l'item 23 sur le retour des retranscriptions et l'item 28 concernant la vérification des résultats par les participants. En effet, les thèmes abordés étant parfois sensibles, nous n'avons pas voulu mettre en difficulté les patientes en les confrontant à leurs discours, à posteriori.

b. Le biais de sélection

Ce biais est inhérent à la méthode qualitative. Le recrutement étant basé sur le volontariat, les femmes sélectionnées sont probablement plus sensibilisées sur le sujet. Cependant, nous n'avons noté aucun refus et toutes les femmes se sont rendues au rendez-vous fixé pour l'entretien. Le dessin n'a pas été évoqué avant, afin d'éviter les abandons chez les femmes se

jugeant mauvaises dessinatrices ou que les femmes ne puissent préparer des dessins acceptables. Pour limiter ce biais, nous avons également multiplié les lieux de recrutements.

c. Biais de désirabilité sociale

Enfin il peut exister au sein de notre étude un biais de désirabilité sociale lié au fait que certaines participantes ont été recrutées au cours de consultations ou de stages de l'investigatrice. Il se peut que les femmes aient souhaité, consciemment ou non, modifier leurs discours face à la chercheuse en se montrant sous un meilleur jour. Ce biais est ainsi retrouvé dans le premier entretien et le cinquième entretien (E1 et E5) où elles semblent impressionnées par la chercheuse et ne livrent pas entièrement par peur du jugement. En revanche, le genre de la chercheuse a pu favoriser les confidences.

d. Biais de mémorisation

Même si les entretiens individuels permettent au maximum de s'affranchir des tabous sociaux, la présence même de l'enquêtrice et le lieu de l'entretien ont pu influencer le discours des femmes. L'enregistrement des données par dictaphone représente également un biais de recueil des données dans la mesure où cela peut entraîner des omissions. Par ailleurs, le fait que la chercheuse soit médecin peut orienter les réponses sur un aspect spontanément médical.

B. Discussion autour des résultats

1. Des connaissances lacunaires

a. Tabous sur l'anatomie féminine entravant les représentations

En 2016, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes a publié des données tirées d'une enquête réalisée auprès de 316 élèves de 4^{ème} et 3^{ème} : 84 % des filles ne savent pas comment représenter leur sexe et le clitoris serait inconnu chez une fille sur quatre. En revanche, elles seraient 53 % à savoir représenter le sexe masculin. Les jeunes méconnaissent donc leur corps, en particulier les filles et le plaisir reste tabou (22)(23). Dans d'autres études, 66% des femmes (entre 13 et 46 ans) ne connaîtraient pas le schéma du périnée (24). Un travail Italien récent montrerait que seulement 15 % des femmes interrogées sauraient dessiner correctement l'anatomie vulvaire, tout âge confondu. L'âge n'aurait pas été associé à un meilleur niveau de connaissances (20). Le manque d'information et les tabous seraient en grande partie responsables de cette méconnaissance (25).

Dans notre étude, nous n'avons pas cherché à réaliser un contrôle des connaissances des femmes sur leur anatomie féminine. Les questions de notre guide d'entretien avaient pour objectif d'analyser et de percevoir leurs représentations. Mais au fil des entretiens, nous avons vu émerger des fausses croyances et des tabous. Conformément à la littérature, une grande partie des femmes de notre étude n'a pas su dessiner correctement son anatomie féminine. Une femme âgée de 78 ans a refusé de dessiner sa vulve car cette partie du corps faisait partie de l'intime. Trois femmes pensent uriner par le clitoris. Certaines participantes consultent en urgence devant des leucorrhées physiologiques, par manque d'information. Ce dernier point est retrouvé dans la littérature où l'équipe de Preti montre que la méconnaissance des femmes peut être une source d'inquiétude sur la santé sexuelle et notamment sur les fluides vaginaux (25).

b. La contraception

L'enquête Baromètre santé 2016 montrent une couverture contraceptive élevée en France : 92 % des femmes entre 15 et 49 ans, actives sexuellement et sans désir de grossesse, utiliseraient une contraception. Parmi ces femmes, 72% adopteraient une méthode médicale et 20% des méthodes traditionnelles ou barrières (22)(14). La contraception resterait principalement féminine, laissant peu de place aux couples et aux hommes (14). Une récente étude française publiée en 2022 confirmerait ce phénomène puisqu'environ deux tiers des jeunes hommes interrogés (entre 15 et 25 ans) auraient un niveau de connaissance insuffisants sur les différentes méthodes contraceptives féminines et se sentiraient peu impliqués dans la planification (26).

Dans notre étude, quelle que soit la méthode utilisée, les explications avancées par les femmes reflètent des lacunes sur le fonctionnement de leur contraception, parfois à l'origine de préjugés. Dans la littérature, le niveau de connaissances des femmes sans enfants ou avec un niveau socio professionnel élevé, semblerait meilleur (27).

Plusieurs participantes rapportent un manque d'informations délivrées par les professionnels de santé lors de la prescription initiale, pouvant être à l'origine de leur méconnaissance. La « crise de la pilule » de 2012-2013 aurait permis de remettre en cause les consultations de contraception, en impliquant davantage les patientes dans leur prise en charge contraceptive (14)(28). Dans les recommandations pour la pratique clinique publiées en 2018 par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), il est conseillé d'utiliser des outils complémentaires d'aide à la consultation afin d'améliorer les connaissances des femmes : modules informatisées, diaporamas sonorisées en salle d'attente, ou fiche d'information (28). Une étude sur la place de l'information numérique chez les femmes montre également que le support papier ne semble plus adapté aux attentes des femmes, préférant des applications dédiées ou des sites internet facilement accessibles (29). Il nous semble pertinent que ces supports d'aide montrent en premier lieu des organes génitaux féminins, internes et externes, afin de faciliter la connaissance du corps et donc la compréhension de leur contraception. Il peut paraître également utile de demander aux

patientes si leur compagnon souhaite avoir une information sur cette contraception afin d'améliorer leur rôle dans la planification familiale.

2. Les représentations des organes génitaux et normes sociétales

L'analyse de l'expérience des femmes montre que les représentations des organes génitaux internes et externes sont multiples. Deux groupes se distinguent, celles pour qui le sexe donne lieu à des complexes et celles pour qui il appartient au corps humain au même titre qu'un autre organe et ne peut être source d'embarras.

Dans notre recherche, les complexes les plus fréquents concernent l'hypertrophie des grandes lèvres et l'épilation, à l'image de ce que l'on retrouve dans la société contemporaine.

a. La vulve et la chirurgie esthétique

Nous avons été frappées d'entendre plusieurs patientes dire que leur sexe n'était pas « beau ». Ce jugement négatif peut-être source d'importantes souffrances au cours de leur vie. Alors que la réalité anatomique multiple du sexe féminin est reconnue par tous les spécialistes (30), ce dernier est souvent représenté de manière « simplifié » avec des petites lèvres discrètes voire absentes, notamment dans l'art (4). Il semble cependant que cette « simplification » de la vulve deviennent une norme associée à un « gold standard » : pilosité pubienne minime voire inexistante et de grandes lèvres recouvrant les petites, invisibles, à l'image de la pornographie qui infiltre l'imaginaire collectif de façon de plus en plus importante (30).

En conséquence, nous voyons apparaître des demandes croissantes de nymphoplastie, intervention qui consiste à réséquer partiellement les petites lèvres (30). Il n'existe pas de définition internationale reconnue pour l'hypertrophie des petites lèvres, la problématique est probablement trop subjective (31). Les motivations des patientes à la réalisation de cet acte chirurgical seraient principalement fonctionnelles (gêne lors des rapports, lors des activités sportives, etc.) ou esthétiques. En France en 2016, le nombre de nymphoplastie a augmenté de 57 % par rapport à 2008 (31). Dans le monde, La société internationale de chirurgie plastique décrit ainsi une augmentation de 45 % entre 2015 et 2016 (31) (32).

Dans notre étude, plusieurs femmes se plaignent des grandes lèvres hypertrophiées. Nous pouvons entendre dans leur discours un sexe féminin identifié comme « masculinisé » avec des lèvres qui « pendent entre les jambes » loin de leur idéal féminin.

b. Pratiques et représentation autour de l'épilation

Pour 77 % des femmes, l'entretien des poils pubiens serait important dans le rapport de séduction, l'esthétisme étant la principale motivation (33)(34). Une récente enquête française publiée en 2021 sur 2027 personnes majeures montrerait que l'injonction au "glabre" serait beaucoup plus forte pour les pubis féminins que masculins : un français sur deux n'entreprendrait pas ses poils pubiens alors qu'un quart des femmes pratiqueraient l'épilation intégrale notamment chez les femmes de moins de 25 ans où plus de la moitié d'entre elles seraient concernées. La pandémie mondiale de Covid 19 aurait eu un impact sur les pratiques dépilatoires puisque 18% des femmes affirment moins s'épiler qu'avant le premier confinement. Le nombre de femme ne s'épilant plus le pubis à même doublé entre 2013 et 2021 (15% contre 28%) mais cette tendance au naturel serait privilégiée par les plus de 65 ans (34).

3. Les représentations des organes génitaux féminins et conséquences sur la santé gynécologique, sexuelle et reproductive des femmes

a. Les représentations des organes génitaux et les comportements contraceptifs associés

L'analyse du discours des femmes sur le mode d'action de leur contraception nous montre que les organes génitaux féminins ne sont peu voire pas pris en compte dans la compréhension du fonctionnement, quel que soit le type de contraception. Les femmes décrivent souvent un blocage mécanique qui agirait contre les spermatozoïdes, rarement contre les ovocytes.

En parallèle, le choix contraceptif semble parfois influencé par la peur d'une éventuelle baisse de la fertilité. Une étude française faite sur la population générale aurait retrouvé qu'un quart des Français pensent que la pilule pourrait rendre stérile (22%) et cette proportion serait d'un tiers chez les 15-20 ans (35). Selon le travail de Fernandez sur l'impact des représentations du sang menstruel sur la contraception, le retour rapide à la fertilité est un critère important pour le choix contraceptif et l'aménorrhée provoquée serait parfois vécue comme une menace pour la fécondité (18).

Concernant le DIU au cuivre, certaines considèrent cette contraception comme naturelle, « sans hormones ». Parfois, elles ne connaissent pas le fonctionnement exact, le stérilet permettrait de « boucher quelques choses dans notre organisme » E6. Pour d'autres, la présence du stérilet est vécue comme une « intrusion ». La sensation de corps étranger serait d'ailleurs une des principales causes de refus du stérilet (36). Enfin, la nulliparité et la crainte d'une infection génitale haute ne devraient pas être un frein à la pose de DIU, le risque infectieux serait inférieur à 1% (37) (38).

D'un point de vue professionnel, lors d'une consultation de prescription d'une contraception, il semble primordial de demander aux femmes d'exprimer leurs peurs et inquiétudes sur la contraception afin de mieux les comprendre sans les juger. L'entretien motivationnel peut être un outil très utile.

b. Tabous et leurs impacts sur la prise en charge de pathologies gynécologiques

Les femmes avec une représentation positive de leur anatomie féminine prendraient plus soin d'elle sur le plan de la santé, avec une amélioration du suivi des recommandations de dépistage de cancers gynécologiques (39). D'autres études montrent également une amélioration des dépistages des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (25).

Les cancers gynécologiques de l'endomètre et de la vulve ont un pic d'incidence au-delà de 65 ans, âge de fin du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus où un examen gynécologique est régulièrement pratiqué. Il existerait un véritable retard diagnostique dans cette population

de seniors dont les origines semblent être mixtes : la représentation du vieillissement du sexe et le tabou sociétal sur cet organe vieillissant (40). Pour le cancer vulvaire, certaines études montreraient des délais diagnostics de plus de six mois voire plus de cinq ans (41). Dans le cancer utérin, des travaux retrouveraient des délais de consultation de plus de six mois (42). L'augmentation du délai serait associée à une qualité de vie diminuée (43). Dans notre travail, les participantes nous parlent de leur appréhension face à ce corps vieillissant avec un sexe « qui pend » E9.

Une récente étude italienne sur l'intérêt de l'autopalpation vaginale retrouve que 61 % des femmes s'approcheraient de leurs organes génitaux avec un sentiments de honte et de gêne. Malgré une éducation à l'auto-examen, seulement 23 % des femmes consulteraient un médecin après identification d'éventuelles anomalies. Cela montre que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour diffuser des informations sur la variabilité de l'anatomie génitale féminine. Pourtant, l'autopalpation vaginale peut conduire à un diagnostic plus précoce des cancers de la vulve et d'IST (25). L'auto-exploration née dans aux États Unis dans les années 1970 fait un grand retour dans les milieux féministes militantismes depuis plusieurs années, guidée par le débat sur les violences obstétricales et la volonté de réappropriation de son corps. Un guide d'auto-exploration du sexe féminin est sorti en 2019 afin d'améliorer les connaissances des femmes sur leur anatomie et de leur permettre de mieux prendre en main leur santé sexuelle. Dans la préface, Chantal Birmain, sage-femme et militante active décrit ainsi que « les femmes qui pratiquent régulièrement l'auto-exploration détectent des choses qui précèdent les diagnostics médicaux » (44). En parallèle, l'auto-prélèvement vaginal fait preuve d'efficacité dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ou d'IST (45)(46)(47). Au regard de ces données, il peut être utile d'évoquer l'autopalpation vaginale en consultation afin de créer une complémentarité entre la médecine et les connaissances que les femmes peuvent acquérir de leur corps.

c. Représentations des organes génitaux féminins et conséquence sur la sexualité des femmes

La représentation de l'anatomie génitale est intimement liée à la santé sexuelle des femmes et une sexualité active améliore l'image des organes génitaux de manière positive (48). Une échelle d'évaluation de l'image de l'anatomie féminine, the Female Genital Self-Image Scale

(FGSIS), créé il y a trois décennies est un instrument validé pour caractériser le niveau d'insatisfaction de l'anatomie génitale des femmes (48)(49)(50). Selon la littérature, avoir une image positive de son anatomie favoriserait une sexualité épanouie (50). A l'inverse, l'insatisfaction génitale serait associée à une faible activité sexuelle avec des relations moins satisfaisantes et une sexualité abordée avec gêne (39)(48).

Les complexes fréquemment retrouvés sur l'anatomie féminine concernent l'hypertrophie des petites lèvres. Une étude américaine montrerait qu'une femme sur quatre concernée par ce complexe envisageraient une nymphoplastie, principalement pour augmenter ou améliorer les sensations ressenties au cours d'un rapport sexuel (51).

Dans notre étude, nous avons également observé un lien entre la sexualité de nos participantes et la représentation de leur anatomie féminine. Cela est particulièrement marqué chez la personne victime d'excision, qui nécessite une prise en charge adaptée et spécialisée sur le plan gynécologique et psychologique.

En dehors de cette situation complexe, l'utilisation d'outils de dépistage d'insatisfaction génitale peut être ainsi intéressante en consultation lors de détresse sexuelle exprimée (Annexe 5).

d. Représentations des organes génitaux et conséquences sur la confiance en soi

Depuis les années 1990, plusieurs études se sont intéressées à la relation entre la représentation des organes génitaux, l'image corporelle et la confiance en soi. La création et l'utilisation de la FGSIS aurait permis de mettre en avant le lien entre le niveau d'insatisfaction génitale et le manque de confiance en soi. Ainsi, plusieurs études retrouvent qu'une image positive de son anatomie féminine serait corrélée avec une plus grande confiance en soi et une meilleure perception de son corps (52)(53). Une autre étude brésilienne montre que l'image corporelle, l'âge et l'Indice de Masse Corporelle (IMC) influencerait l'image génitale. Les femmes insatisfaites de leur corps et avec un IMC augmenté auraient une moins bonne représentation de leur appareil génital (52).

Dans notre étude, nous retrouvons des complexes chez plusieurs femmes associés à une notion d'insécurité ou de trouble de la sexualité.

4. Facteurs influençant les représentations

Dans notre analyse, différents facteurs peuvent influencer les représentations féminines. La prise en compte de ces éléments pourrait améliorer la prise en charge des femmes en consultation.

a. Le médecin

L'analyse du discours des femmes permet de voir que le médecin et sa prise en charge exercent une influence sur le ressenti des femmes.

- La relation patient-médecin à travers l'examen médical et l'information délivrée

Conformément à la littérature, notre recherche montre que l'information délivrée par le corps médical permettrait de diminuer l'angoisse des femmes lors de situations qu'elles considèrent anormales. Les représentations et la satisfaction de l'image corporelle des patientes doivent faire partie de la préoccupation des professionnels de santé pour adapter le discours (13).

Les données de la littérature montrent également que les femmes qui ont bénéficié d'un examen gynécologique rassurant dans les douze derniers mois ont une image plus positive de leur organes génitaux ainsi qu'une sexualité plus épanouie (49). Ces données renforcent l'importance du suivi gynécologique et du dépistage organisé du cancer du col utérin dans la santé sexuelle de nos patientes en soins primaire.

- L'utilisation d'un miroir en consultation

« Et du coup, elle a présenté un miroir et j'ai vu comment c'était (sourire). Et en fait, c'est tout rose ! Et ça m'a vachement fait plaisir ! Et voilà, c'est ça que je voulais vous dire, c'est pour ça que je suis venue ! » E4.

Selon la littérature, l'utilisation d'un miroir pour un examen gynécologique permettrait aux patientes, qui ont accepté en amont, d'améliorer leurs connaissances et leur sentiment de

contrôle de l'examen pelvien. En revanche, cela ne diminuerait pas les douleurs associées ou le sentiment de vulnérabilité ressentie (54). Les femmes de notre étude sont partagées sur l'intérêt du miroir pour regarder leur anatomie féminine mais beaucoup évoquent cette pratique dans un cadre privé non médical. Seule une participante nous décrit une consultation médicale à l'aide d'un miroir et recommande cette pratique tant sur le plan personnel que pour l'intérêt de la relation médecin-patient et la capacité du médecin à faire tomber les « à priori » du patient.

D'un point de vue professionnel, il nous semble intéressant de proposer l'utilisation d'un miroir notamment lors de la pose d'un spéculum. L'implication du patient semble cependant importante à prendre en compte.

b. La maternité

Chez certaines femmes, l'entrée dans la parentalité modifie le regard porté sur leur corps et son anatomie féminine. Plusieurs décrivent un rapport plus apaisé après l'accouchement et/ou l'allaitement, se traduisant par une acceptation de leurs imperfections. Les travaux de Marion Braizaz vont dans ce sens : le nouveau statut de mère permettrait aux femmes de prendre de la distance par rapport à l'image de leur corps, notamment dans les classes aisées. Ces catégories sociales élevées continueraient à prendre soin de leur corps en séparant leur rôle maternel et leur bien être corporel. En revanche, dans les classes populaires, la maternité s'inscrirait plutôt comme « la fin de l'usage du corps comme capital séduction » avec une mise en parenthèse du soin de leur corps (55).

c. Les antécédents médicaux et leurs impacts sur le dessin

- Présence et absence de parentalité

L'impact de la maternité sur la représentation de leur anatomie féminine peut également être perçu dans le dessin. L'une de nos participantes, enceinte de son deuxième enfant lors de l'entretien, réalise un dessin beaucoup plus développé sur l'interne que l'externe (dessin 11). Une étude française sur les représentations corporelles et le vécu de la grossesse chez des parturientes montrerait une corrélation positive entre le niveau de connaissance et la perception corporelle des femmes enceintes (12). Nous pouvons supposer que l'information

délivrée pendant la grossesse par les professionnels de santé et les cours de préparation à l'accouchement favorisent le niveau de connaissance de notre patiente et donc améliorent la perception de son corps.

Une autre participante en projet de grossesse depuis deux ans, oublie de dessiner l'utérus malgré un dessin détaillé (dessin 4). Nous pouvons penser que cela n'est pas dû au hasard mais cela reste des suppositions et aucune étude sur la perception des organes génitaux internes et le désir d'enfant n'a été retrouvée. En revanche une étude française de 2019 chez des femmes dépourvues d'organes génitaux internes dans le cadre d'un syndrome de Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser montrerait un impact de cette pathologie sur leur représentation corporelle avec un surinvestissement de la féminité et de la sexualité dans un but de « fonction réparatrice du statut de femme mis à mal » (56).

- Les dysménorrhées

Les algies pelviennes chroniques concerneraient deux tiers de la population française, quel que soit l'âge et l'origine ethnique (57). Dans notre recherche, plusieurs femmes se plaignent de dysménorrhées et de leurs contraintes au quotidien. Chez une participante, le surinvestissement de l'organe douloureux se retrouve dans son dessin, avec des organes génitaux internes de taille disproportionnée prenant tout l'abdomen (dessin 5). Nous retrouvons ce rapport d'investissement du corps à travers les représentations graphiques chez les douloureux chroniques dans une étude de Defontaine Catteau (58).

- Les mutilations sexuelles féminines

Nombreuses sont les études de la littérature décrivant un lien entre les mutilations génitales féminines et les douleurs lors de rapports sexuels à l'image de ce que ressent notre participante excisée (59) (60) (61) (62). Son dessin (dessin 2) montre des organes génitaux externes très développés avec une inversion de l'emplacement du clitoris, placé en dessous du vagin. Nous ne trouvons pas d'article faisant référence à cela mais nous pouvons penser que l'image de ses organes génitaux se rapproche de la représentation d'un corps « incomplet et fermé » décrit dans les entretiens réalisés dans l'étude de Lofti chez des femmes excisées (60).

d. L'entourage et l'hérité

L'attitude de l'entourage et notamment celle du conjoint exerce un rôle important sur le vécu et la représentation des organes génitaux. Dans notre travail comme dans la littérature, une attitude positive du conjoint vis-à-vis du corps de sa compagne entraînerait une meilleure acceptation de son anatomie féminine (12)(55).

Notre analyse met également en évidence le poids de l'héritage familiale et notamment maternel sur l'image du corps de la femme.

e. L'exposition à des vulves naturelles

Sur les sites de chirurgie esthétique promouvant la nymphoplastie, des photos montages « avant/après » sont visibles (63). Il est marquant de voir que les photos de sexes « avant » montrent souvent une simple diversité de vulves féminines, sans anormalité, sauf exception. En revanche, les photos de sexes « après » représentent de manière frappante un modèle stéréotypé et uniforme. Ces images de vulves opérées modifieraient l'image que les femmes perçoivent du sexe normal et désirable (64). Une revue de la littérature démontre qu'il existerait également des liens entre l'exposition à la pornographie avec des sexes de femmes lisses et une image corporelle négative, notamment sur le plan génital. Plus l'exposition est importante et plus l'image de soi serait marquée (65).

A l'inverse, l'exposition à des photos de vulves naturelles (sans chirurgie ou retouche sur le papier) améliorerait l'image de l'anatomie génitale féminine sur le long terme (66). Une étude montre ainsi qu'exposer les femmes, à une vidéo traitant de l'importance des retouches numériques du sexe féminin dans les médias, augmenterait même de manière significative la perception des femmes sur la diversité et la normalité d'un sexe non retouché. La transmission de ces connaissances à l'entourage serait également efficace (67). La possibilité de rendre accessible différentes ressources et supports éducatifs montrant une grande variabilité de vulves pourraient être bénéfique chez les femmes, notamment celles complexées ou en demande de nymphoplastie (68).

Dans notre recherche, nous avons également observé l'aide et la réassurance apportées par différents supports chez femmes complexées par leur organes génitaux (livre et sites internet). Ces supports ont cependant été visionnés en dehors d'un cadre médical.

D'un point de vue professionnel, il nous semble important de développer des outils pédagogiques en consultation gynécologique pour rassurer les femmes sur la normalité de leur anatomie. Le site Labia library peut être facilement utilisé pour montrer la diversité des vulves (69). Cela pourrait entrer dans le cadre d'une consultation de suivi gynécologique ou de prescription de première contraception.

C. Place du médecin généraliste

La dernière réforme du troisième cycle a permis à tous les internes en médecine générale d'être formés et sensibilisés aux problématiques gynécologiques et obstétricales via un stage obligatoire en santé de la femme.

Le médecin généraliste est un acteur-clé dans le système médical et les soins primaires. En tant qu'omnipraticien, les motifs de consultations sont variés. Il est ainsi amené à voir des femmes de tout âge et d'avoir une vision d'ensemble de leur prise en charge médicale.

De nombreuses consultations charnières peuvent permettre de mieux appréhender les représentations des organes génitaux féminins, de renforcer les perceptions positives et de parfaire la connaissance des femmes.

Dès l'adolescence, la vaccination contre les infections liées au papillomavirus est l'occasion d'aborder l'anatomie des organes génitaux internes à travers le col de l'utérus et de revoir l'anatomie externe. Il en est de même pour chaque étape de la vie féminine (70) : première consultation de contraception, visite du post-partum, suivi gynécologique avec dépistages de cancers gynécologiques, suspicion d'infection génitale, bilan d'infection sexuellement transmissible...

La ménopause est également une période où les femmes se confient et doutent (2). L'appréhension ou la présence de symptômes physiques et psychiques font régulièrement l'objet de discussion et de réassurance en consultation médicale et donnent lieu à différentes explications. Le rôle du médecin est de renforcer, à travers son discours, son écoute et son examen, l'image positive de la femme et de son anatomie féminine.

V. CONCLUSION

Les organes génitaux féminins sont associés à la pudeur. Le tabou et la honte qui les entourent en font un sujet encore peu abordé en consultation médicale et dans la vie quotidienne. Pourtant, l'anatomie féminine n'est pas épargnée par les normes esthétiques que la société et les médias nous imposent. En parallèle, la pornographie entraîne une vision biaisée avec une vulve « standard » qui n'existe pas et la demande de nymphoplastie augmente en conséquence.

Les données scientifiques démontrent qu'une information de qualité et un suivi gynécologique régulier amélioreraient la représentation que la société et les femmes se font de leur anatomie féminine ainsi que l'estime de soi et la santé sexuelle.

La connaissance de l'anatomie féminine influence également les représentations. Malgré la législation, l'information délivrée par les institutions scolaires reste insuffisante et les transmissions familiales sont disparates, laissant place à de fausses croyances et méconnaissances.

Notre recherche montre que les représentations sont multiples, complexes et variables d'une femme à l'autre. Elles ne sont pas immuables et évoluent au cours du temps chez une même personne, influencées par les différentes étapes physiologiques de la vie, par le regard de l'entourage, du partenaire sexuel et/ou conjoint et du professionnel de santé.

Une insatisfaction génitale peut être à l'origine de retard de diagnostic et de prise en charge, notamment dans le cadre de cancers féminins. La connaissance des différentes représentations et de la satisfaction génitale associée permettraient de mieux appréhender les problématiques obstétricales, urologiques ou gynécologiques. Les représentations que les femmes ont de leurs organes génitaux influencent leur compréhension et leur bonne utilisation de la contraception. Il s'agit donc d'un enjeu essentiel de santé publique dont un des acteurs majeurs est le médecin généraliste.

Une consultation où le professionnel de santé prend connaissance des représentations de l'anatomie féminine et de la satisfaction génitale peut se faire à tout moment de la vie d'une femme. Le médecin a toute sa place pour améliorer la compréhension de la physiologie féminine et renforcer les représentations positives de la femme et son intimité.

Il serait intéressant d'étudier l'impact à court et à long terme de ce type d'intervention sur la morbi-mortalité gynécologique et infectieuse, le recours à l'IVG et la qualité de vie.

Pr GENTILE Gaëtan

Pr Gaëtan GENTILE
PU-M3
Coordonnateur du DES de Médecine Générale
Directeur du DUMG de Marseille
Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales

Marseille, le 08 septembre 2022

VI. LISTE DES ABREVIATIONS

AVBS : Accouchement par Voie Basse Spontané

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FCS : Fausse Couche Spontanée

FGSIS : Female Genital Self-Image Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interventions Volontaires de Grossesse

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PMA : Procréation Médicalement Assistée

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Cinq manuels de seconde représentent désormais l'anatomie complète du clitoris - Libération [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2019/10/04/cinq-manuels-de-seconde-representent-desormais-l-anatomie-complete-du-clitoris_1753515
2. Froideveaux-Metterie C. Le corps des femmes la bataille de l'intime. Paris: Philosophie magazine Edition; 2018. 157 p.
3. VIVA LA VULVA - YouTube [Internet]. Arte France; 2017 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=SichIPxAN9I>
4. Miller B. #FEMALE PLEASURE [DVD]. Zurich (CH): Mons veneris Films GmbH, Das Kollektiv für audiovisuelle Werke GmbH, Indi Film GmbH; 2018.
5. Schaeffer J. Le sexe féminin : entre tabou et interdit. Cah Psychologie Clin. 2015;2(45):41-75.
6. 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. janv 2020;29(1):1-11.
7. Schwentzel CG. Depuis quand la vulve est-elle obscène ? [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://theconversation.com/depuis-quand-la-vulve-est-elle-obscene-124820>
8. Devereux G. Baubo, la vulve mythique. Paris: Payot et Rivages; 2011. 297 p.
9. Schaeffer J. Le propre de la femme ? Le rire de Sarah et Demeter. Revue française de la psychanalyse. mars 2017;81:45-55.

10. Rynne E. A pagan Celtic background for sheela-na-gigs? *Archaeologia Cambrensis*. 2000;(149).

11. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>

12. Belaidi L. Représentations corporelles et vécu de la grossesse. *Sages-Femmes*. 1 nov 2021;20(6):34-8.

13. Corre Labat M. Connaissances et méconnaissances du corps des femmes par les femmes [Mémoire sage- femme]. Angers; 2012.

14. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. déc 2018;46(12):777-85.

15. has ministère affaire sociale et santé dossier sur mise ne place contraception - Recherche Google [Internet]. [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=has+minist%C3%A8re+affaire+sociale+et+sant%C3%A9+dossier+sur+mise+ne+place+contraception&client=firefox-b-d&ei=4QvUYserC46ElwSB5IngBg&ved=0ahUKEwiHoJOSgYD5AhUOwoUKHQFyAmwQ4dUDCA4&uact=5&oq=has+minist%C3%A8re+affaire+sociale+et+sant%C3%A9+dossier+sur+mise+ne+place+contraception&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6CggAEOQCELADGAE6BAghEApKBAhBGABKBQhAEgExSgQIRhgBUNcDWPQqYKksaAZwAXgAgAFaiAH3EpIBAjMymAEAoAEBYAENwAEB2gEGCAEQARgJ&sclient=gws-wiz

16. Bajos N, Prioux F, Moreau C. Increase of repeat abortion in France: from contraceptive issues to postponement of childbearing age. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2013;61(4):291-8.

17. Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. *Rev Sage-Femme*. avr 2018;17(2):49-53.
18. Fernandez-Sala S, Rousseau-Durand R, Morange PE, Chiaroni J, Courbiere B. Impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. sept 2019;47(9):662-71.
19. Bourgeois R. Les perceptions du périnée par le dessin dans le post-partum, chez les femmes ayant eu une épisiotomie. [Mémoire sage-femme]. Paris, France : Université Pierre et Marie Curie Paris 6; 2017.
20. Wattebled F. Connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur appareil génital : étude transversale descriptive à partir de 168 questionnaires à La Réunion [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2018.
21. Jugnon Formentin L, Dupraz C. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes : étude transversale descriptive à partir de 262 questionnaires. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2016.
22. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
23. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. *Arch Pédiatrie*. mars 2010;17(3):219-25.

24. 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. [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2015.
25. Preti M, Selk A, Stockdale C, Bevilacqua F, Vieira-Baptista P, Borella F, et al. Knowledge of Vulvar Anatomy and Self-examination in a Sample of Italian Women. *J Low Genit Tract Dis.* avr 2021;25(2):166-71.
26. Charpentier E, Musso A, Maccagnan S, Blayac A, Delotte J, Chamorey E, et al. Connaissances des moyens de contraception et implication dans la contraception : existe-t-il une corrélation ? Étude quantitative auprès de jeunes hommes de 15 à 25 ans. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* mai 2022;50(5):429.
27. Yigit M VJ. Connaissances des utilisatrices de contraception orale : oublis et effets indésirables. *Médecine.* juin 2019;15(6):271-6.
28. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. Contraception intra-utérine. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* déc 2018;46(12):806-22.
29. Delbosco M. Choix et échec des méthodes contraceptives actuelles : place de l'information numérique chez les femmes de 15 à 45 ans. Étude qualitative menée en 2017 en Haute-Corse (2B). [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université de Nice Sophia Antipolis; 2017.
30. Piazza S. Images et normes du sexe féminin : un effet du contemporain ? : *Clin Méditerranéennes.* 1 avr 2014;n° 89(1):49-59.
31. Crépeux V, Legendre G. Nymphoplastie : motivations et satisfaction postopératoire. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* juin 2019;47(6):489-96.
32. Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? *BMJ.* 26 mai 2007;334(7603):1090-2.

33. Enquête sur les Français et l'épilation : opinions, attitudes et comportements | Ipsos [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/enquete-sur-les-francais-et-lepilation-opinions-attitudes-et-comportements>
34. Enquête Ifop x Charles.co Jan21 - Pilosité.pdf [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.charles.co/Enqu%C3%AAtes%20Ifop%20x%20Charles.co%20Jan21%20-%20Pilosite%C3%A9.pdf>
35. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. vie-publique.fr. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30906-prevenir-les-grossesses-non-desirees-les-moyens-de-contraception>
36. Patel F. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier; 2013.
37. Straub T, Reynaud M, Yaron M. Dispositif intra-utérin et infections génitales hautes : mythe ou réalité ? Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. avr 2018;46(4):414-8.
38. Branger B, Priou E, David P. Dispositif intra-utérin au cuivre (DIUc) : comparaison de la tolérance et de l'efficacité chez des nullipares et des multipares sur 6 mois. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. déc 2021;49(12):897-906.
39. DeMaria AL, Meier SJ, Dykstra C. "It's not perfect but it's mine": Genital self-image among women living in Italy. Body Image. juin 2019;29:140-8.
40. Vidal EA, Dubuc M, Bouati N, Bourrel G, Marchal F. Compréhension du délai de consultation pour les cancers gynécologiques bas chez les patientes âgées de plus de 65 ans. Bull Cancer (Paris). sept 2019;106(9):747-58.

41. Épidémiologie des cancers gynécologiques : utérus, ovaire, vulve et vagin - ScienceDirect [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294729379000048>
42. Pakish JB, Lu KH, Sun CC, Burzawa JK, Greisinger A, Smith FA, et al. Endometrial Cancer Associated Symptoms: A Case-Control Study. *J Womens Health*. 1 nov 2016;25(11):1187-92.
43. Vandborg MP, Christensen R dePont, Kragstrup J, Edwards K, Vedsted P, Hansen DG, et al. Reasons for Diagnostic Delay in Gynecological Malignancies: *Int J Gynecol Cancer*. août 2011;21(6):967-74.
44. Edgard-Rosa Clarence. *Connais-toi toi-même Guide d'auto-exploration du sexe féminin*. La Musardine. Paris; 2019.
45. [synthese_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf) [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf
46. Paggetti S, Courtieu C, Mermet-Ginet I, Schmidt-Guerre AR, Pelletier F. Mise en place de l'auto-prélèvement vulvo-vaginal systématique dans le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans un CDAG/CIDDIST. *Ann Dermatol Vénérologie*. déc 2014;141(12):S444.
47. Bottero J, Reques L, Rolland C, Lallemand A, Lahmidi N, Hamers F, et al. Apport de l'Auto-Prélèvement Vaginal (APV) détectant les Papillomavirus (HPV) pour promouvoir le dépistage du Cancer du Col de l'Utérus (CCU) de femmes en situation de précarité en France. *Médecine Mal Infect*. sept 2020;50(6):S7.
48. Rowen TS, Gaither TW, Shindel AW, Breyer BN. Characteristics of Genital Dissatisfaction Among a Nationally Representative Sample of U.S. Women. *J Sex Med*. mai 2018;15(5):698-704.

49. Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. *J Sex Med.* janv 2011;8(1):158-66.
50. Herbenick D, Reece M. : Development and Validation of the Female Genital Self-Image Scale. *J Sex Med.* mai 2010;7(5):1822-30.
51. Benabe E, Fuentes Y, Roldan G, Ramos M, Pastrana M, Romaguera J. The perceptions of female genital self-image and its associations with female sexual distress. *Int J Gynecol Obstet.* avr 2022;157(1):90-5.
52. Silva Gomes TB, Brasil CA, Barreto APP, Ferreira RS, Berghmans B, Lordelo P. Female genital image: is there a relationship with body image? *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 11 juill 2019;16(2):84-90.
53. Jawed-Wessel S, Herbenick D, Schick V. The Relationship Between Body Image, Female Genital Self-Image, and Sexual Function Among First-Time Mothers. *J Sex Marital Ther.* 3 oct 2017;43(7):618-32.
54. Tam T, Crisp CC, Hill AM, Aldrich E, Ghodsi V, Yook E, et al. Utilization of a Mirror During Pelvic Examinations: Does it Improve the Patient's Experience? *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* mars 2021;27(3):208-13.
55. Braizaz M. Devenir mère, une étape corporelle et esthétique. (Re)penser son apparence à l'aune de la maternité. *Rech Fam.* 2019;16(1):141-54.
56. Blanc S, Brun A. Absence des organes génitaux internes chez la femme : enjeux et répercussions sur l'identité sexuelle. *Evol Psychiatr.* nov 2019;84(4):591-603.
57. Margueritte F. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. *Rev Epidemiol Santé Publique.* avr 2016;64(2):134.

58. Catteau MCD. Corps et organe douloureux dans le dessin de la douleur. *Douleur Analgésie*. sept 1990;3(3):83-7.
59. Elneil S. Female sexual dysfunction in female genital mutilation. *Trop Doct*. janv 2016;46(1):2-11.
60. Lotfi Y, Schweizer A. « Moi la femme excisée, c'est pas plaisir, c'est seulement douleur » : recherche exploratoire sur le vécu sexuel de femmes excisées vivant en Suisse. *Sexologies*. sept 2021;30(3):195-205.
61. Esu E, Okoye I, Arikpo I, Ejemot-Nwadiaro R, Meremikwu MM. Providing information to improve body image and care-seeking behavior of women and girls living with female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet*. févr 2017;136:72-8.
62. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi Demicheli F, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med*. févr 2016;13(2):226-37.
63. Photos nymphoplastie avant-après | Photos labiaplastie [Internet]. Dr Yohann DERHY - Chirurgie Plastique Reconstructrice Esthétique, Paris. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://drderhy.com/photos/photos-nymphoplastie/>
64. Moran C, Lee C. What's normal? Influencing women's perceptions of normal genitalia: an experiment involving exposure to modified and nonmodified images. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. mai 2014;121(6):761-6.
65. Paslakis G, Chiclana Actis C, Mestre-Bach G. Associations between pornography exposure, body image and sexual body image: A systematic review. *J Health Psychol*. mars 2022;27(3):743-60.

66. Laan E, Martoredjo DK, Hesselink S, Snijders N, van Lunsen RHW. Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2 oct 2017;38(4):249-55.
67. Sharp G, Tiggemann M. Educating women about normal female genital appearance variation. *Body Image*. mars 2016;16:70-8.
68. 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*. déc 2016;18(12):1363-78.
69. Photo Gallery | Labia Library [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://labialibrary.org.au/photo-gallery/#>
70. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN : première version

Question 1 : « question brise-glace »

Nous allons parler aujourd'hui de votre anatomie en tant que femme.

Quelle image avez-vous de votre corps de femme et plus particulièrement de votre anatomie féminine ?

Question 2 :

Comment votre médecin ou sage-femme vous a-t-il/t-elle expliqué le fonctionnement de votre contraception ? Expliquez-moi ce que vous avez compris de ce fonctionnement.

Si pas de contraception, quelle était votre dernière contraception ? Et comment imaginez-vous son fonctionnement ?

Question 3 :

Parlez-moi des pertes vaginales.

Qu'est que cela représente pour vous ? Comment vivez-vous cela ?

Questions de relance :

Si pas abordé : comment se déroulent vos règles ? Pour vous, pourquoi saignez-vous ? D'où vient ce sang ?

Si pas abordé : pouvez-vous me parler des « pertes blanches » ?

Question 4 :

Quelle place donnez-vous à vos organes génitaux dans votre ventre ? Où se situent-ils par rapport aux autres organes ? Pouvez-vous me les dessiner ?

Question 5 :

Pour vous, à quoi servent vos organes génitaux ?

Question de relance :

Si pas abordé : pour vous, quel est leur rôle dans votre sexualité ?

Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN : deuxième version

Question 1 : « question brise-glace »

Quel nom donné vous à vos organes génitaux ?

Si vous avez des enfants, comment nommez-vous leurs organes génitaux ?

Question 2 :

Nous allons parler aujourd'hui de votre anatomie en tant que femme.

Quelle image avez-vous de votre corps de femme et plus particulièrement de votre anatomie féminine ?

Question 3 :

Comment votre médecin ou sage-femme vous a-t-il/t-elle expliqué le fonctionnement de votre contraception ? Expliquez-moi ce que vous avez compris de ce fonctionnement.

Si pas de contraception, quelle était votre dernière contraception ? Et comment imaginez-vous son fonctionnement ?

Question 4 :

Parlez-moi des pertes vaginales.

Qu'est que cela représente pour vous ? Comment vivez-vous cela ?

Questions de relance :

Si pas abordé : comment se déroulent vos règles ? Pour vous, pourquoi saignez-vous ? D'où vient ce sang ?

Si pas abordé : pouvez-vous me parler des « pertes blanches » ?

Question 5 :

Quelle place donnez-vous à vos organes génitaux dans votre ventre ? Où se situent-ils par rapport aux autres organes ? Pouvez-vous me les dessiner ?

Question 6 :

Pour vous, à quoi servent vos organes génitaux ?

Question de relance :

Si pas abordé : pour vous, quel est leur rôle dans votre sexualité ?

Annexe 2 : Avis de la commission éthique



Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2020-11-05-08
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le dimanche 15 novembre 2020

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal Dr CALVET-MONTREDON Céline : MCA-MG au sein du Département DUMG de l'Université d'Aix-Marseille et l'investigateur secondaire, THOLLOT Marjolaine, Interne en Médecine Générale à l'Université d'Aix-Marseille, intitulé « Représentations des femmes majeures sur leurs organes génitaux » a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 5 décembre 2020.

Après audition des rapporteurs et compléments d'information apportés par l'investigateur principal, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Weiller', with a horizontal line underneath.

Annexe 3 Formulaire d'information délivré aux participantes

Notice d'information aux patientes

Représentations des femmes majeures de leurs organes génitaux

Madame,

L'investigateur principal, Céline CALVET-MONTREDON, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « **Représentation des femmes majeures de leurs organes génitaux** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Interne en médecine générale, je réalise un travail de thèse dirigé par le Docteur CALVET-MONTREDON Céline, sur les représentations des femmes majeures de leurs organes génitaux. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il ne s'agit pas d'un contrôle de connaissance. Nous voulons comprendre comment les femmes se représentent leur anatomie intime, comment elles imaginent leur fonctionnement. Cela permettra de donner des pistes aux médecins et aux sage-femmes pour mieux communiquer en consultation à propos des problématiques urologiques, gynécologiques et obstétricales.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous organiserons un entretien en face à face, aux horaires vous convenant, au cours duquel nous échangerons sur les différentes représentations de votre anatomie féminine à travers un entretien et un dessin.

La durée de cet entretien est estimée entre trente minutes et une heure. Il sera enregistré vocalement à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit intégralement par écrit.

L'entretien sera complètement anonyme. En effet, aucune donnée identifiante ne sera prononcée au cours de l'entretien ni retranscrite. Vos coordonnées seront effacées et votre entretien numéroté. Seul ce code à 4 caractères, qui vous sera remis, vous permettra à n'importe quel moment si vous le souhaitez de modifier vos informations ou de les retirer de l'étude.

Les résultats feront l'objet d'une analyse qualitative. Des fragments d'entretien (phrases ou paragraphes) pourront être cités dans les documents produits suite à leur analyse, mais en aucun cas un entretien complet ne sera exposé. De même, les dessins seront anonymisés et intégrés dans le document final.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

L'étude présente des risques et contraintes minimales. Aucune intervention ou modification thérapeutique ne sera réalisée, aucune stratégie ne sera évaluée.

Les données recueillies au cours de l'entretien ne seront utilisées qu'à des fins de recherche, de la manière la plus neutre et objective possible, sans chercher à établir le moindre jugement. Cette étude est réalisée de manière purement observationnelle.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude qui vous est proposée, sans avoir à vous justifier. En cas d'acceptation, vous êtes libre de changer d'avis en cours d'étude et d'arrêter à tout moment votre participation.

L'investigateur principal de cette étude est le Dr Céline CALVET-MONTREDON.

Cette étude est réalisée par le Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Marseille, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 Cedex 05.

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez obtenir de plus amples informations et vous remercions par avance du temps que vous nous consacrerez afin de mener à bien cette étude.

Annexe 4 Formulaire de recueil de non-opposition

Représentations des femmes majeures de leurs organes génitaux

Céline CALVET-MONTREDON (Département de Médecine Générale, faculté des sciences médicales et paramédicales, 27 bd Jean Moulin, 13385 Marseille CEDEX 5), investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Représentations des femmes majeures sur leurs organes génitaux ».

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'ai noté que les données seront recueillies de manière anonyme et conservées de manière anonymisée. La seule donnée nominative sera ce formulaire de non opposition, qui sera conservé uniquement en document papier original. Il n'y aura aucun traitement informatique de donnée nominative.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer ma non opposition à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence. Un code à 4 caractères connu uniquement de vous vous sera remis afin d'avoir un droit d'accès, de modification ou de suppression des données recueillies.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, je déclare librement et volontairement ne pas être opposé à participer à la recherche intitulée : « Représentations des femmes majeures sur leurs organes génitaux ».

Ma non-opposition ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de M... Mme..... , la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom.

Annexe 5 The seven items of Female Genital Self-Image Scale (FGSIS)

1. I feel positively with my genitals
2. I am satisfied with the appearance of my genitals
3. I would feel comfortable letting a sexual partner look at my genitals
4. I think my genitals smell fine
5. I think my genitals works the way they are supposed to work
6. I feel comfortable letting a health care provider examine my genitals
7. I am not embarrassed about my genitals

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

