

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2021

N° 2021-286

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

par

Lily DUFOUR

Présentée et soutenue publiquement le 03 décembre 2021

ETUDE OBSERVATIONNELLE DES PRATIQUES D'HYGIENE INTIME DES FEMMES
EN PAYS DE LA LOIRE

Président : Monsieur le Professeur PLOTEAU Stéphane

Directeur de thèse : Madame le Docteur RICHARD Ariane

Remerciements

Au président du jury

Monsieur le Professeur Stéphane Ploteau,
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

A ma directrice de thèse

Madame le Docteur Ariane Richard

Merci d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce sujet qui nous tient à cœur. Tu m'as beaucoup appris lors de mon stage en SASPAS, toujours dans la bonne humeur et avec bienveillance.

Aux membres du jury

Madame le Docteur Rosalie Rousseau,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Je te remercie pour ton écoute et tes conseils bienveillants en ateliers de GEP. Ils m'ont confortée dans mon choix de poursuivre ma voie en médecine générale.

Madame le Docteur Maud Jourdain,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A mes collègues

Merci à Stanislas, Sophie et Noémie pour votre accueil dans ce cabinet si agréable et votre aide précieuse dans mes premiers pas de remplaçante (et vive le vélo !).

Merci à Samuela, Caroline et Antoine grâce à qui j'ai passé un très bon SASPAS.

A mes amis

A mes copines de toujours Manon, Pauline, Charlène. Les distances nous séparent mais pas les années, les retrouvailles sont toujours un bonheur.

A mes deux copines d'amour, Charlotte et Schmittou, toujours présentes pour passer des moments inoubliables, tout se raconter et rire sans s'arrêter.

A mes incroyables copines de fac : Julie, Sarouh, Valou, Lennou. Que de fous rires et d'aventures malgré ces années intenses. Je sais qu'on fera toujours nos road trips en camping-car même à 80 ans !

Aux copains de Nantes qui m'ont fait adorer cette ville : Cec et Momo (G1G2 forever, le trio indestructible que j'aime tellement), Marie D, Guillaume, Marie P, Driss, Cécile, Florian, je suis tellement contente d'avoir choisi Saint-Nazaire à ce premier semestre et de voir les belles amitiés qui en sont nées.

Aux copains des urgences : Pauline, Erwan, Coco, Hugo, Guerzi, Claire, je n'aurais pas survécu aux urgences sans vous, nos soirées resteront mémorables. Mention spéciale à Danny BFF pour nos fous rires et ton aide précieuse tout au long de cette thèse.

A Vincent et Léa, merci pour ces bons repas et ces moments partagés, vivement les prochains !

A ma famille

A maman, merci pour ton soutien sans faille et ta confiance en moi tout au long de ce parcours depuis plus de dix ans. Sans toi je ne serai pas allée bien loin !

A Sabine, Edouard et Rosine, merci pour votre soutien. Vive notre belle famille et nos retrouvailles qui me rendent toujours tellement heureuse.

A papa, merci de m'avoir donné le goût des sciences et des études et d'avoir toujours cru en moi.

A la famille Hoffmann et notamment mon merveilleux papi François, ça y est les études touchent à leur fin et je suis fière que nous soyons une famille si soudée depuis toutes ces années.

A la famille Legorburu, merci pour votre accueil dans votre si jolie famille basque et vos encouragements tout au long de ces études.

A mon Andoni, quelle chance de t'avoir à mes côtés depuis déjà 9 ans. Tu as toujours été là pour moi. Merci pour ta générosité, ton calme et tes belles valeurs. Vivement la suite de nos aventures.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE	12
ANATOMIE ET REPRESENTATION DU SEXE FEMININ	12
PRATIQUES D'HYGIENE ET LEURS CONSEQUENCES.....	13
1) Toilette intime et produits d'hygiène intime.....	13
a) Histoire de la toilette intime.....	13
b) Sociologie et culture	14
c) Facteurs socio-démographiques.....	15
d) Conseils pratiques.....	16
e) Types de produits.....	16
f) Physiopathologie.....	16
g) Risques.....	17
2) Douches vaginales	18
a) Définition	18
b) Sociologie et culture	18
c) Conseils pratiques.....	19
d) Physiopathologie.....	19
e) Début de la pratique et motivations.....	19
f) Education et prévention	20
3) Protections menstruelles	21
a) Histoire des menstruations.....	21
b) Sociologie et culture	22
c) Conseils pratiques.....	23
d) Types de protections menstruelles.....	23
e) Risques.....	23
4) Epilation intime	25
a) Histoire de l'épilation.....	25
b) Sociologie et culture	26
c) Conseils pratiques.....	27
d) Physiopathologie.....	27
e) Motivations.....	27
f) Méthodes d'épilation.....	28
g) Complications	28
h) Avantage	29
5) Hygiène aux toilettes	29
a) Histoire.....	29

b) Sociologie et culture	30
c) Conseils pratiques.....	31
d) Physiopathologie.....	31
e) Littérature	31
6) Habitudes vestimentaires	32
a) Histoire et sociologie	32
b) Conseils pratiques.....	33
c) Physiopathologie.....	34
d) Littérature	34
e) Limites des études	35
DEUXIEME PARTIE.....	36
MATERIEL ET METHODES	36
1) Type d'étude.....	36
2) Population étudiée	36
3) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	36
4) Centres de recueil	36
5) Durée du recueil	37
6) Modalités de recueil des données.....	37
7) Questionnaire (Annexe 2)	38
8) Méthode d'analyse du questionnaire	38
9) Ethique	38
RESULTATS.....	39
1) Description de la population (n=306)	39
a) Âge	39
b) Niveau d'étude.....	40
c) Pays de naissance	41
d) Grossesse	42
2) Lavage des parties externes et utilisation de produits d'hygiène intime (n=306)	43
a) Fréquence de lavage des parties externes.....	43
b) Lavage après un rapport sexuel (n=294).....	43
c) Type de produit de lavage des parties externes	44
3) Utilisation d'autres produits	44
4) Lavage des parties internes.....	46
a) Fréquence des douches vaginales (n=70)	48
b) Type de produit de lavage vaginal (n=70).....	48
5) Menstruations et protections menstruelles	49
a) Types de protections menstruelles (n=168)	49
b) Serviettes hygiéniques	50
c) Tampons	50

d) Cup ou coupe menstruelle	51
e) Culottes menstruelles	51
f) Douches vaginales.....	52
g) Contrôle de flux	52
h) Résumé	53
i) Temps de port du tampon (n=108).....	53
j) Port nocturne de tampon (n=98).....	54
6) Epilation intime (n=306).....	55
a) Pratique de l'épilation intime	55
b) Méthode d'épilation (n=231).....	56
c) Fréquence d'épilation (n=231).....	56
d) Surface d'épilation (n=231).....	57
7) Hygiène aux toilettes (n=306)	58
8) Habitudes vestimentaires (n=306)	59
a) Matière des sous-vêtements	59
b) Port de vêtements moulants/serrés	59
9) Question libre	60
DISCUSSION	61
1) Forces et limites de l'étude	61
a) Forces de l'étude.....	61
b) Limites de l'étude.....	61
2) Principaux résultats, implications et comparaison à la littérature.....	63
a) Données démographiques	63
b) Lavage et utilisation de produits d'hygiène intime.....	64
c) Douches vaginales.....	64
d) Produits d'hygiène intime supplémentaires	65
e) Protections menstruelles	66
f) Epilation pubienne	67
g) Hygiène aux toilettes	67
h) Habitudes vestimentaires	68
3) Perspectives.....	68
CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	79
Annexe 1 : Affiche	79
Annexe 2 : Questionnaire.....	80
Annexe 3 : Questions libres éventuelles (n=52).....	89

Abréviations :

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, alimentation, environnement, travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP : Comité de Protections des Personnes

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

DEP : Diethyl Phtalate

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DV : Douche Vaginale

FDA : Food and Drug Administration

HAP : Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

NHS : National Health Service

NIV : Néoplasie Intra-épithéliale Vulvaire

QR Code : Quick Response Code

SCT : Syndrome de Choc Toxique menstruel

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Définitions :

Cup : protection féminine en forme de coupe, destinée à recueillir le flux menstruel, également appelée coupe menstruelle.

Dysménorrhées : menstruations douloureuses.

Dysplasie vulvaire : changements des cellules épithéliales situées dans la couche supérieure, ou superficielle, de la peau qui couvre la vulve.

Endométrite : infection de la muqueuse interne de l'utérus, appelée endomètre.

Immigrée : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France.

Syndet : pain dermatologique à base de produits tensio-actifs synthétiques, ne contenant pas de savon.

Vrac : mode de distribution où le produit n'est pas conditionné.

Vulvodynie : syndrome de douleur vulvaire chronique.

INTRODUCTION

Le mot *hygiène* vient du nom de la déesse grecque *Hygie*, déesse de la santé et de la propreté.

L'hygiène intime se définit comme un ensemble de gestes quotidiens visant à promouvoir le bien-être, le confort et la prévention des infections génitales (1).

Elle comprend la toilette intime, le type de protections menstruelles, la technique d'essuyage après un passage aux toilettes, l'épilation du pubis et le type de sous-vêtements portés.

Le rôle de l'hygiène est bien connu quand il s'agit d'autres parties du corps. On peut citer le lavage de mains pour prévenir la transmission d'agents infectieux ou le brossage de dents pour éviter les caries.

Pour les femmes, l'hygiène intime sert à éliminer les pertes, la transpiration, les résidus d'urine ou de selles et à lutter contre d'éventuelles démangeaisons ou odeurs. L'hygiène intime a un rôle esthétique et de confort.

Elle peut également avoir une influence sur la survenue d'affections de l'appareil génital, comme les mycoses vulvo-vaginales, les vaginoses, les cystites et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Ces pathologies sont des motifs de consultation très fréquents en médecine générale. Elles représentent de ce fait un budget de santé publique non négligeable.

Lorsqu'ils sont interrogés, la majorité des médecins déclare administrer des conseils aux femmes en matière d'hygiène intime.

En effet, une enquête de pratique réalisée en 2018 en Picardie sur la prise en charge des vulvo-vaginites auprès de médecins généralistes, montrait que 96% des médecins préconisaient des mesures d'hygiène lors d'une candidose vulvo-vaginale et 83,5% lors d'une consultation pour vaginose (2).

Si la proportion de médecins qui administrent des conseils est importante, le contenu des conseils délivrés est moins clair (1). Ces préconisations semblent relever du bon sens plus que de réelles connaissances scientifiques.

Ceci peut notamment s'expliquer par le manque d'études disponibles sur l'hygiène intime féminine. En dehors des douches vaginales et des protections menstruelles, très peu d'articles s'intéressent à ce sujet.

Lors de mes recherches bibliographiques, aucune recommandation française ou européenne relative à l'hygiène intime n'a pu être trouvée.

Des études descriptives ont été conduites dans d'autres pays mais, à ma connaissance, aucune n'a été menée en France (3–6).

L'objectif de cette étude est de décrire les pratiques d'hygiène intime féminine réalisées par un échantillon de femmes majeures en région Pays de la Loire.

La première partie de ce travail de thèse développe les différents champs de l'hygiène intime, leur contexte historique et culturel, leur aspect physiopathologique et les données de la littérature scientifique.

La deuxième partie concerne l'étude observationnelle réalisée, ses résultats ainsi que ses limites.

PREMIERE PARTIE

ANATOMIE ET REPRESENTATION DU SEXE FEMININ

L'anatomie de l'appareil génital féminin est mal connue par les femmes (7).

D'une part, contrairement aux hommes, les femmes n'ont pas d'accès visuel direct à l'ensemble de leur appareil génital.

D'autre part, les représentations complètes de vulves sont rares. L'appareil génital féminin est souvent représenté uniquement par les organes internes (vagin, utérus, ovaires). Il a fallu attendre l'année 2019 pour voir apparaître dans les manuels scolaires un appareil génital féminin complet avec un clitoris dessiné dans son ensemble (8).

Ce manque de représentation et d'éducation concernant l'anatomie de la vulve contribue à une alimentation des complexes et des tabous chez les femmes. L'aspect des lèvres génitales est notamment concerné. Une étude de 2005 retrouvait que la forme, la couleur, la rugosité des vulves étaient extrêmement diverses selon les femmes, démontrant qu'il n'existe pas de « normalité » dans ce domaine (9).

Malgré cela, des femmes ont recours chaque année à des chirurgies esthétiques de type nymphoplastie pour modifier l'aspect de leurs lèvres. Cette norme est entretenue par un manque de connaissance et une image de la vulve « parfaite » véhiculée notamment dans les films pornographiques (10).

La nudité féminine est fréquente dans les médias. En revanche, la représentation de vulve reste difficilement acceptée par le grand public.

En 2019, une grande marque de protections menstruelles a diffusé une publicité représentant des gâteaux en forme de vulve, ce qui a entraîné plus de 1000 signalements au Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA). Néanmoins, le CSA a décidé de ne pas censurer cette publicité.

La représentation des parties génitales féminines passe également par le mot les désignant. Une étude américaine de 2010 montrait que les mères des petites filles utilisaient plus fréquemment des termes vagues tels que « en bas », « ici » pour désigner la vulve que pour désigner l'appareil génital des garçons (11).

Cette étude réalisée aux Etats-Unis serait intéressante à reproduire en France. En effet, les surnoms donnés au sexe féminin sont également très variables et semblent bien plus nombreux pour la fille que pour le garçon.

PRATIQUES D'HYGIENE ET LEURS CONSEQUENCES

1) Toilette intime et produits d'hygiène intime

a) Histoire de la toilette intime

Tout comme l'hygiène corporelle en général, la toilette intime française a évolué avec le temps.

A l'époque gréco-romaine, la pratique du bain était d'usage. Il s'agissait de bains collectifs. L'hygiène avait alors un rôle purificateur et était source de volupté.

Au Moyen-Âge, les bains collectifs deviennent des lieux malfamés. Leur usage est donc progressivement abandonné.

A la Renaissance, l'hygiène est celle du visible (le visage, les mains). Le lavage des parties qui échappent aux regards n'est pas clairement établi.

Au XVIe siècle, la propreté passe uniquement par le changement de vêtement. Le lavage à l'eau est aboli car considéré comme dangereux. Le parfum est ainsi utilisé pour masquer les odeurs corporelles.

La pratique de la toilette telle que nous la connaissons aujourd'hui débute uniquement au XVIIIe siècle avec l'apparition de bidets et de baignoires dans les salles de bain des familles aisées.

C'est à la fin du XVIIIe siècle que l'hygiène publique se développe. Elle devient nécessaire pour la santé, et non plus seulement pour affronter le regard des autres. Il est alors recommandé de se laver quotidiennement toutes les parties du corps. Bien que peu d'écrits relatent les pratiques d'hygiène intime de l'époque, certains outils tels que des seringues ont été retrouvés dans d'anciennes salles de bain, témoignant de pratiques de toilette intime (12).

A partir du XIXe siècle, l'hygiène devient une discipline médicale avec la publication de traités et de manuels d'hygiène, bien qu'elle soit encore peu mise en pratique par la population générale. Débute alors la promotion de l'eau et du savon qui deviennent des outils de santé.

L'utilisation de la douche est introduite par les militaires en 1860 afin d'économiser l'eau et de limiter le temps de lavage par personne.

Les manuels d'hygiène féminine évoquent la nécessité d'une hygiène globale mais s'attardent peu sur la toilette intime, reflétant la persistance d'une gêne entourant l'hygiène intime (13).

« Les bribes d'information dont on dispose, laissent penser que les soins intimes existaient bien, mais ne formant qu'un des moments de la toilette du corps, ils semblaient dénués d'intérêt. Le silence qui les entoure traduit aussi quelque chose d'un interdit touchant au sexe et du secret qui entoure des procédés que se transmettent les femmes. » (14).

La fin du XIXe siècle est marquée par les travaux de Pasteur : l'eau permet d'éliminer les microbes. L'hygiène devient dès lors conseillée et ne dépend plus seulement de la noirceur, de l'odeur de la peau ou de la gêne physique. L'hygiène non seulement élimine la saleté mais protège. Elle sert au « maintien de la santé ».

Selon les traités d'hygiène de l'époque, rédigés exclusivement par des hommes, l'origine des infections sexuellement transmissibles serait liée à un manque d'hygiène de la part des femmes.

« Les écoulements chez l'homme proviennent de la malpropreté volontaire ou involontaire des femmes. »
« Des écoulements, inoffensifs aujourd'hui, peuvent demain passer à l'état fétide et purulent par leur séjour dans les replis du vagin. C'est là que ces transformations morbides s'accomplissent et que ces liquides dégénérés finissent par devenir la source d'une inévitable contagion. »

A cette période, les douches vaginales sont préconisées pour lutter contre les leucorrhées, considérées pathologiques.

« Je suis persuadé également que l'usage journalier des injections préservatrices pratiquées avec des instruments qui les portent réellement jusqu'au fond du vagin, s'imposera comme une bienfaisante innovation dans l'hygiène intime de toutes les femmes soucieuses de leur santé » (15)

Cette exigence de la propreté féminine va jusqu'à la délivrance de « certificats de propreté » qui attestent de l'état d'hygiène des prostituées.

Le XXe siècle marque la démocratisation et la banalisation de l'hygiène corporelle. En 1907, un office national d'hygiène publique s'installe à Paris. C'est seulement alors que débute l'éducation à la propreté en direction de la population générale et dans les écoles. L'évolution des pratiques se fait lentement, notamment dans les zones rurales, et se généralise à partir des années 1950 (16).

b) Sociologie et culture

Depuis le début du XXème siècle, le marché des produits d'hygiène intime a explosé. Il représente un budget de 144 millions de dollars par an (17).

La technique commerciale laisse entendre à la femme que son vagin est sale et malodorant à l'état naturel. Elle repose sur la peur d'être rejetée par un ou une partenaire du fait d'une odeur ou de la présence de pertes vaginales (18). Cela implique qu'un lavage avec un produit efficace serait indispensable.

Une publicité américaine de 1940 pour un produit de douche vaginale scandait par exemple « pour empêcher que votre mari aille voir ailleurs » (17).

Avec le temps, les messages publicitaires ont évolué et sont devenus plus subtils. La femme est encouragée à avoir recours à des produits pour « se sentir fraîche », ce qui insinue que sans ce produit, elle serait sale.

En culpabilisant les femmes, ces publicités poussent à utiliser de plus en plus de produits, et ce dès le plus jeune âge. En effet, les produits spéciaux sphère intime se développent actuellement pour les petites filles. Certains se vendent en pharmacie.

c) Facteurs socio-démographiques

L'utilisation de produits d'hygiène intime varie selon l'âge et l'origine ethnique des femmes.

L'âge

Les produits d'hygiène industriels semblent particulièrement utilisés chez les femmes jeunes.

Une étude qualitative auprès de jeunes femmes, conduite en 2016 aux Etats-Unis, constate que les adolescentes se lavent plusieurs fois par jour et ont l'habitude d'utiliser plusieurs produits d'hygiène intime (19).

Une étude multicentrique de 2011 montre que l'utilisation de produits d'hygiène intime dans les pays en développement est plus fréquente chez les femmes jeunes, urbaines et avec un niveau d'éducation plus élevé (20).

Une étude de 2000 montrait en revanche que les femmes plus âgées utilisaient plus de déodorant intime que les femmes jeunes. L'utilisation des autres produits d'hygiène intime n'était cependant pas différente selon l'âge (4).

L'origine ethnique

Plusieurs études notamment américaines se sont intéressées au lien entre l'origine ethnique et l'utilisation de produits d'hygiène intime.

Une étude de 2009 retrouvait une utilisation plus fréquente de produits d'hygiène intime chez les femmes latino-américaines que chez les femmes noires (6).

Une autre étude de 2015 montrait quant à elle que les femmes noires utilisaient en moyenne plus de produits d'hygiène intime que les femmes latino-américaines (21).

Dans ces études, les femmes blanches utilisaient moins de produits d'hygiène intime que les femmes noires ou latino-américaines.

Une étude de 2015 s'est intéressée à l'exposition aux phtalates (perturbateurs endocriniens) chez les femmes et à la disparité ethnique liée à celle-ci.

Les femmes noires et latino-américaines avaient des taux significativement plus élevés de phtalates dans les urines que les femmes blanches. Chez les femmes noires, ce taux était significativement abaissé après ajustement sur la fréquence de réalisation de douches vaginales.

Les produits de douche vaginale contenant des phtalates, les auteurs concluent que leur utilisation fréquente pourrait augmenter l'exposition aux phtalates.

Les femmes noires et latino-américaines pratiquent plus couramment la douche vaginale que les femmes blanches, ce qui pourrait en partie expliquer cette disparité ethnique (21).

d) Conseils pratiques

Il est conseillé de se laver avec la main la région génitale externe une ou deux fois par jour, en insistant au niveau des plis interlabiaux et du capuchon clitoridien.

Il peut être conseillé de se laver avant et après les rapports sexuels.

Concernant les produits d'hygiène, il est préconisé d'utiliser un savon sans colorant ni parfum ou un nettoyant sans savon type syndet.

Il est en revanche déconseillé de prendre des bains, qui dessèchent la peau, d'utiliser un gant de toilette ou une éponge et de se sécher les parties génitales au sèche-cheveux. De plus, l'utilisation d'antiseptiques, de talc ou de déodorant est à éviter (22–27).

e) Types de produits

La gamme de produits utilisés est large. Elle comprend les savons (savon de Marseille, gel douche, gel douche spécial sphère intime ou syndet), les lingettes, les déodorants intimes, les lubrifiants, les huiles, les crèmes, les poudres et les ovules.

Une étude de 2009 montre que les produits les plus utilisés en dehors des savons sont les lingettes, les déodorants en spray, les poudres ainsi que les ovules antifongiques (6).

f) Physiopathologie

Le corps a ses propres défenses naturelles, notamment grâce à la présence d'une flore bactérienne commensale de la vulve et du vagin.

L'hygiène, par excès ou par défaut, peut altérer cette barrière et favoriser certaines pathologies.

Les auteurs d'une mise au point sur les pratiques d'hygiène intime publiée en 2005 conseillent l'utilisation de savon de Marseille ou de syndet pour le lavage périnéal.

« En pratique courante et en l'absence d'infection, le savon de Marseille est un détergent efficace respectant l'équilibre de la flore. Les nettoyants sans savon, ou syndets, ont une bonne action détergente et représentent une bonne alternative. Le savon y a été remplacé par des agents tensioactifs anioniques sans action saponificatrice. Le pH est faiblement acide, proche du pH cutané ».

Ils déconseillent par ailleurs l'utilisation de parfum ou de déodorant qui entraîne un déséquilibre de la flore vaginale et agresse les muqueuses.

Les antiseptiques (ex : bétadine) sont également à éviter car ils détruisent la flore commensale et altèrent les barrières cutané-muqueuses (22).

Ces conseils généraux sont à pondérer en cas de pathologie. Le type de savon et de produits utilisés sera par exemple différent chez une femme atteinte de dermatite atopique ou de lichen (23).

Le pH du savon utilisé doit également être sélectionné en fonction de la pathologie présentée. Un pH acide sera privilégié pour les vaginoses et un pH basique pour les candidoses.

g) Risques

L'utilisation de certains produits favorise la survenue de vaginose bactérienne. Il s'agit notamment des bains moussants, des solutions antiseptiques, des produits pour douches vaginales et des lingettes (24,28).

Les risques liés aux produits ou à leur utilisation semblent peu connus par les femmes. En effet, 70% des femmes réalisant des douches vaginales estiment que les produits pour douches vaginales sont sans danger car ils sont commercialisés (29).

Une étude de 2018 montre également que certaines femmes utilisent en intravaginal des produits d'hygiène dédiés à un lavage externe. Cela survient même avec des produits avertissant les clientes contre ce type d'utilisation (3).

Les conséquences de l'utilisation de produits d'hygiène intime sur la santé des femmes sont encore peu étudiées. En dehors de leurs potentielles conséquences nocives, ces produits peuvent être à l'origine de retards diagnostics. En effet, l'utilisation de produits en réponse à une irritation ou à des pertes anormales peut retarder le diagnostic de certaines pathologies nécessitant un traitement médicamenteux (30).

Une étude de 2009 montre que l'utilisation de lingettes ou de crèmes antifongiques est plus fréquente chez les femmes ayant un antécédent d'IST. Selon les auteurs, leur utilisation semble débiter en réaction aux symptômes d'IST. Les produits ne seraient donc pas un facteur déclenchant d'IST mais plutôt une conséquence (30).

2) Douches vaginales

a) Définition

La douche vaginale est un procédé consistant à laver l'intérieur du vagin avec un liquide. Elle peut être effectuée dans un but hygiénique, thérapeutique ou contraceptif (31).

Elle se réalise le plus souvent en utilisant de l'eau, des solutions à base d'eau et de vinaigre ou des produits commerciaux. D'autres produits sont moins fréquemment utilisés comme l'alun, le camphre ou le yaourt (6,32). Elle peut être effectuée avec une poire de lavement, un jet d'eau ou manuellement.

b) Sociologie et culture

La pratique de la douche vaginale est ancienne. Il y a plus de 3000 ans, le papyrus Ebers mentionnait l'utilisation de douches vaginales d'ail et de vin pour calmer les dysménorrhées ainsi que l'instillation de bile de vache et d'huile de cassia pour traiter les inflammations pelviennes (17).

De nos jours, la proportion de femmes pratiquant les douches vaginales est très variable selon les pays et les cultures.

Selon une étude ghanéenne de 2019, 25% des femmes pratiquent la douche vaginale dans les pays développés tels que le Canada ou les Etats-Unis contre 90% dans les pays moins développés tels que le Ghana ou la Zambie (31,33).

Cette pratique est également très répandue en Asie (76.7% des cambodgiennes), au Proche-Orient (26.5% des turques) et en Amérique du Sud (43% des femmes latino-américaines) (34–37).

En dehors de la nationalité, la pratique de la douche vaginale semble plus fréquente chez les femmes d'un niveau socio-économique défavorable (31) et les femmes avec un niveau d'éducation faible (32).

Les femmes victimes de violence conjugale seraient également plus à risque de réaliser des douches vaginales (38).

Les femmes réalisant des douches vaginales semblent également utiliser plus de produits d'hygiène intime que les autres. Les études sur ce point sont équivoques.

Une étude de 2006 retrouvait une utilisation significativement plus élevée de produits d'hygiène intime chez les femmes effectuant des douches vaginales (29). Une seconde étude montrait que les femmes réalisant des douches vaginales utilisaient plus de lingettes et de déodorant intime que les autres (30).

Au contraire, une étude de 2009 ne trouvait pas de différence d'utilisation de produits entre les femmes réalisant des douches vaginales et celles n'en réalisant pas (6).

c) Conseils pratiques

Les douches et irrigations vaginales sont à proscrire systématiquement (22–27).

d) Physiopathologie

Le vagin est un organe auto-nettoyant. Il élimine les déchets cellulaires et les bactéries sous forme de leucorrhées, qui sont des pertes vaginales normales, communément nommées « pertes blanches ».

Sa flore est majoritairement faite de *Lactobacilles* qui, en produisant de l'acide lactique, permettent de maintenir un pH acide au niveau du vagin (pH à 4.2). Les *Lactobacilles* limitent les infections : ils empêchent les agents pathogènes de s'accrocher à la muqueuse et produisent des facteurs antimicrobiens tels que la bactériocine (22,24).

La composition de la flore vaginale varie en fonction de plusieurs facteurs. Certains sont intrinsèques, tels que l'âge et l'imprégnation hormonale (grossesse, ménopause, menstruations). D'autres sont extrinsèques comme la prise d'antibiotiques, l'activité sexuelle, les traitements hormonaux et les douches vaginales (24).

La réalisation de douches vaginales altère la muqueuse vaginale et sa flore bactérienne, entraînant une plus grande susceptibilité aux infections.

Elle expose à de nombreux risques bien documentés dans la littérature, notamment la survenue de vaginoses bactériennes, l'augmentation du risque d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), les infections génitales hautes, les endométrites, les accouchements prématurés, les grossesses extra-utérines ainsi que les cancers du col de l'utérus (37,39–44).

e) Début de la pratique et motivations

L'information sur l'intérêt des douches vaginales est le plus souvent délivrée dans le cadre familial ou amical. La plupart des femmes débutent les douches vaginales entre l'âge de 13 et 19 ans sur les conseils de leur mère ou d'une proche (32).

Les motivations avancées par les femmes qui pratiquent les douches vaginales sont nombreuses et variées. Il est retrouvé, par ordre de fréquence : se sentir propre, prévenir les infections sexuellement transmissibles, se laver avant ou après un rapport sexuel, se laver lors des menstruations, éviter les pertes vaginales, éliminer les mauvaises odeurs, calmer un prurit ou une irritation vaginale, éviter la survenue d'une grossesse, adhérer

à une croyance religieuse, se laver avant un examen gynécologique, se laver après être allée aux toilettes et rendre son vagin plus étroit (32,35,36,40).

f) Education et prévention

La pratique de la douche vaginale est peu abordée en consultation par les professionnels de santé.

Une étude américaine de 2003 montrait que 15% des gynécologues interrogeaient leurs patientes sur les douches vaginales et seulement 12% leur donnaient des conseils à ce sujet. Parmi ces 12%, 61% seulement recommandaient aux femmes de bannir la pratique de la douche vaginale (45).

Les femmes sont très peu informées des risques associés aux douches vaginales.

En effet, parmi les femmes ghanéennes interrogées, 87.2% n'ont pas conscience des effets nocifs des douches vaginales (31).

Dans une étude conduite aux Etats-Unis, 75% des lycéennes interrogées pensaient que les douches vaginales réduisaient les odeurs et prévenaient les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et 25% pensaient que leur partenaire sexuel attendait d'elles qu'elles réalisent des douches vaginales (32).

Une étude qualitative menée auprès de femmes latino-américaines retrouve également un manque de connaissance des risques inhérents à cette pratique (35).

A l'âge adulte, il semble difficile de modifier les pratiques d'hygiène intime des femmes. Certaines femmes ancrent la douche vaginale dans leur routine, celle-ci devenant aussi naturelle et instinctive que le brossage de dents (46). De plus, ces femmes peuvent ressentir des bienfaits liés à la pratique de la douche vaginale notamment une sensation de propreté et de bien-être qui peut être un frein au changement.

Aux vues des risques encourus, cette pratique ne doit pas être banalisée. La plupart des femmes débutent les douches vaginales avant leur première consultation gynécologique. Il semble donc nécessaire de pouvoir les informer des risques et de l'absence de bénéfice liés à cette pratique dès le plus jeune âge. Les professionnels particulièrement concernés sont donc les médecins généralistes ainsi que les pédiatres (47).

3) Protections menstruelles

a) Histoire des menstruations

Les Grecs utilisaient le sang menstruel dans un but médicinal, « il fait revenir à eux les épileptiques si on en badigeonne la plante des pieds, réduit en poudre, il entre dans la composition des remèdes pour soigner les bêtes de somme et les maux de tête, surtout féminins » (48).

En revanche chez les Romains, le sang menstruel était considéré comme néfaste voire dangereux. En effet, dans « L'Histoire Naturelle » publiée en l'an 77, Pline l'Ancien dit : « Difficilement trouvera-t-on rien qui soit aussi malfaisant que le sang menstruel. Une femme qui a ses règles fait aigrir le vin doux par son approche, en les touchant frappe de stérilité les céréales, de mort les greffes, brûle les plants de jardin. [...] Les chiens qui goûtent ce sang deviennent enragés. [...] Ce flux d'une telle virulence revient chez la femme tous les trente jours » (49).

Les textes religieux sont également une source d'information sur la vision des femmes en période menstruelle.

La Torah considère que les menstruations sont associées à l'impureté « la femme qui aura un écoulement de sang restera sept jours dans la souillure de ses règles. Si quelqu'un la touche, il sera impur jusqu'au soir. Tout lit sur lequel elle couchera pendant ses règles sera impur et tout objet sur lequel elle s'assiera sera impur » De la même manière, dans la religion musulmane, les femmes sont considérées impures pendant toute la durée de leurs règles. Elles ne peuvent se rendre à la mosquée, lire ni toucher le Coran et leur jeûne de ramadan n'est pas valable pendant toute la durée de leurs règles.

Dans la religion chrétienne, la bible ne mentionne rien à ce sujet. Néanmoins, au Moyen-Âge les femmes pouvaient être interdites de communion et d'autres tâches au sein de l'église en période de règles (50,51).

Le type de protections menstruelles a également évolué au cours du temps.

Des papyrus témoignent de l'utilisation de tampons en coton, laine ou lin dans l'Égypte ancienne.

Avant le XIXe siècle, les femmes utilisaient des protections externes lavables, en général fabriquées avec des chutes de tissu.

L'apparition des protections jetables est une vraie révolution. Les serviettes jetables sont commercialisées à la fin du XIXe siècle mais sont d'abord peu utilisées car leur publicité est considérée comme indécente à l'époque. Le tampon jetable fait son apparition pour la première fois en 1938 en France et se généralise dans les années 1950, ce qui facilite la vie de nombreuses femmes.

La coupe menstruelle quant à elle est inventée en 1867. Elle est réellement commercialisée en 1930 puis oubliée jusqu'en 2000 où elle connaît progressivement un regain de popularité (50).

b) Sociologie et culture

Tabou

Depuis les années 1970, des auteurs et autrices mettent en lumière les menstruations et brisent le tabou qui leur est associé (8,50,52). Ils dénoncent par exemple, la gêne ressentie lors de l'utilisation de protections menstruelles dans des lieux publics : la peur de tâcher les vêtements, de ne pas pouvoir se laver les mains, de devoir demander discrètement une protection à une collègue ou amie puis la transporter cachée dans le creux de la main jusqu'aux toilettes. Les publicités entretiennent également ce tabou, en représentant le sang menstruel non pas en rouge mais en bleu pour montrer le pouvoir absorbant des protections.

Précarité menstruelle

Le budget lié aux protections menstruelles est non négligeable. Il représente en moyenne 285 euros par an, soit 3420 euros au cours d'une vie, sans prendre en compte les anti-douleurs, les différents sous-vêtements et linges de lit, qui peuvent être abîmés par le sang des règles.

Selon une étude sur la précarité menstruelle conduite en février 2021, 5% des étudiantes déclarent utiliser du papier toilette ou de l'essuie-tout comme protection menstruelle (53).

Jusqu'en 2015 les protections menstruelles étaient taxées à 20 % par la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), comme pour les produits de luxe.

Afin de lutter contre cette précarité menstruelle, le gouvernement a mis en place depuis février 2021 un système de protections menstruelles gratuites dans les universités (54).

Retour aux protections lavables

Depuis quelques années, les protections lavables reviennent au goût du jour, notamment chez les femmes jeunes.

En effet, en 2021, 21% des étudiantes déclarent utiliser des culottes menstruelles, 14% des serviettes périodiques lavables et 20% une coupe menstruelle.

Ceci s'explique par plusieurs facteurs.

Tout d'abord par une méfiance vis à vis de la composition des protections menstruelles jetables, dont nous parlerons par la suite.

Ensuite par l'empreinte écologique que représentent toutes ces protections jetables. Une femme qui utilise des tampons en portera en moyenne 11 000 dans sa vie, ce qui est non négligeable à l'échelle planétaire (55).

Règlementation des protections menstruelles

Ces produits utilisés fréquemment par les femmes ont des réglementations différentes selon les pays.

En Corée, la réglementation est proche de celle des médicaments.

Les Etats-Unis quant à eux définissent les protections menstruelles comme des dispositifs médicaux et sont donc réglementées par la Food and Drug Administration (FDA).

En France et en Europe, les produits d'hygiène intime sont considérés comme des produits généraux. Ils ne relèvent ainsi d'aucune réglementation spécifique en ce qui concerne leur composition, leur fabrication ou leur utilisation (56,57).

c) Conseils pratiques

Il est recommandé de changer de tampon périodique ou de vider sa coupe menstruelle toutes les six heures au maximum. Il faut éviter de dormir avec un tampon ou une coupe menstruelle.

L'utilisation de serviettes hygiéniques en dehors des périodes de menstruations est à limiter (22–27).

d) Types de protections menstruelles

Il existe des protections internes et externes. Les protections internes comprennent les tampons et les cups (coupes menstruelles). Les protections externes incluent les protège-slips, les serviettes et les culottes menstruelles.

Plusieurs facteurs semblent influencer le type de protection menstruelle utilisé.

L'âge.

91% des femmes de 13 à 24 ans déclarent utiliser des serviettes hygiéniques. La majorité des femmes de plus de 25 ans utilisent quant à elles des protections internes type tampon ou cup (57).

Une étude de 2021 portant sur 6 518 étudiantes françaises montre que 78% d'entre elles utilisent des serviettes jetables, 46% des tampons, 21% des culottes menstruelles et 20% utilisent une cup (53). A noter qu'une femme peut utiliser plusieurs types de protections, ce qui explique ces pourcentages.

L'origine ethnique et la culture.

Aux Etats-Unis, les femmes blanches utilisent plus de tampons que les femmes latino- et afro-américaines (58). Ces dernières semblent utiliser plus de protections externes de type serviettes jetables.

e) Risques

Syndrome du choc toxique menstruel

L'utilisation de protections hygiéniques internes peut comporter des risques.

La complication la plus grave est le syndrome du choc toxique menstruel (SCT).

Le SCT est due à la sécrétion d'une toxine, la Toxic Shock Syndrome Toxin - 1 (TSST-1), par des bactéries de type *Staphylococcus aureus* chez des femmes porteuses de cette bactérie au niveau vaginal (1 à 5% des femmes).

La prolifération des Staphylocoques est liée à la stagnation du sang menstruel dans le vagin, créant un milieu de culture favorable pour ces bactéries.

Cette toxine traverse la muqueuse et arrive dans la circulation générale. Elle peut alors entraîner un choc toxique voire le décès, chez certaines femmes prédisposées (10 à 20% des femmes ne possèdent pas d'anticorps contre la toxine TSST-1) (59).

Ce syndrome fut notamment médiatisé lors de l'affaire « Rely », une marque de tampons commercialisée aux Etats-Unis dans les années 1980. Celle-ci avait provoqué 600 cas de chocs toxiques et une centaine de décès en lien avec une capacité d'absorption trop importante. En effet, le pouvoir absorbant des tampons est également un facteur de risque du SCT en favorisant une augmentation de son temps de port.

Le risque de choc toxique est significativement augmenté à partir de six heures consécutives de port d'un tampon (59,60). Or, si la plupart des femmes changent leur tampon toutes les quatre à cinq heures en journée, 79% d'entre elles gardent leur tampon toute la nuit soit environ huit heures (57).

Le tampon n'est malheureusement pas le seul responsable des chocs toxiques menstruels. Par le même mécanisme de stagnation du sang menstruel, la cup peut également être à l'origine de cette complication (61).

En France, 20 femmes sont atteintes de ce syndrome chaque année. Ce nombre est probablement sous-estimé. En effet, le SCT n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en France. De plus, il est encore peu abordé au cours des études médicales. Mal connu des médecins français, son diagnostic peut encore aujourd'hui être difficile à poser.

Composition des protections jetables

Un autre problème se pose dans le cadre des protections menstruelles. En France, la composition des tampons n'est toujours pas documentée sur les emballages malgré la demande des consommatrices (62).

L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ainsi que d'autres laboratoires indépendants se sont intéressés à la composition des tampons.

Les analyses menées retrouvent entre autres, la présence de perturbateurs endocriniens de type phtalates et de substances cancérigènes comme les dioxines (63).

Les protège-slips et serviettes hygiéniques contiennent quant à eux des Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques (HAP) cancérigènes ainsi que des pesticides dont l'utilisation est interdite en Europe, tels que le lindane, l'hexachlorobenzène ou le quintozone.

La plupart de ces substances sont à un taux inférieur aux seuils sanitaires selon l'ANSES. Celle-ci recommande tout de même de réaliser des études supplémentaires sur la santé des femmes et conseille d'éliminer ces substances dangereuses de la composition des protections hygiéniques.

Le processus de blanchiment des protections menstruelles utilise parfois des dérivés chlorés, ce qui engendre également la production de dioxines et de furanes, substances cancérigènes (57).

Conséquences de l'utilisation fréquente ou prolongée de serviettes hygiéniques

Plusieurs études s'intéressent aux protections hygiéniques externes et notamment leur lien avec la survenue de mycose ou de vaginoses.

En théorie, le port prolongé ou fréquent de serviettes hygiéniques augmenterait la température des organes génitaux externe et en empêcherait une aération correcte, entraînant ainsi une susceptibilité aux infections. Une cohorte de 2004 mettait en évidence un lien entre l'utilisation de serviettes et la survenue de mycoses récidivantes (64).

Une étude de 1997 ne retrouvait pas de modification de la flore labiale chez les patientes utilisant quotidiennement des serviettes hygiéniques mais cette même étude était sponsorisée par « Procter and Gamble », la plus grosse compagnie de protections menstruelles américaine (65). Cependant, une méta-analyse de 2014 ne retrouve également pas d'association entre le port fréquent de serviettes et le risque de vaginose ou de mycose (66).

4) Epilation intime

a) Histoire de l'épilation

La pratique de l'épilation corporelle n'est pas nouvelle. « En France, du Moyen-Âge au XVIe siècle, les femmes aisées pratiquaient l'épilation intégrale, un usage qu'avaient découvert les croisés en Orient. On comptait ainsi 26 bains chauds à Paris en 1292, c'est dans ces "étuves" qu'était pratiquée l'épilation. »

En effet, dans la religion musulmane, les poils sont considérés comme sales car ils retiennent les sécrétions. Leur présence est signe d'impureté. L'épilation du pubis est donc systématique dans les deux sexes (67).

En revanche, le christianisme prône un respect de l'être humain tel que créé par Dieu. Le poil sert à cacher les parties honteuses et l'épilation n'est donc pas recommandée.

Celle-ci est ensuite délaissée et il faut attendre le XXe siècle pour que l'épilation regagne en popularité. En effet, les modifications vestimentaires sont à l'origine du regain de l'épilation : décolletés, maillots de bain, bas en nylon.

b) Sociologie et culture

Une enquête de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) conduite en 2014 montre que 85% des femmes françaises interrogées s'épilent régulièrement les parties intimes (68). La pratique de l'épilation féminine a augmenté considérablement pendant les 50 dernières années en France. En effet, il existait 2 300 salons pratiquant l'épilation en 1971, contre 14 000 en 2001 (67). Une étude anglaise a également montré que l'incidence d'épilation intime était de 33.2 % en 2003 contre 87.1% en 2013 (69).

Son essor s'inscrit dans un contexte sociologique. Il existe une volonté d'accentuer la différence entre « mâle » et « femelle » et ceci passe notamment par l'épilation. Dans la culture actuelle, la féminité est représentée par un corps glabre. Anthony Synnott, professeur de sociologie et d'anthropologie, déclarait en 1987 que ce qui est beau pour un sexe est affreux pour l'autre : « ce qui fait la fierté du jeune homme fait la honte de la femme. [...] Les hommes ne valorisent pas leur chevelure et leurs poils faciaux mais ils valorisent leurs poils sur le torse. Les femmes dévalorisent leurs poils corporels mais valorisent leur chevelure. » (70). Pourtant, la pilosité pubienne est un caractère sexuel secondaire et représente de ce fait le passage du statut de fille à celui de femme.

Au Japon, la diffusion de peintures et romans-photos pornographiques est largement répandue. Paradoxalement, la représentation des poils pubiens est considérée obscène et sa censure était encore récemment fréquente (67).

L'épilation féminine a été propagée par les médias et s'est banalisée. On constate que les femmes qui s'épilent lisent plus de magazines féminins et regardent plus de séries télévisées que les autres (71). Dans son livre « Les sens du poil », Christian Bromberger explique que les poils représentent le dru, l'animal, la sauvagerie et la puanteur. La société actuelle valorise quant à elle le lisse, la netteté et la désodorisation, entraînant une progressive aseptisation des corps. Le corps n'est pas acceptable tel qu'il est (10,67,71).

Cette injonction à s'épiler peut également être renforcée par les préférences de notre partenaire sexuel. Une enquête IFOP de 2014 montre que 77% des hommes interrogés souhaitent que leur partenaire s'épile le pubis (68).

On note cependant une tendance actuelle à une diminution de l'épilation pubienne. En effet, une étude de 2021 montre que 72% des femmes s'épilent les parties intimes contre 85% en 2013 (72).

c) Conseils pratiques

Comme pour l'épilation corporelle en général, chaque femme a le droit de s'épiler ou non selon ses préférences esthétiques. Il est seulement recommandé d'utiliser une méthode d'épilation sûre et n'occasionnant pas de blessure ou de cicatrice (23,24).

d) Physiopathologie

A l'origine, le poil avait chez l'être humain une fonction de thermorégulation comme chez les autres mammifères (67). Au fil de l'évolution, cette fonction a disparu.

Alors que les cils et sourcils protègent les yeux de la transpiration et des corps étrangers, que les cheveux protègent le cuir chevelu et la nuque du soleil et des chocs, le rôle des poils pubiens est encore peu connu (73).

Leur apparition survient à la puberté dans les deux sexes comme caractère sexuel secondaire. Cela pourrait permettre de montrer au partenaire que la maturité sexuelle est acquise et que la reproduction est possible. Ils auraient également un rôle barrière pour éviter l'entrée de corps étrangers dans le vagin. Certaines théories suggèrent que l'odeur des poils pubiens favoriserait l'attractivité sexuelle en stockant les phéromones (74).

e) Motivations

Lorsque les femmes sont questionnées sur leurs motivations à s'épiler, plusieurs raisons sont évoquées. Un critère principal est celui de l'attractivité sexuelle auprès de son partenaire. Les femmes ayant un partenaire sexuel sont plus sujettes à s'épiler (71). Les autres raisons pour s'épiler évoquées par les femmes comprennent le fait de « se sentir propre », l'augmentation du sentiment de féminité et l'adhérence aux normes sociales (75).

Les caractéristiques des femmes pratiquant une épilation plus extensive et plus fréquente sont : un âge jeune, un poids insuffisant ou normal et une activité sexuelle plus fréquente. De plus, les femmes qui débutent une activité sexuelle à un âge jeune ont tendance à réaliser plus d'épilations intégrales (76).

f) Méthodes d'épilation

Aux Etats-Unis, le rasage est la méthode la plus fréquente (73%) suivie de la coupe aux ciseaux (17.5%), l'épilation à la cire (4%), la crème dépilatoire, le laser et l'électrolyse (75).

g) Complications

Blessures

Une étude américaine conduite en 2017 se penche sur la survenue de blessures en lien avec l'épilation du pubis. Au total, parmi les personnes pratiquant l'épilation du maillot, 25.6% rapportent une blessure et 1.4% mentionnent une blessure grave nécessitant des soins médicaux. Ces blessures sont majoritairement représentées par les coupures, les brûlures et les éruptions cutanées. Ce risque semble augmenter si la personne s'épile en position allongée sur le dos ou si l'épilation est réalisée par un tiers (77).

Infections

La complication infectieuse la plus fréquente est la folliculite. Elle est secondaire à une infection à *Staphylococcus aureus* du follicule pileux par auto-contamination ou contamination du matériel d'épilation. Mal ou non traitée, la folliculite peut se compliquer en abcès.

Une étude française a montré un lien entre épilation et augmentation du risque de *Molluscum contagiosum* pubien. L'infection à *Molluscum contagiosum* pourrait selon les auteurs être favorisée par les microtraumatismes subis lors de l'épilation, favorisant l'entrée du virus (78).

Des études évaluent le lien entre épilation et IST comme la chlamydia, le gonocoque et le VIH. Les résultats sont contradictoires.

Les premières études montraient une augmentation significative de l'incidence des IST entre les personnes épilées et non épilées (79,80). Cependant, ces études présentaient certains biais, en se basant notamment sur une auto-déclaration sans confirmation biologique et en n'ajustant pas les résultats en fonction de la fréquence des rapports sexuels qui peut être majorée chez les personnes épilées.

Une étude récente de 2019 infirme cette majoration du risque d'IST (81).

Complications dermatologiques

Celles-ci comprennent la survenue de poils incarnés, d'eczéma de contact et de pigmentation ou dépigmentation cutanée, notamment dans le cadre de l'épilation au laser.

Dysplasie et néoplasie vulvaire

Une étude allemande publiée en 2017 a étudié le lien entre l'épilation et le risque de survenue de dysplasie vulvaire et de cancer de la vulve. En effet, entre les années 1970 et aujourd'hui, l'incidence de néoplasies intra-épithéliales vulvaires (NIV) a été multipliée par cinq. Les résultats de l'étude montrent une augmentation significative du risque de NIV chez les femmes s'épilant le pubis en comparaison avec celles ne s'épilant pas. Un facteur confondant de cette étude est cependant à signaler : l'infection à HPV qui est un facteur de risque majeur de dysplasie vulvaire n'a pas été confirmée sur les prélèvements (82).

h) Avantage

Bien que l'épilation soit à l'origine de multiples complications, celle-ci présente tout de même un avantage : la diminution drastique de l'incidence des morpions ou poux du pubis. En effet, une étude anglaise a montré que l'incidence de la pédiculose pubienne est passée de 1.82% en 2003 à 0.07% en 2013 ($p < 0.001$). Ceci s'explique aisément par la perte de l'habitat naturel du pou du pubis, à savoir, le poil (69).

5) Hygiène aux toilettes

a) Histoire

Chez les Grecs, l'essuyage se faisait à l'aide de pierres ou de coquillages. Selon Aristophane : « Trois pierres peuvent suffire pour se torcher le cul si elles sont raboteuses. Polies, il en faut quatre. »

Les Romains créent les latrines publiques. Ce sont des lieux de convivialité, les toilettes privées sont rares. Pour s'essuyer, il était utilisé des éponges fixées à un bâton en bois qui étaient ensuite rincées et placées dans une bassine d'eau salée ou vinaigrée.

Au Moyen-Âge, les classes riches s'essuyaient avec des tissus comme le chanvre, le lin et parfois le coton ou la dentelle. Le reste de la population utilisait de l'eau froide pour se rincer. L'hiver, les plus pauvres s'essuyaient avec leurs chemises. Les déjections étaient recueillies dans des pots de chambre puis jetées dans la rue par les fenêtres.

Au XVII et XVIIIème siècle, apparaissent les premiers cabinets salubres appelés « lieux d'aisance ».

Le bidet est inventé au XVIIIème siècle en France et son utilisation devient habituelle au XXème siècle.

Les toilettes privées telles que nous les connaissons se développent au XIX^{ème} siècle. C'est à cette période que sont créés les urinoirs publics et le vaste réseau d'égouts à Paris. La chasse d'eau, quant à elle, est inventée puis perfectionnée à la fin du XIX^{ème} siècle.

L'invention du papier toilette se fait en 1857 par l'américain Joseph Cayetti. Celui-ci se modifie au cours des années. En 1891, Seth Wheeler le met sur rouleau et invente également les lignes de perforations pour détacher plus facilement les feuillets. En 1935, Northern Tissue fait disparaître les quelques échardes qui pouvaient rester sur le produit fini.

L'utilisation courante du papier toilette n'est pas immédiate. En France, le papier toilette est d'abord considéré comme un produit de luxe. Les français utilisent majoritairement du papier journal jusque dans les années 1960. Aux États-Unis, le catalogue Sears Roebuck largement distribué était également un choix populaire jusqu'à ce qu'il commence à être imprimé sur papier glacé (à tel point que certaines personnes ont écrit à l'entreprise pour se plaindre). Les premiers rouleaux vendus dans les années 50 sont rêches ou très fins. Dans les années 1970, la ouate de cellulose commence à être utilisée. Le papier prend alors un aspect similaire à celui que nous utilisons aujourd'hui et se retrouve dans tous les foyers (83,84).

b) Sociologie et culture

L'hygiène après un passage aux toilettes diffère selon les pays et les cultures.

On estime que 70% de la population mondiale utilise de l'eau pour se laver après un passage aux toilettes. Le lavage peut être réalisé à l'aide de bidets, de « douches bidets » ou de toilettes à pulvérisation comme les célèbres modèles japonais. Les plus pauvres se contentent souvent d'un tuyau ou d'un seau rempli d'eau. Les sociétés musulmanes et hindoues encouragent le lavage à l'eau après la défécation. L'utilisation de la main gauche est requise pour cette action. La main droite est utilisée pour la réalisation de tâches plus nobles (serrer la main, servir un plat...) et ne doit donc pas être souillée par les déjections (83,85).

En Europe et aux États-Unis, le papier toilette seul est majoritairement utilisé de nos jours. L'utilisation de lingettes humides jetables est également pratiquée.

Quant au type de toilettes, plus des deux tiers du globe utilisent des « toilettes turques ». Celles-ci consomment peu d'eau et sont hygiéniques car ne nécessitent pas de contact direct avec le siège. Les pays développés quant à eux, utilisent plutôt des toilettes siège.

c) Conseils pratiques

Il est recommandé pour les femmes de s'essuyer d'avant en arrière après un passage à la selle, d'uriner après les rapports sexuels et de se laver les mains à l'eau et au savon après chaque passage aux toilettes (22–27).

d) Physiopathologie

L'essuyage de l'arrière vers l'avant (de l'anus vers la vulve) a souvent été incriminé comme étant un facteur de risque de cystite à répétition. Sur le plan physiopathologique, la majorité des infections urinaires sont liées à des entérobactéries, notamment *Escherichia coli* dans 90% des cas (86). Les cystites seraient donc la conséquence d'une auto contamination par des germes digestifs, notamment après un passage à la selle. Cette contamination est favorisée chez la femme par la proximité de l'anus avec l'orifice urétral et de la courte longueur de l'urètre (87).

e) Littérature

Les recommandations européennes d'urologie de 2017 mentionnent le rôle de l'essuyage dans le cadre des infections urinaires récurrentes. Celles-ci parlent de « modifications comportementales » à adopter comme « l'essuyage de l'avant vers l'arrière après passage à la selle » mais précisent cependant que les études réalisées sur ce sujet n'ont pas permis de retrouver une association avec les cystites récidivantes (88).

La Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPIILF) quant à elle ne mentionne pas la technique d'essuyage dans les règles hygiéno-diététiques à adopter pour prévenir les cystites. Les règles d'hygiène préconisées sont : la régularisation du transit, les mictions non retenues, les mictions post-coïtales, l'arrêt des spermicides et l'apport hydrique suffisant (86).

Dans la littérature, quelques études se sont penchées sur la question de l'hygiène aux toilettes.

Une étude indienne de 2016 montre une augmentation significative de la récurrence de cystites lors de l'essuyage de l'arrière vers l'avant (89).

Une étude saoudienne de 2016 retrouve une majoration du risque de cystites récidivantes de 2.6 fois chez les femmes s'essuyant de l'arrière vers l'avant (90).

Une étude Jordanienne de 2017 retrouve une majoration du risque de cystite chez les femmes se lavant le périnée de l'arrière vers l'avant (91).

Une étude britannique de 2006 montrait que 44% des femmes interrogées avaient pour habitude de s'essuyer de l'arrière vers l'avant. Cette même étude retrouvait un pourcentage significativement plus élevé de cystites chez les femmes s'essuyant de l'arrière vers l'avant (92).

Plusieurs limites sont à mentionner concernant ces articles. Les études restent très peu nombreuses sur le sujet de l'essuyage. La qualité de ces études est insuffisante. Un seul article européen s'est penché sur le sujet et portait uniquement sur les femmes enceintes (92).

Une étude américaine publiée en 2000 ne retrouve pas d'association entre le sens d'essuyage et la survenue de cystites (93).

De plus, d'autres facteurs de risques ont une association plus forte et démontrée avec la survenue de cystites récidivantes : la fréquence des rapports sexuels, l'utilisation de spermicides, les antécédents familiaux d'infection urinaire, l'apport hydrique insuffisant etc.

D'autres études seraient donc nécessaires afin de démontrer ou d'infirmer le rôle de l'essuyage de l'arrière vers l'avant dans la survenue des infections urinaires féminines.

Par ailleurs, peu d'études ont cherché un lien entre vulvo-vaginites et essuyage. Une seule étude recommande l'essuyage de l'avant vers l'arrière pour prévenir les vulvo-vaginites. (27)

6) Habitudes vestimentaires

Parmi les conseils donnés aux femmes concernant leur hygiène intime, l'éviction du port de sous-vêtements synthétiques et de pantalons trop serrés est souvent citée.

a) Histoire et sociologie

Les premiers sous-vêtements sont apparus dans l'Antiquité. Ils se composaient chez les femmes d'une culotte courte et d'une bande de tissu compressive autour de la poitrine, afin d'obtenir une silhouette androgyne comme le voulait la mode de l'époque.

Au Moyen-Age, les hommes portaient des culottes. Celles-ci s'apparentaient à des braies et des caleçons courts. Les femmes portaient quant à elles de longues chemises blanches. Elles utilisaient des bandages attachés à la taille par une ceinture, lors des menstruations.

Le port de la chemise devint mixte au XVème siècle. Celle-ci était composée de lin ou de chanvre et permettait d'éviter les frictions avec les vêtements rugueux.

Le port de la culotte quant à lui restait masculin. L'expression « porter la culotte » est apparue à la fin du

XVIème siècle quand des femmes ont revendiqué le droit de la porter.

C'est seulement au XIXème siècle que les femmes en obtiennent l'autorisation. Initialement, elle est autorisée pour faire de la bicyclette ou des bains de mer. La culotte féminine se présentait alors comme un pantalon de lingerie porté sous les jupons et fendu à l'entre-jambe. Les premiers soutiens-gorge sont apparus à la fin du XIXème siècle sous le nom de « corselet-gorge ».

La lingerie telle que nous la connaissons aujourd'hui a d'abord été utilisée par les « cocottes » au début du XXème siècle. Elle avait alors une connotation péjorative. Au cours du temps, la culotte pantalon populaire devint de plus en plus courte jusqu'à l'invention de la culotte sans jambe. Celle-ci fut créée par Etienne Valton en 1918. Il fonda l'entreprise « Petit Bateau » en 1920. Les premières culottes étaient en coton et de couleur blanche ou rose, le noir étant réservé aux femmes « peu respectables » à l'époque.

Dans les années 1930, l'évolution des sous-vêtements fut rapide. Le soutien-gorge fut amélioré avec l'ajout de tailles de bonnet et d'élastiques sur les bretelles. Les matières synthétiques firent leur apparition comme le nylon, la viscose et le latex, plus élastiques et faciles à laver.

La lingerie érotique en prêt à porter débuta dans les années 1950 avec l'apparition des soutiens-gorge à balconnets ainsi que des guêpières qui sont la version moderne du corset.

Dans les années 1970, les femmes revendiquent la liberté de leurs corps. Le soutien-gorge est délaissé et les culottes s'affinent.

Le port du string se propage dans les années 1980. Il était auparavant majoritairement utilisé par les prostituées. Dans les années 1990, il est remplacé par le slip brésilien (94).

La mode des sous-vêtements a ainsi beaucoup évolué en un siècle. Aujourd'hui, tous les types de sous-vêtement se vendent. Concernant leur composition, l'union des industries textiles déclare que les fibres synthétiques sont deux à trois fois plus produites que le coton ou la laine (95).

b) Conseils pratiques

Les sous-vêtements en matières non synthétiques comme le coton sont recommandés afin de favoriser une bonne aération. Ils doivent être changés une fois par jour et il est conseillé de ne pas en porter la nuit. Les pantalons serrés sont également déconseillés (22,23,27,93,96).

c) Physiopathologie

Le fait de porter des sous-vêtements synthétiques ou des pantalons serrés joue un rôle occlusif ce qui entraîne une élévation de la température et de l'humidité périnéale (23). Ceci favorise la macération, les frottements et modifie le pH cutané. Ces changements peuvent alors fragiliser la barrière cutanée vulvaire et favoriser certaines infections bactériennes ou fongiques (88). Le contact avec les matières synthétiques peut également favoriser la survenue de dermatites allergiques et de réactions d'hypersensibilité, ce qui peut altérer la flore vaginale (23–25,97).

d) Littérature

A ma connaissance, aucune étude n'a analysé l'impact seul des sous-vêtements sur la santé des femmes. Le retentissement du type de sous-vêtements portés a été évalué parmi de nombreux autres facteurs de risques dans des études sur les vaginoses bactériennes, les mycoses ou les cystites.

Une étude de 2010 évalue le lien entre pratiques d'hygiène intime et survenue de vaginose bactérienne. Après ajustement aux facteurs démographiques et aux pratiques sexuelles, elle ne retrouve pas de différence significative entre le port de sous-vêtements en coton et en nylon sur la survenue de vaginose (98).

A propos des mycoses, les études sont plus nombreuses mais peuvent être contradictoires. Le port de pantalons serrés n'a pas été retrouvé comme étant un facteur de risque de mycose (27,97,99). En revanche, une étude américaine montre que le port de collants semble être un facteur de risque de mycose récidivante (64). Les sous-vêtements aérés et en coton sont conseillés par plusieurs auteurs (97,100,101). Cependant, les études effectuées ne retrouvent pas de lien statistique entre le port de sous-vêtements synthétiques et la survenue de mycoses récidivantes (64,101).

En ce qui concerne les cystites, une étude retrouvait un risque significativement augmenté de cystite récidivante chez les femmes portant des sous-vêtements en une matière autre que du coton plus de quatre fois par semaine (93). Une étude Saoudienne de 2016 ne retrouve en revanche pas de différence significative pour la survenue de cystites récidivantes en fonction de la matière des sous-vêtements. (90)

Par ailleurs, une étude de 2019 montre que les femmes portant souvent des pantalons serrés (plus de quatre fois dans la semaine) ont deux fois plus de risque d'être atteintes de vulvodynies que celles n'ayant pas l'habitude d'en porter (102).

e) Limites des études

De nombreux facteurs de confusion peuvent influencer les résultats des études concernant l'habillement et la survenue de vaginoses, mycoses et cystites. En effet, le microbiote vulvo-vaginal est modifié par de nombreux autres facteurs : génétiques, hormonaux, environnementaux et pharmacologiques. Il paraît donc complexe de réaliser une étude contrôlant tous ces facteurs confondants (103).

DEUXIEME PARTIE

MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle et descriptive des pratiques d'hygiène intime des femmes en Pays de la Loire.

2) Population étudiée

Elle concerne les femmes majeures résidant en Pays de la Loire.

3) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont le sexe féminin, l'âge de plus de 18 ans et la bonne compréhension du français. Il n'y a pas de critère d'exclusion.

4) Centres de recueil

Afin de diversifier la population, l'étude a été conduite dans trois types de structures : des cabinets de médecine générale, des pharmacies de ville et un magasin vrac/biologique où des produits d'hygiène intime féminine sont vendus.

Les cabinets médicaux :

- Maison de santé pluriprofessionnelle de l'Estuaire à Trignac : travail avec le Docteur Richard, Docteur Camberlein, Docteur Delorme et Docteur Grégoire
- Cabinet des Docteur Kowalski, Docteur Vandendriessche et Docteur Raimbaut à Rezé
- Cabinet du Sillon de Bretagne des Docteur Oheix, Docteur Pradier, Docteur Getz et Docteur Dagorne à Saint-Herblain
- Cabinet des Docteur Tine, Docteur Goiset et Docteur Jacob à Tillières

Les pharmacies :

- Pharmacie Le Bihen à Trignac
- Pharmacie Godard à Tillières

- Pharmacie Du Sillon à Saint-Herblain

Magasin vrac/biologique :

- Les Jolis Bocaux à Nantes

5) Durée du recueil

Les réponses au questionnaire ont été collectées de décembre 2020 à juillet 2021.

6) Modalités de recueil des données

La période de recueil s'est déroulée pendant l'épidémie de COVID-19. De ce fait, nous avons privilégié des moyens de réponses dématérialisés, notamment l'utilisation d'un Quick Response code (QR code).

Les patientes étaient abordées par le biais d'une affiche format A5 avec la mention « Quelle est votre hygiène intime ? ». Il était précisé en dessous « Ceci est un questionnaire pour une thèse de médecine. Les réponses sont anonymes. Merci de votre participation ! Pour toute question relative à la thèse ou au questionnaire, écrivez à : these.hygieneintime@gmail.com » (Annexe 1).

Dans les cabinets médicaux, l'affiche était présente sur les murs des salles d'attente et posée sur le bureau de consultation. En pharmacie et en magasin vrac/biologique, l'affiche était présentée directement aux femmes.

Ensuite, trois moyens d'accès au questionnaire étaient proposés :

- Par le biais d'un QR code présent au centre de l'affiche

En flashant le QR code de l'affiche, la personne était dirigée directement vers le questionnaire Google Form ou devait cliquer sur un lien la menant au questionnaire.

- Par mail en recevant un lien vers le questionnaire

Le mail suivant était envoyé :

« Bonjour, Comme convenu, je vous envoie le lien vers le questionnaire de ma thèse :

<https://forms.gle/XCUFkfiWowRihAbQ9>

Ce questionnaire est anonyme, il prend moins de 5 minutes et permettra de connaître les habitudes d'hygiène intime des femmes afin de voir si des conseils seraient utiles par la suite,

Merci pour votre participation ! »

- Sous forme papier si la personne ne souhaitait ou ne pouvait pas recevoir d'e-mail ou lire le QR code

7) Questionnaire (Annexe 2)

Le questionnaire a été créé sur Google Forms, logiciel gratuit en ligne. Il a été réalisé sur la base de précédents questionnaires retrouvés dans la littérature (3–5,22,29,98).

Il se divise en 8 parties :

- Caractéristiques de la population
- Hygiène des parties génitales externes
- Hygiène des parties génitales internes
- Protections menstruelles
- Epilation intime
- Technique d'essuyage aux toilettes
- Habitudes vestimentaires
- Question libre éventuelle.

Il contient 25 questions dont 7 facultatives. Les femmes ne s'épilant pas le pubis étaient par exemple dispensées des questions sur la fréquence et la méthode d'épilation.

Le temps de réponse au questionnaire était évalué à moins de cinq minutes.

8) Méthode d'analyse du questionnaire

Le traitement des données a été fait à l'aide du logiciel Google Sheets, d'accès libre et gratuit en ligne.

9) Ethique

Le questionnaire proposé était entièrement anonyme. La réponse au questionnaire était basée sur du volontariat. Après avis auprès du service de Santé Publique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, aucune demande auprès du Comité de Protections des Personnes (CPP) n'a été jugée utile et nécessaire afin de réaliser cette étude.

RESULTATS

1) Description de la population (n=306)

Au total, 306 femmes majeures ont répondu au questionnaire dans son intégralité de décembre 2020 à juillet 2021.

a) Âge

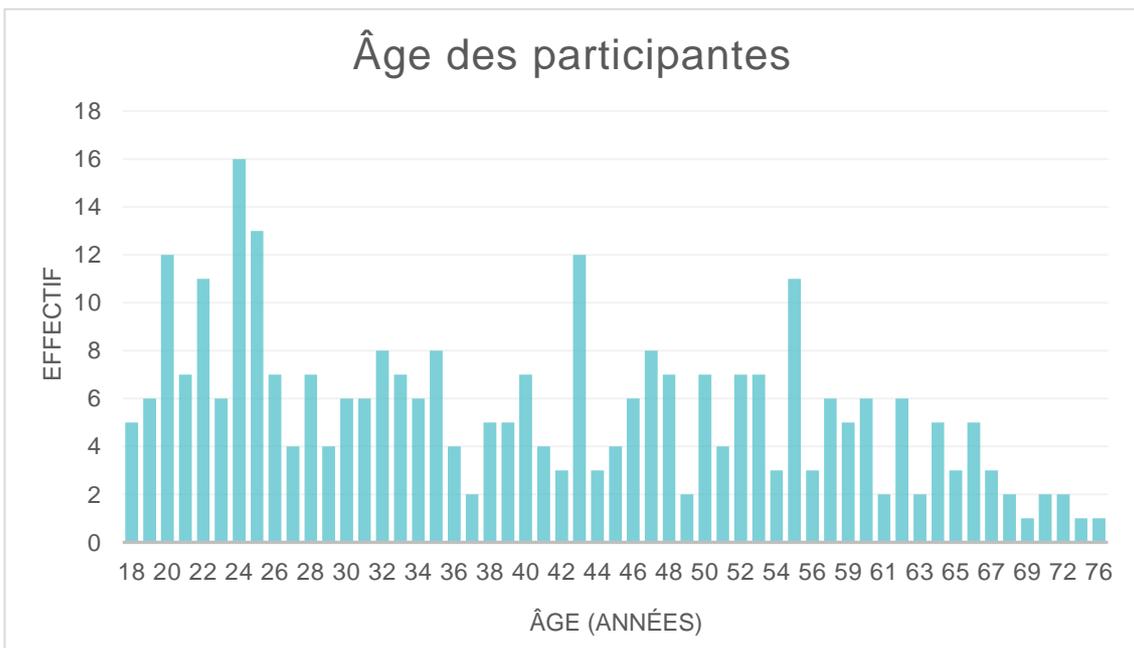


Figure n°1 : Répartition des âges des participantes

L'effectif par tranches d'âge est présenté ci-dessous :

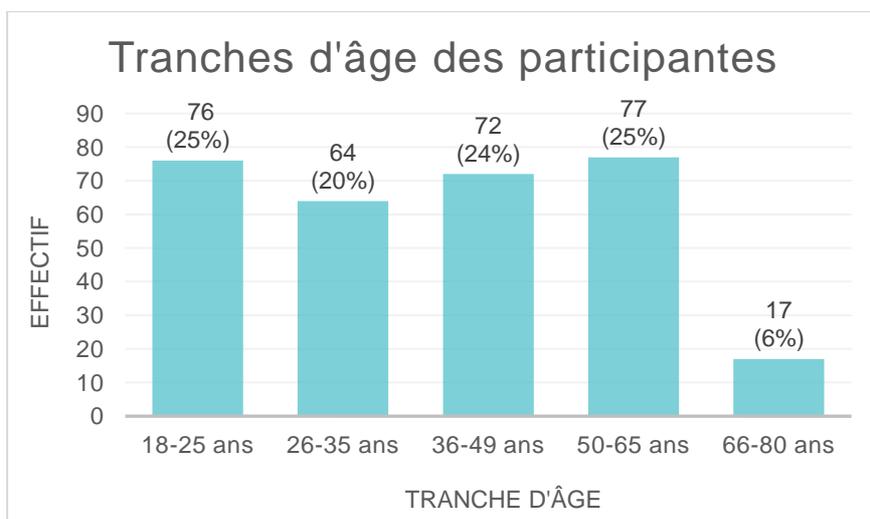


Figure n°2 : Répartition de la population en tranches d'âge

Âge des participantes (n=306)	
Âge minimal (années)	18
Âge maximal (années)	76
Moyenne d'âge (années)	40.08
Médiane d'âge (années)	39

Tableau n°1 : Âges des participantes

Le graphique suivant compare l'âge des femmes des Pays de la Loire (104) et celui des femmes issues de l'étude.

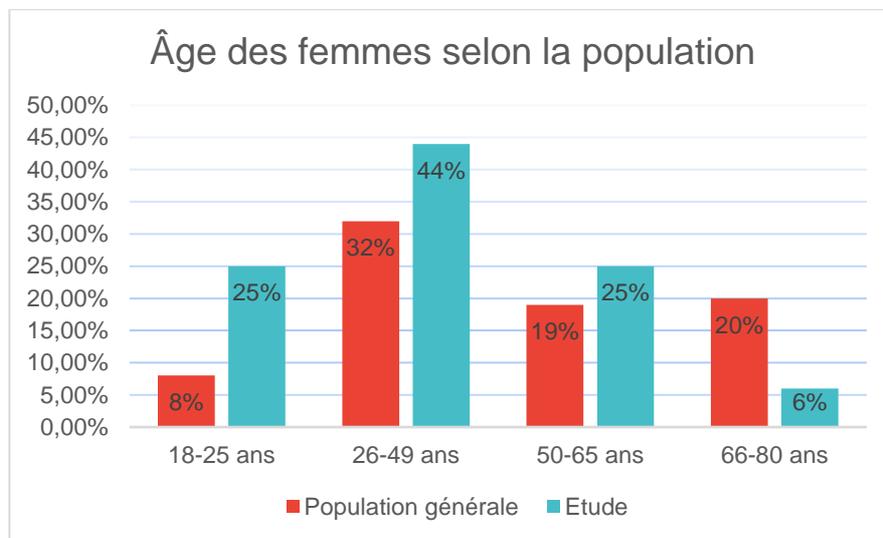


Figure n° 3 : Comparaison de l'âge de la population de l'étude avec celui de la population générale

b) Niveau d'étude

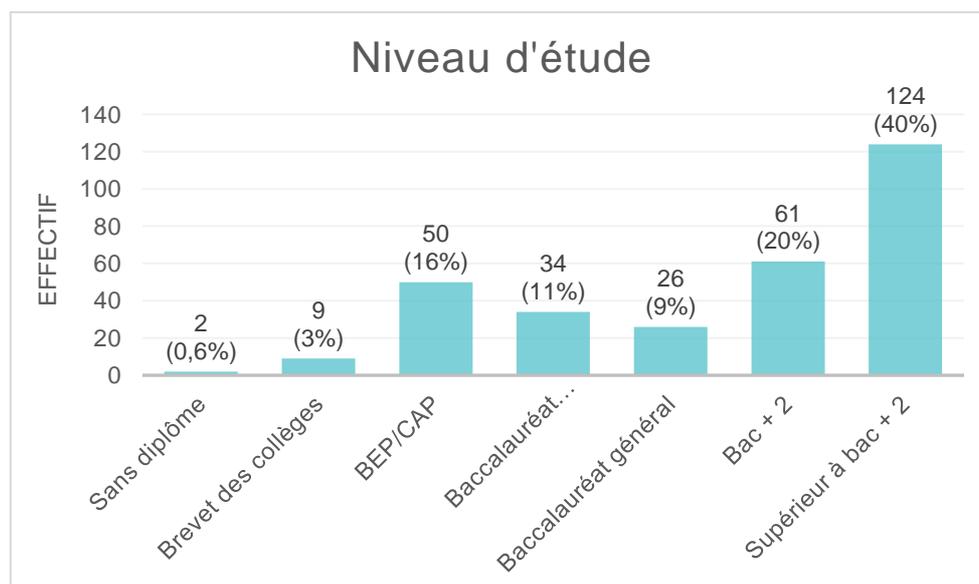


Figure n°4 : Niveau d'étude des participantes

Dans cette étude, 185 femmes ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, soit 60% de l'effectif.

Le graphique suivant compare le niveau d'étude maximal des femmes en Pays de la Loire et celui des femmes de l'étude. (105)

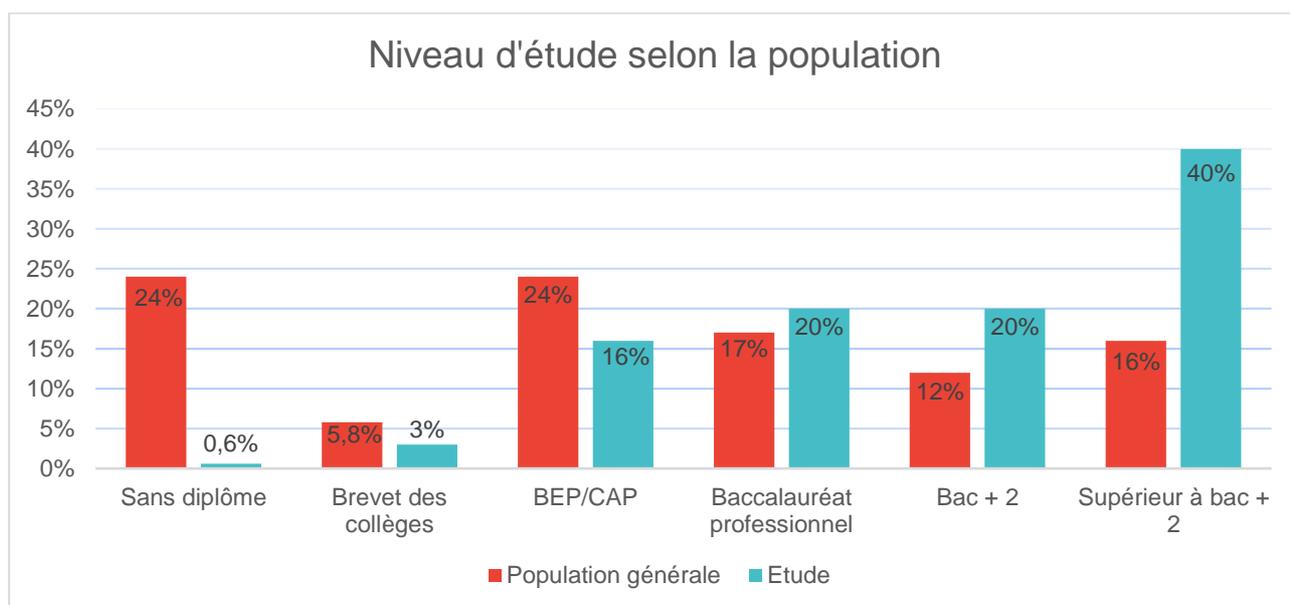


Figure n°5 : Comparaison du niveau d'étude des participantes avec celui de la population générale

c) Pays de naissance

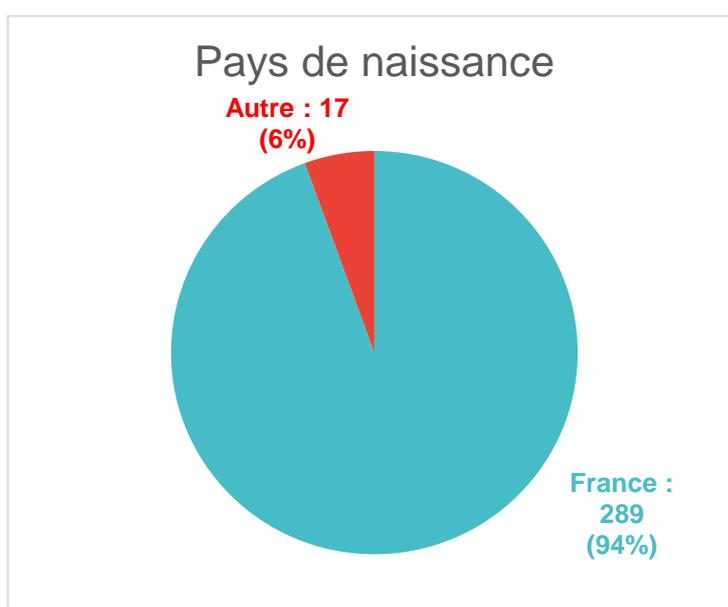


Figure n°6 : Pays de naissance des participantes

Au total, 289 femmes sont nées en France (94%).

17 femmes (6%) sont nées à l'étranger. Leurs pays de naissance sont le Maroc (n=4), l'Algérie (n=3) et (n=1) : la Tunisie, le Nigéria, la Centrafrique, le Sénégal, la République de Maurice, l'Argentine, la Bulgarie, la Hongrie, la Russie et la Corée du Sud.

a) Lieu de recrutement

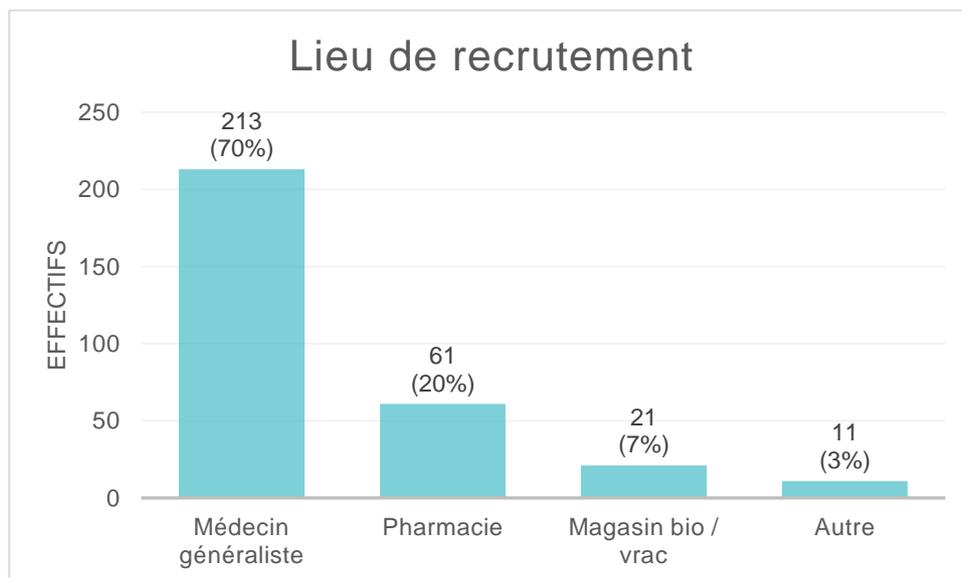


Figure n°7 : Lieu de recrutement des participantes

213 femmes ont été recrutées au cabinet de leur médecin généraliste, 61 femmes lors d'un passage en pharmacie et 21 en magasin bio/vrac. La catégorie « autre » comprend les patientes ayant répondu au questionnaire par le biais d'une amie (n=10) ou de leur fille (n=1) leur ayant transféré le questionnaire.

Lieu de recrutement et niveau d'étude :

Le niveau d'étude moyen diffère selon le lieu de recrutement. En effet, il est du niveau « Baccalauréat » en pharmacie, « Bac +2 » en cabinet de médecine générale et « supérieur à Bac + 2 » en magasin bio/vrac.

d) Grossesse

11 femmes étaient enceintes lors de l'étude soit 3.6% de l'effectif.

2) Lavage des parties externes et utilisation de produits d'hygiène intime (n=306)

a) Fréquence de lavage des parties externes

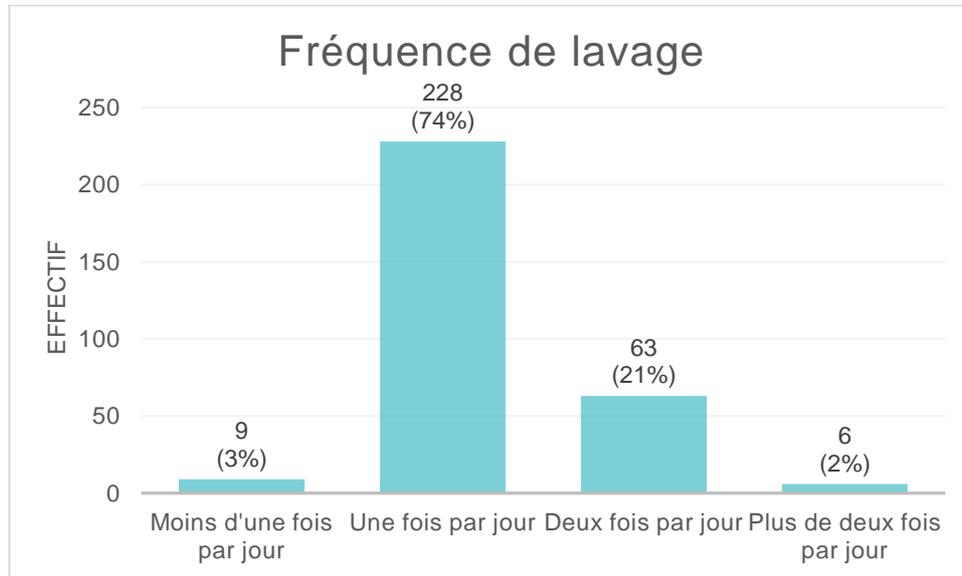


Figure n°8 : Fréquence de lavage des parties externes

291 femmes (95%) se lavent les parties externes une à deux fois par jour.

b) Lavage après un rapport sexuel (n=294)

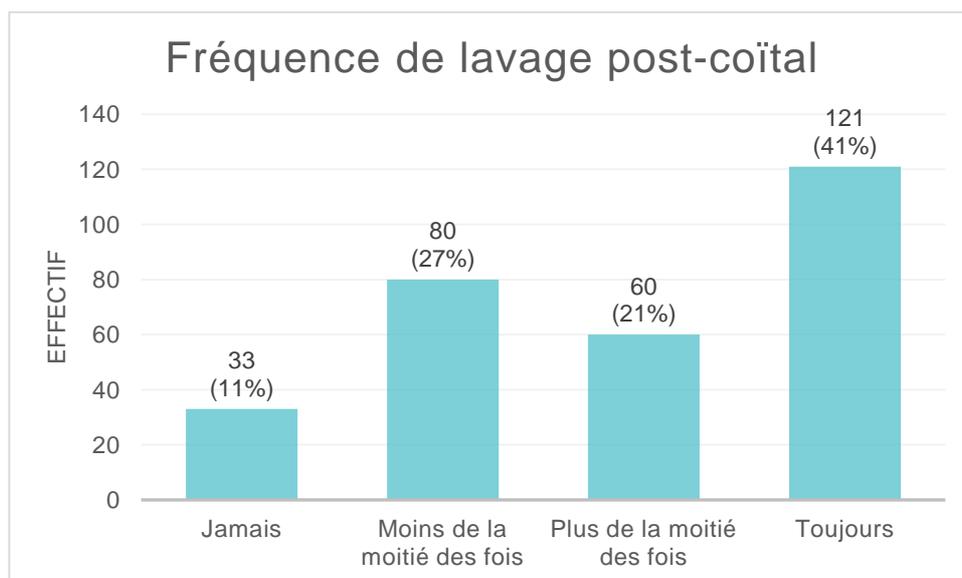


Figure n°9 : Fréquence de lavage après un rapport sexuel

33 femmes (11%) ne se lavent jamais après les rapports sexuels. A noter que 12 femmes n'ont jamais eu de rapport sexuel et ont donc été exclues de ce graphique.

c) Type de produit de lavage des parties externes

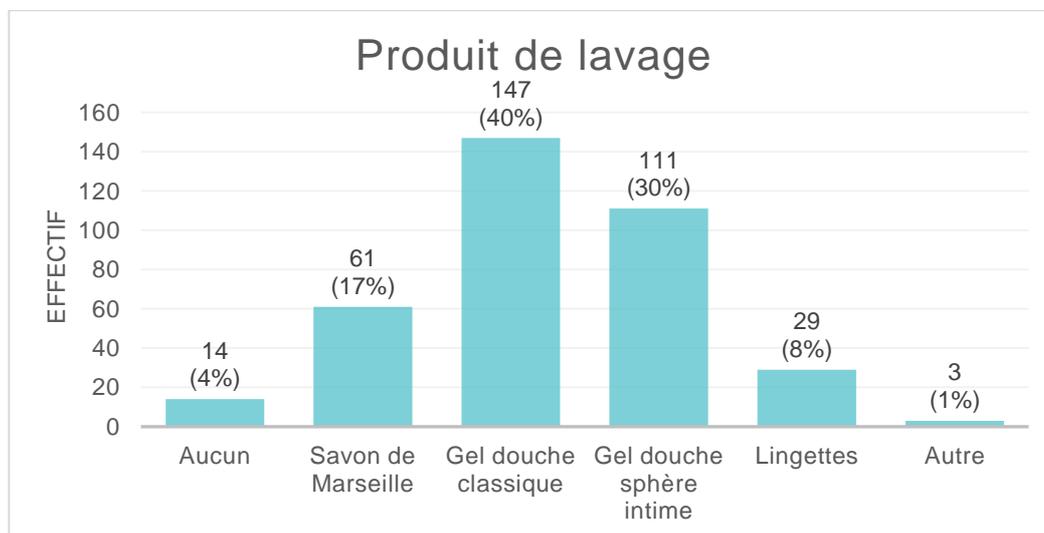


Figure n°10 : Produit de lavage des parties externes

Parmi les 306 femmes de l'étude :

- 111 femmes (30 %) utilisent un gel douche spécial sphère intime.
- 14 femmes (4 %) n'utilisent aucun produit de lavage pour leurs parties génitales externes.

Dans la catégorie « autre », 3 femmes ont cité : le savon au lait de chèvre, le savon au lait d'ânesse et le savon bio pH neutre.

Certaines femmes utilisent plusieurs produits de lavage des parties intimes et ont donc été comptabilisées plusieurs fois dans le graphique, ce qui explique l'effectif total de 365.

3) Utilisation d'autres produits

Cette question concerne l'utilisation de produits d'hygiène intime supplémentaires, en dehors des produits de lavage cités précédemment.

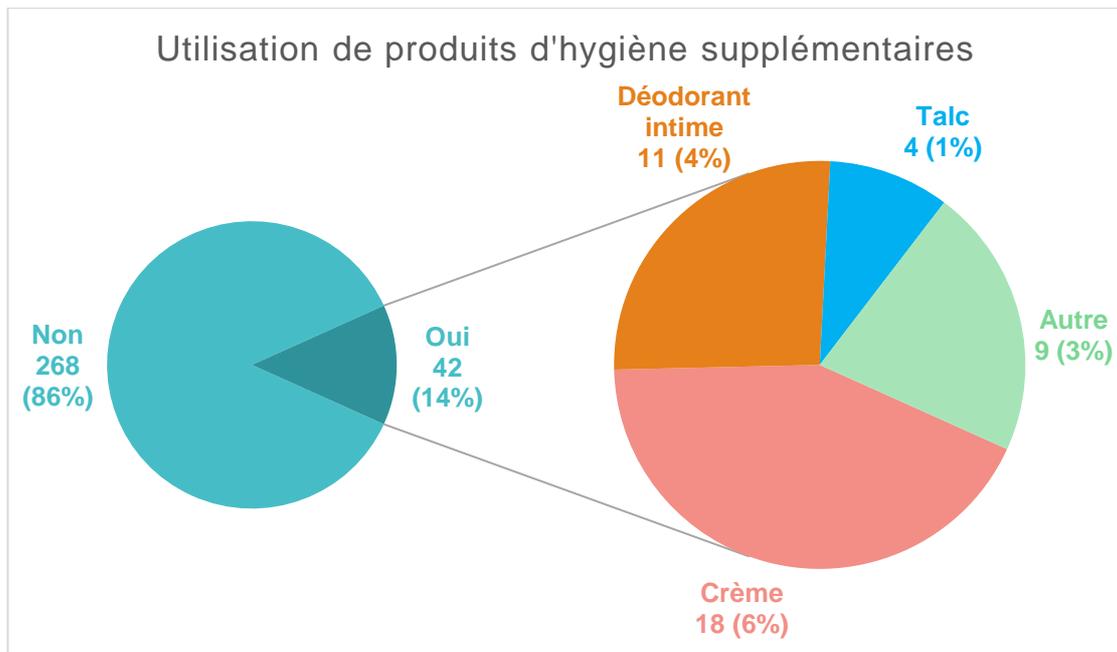


Figure 11 : Utilisation de produits d'hygiène supplémentaires

42 femmes (14%) déclarent utiliser des produits d'hygiène intime complémentaires au lavage.

La catégorie « Autres » contient : du lubrifiant (n=4), de l'huile de coco, de l'huile végétale, de la pommade au calendula, du musc et des lingettes (n=1)

A noter que 3 femmes utilisaient plusieurs produits d'hygiène intime :

- 1 femme utilise de la crème et du déodorant intime
- 1 femme utilise de la crème et du talc
- 1 femme utilise de la crème, du talc et du déodorant intime

Utilisation de produits d'hygiène intime supplémentaire en fonction de l'âge :

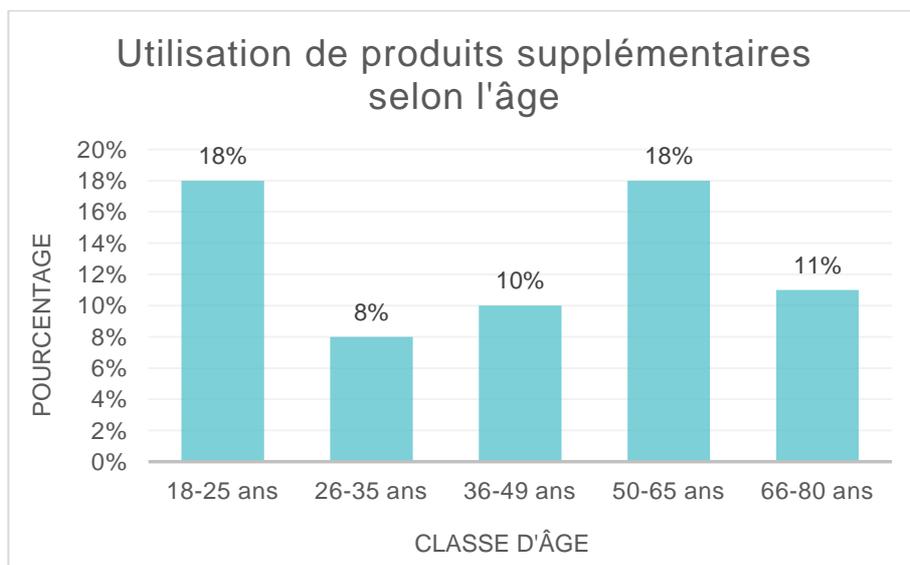


Figure n°12 : Utilisation de produits supplémentaires par tranche d'âge

Les produits d'hygiène intime supplémentaires sont utilisés majoritairement par des femmes de moins de 25 ans et de plus de 50 ans.

Utilisation de produits d'hygiène intime supplémentaire chez les femmes réalisant des douches vaginales :

Parmi les femmes qui réalisent des douches vaginales, 11 femmes (16%) utilisent des produits d'hygiène intime supplémentaires contre 31 (13%) dans le groupe qui ne réalise pas de douches vaginales.

4) Lavage des parties internes

Réalisation de douches vaginales (n=306)

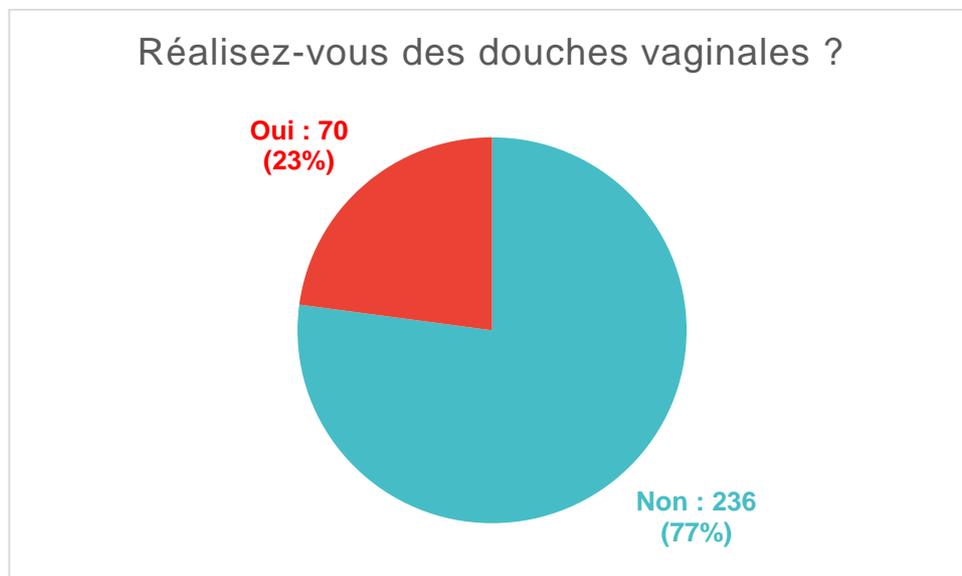


Figure n°13 : Réalisation de douches vaginales

Dans cette étude, 70 femmes (23%) réalisent des douches vaginales, soit près d'une femme sur quatre.

Réalisation de douches vaginales selon l'âge :

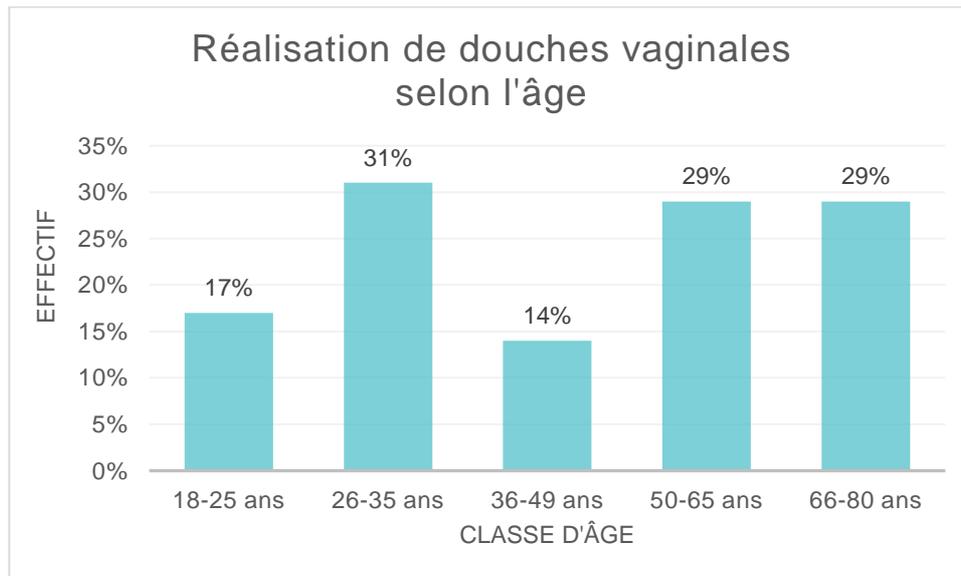


Figure n°14 : Réalisation de douches vaginales par tranche d'âge

La classe d'âge pratiquant le plus de douches vaginales est celle des 26-35 ans (31%). Plus de la moitié des femmes réalisant des douches vaginales ont plus de 35 ans (n=37).

Réalisation de douches vaginales et pays de naissance :

Parmi les femmes nées en France (n=289), 66 pratiquent les douches vaginales soit 22.8%. Chez les femmes nées à l'étranger (n=17), 4 femmes réalisent des douches vaginales soit 23,5% (originaires d'Algérie, de Centrafrique, de la République de Maurice et de Bulgarie).

Réalisation de douches vaginales selon le niveau d'étude :

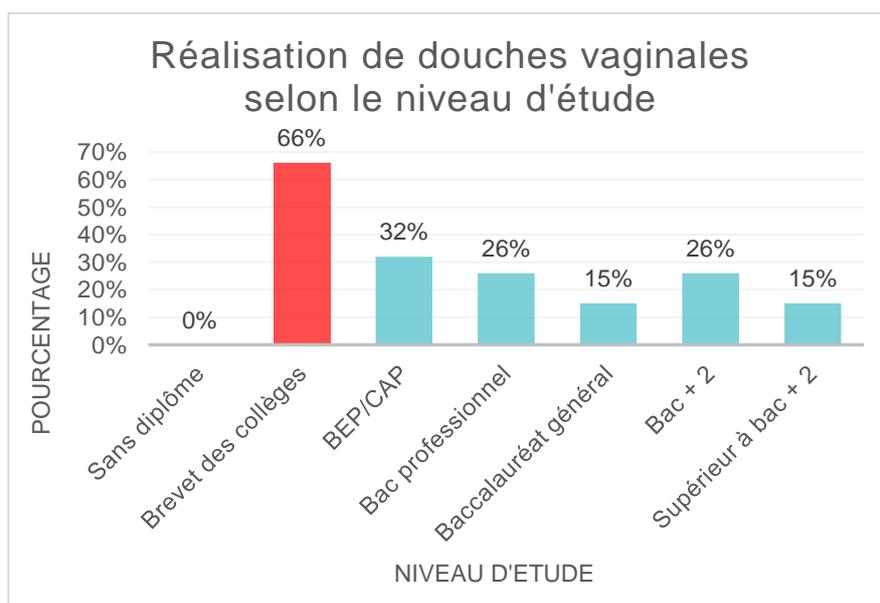


Figure n°15 : Réalisation de douches vaginales selon le niveau d'étude

La proportion de femmes réalisant des douches vaginales augmente chez les femmes ayant un niveau d'étude faible. Dans cette étude, 15% des femmes avec un niveau « supérieur à bac +2 » la pratique contre 66% des femmes avec un niveau « brevet des collèges ».

a) Fréquence des douches vaginales (n=70)

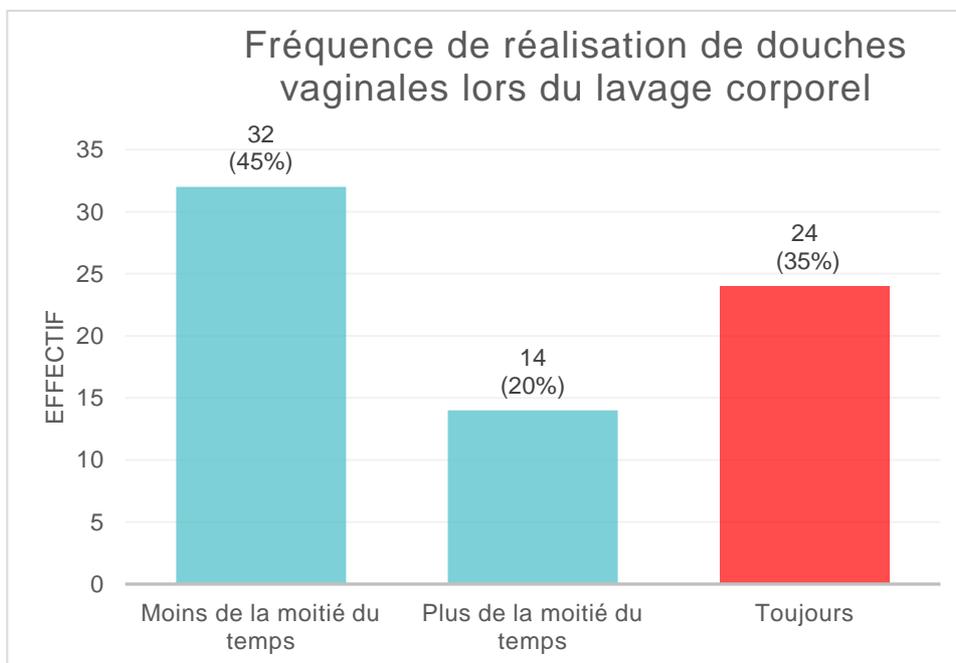


Figure n°16 : Fréquence de réalisation de douches vaginales lors du lavage corporel

Parmi les femmes qui effectuent des douches vaginales, 24 (soit 35%) en font à chaque lavage corporel.

b) Type de produit de lavage vaginal (n=70)

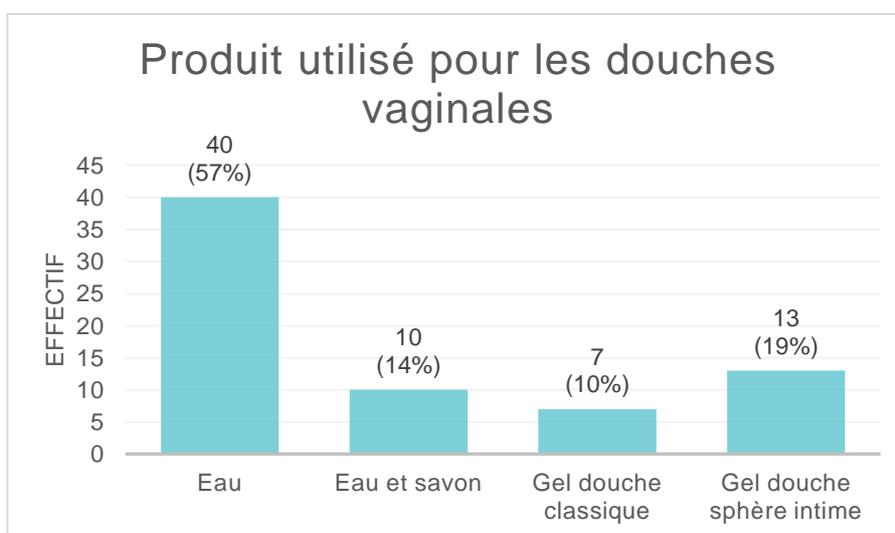


Figure n°17 : Type de produit utilisé pour la réalisation de douches vaginales

Parmi les femmes qui effectuent des douches vaginales, 30 femmes (43%) les réalisent en utilisant du savon ou du gel douche.

5) Menstruations et protections menstruelles

Les femmes n'ayant pas de menstruations dans un contexte de ménopause (n=87) ou de contraception provoquant une aménorrhée (n=51) ont été dispensées des questions suivantes. L'effectif est donc réduit à 168 personnes. A noter qu'une femme peut utiliser plusieurs types de protections menstruelles et de manière plus ou moins fréquente.

a) Types de protections menstruelles (n=168)

L'utilisation totale de chaque type de protection est représentée sur le graphique ci-dessous :

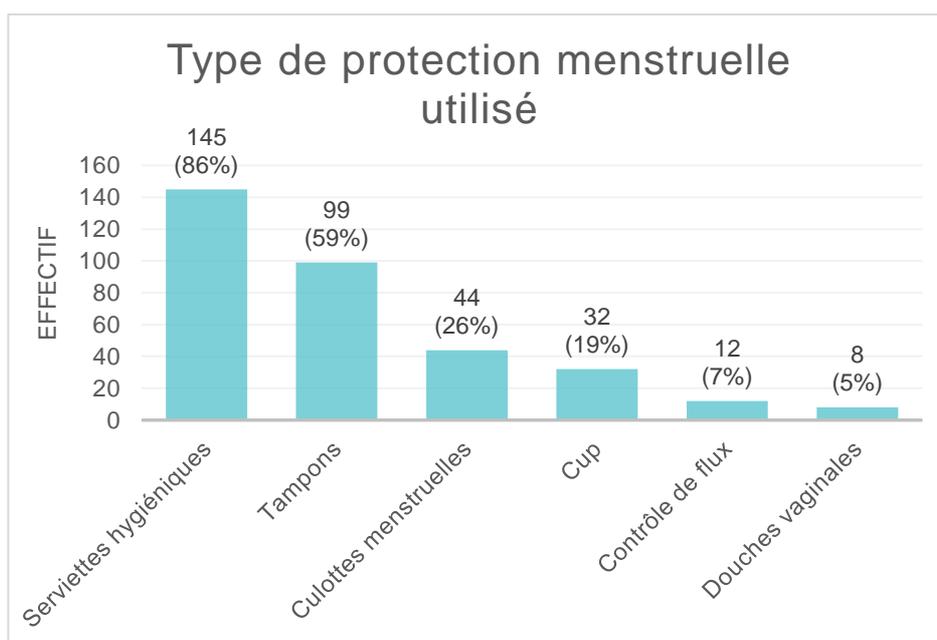


Figure n°18 : Type de protection utilisé indépendamment de la fréquence d'utilisation

Les protections les plus utilisées sont les serviettes hygiéniques (86% des femmes) et les tampons (59%) suivies des culottes menstruelles (26%) et de la cup (19%).

123 femmes (74%) utilisent plusieurs types de protections et 45 femmes (26%) utilisent toujours le même type de protection pendant leurs menstruations.

Nous allons ensuite développer l'analyse avec la fréquence d'utilisation de chaque type de protection menstruelle.

b) Serviettes hygiéniques

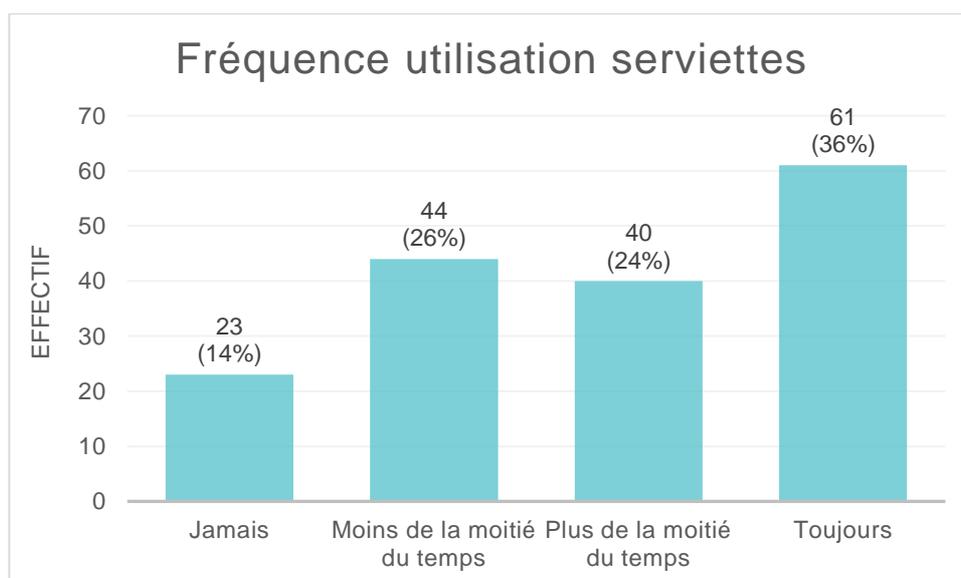


Figure 19 : Fréquence d'utilisation des serviettes hygiéniques

61 femmes (36%) utilisent toujours des serviettes soit plus d'une femme sur trois.

c) Tampons

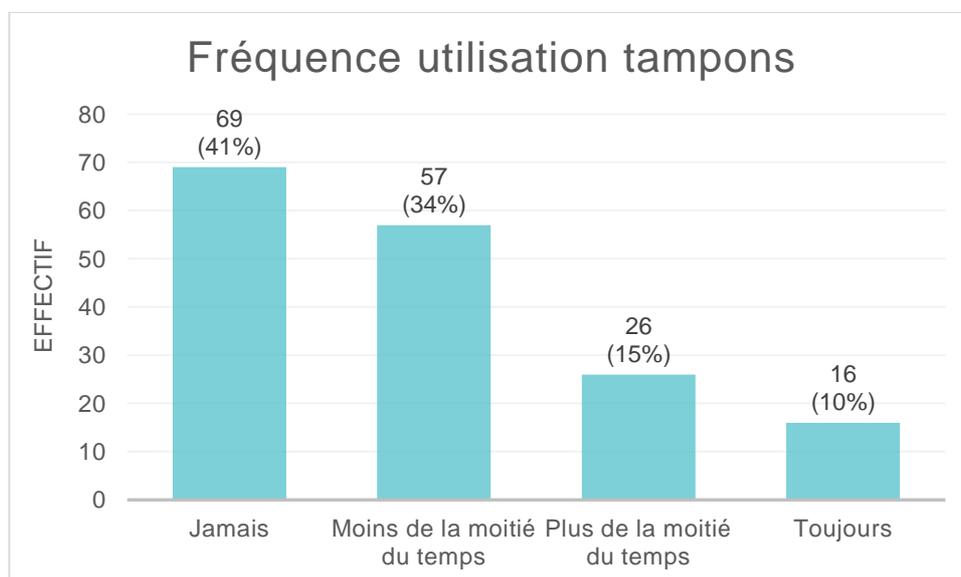


Figure 20 : Fréquence d'utilisation des tampons

16 femmes (10 %) utilisent toujours des tampons.

d) Cup ou coupe menstruelle

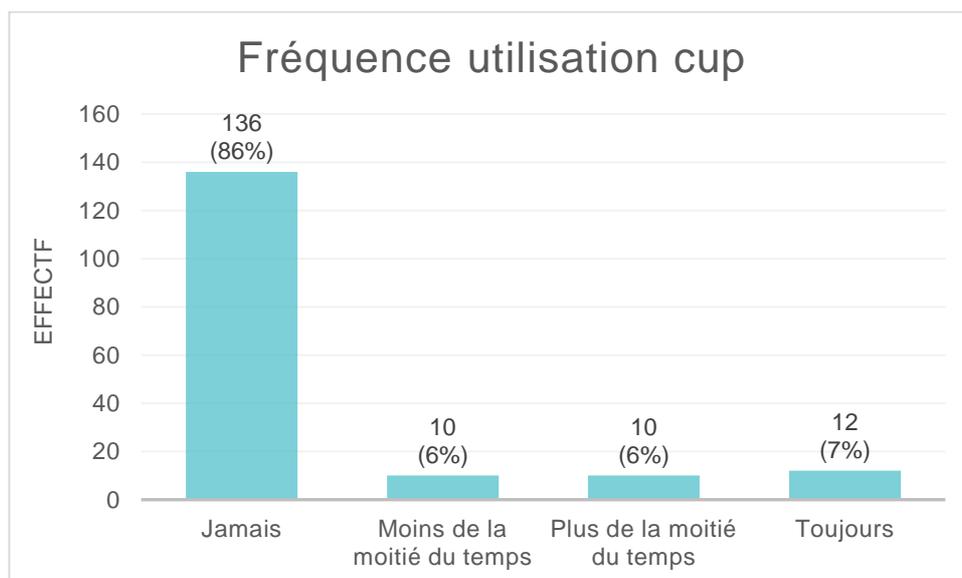


Figure 21 : Fréquence d'utilisation de la cup.

32 femmes (19%) utilisent une cup.

Utilisation de la coupe menstruelle et âge :

La cup est majoritairement utilisée par les femmes de 18 à 25 ans (20%) et de 26 à 35 ans (23%). Son utilisation diminue chez les femmes de 36 à 49 ans (15%).

e) Culottes menstruelles

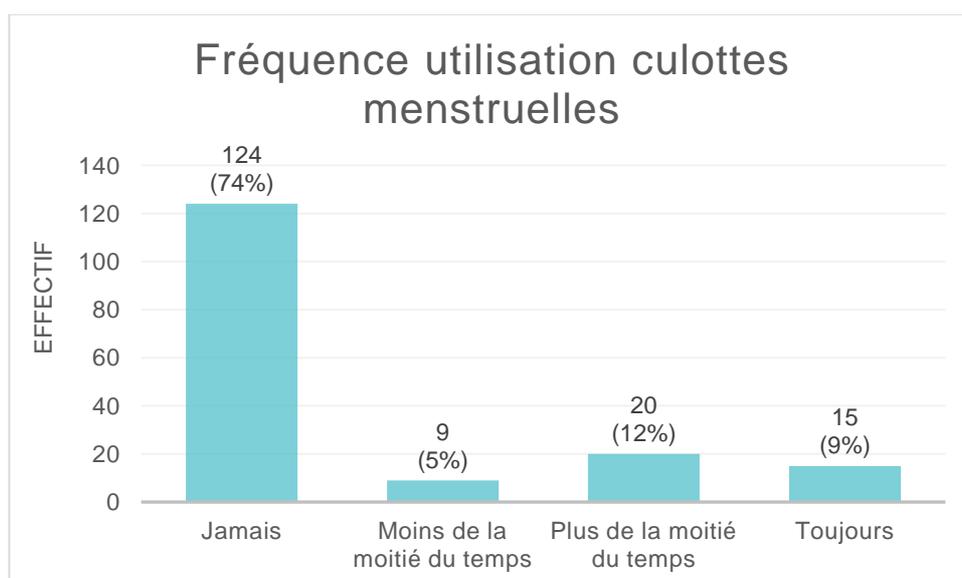


Figure n°22 : Fréquence d'utilisation de culottes menstruelles

44 femmes (26%) utilisent des culottes menstruelles soit une femme sur quatre.

Utilisation de culottes menstruelles et âge :

Les culottes sont utilisées majoritairement par des femmes de 18 à 35 ans (29%) mais également chez les femmes de 36 à 49 ans (24%).

f) Douches vaginales

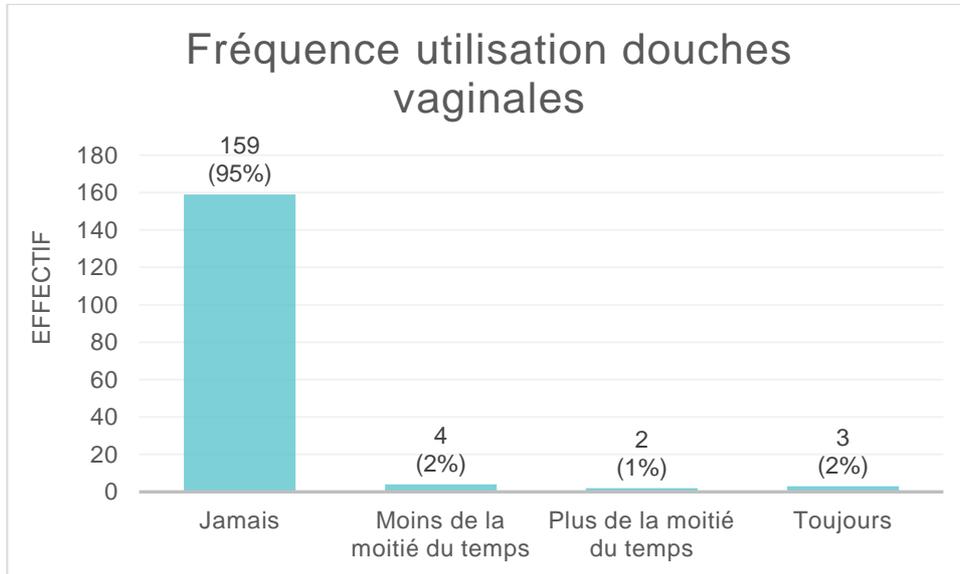


Figure n°23 : Fréquence d'utilisation de douches vaginales lors des menstruations

9 femmes (5%) réalisent des douches vaginales lors de leurs règles.

g) Contrôle de flux

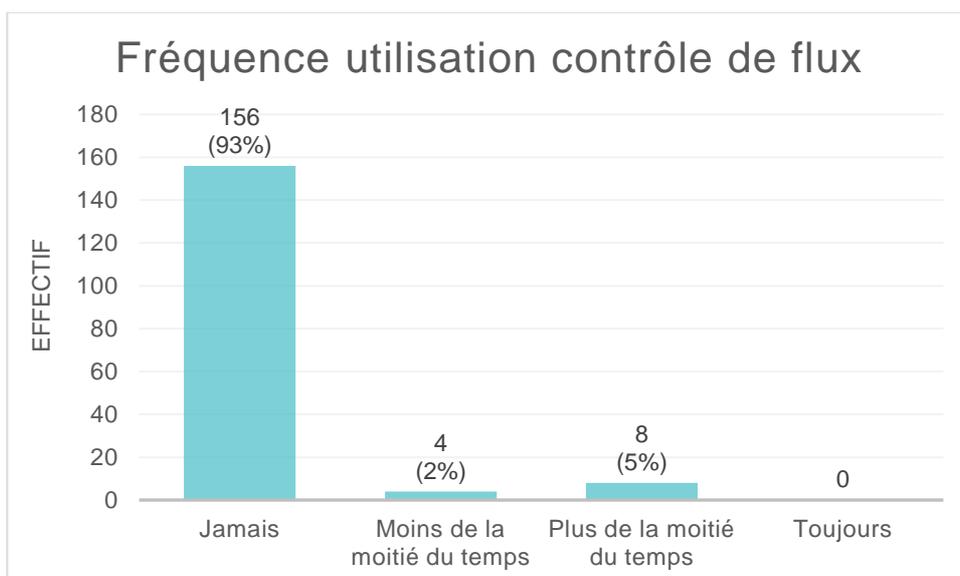


Figure n°24 : Fréquence d'utilisation du contrôle de flux

12 femmes (7%) pratiquent le contrôle de flux ou flux instinctif libre.

h) Résumé

Le tableau ci-dessous résume la proportion des femmes utilisant un type de protection et sa fréquence d'utilisation. Le chiffre correspond à l'effectif et la parenthèse au pourcentage parmi les 168 femmes interrogées.

	Jamais	Moins de la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	Toujours
Serviettes hygiéniques	23 (14%)	44 (26%)	40 (24%)	61 (36%)
Tampons	69 (41%)	57 (34%)	26 (15%)	16 (10%)
Cup	136 (81%)	10 (6%)	10 (6%)	12 (7%)
Culottes menstruelles	124 (74%)	9 (5%)	20 (12%)	15 (9%)
Douches vaginales	159 (95%)	4 (2%)	2 (1%)	3 (2%)
Contrôle de flux	156 (93%)	4 (2%)	8 (5%)	0 (0%)

Tableau n°2 : Résumé du type de protection menstruelle utilisé et sa fréquence d'utilisation.

i) Temps de port du tampon (n=108)

Parmi les femmes menstruées, 99 étaient concernées par l'utilisation de tampons. 9 femmes n'utilisant pas de tampons ont pourtant répondu à cette question et ont été incluses, ce point sera développé dans les limites de l'étude.

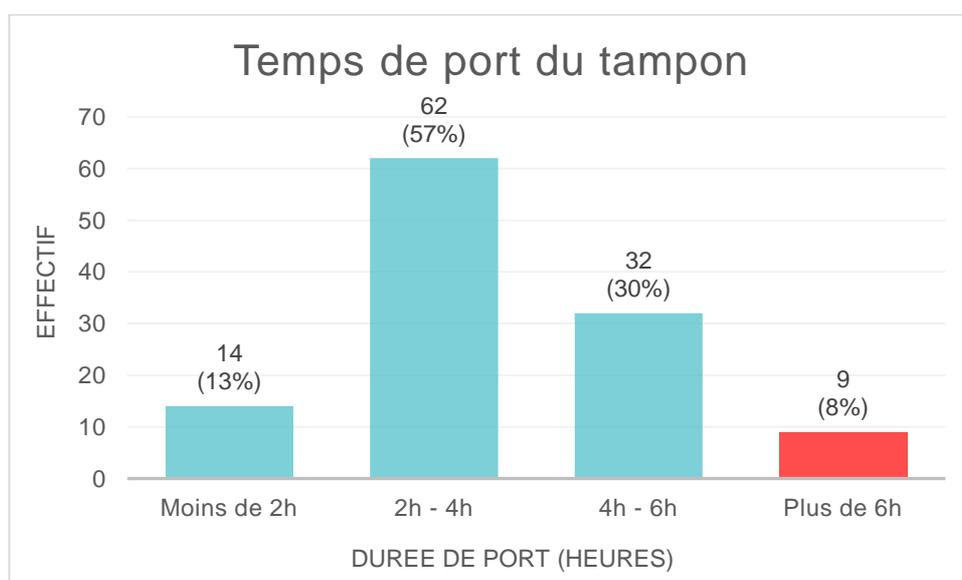


Figure n°25 : Durée moyenne de port de tampon

9 femmes (8%) déclarent porter leur tampon plus de six heures consécutives avant de le changer. A noter que 9 autres femmes ont coché deux réponses et sont donc comptabilisées deux fois dans ce graphique.

j) Port nocturne de tampon (n=98)

Dans cette étude, seules 8% des femmes déclarent porter régulièrement leur tampon plus de six heures consécutives. En revanche, à la question « vous arrive-t-il de garder votre tampon plus de 6h ou toute la nuit ? », 48% des femmes répondent par l'affirmative.

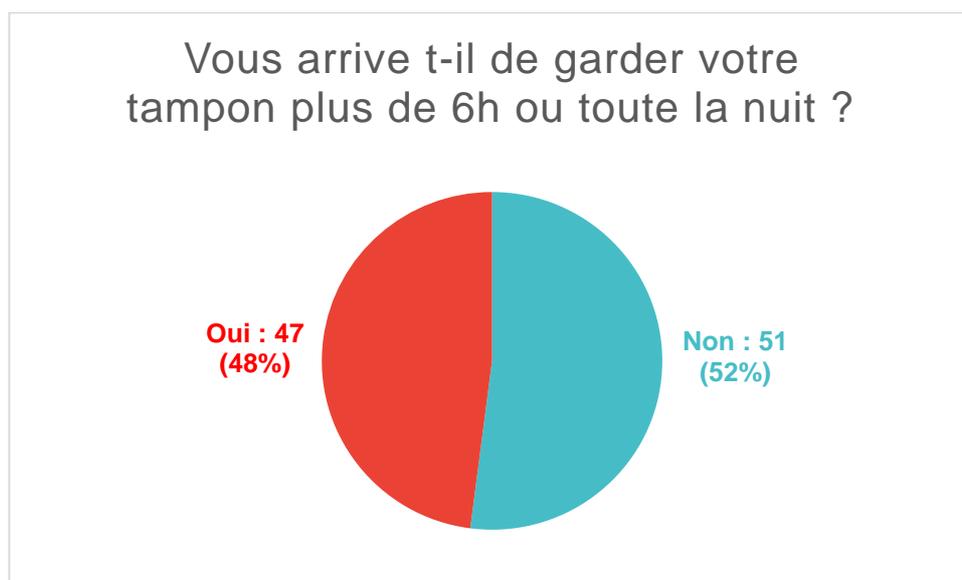


Figure n°26 : Proportion de femmes ayant déjà gardé leur tampon plus de 6h ou toute la nuit

A noter que 10 femmes avaient répondu à la question précédente mais n'ont pas répondu à celle-ci, ce qui explique l'effectif de 98 femmes.

6) Epilation intime (n=306)

a) Pratique de l'épilation intime

Au total, 231 femmes s'épilent les parties intimes, soit 75 %. Les 75 femmes ne s'épilant pas ont été dispensées des questions suivantes.

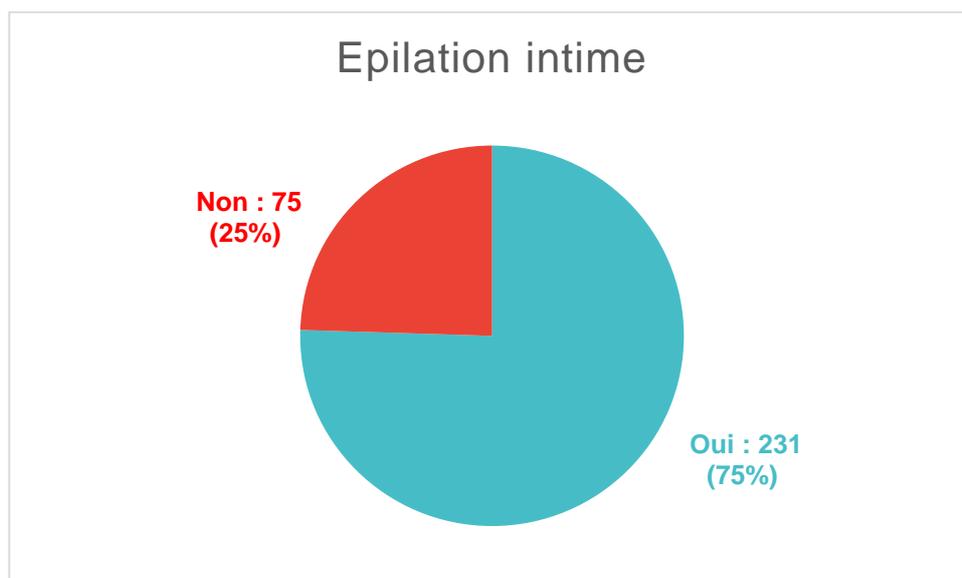


Figure n°27 : Proportion de femmes pratiquant l'épilation pubienne

Epilation selon l'âge :

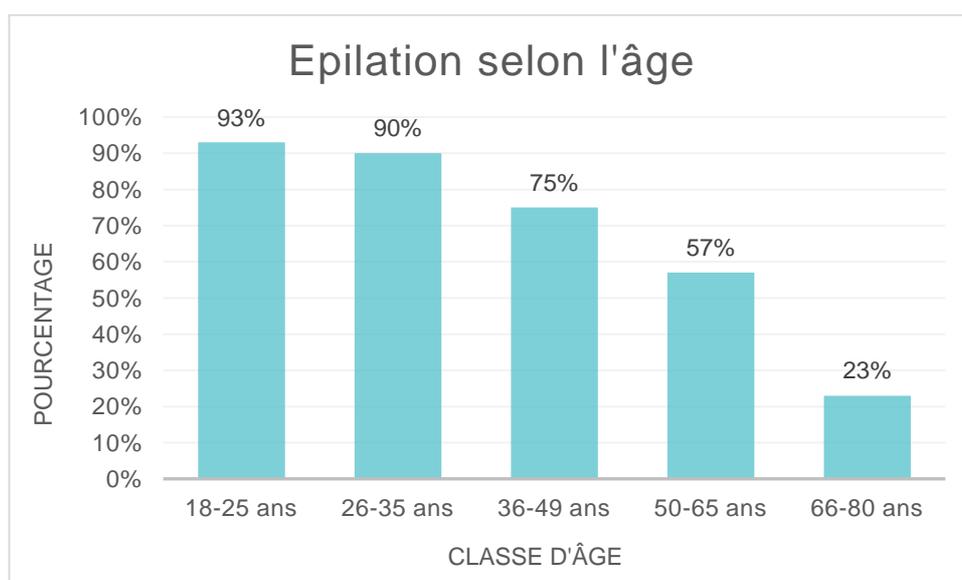


Figure n°28 : Proportion d'épilation pubienne par tranche d'âge

Épilation selon le pays de naissance :

Parmi les 17 femmes nées à l'étranger, 11 femmes pratiquent l'épilation soit 64%.

b) Méthode d'épilation (n=231)

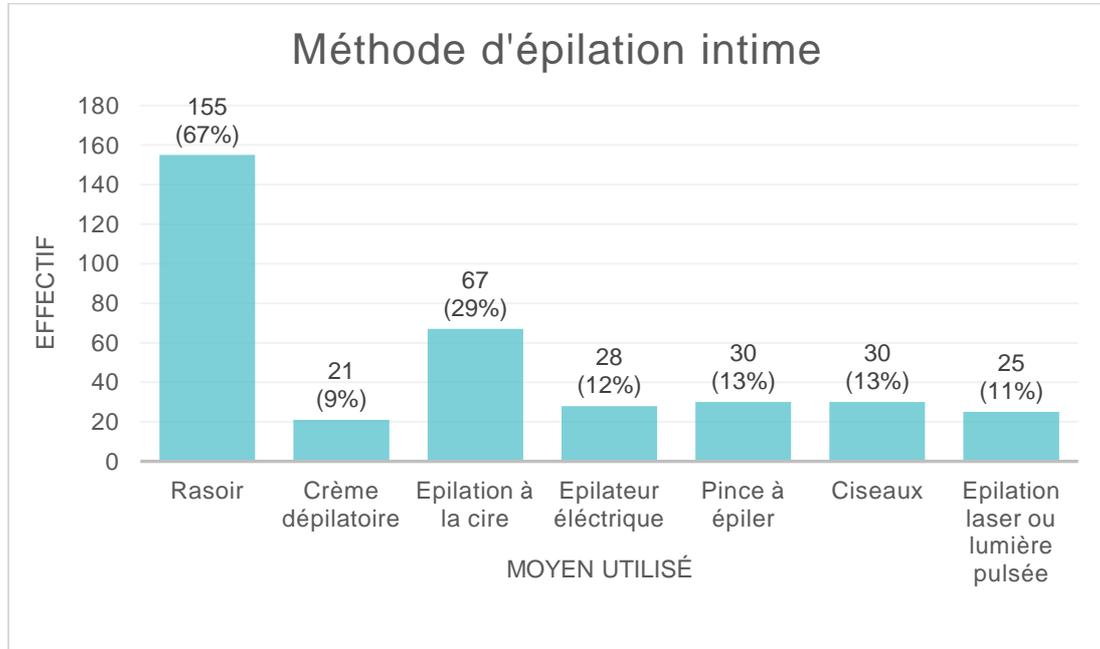


Figure n°29 : Méthodes d'épilation intime

Les méthodes utilisées par ordre décroissant sont : le rasoir à 67%, l'épilation à la cire à 29%, la pince à épiler et les ciseaux à 13%, l'épilateur électrique à 12%, l'épilation par laser ou lumière pulsée à 11% et la crème dépilatoire à 9%. A noter que 92 femmes utilisent plus d'un moyen d'épilation et ont donc été comptabilisées plusieurs fois dans ce graphique.

c) Fréquence d'épilation (n=231)

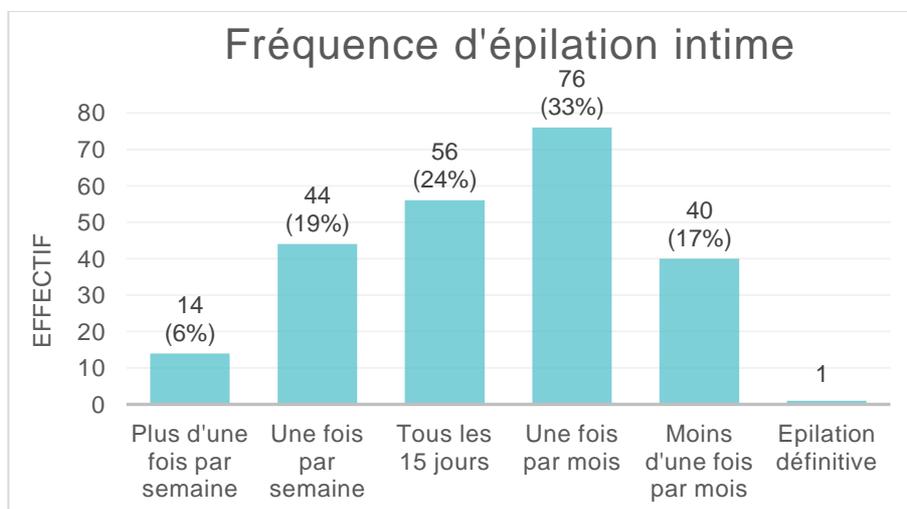


Figure n°30 : Fréquence moyenne d'épilation intime

76 femmes (33%) s'épilent une fois par mois soit un tiers des femmes qui s'épilent les parties intimes.

14 femmes (6%) s'épilent plus d'une fois par semaine.

d) Surface d'épilation (n=231)

Parmi les femmes qui s'épilent les parties intimes, 115 femmes (50%) s'épilent de manière intégrale en enlevant tous les poils présents.

Epilation intégrale selon l'âge :

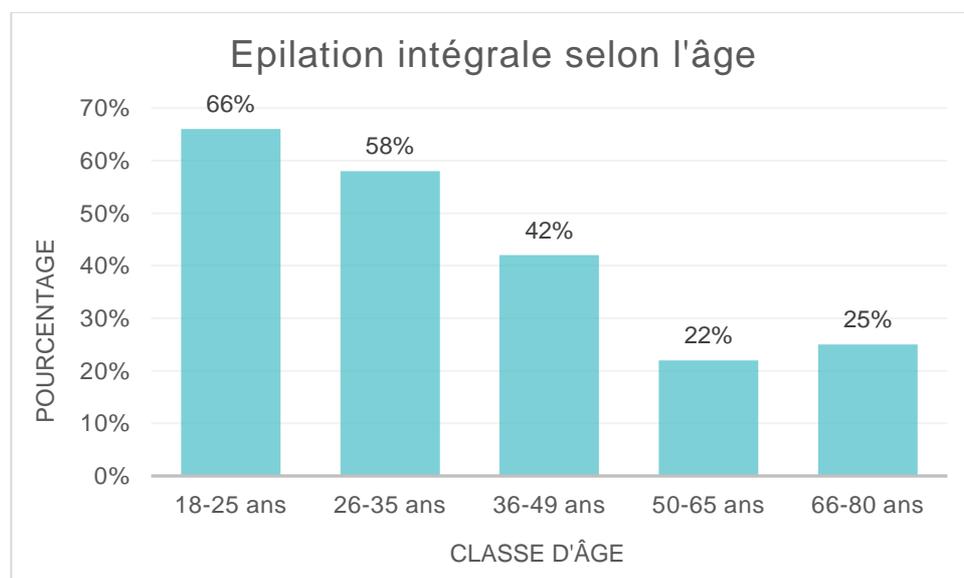


Figure n°31 : Pourcentage d'épilation intégrale par tranche d'âge

Avec l'âge, les femmes de l'étude s'épilent moins et de manière moins extensive.

7) Hygiène aux toilettes (n=306)

Technique d'essuyage après passage aux toilettes :

113 femmes s'essuient de l'arrière vers l'avant après un passage aux toilettes, soit 37 %.

Type de lavage après passage aux toilettes :

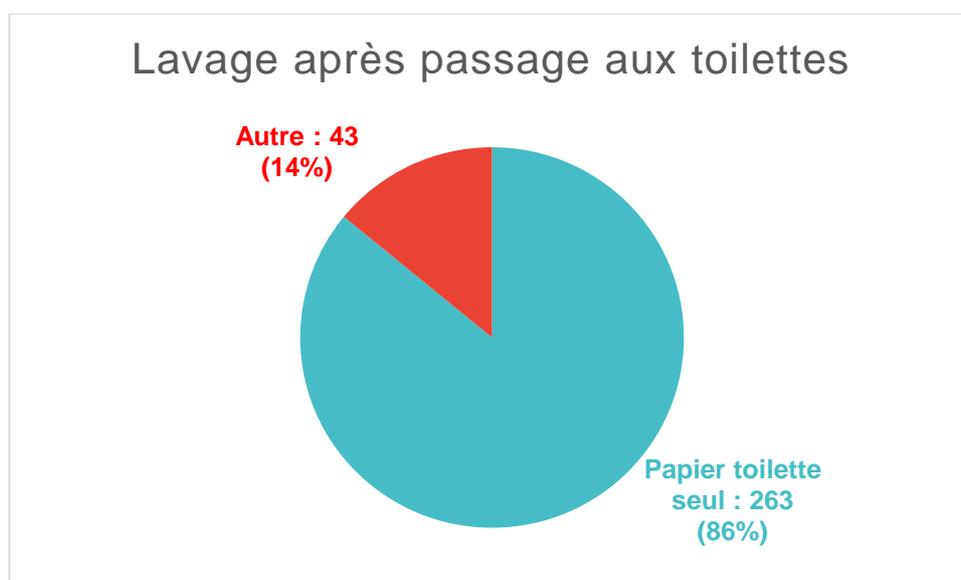


Figure n°32 : Type de lavage après passage aux toilettes

La majorité des femmes de l'étude utilise du papier seul après un passage aux toilettes.

La catégorie « autre » se compose des 43 femmes qui ont décrit d'autres méthodes de lavage après un passage aux toilettes :

- 19 utilisent des lingettes jetables
- 12 utilisent de l'eau
- 7 utilisent de l'eau et du savon
- 3 utilisent du papier toilette et des lingettes
- 1 utilise du papier toilette et se lave à l'eau et au savon
- 1 utilise du papier toilette et se lave à l'eau

Lavage aux toilettes et pays de naissance :

Parmi les femmes nées en France, 255 femmes (88%) utilisent du papier toilette seul après un passage aux toilettes.

Chez les femmes nées à l'étranger, 8 femmes (47%) utilisent du papier toilette seul après un passage aux toilettes.

8) Habitudes vestimentaires (n=306)

a) Matière des sous-vêtements

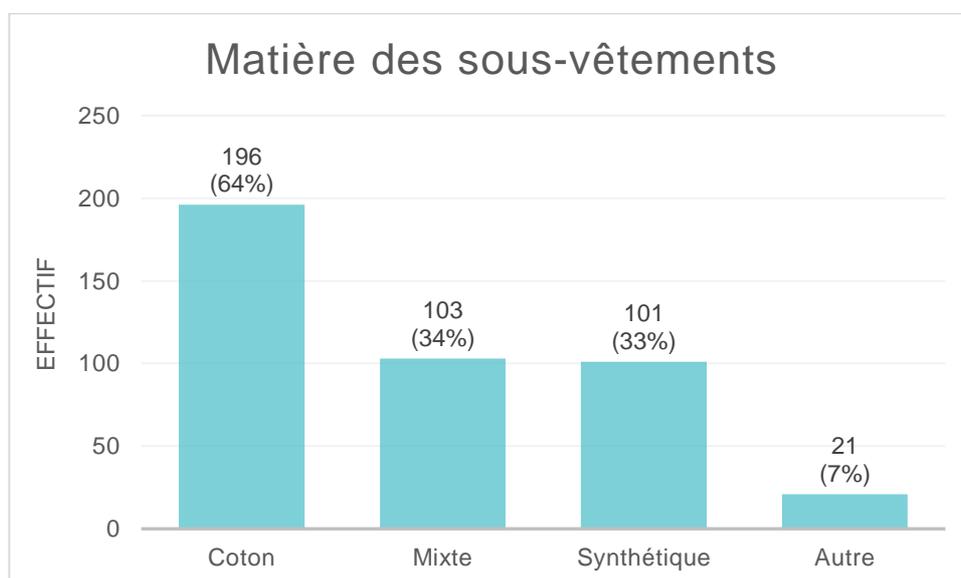


Figure n°33 : Matière des sous-vêtements

Cette question est à choix multiple car une femme peut posséder des sous-vêtements de plusieurs matières. En effet, 92 femmes soit 30% des femmes interrogées utilisent plusieurs types de matières de sous-vêtements. La plus utilisée est le coton, suivie des matières mixtes et des matières synthétiques. La catégorie « autre » comprend les femmes ne connaissant pas la matière de leurs sous-vêtements (n=20) et une femme ne portant aucun sous-vêtement (n=1).

b) Port de vêtements moulants/serrés

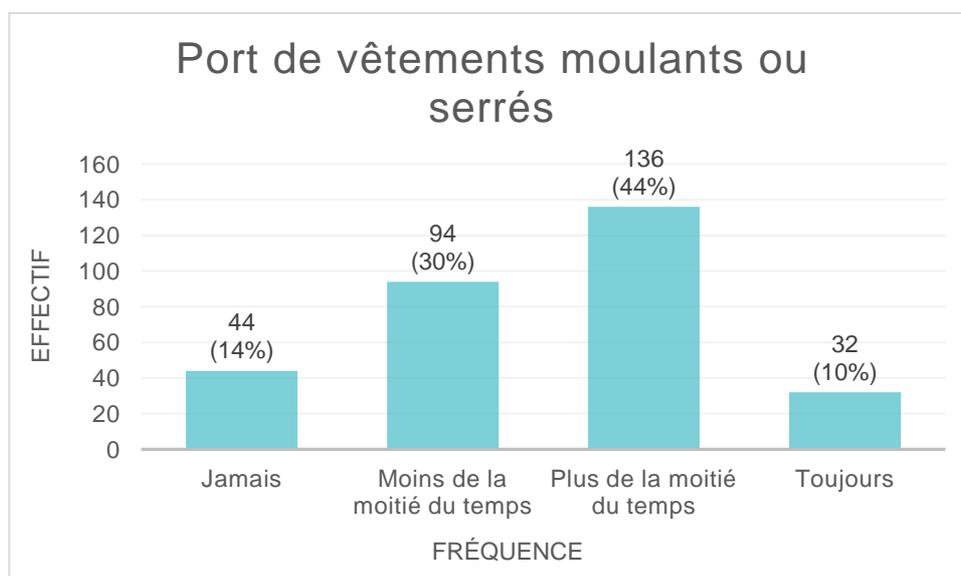


Figure n°34 : Fréquence de port de vêtements moulants ou serrés

Dans cet échantillon, 262 femmes (85%) portent des vêtements moulants ou serrés.

Pantalon serré et âge :

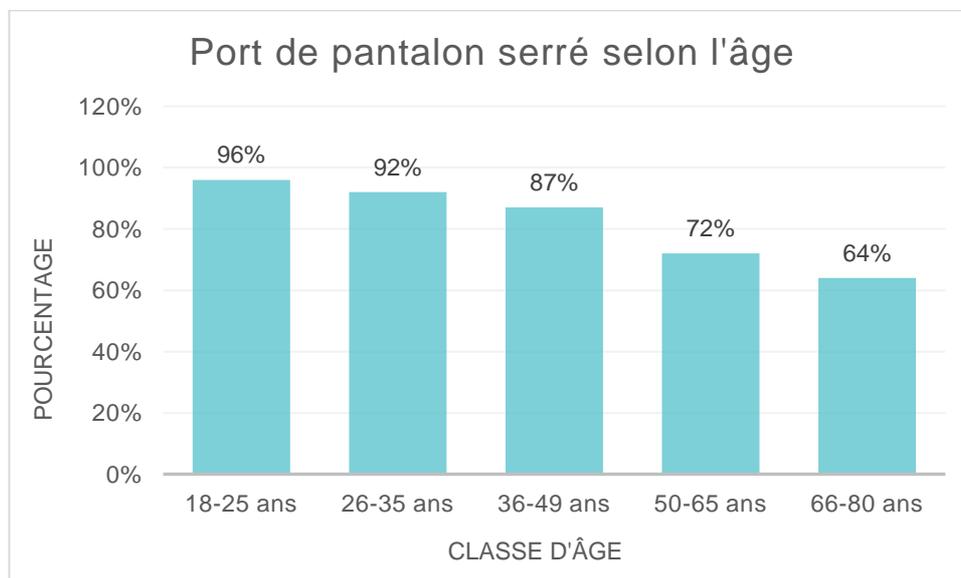


Figure n°35 : Port de pantalon serré par tranche d'âge

9) Question libre

La dernière question posée était : « Quelle question souhaiteriez-vous poser à votre médecin généraliste concernant l'hygiène intime ? ».

Parmi les 306 femmes, 52 personnes ont posé une question, 32 personnes n'avaient aucune question à poser et 223 personnes n'ont pas commenté.

Les thèmes abordés sont :

- Les recommandations d'hygiène intime : 24 réponses notamment sur le type de savon à utiliser
- Les protections menstruelles : 7 réponses
- La réalisation de douches vaginales : 6 réponses
- L'hygiène intime après la ménopause : 5 réponses
- Hygiène post-coïtale : 3 réponses
- Hygiène aux toilettes : 1 réponse
- Epilation : 1 réponse
- Autre : 5 réponses

Le détail des questions est à retrouver dans la partie Annexes.

DISCUSSION

Un premier temps est consacré aux forces et limites de l'étude. Dans un second temps, nous discuterons des principaux résultats puis nous verrons les perspectives qui s'ouvrent sur le sujet de l'hygiène intime.

1) Forces et limites de l'étude

a) Forces de l'étude

Ce travail est une étude descriptive des pratiques d'hygiène intime de 306 femmes en Pays de la Loire.

Il s'agit à ma connaissance de la première étude de ce type en France. Elle se distingue donc par son originalité. Concernant le questionnaire utilisé, celui-ci s'est inspiré d'autres questionnaires issus de la littérature (3–5,22,24,29,98).

La durée de remplissage du questionnaire était inférieure à cinq minutes. Cela a pu permettre d'obtenir un nombre de réponses satisfaisant. L'absence de critères d'exclusion dans cette étude a également pu favoriser le recrutement.

b) Limites de l'étude

PREMIERE PARTIE

Les données de la littérature dont le sujet principal porte sur l'hygiène intime sont très restreintes. La plupart des études citées dans cette thèse ont d'autres sujets principaux comme les protections menstruelles, les douches vaginales, les vaginoses ou encore les mycoses. Par ailleurs, les études retrouvées sont souvent de faible niveau de preuve (92) et contradictoires (93).

DEUXIEME PARTIE

Matériel et méthodes

Lieux de recrutement :

Les femmes de l'étude ont été recrutées dans 3 types de centres : des cabinets de médecine générale, des pharmacies ainsi qu'un magasin vrac/biologique. Le choix des lieux de recrutement s'est appuyé sur plusieurs raisons. D'une part pour des raisons de convenance de l'auteure, les centres étant proches des lieux de travail. D'autre part afin de varier les publics interrogés : les cabinets de médecine générale étaient urbains et semi-ruraux, deux pharmacies étaient des officines et une autre était située dans un centre commercial,

le magasin vrac était situé dans le centre-ville de Nantes. Cette méthode de recrutement non randomisée a pu entraîner un biais de sélection.

Réponses au questionnaire :

Le questionnaire pouvait être rempli de trois manières différentes : par le biais d'un QR code, par mail ou sur papier. Le QR code était initialement la seule méthode prévue afin de préserver l'anonymat des femmes et de limiter les contacts dans le contexte de l'épidémie de Covid. Cependant, peu de réponses ont été obtenues par QR code. Ceci peut s'expliquer par la nécessité d'avoir un lecteur de QR code sur son téléphone et de savoir l'utiliser. De plus, la réponse au questionnaire par QR code ne pouvait être différée, contrairement aux e-mails.

Afin de recruter plus de participantes, il a été proposé aux femmes de leur envoyer un lien vers le questionnaire par e-mail ou de les laisser y répondre directement sur papier. Ceci engendre deux problèmes. Premièrement, l'anonymat des réponses peut être compromis en utilisant les adresses e-mails personnelles, ce qui peut poser un problème éthique. Ensuite, les effectifs de femmes ayant répondu au questionnaire par le biais du QR code ou par mail ne sont pas connus. Il était impossible de connaître a posteriori la méthode utilisée pour accéder au questionnaire. Une question supplémentaire sur ce point aurait pu être intéressante à poser.

Concernant le détail du questionnaire, nous avons décidé d'exclure quelques questions habituellement retrouvées dans d'autres questionnaires. On peut notamment citer le statut marital et les pratiques sexuelles, qui ne relevaient pas à notre sens de pratiques d'hygiène intime à proprement parler. Celles-ci pouvaient de plus être perçues comme intrusives.

Résultats

Les résultats sont basés sur un questionnaire, ce qui expose à un biais déclaratif. Les participantes ont pu modifier leur réponse, consciemment ou non, par rapport à leurs pratiques réelles.

Cette forme de questionnaire peut également entraîner un biais de mémorisation.

La forme du questionnaire a également été la source d'un biais d'information. Quelques femmes ont répondu à des questions qui ne les concernaient pas, notamment sur les questions portant sur la durée de port des tampons.

Lors des analyses plus détaillées, l'effectif devenait rapidement faible, par exemple concernant les habitudes des femmes immigrées (n=17). Une étude de plus grande ampleur limiterait ce problème.

2) Principaux résultats, implications et comparaison à la littérature

a) Données démographiques

Âge

La proportion de femmes jeunes est plus importante dans l'étude que dans la population générale. En effet les femmes de 18-25 ans représentent 25% de l'étude contre 8% en Pays de la Loire (104). Il est possible que les femmes jeunes aient plus d'interrogations sur le sujet et de ce fait une curiosité plus marquée à propos de l'hygiène intime. De plus, celles-ci ont pu répondre plus facilement au questionnaire par le biais du QR code que des femmes plus âgées. Les femmes plus âgées peuvent en revanche être plus réticentes à l'idée de discuter de ce sujet et ressentir un certain tabou. Elles peuvent également se sentir moins concernées. Lorsque je proposais de répondre au questionnaire, plusieurs femmes m'ont par exemple répondu « mais je suis ménopausée, ça ne vous intéressera pas ».

Niveau étude

Le niveau d'étude est plus élevé dans notre échantillon que dans la population des femmes des Pays de la Loire. On retrouve par exemple une proportion de femmes avec un niveau « Bac + 2 » de 40% dans cette étude contre 16% dans la population générale.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises face à ce constat. L'étude comporte une grande proportion de femmes jeunes, qui font en moyenne des études plus longues que les femmes plus âgées (106). Les femmes avec un niveau d'étude plus élevé peuvent montrer plus d'intérêt à discuter de ce sujet. Une étude de 2015 montre par exemple que les femmes ayant fait des études supérieures connaissent significativement mieux leur anatomie sexuelle que celles ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (7). De plus, les femmes interrogées en magasin vrac avaient un niveau d'étude très élevé par rapport aux autres lieux de recrutement.

Nationalité

La proportion de femmes immigrées est de 6% dans cette étude. Cela semble plus élevé qu'en Pays de Loire où la population immigrée représentait 3.2% en 2015 (107). Les pays de naissance sont également différents de ceux de la population générale : 64% des femmes immigrées viennent d'Afrique contre 44% en population générale et 11% viennent d'autres pays européens contre 35% en population générale.

Ceci peut s'expliquer par un grand nombre de réponse recueilli en milieu urbain ou semi-urbain, où la proportion d'immigrés est de 6 à 8%, ce qui semble concordant avec notre étude. De plus, les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) datent de 2015 et le nombre d'immigrés peut avoir évolué (107).

b) Lavage et utilisation de produits d'hygiène intime

Dans cette étude, 74% des femmes se lavent les parties externes une fois par jour soit près de trois femmes sur quatre. Pour se laver, 57% des femmes utilisent un gel douche classique ou du savon de Marseille et 30% utilisent un gel douche spécial sphère intime.

Les femmes ont posé plusieurs questions sur le type de savon à utiliser et la fréquence recommandée de lavage :

« L'usage de produit spécifique pour la toilette intime est-il vivement conseillé ? »

« Se laver trop est bien ? »

« Est-il préférable de se laver avec du savon ou à l'eau ? »

« Est-il nécessaire de se laver plusieurs fois par jour ? »

Il n'existe malheureusement pas à ma connaissance d'étude sur les savons utilisés pour l'hygiène intime, notamment concernant leur efficacité et la manière dont ils sont tolérés. Quelques gynécologues ont cependant donné leur avis à ce sujet, en se basant sur des critères théoriques d'efficacité comme le pH des différents savons (22,23). D'autres études semblent donc nécessaires afin de pouvoir préconiser un type de savon à utiliser en priorité et la fréquence de lavage recommandée.

c) Douches vaginales

Réalisation de douches

23% des femmes de l'étude réalisent des douches vaginales. Ces chiffres semblent concordants avec les données de la littérature concernant les pays développés tels que les Etats-Unis (22 à 27% de prévalence) (28,39,108) ou le Canada (21% de prévalence) (3).

Parmi les femmes qui réalisent des douches vaginales, 35% en font à chaque lavage corporel ce qui représente 12.4% de la population de l'étude. Ceci est également concordant avec la littérature (11.8% des femmes font régulièrement des douches vaginales) (29).

Produits utilisés

43% des femmes qui font des douches vaginales les réalisent avec un savon ou un gel douche. La gamme de produits utilisés pour faire des douches vaginales est large mais peu d'études se sont intéressées à la proportion de leurs utilisations respectives (29). Il est donc difficile de trouver une référence à laquelle comparer ce résultat.

Âge

Dans notre étude, la tranche d'âge qui réalise le plus de douches vaginales est celle des 26-35 ans avec 31% des femmes. En revanche, les 18-25 ans sont 17% à la pratiquer, ce qui ne semble pas en accord avec les études américaines menées sur les adolescentes et les femmes jeunes où la prévalence varie entre 55 et 79% (47,109).

Ethnicité

22.8% des femmes nées en France réalisent des douches vaginales contre 23.5% des femmes nées à l'étranger. Cette différence semble très faible en comparaison aux chiffres retrouvés dans la littérature (21,31,34,40,109).

Niveau d'étude

On constate un lien entre le niveau d'étude et la proportion de femmes réalisant des douches vaginales, ce qui est en accord avec la littérature (31,32,36,109). En effet, dans notre étude 15% des femmes avec un niveau « supérieur à bac +2 » la pratique contre 66% des femmes avec un niveau « brevet des collèges » et 32% de femmes de niveau « BEP/CAP ».

A noter que le pourcentage de femmes réalisant des douches vaginales peut être sous-estimé dans cette étude car le niveau d'étude moyen y est plus élevé qu'en population générale.

d) Produits d'hygiène intime supplémentaires

Utilisation de produits supplémentaires

14% des femmes de l'étude utilisent des produits d'hygiène intime en dehors du savon, soit près d'une femme sur six. Les produits les plus utilisés sont : la crème, le déodorant intime et le talc. Aux Etats-Unis, les femmes semblent utiliser plus de produits d'hygiène intime qu'en France avec des pourcentages fluctuant entre 48 et 90% (3,29,30). Cette différence pourrait être expliquée par une difficulté de compréhension de la question, le terme « autres produits intimes » pouvant être trop vague.

Âge

Dans notre étude, les deux classes d'âge utilisant le plus de produits d'hygiène intime sont les femmes de 18-25 ans (18%) et de 50 à 65 ans (18%). Les études sur le sujet montrent souvent une utilisation de produits d'hygiène intime plus fréquente chez les femmes jeunes (19,20).

Cette prévalence chez les 50-65 ans pourrait être expliquée par le fait que certaines femmes ressentent la nécessité d'utiliser des produits intimes après leur ménopause. Une femme demande par exemple en question libre : « A un certain âge est-il préférable d'utiliser des produits spécifiques pour l'intimité ? ».

Produits et douches vaginales

Plusieurs études discutent du lien entre la réalisation de douches vaginales et l'utilisation de produits d'hygiène intime (29,30). Dans notre étude, 16% des femmes réalisant des douches vaginales utilisent des produits contre 13% chez celles n'en réalisant pas.

e) Protections menstruelles

La majorité des femmes interrogées (74%) utilisent plusieurs types de protections menstruelles différentes, ce qui est également remarqué dans d'autres études (57,110).

Les protections les plus utilisées

Dans notre étude, les protections les plus utilisées sont les serviettes hygiéniques (86% des femmes) et les tampons (59%) suivis des culottes menstruelles (26%) et de la cup (19%). Cela semble concordant avec une étude de 2021 interrogeant des étudiantes (53). Un rapport de l'ANSES mené en 2019 retrouve 89% d'utilisation de serviettes et 52% d'utilisation de tampons, en revanche la cup n'est utilisée qu'à 6% (57).

A propos des coupes et culottes menstruelles, celles-ci sont fréquemment utilisées dans notre étude. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, le niveau d'étude élevé et le jeune âge des femmes de notre étude. D'autre part, le marché des protections menstruelles évolue : les ventes de tampons reculent quand les ventes de coupes menstruelles ont augmenté de 212% entre 2014 et 2016 en France (57).

Concernant la durée moyenne de port des tampons, celle-ci est de 2 à 4 heures dans notre étude contre 5 à 6 heures dans les autres études (111). Il est cependant à noter que les femmes omettent souvent de compter les heures de port nocturne de tampon dans leur moyenne, ce qui peut amener à sous-estimer cette durée. En effet, lorsqu'il est demandé aux femmes si elles ont déjà gardé leur tampon plus de six heures ou toute la nuit, 48% répondent oui, soit près d'une femme sur deux.

Ce chiffre est alertant quand on sait que le risque de syndrome du choc toxique survient à partir de six heures de port consécutif d'un tampon (59).

A noter que ces questions n'ont pas été posées aux femmes utilisant une cup, bien qu'elles soient également exposées au risque de choc toxique (61). Il serait intéressant de s'y pencher dans une autre étude.

Les autres moyens de protection

Parmi les autres moyens de gestion des menstruations, le contrôle de flux (7%) et les douches vaginales (5%) sont en pratique très peu utilisés chez les femmes interrogées.

f) Epilation pubienne

Taux d'épilation

Dans notre étude, 75% des femmes déclarent s'épiler les poils pubiens.

Ce chiffre est plus faible que dans les études conduites aux Etats-Unis où le pourcentage d'épilation pubienne varie entre 85 et 88% chez les femmes (77,79,112,113).

En revanche en France, une enquête de l'IFOP réalisée en 2021 retrouve un taux d'épilation pubienne de 72% ce qui se rapproche du chiffre constaté dans notre étude. La tendance actuelle évolue vers une forte baisse des pratiques d'épilation pubienne. En effet, l'IFOP constate un doublement du nombre de femmes ne s'épilant pas du tout le pubis entre 2013 et 2021 (85% d'épilation en 2013 contre 72% en 2021) (72).

Âge

Le taux d'épilation varie grandement en fonction de l'âge. Il est de 93% chez les 18-25 ans contre 57% chez les 50-65 ans. De plus, les femmes jeunes s'épilent de manière plus extensive : 66% des 18-25 ans s'épilent intégralement contre 22% des 50-65 ans. Le jeune âge est connu comme étant un facteur d'épilation plus fréquente et plus extensive (76).

Méthodes

Le rasoir est la méthode la plus utilisée (67%) ce qui est concordant avec les études américaines. En revanche, l'épilation à la cire est utilisée à 29% dans cette étude contre 6% aux Etats-Unis (75,77).

Fréquence d'épilation

33% des femmes s'épilent une fois par mois et 24% toutes les deux semaines.

g) Hygiène aux toilettes

Dans notre étude, 37% des femmes s'essuient de l'arrière vers l'avant après avoir uriné, ce qui représente plus d'une femme sur trois. Cela semble aller dans le même sens qu'une étude britannique qui retrouvait un chiffre de 44% (92).

Comme nous l'avons exposé dans la première partie, l'imputabilité de l'essuyage de l'arrière vers l'avant concernant les cystites et les mycoses est discutée dans la littérature.

La proportion de femmes s'essuyant de l'arrière vers l'avant est élevée. Il est donc légitime de se demander si celles-ci développent plus d'épisodes infectieux que les femmes s'essuyant dans l'autre sens. D'autres études seraient nécessaires pour appuyer ou infirmer cette hypothèse.

Concernant le mode de nettoyage après passage aux toilettes, 14% des femmes interrogées n'utilisent pas uniquement du papier toilette. En effet, ces femmes se servent de lingettes jetables ou se nettoient à l'eau voire à l'eau et au savon. Ce constat est particulièrement marqué chez les femmes nées à l'étranger : 47% utilisent seulement du papier toilette contre 88% chez les femmes nées en France.

h) Habitudes vestimentaires

Concernant les sous-vêtements, la matière la plus utilisée est le coton. Cependant, 30% des femmes interrogées portent plusieurs matières différentes de sous-vêtements et 34% utilisent des matières mixtes.

85% des femmes portent des vêtements serrés, de manière plus ou moins fréquente. Cela semble corrélé à l'âge. En effet, 96% des femmes de 18 à 25 ans en portent contre 72% des 50 à 65 ans. Ceci peut s'expliquer par un effet de mode vestimentaire et également par les changements corporels liés à l'âge qui peuvent modifier le mode d'habillement.

3) Perspectives

Cette étude observationnelle constitue le premier travail sur les pratiques d'hygiène intime féminine en France. Une étude à plus grande échelle serait, à mon sens, très intéressante.

En débutant ce travail de thèse, je souhaitais informer les patientes sur les bonnes pratiques d'hygiène intime à effectuer suite à leur réponse au questionnaire. Malheureusement, pour la plupart des sujets évoqués dans le questionnaire, il manque de recommandations claires et d'études probantes.

Existe-t-il réellement une bonne hygiène intime à suivre ? La réponse à cette question, qui me paraissait évidente en début de thèse, ne me paraît finalement plus très claire.

Deux points doivent néanmoins solliciter une attention particulière.

D'abord, le port d'un tampon ou d'une cup plus de six heures consécutives peut conduire au syndrome du choc toxique (SCT) (59). Or, 48% des femmes de l'étude ont déjà porté leur tampon plus de six heures consécutives ou toute une nuit.

Ensuite, la réalisation de douches vaginales, qui expose à de nombreux risques tels que les vaginoses bactériennes, l'augmentation du risque d'infection par le VIH, les infections génitales hautes, les endométrites, les accouchements prématurés, les grossesses extra-utérines ainsi que les cancers du col de l'utérus (37,40–44,114). Dans notre étude, 23% des femmes la pratiquent soit près d'une femme sur quatre.

Des actions de prévention pourraient être menées afin de limiter les conséquences liées à ces pratiques. Une étude américaine montre par exemple que 85% des femmes seraient prêtes à arrêter les douches vaginales si elles étaient informées des risques. Par ailleurs, un programme de prévention mené aux Etats-Unis entre 1988 et 1995 semble avoir permis de réduire la prévalence des douches vaginales de 37 à 27% (109).

Concernant les tampons et les cups, le risque de choc toxique pourrait être mentionné sur les emballages de manière plus visible qu'il ne l'est actuellement. Ce risque pourrait également être expliqué aux adolescentes afin d'agir dès le plus jeune âge (59).

Sur le plan de la condition des femmes, il existe un paradoxe. Elles subissent des examens invasifs, des traitements parfois itératifs pour des pathologies gynécologiques ou urologiques. Or peu d'intérêt est accordé à l'hygiène intime, qui permettrait sans doute de prévenir certaines de ces pathologies.

L'élaboration dans un premier temps d'un consensus d'experts sur le sujet de l'hygiène intime serait profitable. Des recommandations françaises et européennes pourraient également être envisagées si le nombre d'études sur l'hygiène intime venait à augmenter.

Toutefois, la santé des femmes commence à être mise sur le devant de la scène. On peut par exemple citer l'ouverture de centres dédiés à l'endométriose, la gratuité des protections menstruelles en discussion, le développement d'alternatives aux protections jetables et la demande de transparence sur la composition des protections jetables.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de décrire les habitudes d'hygiène intime des femmes en Pays de la Loire. Il s'agissait d'observer les habitudes des femmes en matière d'hygiène des parties génitales externes et internes, de protections menstruelles, d'épilation pubienne, d'hygiène aux toilettes et d'habitudes vestimentaires. Les résultats du questionnaire semblent correspondre à ceux de la littérature scientifique sur le sujet. Dans ce domaine, il s'agit à ma connaissance des premières données observationnelles chez les femmes en France.

Plusieurs difficultés ont émergé pendant ce travail. Tout d'abord, la recherche de la littérature sur l'hygiène intime féminine a été complexe tant ce sujet est à la fois vaste et sous-traité. Il s'agit d'un sujet à la frontière entre la sociologie et la médecine. L'ensemble des documents à analyser a par conséquent été long à définir et à explorer. Par ailleurs, lors de la diffusion du questionnaire, je me suis exposée à des refus et des méfiances de la part des femmes interrogées. Ceci s'est également produit avec des gérants de pharmacies et de magasins vrac/biologiques. Ces réactions peuvent être expliquées par l'existence de préjugés à propos de l'hygiène intime féminine qui rendraient ce sujet déplacé, tabou ou tout simplement honteux.

En revanche, de nombreuses femmes ont accueilli positivement cette enquête. Le questionnaire a même pu attiser la curiosité de femmes qui accordaient peu d'importance à leur hygiène intime, ce qui se dégage nettement dans la partie « question libre » (Annexe 3).

Au vu des résultats de l'étude, des programmes de prévention ciblant notamment les douches vaginales et la bonne utilisation des tampons et des cups pourraient se révéler utiles. Une meilleure formation des filles et des femmes à leur anatomie et à la physiologie de leurs appareils génitaux serait également bénéfique afin de lutter contre les complexes et les idées reçues.

Cette étude était à visée exploratoire. Malgré ses limites, ses résultats me paraissent novateurs. Il est temps que la santé quotidienne des femmes fasse l'objet d'études plus poussées. Mon souhait serait que cette étude puisse servir de base au développement de projets de plus grande ampleur sur le sujet. Il en vaut la peine. En tant que médecin généraliste, je me ferai un plaisir de contribuer à ces études et d'appliquer les conclusions à ma pratique professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ruiz C, Giraldo PC, Sanches JM, Reis V, Beghini J, Laguna C, et al. Daily genital cares of female gynecologists: a descriptive study. *Rev Assoc Med Bras.* févr 2019;65(2):171-6.
2. Duquenne MA. Prise en charge des principales vulvovaginites en médecine générale. Thèse d'exercice. Faculté de médecine d'Amiens. 2018
3. Crann SE, Cunningham S, Albert A, Money DM, O'Doherty KC. Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: a national cross-sectional survey. *BMC Women's Health.* déc 2018;18(1):52.
4. Czerwinski BS. Variation in Feminine Hygiene Practices as a Function of Age. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* nov 2000;29(6):625-33.
5. Attieh E, Maalouf S, Roumieh D, Abdayem P, AbiTayeh G, Kesrouani A. Feminine hygiene practices among female patients and nurses in Lebanon. *Reprod Health.* déc 2016;13(1):59.
6. McKee MD, Baquero M, Fletcher J. Vaginal Hygiene Practices and Perceptions Among Women in the Urban Northeast. *Women & Health.* 11 sept 2009;49(4):321-33.
7. Jugnon Formentin L. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes. Thèse d'exercice de médecine générale. Faculté de médecine Lyon Est. 2015.
8. Mey L, Klaire fait grr. *Chattologie: un essai menstruel avec des dessins dedans.* Vanves: Hachette Livre - Département Pratique; 2021.
9. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao L-M, Creighton SM. Female genital appearance: 'normality' unfolds. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* mai 2005;112(5):643-6.
10. Piazza S. Images et normes du sexe féminin : un effet du contemporain ? *Cliniques méditerranéennes.* 2014;89(1):49-59.
11. Martin K, Verduzco Baker L, Torres J, Luke K. Privates, pee-pees, and coochies: Gender and genital labeling for/with young children. *Feminism & Psychology.* août 2011;21(3):420-30.
12. Vigarello G. *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen Age.* Paris: Seuil; 1985. 284 p.
13. Manin L. *Regards interdits. Hygiène, pudeurs et nudités féminines au second XIXe siècle.* Paris: Gris-France; 2015.
14. Jodelet D. *Imaginaires érotiques de l'hygiène intime féminine. Approche anthropologique.* 2007. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-connexions-2007-1-page-105.htm>
15. Poinet C. *Conseils a tout le monde. Conférences sur l'hygiène intime;* 2016. Ed originale 1871.
16. Thuillier G. Pour une histoire de l'hygiène corporelle aux XIXe et XXe siècles. *Annales de Démographie Historique.* 1975;1975(1):123-30.

17. Martino JL, Youngpairoj S, Vermund SH. Vaginal Douching: Personal Practices and Public Policies. *Journal of Women's Health*. nov 2004;13(9):1048-65.
18. George R. Article en ligne de "The Guardian". The vagina is self-cleaning, so why does the 'feminine hygiene' industry exist ?. Septembre 2018. Disponible sur : <https://www.theguardian.com/society/2018/sep/04/the-vagina-is-self-cleaning-so-why-does-the-feminine-hygiene-industry-exist>
19. Francis JKR, Fraiz LD, Catalozzi M, Rosenthal SL. Qualitative Analysis of Sexually Experienced Female Adolescents: Attitudes about Vaginal Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. oct 2016;29(5):496-500.
20. Hull T, Hilber AM, Chersich MF, Bagnol B, Prohmmo A, Smit JA, et al. Prevalence, Motivations, and Adverse Effects of Vaginal Practices in Africa and Asia: Findings from a Multicountry Household Survey. *Journal of Women's Health*. juill 2011;20(7):1097-109.
21. Branch F, Woodruff TJ, Mitro SD, Zota AR. Vaginal douching and racial/ethnic disparities in phthalates exposures among reproductive-aged women: National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2004. *Environ Health*. juill 2015;14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4502470/>
22. Graesslin O. Hygiène intime féminine : pathologies induites par une hygiène inadaptée - Consequences of malpractices in feminine genital hygiene behaviors. *Mise au point*. 2005;4.
23. Fédération brésilienne des associations de Gynécologie et Obstétrique. Guia pratico de condutas sobre higiene genital feminina. Sao Paulo. 2009. 28p
24. Chen Y, Bruning E, Rubino J, Eder SE. Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage. *Womens Health (Lond Engl)*. déc 2017;13(3):58-67.
25. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann E (Dee) H, et al. The Vulvodynia Guideline. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. janv 2005;9(1):40-51.
26. Assurance maladie, ameli. Quelques conseils pour réaliser sa toilette intime. avr 2021. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/quotidien/faire-toilette-intime>
27. Zuckerman A, Romano M. Clinical Recommendation: Vulvovaginitis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 29. 2016. p673-679
28. Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, McQuillan G, Kendrick J, Sutton M, et al. The Prevalence of Bacterial Vaginosis in the United States, 2001–2004; Associations With Symptoms, Sexual Behaviors, and Reproductive Health. *Sexually Transmitted Diseases*. nov 2007;34(11):864-9.
29. Grimley DM, Annang L, Foushee HR, Bruce FC, Kendrick JS. Vaginal Douches and Other Feminine Hygiene Products: Women's Practices and Perceptions of Product Safety. *Matern Child Health J*. mai 2006;10(3):303-10.
30. Ott MA, Ofner S, Fortenberry JD. Beyond Douching: Use of Feminine Hygiene Products and STI Risk among Young Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 mai 2009;6(5):1335-40.
31. Ziba FA, Yakong VN, Asore RA, Frederickson K, Flynn M. Douching practices among women in the Bolgatanga municipality of the upper east region of Ghana. *BMC Womens Health*. févr 2019;19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6368746/>

32. Cottrell BH. An Updated Review of Evidence to Discourage Douching. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. mars 2010;35(2):102-7.
33. Achondou AE, Fumoloh FF, Aseneck AC, Awah AR, Utokoro AM. Prevalence of bacterial vaginosis among sexually active women attending the CDC Central Clinic Tiko, south west region, Cameroon. *AJID*. juin 2016;10(2):96-101.
34. Heng LS, Yatsuya H, Morita S, Sakamoto J. Vaginal Douching in Cambodian Women: Its Prevalence and Association With Vaginal Candidiasis. *Journal of Epidemiology*. 2010;20(1):70-6.
35. McKee MD, Baquero M, Anderson MR, Alvarez A, Karasz A. Vaginal Douching Among Latinas: Practices and Meaning. *Matern Child Health J*. janv 2009;13(1):98-106.
36. Yanikkerem E, Yasayan A. Vaginal douching practice: Frequency, associated factors and relationship with vulvovaginal symptoms. *J Pak Med Assoc*. avr 2016;66(4):387-92.
37. Bagnall P, Rizzolo D. Bacterial vaginosis: A practical review. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*. déc 2017;30(12):15-21.
38. Weisman CS, Grimley DM, Annang L, Hillemeier MM, Chase GA, Dyer A-M. Vaginal Douching and Intimate Partner Violence. *Women's Health Issues*. sept 2007;17(5):310-5.
39. Cottrell BH. Vaginal Douching. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. janv 2003;32(1):12-8.
40. Cottrell BH. Vaginal Douching Practices of Women in Eight Florida Panhandle Counties. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. janv 2006;35(1):24-33.
41. Bui TC, Thai TN, Tran LT-H, Shete SS, Ramondetta LM, Basen-Engquist KM. Association Between Vaginal Douching and Genital Human Papillomavirus Infection Among Women in the United States. *J Infect Dis*. 1 nov 2016;214(9):1370-5.
42. Alcaide ML, Rodriguez VJ, Brown MR, Pallikkuth S, Arheart K, Martinez O, et al. High Levels of Inflammatory Cytokines in the Reproductive Tract of Women with BV and Engaging in Intravaginal Douching: A Cross-Sectional Study of Participants in the Women Interagency HIV Study. *AIDS Research and Human Retroviruses*. avr 2017;33(4):309-17.
43. Oh MK, Merchant JS, Brown P. Douching Behavior in High-Risk Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. avr 2002;15(2):83-8.
44. van Schalkwyk J, Yudin MH. Vulvovaginite : Dépistage et prise en charge de la trichomonase, de la candidose vulvovaginale et de la vaginose bactérienne. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. déc 2016;38(12):S587-96.
45. Callahan DB, Weinberg M, Gunn RA. Bacterial Vaginosis in Pregnancy:: Diagnosis and Treatment Practices of Physicians in San Diego, California, 1999. *Sexually Transmitted Diseases*. août 2003;30(8):645-9.
46. Kuku K. Vaginal douching practices and beliefs in Turkey. *Culture, Health & Sexuality*. 1 juill 2006;8(4):371-8.
47. Short MB, Black WR, Flynn K. Discussions of Vaginal Douching with Family Members. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. févr 2010;23(1):39-44.

48. Tresch O. Rites et pratiques religieuses dans la vie intime des femmes d'après la littérature et les inscriptions grecques. Thèse de doctorat. Paris, Ecole Pratique des Hautes Etudes. 2001. Disponible sur: <http://theses.fr/2001EPHE4051>
49. Secundus CP dit Pline l'Ancien. Histoire naturelle. C.L.F. Panckoucke; 1829. 530 p.
50. Thiébaud É. Ceci est mon sang: petite histoire des règles, de celles qui les ont et de ceux qui les font. Nouvelle éd. Paris: la Découverte; 2019.
51. Charles de Miramon. La fin d'un tabou ? L'interdiction de communier pour la femme menstruée au Moyen Âge. Le cas du XIIe siècle. Le sang au Moyen Âge. Université Paul-Valéry. 1999. p.163–181
52. Groult B. Ainsi soit-elle. Paris: Grasset; 1993. 219 p.
53. Fédération des Associations Générales étudiantes (FAGE), Association Nationale des Etudiant.e.s Sages-Femmes (ANESF), Association Française des Entreprises Privées (AFEP). La précarité menstruelle des étudiant.e.s en France. Fev 2021. Disponible sur : https://www.fage.org/ressources/documents/3/6654-20210208_DP_Enquete_Precarite_Menst.pdf
54. Gouvernement.fr. Gratuité des protections périodiques pour les étudiantes. Fevr 2021. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/gratuite-des-protections-periodiques-pour-les-etudiantes>
55. Gloagen A. Tampon, notre ennemi intime. Documentaire. Dream Way Productions. 2017. Disponible sur : <https://mes-menstruelles.com/regles/tampon-notre-ennemi-intime-reportage-france-5/>
56. Kwak JI, Nam S-H, Kim D, An Y-J. Comparative study of feminine hygiene product regulations in Korea, the European Union, and the United States. Regulatory Toxicology and Pharmacology. oct 2019;107:104397.
57. ANSES. Sécurité des produits de protection intime. Avis révisé de l'Anses. Rapport révisé d'expertise collective. Déc 2019. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/CONSO2016SA0108Ra.pdf> 261p.
58. Romo LF, Berenson AB. Tampon use in adolescence: differences among European American, African American and Latina women in practices, concerns, and barriers. J Pediatr Adolesc Gynecol. oct 2012;25(5):328-33.
59. Billon A, Gustin M-P, Tristan A, Bénet T, Berthiller J, Gustave CA, et al. Association of characteristics of tampon use with menstrual toxic shock syndrome in France. EClinicalMedicine. avr 2020;21:100308.
60. Pintiaux A. Tout savoir sur le choc toxique menstruel (SCT). Article en ligne Gyn&co. Fevr 2018. Disponible sur : <https://www.gynandco.fr/savoir-syndrome-choc-toxique-menstruel-sct/>
61. El Soufi H, El Soufi Y, Al-Nuaimi S, Bagheri F. Toxic shock syndrome associated with menstrual cup use. IDCases. 2021;25:e01171.
62. Doerflinger M. Rendre visible les compositions des tampons de la marque Tampax. Pétition en ligne sur le site change.org. 2015. Disponible sur : <https://www.change.org/p/rendre-visible-la-composition-des-tampons-et-serviettes-hygi%C3%A8niques>
63. Gao C-J, Kannan K. Phthalates, bisphenols, parabens, and triclocarban in feminine hygiene products from the United States and their implications for human exposure. Environment International. mars 2020;136:105465.

64. Patel DA, Gillespie B, Sobel JD, Leaman D, Nyirjesy P, Weitz MV, et al. Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis in women receiving maintenance antifungal therapy: Results of a prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. mars 2004;190(3):644-53.
65. Farage MA, Enane NA, Baldwin S, Berg RW. Labial and vaginal microbiology: effects of extended panty liner use. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 1997;5(3):252-8.
66. Pontes AC, Amaral RLG, Giraldo PC, Beghini J, Giraldo HPD, Cordeiro ES. A systematic review of the effect of daily panty liner use on the vulvovaginal environment. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. oct 2014;127(1):1-5.
67. Bromberger C. *Les sens du poil: une anthropologie de la pilosité*. Paris: Creaphis éditions; 2015. 240p.
68. Institut Français d'Opinion Publique (IFOP). *Enquête sur l'influence des films X sur le rapport au corps et la vie sexuelle des Français*. Avr 2014.
69. Dholakia S, Buckler J, Jeans JP, Pillai A, Eagles N, Dholakia S. Pubic Lice: An Endangered Species? *Sexually Transmitted Diseases*. juin 2014;41(6):388-91.
70. Synnott A. Shame and Glory: A Sociology of Hair. *The British Journal of Sociology*. sept 1987;38(3):381.
71. Tiggemann M, Hodgson S. The Hairlessness Norm Extended: Reasons for and Predictors of Women's Body Hair Removal at Different Body Sites. *Sex Roles*. déc 2008;59(11-12):889-97.
72. Institut Français d'Opinion Publique (IFOP). *Enquête sur les pratiques dépilatoires et le poids des injonctions liées à l'épilation*. janv 2021. 33p. Disponible sur : <https://www.charles.co/ifop-pilosite-intime/>
73. Buffoli B, Rinaldi F, Labanca M, Sorbellini E, Trink A, Guanziroli E, et al. The human hair: from anatomy to physiology. *Int J Dermatol*. mars 2014;53(3):331-41.
74. Ross SA. *She-ology: the definitive guide to women's intimate health*. Period. United States: Savio Republic; 2017. 292 p.
75. Butler SM, Smith NK, Collazo E, Caltabiano L, Herbenick D. Pubic Hair Preferences, Reasons for Removal, and Associated Genital Symptoms: Comparisons Between Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*. janv 2015;12(1):48-58.
76. Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Fortenberry JD. Pubic Hair Removal among Women in the United States: Prevalence, Methods, and Characteristics. *The Journal of Sexual Medicine*. oct 2010;7(10):3322-30.
77. Truesdale MD, Osterberg EC, Gaither TW, Awad MA, Elmer-DeWitt MA, Sutcliffe S, et al. Prevalence of Pubic Hair Grooming-Related Injuries and Identification of High-Risk Individuals in the United States. *JAMA Dermatol*. 1 nov 2017;153(11):1114.
78. Desruelles F, Cunningham SA, Dubois D. Pubic hair removal: a risk factor for 'minor' STI such as molluscum contagiosum? *Sex Transm Infect*. mai 2013;89(3):216-216.
79. Osterberg EC, Gaither TW, Awad MA, Truesdale MD, Allen I, Sutcliffe S, et al. Correlation between pubic hair grooming and STIs: results from a nationally representative probability sample. *Sex Transm Infect*. mai 2017;93(3):162-6.

80. Gaither TW, Truesdale M, Harris CR, Alwaal A, Shindel AW, Allen IE, et al. The influence of sexual orientation and sexual role on male grooming-related injuries and infections. *J Sex Med.* mars 2015;12(3):631-40.
81. Luster J, Turner AN, Henry JP, Gallo MF. Association between pubic hair grooming and prevalent sexually transmitted infection among female university students. *Ojcius DM, éditeur. PLoS ONE.* 4 sept 2019;14(9):e0221303.
82. Schild-Suhren M, Soliman AA, Malik E. Pubic Hair Shaving Is Correlated to Vulvar Dysplasia and Inflammation: A Case-Control Study. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology.* 2017;2017:1-5.
83. Bourgey S, Horay S. *Le grand livre du petit coin.* Nouvelle éd. Paris: Horay; 2007. (Collection Cabinet de curiosité(s)).
84. Mao A. Une brève histoire du PQ. Article en ligne sur le site Usbek & Rica. 2016. Disponible sur : <https://usbeketrica.com/fr/article/une-breve-histoire-du-pq>
85. Kloetzli S. Du papier toilette plus doux pour la planète. Article en ligne sur le site Libération.fr. Nov 2019. Disponible sur : https://www.liberation.fr/planete/2019/11/02/du-papier-toilette-plus-doux-pour-la-planete_1757796/.
86. Pilly E. *Maladies infectieuses et tropicales: prépa ECN, tous les items d'infectiologie.* 6e éd. Paris: Alinéa plus; 2019.
87. Julien A. Cystites récidivantes : des moyens de prévention non médicamenteux. *Progrès en Urologie.* 1 nov 2017;27(14):823-30.
88. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings SE, Köves B, et al. European association of urology (EAU) Guidelines: Urological Infection. *Uroweb.* Mars 2017. Disponible sur: <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/>
89. Mishra B, Srivastava R, Agarwal J, Srivastava S, Pandey A. Behavioral and psychosocial risk factors associated with first and recurrent cystitis in Indian women: A case-control study. *Indian J Community Med.* 2016;41(1):27.
90. Ahmed AA, Solyman AA, Kamal SM. Potential host-related risk factors for recurrent urinary tract infection in Saudi women of childbearing age. *Int Urogynecol J.* août 2016;27(8):1245-53.
91. Al Demour S, Ababneh MA. Evaluation of Behavioral and Susceptibility Patterns in Premenopausal Women with Recurrent Urinary Tract Infections: A Case Control Study. *Urol Int.* 2018;100(1):31-6.
92. Persad S, Watermeyer S, Griffiths A, Cherian B, Evans J. Association between urinary tract infection and postmicturition wiping habit. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1395-6.
93. Scholes D, Hooton TM, Roberts PL, Stapleton AE, Gupta K, Stamm WE. Risk Factors for Recurrent Urinary Tract Infection in Young Women. *J INFECT DIS.* oct 2000;182(4):1177-82.
94. Lamour M. *Les dessous ont une histoire.* Documentaire. ARTE France. 2004. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=IYxWTuA9F9g>
95. Union des Industries Textiles (UIT). *Rapport d'activité 2019-2020.* Sept 2020. Disponible sur : <https://www.textile.fr/documents/1601482518 UIT-rapport-activite-web-09-2020.pdf>

96. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, British Association for Sexual Health and HIV. The management of women of reproductive age attending non-genitourinary medicine settings complaining of vaginal discharge. *J Fam Plann Reprod Health Care*. janv 2006;32(1):33-42; quiz 42.
97. Mtibaa L, Fakhfakh N, Kallel A, Belhadj S, Belhaj Salah N, Bada N, et al. Vulvovaginal candidiasis: Etiology, symptomatology and risk factors. *Journal de Mycologie Médicale*. juin 2017;27(2):153-8.
98. Klebanoff MA, Nansel TR, Brotman RM, Zhang J, Yu K-F, Schwebke JR, et al. Personal hygienic behaviors and bacterial vaginosis. *Sex Transm Dis*. févr 2010;37(2):94-9.
99. Anane S, Kaouech E, Zouari B, Belhadj S, Kallel K, Chaker E. Les candidoses vulvovaginales : facteurs de risque et particularités cliniques et mycologiques. *Journal de Mycologie Médicale*. mars 2010;20(1):36-41.
100. Gonçalves B, Ferreira C, Alves CT, Henriques M, Azeredo J, Silva S. Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. *Critical Reviews in Microbiology*. nov 2016;42(6):905-27.
101. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *The Lancet*. juin 2007;369(9577):1961-71.
102. Klann AM, Rosenberg J, Wang T, Parker SE, Harlow BL. Exploring Hygienic Behaviors and Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis*. juill 2019;23(3):220-5.
103. Willems HME, Ahmed SS, Liu J, Xu Z, Peters BM. Vulvovaginal Candidiasis: A Current Understanding and Burning Questions. *JoF*. 25 févr 2020;6(1):27.
104. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Dossier complet. Région Pays de la Loire. août 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-52>
105. Agence Régionale de santé (ARS). Les déterminants de la santé en Pays de la Loire : contexte démographique, social et environnemental. Mai 2017. Disponible sur : https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-08/PRS2018_2022_ContexteDemoSocialEnvironnemental_internet2.pdf
106. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). France, portrait social. 2016. p192-193. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492313>
107. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Pays de la Loire. Situation récente des immigrés dans la région. Fev 2015. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285429#:~:text=En%202011%2C%20114%20500%20immigr%C3%A9s,%2C7%20%25%20de%20la%20population.>
108. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Key statistics from the national survey of family growth. Données en ligne. 2013. Disponible sur : https://www.cdc.gov/nchs/nsfg/key_statistics/d.htm#douching
109. Christopher EE, Nyebuk ED, E. EA. Vaginal douching behavior among young adult women and the perceived adverse health effects. *J Public Health Epidemiol*. 19 mai 2014;6(5):182-91.
110. Czerwinski BS. Adult feminine hygiene practices. *Applied Nursing Research*. août 1996;9(3):123-9.
111. Woeller KE, Miller KW, Robertson-smith AL, Bohman LC. Impact of Advertising on Tampon Wear-time Practices. *Clinical Medecine Insights : Womens Health*. janv 2015;8:CMWH.S25123.

112. DeMaria AL, Flores M, Hirth JM, Berenson AB. Complications related to pubic hair removal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. juin 2014;210(6):528.e1-528.e5.
113. DeMaria AL, Sundstrom B, McInnis SM, Rogers E. Perceptions and correlates of pubic hair removal and grooming among college-aged women: a mixed methods approach. *Sex Health*. 2016;13(3):248.
114. Cottrell BH. Vaginal Douching. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. janv 2003;32(1):12-8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : AFFICHE

Quelle est votre hygiène intime ?

Ceci est un questionnaire pour une thèse de médecine. Les réponses sont anonymes. Merci de votre participation !

pour toute question relative à la thèse ou au questionnaire, écrivez à : these.hygieneintime@gmail.com

HYGIENE INTIME FEMININE

Ce questionnaire est anonyme et s'adresse aux femmes majeures.
La réponse à cette étude vous prendra moins de 5 minutes.

***Obligatoire**

Renseignements généraux

1. Quel âge avez-vous ? *

2. Quel est votre niveau d'étude ? *

Une seule réponse possible.

Brevet des collèges

CAP

Baccalauréat professionnel

Baccalauréat général

Bac + 2

Supérieur à bac + 2

Autre :

3. Quel est votre pays de naissance ? *

4. Comment avez-vous été informée de ce questionnaire ? *

Une seule réponse possible.

- Médecin généraliste
- Pharmacie
- Magasin bio / vrac
- Autre : _____

5. Etes-vous enceinte ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Concernant l'hygiène des parties externes (petites et grandes lèvres, pli interfessier)

6. A quelle fréquence vous lavez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'une fois par jour
- Une fois par jour
- Deux fois par jour
- Plus de deux fois par jour

7. Vous lavez-vous après les rapports sexuels ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Moins de la moitié des fois
- Plus de la moitié des fois
- Toujours
- Je n'ai jamais eu de rapport sexuel

8. Quel(s) type(s) de produit(s) utilisez-vous pour laver ces parties ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Savon de Marseille
- Gel douche "classique" corps entier
- Gel douche spécial sphère intime
- Lingettes
- Aucun

Autre : _____

9. Utilisez-vous d'autres produits intimes ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Déodorant intime
 - Talc
 - Crème
 - Aucun
 - Autre :
-

Concernant l'hygiène des parties internes (vagin)

10. Faites-vous des douches intra-vaginales (se laver l'intérieur du vagin avec de l'eau et/ou avec d'autres produits) ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais *Passer à la question 12*
- Moins de la moitié du temps
- Plus de la moitié du temps
- Toujours

Douches intra-vaginales

11. Avec quel type de produit ? *

Une seule réponse possible.

- Eau
- Eau et savon
- Gel douche classique corps entier
- Gel douche spécial "sphère intime"
- Autre : _____

Etes-vous ménopausée ?

12. *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 17*
- Non

13. Avez-vous une contraception qui stoppe complètement vos règles (ex : implant, pilule en continu, stérilet aux hormones ?

Une seule réponse possible.

oui *Passer à la question 17*

non

Type de protections menstruelles

14. Quel(s) type(s) de protections utilisez-vous ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Moins de la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	Toujours
Tampons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviettes hygiéniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culotte menstruelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douches vaginales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrôle de flux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si port de tampon, combien de temps les gardez-vous ?

15. Combien de temps les gardez-vous en moyenne ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Moins de 2 heures
- Entre 2 et 4 heures
- Entre 4 et 6 heures
- Plus de 6 heures
- Non concernée

16. Vous arrive-t-il de garder votre tampon plus de 6h ou toute la nuit ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Non concernée

Pilosité intime

17. Pratiquez-vous l'épilation et/ou le rasage des parties intimes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 21*

Pilosité intime

18. Avec quoi vous épiliez ou vous rasez-vous les parties intimes ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Rasoir
- Crème dépilatoire
- Epilation à la cire
- Épilateur électrique
- Pince à épiler
- Ciseaux
- Epilation laser/lumière pulsée

Autre : _____

19. A quelle fréquence vous épiliez ou vous rasez-vous les parties intimes ?

Une seule réponse possible.

- Plus d'une fois par semaine
- Une fois par semaine
- Tous les 15 jours
- Une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Autre : _____

20. Quelle surface de poils enlevez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Epilation partielle
- Epilation intégrale
- Autre : _____

Hygiène aux toilettes

21. Quelle est votre technique d'essuyage après avoir uriné ? *

Une seule réponse possible.

- De l'avant vers l'arrière
- De l'arrière vers l'avant

22. Type de lavage après passage aux toilettes

Une seule réponse possible

- Papier toilette seul
- Lavage à l'eau
- Lavage eau et savon
- Lingettes
- Autre : _____

Habillage

23. Quelle(s) type(s) de matière(s) de sous-vêtements portez-vous régulièrement ?

*

Plusieurs réponses possibles.

- Coton
- Matières synthétiques (polyester, polyamide, elasthane, acrylique...)
- Matières mixtes
- Ne sais pas
- Autre : _____

24. Port de pantalons moulants/serrés *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Moins de la moitié du temps
- Plus de la moitié du temps
- Toujours

Questions

25. Quelle question souhaiteriez-vous poser à votre médecin généraliste concernant l'hygiène intime ?

Je vous remercie du temps que vous avez dédié à la réponse à ce questionnaire.

ANNEXE 3 : QUESTIONS LIBRES EVENTUELLES (N=52)

Recommandations d'hygiène intime : 24 réponses

- « Comment bien prendre soin de mes zones intimes ? »
- « Être informé sur l'importance car pour moi je n'y voyais une très grande importance. »
- « Est-il nécessaire de se laver plusieurs fois par jour ? »
- « Quels sont les bonnes pratiques pour se nettoyer ? »
- « Se laver trop est bien ? »
- « Est-il préférable de se laver avec du savon ou à l'eau ? »
- « Quelle est l'hygiène intime à suivre ? »
- « Est-ce que c'est obligatoire »
- « Quelle est la bonne hygiène intime ? »
- « Est-ce que le lavage au gant de toilette est hygiénique (pour moi et pour ma fille) ? »
- « Est-ce que je m'y prends bien ? »
- « Quelles sont les bonnes ou mauvaises pratiques ? »
- « Est-ce que l'usage d'un gel intime est nécessaire ou vaut-il mieux finalement privilégier un savon neutre ? »
- « Est-ce que l'eau peut-elle simplement laver mes parties intimes ? »
- « Si mon hygiène est bien conforme à ce qui serait préconisé ? »
- « Quel est le meilleur entretien (lavage...) ? »
- « Quels conseils en terme d'hygiène intime pourriez-vous m'apporter ? Idem pour ma petite petite fille de 3 ans. »
- « L'usage de produit spécifique pour la toilette intime est-il vivement conseillé ? »
- « Il y a-t-il une hygiène particulière à adopter et pourquoi ? Sans se perdre dans les méandres des idées reçues et du commerce... »
- « Quels conseils donneriez-vous en terme de lavage des parties intimes ? »
- « Quelles sont les bonnes pratiques d'hygiène intime ? »
- « Avez-vous des conseils à me donner sur ce sujet ? »
- « Quels sont les produits de lavage préconisés pour la toilette intime ? »
- « Qu'est ce qui est le meilleur produit ? »

Protections menstruelles : 7 réponses

- « Quelle est votre avis sur la cup menstruelle ? Est-ce bon d'en utiliser une ? »
- « Est-il déconseillé de porter quotidiennement des protège-slips ? »

« Il faudrait plus de serviettes hygiéniques lavables et de culottes menstruelles lavables à 60°C sur le marché. »

« Quelle protection hygiénique recommanderiez-vous ? »

« Je porte un protège slip par jour est-ce un problème pour l'hygiène ? »

« Pourquoi j'ai mal au ventre avec les tampons alors que je ne sens rien avec une cup de bonne taille et bien placée ? »

« Que pensez-vous des cup car ma fille souhaite en utiliser et je ne suis pas d'accord. »

Réalisation de douches vaginales : 6 réponses

« Est-ce que trop d'hygiène est néfaste ? Et les douches interne intimes sont conseillées ? »

« Est-ce que des douches vaginales sont nécessaires et pourquoi ? »

« Faut-il fait des lavements vaginal régulière ou pas ? »

« Faut-il faire un lavage interne du vagin ? Si oui avec quoi juste de l'eau ? Merci »

« Est-il important de faire une douche vaginale ? »

« Douche intra vaginale »

Hygiène intime après la ménopause : 5 réponses

« Existe-t-il des conseils spécifiques au moment de la pré-ménopause pour améliorer le confort des tissus du fait de la chute progressive des hormones ? »

« Hygiène intime après la ménopause »

« S'il existe des recommandations pour la ménopause »

« Comment améliorer sa libido après la ménopause »

« A un certain âge est-il préférable d'utiliser des produits spécifiques pour l'intimité ? »

Hygiène post-coïtale : 3 réponses

« Hygiène post-coït »

« Les douleurs/brûlures occasionnelles après un rapport sexuel sont-elles liées à une mauvaise hygiène intime ? »

« Quels sont les bons gestes après les rapports »

Hygiène aux toilettes : 1 réponse

« Doit-on se laver ou désinfecter à chaque fois que l'on a uriné ? »

Épilation : 1 réponse

« Est-ce bien que l'épilation à la cire des parties intimes, même partielle a des effets délétères sur l'hygiène intime ? »

Autre : 5 réponses

« Quel produit utiliser pour la sécheresse intime ? »

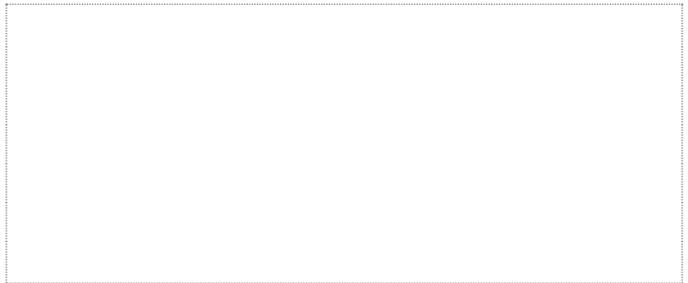
« Est-ce normale les pertes et les différentes couleurs quelles peuvent avoir et la quantité ? »

« C'est quoi la solution pour ne plus jamais avoir de mycoses ? »

« Existe-t-il un déodorant naturel ? »

« Odeur parfois forte d'urine »

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)



Professeur Stéphane PLOTEAU

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)



Docteur Ariane RICHARD

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : DUFOUR

PRENOM : Lily

Titre de Thèse :

Etude observationnelle des pratiques d'hygiène intime des femmes en Pays de la Loire

RESUME

Introduction : l'hygiène intime féminine concerne quotidiennement toutes les femmes. Elle peut avoir un lien avec la survenue d'affections vulvo-vaginales, qui représentent un budget de santé publique conséquent. Plusieurs études descriptives ont été menées à l'étranger mais aucune n'a été conduite en France. L'objectif de l'étude est de décrire les pratiques d'hygiène intime des femmes des Pays de la Loire.

Matériel et méthode : nous avons réalisé une étude quantitative descriptive sur un échantillon de femmes majeures des Pays de la Loire. Les centres de recueil étaient des cabinets de médecine générale, des pharmacies ainsi qu'un magasin vrac. Les femmes ont répondu à un questionnaire de décembre 2020 à juillet 2021. Le questionnaire se divisait en huit parties : caractéristiques de la population, hygiène des parties génitales externes, hygiène des parties génitales internes, protections menstruelles, épilation, hygiène aux toilettes, habitudes vestimentaires et question libre éventuelle.

Résultats : 306 réponses ont été obtenues. La population est plus jeune et présente un niveau d'étude plus élevé que la population générale. Les habitudes d'hygiène intime semblent similaires aux données de la littérature sur le sujet. Deux points attirent l'attention : 23% des femmes interrogées réalisent des douches vaginales dont les risques sont nombreux et prouvés et 48% des femmes qui portent des tampons les ont déjà gardés plus de six heures consécutives ou toute la nuit, ce qui expose au risque de choc toxique menstruel.

Conclusion : il s'agit de la première étude française à décrire les pratiques d'hygiène intime des femmes. Une étude à plus grande échelle serait nécessaire. Des programmes de prévention ciblant notamment les douches vaginales et la bonne utilisation des tampons et des cups pourraient se révéler utiles.

MOTS-CLES : Hygiène intime féminine, douches vaginales, produits d'hygiène intime, protections menstruelles, pilosité pubienne, hygiène aux toilettes, sous-vêtements