



HAL
open science

La place des sages-femmes en sexologie : étude descriptive auprès des sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes

Marine Brambilla

► **To cite this version:**

Marine Brambilla. La place des sages-femmes en sexologie : étude descriptive auprès des sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01349695

HAL Id: dumas-01349695

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01349695>

Submitted on 28 Jul 2016

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

Université Grenoble Alpes

UFR de médecine

Département de Maïeutique

LA PLACE DES SAGES-FEMMES

EN SEXOLOGIE

Etude descriptive auprès des sages-femmes sexologues
de la région Rhône-Alpes

Mémoire soutenu le 22 juin 2016

Par : BRAMBILLA Marine

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2015-2016

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

Université Grenoble Alpes

UFR de médecine

Département de Maïeutique

LA PLACE DES SAGES-FEMMES

EN SEXOLOGIE

Etude descriptive auprès des sages-femmes sexologues
de la région Rhône-Alpes

Mémoire soutenu le 22 juin 2016

Par : BRAMBILLA Marine

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2015-2016

Résumé

L'objectif principal de cette étude était de décrire les besoins des patientes suivies par une sage-femme sexologue. L'objectif secondaire était de décrire le contexte dans lequel les femmes venaient en consultation.

Nous avons mené une étude descriptive transversale multicentrique ; lieu de l'étude : le centre hospitalier de Voiron et les cabinets libéraux à Bourgoin-Jallieu et Lyon ; période de l'étude : du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015.

Les principaux motifs de consultation des femmes étaient les troubles du désir (33,3%) et les dyspareunies (28,3%) alors que les diagnostics les plus fréquemment posés par les sages-femmes sexologues étaient le vaginisme (40%) et principalement le vaginisme primaire (28,3%) ainsi que les troubles du désir (36,7%). La majorité des femmes étaient orientées vers la sage-femme sexologue par un gynécologue-obstétricien (45,1%), un médecin traitant (21,6%) ou une sage-femme (19,6%). 7,8% des femmes étaient orientées vers la sage-femme sexologue par un autre professionnel sexologue.

La prise en charge de la sexualité doit faire partie de la prise en charge globale de la santé. Cette étude avait pour but de faire prendre conscience aux sages-femmes de l'importance de s'intéresser à la sexualité des femmes et des couples pour diagnostiquer d'éventuelles difficultés et pouvoir les orienter si besoin.

Mots clés : sages-femmes sexologues, vaginisme, dyspareunies, troubles du désir, troubles du plaisir, orientation.

Abstract:

The main objective of this study was to describe the needs of patients followed by a sexologist midwife. The secondary objective was to describe the context in which the women came to consultation.

We did a multicenter, cross-sectional descriptive study; Study locations: The hospital of Voiron, and private practices in Bourgoin-Jallieu and Lyon; Study period: 1st of September 2014 to 31st of August 2015.

The women's main reasons for consultation concerned desire disorders (33.3%) and dyspareunia (28.3%), where as the sexologist midwives mostly diagnosed vaginismus (40%); mainly primary vaginismus (28.3 %), as well as desire disorders (36.7%). Most of the women were directed to the sexologist midwife by an obstetrician gynecologist (45.1%), a general practitioner (21.6%) or by a midwife (19.6%). 7.8% of the women were directed to the sexologist midwife by another professional sexologist.

The management of sexuality should be part of the overall care of health. This study was conducted to raise awareness among midwives on how important it is to focus on women's sexuality and couples in order to diagnose possible problems and direct patients if necessary.

Keywords: sexologist midwives, vaginismus, dyspareunia, desire disorders, disorders of pleasure, orientation.

Je remercie les membres du Jury :

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury ;

Mme le Pr Pascale HOFFMANN-CUCUZ, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Présidente du Jury ;

Mme Sylvie FRICKER, Sage-Femme sexologue au Centre Hospitalier de Voiron, Directrice de ce mémoire ;

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignant(e) au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-directrice de ce mémoire.

Mme Laurence PERRU, Sage-Femme Coordinatrice au Centre Hospitalier Annecy-Genevois, Membre Invité du Jury ;

Je remercie plus particulièrement,

Mme Sylvie FRICKER, Sage-Femme sexologue au Centre Hospitalier de Voiron, Directrice de ce mémoire ;

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignant(e) au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire ;

Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-Femme coordinatrice du Pôle Femme-Enfant du Centre Hospitalier de Voiron ;

Et à ma maman.

Un grand merci pour votre aide et votre soutien durant l'élaboration de ce travail.

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODE	
1. Type d'étude.....	5
2. Période et lieu de l'étude	5
3. Population	5
4. Critères de jugement	5
5. Données recueillies	6
6. Méthode	6
7. Traitement des données et analyse statistique	7
RESULTATS	
1. Diagramme d'inclusion	9
2. Description de la population	10
3. Antécédents facteurs de risques de troubles sexuels	11
4. Besoins des patientes	13
5. Contexte de consultation	15
DISCUSSION	
1. Limites et biais de l'étude	17
2. Population de l'étude	19
3. Répartition des troubles sexuels féminins	21
4. Prévalence du vaginisme	22
5. Vers quels professionnels se tournent les femmes?	24
6. Vers quels référents les professionnels orientent ils leurs patientes ?	25
7. Antécédents facteurs de risque de troubles sexuels	26
8. Situation gynéco-obstétricale des patientes des sages-femmes sexologue	26
9. Réponses aux objectifs de l'étude	28
10. Intérêt de l'étude	29
11. Projets d'actions	30
CONCLUSION	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXE	
Définitions	40

INTRODUCTION :

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle est « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.* » [1][2]

Les études réalisées auprès des femmes ont montré une évolution continue dans le sens d'une vie sexuelle de plus en plus diversifiée et active. La transformation des structures familiales, l'augmentation de l'autonomie sociale et économique des femmes, le renforcement de la norme d'égalité entre les sexes et la précarisation de certains groupes sociaux ont modifié les pratiques sexuelles des femmes. De plus, le droit à la contraception puis à l'IVG pour les femmes a induit une séparation de la vie sexuelle et de la maternité. [1][3][4]

Les femmes en France sont aujourd'hui, dans la majorité des cas, libres de leur intimité, libres de la façon de vivre leur corps, leur sexualité et leur couple. Subsiste cependant un tiers des femmes pour qui la sexualité reste problématique : trop de complexes pour vivre librement leur sexualité, absence de désir, troubles du plaisir, dyspareunies, vaginisme... Près d'une femme sur deux (48%) a déjà vécu une émotion sexuelle négative (peur, douleur, dégoût, honte, culpabilité...) contre moins de 10% des hommes. [5]

D'après l'OMS, « *La sexologie est l'étude de la sexualité humaine et de ses troubles. Elle étudie tous les aspects de la sexualité, à savoir le développement sexuel, les mécanismes des rapports érotiques, le comportement sexuel et les relations affectives, en incluant les aspects physiologiques, psychologiques, médicaux, sociaux et culturels.* » [1]

Alors que la sexualité est un sujet actuellement très médiatisé, il semble persister une frontière entre gynécologie-obstétrique et sexologie. En effet, la sexualité reste un sujet tabou et peu évoqué aussi bien par les femmes, du fait d'une certaine pudeur à parler de leur sexualité, que par la plupart des professionnels qui ne savent pas vraiment comment répondre à leurs attentes. Il semble pourtant difficile de prendre en charge la santé des femmes sans prendre en charge leur sexualité qui fait partie intégrante et essentielle de leur vie. [6] Du fait des composantes psychique et organique des troubles sexuels, l'interdisciplinarité est nécessaire pour améliorer leur prise en charge. Néanmoins, seuls 36% des professionnels déclarent orienter leurs patientes pour des difficultés sexuelles. [7]

La sage-femme est amenée à suivre la santé des femmes à des étapes importantes de leur vie sexuelle: lors des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, mais aussi lors du suivi de grossesse et de la période post-natale (allaitement, rééducation du périnée...). Elle peut donc représenter un des principaux interlocuteurs pour aborder la sexualité. [8] Ainsi, il est important, dans la pratique quotidienne des sages-femmes, d'aborder la sexualité avec les femmes et les couples pour pouvoir diagnostiquer d'éventuelles difficultés et orienter si besoin vers une sage-femme sexologue.

Nous avons étudié les raisons qui peuvent amener une femme à consulter une sage-femme sexologue.

L'objectif principal de cette étude était de décrire les besoins des patientes suivies par des sages-femmes sexologues au travers des motifs de consultation évoqués par les patientes et des diagnostics posés par les sages-femmes.

L'objectif secondaire était de décrire le contexte dans lequel les femmes venaient en consultation.

MATERIELS ET METHODES :

1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale multicentrique.

2. Période et lieu de l'étude :

Cette étude a été menée du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015 dans la région Rhône-Alpes, sur les sites d'installation des sages-femmes sexologues : le centre hospitalier de Voiron et les cabinets libéraux à Bourgoin-Jallieu et Lyon.

3. Population:

Ont été incluses, toutes les femmes ayant bénéficié d'une consultation auprès d'une des sages-femmes sexologues participant à l'étude. Ont été exclues, les patientes dont le dossier était incomplet (absence de motif de consultation ou de diagnostic) ou non retrouvé.

4. Critères de jugement:

L'objectif principal était de décrire les besoins des patientes des sages-femmes sexologues. Les critères de jugement principaux étaient les motifs de consultation évoqués par les patientes et les diagnostics posés par les sages-femmes. Pour chaque patiente, tous les motifs et diagnostics ont été relevés tels que mentionnés dans le dossier, qu'ils soient uniques ou multiples.

L'objectif secondaire était de décrire le contexte dans lequel les femmes venaient en consultation. Les critères de jugement secondaires étaient les modalités d'orientation des patientes vers la sage-femme sexologue, c'est-à-dire :

- Le type de professionnel ayant adressé la patiente et
- La situation gynéco-obstétricale de la patiente (parcours d'AMP, accouchement dans l'année précédente, rééducation périnéale).

5. Données recueillies :

- les données socio-démographiques : âge, profession, statut marital (célibataire ou en couple), nombre d'enfants à charge.

La profession a permis une classification en une variable qualitative plurimodale nommée « catégorie socio-professionnelle ».

- la période d'activité génitale : en âge de procréer (conception/AMP, grossesse, post-partum, pré-ménopause), ménopause diagnostiquée (ménopause chirurgicale). Toutes les femmes, essayant de concevoir un enfant, ayant ou non débuté un parcours d'AMP, ont été classées dans la catégorie « conception/AMP ». Toutes les femmes ayant accouché dans les 12 mois précédents la première consultation avec la sage-femme sexologue ont été classées dans la catégorie « post-partum ». Toutes les femmes présentant un ou plusieurs troubles climatiques mais ayant encore des menstruations ou ayant eu des menstruations dans les 12 derniers mois ont été classées dans la catégorie « pré-ménopause ».

- les antécédents médicaux, psychologiques, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux pouvant être facteurs de risque de troubles de la sexualité.

6. Méthode :

Toutes les sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes effectuant des consultations de sexologie ont été sollicitées pour participer à l'étude. Ces dernières étaient adhérentes au Collège Lyonnais de Sexologie, elles ont été contactées par téléphone. Cinq sages-femmes sexologues ont accepté de participer à l'étude après explication du déroulement et des objectifs de celle-ci. L'une d'entre elle est partie à la retraite au cours de l'étude et n'a donc pas pu y participer. L'étude a ainsi porté sur les patientes de quatre sages-femmes sexologues. L'étude de faisabilité effectuée en janvier 2015 auprès de chaque sage-femme avait montré que les données nécessaires étaient renseignées dans leurs dossiers. Les patientes ont été

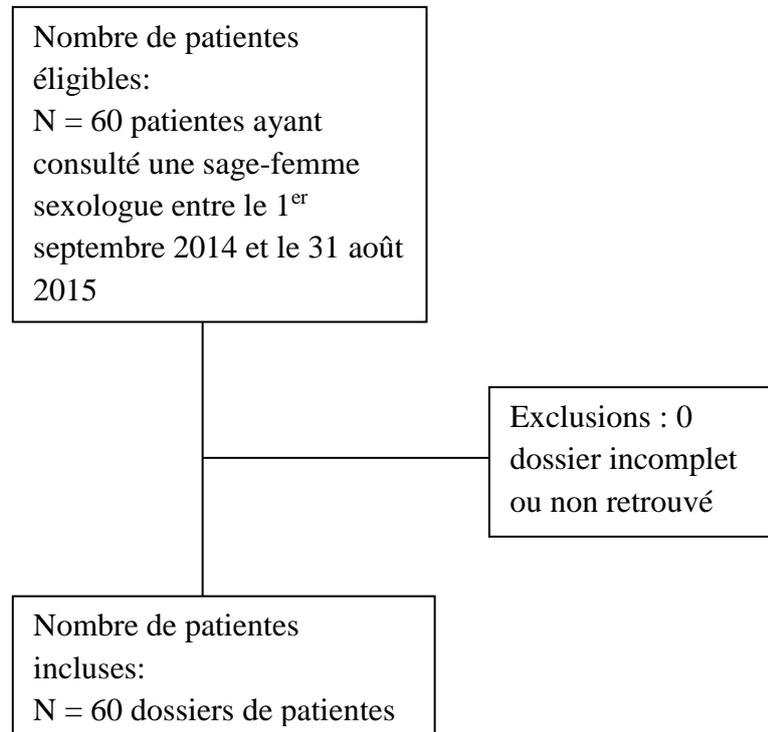
retrouvées sur les agendas de consultation des sages-femmes. Le recueil de données a été rétrospectif, à partir des dossiers des patientes. Les données renseignées dans les dossiers ont été complétées par la sage-femme sexologue ayant réalisé les consultations. L'anonymat des patientes a été respecté lors du recueil de données (noms des patientes cachés).

7. Traitement des données et analyse statistique:

Les données ont été saisies puis analysées, de façon anonyme, à l'aide du logiciel Stat View. Les caractéristiques ont été décrites par l'effectif et le pourcentage pour les variables qualitatives et par la médiane et les 25^{ème} et 75^{ème} percentiles pour la variable quantitative. Les réponses aux questions ouvertes ont été décrites par une analyse de contenu faite selon une approche phénoménologique. L'analyse des antécédents facteurs de risque de troubles de la sexualité a permis l'élaboration d'une structure thématique de contenu. Une triangulation a été réalisée afin de garantir une meilleure fiabilité des résultats.

RESULTATS :

1. Diagramme d'inclusion :



2. Description de la population :

Tableau I : Caractéristiques médico-sociales des femmes ayant consulté une sage-femme sexologue du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015.

Caractéristiques de la population	N=60
Age (années) médiane (25^e-75^e percentiles)	31,0 (26,5 – 41,0)
Catégories socio professionnelles*:	
(n, %)	
- employés	12 (21,0)
- cadres, professions intellectuelles supérieures	12 (21,0)
- professions intermédiaires	22 (38,6)
- artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 (1,8)
- ouvriers	1 (1,8)
- sans profession	9 (15,8)
Nombre d'enfant à charge (n, %) :	
0	31 (51,7)
1	12 (20,0)
2 ou 3	14 (23,3)
4 et plus	3 (5,0)
Parité :(n, %)	
nullipare	31 (51,7)
primipare	15 (25,0)
multipare	12 (20,0)
Grande multipare (4 et plus)	2 (3,3)
Situation maritale :(n, %)	
célibataire	10 (16,7)
en couple	50 (83,3)
Période de la vie génitale :(n, %)	
En âge de procréer :	51 (85,0)
- conception/AMP	7 (11,7)
- grossesse	3 (5,0)
- post-partum	6 (10,0)
- pré-ménopause	1 (1,7)
Ménopause diagnostiquée	9 (15,0)
-ménopause chirurgicale	3 (5,0)

*données manquantes = 3 pour CSP

3. Antécédents facteurs de risque de troubles de la sexualité

Parmi les antécédents pouvant être facteurs de risque de troubles de la sexualité, on retrouve :

- des antécédents liés à l'histoire familiale : un manque d'éducation à la sexualité (sujet tabou dans la famille), pouvant être associé à une sexualité tardive, chez 18,3% des patientes (n=11) ; une relation conflictuelle, ou au contraire fusionnelle, avec au moins un des parents, pouvant être liée à un divorce ou à un abandon dans l'enfance chez 28,3% des patientes (n=17) et une mère maniaco-dépressive, aliénante, chez 5% des patientes (n=3).
- des antécédents psychologiques : des viols, tentatives de viols, attouchements, maltraitance dans l'enfance ou violences conjugales chez 20% des patientes (n=12) ; le décès d'un proche (parent, conjoint) chez 10% des patientes (n=6) ; au moins un deuil périnatal : fausse couche, IVG ou IMG chez 6,7% des patientes (n=4) ; un parcours d'AMP, pouvant être associé à une pression familiale par rapport à la grossesse, chez 6,7% des patientes (n=4) ; un accouchement traumatique (césariennes en urgence, extraction instrumentale avec épisiotomie et hématome vulvo-vaginal majeur) chez 5% des patientes (n=3) ; un conjoint infidèle chez 10% des patientes (n=6) ; un divorce difficile chez 5% des patientes (n=3) et au moins un suivi psychiatrique pour dépression avec traitement antidépresseur chez 28,3% des patientes (n=17).
- des antécédents gynécologiques : des mycoses à répétition chez 11,7% des patientes (n=7), une endométriose chez 6,7% des patientes (n=4), des sécheresses vaginales liées à la ménopause chez 5% patientes (n=3) mais aussi des traitements par laser pour condylomes ou par conisation pour infections à Papillomavirus humain chez 5% des patientes (n=3), des menstruations précoces, douloureuses ou irrégulières chez 3,3% des patientes (n=2) et l'absence de suivi gynécologique et/ou de rééducation périnéale chez 8,3% des patientes (n=5).

- des antécédents obstétricaux : un accouchement dystocique (césarienne, extraction instrumentale avec épisiotomie et hématome vulvo-vaginal majeur) chez 5% des patientes (n=3).
- des antécédents chirurgicaux : des opérations pour fibrome, cancer du sein, hystérectomie, ovariectomie, kystes ovariens, hémorroïdes, pouvant avoir des répercussions psychologiques, chez 23,3% des patientes (n=14).
- des antécédents médicaux : des infections urinaires à répétition chez 5% des patientes (n=3) et une incontinence urinaire et/ou anale chez 5% des patientes (n=3)

4. Besoins des patientes

Tableau II : Répartition des motifs de consultation des patientes ayant consulté une sage-femme sexologue du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015.

Motif de consultation (n, %)	N=60
Dyspareunies	17 (28,3)
Vaginisme	11 (18,3)
- primaire	9 (15,0)
- secondaire	2 (3,3)
Troubles du désir	20 (33,3)
Troubles du plaisir	7 (11,7)
Désir d'enfant	7 (11,7)
Conjugopathie	5 (8,3)
Rééducation périnéale	5 (8,3)

D'autres motifs de consultation, moins fréquents, ont été relevés :

- deux consultations pour troubles de la sexualité lié à un problème urinaire (impériosité vésicale avec pollakiurie aggravée par les rapports sexuels et incontinence urinaire lors des rapports sexuels liée à un méningocèle opéré à la naissance) ;
- deux consultations pédagogiques pour méconnaissance de la sexualité ;
- une consultation pour homosexualité refoulée avec troubles psychiatriques ;
- une consultation pour appréhension de la sexualité liée à un rectocèle après une période d'abstinence post-divorce ;
- une consultation pour avis avant reprise de nymphoplastie.

Tableau III : Répartition des diagnostics posés par les sages-femmes sexologues du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015.

Diagnostic (n, %)	N=60
Dyspareunies	17 (28,3)
Vaginisme	24 (40,0)
- primaire	17 (28,3)
- secondaire	7 (11,7)
Troubles du désir	22 (36,7)
Troubles du plaisir	8 (13,3)

5. Contexte de consultation :

Modalités d'orientation de la patiente vers la sage-femme sexologue :

Il s'agissait d'une consultation spontanée pour neuf patientes (15%) dont trois d'entre elles étaient déjà des patientes de la sage-femme sexologue pour suivi de grossesse et/ou gynécologique et/ou rééducation du périnée. Quatre patientes avaient eu les coordonnées de la sage-femme sexologue par un proche (ami, famille).

Pour 51 patientes (85%), il s'agissait d'une consultation orientée.

Tableau IV : Répartition des femmes selon le type de professionnel ayant orienté vers la sage-femme sexologue.

Type de professionnel (n, %)	N = 51
Gynécologue-obstétricien	23 (45,1)
Sage-femme	10 (19,6)
Médecin traitant	11 (21,6)
Psychologue	4 (7,8)
Psychiatre	2 (3,9)
Urologue	1 (2,0)

Parmi les professionnels ayant orienté des patientes vers une sage-femme sexologue, deux médecins traitants, un psychologue et un psychiatre étaient eux-mêmes sexologues. Quatre femmes (7,8%) ont donc été orientées vers la sage-femme sexologue par un professionnel sexologue.

Situation gynéco-obstétricale des femmes orientées vers la sage-femme sexologue:

Trois patientes (5,9%) avaient débuté un parcours d'Aide Médicale à la Procréation ; six patientes (11,8%) avaient accouché dans l'année précédente et quatre d'entre elles (7,8%) effectuaient leur rééducation périnéale. Cinq patientes (9,8%) étaient orientées pour impossibilité d'examen lors de leur suivi gynécologique de prévention. Enfin, deux patientes (3,9%) étaient adressées vers la sage-femme sexologue pour avis avant opération (nymphoplastie, rectocèle).

DISCUSSION :

1. Limites et biais de l'étude :

Les effectifs de l'étude ont été limités par le faible nombre de sages-femmes sexologues et l'irrégularité des consultations. De plus, les sages-femmes n'informent pas systématiquement le Conseil de l'Ordre des DIU (diplôme inter universitaire) obtenus donc il n'existe pas de liste exhaustive des sages-femmes sexologues. Il a donc été difficile de retrouver toutes les sages-femmes formées en sexologie dans la région Rhône-Alpes.

Une autre limite est le type d'étude. Une étude qualitative sur entretiens aurait mieux répondu à l'objectif de définir les besoins et attentes des femmes et aurait amélioré l'exhaustivité des données recueillies. En effet, le recueil de données a été rétrospectif ce qui explique les quelques données manquantes, limitées par la réalisation d'une étude de faisabilité préalable.

On retrouve un biais de recrutement lié à une sur-représentativité des patientes ayant des troubles sexuels importants (plus graves, de plus longue durée, invalidants) qui les amènent plus à consulter que les patientes ayant des troubles sexuels minimes. Ce biais fausse les résultats dans le sens d'une surestimation des troubles sexuels importants et surtout d'une sous-estimation des troubles sexuels minimes et donc d'une sous-estimation de la proportion de femmes qui ont des troubles de la sexualité.

On note également un biais de mesure par interprétation des données différente d'une sage-femme sexologue à l'autre. Le recueil de données s'est fait en présence de la sage-femme afin de pouvoir lui demander d'expliquer et de développer les données qui ne nous semblaient pas claires, ce qui a permis de limiter ce biais concernant le diagnostic de la sage-femme. Cependant, la présence de la sage-femme entraîne un biais pour les autres données car son interprétation oriente les résultats. De plus, les données recueillies dans les dossiers ne correspondent pas forcément à la réalité, d'autant que d'une sage-femme à l'autre, le diagnostic peut être différent en fonction de l'expérience de chacune. Pour éviter ce biais, il

aurait fallu faire une étude observationnelle qualitative. De même, pour faire une étude des besoins et des attentes des femmes, il aurait fallu les interroger directement.

Enfin, on retrouve un biais de classement, limité par la triangulation, pour les antécédents facteurs de risque de troubles sexuels. En effet, le classement des antécédents dans les différentes catégories peut être variable d'une personne à une autre et peut, par exemple, donner une proportion de facteurs psychologiques plus ou moins importante.

2. Population de l'étude

L'âge médian de notre population était de 31 ans alors que l'âge médian des femmes en France est de 41 ans. Notre population est plus jeune de 10 ans par rapport à la population générale française. [9] Cette différence s'explique par le fait que les sages-femmes sont plutôt amenées à voir des patientes en âge de procréer.

Pour ce qui est de la catégorie socio professionnelle : 21% des femmes de notre étude sont « employées » contre 23,5% de la population féminine en France, ce qui est concordant. 21% des femmes de notre étude sont dans la catégorie « cadres et professions intellectuels supérieurs » alors qu'elles sont seulement 7,1% en France. La majorité des femmes de notre étude (38,6%) font parties de la catégorie « professions intermédiaires » ce qui ne correspond pas à la population générale (13,2%). Il y a autant de femmes dans la catégorie « artisans, commerçants, chefs d'entreprise » dans notre étude que dans la population féminine française (1,8%). On retrouve 1,8% des femmes « ouvrières » dans notre étude contre 4,7% dans la population générale. Enfin, 15,8% des femmes de notre étude sont « sans profession » contre 14,5% des femmes françaises, ce qui est concordant. [10] Cette comparaison montre que les femmes qui consultent une sage-femme sexologue ont un niveau socio professionnel plus élevé par rapport à la population générale. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les patientes qui consultent une sage-femme sexologue sont des femmes qui s'interrogent et recherchent des solutions à leurs troubles sexuels. D'autre part, la spécialité de sexologue, le coût d'une consultation et les modalités de remboursement sont encore peu connus de la population générale.

Concernant le nombre d'enfant à charge, les femmes de notre étude n'ont pas d'enfant à charge pour 51,7% d'entre elles, un enfant à charge pour 20% d'entre elles, 2 à 3 enfants à charge pour 23,3% d'entre elles et 4 enfants à charge ou plus pour 5% d'entre elles. D'après l'INSEE, en France, en 2012, 48% des familles n'avaient pas d'enfants de moins de 25 ans,

22,4% des familles en avaient un, 20,2% d'entre elles en avaient deux et 9,4% en avaient trois ou plus. Notre population est représentative de la population générale française concernant le nombre d'enfant à charge. [11]

Enfin, concernant le statut marital, 83,3% des femmes de notre étude étaient en couple et 16,7% d'entre elles étaient célibataires. D'après l'INSEE, en 2012, 46,2% de la population générale en France était mariée, 38,5% était célibataire, 7,7% divorcée et 7,6% veuves. Nos chiffres ne correspondent pas à ceux de l'INSEE mais ceci s'explique par une différence de classification. En effet, l'INSEE a regroupé les hommes et les femmes et pour l'INSEE, les personnes en couple mais non mariées sont considérées comme célibataires. Alors que nous avons regroupé dans « en couple », toutes les femmes ayant un conjoint, qu'elles soient mariées ou non, et dans « célibataire », toutes les femmes sans conjoint dont les femmes divorcées et les veuves. [12] Cependant, on remarque que la grande majorité des femmes de notre étude sont en couple. Ceci s'explique certainement par le fait que les sages-femmes rencontrent la plupart de leurs patientes dans le cadre de la périnatalité. De plus, les femmes en couple consultent peut-être plus facilement pour un trouble sexuel, du fait qu'elles aient un partenaire stable par rapport aux femmes célibataires. D'autant que selon le trouble sexuel, il peut varier en fonction du partenaire.

3. Répartition des troubles sexuels féminins :

De nombreuses études ont montré la prévalence importante des troubles sexuels féminins. L'enquête Contexte de la Sexualité en France publiée en 2008 sous la direction de N. Bajos et M. Bozon est la dernière enquête de grande ampleur réalisée et les conclusions qu'elle établit sont donc très représentatives de la période actuelle. Quelque soit le milieu social et l'âge des femmes, 11,7% déclarent avoir été «souvent» confrontées à une difficulté sexuelle lors de l'année écoulée et si l'on prend en considération les difficultés qui surviennent «parfois», 40% des femmes sont alors concernées. Les résultats obtenus lors de cette enquête montrent également que « certaines difficultés de la fonction sexuelle paraissent liées à l'entrée dans la sexualité, d'autres à l'avancée en âge». Hormis l'impact de l'âge dans l'apparition de difficultés sexuelles, ces auteurs démontrent que le milieu social exerce lui aussi une influence. Enfin, pour N. Bajos et M. Bozon, «c'est le cumul de plusieurs types de difficultés sexuelles ou leur persistance qui semble motiver une consultation chez un professionnel de santé». [3]

	Dyspareunies	Troubles du désir	Troubles du plaisir
Notre étude	28,3%	36,7%	13,3%
Bajos N. Bozon M. [3]	16,3%	35,8%	36,2%
Buvat J. & al [13]	9,6%	20,9%	33,6%
Colson M-H & al [14]	15%	45%	15%

La plupart de ces chiffres ne correspondent pas à ceux de notre étude, probablement du fait de nos effectifs réduits. En effet, le manque de puissance de notre étude pose un problème de représentativité des résultats. Cependant, concernant les troubles du désir, on retrouve des proportions similaires à celles de notre travail dans deux études bibliographiques sur trois.

Par contre, concernant les troubles du plaisir, les proportions d'une seule étude correspondent à nos résultats.

Concernant les dyspareunies, une étude sur la sexualité dans le post-partum dévoile que 86% des femmes se plaignent de douleurs à la reprise des rapports après l'accouchement. Les dyspareunies avaient déjà été ressenties avant la grossesse par 27% des femmes. [15]

4. Prévalence du vaginisme :

Concernant les dyspareunies, on note que la plupart des auteurs choisissent d'inclure le vaginisme.

Notre étude a montré que le vaginisme représente 40% des diagnostics posés par les sages-femmes sexologues (dont 28,3% de vaginisme primaire et 11,7% de vaginisme secondaire) contre seulement 18,3% des motifs de consultation des patientes (dont 15% de vaginisme primaire et 3,3% de vaginisme secondaire). Ces chiffres montrent que les femmes vaginiques consultent souvent pour une autre raison que le vaginisme en lui-même et notamment pour leur désir d'enfant (d'où l'importance de l'analyse des motifs de consultation et des antécédents), mais aussi pour dyspareunies ou conjugopathies.

Ces résultats ne peuvent être concordants avec les données de la littérature. En effet, jusqu'à ce jour, aucune étude épidémiologique n'a été faite pour rechercher la prévalence du vaginisme. Une telle étude serait difficile à réaliser, puisqu'un examen gynécologique est nécessaire pour établir le diagnostic de vaginisme, afin d'éliminer une cause organique rendant le rapport sexuel impossible ou très douloureux. Il n'y a donc que des estimations de prévalence avec des pourcentages discordants :

Auteur(s)	Etude	Estimation de prévalence du vaginisme
Masters et Johnson	« <i>Human sexual inadequacy</i> » 1970	29 cas en 11 ans
Grafeille Nadine	« <i>Approche cognitivo-comportementale du vaginisme</i> » 1982	100 cas en 5ans
	« <i>On ne peut pas me pénétrer.</i> » 2007	20 à 30%
Colson M-H	« <i>Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France.</i> » 2006	6%
Giami A. & al	« <i>Sexologie as a profession in Europe.</i> » 2006	29%

[14] [16] [17] [18] [19]

5. Vers quels professionnels se tournent les femmes ?

Pour la majorité des femmes (45,1%), le premier interlocuteur était leur gynécologue. 19,6% des femmes en ont parlé à une sage-femme et 21,6% des femmes à leur médecin traitant (deux médecins étaient sexologue). 7,8% des femmes se sont tournées vers un psychologue (un était sexologue) et 3,9% des femmes vers un psychiatre (dont un sexologue). Une femme a consulté un urologue car ses difficultés sexuelles étaient liées à un trouble urinaire.

Pour Berman, sur 3 807 femmes ayant présenté ou présentant des troubles sexuels, 60% ont consulté : 42% un gynécologue, 24 % un médecin généraliste, ce qui correspond à nos résultats ; 12% un psychiatre, 3% un urologue, 8% un endocrinologue et 8% un autre professionnel. [20] On peut supposer que les sages-femmes et les psychologues se trouvaient parmi les autres professionnels.

D'après l'enquête GSSAB, 25,2% des femmes ayant des difficultés sexuelles ont consulté un médecin, 14,6 % en ont parlé à un pharmacien, et 4% ont consulté un psychiatre, un psychologue ou un conseiller conjugal. [13] Ces résultats montrent que 43,8% de ces femmes ont sollicité un professionnel de santé.

En France aussi, le gynécologue est le premier professionnel de santé consulté, quel que soit le type de troubles sexuels, d'après l'étude de Bajos et Bozon. [3] De même, dans l'enquête française d'Anne Gicquel, le gynécologue est le premier interlocuteur dans 88% des cas. [21]

On peut déduire de ces résultats que le gynécologue reste le premier interlocuteur pour les femmes présentant des difficultés sexuelles.

6. Vers quels référents les professionnels orientent-ils leurs patientes ?

Notre étude a montré que les sages-femmes sexologues étaient des référents pour plusieurs types de professionnels (gynécologue-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, urologues) et même pour quelques professionnels eux-mêmes sexologues.

59 % des gynécologues adressent les patientes à des non sexologues, et dans ce cas orientent vers le psychologue à 71 %. Parmi ceux qui adressent à des sexologues, une légère majorité (53%) préfère que le sexologue soit médecin. [21]

Une étude française (Andrade, 2008) a mis en évidence que peu de médecins généralistes (8 à 34% selon le trouble) dirigeaient leurs patients vers un sexologue. [22]

D'après l'enquête « la place des professionnels de la périnatalité dans la prise en charge des difficultés sexuelles lors de la grossesse et dans les deux années qui suivent la naissance d'un enfant », les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens orientent leurs patientes en première intention vers un sexologue et secondairement vers un psychologue. En troisième intention, les médecins généralistes et les sages-femmes orientent leurs patientes vers un gynécologue-obstétricien, alors que ces derniers orientent leurs patientes vers un kinésithérapeute. Certains spécialistes sont plus ponctuellement mentionnés comme le psychiatre et l'urologue. Des sages-femmes proposent également de référer au besoin vers une collègue spécialisée sur le sujet (sage-femme sexologue) ou vers un thérapeute de couple. Enfin, certains professionnels interrogés mettent en évidence que l'origine du trouble est un élément décisionnel dans le choix du professionnel vers lequel ils orientent leurs patientes. [23]

7. Antécédents facteurs de risque de troubles sexuels :

Parmi les antécédents facteurs de risque de troubles sexuels, on note une prédominance des antécédents psychologiques ce qui traduit l'importance de la composante psychique dans les troubles sexuels. En effet, les troubles de la sexualité sont un domaine complexe où l'organique et le psychique sont intimement liés. C'est pourquoi, plusieurs professionnels favorisent la multidisciplinarité pour leur prise en charge. [23]

8. Situation gynéco-obstétricale des patientes des sages-femmes sexologues :

Parmi les patientes des sages-femmes sexologues, 11,8% avaient accouché dans l'année précédente et 7,8% d'entre elles réalisaient leur rééducation périnéale. On peut supposer que ces patientes avaient rencontré la sage-femme à l'occasion de leur suivi de grossesse ou avaient eu ses coordonnées par leur sage-femme libérale, leur gynécologue ou l'équipe de la maternité dans laquelle elles avaient accouché. D'autre part, le suivi de grossesse, l'entretien prénatal précoce, la visite post-natale ainsi que la rééducation périnéale sont des moments opportuns pour dépister des troubles sexuels : lors de l'interrogatoire ou de l'examen gynécologique.

9,8% des patientes étaient orientées pour impossibilité d'examen lors du suivi gynécologique de prévention. Le suivi gynécologique peut aujourd'hui être assuré par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste. Or, nous avons vu que ces professionnels sont ceux qui orientent le plus vers une sage-femme sexologue.

Enfin, 5,9% des patientes avaient débuté un parcours d'aide médicale à la procréation. Comme nous l'avons vu, certaines patientes vaginiques consultent lorsqu'un désir d'enfant apparaît et commencent un parcours d'AMP alors qu'elles n'ont pas de rapports sexuels avec pénétration. La prise en charge initiale de ces patientes réside donc dans le traitement du

vaginisme afin de permettre la pénétration, l'éjaculation intra-vaginale et donc la procréation.

D'où l'importance d'orienter ces patientes vers un sexologue.

9. Réponses aux objectifs :

L'objectif principal de cette étude était de décrire les besoins des patientes des sages-femmes sexologues au travers des motifs de consultation évoqués par les patientes et des diagnostics posés par les sages-femmes. Notre étude a montré que les principaux motifs de consultation des femmes étaient les troubles du désir (33,3%) et les dyspareunies (28,3%) alors que les diagnostics le plus fréquemment posés par les sages-femmes sexologues étaient le vaginisme (40%) et principalement le vaginisme primaire (28,3%) ainsi que les troubles du désir (36,7%).

L'objectif secondaire de cette étude était de décrire le contexte dans lequel les femmes venaient en consultation. Notre étude a montré qu'il s'agissait d'une consultation orientée pour 85% des femmes. La majorité d'entre elles étaient orientées vers la sage-femme sexologue par un gynécologue-obstétricien (45,1%), un médecin traitant (21,6%) ou une sage-femme (19,6%). 7,8% des femmes étaient orientées vers la sage-femme sexologue par un autre professionnel sexologue.

Parmi les patientes des sages-femmes, 11,8% avaient accouché dans l'année précédente, 7,8% réalisaient leur rééducation périnéale, 9,8% étaient orientées pour impossibilité d'examen lors du suivi gynécologique de prévention et 5,9% avaient débuté un parcours d'aide médicale à la procréation.

Enfin, parmi les femmes pour lesquelles il s'agissait d'une consultation spontanée, certaines étaient des patientes de la sage-femme sexologue dans le cadre d'un suivi gynécologique, de grossesse ou de la rééducation périnéale. D'autres avaient eu les coordonnées de la sage-femme par un proche (famille, ami).

10. Intérêt de l'étude :

Cette étude a pour but de sensibiliser les sages-femmes et autres professionnels de santé à l'importance du dépistage et de la prise en charge des troubles sexuels. Les professionnels de première ligne, à savoir gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes ont un grand rôle à jouer en matière d'éducation à la sexualité et abordent régulièrement la sexualité de leurs patientes ne serait-ce que pour la contraception, la procréation et la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Cependant, la notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la qualité de vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le «counselling» et les soins concernant la PMA ou les MST. Or, les difficultés sexuelles sont fréquentes et peuvent entraîner une souffrance psychique et des tensions dans le couple. Le professionnel de santé, par son rôle préventif et éducatif, se doit d'aborder le sujet afin de favoriser un dialogue autour de la sexualité. Cependant, ces derniers se focalisent davantage sur les problèmes physiologiques plutôt que sur le versant psychologique de la sexualité. Ils posent des questions qui leur permettront d'identifier un problème (en parlant, par exemple, de la reprise des rapports sexuels en post-partum et des éventuelles difficultés survenues). En revanche, des questions concernant l'intimité du couple et la satisfaction sexuelle de la patiente et de son conjoint sont peu abordées. Or, en ne s'intéressant pas à ces points essentiels, il semble difficile pour les professionnels de pouvoir comprendre l'origine du trouble mis en évidence et donc de le traiter. Prendre en charge la santé sexuelle des femmes doit faire partie de la prise en charge globale de la santé. L'orientation thérapeutique se fait en fonction du trouble sexuel et de ses étiologies. L'avis d'un sexologue (médecins, sages-femmes, psychologues/psychiatres, kinésithérapeutes...) doit être demandé devant tout trouble de la sexualité dépassant les compétences du

professionnel initialement consulté, afin d'aider ces femmes à trouver ou retrouver une sexualité satisfaisante. En effet, la collaboration entre les différents professionnels apparait comme une nécessité pour une prise en charge adéquate des difficultés sexuelles.

[7] [23]

11. Projets d'action :

Développer la formation initiale et favoriser la formation continue en sexologie:

Les dysfonctions sexuelles féminines sont encore peu diagnostiquées et traitées et le principal motif invoqué par les professionnels de santé est le manque de formation en sexologie. [21] [22] [23] [24] [25] Le constat est tel que la formation initiale des sages-femmes, des médecins généralistes et des gynécologues-obstétriciens contient peu de matière concernant la sexualité. Dès lors, pour une meilleure prise en charge des patientes, il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de la sexualité dans la prise en charge globale des patientes. [7]

Afin de sensibiliser les sages-femmes, et autres professionnels de santé, il faudrait avant tout, leur permettre d'être plus à l'aise sur le sujet. Pour cela, on pourrait, par exemple, organiser des journées de formation avec des présentations de cas cliniques par des sexologues et des mises en scène pour simuler des consultations de sexologie.

De plus, dans le cadre de la formation continue, les professionnels peuvent avoir accès à des formations en sexologie. [26] Le Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes organise notamment des journées de formation à thème, celles-ci pourraient être l'occasion de sensibiliser des sages-femmes libérales et hospitalières sur la santé sexuelles de la femme. En effet, disposer d'une formation complémentaire permettrait aux professionnels de mieux reconnaître les troubles de la sexualité et donc d'aborder plus

aisément le sujet, de mieux conseiller les patientes et de pouvoir les orienter correctement afin de permettre une prise en charge optimale de la santé sexuelle des femmes. [7]

Favoriser les prises en charge multidisciplinaires et l'orientation vers des spécialistes :

Il semble exister un manque d'orientation et de suivi des patientes présentant des difficultés sexuelles. [7] Il serait donc intéressant de mettre en place au sein des centres hospitaliers de la région Rhône-Alpes, comme au centre hospitalier de Voiron, des consultations de sexologie. Les professionnels hospitaliers pourraient ainsi orienter des patientes vers un sexologue qui les prendrait en charge dans la même structure. Des patientes pourraient aussi consulter un sexologue spontanément en cas de difficultés sexuelles. De plus, il faudrait informer les professionnels libéraux de la possibilité de référer leurs patientes vers un sexologue et leur donner les coordonnées des sexologues installés à proximité. Cependant, la spécialité de sexologue n'est pas encore très répandue ou reconnue en France.

Faire connaître la profession de sexologue :

L'insuffisance de prise en charge des troubles sexuels peut aussi s'expliquer par le fait que la profession de sexologue est peu connue du public. Pour remédier à cela, il faudrait faire diffuser des cartes de visite et des affiches informatives dans les hôpitaux et cabinets médicaux. D'autre part, la recherche facile des coordonnées de sexologues via internet et l'usage des médias permettraient à la profession de se faire connaître et de se développer.

CONCLUSION :

Nous avons mis en évidence une prédominance du vaginisme (40%) et des troubles du désir (36,7%) parmi les difficultés sexuelles rencontrées par les sages-femmes sexologues.

Concernant le contexte dans lequel les femmes venaient en consultation, nous avons vu qu'il s'agissait majoritairement de consultations orientées (85%) et que le premier interlocuteur des femmes présentant des troubles sexuels était leur gynécologue (45,1%).

La prise en charge de la sexualité doit faire partie de la prise en charge globale de la santé. Or, les troubles de sexualité sont encore sous diagnostiqués et partiellement traités, du fait d'un manque de formation des professionnels de santé, d'une insuffisance d'orientation et de suivi des patientes et d'une méconnaissance de la profession de sexologue. La sexologie est pourtant un domaine en pleine évolution tant sur le plan de la recherche que sur le développement des prises en charge.

Cette étude avait pour but de faire prendre conscience à la profession de l'importance de s'intéresser à la sexualité des femmes et des couples pour diagnostiquer d'éventuelles difficultés et pouvoir les orienter si besoin. En effet, les troubles de la sexualité sont un domaine complexe où l'organique et le psychique sont intimement liés. Une prise en charge multidisciplinaire est alors nécessaire.

Enfin, il serait intéressant de réaliser d'autres études sur ce sujet encore peu étudié en France. Des études observationnelles qualitatives, au moyen d'entretiens, permettraient d'interroger directement les femmes sur leurs besoins et leurs attentes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] Campana A. Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS. Formation continue en sexologie clinique. Genève 2007. [consulté le 10/04/2016]. Disponible à partir de : URL : http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Enseignement_sante_sexuelle_OMS_2007.pdf
- [2] OMS. Définition de la santé sexuelle. 2002. [consulté le 20/11/2015]. Disponible à partir de : URL : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [3] Bajos N, Bozon M. Transformation des comportements, immobilité des représentations. Premiers résultats de l'enquête Contexte de la Sexualité en France. Informations Sociales 2007 ; 144 : 22- 33. [consulté le 20/11/2015]. Disponible à partir de : URL: <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2007-8-page-22.htm>
- [4] République française. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. 2009. [consulté le 10/04/2016]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
- [5] Brenot P. Les femmes, le sexe et l'amour : 3000 femmes témoignent. Les Arènes, 2012
- [6] Buisson O, Buvat J, Mimoun S. Le gynécologue et la sexualité des femmes : fin d'un oubli. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2012 ; 40 : 309.
- [7] Hostachy F. Etat des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum : étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-de-Dôme. Mémoire de sage-femme, 2014. [consulté le 25/10/2015]. Disponible à partir de : URL : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01082057/document>
- [8] République française. Loi n°2011-814 du 7 Juillet 2011, art 38. Article L4151-1 du code de la santé publique [consulté le 20/11/2015]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [9] INSEE. Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population jusqu'en 2016. [consulté le 20/02/2016]. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147
- [10] INSEE. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2014. [consulté le 20/02/2016]. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135%C2
- [11] INSEE. Familles selon le nombre d'enfants âgés de moins de 25 ans en 2012. [consulté le 20/02/2016]. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_008
- [12] INSEE. Population selon l'état matrimonial en 2012. [consulté le 20/02/2016]. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_009

- [13] Buvat J & al. Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) Investigators' Group, Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *International Journal of Urology*, 2009, 16, 632-638
- [14] Colson M-H & al. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France, *J Sex Med.*, 2006 Jan 3(1):121-31
- [15] McDonald E A et coll. : Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months postpartum: A cohort study. *Midwifery* 2016; 34: e15-20.
- [16] Sabra M. La prise en charge du vaginisme au Liban à propos de 15 cas. Mémoire pour le DIU de sexologie médicale, 2013.
- [17] Grafeille N. On ne peut pas me pénétrer. Lille 2009. [consulté le 3/01/2016]. Disponible à partir de : URL : <http://www.aihus.fr/prod/data/Congres/AIHUS2009/Diapos/28-1-Samedi-Lille-2009-Mat/08-VAGINISME%202009%20GRAFEILLE.pdf>
- [18] Chevret-Measson M, Desvaux P. Vaginisme. Résumé de la 2^{ème} consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles. Paris, 2003.
- [19] Colson M-H. Mariages non consommés et vaginisme. 2006. [consulté le 14/04/2016]. Disponible à partir de : URL : <http://sfms.free.fr/cube/2006-issm-colson01.pdf>
- [20] Berman L. & al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*. 2003; 79(3):572-6
- [21] Gicquel A. Le gynécologue face à la plainte sexuelle, enquête auprès de 275 gynécologues. Mémoire pour le DIU de sexologie, 2012 [consulté le 13/12/2015]. Disponible à partir de : URL : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Gyneco_plainte_sexuelle.pdf
- [22] Andrade J. Dysfonctions sexuelles et parcours de soin. La place du sexologue. Enquête auprès de 105 médecins généralistes. Thèse, 2008. [consulté le 14/12/2015]. Disponible à partir de : URL : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0511026.pdf>
- [23] Pérard M, Richez T. La place des professionnels de la périnatalité dans la prise en charge des difficultés sexuelles lors de la grossesse et dans les deux années qui suivent la naissance d'un enfant. Mémoire de sages-femmes, 2015
- [24] Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? *Sexologies* 2013 ; 22 : 56- 64.
- [25] Olsson A & al. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of post-natal check. *Midwifery* 2011 ; 27 (2) : 195- 202.
- [26] Association interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie. Diplôme Inter-Universitaire de Sexologie. [consulté le 21/12/2015]. Disponible à partir de : URL : <http://www.aius.fr/v2/data/enseignement/documents/DIU.pdf>

[27] Langis P, Germain B. La sexualité humaine. Bruxelles : De Boeck ; 2010. (p. 19, 35-36, 209-227, 258-260, 382-385, 501-504).

[28] Buffat J. Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical ? Revue Médicale Suisse. 2006 ; 58 : 798- 801[consulté le 20/11/2015]. Disponible à partir de : URL : <http://www.revmed.ch/rms/2006/RMS-58/31149>

Annexes:

I. Définitions: [27] [28]

Dyspareunies:

Les dyspareunies sont des douleurs ou sensations désagréables au niveau de la région génitale, persistantes ou répétées, associées aux rapports sexuels, qui peuvent concerner l'homme ou la femme. Ce trouble est souvent associé à des lésions ou affections médicales, plus fréquentes chez la femme en raison des grossesses, des accouchements et de leurs complications. Il peut être uniquement lié à des facteurs psychologiques.

On distingue les dyspareunies superficielles, d'intromission, des dyspareunies profondes. La dyspareunie d'intromission est une douleur survenant dès la pénétration du pénis ou digitale, elle réside dans la région vulvaire ou vulvo-vaginale.

La dyspareunie profonde est une douleur abdomino-pelvienne survenant lors du rapport sexuel et pouvant persister.

Vaginisme:

C'est l'impossibilité de la pénétration vaginale, persistante ou récurrente, par le fait d'une contracture réflexe et involontaire des muscles du périnée et du tiers inférieur du vagin et qui est source de souffrance personnelle ou relationnelle.

Vaginisme primaire Il s'agit de la forme de vaginisme la plus fréquente. Le vaginisme est primaire si la pénétration coïtale s'est toujours avérée impossible depuis la première tentative. Il apparaît donc dès le début de la vie sexuelle de la femme. L'origine du vaginisme primaire peut être exceptionnellement un traumatisme psychique ou un traumatisme physique. La plupart du temps, ces femmes ont une image corporelle défaillante, la méconnaissance du vagin est toujours présente et la peur de la pénétration vaginale est évidente. La relation à l'autre est également difficile : la peur de l'homme, le refus de l'autre en tant qu'intrus psychique, le déficit d'intimité avec soi sont les hypothèses les plus fréquentes.

Vaginisme secondaire Plus rare, le vaginisme secondaire se manifeste suite à une période où l'activité sexuelle était jugée comme satisfaisante et sans problème particulier. Il peut apparaître suite à une lésion organique, la pénétration devient impossible ou très douloureuse suite à un traumatisme gynécologique, iatrogène, psychique ou obstétrical. Un cas particulier est celui de la femme ayant subi une épisiotomie ou déchirure périnéale développant secondairement un vaginisme : dans ce cas il y a persistance psychique de l'image d'une vulve et d'un vagin "blessé".

Trouble du désir : (le désir sexuel est une anticipation mentale susceptible d'éveiller le réflexe d'excitation sexuelle)

Trouble du désir sexuel hypo-actif Chez la femme, le trouble du désir sexuel hypo-actif est le manque (ou l'absence) persistant ou périodique de désir, de fantasmes, de rêves sexuels ou de réceptivité à une activité sexuelle qui cause une détresse personnelle.

Trouble d'aversion sexuelle

Le trouble d'aversion phobique est, récurrent ou persistant, caractérisé par un évitement des contacts sexuels avec un partenaire provoquant une détresse personnelle. Les troubles du désir sexuel peuvent être primaire, dans ce cas la patiente n'a jamais éprouvé de désir et peut même en ignorer la possibilité.

Le désir sexuel hypo-actif secondaire s'installe suite à une période où le désir existait, l'origine de ce trouble peut être hormonale (prise d'œstro-progestatifs ou ménopause). Les étiologies sont souvent environnementales et/ou psychologiques (image négative de la nudité, problèmes de communication dans le couple, choc émotionnel...)

La baisse du désir peut être secondaire à une infidélité conjugale ou à la naissance d'un enfant.

Trouble du plaisir :

Trouble de l'excitation sexuelle

Il s'agit d'une difficulté persistante ou récurrente à percevoir ou conserver un niveau d'excitation psychique et ou physique, habituellement associées mais pouvant être dissociées et responsable d'une souffrance personnelle. Ce trouble se traduit le plus souvent par un manque de lubrification vaginale. Il est rarement isolé chez la femme, souvent associé à l'absence d'excitation et d'accès au plaisir.

Trouble de l'orgasme: l'anorgasmie

Il s'agit de l'absence ou du retard persistant ou répété du plaisir sexuel, après une phase d'excitation sexuelle suffisante, provoquant une détresse personnelle. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. Une peur de la perte de contrôle, de se laisser aller ou de se sentir soumise est souvent évoquée par la patiente anorgasmique. Le diagnostic d'un trouble de l'orgasme repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue.

Résumé

L'objectif principal de cette étude était de décrire les besoins des patientes suivies par une sage-femme sexologue. L'objectif secondaire était de décrire le contexte dans lequel les femmes venaient en consultation.

Nous avons mené une étude descriptive transversale multicentrique ; lieu de l'étude : le centre hospitalier de Voiron et les cabinets libéraux à Bourgoin-Jallieu et Lyon ; période de l'étude : du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015.

Les principaux motifs de consultation des femmes étaient les troubles du désir (33,3%) et les dyspareunies (28,3%) alors que les diagnostics les plus fréquemment posés par les sages-femmes sexologues étaient le vaginisme (40%) et principalement le vaginisme primaire (28,3%) ainsi que les troubles du désir (36,7%). La majorité des femmes étaient orientées vers la sage-femme sexologue par un gynécologue-obstétricien (45,1%), un médecin traitant (21,6%) ou une sage-femme (19,6%). 7,8% des femmes étaient orientées vers la sage-femme sexologue par un autre professionnel sexologue.

La prise en charge de la sexualité doit faire partie de la prise en charge globale de la santé. Cette étude avait pour but de faire prendre conscience aux sages-femmes de l'importance de s'intéresser à la sexualité des femmes et des couples pour diagnostiquer d'éventuelles difficultés et pouvoir les orienter si besoin.

Mots clés : sages-femmes sexologues, vaginisme, dyspareunies, troubles du désir, troubles du plaisir, orientation.