



HAL
open science

Les sages-femmes face au vaginisme

Barbara Sparenberg

► **To cite this version:**

Barbara Sparenberg. Les sages-femmes face au vaginisme. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01398514

HAL Id: dumas-01398514

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01398514>

Submitted on 17 Nov 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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGE-FEMME

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2016

LES SAGES-FEMMES FACE AU VAGINISME

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Barbara SPARENBERG

Née le 5 décembre 1993

SOUS LA DIRECTION DE :

Docteur Marie-Madeleine, Manon BESTAUX

Remerciements

Je tiens à remercier :

Dr Marie-Madeleine, **Manon BESTAUX**,
sexologue et directrice de ce mémoire, pour son investissement,
sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de ce travail.

Madame **Clotilde DURANTON**, sage-femme formatrice
et guidante de ce mémoire,
pour ses précieux conseils et ses encouragements.

Toutes les **sages-femmes** ayant participé à l'étude,
pour leur gentillesse et leur disponibilité.

Andreia, Alice et Alexandra,
pour avoir contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Mes parents ainsi que **mes grands frères**,
pour leur amour, leur patience et leur soutien
tout au long de ces quatre années.

Mes amies de promotions, mes fidèles compagnons,
pour tous les merveilleux moments partagés.

Sommaire

Introduction	1
I. Généralités sur le vaginisme	6
1. Définition.....	6
2. Historique.....	7
3. Epidémiologie.....	8
4. Classification	9
5. Etiologies	11
6. Profil de la femme souffrant de vaginisme	12
II. Diagnostic du vaginisme	13
III. Principaux diagnostics différentiels	14
1. La dyspareunie	14
2. La frigidité.....	15
IV. Prise en charge du vaginisme	15
1. Professionnels concernés.....	15
2. Traitements	15
V. Vaginisme et grossesse	16
1. Désir d'enfant.....	16
2. Mode de conception [2].....	16
3. Suivi de grossesse.....	17
4. Travail et accouchement	18
5. Post-partum	19
Méthodologie	21
I. Problématique et Hypothèses	23
II. Objectifs de l'étude	24

III.	Population ciblée	24
1.	Critères d'inclusion.....	25
2.	Critères d'exclusion	25
IV.	L'entretien.....	25
1.	Choix de l'outil.....	25
2.	Elaboration du guide d'entretien.....	26
V.	Déroulement de l'étude	26
1.	Temps de préparation.....	26
2.	Constitution de notre échantillon.....	27
a.	Sages-femmes hospitalières.....	27
b.	Sages-femmes libérales.....	28
c.	Sages-femmes territoriales	28
3.	Retranscription des entretiens	29
4.	Analyse des entretiens.....	29
	Résultats.....	31
I.	Profil de la sage-femme.....	32
II.	Vaginisme.....	32
1.	Représentation.....	32
2.	Définition.....	32
3.	Causes du vaginisme	34
4.	Utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur	36
5.	Fréquence.....	37
6.	Impact sur la pratique professionnelle et « vécu »	39
7.	Diagnostic.....	49
8.	Orientation vers d'autres professionnels:	51
9.	Recherches d'informations concernant le vaginisme.....	52
10.	Place dans la formation initiale.....	53

11. Connaissance du dispositif professionnel continu "Diagnostiquer et améliorer la prise en charge du vaginisme" (DPC) et intérêt pour celui-ci.....	54
12. Intérêt et répercussion de la confrontation répétée et de l'expérience professionnelle sur la prise en charge des patientes souffrant de vaginisme.....	55
13. Abord de la sexualité par les sages-femmes.....	58
14. Rôle de la sage-femme dans la prise en charge du vaginisme	59
Discussion	62
I. Hypothèse 1.....	63
1. Rôle de dépistage et de diagnostic	63
2. Rôle de prévention et d'éducation	65
3. Rôle dans la prise en charge thérapeutique ?	66
4. Rôle d'orientation	67
II. Hypothèse 2.....	70
III. Hypothèse 3.....	74
Conclusion	76

Introduction

Aujourd'hui on peut penser que la sexualité est sortie du domaine tabou, tant l'actualité quotidienne en fait le sujet de nombreuses rubriques dans les magazines, à la radio, à la télévision ou sur internet. La société définit des normes, comme la santé sexuelle. Une éducation en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles est proposée dans les lycées, des ateliers dédiés à la sexualité sont mis en place dans l'après cancer du sein. La parole devrait être libérée sur toutes les problématiques s'y référant. Néanmoins et peut-être à cause d'une médiatisation excessive notamment par l'industrie de la pornographie, les troubles sexuels comme le vaginisme restent tus alors qu'ils constituent un motif de consultation fréquent chez les sexologues et constituent des obstacles sérieux dans la vie des femmes qui en souffrent.

Ces femmes ont, malgré leur trouble, des désirs d'enfant. Elles parviennent à être enceintes, en dépit des difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Bien souvent le constat est que la première consultation prénatale est leur seule expérience en matière de suivi gynécologique.

La sage-femme de par ses compétences dans le suivi prénatal, est alors le premier acteur de santé à même de dépister le vaginisme. Bien évidemment, son rôle ne doit pas se réduire au dépistage mais comprendre la prise en charge des patientes, la mieux adaptée, tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement et dans ses suites, en collaboration avec d'autres professionnels. Compte-tenu du trouble, l'accompagnement pour appréhender au mieux leur accouchement est essentiel. Cependant, la prise en charge du vaginisme s'avère souvent difficile et de nombreuses sages-femmes se trouvent désemparées face aux patientes concernées.

D'après le mémoire d'A. Grulier, sur 260 sages-femmes sondées, 88% des ont déjà été confrontées au vaginisme, ce qui prouve que l'association « vaginisme et grossesse » n'est pas rare. Parmi elles, 97% ont rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces femmes et seulement 9% ont orienté leurs patientes vers un spécialiste. Ce faible pourcentage concernant l'orientation des femmes souffrant de vaginisme vers un spécialiste, peut mettre en évidence un manque de considération du

problème ou encore l'absence de prise en charge pluridisciplinaire pourtant primordiale. [1]

Au vu de ces informations, il nous a paru pertinent de nous intéresser au vaginisme du point de vue des sages-femmes au travers leur expérience. Pour cela nous avons cherché à savoir quel était leur vision du problème et quel était l'impact sur leur pratique professionnelle ainsi que sur la prise en charge des femmes qui en souffrent. Afin de répondre notre questionnement, nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de 12 sages-femmes cliniciennes de Seine-Maritime.

Revue de la littérature

I. Généralités sur le vaginisme

1. Définition

Le vaginisme est une dysfonction sexuelle qui se définit comme un rétrécissement de l'entrée du vagin, suite à une contraction spasmodique réflexe et involontaire des muscles du périnée. [2] Certains parlent de « veto invulnérable sur toute tentative de franchissement de l'orifice vaginal ». [3]

Selon Kroger, le vaginisme « est à l'intromission ce qu'est le clignement de l'œil à la pénétration du moucheron », ce qui insiste bien sur le caractère involontaire et réflexe du vaginisme.

La contraction survient lors d'une tentative réelle ou fantasmée, d'introduire quelque chose dans le vagin (tampon, spéculum, pénis, etc.). Cette contraction peut rendre la pénétration impossible. Lorsqu'elle est possible, elle s'accompagne de douleurs plus ou moins prononcées. Parfois la simple anticipation de pénétration vaginale génère une contraction et peut être source de douleurs. [2]

« Physiquement des contractures et des spasmes prolongés font obstacle au corps étranger qui le touche ». [3] En effet, le vaginisme s'accompagne également de signes de stress et d'angoisse (palpitations, augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire, contraction abdominale, tremblements, adduction des cuisses et une augmentation du tonus musculaire) au moment de la confrontation avec l'objet pénétrant, aboutissant à une réaction de fuite et d'évitement pouvant aller jusqu'à la phobie. [2,4] Ces réflexes involontaires de protection intéressant la zone génitale mais aussi l'ensemble du corps apparaissent comme un véritable système de défense à la pénétration vécue comme une intrusion voire une agression. [5]

La femme entre alors dans un cercle vicieux de la peur: l'appréhension de la douleur déclenche la contraction spasmodique réflexe, provoquant ainsi la douleur, générant une réaction d'évitement et l'augmentation de l'appréhension de la pénétration. [6]

Souvent le vaginisme n'empêche pas la réponse sexuelle normale, l'excitation, la lubrification et l'orgasme produit par la stimulation de la partie externe du clitoris. [4]

D'un point de vue anatomique, les muscles incriminés varient selon les auteurs. Certains parlent des muscles péri-vaginaux, des muscles du périnée, des releveurs de l'anus profond alors que d'autres ne parlent uniquement que du bulbocaverneux associé aux releveurs de l'anus. [4]

Dans un récent manuel de sexologie, ce sont les releveurs de l'anus qui sont mis en cause. Ils sont formés de deux couches musculaires: le muscle ilio-coccygien (la plaque des releveurs) et le muscle pubo-coccygien (la sangle puborectale) lui-même constitué de trois faisceaux. Ces trois faisceaux sont le pubo-vaginal, le pubo-rectal et le pubo-coccygien. La contraction réflexe et involontaire de ces muscles est à l'origine du vaginisme. [5]

2. Historique

Le symptôme de vaginisme a été décrit dans la littérature scientifique depuis le milieu du XIXe siècle. Très tôt, son origine psychique fut débattue : alors que les psychanalystes interprétaient le vaginisme comme un symptôme de conversion, les thérapeutes d'inspiration cognitive-béavioriste prônaient la théorie d'un réflexe acquis, causé par une expérience douloureuse, réelle ou fantasmée. [2]

Huguier fut le premier à décrire le phénomène des spasmes involontaires de la musculature vaginale dans la littérature scientifique en 1834 et c'est le gynécologue James Mario Sims qui a introduit la notion de vaginisme en 1862. [6] A cette époque, il était fréquemment admis que le vaginisme était lié à des causes organiques. Ce n'est qu'au début du XXe siècle que l'origine psychogène fut évoquée par Treub [2]. Il est probable que les travaux de l'institut de sexologie de Berlin créé en 1919 et détruit par Hitler en 1933 comportaient des études sur le vaginisme.

En 1971, les travaux de Master et Johnson sur la physiologie du rapport sexuel ont permis de mieux comprendre le plaisir féminin et ont introduit la psychothérapie comportementale comme traitement des troubles sexuels tel que le vaginisme. [7]

Rappelons que la première description du clitoris dans un manuel d'anatomie par l'urologue australienne Hélène O'Connell ne date que de 1998. Il n'y a guère plus

d'une dizaine d'années que la gynécologue française Odile Buisson a prouvé l'implication du clitoris dans l'orgasme dit vaginal. Le mythe du point G est tombé, toutes les femmes étant clitoridiennes comme les hommes sont pénis [8]. Les organes clitoris et vagin sont donc intimement liés mais le clitoris, faute d'études scientifiques sérieuses est encore limité au registre du plaisir sexuel alors que sa bonne utilisation permet simplement et naturellement de traiter bien des douleurs, notamment les dyspareunies et bien souvent aider à vaincre le vaginisme.

3. Epidémiologie

La prévalence du vaginisme est difficile à estimer car un nombre relativement peu important d'études ont été réalisées dans la population générale. Dans l'étude de Rosen et al en 1993, la fréquence des dysfonctions sexuelles a été évaluée chez 329 femmes: le vaginisme et l'étroitesse vaginale sont observés dans 28.4% des cas (parfois 16.3%, 5.3% quelques fois, souvent 2.1%, toujours 4.7%) [4]

D'après me Collègue National des Gynécologues Français la fréquence dans la population générale est estimée à environ 1% des femmes en âge de procréer, mais représente de 6 à 15% des consultantes en sexologie. [9]

Bien que peu connu car tabou, le vaginisme ne semble pas si exceptionnel que l'on pourrait le prétendre puisque beaucoup de forums et sites internet relatent de nombreux témoignages de femmes souffrant de vaginisme.

Les difficultés à mettre en évidence la prévalence de ce trouble sexuel peuvent s'expliquer ainsi:

- Le vaginisme peut être confondu avec la dyspareunie qui est le principal diagnostic différentiel: la distinction entre ces deux troubles est faite depuis 1976 par les francophones et seulement depuis 2005 par les anglophones. [3]
- Certaines femmes souffrant de vaginisme n'osent pas en parler. Très souvent, elles ne sont pas suivies d'un point de vue gynécologique par peur de l'examen. Lorsque ces patientes parviennent à être enceintes, la première consultation prénatale est parfois la première expérience en matière de suivi gynécologique. [10]

4. Classification

Le vaginisme est aujourd'hui classifié et défini dans le DSM-IV («306.51») et dans la CIM-10 («F52.5»).

Selon l'OMS (CIM-10) le vaginisme est un « spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, entraînant une occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse. » Cette définition ne s'applique pas au vaginisme d'origine organique. [11]

D'après le DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le vaginisme est défini comme un « spasme involontaire répété ou persistant de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels » [12]

Classification des différents types de vaginismes selon Balint et Friedman:

On peut distinguer deux types de vaginisme selon le moment où celui-ci est apparu dans la vie de la femme.

Le vaginisme *primaire* ou *essentiel* apparaît dès le début de la vie sexuelle. Celui-ci a toujours existé: aucun rapport sexuel n'a été possible ou n'a pu se dérouler convenablement [13] la patiente est donc souvent vierge. Il représente la majorité des vaginismes et l'une des causes fréquentes d'union non consommée. [4] Les conditions du développement psychosexuel jouent un rôle important dans l'apparition du vaginisme: dynamique familiale, absence d'éducation sexuelle ou éducation « pathogène », agression ou abus sexuel durant l'enfance ou l'adolescence, évènements particuliers dans l'enfance ou l'adolescence ou toute situation ayant amenée la patiente à considérer la sexualité, l'altérité, la féminité, la maternité comme un danger. Il y a de fortes perturbations du schéma corporel ainsi qu'une altération de l'estime de soi. Ces femmes n'ont pas conscience de leur corps de femme sexuée et parfois même de leur anatomie génitale. Des troubles alimentaires plus ou moins importants peuvent y être associés. « Les relations affectives sont dominées par la dépendance et/ou la défiance ». La prise en charge est complexe et multidisciplinaire. [13]

Le vaginisme *secondaire* est *acquis*: il succède à une période d'activité sexuelle satisfaisante et sans problème particulier. [13] Moins fréquent, il survient suite à un

évènement particulier: un traumatisme psychosexuel (un accouchement difficile, des infections génitales récidivantes, une agression sexuelle, un partenaire insistant pour poursuivre des rapports sexuels rendus douloureux par une cause exogène, répétition de coïts dont le caractère désagréable voire douloureux a été ignoré par le(s) partenaire(s) amenant au dégoût ou la fuite, une mauvaise expérience sexuelle), des actes médico-chirurgicaux vécus comme un véritable traumatisme, un conflit conjugal... Bien que ce soit plus fréquent chez les femmes souffrant de vaginisme primaire, l'estime de soi et l'image du corps peuvent être lésées. Si le diagnostic est établi rapidement après l'évènement déclencheur et que celui-ci est parfaitement repéré, la prise en charge peut être relativement simple. [4,13]

On distingue deux types de vaginisme, selon le contexte de survenue.

On parle de vaginisme *sélectif* (ou *situationnel*) lorsqu'il ne se manifeste que dans certaines situations (par exemple selon l'objet pénétrant ou le partenaire sexuel): toute pénétration n'est donc pas impossible. [4,13]

Le vaginisme dit *absolu* ou *global* se produit dans toutes situations. Aucune pénétration n'est possible quelle qu'elle soit. [4]

Le vaginisme peut être classé également selon la zone périnéale concernée. [4]

Le vaginisme *superficiel* ou *inférieur* concerne les muscles péri-vaginaux notamment le muscle constricteur de la vulve: on parle de vaginisme de rétention (rare).

Dans le vaginisme *profond* ou *supérieur*, le muscle incriminé est le faisceau élévateur des releveurs de l'anus: c'est un vaginisme plus fréquent qualifié « d'expulsion ».

Lorsque le vaginisme est associé à un trouble du désir et/ou du plaisir sexuel chez l'homme et/ou la femme, le vaginisme est « compliqué ». [4]

Toute cette classification met en avant la difficulté de diagnostiquer le vaginisme, de reconnaître les diagnostics différentiels et montre que l'origine du vaginisme est multifactorielle. Il ne se résume pas systématiquement au vécu d'un traumatisme sexuel comme il est souvent rapporté.

5. Etiologies

Bien que certaines causes du vaginisme ont déjà pu être évoquées précédemment dans la classification du vaginisme, voici un rapide résumé des différentes étiologies retrouvées dans la littérature.

Les causes de vaginisme sont nombreuses mais elles sont surtout multifactorielles. Très souvent, on distingue les causes organiques des causes psychologiques.

Les causes organiques sont rares et doivent être éliminées d'emblée. Parmi elles, il y a des causes gynécologiques (infections génitales récidivantes), anatomiques (malformations hyménales, hypoplasie vaginale...), digestives (maladie de Crohn) ou encore métaboliques (spasmophilie).

Les causes psychologiques représentent la majorité des étiologies retrouvées. Il n'est bien sûr pas possible d'en faire une liste exhaustive puisque chaque patiente se différencie par sa propre histoire, cependant nous retrouvons dans la littérature certaines récurrences :

- des peurs plus ou moins associées (peur de la douleur à la pénétration, peur des infections sexuellement transmissibles, peur de la grossesse et/ou de l'accouchement).
- un défaut d'information sexuelle : méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie sexuelle, trouble du schéma corporel sexué, défaut de construction de l'image mentale du vagin. Cette composante est d'ailleurs très marquée dans les ouvrages de Jacques Waynberg : « mentalement, ce n'est pas seulement le trac qui agit, mais une conviction beaucoup plus archaïque « d'imperforation », un manque dans le « schéma corporel » : se deviner « creuse » est à la féminité ce que le savoir du phallus est à l'homme » [B] ou encore « c'est dans l'imaginaire de cette femme qui ne s'est pas construite, durant l'adolescence, la notion d'un « creux » propre aux organes génitaux féminins... L'anxiété de la « perforation » est inouïe ». [13]
- une vision péjorative du sexe et de la sexualité (éducationnelle, familiale, manque d'information sexuelle).
- l'influence religieuse

- des problèmes psycho-affectifs : comme les troubles sexuels, le vaginisme peut être un symptôme comme mécanisme de défense, refléter des problèmes de couple ou être lié à des problèmes sous-jacents (psychopathologiques ou non) chez l'homme et/ou chez la femme.
- de mauvaises expériences personnelles : traumatismes psycho-sexuels (viol, exhibitions, propos pornographiques....), antécédents obstétricaux traumatiques, certains gestes médico-chirurgicaux (sondages urinaires, examens gynécologiques) pouvant être vécus ou perçus comme menaçant tant sur le plan sexuel que sur le plan de l'intimité en général (le vaginisme est alors une réaction de protection).

Par ailleurs, quatre causes principales ont été rapportées par Master et Johnson : une sexualité troublée du partenaire, une éducation religieuse stricte, un traumatisme sexuel ou une tendance à l'homosexualité de la femme souffrant de vaginisme. [14]

6. Profil de la femme souffrant de vaginisme

Friedman identifie trois profils psychologiques types de la femme «vaginique» [16,17]:

- La Reine des Abeilles: Le désir d'être mère dépasse celui d'être femme. Le désir d'enfant est très présent. La femme n'éprouve aucun intérêt pour la sexualité, si ce n'est l'aboutissement à la maternité. Ceci explique le fait que le motif de consultation soit le désir d'enfant et non pas l'amélioration de la qualité de vie sexuelle.
- La Belle au bois dormant: C'est la femme-enfant sous l'emprise d'une éducation stricte sans éducation sexuelle. Lorsque la pulsion sexuelle apparaît, la méconnaissance de son anatomie et le tabou de la virginité développent des peurs, des fantasmes terrifiants: du pénis dont la taille lui semble démesurée par rapport à celle de son vagin (dysmorphophobie) et de la grossesse.
- Brunehilde la Guerrière: L'agressivité se dissimule derrière une douceur apparente. A tout moment et en tout lieu, il lui faut triompher de l'homme, le dominer. La sexualité est un combat, elle refuse de s'adonner au plaisir sexuel

qui selon elle la livrerait sans défense à l'homme. La féminité, indice de faiblesse et de passivité crée l'angoisse.

Cependant, selon A. Leandri, il n'existe pas de profil type de la patiente « vaginique », c'est pourquoi une prise en charge spécifique, adaptée, multidisciplinaire et non protocolaire est nécessaire et essentielle. [10]

A cela s'ajoute que l'union non consommée n'est pas apparentée à une classe socio-culturelle particulière et existe chez des couples au niveau d'instruction élevé. Toutefois, certains éléments ont pu être fréquemment rencontrés lors de consultations chez le psychiatre dans le cadre d'unions non consommées:

- Education rigide avec carences importantes: peu ou pas d'informations sexuelles données par les parents. Il existe l'interdit du plaisir sexuel (posé par la mère le plus souvent avec une influence religieuse plus ou moins marquée).
- Traumatismes infantiles à caractères de « pseudo-viol » ou vécus comme tels.
- Pathologie du couple parental: très souvent il s'agit de la mauvaise relation avec la mère.
- Pathologie du corps: ignorance du corps en tant que corps sexué avec parfois dysmorphophobie. L'image de leur anatomie est perturbée. Ceci explique également la peur de la grossesse (désir d'enfant mais pas de désir de grossesse) et de l'accouchement (surtout lié à la dysmorphophobie). La dysmorphophobie correspond à une représentation erronée et négative du schéma corporel (recherchée en interrogeant la femme sur son opinion sur son apparence physique, sur ses habitudes et réticences dans le domaine de l'habillement). [13]

II. Diagnostic du vaginisme

Le diagnostic s'appuie essentiellement sur l'interrogatoire. Il peut être également évoqué devant l'impossibilité de réaliser un examen gynécologique mais à lui seul, il ne constitue pas un critère fiable pour le diagnostic du vaginisme. En effet, comme vu précédemment le vaginisme peut être situationnel et ne pas se manifester lors d'un examen clinique. D'après l'étude de Reumaux-Brulin et Descamps, parmi les

33 femmes « vaginiques », l'examen gynécologique était impossible dans seulement 7 cas. [16]

Lorsque qu'il n'y a pas d'autres troubles sexuels associés, le désir, l'excitation et l'orgasme sont possibles. La vie sexuelle peut être tout à fait satisfaisante sans pénétration vaginale. [4]

Les circonstances de découverte ou les motifs de consultations sont divers : désir d'enfant, bilan d'infertilité, union non consommée, désir d'éprouver du plaisir lors d'un rapport sexuel coïtal, volonté de mener une vie sexuelle satisfaisant pleinement leur partenaire, plaintes pour éjaculation précoce ou dysfonction érectile traduisant la réaction du partenaire à un vaginisme que la patiente cherchait à dénier. [4,13,16]

Le diagnostic est souvent tardif car lié à un sentiment de honte et de culpabilité chez certaines de ces femmes. [4]

III. Principaux diagnostics différentiels

La dysfonction sexuelle regroupe quatre grandes catégories: troubles de l'excitation sexuelle, troubles du désir sexuel, troubles de l'orgasme et troubles douloureux sexuels. [18]

1. La dyspareunie

Le vaginisme et la dyspareunie appartiennent tous deux aux troubles douloureux sexuels mais sont à différencier. Souvent confondue avec le vaginisme, la dyspareunie est l'existence de douleurs génitales profondes ou superficielles, permanentes ou récurrentes au cours des rapports sexuels. [18]

Les femmes souffrant de vaginisme présentent plus d'anxiété, plus de peur et un comportement de fuite plus important lors de la pénétration que les femmes souffrant de dyspareunies. Il arrive parfois que le vaginisme soit secondaire à une dyspareunie. [4]

2. La frigidité

La frigidité fait partie des troubles du désir sexuel [18]. On lui préfère aujourd'hui le terme d'« absence de libido ». Une femme souffrant de vaginisme peut ne porter aucun intérêt à la sexualité en général ou n'éprouver du plaisir qu'en dehors de la pénétration (caresses, stimulations clitoridiennes externes).

IV. Prise en charge du vaginisme

1. Professionnels concernés

Les professionnels pouvant être amenés à prendre en charge des femmes souffrant de vaginisme sont principalement les gynécologues, les sages-femmes, les sexologues, les psychologues et les kinésithérapeutes.

2. Traitements

Selon Silvain Mimoun, la prise en charge du vaginisme nécessite de savoir si la modification progressive du réflexe musculaire conditionnée suffit à atténuer les craintes de la femme devant la pénétration vaginale ou si, à l'inverse il existe des conflits personnels plus profonds qui requièrent une psychothérapie préalable. [13]

Selon les professionnels et les patientes, le traitement et la prise en charge du vaginisme seront différentes. Plusieurs méthodes peuvent être associées. Parmi elles, on retrouve les sexothérapies comportementales reposant sur des exercices construits à partir des principes de la thérapie comportementale et cognitive, la thérapie de couple, l'hypnose, la rééducation périnéale comprenant le biofeedback (notamment dans le post-partum), les exercices de dilatation vaginale, exercices de Kegel, la relaxation, l'acupuncture, la chirurgie (rarement utilisée). Depuis peu, l'injection de toxine botulique apparaît dans les traitements du vaginisme mais sous réserve de certaines conditions (notamment après échec des thérapeutiques habituelles). [5,6,7,19]

V. Vaginisme et grossesse

1. Désir d'enfant

Bien souvent lorsque le désir d'être parents apparaît au sein du couple, le poids du vaginisme se fait ressentir de façon plus intense. Le désir d'enfant constitue l'un des motifs de consultation fréquemment retrouvé dans les unions non consommées [16]. Selon Zwang et Tétart, il s'agit de la principale motivation qui pousse les femmes souffrant de vaginisme à consulter. [20]

2. Mode de conception [2]

Pour ces femmes, avoir un enfant résulte parfois d'un véritable parcours du combattant non dénué de conséquences d'un point de vue psychologique.

L'insémination artisanale (ou la méthode du « bébé seringue ») consiste à recueillir le sperme du partenaire dans une seringue qui sera ensuite déposé à l'intérieur du vagin. Cependant cette méthode n'est réalisable que si la pénétration d'un petit objet dans le vagin est possible, ce qui n'est pas toujours le cas.

Mais « conception » ne rime pas toujours avec « pénétration ». En effet, pour concevoir un enfant, une éjaculation à l'entrée du vagin peut suffire. Bien que les chances d'y parvenir soient réduites, elles existent et l'expérience le prouve.

En France, le vaginisme ne constitue pas un motif « valable » permettant l'accès à la Procréation Médicalement Assistée (PMA). Il semble toutefois que certains professionnels acceptent d'entamer une telle procédure dans ce genre de situation (selon l'âge de la patiente, devant l'échec des thérapies engagées, selon le gynécologue...).

Cette situation (vaginisme et grossesse) se heurte parfois à l'incompréhension des professionnels. Une femme enceinte souffrant de vaginisme déclare: « certains étaient surpris que je sois enceinte avec mon problème et n'avaient pas l'air de comprendre ». [21] Une plus grande sensibilisation des professionnels serait donc nécessaire, afin que la grossesse se déroule dans de bonnes conditions.

3. Suivi de grossesse

La grossesse est le meilleur moment pour dépister et diagnostiquer le vaginisme car la femme rentre dans une transparence psychique permettant un travail plus facile.

La majorité de ces femmes n'ont pas de suivi gynécologique par peur et angoisse de l'examen clinique. Ainsi, la première consultation prénatale est parfois le premier contact avec un professionnel en gynécologie. Le rôle de la sage-femme consiste donc à dépister et à diagnostiquer le vaginisme dès le début de la grossesse. Une prise en charge adaptée, tout au long de la grossesse, lors de l'accouchement et dans ses suites est nécessaire. Mais cette prise en charge se révèle parfois difficile et les professionnels se sentent désemparés face aux difficultés rencontrées: réaliser un toucher vaginal, une échographie endovaginale, une pose de spéculum ou encore un prélèvement vaginal.

Voir régulièrement le même professionnel au cours de la grossesse peut s'avérer bénéfique puisqu'au fur et à mesure des consultations une relation de confiance s'installe peu à peu entre le praticien et la patiente, ce qui permet de diminuer l'appréhension et la méfiance de la patiente que la patiente peut avoir à l'égard du corps médical.

La préparation à la naissance et à la parentalité est l'occasion d'aborder des notions d'anatomie pour rétablir le schéma corporel qui est alors perturbé chez les patientes souffrant de vaginisme.

L'orientation vers un praticien ayant compétence en sexologie peut permettre à la patiente (si elle le souhaite) de réaliser un travail sur elle-même pour essayer de pallier à son trouble et d'en guérir [1]. Cependant traiter le vaginisme pendant la grossesse est sujet à discussion. Certains pensent que la grossesse n'est pas le moment propice pour aller aux causes du vaginisme et prônent le traitement psycho comportemental, l'accompagnement et l'éducation du corps lors de la préparation à la naissance et à la parentalité comme seul traitement. A l'inverse, pour un grand nombre de professionnels, la grossesse est le meilleur moment pour prendre en charge le vaginisme. La transparence psychique qu'induit la grossesse permet une certaine libération et grâce à une prise en charge très précoce par un psychologue-

psychothérapeute formé en périnatalité en lien avec un sexologue, le pronostic est favorable.

Une prise en charge multidisciplinaire de ces patientes est indiquée. En effet, comme l'explique Chantal Fabre-Clergue, le travail en réseau est essentiel pour rassurer la patiente qui doit se sentir en grande confiance [22], alors un examen gynécologique pourra peut-être s'avérer possible lorsque cela sera nécessaire pour le suivi du travail et de l'accouchement.

D'après Marie Chevalier, le toucher vaginal représente pour les sages-femmes un geste médical, sans connotation autre que l'obstétrique qui est nécessaire à une prise en charge obstétricale de qualité. Son enquête montre que le toucher vaginal ne semble pas être systématiquement expliqué aux patientes et pratiqué pour la plus part de manière « mécanique », alors qu'il représente une véritable intrusion dans l'intimité des patientes. Ce geste quasi quotidien dans la pratique des sages-femmes peut parfois prendre un tout autre sens chez les patientes (nombreuses à méconnaître leur anatomie génitale). [23] On peut alors facilement comprendre que le toucher vaginal soit un obstacle au suivi de la femme enceinte souffrant de vaginisme. La simple idée de venir en consultation fait naître l'angoisse, la peur aboutissant à une contraction systématique. Bien que le toucher vaginal ne soit pas une obligation quant au suivi de la grossesse, puisque les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005 précise qu' « il n'y pas d'argument pour la réalisation en routine du toucher vaginal » [24], il paraît difficile de suivre l'avancée du travail et de l'accouchement sans pratiquer des touchers vaginaux.

4. Travail et accouchement

La pose d'une analgésie péridurale ne résout pas toujours le problème de l'impossibilité d'examiner les patientes « vaginiques » pendant le travail et l'équipe médicale se sent souvent démunie face à cette situation. Pourtant des alternatives existent telles que l'échographie trans-abdominale, l'échographie trans-périnéale ou le toucher rectal... Cependant lorsque les examens sont possibles, il est nécessaire de réduire au maximum la fréquence des touchers vaginaux pour le bien être de la patiente. [1]

L'accouchement d'une patiente souffrant de vaginisme est une situation à risque. Selon une étude réalisée en Israël (the Soroka University Medical Center) entre 1988 et 2007, 199 954 accouchements ont été répertoriés. Parmi ces femmes ayant accouchées, 118 (0.06%) présentaient un vaginisme connu et diagnostiqué. Par rapport au groupe témoin, on retrouve chez les patientes « vaginiques » un taux plus élevé de déclenchement artificiel du travail (37.3% vs. 27.4%), d'extractions par forceps (9.3% vs. 2.8%), et d'accouchements par césarienne (39.0% vs.14.5%). Statistiquement, il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant le score d'Apgar à la naissance et la mortalité périnatale. Il explique que plus de césariennes sont réalisées du fait des facteurs associés au vaginisme tels que l'impossibilité de réaliser un examen du bassin chez certaines de ces patientes, la demande des patientes ou l'incapacité d'induire le travail du fait du vaginisme. Les auteurs en ont conclu que le vaginisme est un facteur de risque indépendant de l'accouchement par césarienne. [25]

5. Post-partum

Le post-partum est une période pendant laquelle les patientes « vaginiques » mettent au second plan leur trouble sexuel qu'elles pensent, à tort, résolu grâce à l'accouchement voie basse.

Lorsqu'elles sortent de la maternité, ces femmes ne sont pas forcément orientées vers des spécialistes ou conseillées vis-à-vis de leur dysfonction sexuelle.

Pourtant, la rééducation périnéale prescrite à de nombreuses femmes après leur accouchement, prend toute son importance chez les femmes souffrant de vaginisme, que ce soit à visée éducative ou rééducative. Selon des professionnels en sexologie, 50% des femmes « vaginiques » ont une inversion de commande liée à l'hypertonie de leur périnée. La rééducation joue un rôle fondamental dans l'apprentissage du relâchement, de la contraction à la décontraction, amenant progressivement vers la guérison du vaginisme [1]. Mais à nouveau, nous pouvons nous interroger sur les limites de l'accompagnement de la sage-femme dans le domaine de la sexualité des patientes, ce qui relève de l'éthique de la profession.

Méthodologie

1. Problématique et Hypothèses

Depuis quelques années, le vaginisme au cours de la grossesse fait l'objet de nombreux mémoires chez les étudiants sages-femmes, ce qui prouve que le sujet questionne. La majorité des mémoires ont été réalisées dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme au cours de leur grossesse et de leur accouchement. La plupart ont abouti à des guides pratiques destinés aux sages-femmes.

Depuis la fin de l'année 2014, L'AIUS (Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie) a proposé dans plusieurs villes de France (Marseille, Valence, Lyon) un programme de développement professionnel continu (DPC) visant à diagnostiquer et améliorer la prise en charge du vaginisme. Ce programme, fait par des experts en sexologie, est destiné uniquement aux sages-femmes et aux médecins.

Pourtant le thème « vaginisme et grossesse » n'est que rarement traité dans la littérature et ne fait l'objet d'aucune recommandation particulière au niveau national.

De plus, nous avons pu constater à travers notre expérience que la prise en charge du vaginisme pendant la grossesse et l'accouchement reste encore et toujours un problème énigmatique pour l'équipe médicale et notamment pour les sages-femmes, « intervenants / clé » au cours de la vie de la femme.

Plusieurs cas de figures ont été expérimentés pour tenter d'améliorer la prise en charge de ces femmes, et notamment en évaluant les connaissances des sages-femmes vis-à-vis du vaginisme. Cependant, notre interrogation s'est portée plus particulièrement sur leur réelle vision du problème.

Cette réflexion nous a amené au questionnement suivant: **Être confronté au vaginisme, quelles conséquences pour les sages-femmes ? Quelle est leur vision du vaginisme et en quoi cela se répercute sur la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme ?**

Nous avons alors émis **trois hypothèses**:

- Pour les sages-femmes, un sentiment d'avoir un rôle limité voire inexistant dans la prise en charge d'une femme souffrant de vaginisme.

- Bien que les sages-femmes se sentent impuissantes face au vaginisme, elles y portent un intérêt certain.
- L'expérience professionnelle, par une confrontation répétée aux femmes souffrant de vaginisme, rend les sages-femmes plus aptes à les prendre en charge de façon adaptée.

II. Objectifs de l'étude

Le but principal de l'étude était d'évaluer les représentations des sages-femmes face au vaginisme au travers de leurs expériences professionnelles. Comment le vaginisme est-il perçu par les sages-femmes ? Ont-elles rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces femmes souffrant de vaginisme ? Quels genres de difficultés ? Quel a été leur ressenti, leur vécu, leur réaction ? Etaient-elles désemparées, étonnées, dépassées ? Comment ont-elles géré la situation ? Quels moyens ont-elles mis en place pour tenter de pallier à ces difficultés ? Ont-elles orienté les patientes vers des spécialistes ? Se sont-elles renseignées auprès de professionnels spécialistes experts du sujet ? Se sont-elles informées par la suite pour essayer de mieux comprendre ce trouble ? Ont-elles constaté un changement, une évolution après avoir eu les informations ? Portent-elles un intérêt pour ce trouble, certes rare mais handicapant lorsqu'il se manifeste ?

Nous avons été interpellées par autant de questionnements d'où l'objectif de cette étude: faire un état des lieux des représentations, de l'expérience des sages-femmes vis-à-vis du vaginisme et de son impact. Ainsi, le but final de ce travail était d'évaluer l'intérêt porté par les sages-femmes à ce sujet et de comprendre ce dont elles ont eu ou auraient besoin pour prendre en charge ces femmes dans leur spécificité.

III. Population ciblée

Pour mener à bien cette enquête, nous avons interrogé des sages-femmes cliniciennes ayant rencontré une femme souffrant de vaginisme, au moins une fois au

cours de leur pratique professionnelle puisqu'il s'agit ici d'évaluer le ressenti d'un vécu.

1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus les sages-femmes hospitalières exerçant dans le secteur public et privé, ainsi que les sages-femmes libérales et territoriales. Nous avons fait le choix de questionner des sages-femmes dans les différents niveaux de maternité. Notre souhait était d'obtenir une vision globale de la profession de sage-femme. Notre recherche s'est ainsi portée sur les professionnels de Seine Maritime:

3 cabinets de sages-femmes libérales exerçant dans l'agglomération rouennaise

2 centres de Protections Maternelle et Infantile (PMI) appartenant à l'Unité Territoriale d'Action Sociale 1 (agglomération rouennaise)

4 maternités de tous niveaux, en secteur public et privé:

CHU Charles Nicolle (Rouen) – niveau 3 – secteur public

CH du Belvédère (Mont Saint Aignan) – niveau 2 – secteur public

Clinique Mathilde (Rouen) – niveau 2 – secteur privé

CHI Caux de Vallée de Seine (Lillebonne) – niveau 1 – secteur public

2. Critères d'exclusion

Ont été exclues de l'étude les sages-femmes pratiquant exclusivement de l'échographie obstétricale, les cadres sages-femmes et les sages-femmes enseignantes. Puis, nous avons exclus les professionnels qui affirmaient ne pas avoir été confronté à la prise en charge active d'une patiente souffrant de vaginisme.

IV. L'entretien

1. Choix de l'outil

Des entretiens semi directifs avec des sages-femmes nous ont paru être l'outil le plus judicieux pour mettre en évidence des représentations. Ainsi, notre étude a été

prospective, multicentrique et descriptive et s'est déroulée du 12 novembre 2015 au 09 mars 2016.

En effet, déroulés « en tête à tête », les entretiens permettaient de guider l'interlocuteur dans la direction souhaitée afin de répondre le plus précisément possible à notre problématique. De même, ils offraient la possibilité d'accéder à des détails concernant le vécu, les émotions, les idées marquantes, éléments clés qu'il n'aurait pas été possible de recueillir à travers le recueil de témoignage sur papier. De plus, les entretiens permettaient d'être attentif au non verbal de la personne interrogée, au ton employé, à la spontanéité de la réponse ou au contraire aux hésitations éventuelles. Ces éléments étant tout autant riches d'informations que les réponses elles-mêmes car ils permettaient d'approfondir l'analyse finale.

2. Elaboration du guide d'entretien

La création du guide d'entretien s'est réalisée d'août jusqu'à la mi-octobre 2015 (Annexe II). Pour ce faire, nous nous sommes basés sur notre questionnement de départ expliqué précédemment et nous nous sommes également aidés d'ouvrages bibliographiques exposant les principes de conduite d'un entretien. [26, 27] Notre guide d'entretien contenait 3 grands thèmes de discussion: Profil de la sage-femme – Vaginisme – Rôle de la Sage-femme. Chaque thème abordé au cours de l'entretien comprenait différents items représentés sous forme de tableau (Annexe II).

V. Déroulement de l'étude

Le tableau de l'Annexe I explique les principales étapes de notre étude et de son déroulement.

1. Temps de préparation

Dans un premier temps, nous avons souhaité nous assurer de la faisabilité de notre étude et de la pertinence de chacune de nos questions. Ainsi, deux **entretiens tests** ont été réalisés avec des sages-femmes enseignantes. Ces entretiens test nous ont aussi permis de tester la durée de chacun d'entre eux. Le temps imparti était sans

limite fixée puisque l'entretien se terminait lorsque nous jugions avoir atteint notre objectif. Cependant, afin que les professionnels acceptent de participer à notre enquête et nous accordent du temps, nous avons estimé la durée des entretiens à trente minutes.

Dans un second temps, nous nous sommes fixé un **nombre d'entretien** à réaliser afin d'obtenir suffisamment d'informations, sans pour autant tomber dans l'« effet saturation ». Pour une question de faisabilité et, s'agissant ici d'une étude qualitative et non quantitative, il existe un nombre seuil où les entretiens supplémentaires n'apportent plus de nouvelles idées. Au total, douze entretiens ont été réalisés afin de répondre aux objectifs de notre étude.

Enfin, nous avons préparé la **prise de contact** avec les professionnels, étape primordiale dans le but de recueillir leur accord à cette étude. Quelle que soit la façon dont les sages-femmes ont été contactées, nous nous sommes d'abord présentées. Puis, nous avons expliqué notre étude, son intérêt, ses objectifs et sa mise en œuvre. Nous avons répondu à leurs questions à ce sujet. Enfin, nous les avons averties de la nécessité d'enregistrer les entretiens avec un dictaphone, afin de faciliter par la suite leur retranscription et leur analyse. La garantie d'anonymat ainsi que la fidélité des propos étaient assurées.

2. Constitution de notre échantillon

a. Sages-femmes hospitalières

Fin septembre 2015, un premier mail a été envoyé aux cadres supérieurs des différentes maternités afin de leur présenter notre étude et de recueillir leur accord pour mener notre enquête. A la mi-octobre, notre guide d'entretien fut terminé, celui-ci leur fut envoyé par email. Accompagnées de l'accord final des cadres supérieurs, nous avons reçu la liste des sages-femmes exerçant dans leur établissement. Cette liste nous a permis de procéder aux tirages aux sorts des professionnels interviewés et ainsi de diminuer au maximum le biais de sélection (années d'exercice professionnel, parcours professionnel, formations, intérêt pour le sujet).

Une fois tirées aux sorts, les sages-femmes étaient contactées sur leur lieu de travail. Nous nous sommes déplacés dans les établissements pour les rencontrer personnellement. Lorsque la sage-femme n'était pas présente, nous lui adressions un courrier nominatif et le déposions dans le service.

La méthode a été un peu différente pour le CHI Caux de Vallée de Seine de Lillebonne. En effet, les sages-femmes ont été contactées début décembre, à l'aide de leur email personnel, par la cadre elle-même. Régulièrement, nous nous informions des retours auprès de madame François. Parmi les vingt sages-femmes, nous avons obtenu une seule réponse positive. Ainsi, le tirage au sort, réalisé à la suite du retour positif des sages-femmes n'a pu être réalisé. Compte tenu du manque de temps, nous n'avons pas pu attendre d'autres réponses. Nous avons donc réalisé l'entretien avec la sage-femme ayant répondu positivement à notre étude.

b. Sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales ont été sélectionnées sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. D'après cette source, soixante-quatorze sages-femmes libérales exerçaient en Seine-Maritime. [28] Selon le site de la Métropole [29], soixante-et-onze communes faisaient partie de l'agglomération rouennaise. Nous avons donc répertoriées vingt-neuf sages-femmes libérales exerçant dans l'une de ces communes. Deux d'entre elles ont été écartées de l'étude puisqu'elles pratiquaient exclusivement de l'échographie obstétricale [30]. Nous avons ainsi contacté les sages-femmes libérales une par une, à l'aide du téléphone.

c. Sages-femmes territoriales

La sélection des sages-femmes territoriales a été similaire à celle des sages-femmes hospitalières. La sage-femme coordinatrice responsable des centres de PMI de Seine-Maritime nous a transmis la liste et les coordonnées des sept sages-femmes de l'UTAS 1. Ceci nous a été d'une grande aide afin de contacter les professionnels par email et par téléphone.

3. Retranscription des entretiens

Les douze entretiens sont repartis de la manière suivante : sept entretiens avec des sages-femmes hospitalières, trois avec des sages-femmes libérales en cabinet de ville et deux avec des sages-femmes territoriales. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes. L'entretien le plus court était de 19 minutes et 54 secondes alors que l'entretien le plus long durait 59 minutes et 23 secondes.

Une fois les entretiens réalisés, nous les avons retranscrits selon les conventions de transcription orthographique utilisées dans le projet Phonologie du français contemporain (PFC)[31]. L'ensemble des textes obtenus constitue la base de notre travail d'analyse et permet également au lecteur l'accès à l'intégralité des propos.

4. Analyse des entretiens

Lorsque la retranscription des entretiens fut terminée, nous avons procédé à leur analyse. Pour que celle-ci reste la plus objective possible, nous avons élaboré une grille d'analyse basée sur notre guide d'entretien avec les différentes catégories et items abordés (Annexe XV à XXVII). A partir de cette grille, nous avons d'abord analysé les entretiens de manière longitudinale en gardant les mêmes critères d'analyse. Puis, nous avons comparé les résultats obtenus pour chacun d'entre eux, de façon à réaliser une analyse transversale des données (Annexe XXVIII à XXX). Ainsi, les réponses correspondant à chaque item ont pu être confrontées et étudiées.

Résultats

I. Profil de la sage-femme

Cf : Annexe XXVIII à XXX

II. Vaginisme

1. Représentation

Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes de nous décrire en un mot ce que le vaginisme évoquait chez elle, 7 d'entre elles ont eu de réelles difficultés pour répondre. Malgré tout, se dégagent quatre groupes, selon le domaine convoqué

- psychologique où se retrouvent les mots « peur », « douleur », « souffrance » et « traumatisme »
- organique avec les termes « muscle » ou « pathologie »,
- champ lexical du verrouillage: « blocage », « refus » et « fermé »
- inconnu où les termes « difficulté » et « problème » sous-entendent la complexité du vaginisme tant chez la patiente que chez le professionnel.

2. Définition

Concernant la définition du vaginisme, 7 sages-femmes ont évoqué la composante anatomique du vaginisme en indiquant qu'il s'agit d'une contraction des muscles du périnée (« contraction des muscles du périnée » « contraction musculaire » « contraction globale du périnée » « contraction du périnée du vagin » « contracture exagérée des muscles autour du vagin » « contractions d'un muscle ou de certains muscles du plancher pelvien »). Pour madame H, seule la composante anatomique est nécessaire pour définir le vaginisme (bien qu'elle ait évoqué la « souffrance » dans une autre question).

Parmi ces 7 mêmes sages-femmes, 4 parlent de contraction réflexe « involontaire » dont Madame J qui utilise le terme de « contracture ». Pour Madame D, c'est « inconscient [...] la femme ne maîtrise pas du tout ce qui se passe ».

Inclus dans la définition du vaginisme, Madame C et Madame D ont évoqué les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors de l'examen gynécologique des femmes souffrant de vaginisme: « qui interdit l'examen » « qui ne souhaite pas que l'on examine son vagin [...] qui éprouve un très grand malaise un stress voire même une réaction physique avec une volonté de ne pas être examiné [...] pour nous une difficulté ou une impossibilité de faire l'examen gynécologique habituel ». Par ailleurs la définition de Madame G est uniquement en rapport avec cette problématique: « une difficulté à examiner une patiente ».

Nous retrouvons également les difficultés des professionnels dans les propos de Mesdames F, I, A, B, et E auxquelles s'ajoutent les conséquences sur la sexualité des femmes qui souffrent de vaginisme « difficulté pour la femme à appréhender tout ce qui se passe au niveau de son périnée et de son vagin [...] à appréhender les rapports sexuels [...] et évidemment une difficulté pour les professionnels à pouvoir l'examiner » « qui rend difficile les rapports sexuels les examens gynécologiques » avec impossibilité de pénétration vaginale quelle qu'elle soit: « impossibilité d'intromission vaginale que ce soit avec un doigt pendant un rapport sexuel ou avec un spéculum » « qui ne permet pas une sexualité en tout cas intra-vaginale qui ne permet pas l'examen gynécologique classique » « impossibilité d'introduire quelque chose dans le vagin ».

Au total 2/3 des sages-femmes interviewées ont évoqué spontanément dans la définition du vaginisme, l'impact du vaginisme sur leur pratique professionnelle.

Nous pouvons également noter que Mesdames A, I et F expriment clairement le fait qu'il est difficile de définir le vaginisme. En effet Madame I, nous avoue ne pas connaître « la définition médicale ». Lorsque Madame F nous répond, elle hésite, réfléchit et finit par nous dire « c'est compliqué de définir le vaginisme ». Quant à Madame A, elle éprouve également des difficultés à définir le vaginisme car elle nous dit ne pas être sûre de la justesse de sa définition et s'interroge sur les limites de celle-ci quand peut-on parler de vaginisme?: « je ne sais pas si le fait que ce ne soit pas impossible mais très difficile on considère cela comme du vaginisme. De même, Madame K se demande « à quel moment on dit qu'une patiente a un vaginisme ? ».

Les limites de la définition du vaginisme ne sont pas claires lorsque l'on constate que $\frac{3}{4}$ des sages-femmes semblent penser qu'il existe plusieurs degrés de vaginisme (« il y a plusieurs degrés hein de vaginisme » « je ne sais pas s'il y a différents degrés dans le vaginisme [...] les vaginismes » « il y a quand même différents degrés ») ou parlent de « vrai » vaginisme, de vaginisme « caractérisé » ou « avéré ».

Certaines sages-femmes (A, C, D et F nous précisent ce qu'elles entendent par « vrai » vaginisme:

- « si c'est vraiment un vaginisme [...] impossibilité d'intromission vaginale »
- « Le vrai vaginisme où tu ne peux pas mettre deux [...] bon après parfois tu mets deux doigts mais ils ne sont plus vascularisés (rires) [...] c'est déjà en soit pour moi du vaginisme »
- « des femmes qui arrivent avec un vaginisme avéré on va dire qu'elle refuse que tu l'examines »
- « vrai vaginisme où on ne pouvait pas rentrer du tout ».

3. Causes du vaginisme

Initialement, les causes du vaginisme ne faisaient pas partie de notre guide d'entretien, cependant cet item a été abordé spontanément par toutes les sages-femmes lors des entretiens.

Pour 4 sages-femmes, les causes du vaginisme sont avant tout multifactorielles. Mesdames B et K l'expriment clairement: « pour moi c'est évidemment multifactoriel » « c'est multifactoriel ». Mesdames D et J (de même que Madame B) le sous entendent en mentionnant plusieurs raisons pouvant expliquer un vaginisme tel que des traumatismes dans l'enfance, des sévices sexuels, des violences, les mutilations sexuelles féminines, un accouchement traumatique ou mal vécu, l'influence culturelle et/ou religieuse, l'éducation, une éducation sexuelle absente ou délétère, l'altération du schéma corporel, le manque de confiance en soi. Madame E pense même que le vaginisme peut être lié à une atteinte à l'intégrité de la femme et de son corps: « je pense que les femmes qui ont du vaginisme c'est qu'il y a eu un moment un gros problème de respect euh par rapport aux femmes par rapport à leur corps avec une atteinte à leur intégrité ».

5 sages-femmes (Mesdames B, D, E, I et L) décrivent le vaginisme comme quelque chose où physique et psychique sont intimement liés: « il y a une composante psychologique évidente » « refus psychologique physique » « c'est rarement physique enfin le physique découle du psychologique » « ça aurait pu être possible physiquement mais que psychologiquement elle ne veuille pas [...] ça m'a fait réfléchir au fait qu'il n'y a pas que du psychologique finalement enfin il y en a forcément un peu » « soit parce qu'il y a un blocage physique soit parce qu'il y a un blocage psychologique ». Nous remarquons à travers ces propos que la composante psychologique semble évidente aux yeux ces 5 sages-femmes.

L'antécédent de sévices sexuels est le plus fréquemment cité par les sages-femmes (¾ des sages-femmes) pour expliquer les raisons d'un vaginisme « il y a quand même très fréquemment des personnes qui ont subies des attouchements sexuels [...] elle m'a dit qu'elle avait subi des attouchements sexuels » « les abus sexuels restent une des plus fréquentes causes de va/- » « si par exemple elle me dit qu'elle a un antécédent quand même de viol ou de choses comme ça » « qui ont eu des antécédents d'agressions sexuelles des choses comme ça » « toujours avoir en tête que vaginisme, toujours penser de façon sous-jacente est-ce qu'elle n'a pas eu des agressions sexuelles, des viols, ou des choses comme ça [...] attention, est-ce qu'il n'y a pas eu des sévices sexuels » « qui avait dû subir des violences sexuelles » « un antécédent d'abus sexuel ou de viol et cetera » « des agressions sexuelles ». Cette tendance se confirme par les propos de Madame K qui utilise le terme de cliché « c'est là où l'on est face à des clichés parce qu'on pense que quand il y a des vaginismes sévères comme ça, on s'imagine que peut-être il y a eu des sévices sexuels ou je sais pas quoi attouchements et cetera », ainsi que dans les propos de Madame L qui pense que « les vaginismes ne sont pas forcément tous dus à un problème sexuel ».

4 sages-femmes (B, D, F et I) nous parlent de passé douloureux, de traumatisme actuel ou dans l'enfance : « il y a toujours notion de violences quelque part, même pas forcément physique mais de violences psychologiques et morales » « liées à des choses dans l'enfance » « trouble souvent associé à des expériences malheureuses » « des choses trop douloureuses [...] ça ferait remonter un événement traumatique ».

4. Utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur

Aucune des sages-femmes interviewées n'a déjà utilisé une échelle d'évaluation de la douleur pour coter celle éventuellement présente en cas de vaginisme car la majorité d'entre elles (10 sages sages-femmes sur 12) n'y trouvent pas d'intérêt pour les raisons suivante:

Mesdames C, D, H et J n'ont pas de solutions en réponse ni de traitement antalgique à proposer: « ce n'est pas comme une douleur [...] où tu vas coter l'EVA pour adapter ton traitement antalgique là tu n'as pas de traitement antalgique » « je n'ai pas de solutions à proposer derrière » « qu'est-ce que l'on en ferait ? Parce qu'on ne va pas lui donner un paracétamol avant de l'examiner, ça n'a pas de conséquences » « pour en faire quoi, découler quoi parce que tu vas pas la shooter ».

Madame H considère qu'utiliser cette échelle consisterait à apporter une réponse trop médicale et donc inadaptée à quelque chose qui demande une réponse plus "humaine" faisant appel aux qualités relationnelles des professionnels de santé, qui demande du cocooning: « elle est trop dans l'affectif à ce moment-là [...] et faire un geste carrément médical euh enfin purement quantitatif, médical, ça rompt le relationnel. Là on est plus dans le cocooning ».

Si une douleur est déjà connue ou décelée lors de l'examen gynécologique, 5 sages-femmes (Mesdames E, F, I, K, et L) stoppent leur examen ou ne le réalise pas: « si jamais elles ont une douleur, j'enlève mes doigts » « si on ne peut pas rentrer euh elle a mal euh on ne va pas l'ex/- » « à partir du moment où c'est douloureux il ne faut pas examiner » « si ça lui fait mal j'arrête mon examen » « si on ne peut pas l'examiner on ne peut pas l'examiner qu'elle nous dise qu'elle a une EVA à 3 ou à 10 ». 3 sages-femmes (Mesdames F, C et L) s'interrogent sur le type de douleur engendrée par le vaginisme, s'agit-il d'une douleur réellement physique, psychique voire les deux ? Ainsi elles s'interrogent sur la possibilité ou non de pouvoir évaluer cette douleur de la même façon que n'importe quelle douleur somatique: « c'est difficile de côté ce genre de douleur » « en plus c'est une douleur psychologique peut-être plus que, enfin ça ne se côte pas pareil enfin ou pas je n'en sais rien » « je ne suis pas sûre que ce soit vraiment que de la douleur physique ».

Seules Madame G et Madame K ne sont pas contre l'idée d'utiliser cette échelle de la douleur. Bien que Madame K n'ait pas d'intérêt à utiliser cette échelle puisqu'elle arrête son examen quelle que soit l'intensité de la douleur, elle y trouve un éventuel intérêt pour la patiente. Cette échelle pourrait permettre à la femme de constater ou non une différence de douleur selon les pénétrations, les circonstances de pénétrations ou l'auteur de la pénétration: « ce serait peut-être intéressant pour elle parce qu'elle se rendrait compte que peut-être dans certaines situations c'est plus compliqué que d'autres peut-être que pendant les rapports ce sera plus simple par rapport au toucher vaginal ou inversement ».

5. Fréquence

Toutes les sages-femmes, à l'exception de Madame J, sont d'accord pour dire que le vaginisme n'est pas fréquent. Cependant nous pouvons noter quelques différences: Mesdames G et H nous précisent qu'elles le trouvent « exceptionnel » et « rare » alors que Mesdames A, I, K et L le qualifient de « pas exceptionnel » « ni rare ni fréquent », « entre rare et fréquent » « régulièrement ». Nous trouvons dans les propos des sages-femmes plusieurs explications à ces discordances.

Comme nous l'avons traité précédemment, $\frac{3}{4}$ des sages-femmes parlent de différents degrés de vaginisme ou de vaginisme vrai dont qui s'interrogent sur les limites de la définition du vaginisme. Ainsi, si les limites du vaginisme diffèrent d'une sage-femme à une autre, il paraît évident de constater des différences quant à l'appréciation de la fréquence du vaginisme. 7 sages-femmes (C, D, H, I, J, K et L) sont par ailleurs conscientes de cette problématique puisqu'elles nous exposent précisément le problème des limites de la définition ou de l'existence de différents degrés de vaginisme lorsque nous les avons interrogées sur la fréquence du vaginisme. Madame D parle également de la difficulté de diagnostic du vaginisme: elle n'examine pas les patientes systématiquement c'est pourquoi elle « passe à côté de plein certainement ». Ceci nous renvoie à l'une des parties traitée ultérieurement relative au diagnostic du vaginisme et à la difficulté de le poser.

Le mode d'exercice semble également influencer sur le fait d'être plus ou moins confronté au vaginisme. Ce n'est tant le mode d'exercice à proprement dit qui a une

influence mais plutôt la population rencontrée, le type d'activité et les habitudes de pratiques professionnelles.

En effet, Madame B, sage-femme libérale ayant déjà travaillé dans une maternité publique, pense avoir été plus fréquemment confrontée au vaginisme lorsqu'elle exerçait en milieu hospitalier « parce qu'[elle avait] une population d'immigrantes assez récentes et donc beaucoup de femmes excisées donc il y avait déjà une problématique sur les mutilations génitales qui était compliquée à prendre en charge et puis du coup de sexualité de vaginisme » et « donc moins en étant sage-femme libérale [elle n'avait] pas la même population ». Inversement, Madame A qui a travaillé dans une structure hospitalière privée pense être plus fréquemment confronté au vaginisme depuis qu'elle exerce en PMI car « en théorie ouvert à tout le monde mais on a quand même un recrutement de personnes qui sont en difficultés notamment sociales et il y a quand même très fréquemment des personnes qui ont subi des attouchements sexuels quand même, très régulièrement, et donc pour lesquels la sexualité les examens sont très difficiles oui, et même de manière générale ce n'est pas rare de rencontrer des femmes pour qui l'examen est difficile sans pour autant qu'il y ait eu des attouchements sexuels ». Ceci s'explique probablement par le fait que Madame A travaillait en milieu hospitalier mais en secteur privé, elle ne rencontrait donc probablement pas la même population que dans un établissement hospitalier public.

De plus, plus les sages-femmes pratiquent le toucher vaginal dans leur exercice professionnel, plus elles sont confrontées à des femmes souffrant de vaginisme. Madame B déclare y avoir été plus confrontée en milieu hospitalier « en [avoir] eu d'avantage en étant hospitalière parce qu'[elle faisait] des consultations dès le début de [sa] pratique [...] où au départ on était obligé entre guillemets d'examiner les patientes c'était la politique de l'hôpital, bon j'ai très vite réussi à faire autrement mais au début j'étais jeune sage-femme j'étais obligée de faire comme ça ». Madame C nous confie être davantage confrontée à des femmes souffrant de vaginisme depuis qu'elle pratique la rééducation périnéale. Ceci peut également s'expliquer par une augmentation de la fréquence des touchers vaginaux dans le cadre de la rééducation périnéale manuelle qui par définition nécessite des examens vaginaux.

6. Impact sur la pratique professionnelle et « vécu »

Toutes les sages-femmes partagent le même avis: la problématique du vaginisme a un impact sur leur pratique professionnelle. Cet impact semble évident pour Madame A, B et J: « forcément oui » « ah oui, et bien oui forcément » « oui carrément ».

Toutes les sages-femmes, qu'elles le disent clairement ou le sous-entendent, déclarent que l'un des impacts concerne l'examen gynécologique et plus précisément le toucher vaginal.

Les deux premiers points sont des pratiques effectuées de manière générale cependant les sages-femmes y accordent une importance supplémentaire lorsqu'elles sont confrontées à des femmes souffrant de vaginisme.

Le toucher vaginal apparaît comme un outil diagnostique. De manière générale (pas seulement en cas de vaginisme) en l'absence d'intérêt (signes d'appels, nécessité de poser un diagnostic, absence de complications, absence de signes pathologiques), celui-ci n'est pas fait: « quand c'est possible de ne pas le faire tu ne le fais pas point » « elle me décrivait aucun symptôme bah je ne l'examinais pas et puis c'est tout quoi, s'il n'y a pas d'intérêt à examiner ça ne sert à rien » « j'ai vite pesé le pour et le contre pour savoir si c'était vraiment impératif que je l'examine ». Plusieurs sages-femmes expliquent par ailleurs qu'au cours de la grossesse, elles n'ont pas pour habitude d'examiner de manière systématique et qu'il arrive parfois qu'elles n'aient jamais examiné une femme et ce jusqu'à l'accouchement.

4 sages-femmes (A, C, D et H) apportent une importance particulière à la justification du toucher vaginal pour que celui-ci soit mieux accepté et ainsi possible: « expliquer ce que tu es en train de faire enfin voilà pour que l'examen puisse être possible quand même puisque si c'est le moment de l'accouchement ou le moment d'une urgence il y a quand même parfois nécessité d'examiner » « avant de faire les examens il faut que tu sois capable de les justifier si tu es capable de justifier ton examen devant la patiente de façon audible pour elle bien souvent elle te laisse faire si tu n'es pas capable de le justifier c'est que ton examen n'est pas nécessaire donc le justifier ce n'est pas dire « mon patron va m'engueuler parce que j'ai pas écrit sur le

dossier » « essayer de lui faire comprendre l'intérêt de l'examen pour réussir à faire l'examen » « je demande toujours l'autorisation d'examiner hein et puis j'ai bien attendu qu'elle soit prête, qu'elle accepte [...] j'essayais de valoriser la nécessité de l'examen ».

En cas de vaginisme, 7 sages-femmes sur 12 (C, F, H, I, J, K et L) nous disent ne pas examiner ou réduire le nombre d'examens: « tu ne multiplies pas les examens [...] quand c'est possible de ne pas le faire tu ne le fais pas point » « ces patientes là on examine quand même peu » « je lui ai dit qu'on le ferait que vraiment si c'était nécessaire » « on en fait le moins possible » « si c'est possible vraiment tout à fait éviter de l'examiner » « « si on ne peut pas les examiner bon bah on les examine pas et puis c'est tout » « je n'allais pas l'examiner ». De cette manière, Mesdames K et L déclarent contourner le problème: « je pense que j'ai plus contourné le problème que de l'avoir réglé » « disons qu'on va contourner ».

8 sages-femmes (A, B, C, F, H, I et K) déclarent prendre certaines précautions lorsqu'elles examinent des patientes souffrant de vaginisme. 6 d'entre elles (A, B, C, F, H et K) ont examiné à un doigt « je faisais un toucher vaginal à un doigt » « j'ai réussi à le faire avec un doigt » « j'ai examiné avec un doigt au départ » « je les examinai à un doigt » « j'ai réussi à introduire je me souviens un doigt » « j'ai examiné plutôt à un doigt » examine à un doigt. Madame G examinait aussi à l'aide d'un seul doigt mais contrairement aux autres sages-femmes, on note une tournure de phrase négative à plusieurs reprises avec une certaine contrainte sous-entendue: « je n'arrivais à examiner qu'avec un seul doigt [...] tu ne peux les examiner qu'à un seul doigt [...] je ne pouvais l'examiner qu'à un seul doigt ». Cette différence s'explique par le fait que Madame G évoque un peu plus tard les difficultés induites pour poser un diagnostic: « donc effectivement tu n'es pas vraiment sûre d'atteindre le col donc effectivement parfois tu ne peux pas avoir la prétention de savoir si le col est modifié ou pas ». Cependant Mesdames B, F et K et d'autres sont bien conscientes de cette difficultés concernant la pose du diagnostic: « je n'ai pu toucher que d'un côté donc mon diagnostic n'était pas facile à faire » « on se sent démunie c'est clair parce que nous on a besoin de notre clinique pour euh poser notre diagnostic parce que notre cerveau on

a été formé comme ça » « mais du coup c'est bête mais mes repères étaient très modifiés ».

Parmi ces 8 mêmes sages-femmes, elles sont au nombre de 6 (A, B, C, H, I et K) à décrire d'autres préalables au toucher vaginal: respecter l'intimité de la patiente, faire preuve de pudeur « laisser la patiente se déshabiller derrière un paravent s'installer et la recouvrir d'un drap », valoriser la femme et la mettre en confiance « on est encore plus dans le respect en fait de la patiente on fait encore plus attention à ce que l'on fait à ce que l'on dit », prendre son temps « je prenais mon temps », faire de la sophrologie « je lui ai fait une mini séance de sophrologie » ou parler d'autre chose pour essayer de détendre la patiente, pour qu'elle accepte l'examen, attendre qu'elle soit prête et qu'elle accepte, justifier son examen « explique ce qu'on est en train de faire », examiner doucement « faire l'examen tout doucement » « j'ai progressé millimètre par millimètre » « en essayant d'y aller tranquillement et cetera », utiliser du gel lubrifiant « on met du gel lubrifiant sur le doigtier » « mettre du lubrifiant », « des choses qui sont simples » selon Madame A.

Pour 11 sages-femmes, être confronté au vaginisme permet de remettre en questions ses pratiques et de les changer, de prendre en charge les femmes d'une manière différente et ainsi s'adapter à ces femmes. Voici quelques citations qui illustrent cette évolution dans les pratiques:

- Madame A: « la façon de prendre en charge la femme d'une façon générale [...] je vais pas l'aborder de la même façon si c'est une femme pour qui c'est simple dans son corps ou si c'est une femme pour qui c'est difficile ».

- Madame B: « ça été un gros travail d'adaptation en fait et qui n'a pas été très facile pour moi au départ ».

- Madame C: « en fait l'impact c'est que tu vas t'adapter [...] il faut réfléchir autrement, il ne faut jamais voir les choses d'une seule façon ».

- Madame D: « ma conduite à tenir va être différente ».

- Madame E: « plutôt des adaptations plus que des problèmes ».

- Madame H: « je me pose la question « comment je vais m'y prendre ? ».

Nous notons quelques différences concernant une des sages-femmes. Madame G. Elle semble être également confrontée à des difficultés puisqu'elle répète

à trois reprises "ce pas forcément évident". Cependant elle n'a pas le sentiment d'être ni impuissante, ni démunie face aux situations rencontrées. Elle se sent rassurée par l'équipe professionnelle présente à ses côtés. De plus, la problématique de l'adaptation apparaît moins à travers ses propos. Si elle ne parvient pas à examiner lors d'une consultation, elle se fixe pour objectif d'y parvenir le mois prochain. En salle de naissance, si l'examen est « hyper important » dans un contexte de complications mais qu'elle ne parvient pas à examiner la patiente, elle passe le relais à ses collègues dans l'espoir que ces derniers réussissent l'examen: « t'as toujours quand même du personnel qu'est là pour toi donc non je ne me suis pas forcément sentie impuissante [...] si jamais effectivement là le col est hyper important, j'aurai passé la main auprès d'une autre collègue qui aurait eu peut-être des doigts un peu plus fins et cetera. Mais j'aurai passé la main auprès d'une autre collègue pour l'examen ». Lorsqu'on lui demande son ressenti lors de la prochaine expérience face au vaginisme, elle pense n'être ni dépourvue ni inquiète mais "plutôt confiante à instaurer un climat de confiance avec la patiente. Il ressort plus un sentiment de devoir trouver des solutions, une volonté de réussir ce qu'elle entreprend, persuadée de réussir: "il faut trouver des solutions [...] je pense que j'arriverai de toute façon à mes fins [...] et puis si vraiment je suis dans l'incapacité et bien je passe le relais ». En outre, c'est ce que Madame C nous explique: « quelques fois les personnels médicaux en toute bonne fois parce qu'ils sont persuadés de bien faire pour le patient essayent d'imposer des choses et ils ne comprennent pas parce qu'ils voient le versant problème/solution/guérison et ils ont du mal à comprendre que ça ne marche pas forcément comme ça dans la tête d'un patient, un problème parfois ça a un sens dans la tête du patient, si tu règles le problème tu bascules un équilibre qu'il avait construit autour de ce problème-là donc déjà il y a une écologie qu'il faut respecter ». Madame B semble du même avis: « j'avais PEUR de mal faire en fait j'avais peur d'aggraver la situation en voulant absolument l'aider à tout prix ou vraiment FAIRE la rééducation ». De plus Madame G exerce dans un établissement de niveau III où le pourcentage de situations pathologiques est plus élevé que dans des maternités de niveau inférieur. Hors comme nous l'évoquons plus tard, la survenue de complications ou de situations pathologiques mettent les sages-femmes en grande difficulté lorsque l'examen est impossible.

8 sages-femmes (B, C, D, F, I, J et L) nous expliquent que cette adaptation n'est pas toujours simple car cela bouleverse les pratiques habituelles, ce qui a été enseigné. Elles n'ont pas les mêmes repères, les mêmes données scientifiques. La principale difficulté est ici, dans l'adaptation. Ainsi certaines se sentent perturbées, gênées, mal à l'aise, embêtées, déstabilisées, voire même démunies:

- Madame B: « ça été assez compliqué pour moi au départ de tout remettre en question et de tout remettre à plat et de savoir comment j'allais faire une rééducation manuelle sans les examiner dans un premier temps [...] j'ai vraiment fait quelque chose d'assez empirique sur la façon de faire » .

- Madame C: « on t'apprend tellement une seule voie que tu es perturbée quand ça ne marche pas quand tu n'as pas ton petit «a» ton petit «b» et ton petit «c»

- Madame D: « ça nous perturbe dans nos pratique et ça nous met mal à l'aise [...] tu es embêtée parce que d'un point de vue scientifique tu n'as pas les données que tu as d'habitude [...] tu es perturbée dans ton travail [...] dans tes pratiques ça peut te chambouler un petit peu parce que tu ne sais pas où tu en es » .

- Madame E: « c'est compliqué parce que ça change de notre pratique habituelle [...] ça pose question et des difficultés parce qu'il faut se remettre en cause sur sa pratique [...] c'est plus compliqué qu'avec une autre patiente ce n'est pas des difficultés c'est plutôt une remise en question [...] La difficulté elle est là ouais mais c'est intéressant ».

- Madame F: « on a besoin de notre clinique pour poser notre diagnostic parce que notre cerveau on a été formé comme ça [...] mais en tant que professionnels c'est vrai qu'on se sent démunis, on ne sait pas quoi faire nous, nous c'est notre truc le col »

- Madame I: « on est enfermé dans une espèce de petites habitudes rigides de faire comme ci ou comme ça et finalement quand tu l'as fait une première fois différemment tu sais que c'est tout à fait possible ».

- Madame J: « démunie oui, pas complètement catastrophée, non pas impuissante je m'adapte mais c'est sûr j'ai le sentiment de ne pas faire le travail comme je souhaiterais le faire mais voilà c'est une adaptation [...] la difficulté c'est de trouver les moyens de contourner » .

- Madame L: « ça va rendre compliqué notre suivi mais voilà c'est tout, de devoir travailler différemment de suivre autrement de faire autrement des pratiques

habituelles que l'on nous a apprises [...] on est déstabilisée parce qu'on a en tête ce qu'on nous apprend à l'école ».

Deux sages-femmes (Mesdames F et K) se demandent si cette adaptation a un impact sur le résultat de leur prise en charge « quand vraiment on sent que c'est nécessaire et quand on ne peut pas avoir la réponse c'est gênant parce qu'on ne sait pas si on prend correctement la patiente en charge ou pas » « la rééducation était quand même de moins bonne qualité, je pense ».

En salle de naissance, ces difficultés de remaniements des pratiques professionnelles se ressentent tout particulièrement « C'est là où c'est le plus parlant » nous précise Madame D.

Habituellement, il est préférable d'être certain de la mise en travail de la patiente avant de poser une analgésie péridurale. Une activité utérine efficace amenant à une modification cervicale confirme la mise en travail. Ainsi le toucher vaginal est le principal outil diagnostique de mise en travail. Toutes les sages-femmes ayant évoqué le moment de la pose de la péridurale, déclarent que cette dernière a été installée sans savoir si le col utérin était modifié mais en se basant sur d'autres éléments cliniques. L'analgésie péridurale a donc été posée sans avoir la certification que la patiente était réellement en travail: une sage-femme parle de prise de risque, une autre se dit avoir eu un moment de doute et d'avoir été stressée. Cette situation est jugée « pas évidente » et on ressent l'embarras qu'elle produit:

- Madame C: « en fait elle avait très mal elle avait des contractions elle avait rompu enfin bref il y avait des signes de mise en travail » H « « je me suis dit bon aller c'est pas hyper important, on va passer à l'étape numéro on est passé en salle et on a posé la péri ».

- Madame I: « c'était impossible de l'examiner elle était en travail puisqu'elle avait des contractions douloureuses et du coup c'était une primipare on a décidé de prendre le risque de poser une péridurale [...] en se basant sur euh son aspect, la façon dont elle se mobilisait et cetera [...] au moment où j'ai posé la péridurale sans savoir du tout si son col était ouvert tout ça j'ai eu quand même un moment de doute mais bon ça été une décision d'équipe [...] j'étais un peu, euh, stressée de savoir si son col allait

être bien » « c'est surtout après c'est la péridurale, même si tu ne sais pas du tout comment est le col ».

- Madame K: « quand elles arrivent pour accoucher, là c'est moins évident parce que quand même on ne pose pas une péridurale à une femme [...] on est quand même obligé d'examiner un moment donné [...] on a jamais réussi à l'examiner du coup on a fini par poser une péridurale sans trop savoir où on en était ».

- Madame L « c'est vrai qu'on est plus embêté parce que c'est surtout par rapport à la péridurale, est-ce qu'on peut leur poser ou pas et puis bah au bout d'un moment faut quand c'est pas possible de les examiner tant pis on y va quand même ».

De même, il est fréquent qu'un toucher vaginal soit réalisé toutes les heures pour s'assurer de la bonne avancé du travail. Les sages-femmes s'accordent également pour dire que l'on peut suivre le travail en n'examinant pas ou très peu et en s'appuyant sur d'autres éléments à dispositions. Les sages-femmes ne nous parlent pas clairement de difficultés quand à ce réajustement de pratiques, cependant elles émettent des limites telles que la survenue de complications ou de situations pathologiques. Dans ces conditions, le toucher vaginal est essentiel pour décider des conduites à tenir. Tant qu'elles ne sont pas confrontées à des complications éventuelles, les sages-femmes n'éprouvent ni gêne, ni difficultés à suivre le travail différemment et notamment sans examiner:

- Madame C: « ça ne m'a pas spécialement gênée car tout se passait bien il n'y avait pas de complication ».

- Madame D « tu suis un petit peu le rythme tu vois bien que ça va progresser parce qu'en fonction de la douleur tu te, ou voilà si elle se met à pousser tu vois bien qu'elle va accoucher mais oui ça m'est déjà arrivé que j'aie des partos sans TV [...] maintenant une fois que le bébé a la tête sur le périnée de toute façon elle accouche »

- Madame E: « enfin voilà il y a plein d'autres signes qui nous orientent sur le fait que ça va marcher ou pas » J « si le bébé va [...] j'ai pas besoin de, que tout rentre dans les cases, d'examiner la femme une fois toutes les heures [...] tu vois ça me gênera pas du tout ».

- Madame L: « je n'ai jamais eu de cas non plus où il y avait une pathologie associée c'est-à-dire que effectivement le discours va changer [...] on ne va pas avoir la

même prise en charge moi ça m'est toujours arrivé sur des travaux qui se passaient bien donc bah du coup ça facilite les choses ».

2 sages-femmes émettent une autre limite: la justification de l'absence de toucher vaginal sur leur partogramme:

- Madame C: « c'était une époque où l'on n'était pas très fliqué sur les partos sur tout ça parce que maintenant vas louper un examen et voilà « Tu te rends compte si ça ne se dilate pas et que tu ne le sais pas ».

-Madame E : « c'est compliqué aussi parce qu'on a des médecins qui veulent absolument savoir où on en est de la dilatation alors que si finalement on laisse faire les choses il y a bien un moment où il va descendre ».

Comme nous venons de le voir, être confronté au vaginisme impacte sur la pratique du toucher vaginal mais nous notons également que cela amène à réfléchir sur ses propres pratiques comme nous l'indiquent 3 sages-femmes:

- Madame F: « nous, on est quand même centré sur le vagin en permanence enfin peut-être trop j'en sais rien mais je veux dire dans d'autres pays on n'est pas obligé d'examiner les femmes à tir larigot à chaque consultation enfin nous on le fait de moins en moins même en consultation [...] moi en tout cas je n'examine pas forcément à toutes les consultations » « ça nous force juste à nous poser des questions que l'on n'a pas l'habitude de se poser du genre « est-ce que vraiment ton TV est indispensable maintenant ? ».

- Madame I: « en fait on se rend compte qu'en essayant toujours de ne pas examiner la patiente puisqu'on sait que c'est compliqué la plupart des TV qu'on fait en systématique sont finalement pas si indispensables que ça parce que ça nous fait réfléchir ce n'est pas plus mal on en fait trop et sans forcément de bonnes justifications [...] dans certains cas s'en passer, enfin on peut s'en passer, c'est pas obligatoire ».

- Madame J: « bah même une dame normale je ne vais pas l'examiner forcément toutes les heures hein, si tout se passe bien [...] faut s'adapter aussi au cas [...] s'il n'y a pas de conduites à tenir particulières, d'arrière pensées à en découler [...] ça te fait changer ta façon de prendre en charge les autres femmes qui n'ont pas

de vaginisme où tu te dis qu'en fait tu les examines trop [...] alors pourquoi le faire si ça sert à rien au final ».

3 sages-femmes (F, H et J) déclarent être plus empathiques lorsqu'elles sont confrontées à des femmes souffrant de vaginisme:

- Madame F: « je vais forcément être plus quand même dans une sorte d'empathie pour aider la patiente ».

- Madame H « j'étais très empathique »

- Madame J « se ressentir mal pour cette femme quoi de savoir la souffrance que ça doit être pour elle [...] j'étais très empathique disons ».

Quelques pistes concernant la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme ont été évoquées par les sages-femmes.

3 sages-femmes (F, G et H) pensent qu'une femme souffrant de vaginisme devrait être suivie par une seule et même sage-femme pour permettre un suivi à long terme permettant d'instaurer une relation de confiance. Elle serait alors plus à l'aise, plus détendue, plus en confiance:

- Madame F: « c'est des femmes qui méritent d'être suivies tout le temps par la même sage-femme » « parfois c'est plus facile [...] au fil des consultations qu'elles te connaissent et du coup qu'elles se détendent un peu plus pour pouvoir les examiner ».

- Madame G: « c'est des femmes qui méritent d'être suivies toujours par la même personne déjà donc plus par une sage-femme libérale [...] elle aura la même personne en face d'elle [...] elles auraient une relation de confiance et un truc qui ferait qu'elle se serait détendue ou je ne sais pas et puis qu'après même pour son suivi gynécologique elle pourrait retourner voir sa sage-femme sans que ça ne pose trop de problèmes pour elle ».

- Madame H: « le fait déjà d'être suivi par la même personne le fait de ne pas examiner les femmes tout de suite quand on les voit je pense que quand même ça les ça leur permet de les mettre dans une certaine confiance [...] et c'est plus simple ».

Les sages-femmes libérales expliquent que quelle que soit la méthode utilisée, la rééducation périnéale manuelle aide les femmes à mieux appréhender leur périnée de part une meilleure connaissance de ce dernier. Par ailleurs d'autres sages-femmes

ne pratiquant pas la rééducation périnéale affirment que l'apport de connaissances sur l'anatomie et la physiologie du corps féminin est bénéfique pour les femmes souffrant de vaginisme.

D'autres pratiques sont évoquées telle que la sophrologie, la relaxation, la préparation à la naissance corporelle et l'acupuncture. Pour qu'il soit mieux accepté, certaines sages-femmes proposent lors de l'examen de faire de la sophro-acceptation, d'examiner sur le côté, rendre la patiente active en participant à l'examen (insérer le spéculum par exemple). Une autre sage-femme suggère de travailler au domicile des patientes car c'est un environnement connu qu'elles connaissent et où elles se sentent à l'aise, sereines et en confiance.

3 sages-femmes (A, B et C) proposent aux femmes souffrant de vaginisme de découvrir elle-même leur périnée soit en le massant, « c'est un sujet intéressant à aborder le massage du périnée à proposer pendant la grossesse chez les femmes qui ont un vaginisme qu'elles se touchent elle », « je lui avais demandé de masser son périnée » soit en l'explorant « je lui ai proposé si elle voulait bien [...] chez elle d'introduire un doigt puis peut-être deux pour que ce soit elle qui le fasse en choisissant elle-même le moment ».

3 sages-femmes (C, J, et K) s'interrogent sur une meilleure tolérance éventuelle de la sonde (d'échographie pelvienne ou d'électrostimulation pour la rééducation) par rapport au toucher vaginal: « est ce qu'il ne faut pas faire un petit peu de sonde avec des électrostimulations pour limiter l'examen ? » « est ce qu'on peut faire du coup des échos de col qui serait significative ? Ce serait peut-être mieux pour elles, je sais pas » « après je sais qu'il y a des gens qui font parfois des échos de col à priori c'est un peu mieux vécu que des touchers vaginaux mais après euh je sais pas ».

A travers l'expérience de Mesdames B et C, prendre en charge des femmes souffrant de vaginisme demande du temps. Cette prise en charge demande de consacrer plus de temps qu'avec une autre femme. A propos de la rééducation manuelle « ça a pris un peu plus de temps du coup » nous dit Madame B. Cela passe par des temps d'écoute, de paroles, de prévention et d'informations. Mesdames B et C nous décrit également un travail de collaboration avec la patiente ainsi qu'une relation

de confiance soignant/soigné de qualité au risque parfois de tomber dans le transfert: « j'ai vraiment fait en fonction de ce qu'elle me donnait ce qu'elle me permettait de faire [...] je n'ai pas eu la sensation d'être impuissante parce qu'on a vraiment travaillé ensemble[...] j'ai vraiment eu l'impression d'évoluer avec la patiente et de faire vraiment une adaptation de la prise en charge en fonction d'elle » nous explique Madame B.

En plus de consacrer du temps, Madame B déclare s'être impliquée tant professionnellement que personnellement dans la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme, ce qui fut très intéressant et enrichissant pour elle: « ça a été très très fort même pour moi en tant que femme et en tant que sage-femme j'ai trouvé ce suivi vraiment, très intéressant [...] d'un point de vue professionnel c'était vraiment hyper riche c'était très enrichissant et d'un point de vue personnel j'ai trouvé cette femme assez incroyable en fait [...] assez épatante [...] j'ai été assez touché par son histoire évidemment comme beaucoup d'autres mais là c'était quand même particulier en fait c'est la sensation d'arriver [...] juste au moment où elle franchi le pas, j'ai pas fait grand-chose elle était prête elle m'a demandé et je lui ai juste tenu la main pour l'accompagner donc il n'y a pas de laurier à se mettre sur la tête mais juste la sensation d'avoir un peu participé à cette transition c'est vrai que c'était intéressant ».

Tout cela nous montre qu'il y a des choses à faire pour les femmes souffrant de vaginisme, ce que nous affirment Mesdames B et C « je pense qu'il y a plein de choses intéressantes à faire pour les femmes souffrant de vaginisme » « je ne le prends pas comme un état de fait je suis persuadée que ce sont des choses qui peuvent s'améliorer qui peuvent évoluer ».

7. Diagnostic

Le diagnostic semble être fait de deux manières différentes bien qu'il arrive qu'elles soient complémentaires.

9 sages-femmes expliquent qu'elles posent le diagnostic de vaginisme à partir de ce que les femmes leur disent. Au moment de l'interrogatoire ou de l'examen, soit

les femmes en parlent spontanément ou le sous-entendent par leur propos. Généralement, elles n'emploient jamais le terme de vaginisme mais expriment leur ressenti, leur mal être et leur appréhension: « ça va être compliqué » « Ca va être difficile » « j'aime pas » « J'aime pas trop ça » « « Je vous préviens, je n'aime pas ça » « je vous préviens les examens c'est difficile ». « est-ce que c'est vraiment nécessaire ? » « Je vous préviens je suis pétée de trouille ». Parmi les récits des sages-femmes, une seule patiente à utilisé le terme médical « vaginisme »: il s'agissait d'une femme qui, dans le cadre de son vaginisme, avait déjà entamé un suivi avec un sexologue et une psychologue.

« C'est plus les professionnels qui s'en rendent compte » nous dit Madame B. Ce fut également le cas pour 6 de ses collègues.

Mesdames A et C l'ont remarqué à l'attitude de la patiente lors de l'examen gynécologique « et puis on le voit à travers leur corps elle remonte sur la table ferme les jambes », « tu le sens venir [...] ça se voyait elle avait tout le comportement de la personne qui est nerveuse qui parle tout le temps qui bouge qui mets beaucoup de temps à se déshabiller qui soupire X fois qui se tortille dans tous les sens enfin voilà de toute façon même si elle ne me l'avait pas dit je l'aurai vu et puis parfois même au point que [...] j'ai vu des gouttes de sueur perler sur son front ».

4 sages-femmes (D, F, G et L) ont posé le diagnostic devant l'impossibilité ou la difficulté d'examiner. Le refus, la difficulté ou l'impossibilité d'examiner apparaît alors comme un outil diagnostic: « on ne les examine pas en systématique donc je ne peux pas savoir s'il y a du vaginisme [...] je vais m'en apercevoir plutôt au moment de l'examen puisque du coup ça va être très difficile de l'examiner ou elle ne va jamais vouloir être examinée donc euh je vais me douter de quelque chose » « c'était moi [...] Au moment de l'examen, devant l'impossibilité d'examiner » « et effectivement l'examen est difficile voire impossible » « il y a des femmes on s'en aperçoit parce que dès qu'on approche c'est pas possible ».

Pour finir, 3 sages-femmes (I, J et L) expliquent que le diagnostic était fait antérieurement et ainsi précisé dans le dossier. Ainsi, nous ne pouvons donc pas prédire de la façon dont le vaginisme a été diagnostiqué.

8. Orientation vers d'autres professionnels:

2/3 des sages-femmes (8 sur 12) ont déjà orienté les femmes souffrant de vaginisme vers d'autres professionnels (ou proposer cette orientation) contre 4 sages-femmes qui ne l'ont jamais fait.

Parmi les professionnels chez qui les sages-femmes orientent les femmes, on retrouve majoritairement le sexologue et le psychologue.

En effet, 5 sages-femmes ont déjà orienté vers un sexologue ou une sage-femme sexologue. 2 sages-femmes nous expliquent ne pas avoir orienté vers un sexologue car elles n'en connaissent pas. Une des deux sages-femmes évoque une raison économique: ayant principalement dans sa patientèle une population « défavorisée » et ne sachant pas « comment ils facturent leurs consultations », cette sage-femme n'a jamais orienté vers un sexologue.

6 sages-femmes ont orienté leurs patientes vers un psychologue. Madame B sage-femme se justifie en expliquant que le vaginisme est « multifactoriel » avec « une composante psychologique évidente », quant à Madame E, elle se justifie de la même manière: « le vaginisme ce n'est qu'un signe ce n'est qu'un symptôme [...] il y a forcément plein plein d'autres choses à régler derrière ».

Plus ponctuellement, certaines sages-femmes orientent vers des professionnels pratiquant la relaxation (Sf A) l'hypnose (Sf B et E) et la sophrologie (A, B et E). Madame B a orienté vers une sage-femme ostéopathe. Mesdames A et D, toutes les deux sages-femmes territoriales, ont fait appel à la conseillère conjugale de la PMI pour une prise en charge globale.

3 sages-femmes nous donnent quelques précisions sur les raisons qui les poussent à orienter vers d'autres professionnels:

- Madame D manque de temps et de connaissances pour prendre en charge le vaginisme des femmes.
- Madame E se sent limitée par rapport au sujet et n'a pas de formations particulières.
- Madame F n'a pas l'habitude: « adresser à quelqu'un qui a plus l'habitude »

Parmi les 4 sages-femmes n'ayant jamais orienté vers d'autres professionnels:

- Madame G justifie cela par le fait qu'elle « met(s) vraiment ça sur le compte de « aller c'est un examen gynéco » [...] ce n'est pas forcément une partie de plaisir parce qu'en gros elles sont contraintes de se faire examiner [...] Après effectivement, je ne suis pas dans leur intimité à savoir si effectivement au quotidien lors des rapports elles sont embêtées. Je mets plus ça sur le compte qu'en gros elles sont difficiles à examiner parce qu'elles sont crispées, parce qu'elles n'ont pas envie d'être examinées ». Elle aurait orienté vers un autre professionnel s'il y avait un impact sur la vie sexuelle de la femme mais nous explique qu'elle n'aborde pas forcément le sujet de la sexualité avec les patientes puisqu'elle ne les voit qu'une seule fois par mois.
- Madame H n'a pas orienté car un suivi psychologique était déjà en place.
- Mesdames I et L n'ont pas orienté puisqu'elles intervenaient au moment de l'accouchement. Selon elles, ce n'est pas le moment de parler de vaginisme mais il est nécessaire d'agir en amont et d'orienter dès qu'il est dépisté.

9. Recherches d'informations concernant le vaginisme

Une seule sage-femme a été chercher volontairement des informations concernant le vaginisme dans la littérature « en bouquinant en cherchant ». Notons par ailleurs qu'il s'agit Madame A, ayant la plus grande expérience professionnelle (33 ans). Elle spécifie que son apprentissage en matière de vaginisme ne s'est pas construit lors de la formation initiale mais avec l'expérience professionnelle, au contact des patientes, en allant chercher des informations dans des livres ou au auprès de professionnels ainsi qu'au cours de sa formation de sophrologie. Peu à peu elle s'est construit sa « boîte à outils » elle-même.

4 sages-femmes se sont renseignées à travers l'expérience d'autres professionnels (A, B et E) au cours de formations de sophrologie ou lors du DIU de gynécologie (A et K) ou dans article (Madame K) lorsque l'occasion s'est présentée.

Notons que Madame C possède également un DIU de gynécologie mais déclare n'avoir eu aucune information concernant le vaginisme à cette occasion.

Les 8 autres sages-femmes (C, D, F, G, H, I, J, et L) ne sont jamais renseignées à propos du vaginisme et n'ont jamais eu l'occasion de le faire. Certaines nous en donnent les raisons:

- Madame D n'a pas pris le temps car est occupée par certains dossiers urgents qui lui demandent d'y consacrer plus de temps. Du fait de ce manque de temps et de connaissances (déjà cités précédemment), elle oriente vers d'autres professionnels.
- Madame I n'y a pas été suffisamment confrontée pour ressentir le besoin d'aller rechercher des informations supplémentaires (elle nous avoue « ce n'est pas bien hein faut toujours se former en théorie ») et part du "principe" de ne pas faire de toucher vaginal si la femme souffre de vaginisme.
- Madame H n'a pas eu « la curiosité d'approfondir ». Elle semblait gênée.

10. Place dans la formation initiale

Aucune des sages-femmes estiment suffisante la sensibilisation faite autour du vaginisme lors de la formation initiale des sages-femmes.

- Pour deux sages-femmes (C et G), le sujet a été abordé de manière superficielle: « étudiante on en avait parlé un petit peu » « on a eu des petits cours quand j'étais encore étudiante enfin c'était assez bref ».
- Pour 5 sages-femmes (B, D, E, F et L), le sujet a peut-être été abordé mais elles n'en ont aucun souvenir.
- Pour 4 sages-femmes (A, I, K et J), le sujet n'a jamais été abordé.

Certaines sages-femmes ont émis quelques précisions. Madame B et F ne pensent pas qu'il soit nécessaire que le sujet soit traité lors de la formation initiale car celle-ci est déjà "suffisante" en termes d'apprentissages. Madame B ajoute que le vaginisme est un sujet trop complexe pour être abordé de manière approfondi lors de la formation initiale. Cependant elle juge "indispensables" les formations continues

pour pouvoir approfondir ses connaissances sur certains sujets comme par exemple le vaginisme. Alors que Madame G n'est pas contre l'idée d'être plus sensibilisée lors de la formation initiale.

Madame A regrette de ne pas avoir eu de cours de sexologie au cours de sa formation initiale « je trouve que c'est vraiment très important d'avoir cet apport-là ». Cependant lorsque nous interrogeons Madame D, E et J, les cours de sexologies dont elles ont bénéficiés au cours de sa formation initiale ne leur ont pas été utiles pour la prise en charge du vaginisme.

11. Connaissance du dispositif professionnel continu "Diagnostiquer et améliorer la prise en charge du vaginisme" (DPC) et intérêt pour celui-ci

Aucune des sages-femmes ne connaît l'existence du DPC. Toutes ont acquiescé lorsque nous leur avons demandé si cela les intéresserait. Cependant quelques sages-femmes émettent certaines réserves ou conditions.

3 sages-femmes (B, C et E) seraient intéressées par une formation sur le vaginisme mais seulement si celle-ci est pratico-pratique: « si c'est que pragmatique gynéco » « la théorie c'est bien mais avec des outils quoi ».

3 sages-femmes nous indiquent qu'elles seraient plus séduites par une formation qui traiterait le vaginisme parmi d'autres thématiques (Madame B prend l'exemple de sa formation sur "acupuncture et périnée" au cours de laquelle le vaginisme a été abordé et traité). Mesdames B et D justifient cette opinion par le fait de ne rencontrer pas suffisamment de femmes souffrant de vaginisme pour faire une formation strictement relative au vaginisme (rapport « qualité/prix » également engagé): « honnêtement sur le nombre de sujets à traiter une formation spécifiquement sur le vaginisme il faut soit être concerné personnellement soit avoir vraiment eu des difficultés avec plusieurs patientes » « ça peut être quelque chose d'intéressant le vaginisme parce qu'on le rencontre mais on n'en rencontre pas souvent donc peut-être pas suffisamment non plus pour y voir un intérêt dans notre pratique professionnelle pour se déplacer je ne sais pas une journée ».

12. Intérêt et répercussion de la confrontation répétée et de l'expérience professionnelle sur la prise en charge des patientes souffrant de vaginisme.

Pour 4 sages-femmes (A, B, J et E), avoir été confronté plusieurs fois au vaginisme leur ont permis et leur permettent d'être mieux armé face à ce genre de problèmes, de s'adapter plus rapidement et plus facilement, d'avoir plus de facilités, moins de difficultés, d'avoir des pistes de prise en charge notamment en sachant vers qui orienter et comment accompagner ces femmes: « toutes ces choses-là je me les suis construites moi-même c'est au fur et à mesure en ayant déjà vécu ça avec certaines patientes en bouquinant en cherchant [...] on apprend également en discutant avec les uns et les autres des personnes vers qui on pouvait les orienter des différentes façons de faire donc on se construit notre boîte à outils un peu nous-même [...] de me donner des pistes de savoir vers qui orienter les patientes [...] de savoir nous en tout cas à notre niveau qu'est-ce que l'on peut donner comme moyens aux personnes [...] j'ai plus de facilités à pouvoir l'aider à lui apporter [...] des choses qui peuvent l'aider », « c'est plus les patientes [...] c'est essentiellement la femme qui nous aide à aller de l'avant », « tu te familiarises et tu trouves plus facilement des solutions à t'adapter même si chaque cas est quand même particulier mais oui si tu y es plus confrontée évidemment ça t'aide ».

Deux d'entre elles nous précisent qu'elles n'ont pas appris ces choses lors de formations: « ce n'est pas du tout des trucs appris en cours », « c'est des choses qu'on ne nous apprend pas en formation ».

Pour 6 sages-femmes (A, B, E, H, K et L), l'expérience professionnelle apporte de la maturité personnelle, une prise de recul et un gain de confiance en soi:

- Madame A: « toutes ces choses-là je me les suis construites moi-même [...] on apprend également en discutant avec les uns et les autres des personnes vers qui on pouvait les orienter des différentes façons de faire donc on se construit notre boîte à outils un peu nous-même »

- Madame B: « c'est de l'expérience professionnelle c'est de la maturité personnelle aussi [...] on gagne en maturité personnelle en rencontre avec différentes

personnes en rencontre avec les patientes mais ça je crois effectivement que l'expérience professionnelle ça joue beaucoup en notre faveur pour être mieux armé pour ce genre de problèmes après je ne veux pas dire qu'on le prend mieux en charge au bout de dix ans qu'au bout d'un an d'exercice je ne suis pas sûre mais ça me donne plus de facilité je suis moins en difficultés probablement qu'au tout début [...] on nourrit notre histoire personnelle on munit aussi avec notre histoire personnelle »

- Madame E: « la faculté d'adaptation je trouve qu'on l'acquiert avec l'expérience [...] l'expérience professionnelle, pas forcément que par rapport aux femmes qui ont eu un vaginisme mais aux femmes en général »

- Madame H: « c'est sûr que d'apprentissages en apprentissages tu te sens plus à l'aise [...] avec l'expérience et donc la maturité que j'ai acquise j'aborderai les choses avec plus de recul [...] avec l'expérience tu prends confiance en toi [...] je serai plus à l'aise avec mon expérience de sage-femme »

- Madame K: « on apprend beaucoup auprès des femmes [...] c'est sûr qu'elles m'ont appris des choses »

- Madame L: « après c'est vrai que plus on se détache de tout ça plus on prend du recul ».

5 sages-femmes (C, E, I, K et L) ne sont pas forcément plus à l'aise avec la confrontation répétée mais ne sont pas mal à l'aise pour autant. Elles retrouvent les mêmes problématiques, les mêmes difficultés d'adaptation, les mêmes limites de prise en charge. Cependant il n'y a pas d'angoisse ni de stress car elles ne sont pas face à l'inconnu et savent qu'il est possible de faire autrement:

- Madame C: « ça te perturbe sur le coup parce qu'il faut trouver une autre solution mais ce n'est pas grave »

⇒ Madame E: « plutôt confiante dans le sens où voilà j'y ai déjà été confrontée. Maintenant deux patientes ne sont pas pareilles donc il faudrait de nouveau que je me ré-adapte à cette patiente là mais euh ça ne me poserait pas de problème particulier, toujours les mêmes difficultés d'adaptation [...] pas spécialement angoissée ou stressée »

⇒ Madame I: « finalement quand tu l'as fait une première fois différemment tu sais que c'est tout à fait possible »

- Madame L: « ça ne me poserait pas plus de problème que d'habitude si tout va bien à côté après c'est toujours le problème s'il y a une pathologie ».

Voici l'avis de 3 sages-femmes si elles étaient confrontées plus souvent à des femmes souffrant de vaginisme:

- Madame D y porterait peut-être un intérêt plus marqué concernant ses pratiques et pense que cela lui permettrait de se sentir plus à l'aise. Malgré cela chaque femme est différente il n'est donc pas possible de « protocoliser » la prise en charge. Une formation permettrait également d'échanger avec d'autres professionnels.

- Madame F ne pense pas être plus à l'aise ou moins démunie. On note une remise en question en tant que professionnel: « peut-être que ça vient de nous hein peut-être qu'il faudrait qu'on fasse quelque chose ou qu'on dise quelque chose ». Cependant elle semble résignée et utilise le champ lexical de la magie lorsqu'elle parle des solutions possibles: « (soupir) [...] de toute façon [...] on est toujours devant le même problème [...] face à un mur en quelques sorte [...] on ne peut pas avoir une baguette magique [...] je ne vois pas quelle parole magique ou tout ça pourrait les aider à se détendre ». Lorsque nous évoquons une prochaine expérience éventuelle, elle semble perdue « je ne sais pas quels mots vraiment avoir ». Bien qu'elle estime ne pas être face à l'inconnu, elle se sentira « pas plus à l'aise ou moins démunie » et demandera conseils auprès de la sexologue vers qu'elle orientera.

- Madame G pense également qu'elle s'estimerait plus à l'aise « comme pour tout ». Lors d'une prochaine expérience ne se sentirait ni « dépourvue » ni « inquiète » mais "plutôt confiante à instaurer un climat de confiance avec la patiente". On note un sentiment de devoir trouver des solutions, une volonté d'y parvenir avec une conviction de réussir: « il faut trouver des solutions [...] et je pense que j'arriverais de toute façon à mes fins ». En cas d'échec, elle délègue son objectif à un autre professionnel: « puis si vraiment je suis dans l'incapacité et bien je passe le relais ».

13. Abord de la sexualité par les sages-femmes

Si toutes les sages-femmes parlent de sexualité,⁷ les réponses diffèrent quant au moment où ce sujet peut être abordé.

Dans leur pratique quotidienne, 2 sages-femmes (A et E) abordent « systématiquement » le sujet de la sexualité avec leurs patientes, quel que soit le motif de consultation.

Pour 4 sages-femmes (F, I, J et K) c'est un sujet peu abordé. Madame K nous confie par ailleurs qu'il s'agit d'un sujet délicat à aborder, « un sujet facilement abordable », qu'elle n'aborde « à l'hôpital quasiment pas ».

Selon les sages-femmes et le moment où la femme est prise en charge, le sujet de la sexualité est plus ou moins abordé avec les patientes. On observe une très grande variabilité.

- 8 sages-femmes (B, C, D, G, H, I, J et K) en parlent en postnatal, dans le service de suites de couches, lors de la visite post-natale ou à l'occasion de la rééducation périnéale. Madame K pense qu'il s'agit du moment le plus propice pour en parler : Madame B « quasiment tout le temps » pendant la rééducation périnéale, Madame C « tout naturellement » en rééducation périnéale, Madame G en parle « le plus souvent » lors de la visite post-natale, Madame H « quotidiennement » en suites de couches et Madame F « souvent » en suites de couches. A contrario, Madame K et Madame J en parle « un peu ».
- 8 sages-femmes (B, E, G, H, I, J, K et L) abordent le sujet en prénatal, lors des consultations de suivi de grossesse ou au cours des séances de préparation à la naissance. Madame D « essaye » et « aborde le sujet souvent au cours de l'interrogatoire lors des consultations de suivi gynécologique ou les consultations prénatales ». Madame G ne l'aborde que si la patiente est demandeuse. Tout comme Mesdames H et I, Madame G en parle également lorsqu'il y a un risque de menace d'accouchement prématurée. Pour finir Mesdames K et I ne l'abordent « pas [...] beaucoup » en anténatal, tout comme Madame H (« des fois »), Madame F (« un petit peu ») et Madame J (« un peu »).

14. Rôle de la sage-femme dans la prise en charge du vaginisme

Incontestablement, la sage-femme trouve sa place dans la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme.

Mesdames A, B, C et H en sont convaincues « oui, oui bien sûr s'il y a des difficultés quelles qu'elles soient oui bien sûr ça fait partie du rôle de la sage-femme » « oui j'espère que c'est évident » « Oui je pense qu'il faudrait que la sage-femme prenne plus sa place, je pense que c'est trop timide [...] on a un rôle ENORME » « Oh bah oui [...] je pense qu'on serait quand même les mieux adaptées ». Madame B et H expliquent que la sage-femme est en première ligne puisqu'elle intervient à différents moments de la vie des femmes.

De plus quelques soient leurs réponses, toutes les sages-femmes ont mentionné un ou plusieurs rôles. Ainsi plusieurs rôles ont été identifiés :

- Un rôle de dépistage et de diagnostic est cité par 3 sages-femmes (C, K, L).
- Un rôle d'informations, d'explications, de prévention, d'éducation et d'accompagnement est mis en évidence par 5 sages-femmes (A, C, G, J, et K). Ce rôle passe avant tout par une éducation sexuelle et notamment par l'apport de connaissances sur l'anatomie et la physiologie du corps féminin.
- Un rôle d'orientation est évoqué par 9 sages-femmes (A, B, C, E, F, G, J, K et L). Par ailleurs Madame B et K insiste que la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire « il faudrait vraiment une prise en charge pluridisciplinaire systématique idéalement » « je pense que ce sont des prises en charge qui sont à mon avis multidisciplinaires ». Cependant madame K émet la « problématique [...] d'avoir un réseau de gens en qui tu as confiance ».
- Un rôle dans le cadre de la rééducation périnéale est exposé par 5 sages-femmes (C, E, H, I et K: un rôle passant par la rééducation en elle-même mais aussi par les notions anatomiques et physiologiques qui peuvent être apportées à cette occasion (ce qui rejoint le rôle d'informations, de prévention et d'éducation).
- Madame L propose un rôle dans le cadre d'une préparation à la naissance « corporelle ».

On remarque tout de même qu'à travers leurs propos, 2 sages-femmes (F et J) semblent sous-estimer leur rôle: « je ne vois pas tellement quel peut être notre rôle à part orienter vers quelqu'un qui va savoir l'aider » « la femme que je vois le jour de l'accouchement je peux juste l'orienter l'informer faire en quelque sorte de la médecine préventive enfin ce genre de chose lui donner des informations pour l'orienter mais je ne peux rien faire pour la prendre en charge moi là ».

Cette dernière citation « la femme que je vois [...] en charge moi là » soulève deux problématiques que l'on retrouve chez certaines sages-femmes:

- L'absence de rôle dans la prise en charge thérapeutique.

Deux sages-femmes (D et K) considèrent ne pas être suffisamment formées pour accompagner les femmes souffrant de vaginisme et s'atteler à la prise en charge thérapeutique du vaginisme à moins de se spécialiser car trop complexe: « en tant que sage-femme, je trouve qu'on est bien pour dépister comme d'habitude mais après pour euh traiter et pour accompagner non, enfin moi je ne me sens pas euh suffisamment formé pour aller parfois plus loin peut-être dans l'accompagnement » « ça m'embête mais je pense que j'en ai pas les capacités [...] ce sont des choses très compliquées [...] je pense pas que ce soit à nous de gérer le côté thérapeutique ».

- Le moment le plus opportun pour prendre en charge le vaginisme des femmes.

Mesdames G et J pensent que la grossesse, l'accouchement et les suites de couches immédiates ne sont pas des périodes optimales pour aborder ce genre de problèmes du fait des changements physiologiques lié à l'état de grossesse: « la grossesse ce n'est pas forcément le moment idéal pour parler de tout ça parce qu'on a le périnée qui change la vulve qui change la libido qui change les sécrétions qui changent donc du coup ce n'est pas forcément le bon moment » « toutes les autres étapes de la grossesse je pense que c'est pas forcément le moment ». En revanche, le post-natal est le moment le plus propice (lors de la visite post-natale ou lors de la rééducation périnéale): « je trouve qu'effectivement c'est plus le post-partum enfin les visites post-natales où là ça vaut le coup de s'attacher un peu plus sur ça » « le meilleur moment c'est au moment de la rééducation ».

Madame K, J et L affirment également que l'accouchement n'est pas le bon moment pour prendre en charge le vaginisme. Contrairement à Mesdames G et I, elles suggèrent d'agir en amont « c'est trop tard en salle de naissance pour faire quelque chose en fait il faudrait agir en amont » « je pense que ces femmes qui sont suivies par enfin la personne qui les suit pendant toute la grossesse doit apporter des choses dès le premier examen dès qu'on s'aperçoit que c'est difficile normalement elle devrait être ou orientée ou alors on devrait leur proposer une consultation mais ce n'est pas au moment de l'accouchement c'est trop tard en salle de naissance pour faire quelque chose en fait il faudrait agir en amont ».

Discussion

Pour répondre à notre problématique, il était nécessaire d'analyser nos données afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses initiales. Toutefois, rappelons que notre étude a été réalisée auprès des 12 sages-femmes exerçant dans différentes structures de Seine-Martime. Nous ne pouvons donc pas généraliser les propos recueillis et les résultats obtenus sur un plan national ou régional. De plus, les données se basent sur des souvenirs plus ou moins lointains des sages-femmes.

Par ailleurs, nous avons rencontré quelques difficultés à analyser nos résultats du fait de la quantité d'informations récoltées et de leur subjectivité.

I. Hypothèse 1

Pour les sages-femmes, un sentiment d'avoir un rôle limité voire inexistant dans la prise en charge d'une femme souffrant de vaginisme.

1. Rôle de dépistage et de diagnostic

D'après le référentiel métier et compétences des sages-femmes, dépister des pathologies fait partie du rôle de toute sage-femme [32].

Le vaginisme est une pathologie spécifique de la zone génitale de la femme et pourtant la majorité des femmes en souffrant n'ont pas de suivi gynécologique. La peur, l'angoisse de l'examen clinique dans cette partie du corps est plus forte que les conséquences de la pathologie elle-même. Ainsi, la première consultation prénatale constitue souvent la première expérience « gynécologique ». Hors, les sages-femmes sont par essence les intervenantes privilégiées dans la vie des femmes mais surtout au cours de la grossesse. Elles sont donc amenées à dépister et diagnostiquer le vaginisme. Cependant d'après nos résultats, ce diagnostic ne semble pas si évident.

Dans notre étude, nous pouvons dégager deux axes qui semblent indispensables à croiser pour l'établissement du diagnostic de vaginisme :

- Le premier est un point de vue subjectif, qui fait appel à l'écoute et aux capacités d'empathie de la sage-femme. Le diagnostic se fait à partir des propos de la

patiente lorsqu'elle exprime son mal-être ressenti à l'approche de l'examen, c'est la communication verbale. Il existe aussi la communication non-verbale, dont il faut tenir compte particulièrement dans cette pathologie. Les sages-femmes interviewées parlent d'attitude particulière de la patiente « vaginique » lors de l'examen gynécologique,

- Le second est un point de vue objectif : le constat du fait que l'examen gynécologique est difficile voire impossible à réaliser par toucher vaginal.

Nous remarquons que le diagnostic est exclusivement en lien avec l'examen gynécologique et en particulier le toucher vaginal (TV). De plus, lorsque nous avons questionné les sages-femmes sur ce qu'elles savaient à propos du vaginisme, on constate que 2/3 d'entre évoquent spontanément la difficulté de réalisation du toucher vaginal.

Cette pratique participe au diagnostic du vaginisme mais n'est pas le seul outil diagnostic. En effet, l'interrogatoire joue un rôle capital dans l'établissement du diagnostic du vaginisme. Pire, le toucher vaginal se révèle traumatique et ne retrouve pas le vaginisme sélectif [33], les données de cet examen ne permettent pas de préjuger totalement des réactions lors des tentatives de rapport sexuel [34]. La complexité commence puisque le mot « sexuel » est posé et nous pouvons nous interroger sur les limites du discours de la sage-femme. Le vaginisme a sans doute un impact sur la vie sexuelle de la patiente, mais sans formation en sexologie, la sage-femme n'a pas toujours la possibilité, l'aisance ou simplement l'intention d'aborder avec la patiente le domaine de l'intime. En effet d'après notre étude, l'abord de la sexualité (n'ayant fait l'objet d'une seule question) est très variable selon les sages-femmes et le moment où les femmes sont prises en charge dans leur vie de femme.

Les consultations avec les sages-femmes sont des moments privilégiés de dialogue où cette pathologie, rarement abordée par d'autres professionnels, peut être diagnostiquée. Son rôle de dépistage et diagnostic est certain.

Mais le préalable à toute pose de diagnostic est d'avoir des connaissances sur la pathologie à diagnostiquer. Il en va de même pour mener un interrogatoire précis en vue de ce diagnostic. Or d'après notre étude, les connaissances des sages-femmes sur le vaginisme semblent incomplètes.

D'une manière générale, la majorité des sages-femmes savent globalement ce qu'est le vaginisme : 7 sages-femmes sur 12 parlent de contraction des muscles du périnée dont 4 de contraction réflexe involontaires. Cependant 3 sages-femmes reconnaissent avoir des difficultés pour définir le vaginisme et $\frac{3}{4}$ des sages-femmes pensent qu'il existe différents degrés de vaginisme. Or selon les données de la littérature [4,13], il existe différents types de vaginisme et non différents degrés. D'après la littérature, les causes du vaginisme sont multifactorielles : ceci a été souligné par 4 sages-femmes de notre étude. $\frac{3}{4}$ des sages-femmes ont évoqué les antécédents de sévices sexuels. En effet, ce genre d'antécédent peut occasionner un vaginisme cependant il faut rester prudent et ne pas faire l'amalgame entre vaginisme et traumatisme psychosexuel. Nous retrouvons les mêmes constatations dans l'enquête d'A. Grulier où 74% des sages-femmes interrogées connaissaient le vaginisme de manière générale sans pour autant parvenir à en expliquer les causes et mécanismes de survenue, à en distinguer les différents types et diagnostics différentiels.

Malgré le fait que dans notre enquête, le rôle dans le dépistage et le diagnostic du vaginisme n'a été cité que par 3 sages-femmes, il est possible et souhaitable de poser un diagnostic précoce de vaginisme. Tenter de déterminer le type et l'étiologie est une seconde étape qui permettra le cas échéant d'adopter une prise en charge adaptée à la patiente.

2. Rôle de prévention et d'éducation

Toujours d'après le référentiel métier et compétences des sages-femmes, celles-ci ont un rôle de prévention et d'éducation [31].

Cette mission a une importance particulière dans le suivi des femmes souffrant de vaginisme. En effet, les femmes « vaginiques » ont souvent une image erronée de leur corps de femme. Aborder l'anatomie et la physiologie de leur corps féminin, notamment la notion du creux, est l'occasion de corriger ce trouble du schéma corporel dont souffrent régulièrement ces femmes.

5 sages-femmes sur 12 soulèvent ce rôle à jouer dans la prise en charge du vaginisme, que ce soit au cours d'une consultation gynécologique ou prénatale, lors

d'une séance de préparation à la naissance ou de rééducation périnéale. La préparation à la naissance peut également apprendre à la patiente la relaxation, le lâcher prise afin de diminuer son niveau d'anxiété (sophrologie, respiration). La rééducation périnéale quant à elle joue un rôle clé à visée « éducative » mais aussi « thérapeutique » selon C. Fabre Clergue.

D'après le mémoire d'A. Grulier, 97% défendaient l'intérêt d'une rééducation périnéale durant le post-partum. 5 sages-femmes de notre étude partagent le même avis. De plus, à travers les expériences professionnelles récoltées au cours de nos entretiens (en particulier celle de madame B), nous retrouvons le bénéfice qu'apporte la rééducation périnéale manuelle aux femmes souffrant de vaginisme.

La composante majeure pour vaincre le vaginisme est la compréhension par la patiente de son corps sexué, et plus particulièrement de son fonctionnement dans le cadre de sa santé sexuelle. Nous nous appuyons sur le texte des enjeux de Santé Publique, édités en 2005 par la Direction Générale de la Santé où le plaisir sexuel est reconnu comme composante du bien-être. L'éducation à la santé sexuelle est alors possible pour les professionnels de Santé Publique que sont les sages-femmes. Rappelons que les femmes peuvent ne jamais s'intéresser à leur plaisir sexuel, même sans aucune pathologie psychologique [35]. Il s'agit en effet d'un apprentissage, contrairement aux hommes pour qui le passage par la découverte corporelle de ce plaisir inné est naturel. Il faut par contre prendre conscience qu'encore aujourd'hui l'autorisation de la connaissance du fonctionnement de son propre plaisir sexuel, et surtout pour les femmes, n'est pas admise dans toutes les sociétés, cultures ou religions. En d'autres termes, choisir de parler de son vagin à une femme n'est pas une décision à appréhender de manière désinvolte.

3. Rôle dans la prise en charge thérapeutique ?

M. Suponter met en évidence dans son mémoire que seulement la moitié des sages-femmes se sent capable de donner des conseils aux femmes sur les dysfonctions sexuelles féminines [36]. Par ailleurs, dans notre étude, 2 sages-femmes pensent qu'en tant que sage-femme, elles n'ont pas les qualifications nécessaires pour prendre en charge de manière thérapeutique le vaginisme, trop complexe. Pourtant la prévention,

l'éducation, la préparation à la naissance et la rééducation périnéale font partie des compétences de la sage-femme et participe à la prise en charge thérapeutique du vaginisme.

Il n'empêche que les sages-femmes interviewées dans notre étude cherchent des outils thérapeutiques pour leurs patientes, ce qui montre leur intention d'avoir un rôle thérapeutique (acupuncture, hypnose, sophrologie relaxation...) même s'il n'est pas encore défini pour cette pathologie.

4. Rôle d'orientation

Le vaginisme est multifactoriel, il paraît donc évident que sa prise en charge soit multidisciplinaire comme l'indique C. Fabre Clergue [22].

Bien que notre étude ne soit pas comparable à celle d'A. Grulier [1] du point de vue de l'effectif de sages-femmes sondées (12 contre 260 sages-femmes), nous pouvons faire quelques observations. D'après les données d'A. Grulier, parmi les 97% de sages-femmes ayant rencontré des difficultés dans la prise en charge de femmes « vaginiques », seulement 9% d'entre elles ont orienté leurs patientes vers un spécialiste et 17% des sages-femmes n'ayant jamais rencontré de patientes souffrant de vaginisme pensent qu'il est nécessaire de le faire. Face à ces faibles pourcentages concernant l'orientation, A. Grulier avait émis l'hypothèse d'un manque de considération du problème ou encore l'absence de prise en charge pluridisciplinaire pourtant essentielle.

Dans notre étude, 2/3 des sages-femmes ont orienté les patientes souffrant de vaginisme vers d'autres professionnels. Parmi les sages-femmes ayant déjà orienté leurs patientes vers un autre professionnel :

- 5 vers un sexologue ou une sage-femme sexologue,
- 6 vers un psychologue,
- 3 vers un professionnel pratiquant la relaxation,
- 2 vers un professionnel pratiquant la sophrologie,
- une vers un professionnel pratiquant l'hypnose.

Il ne s'agit donc en aucun cas d'un manque de considération du problème et nous remarquons la motivation des sages-femmes quant à la prise en charge de leurs patientes ; elles tentent de trouver une solution pour vaincre cette pathologie qu'elles supposent possible à traiter, mais pas par elles. Parmi les 4 sages-femmes n'ayant jamais orienté leurs patientes vers un spécialiste, 2 d'entre elles jugeaient le moment de prise en charge inadaptée pour proposer à la patiente une éventuelle orientation vers un autre professionnel puisqu'elles intervenaient au moment de l'accouchement. Pour une autre sage-femme, un suivi psychologique était déjà en place pour la patiente, elle n'a donc pas jugé nécessaire d'amplifier le nombre d'intervenant.

Au vu de ces résultats, en ce qui concerne notre population sondée, nous pouvons écarter l'hypothèse émise par A. Grulier, qui date rappelons-le de 2010. Nous pouvons supposer que les avancées en matière d'accompagnement dans le domaine de la santé sexuelle ont fait évoluer les mentalités. Dans notre étude, $\frac{3}{4}$ des sages-femmes interrogées soulignent ce rôle d'orientation qu'elles jouent dans la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme.

Autre versant reliant la sexualité à la procréation, le vaginisme est souvent une cause d'« infertilité » pour les patientes, et la sage-femme en consultation de gynécologie ou exerçant dans un centre d'aide à la procréation peut être amenée à recevoir ces femmes. Il sera alors important de savoir orienter la patiente vers un sexologue ou un professionnel compétent.

Il est évident, et cela nous est relaté dans les entretiens réalisés, que la grossesse et l'accouchement ne résolvent pas à eux-seuls la problématique. Une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire. D'après les expériences, vaginisme et grossesse ne sont pas incompatibles et lors d'une prochaine grossesse le vaginisme peut perdurer. Il ne faut donc pas relâcher l'attention portée à ces femmes. Il faut convaincre ces femmes de l'importance du suivi ultérieur. Durant le post-partum, il semble important de prêter beaucoup d'attentions aux soins du périnée (comme nous l'a dit...) après l'accouchement en encourageant une participation active de la patiente « vaginique ». Cela pourra être l'occasion pour celle-ci de se familiariser avec son corps, de se l'approprier.

En conclusion, notre hypothèse est validée. La sage-femme de par ses compétences est un des principaux acteurs à même de dépister le vaginisme. Cependant nous avons constaté que les connaissances sur le vaginisme et sa prise en charge sont superficielles, ce qui porte préjudice pour la suite. Par contre le fait que cette prise en charge soit préférentiellement multidisciplinaire est pressentie par les sages-femmes le pressentent puisque 2/3 d'entre elles ont orienté vers un autre professionnel. La sage-femme trouve sa place dans la prévention et l'éducation de ces femmes qui méconnaissent bien souvent leur propre corps mais pourrait avoir un rôle plus important, en insistant sur la rééducation périnéale manuelle qui semble être bénéfique pour les femmes souffrant de vaginisme, ainsi que la valorisation des formations spécifiques. Car si les sages-femmes ne sont pas entièrement convaincues de la place qu'elles occupent dans la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme, elles sont motivées à aider ces patientes. Nous pensons donc qu'à l'avenir ce « sentiment de rôle limité » disparaîtra

II. Hypothèse 2

Bien que les sages-femmes se sentent impuissantes face au vaginisme, elles y portent un intérêt certain.

Au terme de notre étude, force est de constater que les sages-femmes sont, de toute façon, obligées de porter un intérêt certain au vaginisme. En effet, la conséquence directe du vaginisme est l'impact incontestable sur leur pratique professionnelle. Nous constatons alors une similitude avec les résultats obtenus par A. Grulier qui démontre que 97% des sages-femmes ayant été confrontées au vaginisme ont rencontré des difficultés dans la prise en charge du vaginisme, notamment lors de l'examen gynécologique, plus précisément dans la pratique – bien souvent impossible – du toucher vaginal. Cet acte a déjà fait l'objet de nombreuses controverses intellectuelles et nous n'avons pas l'intention de rentrer dans un débat sur son intérêt aujourd'hui.

Si le toucher vaginal est un acte fréquent dans notre pratique quotidienne, permettant le dépistage ou le diagnostic de certaines pathologies, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une pénétration physique d'un corps humain dans une zone hautement chargée symboliquement : le sexe. Il s'agit d'une intrusion dans l'intimité de la patiente qui peut renvoyer, dans le meilleur des cas et même sans contexte grave de violences sexuelles, à une simple pudeur que la sage-femme qui le pratique doit savoir apprivoiser. Aujourd'hui de multiples témoignages confirment que ce geste ne peut plus être considéré comme anodin. Rappelons que cette pratique n'est pas obligatoire en première intention et peut même être absente lors de l'examen sans que cela ne gêne la prise en charge d'une patiente. Cependant les sages-femmes sont d'accord sur le fait que le toucher vaginal reste fortement utile pour poser un diagnostic précis en cas de crainte de complication, que ce soit en gynécologie, anténatal, per-natal ou post-natal.

Or chez les femmes souffrant de vaginisme, cet acte est difficile voire impossible à réaliser pour la sage-femme et quelquefois seulement à envisager pour la patiente. Les complications peuvent dès lors apparaître sans pouvoir être diagnostiquées

classiquement puisque le protocole appris en formation initiale ne peut être respecté. Le suivi espéré de par la compétence de la sage-femme est compromis. Plus que des difficultés, la quasi majorité des sages-femmes (11/12) évoque des remises en questions allant jusqu'à des changements de pratiques professionnelles pour comprendre au mieux la patiente en souffrance et ainsi pouvoir l'aider. D'après A. Grulier, du fait des difficultés rencontrées, une conduite à tenir spécifique s'est imposée pour 82% des sages-femmes lors du suivi de grossesse. Ainsi, pour les sages-femmes, les difficultés siègent majoritairement dans l'adaptation dont elles doivent faire preuve. Cette adaptation est difficile car elle bouleverse les pratiques habituelles, elle ne s'appuie pas sur ce qui a été enseigné initialement et n'apporte pas les mêmes données scientifiques ni les mêmes repères. C'est pourquoi un grand nombre des sages-femmes de notre étude (8 sur 12) ne sont certes pas à l'aise mais plutôt perturbées, gênées, embêtées, déstabilisées voire démunies mais pas pour autant impuissantes.

Plus généralement, c'est une remise en question de leur compétence qui est en jeu. Parmi les conduites à tenir adoptées par les sages-femmes interviewées lors du suivi des patientes « vaginiques », nous retrouvons celles déjà répertoriées dans plusieurs études :

- A. Grulier : réduire ou supprimer des touchers vaginaux et poser de la péridurale [1]. Le domaine de référence est organique.

- J-A. Léandri [10] et N. Abaiba [37] Préparer psychologiquement la patiente pour obtenir l'accord de celle-ci avant de l'examiner en se montrant compréhensif et patient, l'installer confortable en respectant sa pudeur, en éliminant les facteurs anxigènes, en travaillant sur le lâcher-prise (respiration, relaxation, hypnose, sophrologie), favoriser la participation active de la patiente lors du toucher vaginal (antéversion et mobilisation du bassin, suivre le rythme de la patiente, participation de la patiente à la pose du spéculum) [10, 37]. Le travail porte sur le versant psychologique de la problématique.

L'intérêt certain porté au vaginisme semble indéniable et plusieurs observations nous confortent dans cette première impression.

Tout d'abord sur les 21 tirages au sort réalisés :

- 13 entretiens ont eu lieu suite à des réponses positives (dont un inexploitable).
- 8 entretiens n'ont pu être faits. 6 sages-femmes étaient favorables à l'entretien mais pour différentes raisons, résumées dans le tableau de l'Annexe I, ces derniers n'ont pas été possibles. Par l'absence de réponse à nos sollicitations, nous n'avons eu que deux « refus ».

Cependant parmi les 20 sages-femmes exerçant dans un établissement participant à notre enquête, nous avons obtenu une seule réponse positive. N'ayant pas eu plus de précisions sur les 19 autres sages-femmes, nous ne pouvons malgré tout pas conclure à 19 refus. Au vu de l'incertitude concernant le pourcentage de refus, nous ne pouvons pas conclure sur l'intérêt porté sur le sujet à partir de ces données. Cependant nous pouvons tout de même noter que parmi les sages-femmes contactées directement et personnellement, nous avons obtenu 90% de réponses favorables.

Par contre, seule une sage-femme sur 12 a fait la démarche d'aller rechercher des informations concernant le vaginisme. Ce chiffre est paradoxal au vu des difficultés rencontrées par les sages-femmes lorsqu'elles sont face à des femmes souffrant de vaginisme. Parmi les 11 sages-femmes n'ayant jamais fait la démarche d'aller rechercher des informations, 6 sages-femmes nous éclairent sur ce paradoxe :

- 3 sages-femmes ont été informées au cours de formations ou d'échanges avec d'autres professionnels. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que les renseignements obtenus ont été satisfaisants et suffisants aux yeux des sages-femmes.

- Une sage-femme territoriale évoque le manque de temps ; temps qu'elle consacre à des situations plus urgentes rencontrées quotidiennement. Compte tenu de cela, elle oriente vers d'autres professionnels. Il ne s'agit donc pas d'un manque d'intérêt.

- Une autre sage-femme n'a pas été suffisamment confrontée au vaginisme pour ressentir le besoin de s'informer d'avantage à propos de ce trouble.

- Une dernière sage-femme évoque le manque de curiosité.

- pour les 5 autres sages-femmes, nous regrettons de ne pas les avoir questionnées pour connaître les raisons.

Aucune des sages-femmes interrogées ne connaissaient l'existence de la formation continue visant à diagnostiquer et améliorer la prise en charge du

vaginisme. Néanmoins toutes les sages-femmes seraient intéressées par cette dernière si celle-ci était encore d'actualité. Cependant, comme certaines l'expliquent, il serait plus judicieux d'aborder cette problématique au sein d'une formation qui traiterait d'autres thématiques pour que celle-ci soit plus attractive. Le vaginisme n'est pas fréquent et le coût parfois onéreux des formations incite les sages-femmes à privilégier les formations qui leur seront le plus utile dans leur pratique quotidienne. Toutefois comme nous l'avons dit précédemment le vaginisme n'est pas rare non plus et pose des difficultés lorsque les professionnels de santé y sont confrontés. Ainsi, en incluant la problématique du vaginisme et de sa prise en charge parmi d'autres sujets, les sages-femmes seraient probablement plus attirées par ce genre de formations. Par exemple, d'après le mémoire M. Suponter, l'accompagnement pendant le travail d'une femme souffrant de vaginisme fait partie des thèmes que les sages-femmes pensent être intéressantes de rajouter au programme de sexologie [34].

D'autant plus qu'au vu de nos entretiens, le vaginisme n'est peu voire pas abordé au cours des études initiales. Les sages-femmes découvrent en quelque sorte cette dysfonction sexuelle sur le terrain. L'une des explications à cette carence de formation est que l'abord de la sexualité est encore tabou dans l'esprit de nombreuses personnes. Même si pour faire un enfant, une relation sexuelle est naturellement souhaitée, il est encore aujourd'hui difficile de croiser les domaines pourtant liés : sexualité et maternité. Par ailleurs, mais dans notre étude nous n'avons pas eu de praticien homme, le risque de l'empathie sexuée de la sage-femme consistant à supposer que la femme connaît son corps aussi bien qu'elle, est grand, alors que la méconnaissance du fonctionnement basique des organes sexuels de la patiente est ~~bien~~ souvent l'une des causes principales de la dysfonction. Reprenant le mémoire de M. Suponter, nous soulignerons le fait que l'enseignement des dysfonctions sexuelles en cours de sexologie à l'école de sage-femme a une importance majeure pour 90% des sages-femmes [34]. A. Grullier souligne que parmi les sages-femmes (74%) qui connaissent le vaginisme de manière général, la majorité d'entre elles assurent avoir reçu leur enseignement sur le terrain. Les études de sages-femmes ne sont peut-être pas le moment le plus propice pour aborder le vaginisme, tant la formation initiale est riche en apprentissages, mais il serait tout de même prudent d'en avoir connaissance.

A nouveau c'est un choix dans l'approche, organique pure ou sexologique qui est en cause, et même si le programme est chargé, nous pensons qu'il serait enrichissant pour leur pratique future que les étudiantes(e)s sages-femmes aient quelques notions à propos du vaginisme.

Pour conclure, nous regrettons de n'avoir pas séparé cette hypothèse en deux parties car l'étude nous a appris que la première partie de l'hypothèse « bien que les sages-femmes se sentent impuissantes face au vaginisme » s'avère une affirmation erronée, ce qui est rassurant pour la capacité à maîtriser les émotions des professionnelles rencontrées, même dans les situations les plus délicates. La suite de l'hypothèse « elles y portent un intérêt certain » est par contre entièrement validée.

III. Hypothèse 3

L'expérience professionnelle, par une confrontation répétée aux femmes souffrant de vaginisme, rend les sages-femmes plus aptes à les prendre en charge de façon adaptée.

Avant d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse, rappelons que d'après leur propre expérience, la majorité des sages-femmes sondées (11 sur 12) précisent que le vaginisme n'est pas fréquent. Par conséquent, dans l'ensemble, on ne pourra pas vraiment parler de différence significative entre les sages-femmes quant au nombre de fois où elles sont été face au vaginisme dans leur pratique professionnelle.

Dans notre étude, 4 sages-femmes déclarent que le fait d'avoir été confrontées plusieurs fois au vaginisme leur a permis et leur permet aujourd'hui d'être mieux armées face à ce genre de situation. Elles ont plus de facilités à s'adapter et vivent mieux leur exercice. La problématique n'est plus inconnue et elles ont déjà des pistes de prises en charge notamment comment les accompagner et vers qui orienter. Nous pouvons noter que parmi ces 4 sages-femmes : 2 d'entre elles ont une vingtaine d'années d'expérience professionnelle, dont une a réalisé de nombreuses formations complémentaires qui s'avèrent être utiles pour la prise en charge du vaginisme. Une autre exerce depuis plus de 30 ans. La quatrième sage-femme n'est diplômée que depuis 10 ans, cependant elle a acquis de nombreuses connaissances et techniques au

cours de ses multiples formations (DIU d'acupuncture obstétrical, formation de sophrologie obstétricale, de phyto-aromathérapie, de diététique chinoise, de préparation à la naissance) qui lui ont été bénéfiques pour la prise en charge des femmes souffrant de vaginisme.

La confrontation répétée n'intervient pas ici. Comme en témoignent 5 des sages-femmes interviewées, c'est l'expérience professionnelle et personnelle qui va influencer la qualité de la prise en charge en apportant de la maturité, de la confiance en soi et une prise de recul. Cette idée appuie les propos de 5 sages-femmes qui confient ne pas être forcément plus à l'aise avec la confrontation répétée. Elles retrouvent les mêmes problématiques, les mêmes difficultés d'adaptation, les mêmes limites de prise en charge. Cependant il n'y a pas d'angoisse ni de stress car elles ne sont pas face à l'inconnu et savent qu'il est possible de faire autrement.

A nouveau, nous nous retrouvons dans l'embarras car notre hypothèse ne peut être que partiellement confirmée. Les sages-femmes ne sont pas plus aptes à prendre en charge de façon adaptée une femme souffrant de vaginisme dès lors qu'elles y sont confrontées à plusieurs reprises. Toutefois, l'expérience professionnelle ainsi que les formations complémentaires effectuées interviennent positivement sur la manière d'aborder le vaginisme et de le prendre en charge.

Conclusion

Bien que la prévalence du vaginisme soit difficile à estimer, cette dysfonction sexuelle touche environ 1% des femmes en âge de procréer [8]. En dépit des difficultés qu'elles peuvent rencontrer, ces femmes ont des désirs d'enfant et parviennent à être enceintes. La première consultation prénatale est très souvent leur première et seule expérience en matière de suivi gynécologique. C'est une des raisons pour laquelle nous nous sommes intéressées à cette pathologie du point de vue des sages-femmes. En tant que maïeuticiennes, nous sommes en première ligne.

Nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de 12 sages-femmes cliniciennes de Seine-Maritime, exerçant dans différentes structures. Nous ne pouvons généraliser sur un plan régional ou national, mais néanmoins nos résultats rejoignent ceux des études précédemment réalisées, ce qui nous permet de confirmer plusieurs points.

Tout d'abord les sages-femmes ont un rôle essentiel de diagnostic du vaginisme. Leur intérêt pour cette pathologie est important du fait de l'impact sur leurs pratiques habituellement utilisées. Par contre la prise en charge de ces patientes nous semble insuffisante. Le vaginisme est une dysfonction sexuelle, ce qui empiète sur le domaine de l'intime. Cela constitue un frein dans la prise en charge notamment au moment de la grossesse car le « sexe », ce gros mot aux multiples facettes et interprétations, est encore tabou. Croiser sexualité et maternité n'est pas toujours possible dans certains esprits, que ce soit du point de vue de la patiente, mais aussi de celui de la sage-femme. Il s'agit d'un problème d'éthique auquel il nous semble intéressant de réfléchir, afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes en détresse.

Bien que nous ne retrouvions pas d'éléments scientifiques allant dans ce sens, la rééducation périnéale manuelle semble être bénéfique pour les femmes souffrant de vaginisme et nous pourrions la considérer comme une piste potentielle. Egalement, cette prise en charge étant préférentiellement pluridisciplinaire, nous pourrions nous rapprocher du réseau périnatalité Eure et Seine-Maritime afin de créer un outil à disposition des sages-femmes ; nous pensons à un document écrit présentant la pathologie et surtout les différents professionnels possiblement intervenants.

Bibliographie

- [1] Grulier A. Pour une meilleure prise en charge des femmes souffrant de vaginisme lors de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites: d'après l'expérience professionnelle de 260 sages-femmes des Bouches du Rhône [Mémoire de sage-femme]. Marseille; 2010.
- [2] Schwendke-Kliem A, Bitzer J. Le vaginisme. Revue Médicale Suisse [En ligne]. 2000 mars [Consulté le 29 décembre 2014];(706)[2 pages]. Consultable à l'URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=20407>
- [3] Waynberg J. Le Dico de l'amour et des Pratiques Sexuelles. Toulouse: Milan; 1999.
- [4] Coulomb Marie-Alice. Le vaginisme en théorie [En ligne]. AIHUS-SEXOGYN 2012 [Consulté le 29 décembre 2014]. Consultable à l'URL: <http://aius-sexogyn.fr/files/67/COULOMB.pdf>
- [5] Lopès P, Poudat F-X. Manuel de sexologie. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
- [6] Balon R. Sexual dysfunction : beyond the brain-body connection. Basel: Karger; 2011.
- [7] El Feki M, Desjardins J-Y, Crépault C, Bureau J, Brenot P, Bonierbale-Branchereau M. La sexothérapie quelle thérapie choisir en sexologie clinique ? Bruxelles: de Boeck; 2010.
- [8] Buisson O, Foldès P. Qui a peur du vaginisme ? : Le plaisir féminin, une angoisse masculine. Paris: Gaweswitch J-C; 2011
- [9] LANSAC J. Les maladies de la femme – Les ennuis gynécologiques [En ligne]. [Consulté le 10 mai 2016]. Consultable à l'URL : <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/107-maladies-de-la-femme>
- [10] Léandri J-A, Marès P. Le vaginisme et la femme enceinte : la maladie d'amour... [Mémoire de sage-femme]. Nîmes; 2009.

- [11] Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1993
- [12] American psychiatric association. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
- [13] Dintrans J-R. Vaginisme : ce que le gynécologue doit savoir. Gyn.Obs. médecine & santé de la femme. 2002 octobre;(459):26-27.
- [14] Waynberg J. Les idées reçues sur la sexualité. Paris: Hachette; 1995.
- [15] Masters W, Johnson V. Les mésententes sexuelles et leur traitement. Paris: Robert Laffont; 1971.
- [16] Reumaux-Brulin F, Descamps V. Les unions non consommées [Thèse de médecine]. Lille; 1987.
- [17] Grafeuille Nadine., On ne peut me pénétrer [En ligne]. 2^{es} assises françaises de sexologie et de santé sexuelle 2009 [Consulté le 29 décembre 2014]. Consultable à l'URL: <http://www.aihus.fr/prod/data/Congres/AIHUS2009/Diapos/28-1-Samedi-Lille-2009-Mat/08-VAGINISME%202009%20GRAFEILLE.pdf>
- [18] BOURCIER A., McGUIRE E., ABRAMS P. – Dysfonctionnement du plancher plevien, Tome 1 : Physiopathologie et investigations – Paris – Elsevier – 2005
- [19] Abraham Sylvie. Le vaginisme : approche médicamenteuse par la toxine botulique [En ligne]. AIHUS-SEXOGYN 2012 [Consulté le 17 janvier 2015]. Consultable à l'URL: <http://aius-sexogyn.fr/files/67/ABRAHAM2.pdf>
- [20] Tétart G, Zwang G. Précis de thérapeutique sexologique : traitement des dysfonctionnements érotiques du couple. Montpellier: Sauramps médical; 2004.
- [21] Bousquet M. Vaginisme et grossesse [Mémoire de sage-femme]. Nice; 2013.
- [22] Fabre-Clergue C. Vaginisme et grossesse. Profession Sage-Femme. 2012 mai;(185):43-44.

- [23] CHEVALLIER Marie. Le toucher vaginal, ce geste.... [Mémoire de sage-femme]. Rouen; 2012.
- [24] Haute Autorité de Santé. (Consulté le 30/01/2015). Recommandations professionnelles. « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [25] Rosenbaum TY, Padoa A. Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders. The Journal of Sexual Medicine. 2012 juillet;9(7):1726–1735.
- [26] Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^{ème} édition. Paris: Armand Colin; 2007
- [27] Guittet A. L'entretien: techniques et pratiques. Paris: Armand Colin; 2013
- [28] Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Annuaire des sages-femmes libérales [En ligne]. [Consulté le 27 septembre 2015]. Consultable à l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuaireflib>
- [29] Métropole Rouen Normandie. Au cœur de l'institution. Découvrir la Métropole. Les 71 communes [En ligne]. [Consulté le 27 septembre 2015]. Consultable à l'URL : <http://www.metropole-rouen-normandie.fr/communes-de-la-metropole>
- [30] Sages-femmes libérales Haute-Normandie. Trouver une sage-femme libérale en Haute-Normandie [En ligne]. [Consulté le 27 septembre 2015]. Consultable à l'URL : <http://sagesfemmes-normandie.asso.fr/annuaire>
- [31] Durand J, Tarrier J-M. PFC, corpus et système de transcription. Cahiers de grammaire « Spécial anniversaire ». 2006;30:139-158.
- [32] Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [En ligne]. 2010 janvier [Consulté le 10 août 2016]. Consultable à l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [33] Drenth J-J. Vaginismus and the desire for a child. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology [En ligne]. 1988 janvier [Consulté le 1 août 2016];

(17):[7pages]. Consultable sur l'URL:
[https://www.researchgate.net/publication/246349677 Vaginismus and the desire for a child](https://www.researchgate.net/publication/246349677_Vaginismus_and_the_desire_for_a_child)

[34] Collier F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ? Progrès en Urologie [En ligne]. 2013 juillet [Consulté le 1 août 2016];23(9):[9 pages]. Consultable à l'URL: Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle?. Progrès en urologie [En ligne]. 2013 juillet [consulté le 6 juin 2016];(23):[9 pages]. Consulatable à l'URL:
<http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/en-pratique-comment-faire-devant-une-femme-exprimant-une-plainte-sexuelle.html>

[35] BAIOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. [En ligne]. 2010 mai [Consulté le 12 août 2016];(31):[3 pages].Consultable à l'URL:
<https://clio.revues.org/9780>

[36] Suponter M. La sexologie, quelle place dans la formation et la vie professionnelle d'une sage-femme [Mémoire de sage-femme]. Marseille; 2005.

[37] Abaiba N. Enceintes mais vierges... Si si !!! Vaginisme et maternité: une meilleure compréhension pour une meilleure prise en charge [Mémoire de sage-femme]. Reims; 2008.