



HAL
open science

Abord et vécu de la prise en charge des dyspareunies par des sages-femmes libérales de l'Isère : une analyse qualitative

Gautheron Alix

► To cite this version:

Gautheron Alix. Abord et vécu de la prise en charge des dyspareunies par des sages-femmes libérales de l'Isère : une analyse qualitative. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03322140

HAL Id: dumas-03322140

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322140v1>

Submitted on 18 Aug 2021

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Abord et vécu de la prise en charge des dyspareunies
par des sages-femmes libérales de l'Isère:
une analyse qualitative**

Par : GAUTHERON Alix

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 16 juin 2021

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

Année 2020- 2021

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

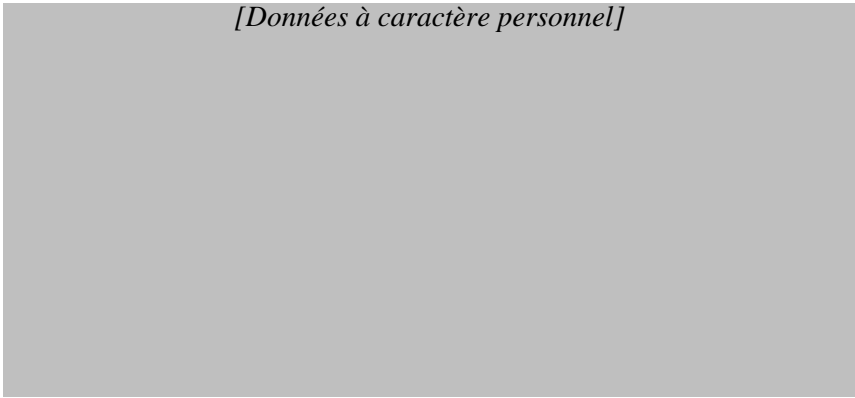
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Abord et vécu de la prise en charge des dyspareunies
par des sages-femmes libérales de l'Isère:
une analyse qualitative**

**Approach and experience of the management of dyspareunia
by liberal midwives in Isère: a qualitative analysis**

Par : GAUTHERON Alix

[Données à caractère personnel]



En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme 2021

Résumé

L'objectif de l'étude était d'analyser la perception et le ressenti des sages-femmes libérales sur les dyspareunies. Nous nous sommes également intéressés aux dépistages réalisés et prises en charge proposées par les sages-femmes.

Pour ce faire, nous avons réalisé 10 entretiens semi-directifs individuels avec des sages-femmes recrutées sur la base du volontariat. Les sages-femmes incluses dans l'étude devaient exercer en libéral dans le bassin isérois.

Les résultats de cette étude ont montré que les dyspareunies sont peu recherchées par les sages-femmes. En effet, elles se sentent généralement impuissantes dans la prise en charge qu'elles peuvent proposer même si elles savent faire preuve d'empathie et d'écoute attentive envers les femmes atteintes. Lorsque leurs moyens sont insuffisants, elles savent recourir à d'autres compétences de la santé physique (sexologue, rééducation périnéale) et psychologique (psychologue, sophrologie) pour la prise en charge.

Pour conclure, les résultats de notre étude concordent avec les données de la littérature sur le vécu et l'approche d'un sujet complexe comme celui-ci.

Mots-clés: vécu, prise en charge, dyspareunie, sage-femme

Abstract

The aim of the study was to analyse the perception and feelings of liberal midwives about dyspareunia. We were also interested in the screening and the treatment offered by midwives.

To do this, we conducted 10 individual semi-directive interviews with liberal midwives in Isère, recruited on a voluntary basis by email. The midwives included in the study had to work in private practice in the Isère area.

The results of this study showed that dyspareunia is not well sought after by midwives. Indeed, they generally felt powerless in the care they can offer, even if they know how to show empathy and listen attentively to the woman affected. When their sources are insufficient, they know how to call on other physical health skills (sex therapist, perineal rehabilitation) and psychological skills (psychologist, relaxation therapy) to provide care.

To conclude, the results of our study are in line with the literature on the experience of and approach to such a complex subject.

Keywords: experienced, care, dyspareunia, midwife

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Mme Chrystèle Chavatte, Présidente du jury, Sage-femme, Enseignante au
Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Pr Pascale Hoffmann, Co-Présidente du jury, Gynécologue-Obstétricienne, PU PH
Chef de Service à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes ;

Mme Delphine Mack-Laurent, Sage-femme invitée du jury, Cadre à l'Hôpital Couple
Enfant, CHU Grenoble-Alpes ;

Mme Christine Chabanne, Sage-femme, Libérale à Meylan, directrice de ce
mémoire ;

Mme Claudine MARTIN, Co-directrice de ce mémoire, Sage-femme, Enseignante
au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes.

Je remercie plus particulièrement :

Mme Christine Chabanne, Sage-femme, Libérale à Meylan, directrice de ce mémoire ;

Pour son temps, ses conseils et son professionnalisme ;

Mme Claudine Martin, Sage-femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, co-directrice de ce mémoire ;

Pour son aide, ses conseils et ses encouragements ;

Mr Lionel Di Marco, Sage-femme référent, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Pour sa confiance et sa bienveillance ;

Toutes les sages-femmes interrogées ;

Pour le temps qu'elles m'ont accordé, et leur confiance.

Je remercie plus personnellement :

Mes parents, mes frères, Marie et Léo ;

Pour vos encouragements inlassables, votre soutien et votre amour ;

Mes ami.e.s d'enfance ;

Pour votre présence continue, nos aventures et nos projets fous, merci à tous ;

Mes amies sages-femmes ;

Clémence, Charlène et Séverine

*Pour tous ces moments de rire, de danse, de chant, de couture et de folies, merci
pour ces belles années passés ensemble.*

Table des matières

Abréviations	10
I/ Introduction	11
II/ Matériel et méthodes.....	15
A) Choix de la méthode	15
1) Etude qualitative.....	15
2) Analyse : approche thématique.....	15
B) Population étudiée.....	16
1) Choix de la population étudiée.....	16
2) Critères d'inclusion.....	16
3) Critères d'exclusion.....	17
4) Taille de l'échantillon.....	17
5) Recrutement.....	17
C) L'entretien.....	18
1) Entretien individuel semi-dirigé.....	18
2) Les modalités de l'entretien.....	18
3) La retranscription des entretiens.....	19
4) Le guide d'entretien.....	19
D) L'analyse des données.....	20
III/ Résultats.....	21
A) Caractéristique des sages-femmes interrogées.....	21
B) Analyse des résultats.....	23
Partie 1 : Vision et abord de la sexualité et ses difficultés.....	23
Thème 1 : L'abord de la sexualité et de ses difficultés au cours de la vie de la femme.....	23
a) Suivi gynécologique.....	23
b) Suivi de la grossesse.....	24
c) Le post-partum : un moment opportun.....	26
Thème 2 : Un symptôme fréquent mais peu nommé.....	28
a) Les dyspareunies : rarement présentées.....	28
b) Un motif de consultation rare.....	29
Thème 3 : Le positionnement des sages-femmes.....	31
a) Le rapport avec sa propre sexualité.....	31
b) Sage-femme : un métier, plusieurs facettes.....	33
c) Culture et morale.....	35
Partie 2 : Une prise en charge variée des dyspareunies.....	37
Thème 1 : Une prise en charge au cas par cas.....	37
a) La femme et son histoire unique.....	37
b) L'influence de l'étiologie.....	40
c) Une prise en charge singulière.....	41
Thème 2 : Une variété d'outils.....	43
a) De la technique.....	43
b) De l'esprit.....	47
c) Un travail pluridisciplinaire.....	50
Thème 3 : Un vécu complexe de la prise en charge.....	52
a) De l'empathie.....	52

b) Un sentiment d'impuissance.....	54
c) Une remise en question de la pratique.....	56
IV/ Discussion.....	58
A) Discussion de la méthode de l'étude.....	58
1) Forces de l'étude.....	58
2) Limites et faiblesses de l'étude.....	59
B) Discussion des résultats, perspectives.....	61
1) L'importance de la formation.....	62
2) Un rôle central dans l'éducation sexuelle.....	64
V/ Conclusion.....	67
VI/ Bibliographie.....	69
Annexes.....	71

Abréviations

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

I / Introduction

Tout au long du Moyen-Age, la sexualité des femmes et des hommes est très fortement encadrée par la société, et notamment par le clergé. En effet, l'Eglise établit un certain nombre de règles qui permettent de définir un cadre autour de la sexualité. A cette époque, l'épouse doit mettre sa sexualité au service de son mari. Le bonheur et le plaisir féminin ne sont jamais mis en causes, et il n'est pas rare que les femmes soient victimes de violences sexuelles, concept alors totalement inexistant. C'est seulement vers le XVe siècle que l'idée d'une sexualité reliée à l'amour apparaît. Il est important de prendre en compte ces considérations puisque les modèles qui se construisent autour des femmes à cette époque influencent encore à l'heure actuelle nos représentations sociales et mentales (1).

Au cours du XXe siècle, l'apparition des premières méthodes de contraception dites modernes, telles que la pilule, les diaphragmes, les spermicides et les stérilets, ainsi que la loi du 17 janvier 1975 concernant le droit à l'avortement vont provoquer des questionnements nouveaux autour de la sexualité. Une remise en cause du lien entre la sexualité et la procréation est portée par les femmes, désireuses de maîtriser leur fécondité et de découvrir elles aussi le plaisir (2). Il va se créer par la suite une dissociation au niveau de la sexualité et de la procréation, incitant l'émergence du plaisir et par la suite celle des difficultés liées à ce dernier.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la Santé Sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité ». Cette définition précise également qu'il est important d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires (3). Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français précise quant à lui qu' « à part la première fois, où la douleur de la défloration

est très diversement ressentie, il n'est pas normal d'avoir mal lors des rapports ». Il semble néanmoins important de préciser que certaines pratiques sexuelles, comme celles du BDSM (Bondage et discipline, Domination et soumission, Sadisme et Masochisme), cherchent à provoquer des douleurs et de la souffrance. Elles sont en cela à différencier des dyspareunies, qui comme leur origine étymologique l'indique, sont des douleurs (préfixe « dus », en grec ancien) provoquées par les relations sexuelles (suffixe « pareunos », en grec ancien) entraînant des douleurs voire des difficultés lors des rapports (4). Les difficultés sexuelles sont très fréquentes, qu'elles soient permanentes ou temporaires, puisqu'elles sont relatées par 15 à 70% des femmes. L'OMS indique que le taux de femmes présentant des dyspareunies se situe entre 8 et 21%, avec des variations observées en fonction de l'âge des sujets notamment (5). A titre d'exemple, les femmes ménopausées sexuellement actives seraient 20% à en souffrir (6).

Le terme dyspareunie regroupe en réalité plusieurs sous-types de dyspareunies dont la classification est variable. Elles peuvent être primaires ou secondaires, selon leur apparition au cours de la vie de la femme, superficielles ou profondes, selon leur localisation anatomique, ou encore persistantes ou conditionnelles, selon leur chronicité ou non (7). Il s'agit donc d'une pathologie complexe.

Les dyspareunies peuvent être à l'origine d'une altération de la qualité de vie, observée par les femmes elles-mêmes. En effet, il se peut qu'elles aient un impact négatif sur la santé physique et mentale des femmes ainsi que sur leur image corporelle. Les perceptions de leur corps et de leur intimité par les femmes sont fortement impactées et les conséquences ne sont pas négligeables. Il va de soi que la relation avec le/la partenaire ainsi que les efforts pour concevoir peuvent être compromis. Il n'est pas rare que les dyspareunies soient associées à d'autres troubles

sexuels féminins tels que la diminution de la libido et de l'excitation ainsi que l'anorgasmie (8).

Il existe en France un réel tabou concernant la sexualité, notamment celle des femmes, ce qui rend difficile l'appréciation de la qualité de vie des femmes atteintes de dyspareunies. Le recensement de cette pathologie est donc difficile et semble sous-estimé.

Lors de nos études de sciences maïeutiques, nous avons pu remarquer que les dyspareunies étaient peu abordées, aussi bien lors de nos enseignements que sur nos terrains de stage. Comme le souligne J. Debuigny dans son étude sur les dyspareunies du post-partum, les dyspareunies sont généralement abordées par les patientes elles-mêmes et mettent parfois les praticiens en difficulté, vis-à-vis de la prise en charge à proposer notamment (7). Les sages-femmes libérales, par leur rôle et leur implication dans le suivi de la santé et de l'intimité de la femme, aussi bien au cours de la grossesse que lors du suivi gynécologique, nous ont semblé être des actrices importantes dans le dépistage et la prise en charge de cette pathologie tout au long de la vie de la femme.

On peut se demander alors comment les sages-femmes libérales perçoivent cette pathologie complexe que sont les dyspareunies sous toutes leurs formes. L'objectif principal de cette étude était de décrire la perception des sages-femmes libérales sur les dyspareunies.

Nous avons émis l'hypothèse que les dyspareunies, malgré leur complexité et le tabou autour de la sexualité, sont connues et importantes aux yeux des sages-femmes. Nous chercherons également à déterminer quels dépistages et prises en charge des

dyspareunies sont proposées par les sages-femmes libérales. Nous nous intéresserons également au ressenti des sages-femmes vis-à-vis de cette pathologie et de leur prise en charge.

II / Matériel et méthode

A) Choix de la méthode

1) Etude qualitative

Il s'agit d'une étude qualitative, monocentrique.

Elle a été menée dans tout le territoire de l'Isère, dans la région Rhône-Alpes. La période de recrutement a commencé le 5 octobre 2020 avec la réalisation du 1^{er} entretien et s'est terminée le 19 mars 2021 lors de la réalisation du dernier entretien.

Nous nous sommes dirigés vers une approche qualitative du sujet car nous souhaitons comprendre au mieux les enjeux liés à cette pathologie. En effet, l'analyse qualitative permet d'observer et de décrire des phénomènes ou des facteurs dont la mesure objective est difficile voire impossible. Cette méthode permet d'explorer des émotions, des ressentis, ou des comportements et contribue à en donner une meilleure compréhension. Ainsi, par opposition à la recherche quantitative, le but de cette étude n'est pas de fournir des éléments chiffrés associés à des statistiques, mais de produire des données à interpréter dans le cadre d'une démarche interprétative. Ce type de recherche fait tout à fait sens ici puisqu'il permet d'aborder d'une façon plus large le thème étudié, et facilite en ce sens la compréhension d'un phénomène de santé (9) (10).

2) Analyse : approche thématique

L'approche thématique a été choisie pour analyser les données recueillies. Pour cela, à partir d'un corpus donné, un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu de ce corpus et en lien avec l'objectif de la recherche est isolé (11).

Plusieurs lectures de chacun des entretiens ont donc été nécessaires. A chaque lecture, et pour chaque entretien, plusieurs sous-thèmes sont ressortis et ont été isolés. Ils ont ensuite été regroupés afin de faire émerger les thèmes principaux du corpus analysé.

B) Population étudiée

1) Choix de la population étudiée

L'échantillonnage, dans les recherches qualitatives, n'a pas pour objectif d'être représentatif statistiquement, il n'est pas non plus tenu de « représenter la population générale ». Il doit cependant être le plus diversifié possible et, en cela, peut être amené à évoluer au cours de la recherche.

Pour cette étude, il nous a semblé que les sages-femmes libérales étaient plus à même de rencontrer et de prendre en charge les dyspareunies, c'est pourquoi nous avons décidé de les interroger. Afin de diversifier au maximum l'échantillon, nous avons décidé de nous adresser à toutes les sages-femmes libérales du territoire de l'Isère.

2) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- les sages-femmes ayant une activité libérale dans le bassin Isérois
- les sages-femmes dont l'adresse mail figurait sur l'Ordre des sages-femmes
- les sages-femmes ayant répondu à la demande de participation à l'étude

3) Critères d'exclusion

Parmi les critères d'exclusion, nous retrouvions :

- les sages-femmes libérales dont l'adresse email n'était pas présente sur le site de l'Ordre des sages-femmes

4) Taille de l'échantillon

Dans la recherche qualitative, ce n'est pas le nombre de sujets inclus dans l'étude qui est important mais c'est la qualité et la diversité des sujets qui compte. C'est pourquoi, il n'est pas rare que le nombre de sujets soit beaucoup plus restreint en recherche qualitative qu'en recherche quantitative. De plus, la taille de l'échantillon n'est pas connue à l'avance, elle se précise au fur et à mesure de l'étude. En effet, le recueil des données s'effectue parallèlement à son traitement et son analyse, et permet ainsi de déterminer lorsque les données arrivent « à saturation ». La saturation des données est atteinte lorsqu'il n'y a plus de nouvelles données pertinentes qui apparaissent. Nous avons donc arrêté le recueil des données suite au 10e entretien, la saturation des données avait été atteinte.

5) Recrutement

Les sujets de l'étude ont été recrutés par l'intermédiaire de l'annuaire des sages-femmes libérales que l'on retrouve sur le site de l'Ordre des sages-femmes. En effet, un email a été envoyé à toutes les sages-femmes dont l'adresse email figurait sur le site. Cet email exposait brièvement le thème du mémoire et les modalités de réalisation des entretiens.

Les sages-femmes dont l'adresse email ne figurait pas sur le site n'ont pas été recrutées. Au total, 56 sages-femmes ont été contactées. Parmi elles, 13 ont donné suite à la sollicitation et 10 d'entre elles ont accepté de réaliser l'entretien.

C) L'entretien

1) Entretien individuel semi-dirigé

Afin de recueillir des informations pertinentes au cours des entretiens, ceux-ci ont été conduits grâce à un guide d'entretien réalisé auparavant. Ce guide est composé de questions ouvertes, en lien avec le thème de la recherche, permettant ainsi au sujet de développer les réponses comme il le souhaite. Il contient également des questions relatives aux sujets traités, permettant de relancer la discussion si certains points ne sont pas abordés spontanément par le sujet interrogé.

« La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité (qualité – authenticité, pertinence) du matériel collecté. » (12) C'est pourquoi il est important que l'enquêteur s'adapte au contexte de l'entretien et faire preuve d'empathie.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels car nous avons pensé que la réalisation serait plus simple de cette façon-là d'un point de vue organisationnel et qu'il serait plus facile pour les sujets de se livrer sur un thème relativement complexe comme celui des dyspareunies.

2) Les modalités de l'entretien

Dans un premier temps, le choix du lieu de l'entretien était laissé libre aux sages-femmes, puis, pour des raisons sanitaires liées à la Covid 19, les derniers entretiens ont été réalisés par téléphone. Ainsi, 3 entretiens ont été réalisés en présentiel (cabinet

et domiciles des sages-femmes) et 7 à distance, par téléphone. Chacun des entretiens, après information et accord des sujets, a été enregistré grâce à un dictaphone afin d'éviter le biais de mémorisation et pour faciliter la retranscription. Après l'enregistrement des entretiens, ceux-ci ont été anonymisés, puis retranscrits intégralement et enfin détruits. Les sujets étaient informés de leur droit de retrait, possible à tout moment de l'étude.

3) La retranscription des entretiens

La retranscription des entretiens a été réalisée à partir des enregistrements des entretiens. Chaque entretien a donc été retranscrit mot pour mot sous format texte dans un délai de 2 semaines après l'entretien. Dans un souci de compréhension, les fautes de langage ont été corrigées. L'anonymat a pu être conservé grâce à la suppression du nom du sujet et la numérotation des entretiens selon l'ordre chronologique de leur réalisation.

4) Le guide d'entretien

Le guide d'entretien était organisé de la façon suivante, selon 4 thèmes successifs (Annexe I):

- Formation de la sage-femme
- Abord de la sexualité
- Abord des dyspareunies
- Ressenti vis-à-vis des dyspareunies

Ces thèmes étaient abordés successivement, dans un ordre toujours semblable. En effet, les premières questions ont permis de dresser le profil des personnes interrogées et d'établir un premier contact. Puis, dans un second temps, les questions

concernaient plus précisément et plus personnellement la pratique et le ressenti des sujets à propos du thème de la recherche.

D) L'analyse des données

L'objectif principal de cette étude était de comprendre comment les sages-femmes libérales perçoivent cette pathologie complexe que sont les dyspareunies. L'analyse thématique du corpus d'entretiens réalisés a permis de répondre à cet objectif.

Pour cela, il a tout d'abord été nécessaire de retranscrire les entretiens de la façon la plus fidèle possible, mot par mot. Ensuite, après avoir pris en compte les éléments spécifiques liés aux contextes de chacun des entretiens, une première lecture, dite « flottante », a été réalisée afin d'en faire ressortir les idées premières, « intuitives ». Par la suite, chacun des entretiens a été relu plusieurs fois, de façon attentive, de manière à déterminer les idées qui ressortaient des entretiens afin de les regrouper par catégories à l'aide de codes. Enfin, ces codes ont été comparés et associés entre eux pour former des thèmes, utilisés pour l'analyse des données (13).

Afin de permettre une triangulation, une psychologue clinicienne, psychothérapeute, Madame Marie Toulouse a également été sollicitée pour faire une relecture de chacun des entretiens.

III / Résultats

A) Caractéristiques des sages-femmes interrogées

La période de recrutement s'est déroulée du 5 octobre 2020 avec la réalisation du 1^{er} entretien au 19 mars 2021 avec l'enregistrement du dernier entretien. Les deux premiers entretiens réalisés ont permis d'affiner et de préciser le guide d'entretien. Suite à l'élaboration de ce nouveau guide, 8 nouveaux entretiens ont permis d'arriver à la saturation des données. Les 10 entretiens ainsi obtenus ont été utilisés pour l'analyse des données.

Dans l'échantillon étudié, on retrouve 10 sages-femmes âgées de 37 à 62 ans, avec une moyenne d'âge située à 45,6 ans. Le premier tableau ci-dessous résume les caractéristiques des sages-femmes interrogées (1). Les entretiens ont duré entre 15 et 55 minutes avec une moyenne de 27 minutes par entretien.

(1) *Caractéristiques des sages-femmes interrogées*

Entretien	Age (ans)	Année de diplôme	Lieu de formation	Diplômes universitaires	Années d'exercice libéral (ans)
1	56	1987	Lyon		13
2	41	2003	Grenoble	Phytothérapie	8
3	40	2003	Lyon		2
4	42	2003	Caen	Acupuncture obstétricale	10
5	47	1997	Nancy	Sexologie	<1
6	43	2002	Bourg-en-Bresse		5
7	43	2002	Poitiers		11
8	45	2002	Bourg-en-Bresse		10
9	37	2008	Grenoble	Contraception et gynécologie	3
10	62	1987	Grenoble		32

Dans un deuxième tableau, nous avons résumé les activités que pratiquent chacune des sages-femmes interrogées, afin d'exposer la diversité des profils des sages-femmes (2).

(2) *Activités pratiquées par les sages-femmes interrogées*

	Suivi de grossesse	Suivi à domicile	PNP	Rééducation du périnée	Suivi gynécologique	Consultation sexologie	Accompagnement global
Entretien 1	✓	✓	✓		✓		
Entretien 2	✓		✓	✓	✓		
Entretien 3	✓	✓	✓	✓	✓		
Entretien 4	✓	✓	✓	✓	✓		
Entretien 5	✓			✓	✓	✓	
Entretien 6	✓	✓	✓	✓	✓		
Entretien 7	✓	✓	✓		✓		✓
Entretien 8	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Entretien 9	✓	✓	✓	✓			
Entretien 10	✓	✓	✓	✓			

B) Analyse des résultats

Partie 1 : Vision et abord de la sexualité et ses difficultés

Thème 1 : L'abord de la sexualité et de ses difficultés au cours de la vie de la femme

a) Le suivi gynécologique

Lors du suivi gynécologique des femmes, l'étude a révélé que la contraception est un sujet abordé systématiquement par les sages-femmes. Il est vrai que la contraception fait partie des antécédents gynécologiques à rechercher. En revanche, même si ces éléments semblent indissociables, plusieurs sages-femmes ont souligné que le questionnement autour de la sexualité n'était pas systématique dans leur prise en charge. Comme le dit la sage-femme dans l'entretien 6 : « *introduire la question de la sexualité ne vient pas en soi [...] ma question est plutôt ... de connaître sa contraception actuelle, son besoin de contraception mais ce n'est pas un questionnement direct sur sa sexualité, son vécu de sa sexualité et ses relations intimes* ». Ce dire est confirmé par la sage-femme lors de l'entretien 7 : « *Et, dans les antécédents gynécologiques, je vais parler de la contraception et là je leur demande généralement comment elles se sentent dans leur sexualité. »*.

Un point important semble également se révéler avec l'analyse des entretiens : plusieurs sages-femmes réalisent un dépistage systématique des violences lors de la consultation de gynécologie. La place des sages-femmes dans la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes est tout à fait primordiale (14), et il pourrait être intéressant, comme le souligne la sage-femme dans l'entretien 1, de se servir des consultations de suivi gynécologique pour les repérer. En effet, le dépistage des dyspareunies pourrait être un levier dans le dépistage des violences, notamment sexuelles, faites aux femmes, et pourrait améliorer leur prise en charge.

« Quand je pose la question dans les antécédents [...] « Est-ce que vous pensez avoir subi des violences, verbales ou physiques », y en a une sur 15 ou 20 qui va me faire « oui, mais je ne veux pas en parler ». [...] Alors j'essaie de leur dire, est-ce que ça a un rapport avec la sexualité ou pas, c'est important pour moi de savoir pour le suivi gynéco. » Entretien 1

b) Le suivi de la grossesse

Le suivi de la grossesse est un moment important de la vie des femmes, et ces dernières sont amenées à rencontrer régulièrement un ou des professionnels de santé. Cette période permet à plusieurs sages-femmes d'aborder des questions autour de la sexualité, grâce à différentes consultations.

« pendant tous les suivis de grossesse, il y a au moins un moment, normalement c'est au début, où on parle de sexualité puis après, généralement si elles ont besoin de m'en reparler, elles m'en reparent. [...] Et si je ne le fais pas comme ça, je le fais de toute façon au 4e mois, lors de l'entretien prénatal. Donc il y a au moins à l'entretien prénatal où on en parle. » Entretien 2

« En fait avec ma collègue on a instauré un cours qui est sur le périnée, c'est le 3ème cours qu'on fait. [...] Et quand on parle de périnée, on aborde la sexualité. Parce que déjà elles découvrent leur corps, pour savoir si elles connaissent leur corps, qu'est-ce qui change pendant la grossesse, qu'est-ce qu'on peut faire pendant la grossesse, qu'est-ce qu'on ne peut pas faire, et c'est là qu'elles commencent à nous parler de sexualité. » Entretien 9

« Je sais que ça m'arrive de poser la question ... mais... alors que je réfléchisse... c'est vraiment pas du tout dans les questions systématiques. » Entretien 7

Les extraits ci-dessus montrent que la sexualité est un thème abordé même s'il ne semble pas être introduit dans les consultations de suivi mensuel et n'est pas systématique pour certaines professionnelles. Comme si la sexualité devait s'inscrire dans des consultations plus longues, plus intimes où le médical est moins important et où le temps de la parole et d'échange est plus présent. L'article suivant, *L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux*, paru dans Spirale (15) note que « *L'entretien est avant tout un temps d'écoute : prendre le temps en dehors des consultations de parler de la grossesse, sous un angle autre que purement médical ; s'intéresser à ce qu'il y a dans leur tête, plus qu'à ce qu'il y a dans leur ventre. Ce qui peut paraître superflu s'avère parfois essentiel.* ».

Aborder la sexualité et ses difficultés au cours de différents temps de la grossesse semble permettre de les mettre en exergue. Toutefois, les difficultés relatées sont parfois modifiées par l'état de grossesse, et le problème en lui-même reste sous-jacent. Comme le souligne la sage-femme dans l'entretien 10, « *elles expriment plus une peur vis-à-vis de l'accouchement que des difficultés dans leur sexualité, pendant la grossesse en tous cas* ».

« *C'est compliqué je trouve pendant la grossesse d'attaquer une démarche, oui parce que ce n'est pas le moment, je pense qu'on est dans un autre projet que dans ce projet-là.* » Entretien 10

Alors qu'un lien parfois fort s'établit entre la femme enceinte et le professionnel de santé, il semble tout de même que la place de l'accouchement et de la naissance soient primordiales et que la sexualité soit reléguée au second plan. L'état même de grossesse est pourtant témoin de l'existence d'une sexualité antérieure et nous pouvons nous interroger sur les causes du désintéressement ou du non-intéressement

de la résolution des douleurs sexuelles lors de la grossesse par les femmes, alors qu'un lien de confiance semble s'instaurer avec le praticien de santé. Nous pouvons donc supposer que les difficultés dans la sexualité étaient présentes avant la grossesse mais qu'elles restent un sujet tabou et qu'elles sont présentées par les femmes au travers de leurs craintes vis-à-vis de l'accouchement ou alors que la grossesse provoque un désintéressement vis-à-vis de la sexualité et des troubles liés.

c) Le post-partum : un moment opportun

Il est alors intéressant de se questionner sur le post-partum, période où la jeune mère retrouve son corps de femme, celui qui ne porte plus la vie. La consultation post-natale réalisée 6 à 8 semaines après la naissance a pour but d'évaluer le bien-être néonatal et maternel, et de repérer d'éventuelles souffrances pour les prendre en charge. C'est lors de cette consultation que le besoin de contraception va être réévalué par le professionnel de santé.

« Alors moi dans la consultation post-natale je repose tout de suite ... tout le temps la question de la reprise de la sexualité et du confort pendant la sexualité ça s'est systématique. Par contre à la consultation post-natale je dirai qu'il y a à peine une femme sur deux qui a repris une sexualité, dans les patientes que je suis. Du coup c'est elles qui viennent m'en parler plus tard. » Entretien 7

La question de la reprise d'une sexualité, sous-entendue depuis l'accouchement, est également abordée par une majorité des sages-femmes. En effet, la femme devenue nouvellement mère, suite à la grossesse et l'accouchement, doit apprendre à vivre avec un corps nouveau, et parfois à faire face à la crainte d'un corps qui a changé et qu'elle doit se réapproprier.

« C'est vrai qu'après l'accouchement, une fois qu'elles ont eu leur bébé, elles vont me parler de leurs craintes pour la reprise de leur vie sexuelle parce qu'il y a eu des points, il y en a qui me disent c'est la bérézina là-bas, c'est plus comme avant, c'est ouvert ou alors au contraire ils m'ont trop recousue [...]. Et, c'est se réapproprier cette partie du corps, c'est accepter aussi que c'est un corps qui a changé, ça ce n'est pas facile, c'est l'image de soi après l'accouchement. » Entretien 10

L'étude menée par S. Douard démontre que seulement 13% des femmes n'ont eu aucune difficulté ni appréhension quant à la reprise de la sexualité en post-partum (16). Les appréhensions retrouvées sont nombreuses et parmi les plus importantes on note la douleur (78% des femmes), la baisse de libido (33%) et la mauvaise image de soi (26%).

Il est possible d'imaginer que ces questionnements autour de la reprise de la sexualité en post-partum puissent être vécus par la femme comme une sorte de pression, ou même d'injonction, et le rôle de la sage-femme est alors de rassurer la patiente, de lui rappeler que la sexualité n'est pas un devoir et qu'il est possible et normal qu'elle n'ait pas repris de sexualité, notamment pénétrative, même 6 semaines après l'accouchement.

L'accompagnement et la réassurance de la mère, qui reste femme, à travers les divers bouleversements du post-partum semble être une période adéquate pour aborder le rapport au corps et notamment la sexualité, avec les éventuelles difficultés qui peuvent apparaître après un accouchement. Le post-partum comme une période d'ouverture sur la sexualité, afin de laisser libre la femme de venir en parler ou en reparler.

Thème 2 : Un symptôme fréquent mais peu nommé

a) Les dyspareunies : rarement présentées

Le symptôme appelé « dyspareunie » est bien connu et défini par l'Académie de Médecine comme étant une « sensation douloureuse vulvo-vaginale gênant ou empêchant tout rapport sexuel » (4). Une dichotomie a pourtant été retrouvée chez les sages-femmes interrogées concernant leur approche du symptôme avec les patientes. En effet, une partie des sages-femmes n'évoque pas directement la douleur : « *Est-ce que vous avez repris les rapports ? Est-ce que ça se passe bien ?* » (Entretien 3) ou « *C'est-à-dire quand je leur demande si ça se passe bien au moment des rapports c'est ça ?* » (Entretien 5).

Nous pouvons supposer que cette façon d'aborder la sexualité et les rapports n'engage pas vraiment la patiente à dévoiler ses difficultés, comme si la sexualité devait « bien se passer », qu'il ne fallait pas laisser entrevoir de difficultés. Nous imaginons également que cette forme de questionnement témoigne d'une appréhension de la réponse par la sage-femme, avec une mise en lumière de son manque de moyen pour y faire face.

Une autre partie interroge les patientes en évoquant « des douleurs aux rapports sexuels » sans qualifier la douleur de dyspareunie : « *Je leur demande « est-ce que vous avez des douleurs aux rapports ? », voilà.* » (Entretien 2) ou « *Est-ce que les rapports sexuels sont douloureux ?* » (Entretien 6).

Il est toutefois souligné l'importance de nommer les dyspareunies comme telles, afin de rassurer la patiente, de lui permettre l'identification à un symptôme défini, existant et concret. Cela permet à la patiente d'appartenir à un groupe de personnes diagnostiquées comme présentant des dyspareunies, et donc de reconnaître pleinement l'existence et la légitimité de sa souffrance.

« Je n'utilise jamais le terme dyspareunie. Sauf quand je suis amenée à...Quand je suis face à une femme qui...a la sensation d'être la seule à vivre ça...Et à ce moment-là je lui parle de ... du fait que ça a un nom, que c'est une...un symptôme connu et donc ça veut dire qu'on peut y faire quelque chose même si parfois je suis bien démunie. Que ça existe. Si ça a un nom, ça existe. Et ce n'est pas juste pour elle. »

Entretien 6

« On peut définir ce que c'est les dyspareunies. Après si elles ne comprennent pas je leur explique en termes plus simples mais je pense que c'est judicieux d'appeler ça dyspareunies.» Entretien 9

b) Un motif de consultation rare

Bien que les dyspareunies soient un symptôme courant, elles restent néanmoins un motif de consultation rare. Plusieurs réponses à ce phénomène sont exposées par les sages-femmes interrogées.

Les dyspareunies étant liées directement à la sexualité, elles appartiennent au domaine de l'intime, du personnel, et leur abord peut en cela être assimilable à la livraison d'une véritable confiance, une sorte de *« transgression par la révélation de quelque chose qui était fait pour rester caché, et qui a été dit, néanmoins, au risque d'entamer ses barrières protectrices, ses moyens de défense »* (17). C'est en cela que les dyspareunies sont bien souvent indicibles : *«ça relève de l'intime donc c'est compliqué pour elles de l'aborder.»* Entretien 3.

Il semble également intéressant de se questionner sur l'attitude adoptée par les sages-femmes, comme le souligne cette dernière : *«Mais je pense que ça dépend pas de la population, je pense que ça dépend aussi de nous, praticiennes.»* Entretien 6.
« Et je me dis que j'ai peu de femmes qui me parlent de douleurs donc je me re-

questionne sur comment je pose la question et je me dis que je ne dois pas être très à l'aise avec la réponse de « oui c'est douloureux ». Et que du coup c'est peut être ça qui fait que je ne demande pas si clairement.» Entretien 7

En effet, l'attitude et le comportement adoptés par les sages-femmes ne sont peut-être pas réellement tournés vers un réel accueil de ces confidences intimes.

Enfin, comme l'explique C. Bidart, sociologue, la confiance peut être reliée à la notion d'aide : *« Un appel au secours est exprimé, ou au moins un besoin de communication sur ses problèmes ; là on ne se confie pas gratuitement, la valeur de la confiance vient en partie de la situation problématique dans laquelle elle prend racine, situation qui génère des attentes précises, et attribue une fonction à la confiance. »* (17). Toutefois, cette notion d'aide vis-à-vis des dyspareunies n'est pas toujours exprimée clairement par les femmes et deux attitudes différentes s'offrent alors au soignant. Soit il choisit de ne pas investiguer plus, soit il persévère et va au-delà de ce que le patient lui laisse entendre et entrevoir. Ces deux possibilités sont illustrées ci-dessous.

« Ouais, pour les autres c'est rare quand elles me disent que ça ne va pas en fait. Elles consultent rarement pour ça en fait.» Entretien 3

« Mais après des fois c'est masqué, elles viennent te voir en rééducation et une fois que tu creuses et que tu discutes là tu découvres qu'il y a un problème de dyspareunies. Mais elles ne vont pas forcément, certaines, venir de manière directe te parler de ça. Mais au final elles viennent pour ça. En fait elles viennent avec un autre motif mais ce qui en découle c'est ça.» Entretien 9

Thème 3 : Le positionnement des sages-femmes

a) Le rapport avec sa propre sexualité

Plusieurs éléments apportés par les sages-femmes dans les entretiens nous ont amenés à nous interroger sur l'importance du rapport que la sage-femme entretient elle-même avec sa propre sexualité.

Tout d'abord, lors de l'entretien 1, la réponse que la sage-femme donne concernant son ressenti vis-à-vis des dyspareunies est « *rien de particulier* ». Cette réponse est troublante, puisqu'il s'agit de son métier et qu'elle se dit à l'aise avec la prise en charge des dyspareunies. En réalité, la fin de l'entretien porte un éclairage majeur sur cette attitude qui s'apparente en fait au malaise : elle précise, alors même qu'aucune question sur ce sujet n'est posée par l'enquêtrice, qu'elle a « *une sexualité très très normale* », puis s'ensuit un rire gêné. La lecture psychologique proposée par Mme Toulouse indique que ce phénomène est appelé en psychologie une dénégaration. La dénégaration est un concept créé par Freud afin de qualifier un « processus défensif qui consiste à énoncer des désirs, des pensées, des sentiments tout en ne les reconnaissant pas » (18). La réalité est donc probablement éloignée de ce que cette femme laisse entrevoir : elle ne doit pas avoir une sexualité vraiment « *normale* » et est probablement touchée plus qu'elle ne veut l'admettre par les dyspareunies dont les femmes peuvent se plaindre.

Ce phénomène de dénégaration est à nouveau retrouvé lors de l'entretien 3. La sage-femme affirme que l'expérience acquise lui permet d'être plus à l'aise avec le sujet des dyspareunies : « *Oui, bah ne serait-ce aussi que dans la maturité, c'est... moins gênant enfin c'est des sujets qui sont moins ... décapants. Enfin, comment dire... moins gênants oui c'est ça. Donc oui ça me pose moins souci maintenant, enfin ça ne me fait*

pas rougir quoi », s'ensuit à nouveau un rire gêné. Cet extrait laisse présupposer que le sujet est loin de ne pas la faire rougir.

L'abord du sujet des dyspareunies par la sage-femme lors de l'entretien 4 démontre une forte charge émotionnelle pour la soignante : « Je pose beaucoup de questions, là souvent je fais « ohlala je suis vraiment super curieuse, ne vous inquiétez pas, ça reste ici mais c'est important pour le suivi gynéco d'avoir ces infos-là».». La sage-femme se sert de l'humour pour mettre à distance le poids émotionnel. Elle évoque elle-même plus loin son ressenti à propos des dyspareunies : « *Ok... euh... comment je les vis... bah forcément, pourquoi je suis hyper à l'écoute de ça ... ben parce que ah ah , j'en ai, j'en ai eu ... donc forcément. Et que ouais... ouais je suis plus à l'écoute par rapport à ça...*». Une autre attitude se révèle également lors de cet entretien 4 : la projection. Ce concept freudien, est en fait un « *mécanisme de défense inconscient par lequel le sujet projette sur autrui les craintes et les désirs qu'il ressent comme interdits et dont la représentation consciente serait chargée d'angoisse ou de culpabilité* » (19). Nous pouvons nous interroger sur la qualité d'écoute de la sage-femme qui est peut-être le témoin de la projection de ses besoins sur ceux de la patiente ?

Ces différents processus psychiques qui se révèlent dans les entretiens et se jouent avec les patientes témoignent de la grande importance pour les sages-femmes d'être transparentes avec elles-mêmes sur le rapport qu'elles ont avec leur propre sexualité. Par exemple, nous pouvons supputer qu'être dans la projection est susceptible de desservir la patiente. En effet, la sage-femme va projeter ses besoins sur ceux de la patiente et ne sera donc pas apte à répondre correctement à ceux de cette dernière.

b) Sage-femme : un métier, plusieurs facettes

Il est inutile ici de préciser que le métier de sage-femme est très technique : poser une perfusion, prescrire un traitement, effectuer un accouchement, gérer une hémorragie... tout cela relève de la pratique de la maïeutique. Néanmoins, l'exercice de la sage-femme comprend également une grande part d'accompagnement et de soutien de la femme. Une bonne praticienne est probablement celle qui sait trouver l'équilibre fin entre le savoir-être et le savoir-faire.

Les dyspareunies étant une pathologie complexe, mêlant psychologique et physique, elles semblent nécessiter une prise en charge unique, qui ne peut être établie tel un protocole. Pourtant, les exemples ci-dessous viennent nous questionner.

« Mais on va dire est-ce qu'il y a un protocole ? ... On va dire dyspareunies d'entrée... euh externes, je n'ai même pas bien le bon vocabulaire... d'intromission, bah je vais plus proposer des lubrifiants [...]. Et oui, oui, si, ça change parce que sur les profondes, j'oriente [...]. Ouais, ben oui on va dire oui, c'est vrai.» Entretien 4

« Bah j'ai pas assez de recul encore pour dire ça. J'ai pas de protocole spécifique, dans tel cas on fait ça, dans tel cas on fait ça... [...] ouais, si, ça pourrait, ça va venir, pour l'instant c'est encore assez... assez empirique et en fonction de la clinique, au cas par cas [...] » Entretien 5

L'idée d'établir un protocole, de rationaliser cette pathologie complexe, de la rapprocher de quelque chose de technique pour lequel une ligne de conduite franche est établie semble une idée rassurante pour les sages-femmes. En effet, cela leur permet de banaliser la situation, de ne pas se laisser dépasser par les difficultés auxquelles elles font face. La banalisation est un mécanisme fréquent de défense psychique, inconscient et instinctif, qui permet au soignant de mettre à distance la

douleur ou la difficulté à laquelle il doit faire face. Comme l'explique M. Ruszniewski, psychologue et psychanalyste, ce mécanisme de défense va se développer lors de « *toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui* ». Cela permet au soignant de se préserver « *d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse* » (20). Ici, l'établissement d'un protocole permet à la sage-femme de fuir face à la réalité de son manque de connaissance et de son impuissance.

Afin d'aller plus loin dans la réflexion, nous pouvons interroger le rôle de la formation initiale des sages-femmes dans le développement de leur savoir-être et du savoir-faire concernant cette pathologie. En effet, l'accompagnement des femmes et la prise en charge de leurs douleurs appartiennent aux compétences des sages-femmes mais ne semblent pas se développer au cours du cursus universitaire.

« *Parce que je n'ai pas de formation, donc on apprend sur le tas.* » Entretien 8

« *Pas du tout. Non non, c'est vraiment sur le tas que j'ai appris, ma formation initiale... bon... J'ai peut-être oublié ce qu'on nous avait dit... [...] A l'hôpital, en suites de couches, en salle d'accouchement on ne parle pas de dyspareunies quoi...* » Entretien 3

En somme, il appartient aux praticiennes de se former et de développer leurs connaissances, de trouver un espace de parole pour cultiver leurs compétences.

« *Et là de faire ce...cet entretien, je me rends compte que j'aurai besoin de retrouver un espace pour parler des dyspareunies. [...] Un espace de formation oui.* » Entretien 7

« à part des formations peut-être spécifiques que je ne suis pas allée chercher euh... ce ne sont pas des ... ce sont pas des prises en charges pour lesquelles je me sens formée, vraiment spécifiquement. » Entretien 6

Lors de l'entretien 5, la sage-femme explique pourquoi elle a fait le choix de se former en sexologie : « L'idée c'était vraiment d'avoir une prise en charge globale de la femme parce que j'avais le sentiment qu'on parlait de la grossesse, on parlait du périnée, de la rééducation, machin... on parle beaucoup de PMA aussi... mais qu'en fait entre le moment ... il y avait une sexualité qui était à l'origine de tout ça, et que c'était complètement nié quoi. Et qu'on cantonnait vraiment la santé de la femme à la reproduction, à ... fin voilà, je trouvais qu'il manquait une partie. ».

Cette méconnaissance par les sages-femmes des dyspareunies ne peut être un élément encourageant les femmes à se confier. Il est vrai que de ce manque de formation naît une appréhension à recevoir et reconnaître ces douleurs qui se traduit par un comportement de fuite et de banalisation.

c) Culture et morale

Enfin, il semble intéressant de s'interroger sur l'influence de la culture et de la morale sur les représentations de la sexualité dans notre société.

Dans son article sur la culture et l'identité sexuelle (21) , le professeur en psychologie M. Tostain expose avec clarté que la sexualité supporte « tout un ensemble de croyances sur ce qui est bien de faire avec l'autre, avec les autres (que l'on pense ici au cortège de tabous, de prescriptions, de recommandations dont elle s'entoure), blocs de croyances constituant autant de limitations ». C'est dans cette idée que la société ne va pas considérer la sexualité des femmes et des hommes de la même façon, et de cela va émerger « toute une série d'oppositions entre les femmes

et les hommes [...], oppositions auxquelles s'associent systématiquement des valeurs du type bon/mauvais, fort/faible». Le professeur souligne que les jugements développés permettent de « *légitimer des asymétries de pouvoir dont le fléau de la balance penche de façon monotone, [...] aux dépens des femmes dans la quasi-totalité des sociétés.* ». Ce serait donc le phénomène de socialisation, de vie en société des individus, qui aurait amené un cadre et des normes autour de la sexualité avec une tendance à exacerber le pouvoir masculin et brimer voir opprimer celui des femmes.

Le Moyen-âge est la période d'essor de la religion catholique en France, et va rester la religion principale pendant plusieurs siècles, imprégnant fortement la société de ses valeurs et obligations. Le XXe siècle va néanmoins apporter bon nombre de perturbations avec l'émergence de nombreux débats autour de l'émancipation de la femme, du lien entre sexualité et procréation, de l'accès à la contraception. Durant cette période un fort déclin de l'adhésion à la religion apparaît, avec un essoufflement de la pratique et l'émergence de nouvelles modalités de croire. Cependant, durant de nombreuses années, le catholicisme a considéré « *les femmes et les hommes comme complémentaires, et leur [a attribué] des rôles de genre clairement définis* » (22), avec une importance marquée pour le couple hétérosexuel biparental et un rejet de l'accès à l'avortement.

Tous ces éléments semblent avoir façonné la sexualité de la femme et les connaissances même des femmes concernant leur propre sexualité, et sont encore impactant dans la société actuelle.

Lors de l'entretien 5, la sage-femme laisse entendre son étonnement quant au positionnement des femmes sur leur sexualité : « *Moi je suis assez surprise par le fait qu'il y a beaucoup de patientes, enfin beaucoup c'est peut-être un gros mot, mais ...*

c'est normal de ne pas être confortable dans sa sexualité [...]... un peu comme si c'était, ouais, comme une fatalité que la sexualité des femmes c'est toujours un peu compliqué quoi.». Ceci est révélateur d'une certaine acceptation par les femmes d'une sexualité dont elles ne sont pas toujours les commanditaires, une sexualité qui resterait dominée par les hommes, même au XXI^e siècle. Le manque de connaissances des femmes est également notifié lors de l'entretien 7 : *« y a beaucoup de méconnaissance de son propre corps et de son temps pour sa sexualité »*. Le rôle de la sage-femme semble être primordial, par le lien qu'il permet d'avoir avec les femmes, dans la sensibilisation et l'éducation vis-à-vis de la sexualité, c'est ce que fait la sage-femme dans l'entretien 9 : *« tu exprimes quand tu vas voir une dame à domicile, même en post-partum, qu'elle ne doit pas avoir mal. Ce n'est pas normal d'avoir mal »*.

Le poids de la culture et de la morale, liée à la religion, exercé sur la sexualité des femmes semble évoluer mais reste encore très présent dans la société actuelle où se développent les femmes.

Partie 2 : Une prise en charge variée des dyspareunies

Thème 1 : Une prise en charge au cas par cas

a) La femme et son histoire unique

Pour une prise en charge optimale des dyspareunies, il a été évoqué par plusieurs sages-femmes la nécessité de prendre le temps d'écouter ces femmes, afin de comprendre les dessous de ce symptôme très évocateur.

« Les patientes elles sont en demande que tu les écoutes, de leur histoire, elles viennent pour que tu les ... Une fois que tu les as écoutées, des fois pendant 2

séances, et bah là tu peux commencer à travailler. Parce qu'elles ont erré, personne ne les a écouté, personne ne les a prise au sérieux...» Entretien 9

« Et, elle me dit on n'a pas la même relation avec une sage-femme, elle me dit « vous tout de suite vous avez compris, tout de suite ... », j'ai dit « oui mais la consultation elle a duré une heure » » Entretien 10

« Après on parle beaucoup de ... en fait on parle beaucoup aussi de... enfin moi je trouve... y a beaucoup de méconnaissance de son propre corps et de son temps pour sa sexualité» Entretien 7

Les dyspareunies étant une pathologie complexe, liant bien souvent le psychisme au physique, il semble important de s'intéresser à tous ces aspects.

« T'as une part dans le périnée qui est héréditaire, qui est familiale, qui est psychologique, qui est psychosomatique puis après tu as une part qui est vraiment physique. Donc tu ... il faut chercher une étiologie à une dyspareunie. Mais souvent c'est une prise en charge globale.» Entretien 9

C'est ainsi que différents éléments vont être recherchés lors de l'interrogatoire de la patiente :

- Le type de contraception utilisé : *« on parle systématiquement de ce qu'elles ont comme contraception donc euh... est-ce que ça convient, est-ce que ça convient pas, niveau des sensations, douleurs, pas de douleurs...» Entretien 2*

- Le désir et le consentement lors des rapports sexuels : « *je lui demande si c'est ... finalement dans quel contexte, est-ce que c'est associé à un rapport qu'elle désire ou un rapport qui est plus ... J'emploie pas le terme de mécanique mais en fait j'essaye de voir auprès de la femme si elle ... si elle a un élan pour vivre ce rapport sexuel ou si c'est juste une banalité du quotidien et une obligation familiale peut-être.* » Entretien

6

- Son vécu dans sa relation de couple : « *[...] ce que me dit la femme ... et de sa relation de couple et de sa sexualité.* » Entretien 7

- Les antécédents familiaux : « *Il y a toujours des histoires familiales, on ne devient pas, on n'est pas vaginique par hasard, on n'est pas dyspareuniqué par hasard, oui alors on peut être dyspareuniqué après un accouchement oui parce que il y a eu une épisiotomie, une déchirure, il peut y avoir des adhérences, des brides...Mais, bon, quand on a jamais rien eu il n'y a aucune raison. Alors c'est l'image du corps, comment on a véhiculé, comment on a parlé de la sexualité dans la famille, etc.* » Entretien 10

La prise en charge des dyspareunies repose sur une connaissance profonde des patientes par la soignante. C'est prendre le temps de l'écoute, qui mène souvent à la confiance, pour connaître chacune des femmes, avec son histoire, son vécu et ses spécificités. Le Dr S. Mimoun, gynécologue, indique que « *Face à la douleur il est nécessaire pour le médecin de garder continuellement en tête la globalité du phénomène. Il est particulièrement important de rappeler que derrière l'objet douleur, il y a nécessairement un sujet qui souffre.* » (23).

b) L'influence de l'étiologie

Comme précisé dans l'introduction, l'étiologie des dyspareunies peut être très variée (7). On oppose ainsi les dyspareunies primaires, découvertes lors du premier rapport sexuel et qui vont ensuite persister, aux dyspareunies secondaires qui font suite à une période d'activité sexuelle sans douleur. On distingue également les dyspareunies superficielles, survenant dès l'introduction d'un objet ou d'un sexe au début de la pénétration, des dyspareunies profondes qui sont des douleurs non pas provoquées par la pénétration elle-même, mais par le contact au fond du vagin, au niveau du col de l'utérus ou du cul-de-sac vaginal. Enfin, il est également possible de classer les dyspareunies selon leur fréquence et contexte d'apparition. Ainsi, les dyspareunies persistantes sont des douleurs présentes lors de tous les rapports, quelque soient les pratiques, le contexte et le partenaire. Les dyspareunies conditionnelles vont quant à elle apparaître dans certains contextes précis, en fonction des positions, du type de partenaire, etc. Au vu de ces origines multiples et diverses, il semble nécessaire pour les sages-femmes de prendre en compte l'étiologie des dyspareunies dans leur prise en charge. A la question « Le type de dyspareunie diagnostiqué influence-t-il votre prise en charge ? », les sages-femmes ont ainsi répondu :

« *Ah bah oui, parce que je ne vais pas faire la même chose.* » Entretien 2

« *Oui, parce que si c'est une dyspareunie sur un périnée hypertonique, si c'est une dyspareunie sur une bride, si c'est une dyspareunie plutôt superficielle ou plutôt profonde, on va pas avoir les mêmes techniques.* » Entretien 5

« *Bah encore une fois oui [...] ça, ça relève toute l'importance de ... de réussir et d'être pertinente dans mon accompagnement* » Entretien 6

« ben si si, ça influence ma prise en charge parce que je ne vais pas poser les mêmes questions si c'est une dyspareunie profonde et si c'est une dyspareunie d'intromission » Entretien 7

Ainsi, le diagnostic précis a un rôle de guide dans la prise en charge. Les techniques utilisées afin de traiter les dyspareunies vont varier selon le type de dyspareunie retrouvé. A titre d'exemple, lors de l'entretien 10 la sage-femme expose son raisonnement avec la prise en compte de nombreux éléments : *« Moi à un moment donné tout va dépendre de si elle est primaire ou secondaire [...]. Si elle est secondaire, qu'est-ce qu'il s'est passé, est-ce que c'est lié à l'accouchement, donc ... si c'est d'intromission, on va plutôt masser... massage, xylocaïne. Donc maintenant si elle est profonde, c'est plus compliqué, donc ostéopathe ça c'est sûr, parce qu'il faut aller voir au fond s'il n'y a pas des choses qui coïncident au niveau du bassin. Après des courants antalgiques à distance de l'accouchement, souvent donc j'attends les 6 mois, sauf si c'est vraiment, sauf si je vois que vraiment c'est trop compliqué. Après quand c'est primaire... profond... c'est souvent de l'endométriose. Donc c'est plus moi du tout. ».*

c) Une prise en charge singulière

La prise en charge la plus adaptée aux dyspareunies paraît être établie au cas par cas, afin de prendre en compte les particularités de chaque femme. Ceci est très clairement énoncé lors de l'entretien 10 : *« Je ne peux pas avoir un protocole. Dès qu'on touche au psychologique, dès qu'on touche à cette partie du corps intime chez les femmes, moi je ne peux pas avoir un protocole petit A petit B. ».* La proposition de la prise en charge va dépendre de plusieurs éléments qui ont été recherchés lors de l'interrogatoire et adaptés ensuite selon différents critères :

«C'est un peu en fonction [...] de la clinique, au cas par cas, en fonction de ce que me dit la patiente, en fonction aussi de ce qui s'est passé à la séance précédente et de l'évolution qu'elle a constaté, je réadapte.» Entretien 5

Chaque sage-femme se sert alors des outils qui sont en sa possession. La sage-femme suivante, formée en anthroposophie, utilise cette médecine qui *« s'oriente vers la nature profonde de l'homme et ses exigences psychiques et spirituelles individuelles et essaie de rendre les processus de la nature accessibles sur le plan thérapeutique »* (24).

« Donc on essaie, on a beaucoup travaillé en anthroposophie justement. Il y a déjà une amélioration, bon ce n'est pas encore parfait alors j'essaie d'autres plantes...»

Entretien 2

Un des éléments qui semble primordial est le fait de rendre actrice la patiente afin d'avancer selon ses compétences et son rythme : *« Quelques fois c'est compliqué parce qu'on voit bien le problème où il est mais il faut aussi que les patientes aient, il faut qu'elles aient profondément envie que ça change. »* Entretien 10

«Tu t'adaptes à l'histoire, tu t'adaptes à la patiente en fait, [...] selon ce qu'elle a vraiment. [Ça dépend de] ses symptômes, de son examen clinique, et puis de son histoire. Et puis de ce que tu peux faire avec elle, parce qu'il y a des patientes tu ne peux pas faire ce que toi tu aimerais faire. [...]. C'est-à-dire que tu fais ce que elle, elle peut te laisser faire.» Entretien 9

Comme le résume cette phrase de l'entretien 9 : *« C'est au cas par cas en fait, tu ne peux pas faire de généralité sur une dyspareunie.»* La prise en charge est singulière pour chaque femme, chaque dyspareunie.

A nouveau, le gynécologue S. Mimoun souligne que *«Pour apaiser ce type de plainte il faut le plus souvent des consultations répétées, qui associent les moyens médicamenteux certes, mais aussi une approche médicale, psychologique et sexologique, en somme une approche psychosomatique.»* (23).

Pour certaines sages-femmes cependant, il semble qu'un protocole soit parfois établi, avec une prise en charge similaire lorsqu'une même étiologie est retrouvée. C'est ainsi que dans l'entretien 2 la sage-femme nous parle de son traitement des adhérences para-urétrales et des cicatrices : *« Mais sinon non, les adhérences je fais tout le temps pareil. Si c'est une cicatrice, généralement oui, globalement c'est le même protocole...»*. C'est également le cas lors de l'entretien 4, la sage-femme affirme à l'évocation d'un protocole à suivre dans sa prise en charge, que c'est sa façon de travailler : *«Ouais, ben oui on va dire oui, c'est vrai.»*.

Thème 2 : Une variété d'outils pour la prise en charge

a) De la technique

Un panel très large de techniques a été cité par les sages-femmes concernant leur mode de prise en charge des dyspareunies. Les points de vue concernant une même méthode sont parfois divergents et sont exposés ci-dessous. Seules 2 sages-femmes ne signalent pas utiliser ces techniques.

L'une des techniques les plus abordées par les sages-femmes est le massage de la zone périnéale, souvent dans le post-partum, notamment dans les situations où il y a eu une déchirure ou une suture. Dans le cadre du post-partum, ceci vient permettre à la femme de se réapproprier cette partie de son corps qu'elles a généralement laissé aux mains des soignants lors la naissance et qu'elle peut percevoir parfois comme meurtrie ou blessée.

« Ben moi je leur dis de mettre de l'huile de coco des fois, pour masser. » Entretien 8

« il y en a une c'est plutôt une bride, donc on est sur du massage » Entretien 5

« moi le seul outil qui est en ma possession, à part l'écoute, l'écoute et l'accompagnement émotionnel, c'est la CMP et ... avec plus ou moins associé au massage. » Entretien 6

« Et du coup je pense quand même que même des fois simplement de masser avec une huile végétale, mais de venir en contact, de toucher, de regarder, de masser, donc souvent je le fais avec elles. [...] Et le fait souvent qu'elles reviennent en contact avec leur périnée ça aide... » Entretien 7

Cette technique est remise en question lors de l'entretien 9, où le massage est perçu comme une intrusion, puisqu'il vient se faire sur une zone parfois douloureuse, chargée émotionnellement et n'est donc pas évoqué comme agréable : « Donc il y a des patientes si c'est toi qui va faire du massage, c'est intrusif. » Entretien 9

Un autre outil controversé est l'utilisation des dilateurs, qui sont utilisés entre autres par les sexologues, et parfois décriés par les sages-femmes. Les sextoys sont également proposés par une sage-femme, pour les patientes ménopausées.

« J'ai aussi des dilateurs, des bougies mais pour l'instant c'est pas ... j'en ai pas eu besoin en fait. » Entretien 5

« [les] dilateurs, moi j'aime moyen, moi franchement j'aime pas trop ça sur des dyspareunies je suis pas ... je trouve que c'est compliqué, en tout cas pas tout de suite... » Entretien 10

« Pour les femmes ... qui sont à la ménopause, en fait, c'est pas forcément la ménopause mais souvent il y a des femmes au niveau de la sexualité, quand elles ont

passé 60 ans, il y a des hommes qui ont des soucis... [...] je leur demande de trouver des petits objets qu'elles achètent... les sex toys quoi. Si elles sont ouvertes, si elles sont demandeuses d'avoir une sexualité...» Entretien 8

Les outils dont les sages-femmes se servent pour faire de la rééducation du périnée, comme l'eutonie ou les radiofréquences, sont largement décrit par les sages-femmes comme nécessaires à leur prise en charge des dyspareunies.

« je donnerai des choses autour de la mobilité du bassin ou ... ouais, en eutonie on va relâcher les tensions dans le bassin. Peut-être j'expérimenterai des outils que j'utilise également en rééducation du périnée» Entretien 7

« faire peut-être de l'eutonie... tu connais? C'est le travail sur la bûche» Entretien 10

« Bah, déjà avec la radiofréquence on fait du bon boulot déjà, on avance un peu.»
Entretien 5

« Et si, je lui ai fait des basses fréquences en électrostimulation.» Entretien 3

« on propose sophrologie, hypnose, tecarthérapie» Entretien 9

La tecarthérapie (25), développée entre autres par le laboratoire Indiba, est une technique basée sur le phénomène des radiofréquences et fixée sur la fréquence de 448 Hz. Cela permet de traiter plusieurs sujets tels que la régénération cellulaire, la cicatrisation et la douleur et se révèle donc utile dans le traitement des dyspareunies, liées parfois à des cicatrisations longues et sources de douleurs.

Enfin, les patientes sont également orientées vers des prises en charge de médecine non conventionnelle telles que l'acupuncture.

« là je suis un peu blindée au niveau rendez-vous, donc l'acupuncture je le fais uniquement pendant la grossesse. [...] Donc j'oriente vers de collègues acupuncteurs, acupunctrices, des médecins surtout. » Entretien 4

« Pour après pouvoir éventuellement les orienter, pour de l'acupuncture » Entretien 10

Une autre partie du traitement, toutefois peu évoquée par les sages-femmes, repose parfois sur la réalisation d'exams paramédicaux ou la prescription de traitements médicamenteux.

Les examens paramédicaux demandés par les sages-femmes sont généralement des prélèvements vaginaux ou des échographies pelviennes.

« Un PV avait été fait [...] et c'était tout bon » Entretien 2

« je vais aller faire faire un prélèvement vaginal ou un prélèvement de surface. »

Entretien 1

« Donc on a fait une évaluation échographique » Entretien 6

« J'ai fait faire une échographie pelvienne » Entretien 8

Les traitements médicamenteux prescrits sont quant à eux très variés :
- cure de probiotiques : « je leur fais faire au minimum 3 cures de probiotique vaginal »
Entretien 1, « une cure [...] de probiotiques » Entretien 2.

- huiles et crèmes de cicatrisation et de massage : « massages à l'huile d'argousier en local » Entretien 2, « des crèmes apaisantes genre Cicabio » Entretien 3, « masser avec une huile végétale » Entretien 7

- antalgiques : « *mettre un petit peu de crème EMLA et un lubrifiant* » Entretien 8, « *d'utiliser la xylocaïne* » Entretien 10.

Cette multiplicité de ressources pour le traitement des dyspareunies est cohérente avec la complexité de la pathologie et avec la nécessité de prise en charge au cas par cas.

b) De l'esprit

Un autre élément à prendre en compte dans la prise en charge semble être l'esprit des femmes, lié à l'intellect et à l'émotionnel, afin de traiter la « part psychologique » des dyspareunies. En effet, quand certaines sages-femmes vont sensibiliser les patientes au moyen d'explications et de planches anatomiques, d'autres vont prendre en charge les difficultés au sein du couple, sous-jacentes à la plainte.

Il est reconnu par plusieurs sages-femmes l'importance d'informer, et donc d'éduquer les femmes pour qu'elles soient plus à même de comprendre les phénomènes et mécanismes qui ont lieu dans leur corps. Cependant, cela ne concerne pas la moitié des sages-femmes. Plusieurs outils sont ainsi utilisés afin de les informer : la parole, les planches anatomiques, les revues scientifiques...

« On travaille plutôt sur de l'éducation, ou de l'information [...]. Alors pour l'instant je me sers surtout de planches anatomiques, d'images mentales, de relaxation [...]. En fait ce que je constate beaucoup c'est qu'il y a une méconnaissance, beaucoup de femmes ont l'impression que la sexualité c'est quelque chose d'inné et mécanique... »

Entretien 5

« c'était des jeunes, je les avais reçus en couple, et il y avait ... plutôt... il y avait plutôt... de la méconnaissance... de la sexualité féminine chez le monsieur. [...] il y a

beaucoup de méconnaissance de son propre corps et de son temps pour sa sexualité, et d'oser dire à son compagnon qu'il y a besoin de 15-20 min de ... de préliminaires avant une pénétration.» Entretien 7

« En fait tu parles de dyspareunies, de douleurs, mais en fait tu exprimes quand tu vas voir une dame à domicile, même en post-partum, qu'elle ne doit pas avoir mal. Ce n'est pas normal d'avoir mal.» Entretien 9

« Après moi je suis abonnée à Sexualité humaine, donc moi je prête cette revue aux patientes. C'est une revue de sexualité pour les professionnels qui est très bien faite.» Entretien 9

« Du coup je leur dis toujours, une femme ce n'est pas un homme : un homme il voit une paire de fesses, ça marche tout de suite, au quart de tour, ça dure 5 minutes, fin du problème. Une femme c'est pas ça. [...] Donc c'est ça aussi notre travail, c'est d'expliquer comment ça marche, les mécanismes.» Entretien 10

Interroger la relation de couple afin de déceler des troubles ou des difficultés en son sein semble être un autre élément pour prendre en charge les dyspareunies. Les sages-femmes adressent alors à d'autres intervenants lorsque cela leur semble nécessaire.

« j'ai demandé comment ça se passait dans la relation de couple...Et là on a beaucoup parlé de la relation de couple parce qu'en fait cette femme elle n'était pas dans une relation de couple qui était satisfaisante. [...] Visiblement les douleurs étaient symptomatiques de ... d'une relation qui était plutôt terminée et que du coup elle n'arrivait pas à se laisser emmener... elle était en hyper vigilance pendant sa sexualité, et du coup c'était devenu douloureux.» Entretien 7

« Et si j'ai l'impression qu'il y a eu un petit quelque chose à ce niveau-là, je vais aborder les rapports de «et, ça se passe bien dans le couple ? C'est vous qui avez plus envie ?»... Je vais aller, orienter mes questions vers « est-ce que les rapports sont voulus ou pas ». Voilà, je vais orienter là-dessus.... Et pas voulu, bah oui, là c'est normal que ça fasse mal....» Entretien 4

« Typiquement j'ai adressé mais... la petite jeune là, je l'ai adressée à une conseillère conjugale.» Entretien 5

D'autres méthodes comprenant la détente corporelle vont être utilisées par les sages-femmes, parmi elles on retrouve la relaxation, la sophrologie, la cohérence cardiaque.

« Ma collègue, elle fait aussi beaucoup d'hypnose donc on leur propose aussi de l'hypnose. [...] Mais souvent c'est une prise en charge globale. Donc oui on propose sophrologie, hypnose » Entretien 9

« nous on propose toute une écoute, un environnement avec de la sophrologie, de la cohérence cardiaque» Entretien 9

« Donc là je vais leur proposer peut-être un travail respiratoire en premier, la détente [...]. Et après hypnose ou pas hypnose, parce qu'il y en a que ça ... pour qui ce n'est pas possible l'hypnose, en tout cas pas tout de suite.» Entretien 10

Enfin, un dernier élément clé semble être l'accompagnement émotionnel, par le biais de l'écoute notamment. Les sages-femmes mettent en exergue l'importance de rassurer les femmes, de les écouter et d'entendre leurs plaintes et leurs douleurs. Les émotions y ont une place primordiale.

« Mon rôle ? Bah c'est d'essayer d'abord de les rassurer en leur disant que c'est pas dans leur tête, [...] donc déjà mon rôle c'est de dire, non c'est pas dans votre tête, il y a vraiment quelque chose, maintenant c'est d'arriver de défaire ce quelque chose, c'est pas toujours simple. [...] Mais c'est de l'ordre de les conforter, de leur dire « non non, ça va » » Entretien 1

« je leur demande, au moment de l'accouchement, les émotions qu'elles ont ressenti, pour la suture, quelles émotions elles ont ressenties. Et bon, si je sens que c'est un peu chargé, je fais mettre du Rescue Kids sur la cicatrice... et souvent, c'est miraculeux! »

Entretien 2

« moi le seul outil qui est en ma possession, à part l'écoute, l'écoute et l'accompagnement émotionnel, c'est la CMP » Entretien 6

« Je ne suis pas super calée sur le sujet en fait donc je suis très vite limitée donc bah je les écoute » Entretien 3

c) Un travail pluridisciplinaire

Les dimensions physiques et psychologiques des dyspareunies en font une pathologie qui ne peut pas toujours se résumer à une prise en charge simplement par les sages-femmes. Nous nous sommes donc interrogées sur l'identité des partenaires des praticiennes dans leur prise en charge. Ainsi, de nombreux professionnels de la santé, médicale et psychologique, interviennent auprès des femmes atteintes de dyspareunies. Comme le souligne cette sage-femme : *« Le réseau c'est important mais ce n'est pas le plus simple, notamment en rase campagne... » Entretien 3.*

Il n'est pas rare que les sages-femmes œuvrent de concert avec les gynécologues, notamment lorsque la pathologie dépasse leurs compétences :

« Et après, ça m'arrive d'adresser à un gynéco à l'hôpital... Quand je ne sais pas trop. »

Entretien 8

« je l'avais réorientée vers un gynécologue » Entretien 3

Deux des sages-femmes interrogées soulignent également que ce sont les gynécologues qui leur adressent des patientes atteintes de dyspareunies ou de vaginisme, afin qu'elles les prennent en charge.

Une autre intervenant régulièrement impliqué dans la prise en charge est le sexologue :

« si au final ça atteint un niveau trop important et que ça commence à altérer vraiment très très fort au niveau du couple, là, je l'envoie avant vers une sage-femme sexologue [...] [ou] la sexologue médecin qui est sur Echirolles » Entretien 4

« tu es obligé de te faire un réseau de sages-femmes qui ont INDIBA, de kiné qui ont INDIBA, de sages-femmes qui sont formées à la sexologie » Entretien 9

L'ostéopathie est également une pratique vers lesquelles les patientes atteintes sont orientées :

« Alors oui d'autres sources de dyspareunies, par exemple un utérus rétro-versé, [...] j'adresse à ce moment-là à une collègue qui est médecin ostéo, et qui du coup repositionne l'utérus et c'est miraculeux. » Entretien 2

« j'ai l'impression de pas avoir beaucoup d'outils pour les traiter... euh, maintenant que j'y pense, je ... ce que dirais à une femme qui a des dyspareunies c'est d'aller à, si elle a pas eu un rendez-vous ostéo ça pourrait être ça aussi. » Entretien 7

« je vais envoyer chez l'ostéopathe aussi, alors bon, j'envoie pas chez n'importe quel ostéopathe. [...] Il est spécialisé dans le bassin, dans le périnée [...]. Il travaille sur les fascias, il travaille sur des choses, il fait parler les corps, il fait parler les gens, donc c'est... oui, oui.» Entretien 10

D'autres professionnels sont également engagés dans la prise en charge :

- *« parfois gastro-entérologue mais c'est pour des problèmes plus profonds de périnée [...]. Pour des manométries ano-rectales, pour des patientes qui ont été violées et qui font de l'anisme. Ou des patientes post-accouchement qui ont des problèmes au niveau de l'anus, tu sais que tu ne peux pas faire de l'électrostimulation. [...] Pour voir pourquoi... si elles n'ont pas des troubles de la défécation. Ou si le sphincter a été touché. Donc t'envoies, tu délègues au gastro.»* Entretien 9

- *« de psychologues qui sont à l'écoute, de sophrologues... Pour leur proposer un panel. Parce que la sexologie tu peux le faire, mais avoir un DU... il faut aborder ça de manière pluridisciplinaire, en équipe, pour les dyspareunies.»* Entretien 9

- *« après chacune bien sûr est libre de faire comme elle veut...mais ... Les psychiatres c'est toujours compliqué.»* Entretien 10

A nouveau, cette variété d'intervenants et de domaines d'action vise à répondre à la complexité de cette prise en charge.

Thème 3 : Un vécu complexe de la prise en charge

a) De l'empathie

Lorsque les sages-femmes ont été interrogées sur leur ressenti vis-à-vis des dyspareunies, l'émotion la plus largement décrite a été « l'empathie », comme le dit très bien la sage-femme lors de l'entretien 8. Cette émotion est définie par l'Académie

de Médecine comme l' « aptitude à ressentir les émotions d'autrui, tout particulièrement douloureuses » (26). Comme le précise M. Vannotti, Il s'agit d'une émotion souvent présente dans la relation de soin, caractérisée par une « *grande attention au malade, l'accent davantage mis sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités, une certaine chaleur dans la relation, et une attitude d'écoute et de disponibilité* » (27). Ceci est concordant avec l'écoute portée aux femmes ayant des dyspareunies comme prise en charge proposée par les sages-femmes, et avec la durée des consultations proposées, qui sont parfois « longues », au-delà d'une heure. Il semble donc que ce soit l'empathie et l'écoute qui permettent aux femmes de se sentir écoutées, enveloppées dans un climat de bienveillance pour qu'elles puissent se confier sur ce sujet grandement tabou que sont les dyspareunies.

« Je ne sais pas ... moi je suis très empathique avec ces femmes... parce qu'elles sont blessées, parce qu'elles sont dans la détresse, [...] je pense que je suis dans la bienveillance, dans l'écoute, dans ... dans l'empathie, parce qu'en fait il faut, ces jeunes femmes il faut vraiment les mettre en confiance... Et les écouter, et les mettre en confiance et ça c'est déjà plus de 50% du traitement » Entretien 10

« De l'empathie... Après on est dans l'écoute, c'est des consultations qui sont plutôt longues » Entretien 9

« mon ressenti il va être plutôt sur de l'empathie, [...] empathie totale » Entretien 4

Lors de certains entretiens, ce n'est pas l'empathie qui a été directement nommée, mais plutôt la nécessité, le besoin impérieux de venir en aide : « *là ce qui me venait c'est comment je vais pouvoir l'aider* » Entretien 5. Comme le souligne avec beaucoup de lucidité la sage-femme lors de l'entretien 6, cette nécessité d'entrer en aide découle en réalité d'un fort sentiment d'impuissance : « *Il faut que je l'aide,*

vraiment ... mais ... du fait de cette première intention de « qu'est-ce que je peux faire pour l'aider », une grande impuissance en fait.».

Trois sages-femmes n'ont pas du tout nommé l'empathie dans leur ressenti. L'une d'entre elles dit qu'elle ne ressent « *Rien de particulier* », « *Ça [ne lui] fait pas mal pour elles.* » *Entretien 1.* Comme déjà évoqué, cette réaction de la sage-femme est le reflet d'un mécanisme de défense de sa part afin de mettre de la distance avec ses propres émotions.

Les deux autres sages-femmes répondent à cette question concernant leur ressenti en évoquant la nécessité « *de comprendre ce qui lui arrive, pourquoi est-ce qu'elle a eu mal quoi.* » *Entretien 2*, « *de trouver quelle pouvait être la cause...* » *Entretien 3.* Il s'agit à nouveau d'un moyen pour établir une distance entre les émotions de la patiente et celles de la sage-femme. Cette dernière va venir se concentrer sur l'étiologie afin de rester dans une approche « cérébrale », pour ne pas laisser les émotions la submerger.

b) Un sentiment d'impuissance

A cette empathie fortement développée chez les sages-femmes se joint parfois un sentiment d'impuissance. En effet, comme vu précédemment, cette notion même est soulevée par l'une des sages-femmes. C'est ce que pratiquement toutes les autres sages-femmes laissent entrevoir de diverses façons et avec plusieurs nuances. Lors de l'entretien 7, la sage-femme dit être « *embêtée* » à cause de son manque d'outils à proposer et évoque « *une petite difficulté avec comme une appréhension de pas avoir la solution* », tout comme sa consœur de l'entretien 6 qui se qualifie de « *plutôt démunie* ». La praticienne de l'entretien 3 dit quant à elle être clairement « *très...*

limitée dans ce sujet », et va même jusqu'à proposer une pommade « en désespoir de cause ».

Il ressort de ces entretiens un net manque de confiance en elles de la part de plusieurs sages-femmes, qui pourrait expliquer ce sentiment d'impuissance. La sage-femme de l'entretien 1 indique ne pas tout connaître « *car [c'est] une petite sage-femme* ». La praticienne de l'entretien 4 estime qu'elle n' « *[a] pas les capacités* », puis, plus loin, qu'elle « *[a] des connaissances mais pas confiance en [elle]* ».

Ce sont parfois certains contextes qui vont induire chez les sages-femmes ce sentiment d'impuissance, comme si elles étaient déstabilisées, dépassées par la situation. Dans l'entretien 8, la sage-femme indique qu'elle « *ne sait pas comment il faut faire* » concernant « *les femmes jeunes, où il y a rien de particulier, en fait il y a pas de pathologie, il y a rien et elles ont des douleurs* ». En effet, dans cette situation il ne semble pas y avoir d'explication logique ou rationnelle évidente, et c'est alors que la praticienne est submergée. Ceci est à même d'accroître ce manque de confiance en elle des sages-femmes ainsi que leurs sentiments de frustration ou de déception. Comme indiqué dans l'entretien 3, la sage-femme estime être « *très frustrée quand il n'y a pas d'amélioration, étant donné qu' [elle a] un champ de compétences très limité* ». La praticienne de l'entretien 9 explique également ce qui peut amener à la déception : « *t'es désarmée parce que t'es... t'as essayé plein de choses, t'as envoyé plein de choses et que t'as pas le résultat escompté. Tu peux être déçue* ». Enfin, lors de l'entretien 10, la sage-femme explique avoir eu en suivi régulier une femme qu'il n'était pas possible d'examiner et qui n'avait jamais eu de rapports. Elle avait tout de même pu avoir deux enfants grâce à des inséminations artificielles et des césariennes, sans interventions au niveau de la sphère génitale. La sage-femme était donc face à une situation qui lui semblait inconvenable mais, la femme était se disait satisfaite.

C'est à ce propos que la sage-femme dit que *«c'est compliqué. Parce que ça leur convenait. Enfin, elle en tous cas, ça lui convenait.»*. La sage-femme est dans ce cas obligée d'accepter quelque chose qu'elle juge inacceptable et qui vient heurter ses valeurs. Finalement, ce qui peut être compliqué pour les sages-femmes dans le traitement des dyspareunies c'est d'être rapidement confrontées à leurs limites, ou face à des situations qui leurs semblent inacceptables.

c) Une remise en question de la pratique

La réalisation de ces entretiens a pu provoquer chez certaines sages-femmes une sorte de remise en question sur leur pratique. C'est au détour des interrogations posées qu'elles ont parfois osé partager leurs doutes, leurs questionnements et leur sidération.

C'est ainsi que lors de l'entretien 5, la sage-femme exprime sa sidération à propos du positionnement global des femmes concernant leur sexualité : *« Moi je suis assez surprise par le fait qu'il y a beaucoup de patientes, enfin beaucoup c'est peut-être un gros mot, mais ... c'est normal de ne pas être confortable dans sa sexualité. [...] un peu comme si c'était, ouais, comme une fatalité que la sexualité des femmes c'est toujours un peu compliqué quoi »*. Cette sidération rejoint celle de la sage-femme de l'entretien 10 qui *« ne comprends pas pourquoi on va voir quelqu'un sur le plan gynécologique avec qui le courant ne passe pas »*. Pour elle, la gynécologie est *« une spécialité où on doit sentir quelque chose, il doit se passer quelque chose avec la personne qui nous suit »*. En effet, nous avons déjà notifié que le fait d'aborder quelque chose relevant de l'intime est comme une confidence, que l'on ne livre pas à n'importe qui. C'est ce que tente de nous dire à sa manière la sage-femme lors de l'entretien 3 : *« C'est des sujets qui sont intimement liés, entre la rééducation du périnée, la vie*

sexuelle et même la vie émotionnelle [...].

C'est vrai quand on met le doigt sur la rééducation, ça va plus loin en fait, c'est pas juste mécanique, il faut voir plus loin...».

Les entretiens ont permis également à plusieurs sages-femmes de questionner leurs pratiques. Parmi elles, la sage-femme de l'entretien 7 dit tout haut « *je me pose la question comment ça se fait que je ne pose pas la question à toutes les femmes enceintes. Déjà. Tout d'un coup. Mais c'est bien, comme ça je vais le faire.*». Ce questionnement est rejoint par celui de l'entretien 10, lorsque la sage-femme évoque la possibilité qu'elle « *[n'a] pas posé les bonnes questions à ce moment-là*». Lors de l'entretien 6, la sage-femme explique que l'expérience acquise lui permet d'être « *plus à l'aise à entendre les femmes, à leur laisser de la place pour exprimer une réponse ou juste pour qu'elles se sentent entendues* », mais qu'à contrario l'interrogation des patientes sur les dyspareunies n'est « *pas spontanément une recherche [qu'elle fait] et [elle] pense que c'est une erreur.*» Cette capacité de remise en question par certaines sages-femmes est le reflet même d'une forte propension à s'adapter, afin de trouver une issue favorable lorsque des difficultés sont rencontrées. C'est l'adaptabilité qui permet l'ajustement de la position du soignant dans la relation et améliore la communication, et donc, la prise en charge.

IV/ Discussion

A) Discussion de la méthode de l'étude

1) Forces de l'étude

Intérêt du sujet

La santé sexuelle des femmes est un enjeu majeur de la société actuelle, avec une prise de conscience importante depuis quelques années. Cependant, il semble que peu d'études aient été réalisées sur la perception des difficultés dans la sexualité, et notamment des dyspareunies par les sages-femmes.

Le choix du type d'étude

Réaliser une étude qualitative était pertinent afin de répondre au questionnement de la recherche. Le but de l'étude était d'analyser la perception des sages-femmes concernant les dyspareunies et la prise en charge qu'elles en faisaient. La recherche qualitative était adéquate.

Choix du recueil des données

La réalisation des entretiens semi-dirigés a permis aux sages-femmes de s'exprimer librement sur le sujet. En effet, le choix des entretiens individuels plutôt que des « focus groupe » est pertinent puisque les sages-femmes auraient pu être influencées par les réponses des autres participantes. Maintenir l'anonymat des sages-femmes pratiquant toutes dans le même département aurait également été complexe dans le cadre d'un « focus groupe ». La réalisation de la majorité des entretiens par téléphone était la solution la plus adaptée à la situation sanitaire liée à la Covid-19. La qualité des enregistrements grâce à l'utilisation d'un dictaphone était satisfaisante et a permis une retranscription complète des entretiens. Les appels téléphoniques ne permettaient pas aux sages-femmes de voir le dictaphone et a permis de favoriser l'authenticité des propos recueillis.

Choix de l'échantillon

Les sages-femmes libérales, dans la prise en charge globale de la santé sexuelle et obstétricale des femmes qu'elles peuvent avoir, nous ont semblé les plus à même de répondre à cette question. En effet, l'exercice varié que propose l'activité libérale leur permettait d'avoir plusieurs expériences et approches des dyspareunies. La durée d'exercice libéral par les sages-femmes s'est révélé être variable, ce qui a permis d'apporter des éléments supplémentaires.

Saturation des données

La saturation des données a été obtenue avec 10 entretiens.

Validité scientifique

La validité interne de l'étude repose sur la cohérence de l'étude, la vérification des hypothèses et la réponse à son objectif.

La validité externe de l'étude correspond à la confrontation des résultats obtenus avec la littérature.

La triangulation des données a été permise grâce à la relecture des entretiens par la psychologue clinicienne Marie TOULOUSE et a ainsi permis d'augmenter la validité des résultats obtenus.

2) Limites et faiblesses de l'étude

Limite de la sélection de la population

Une limite évidente de l'étude concerne l'attrait des soignants vis-à-vis du sujet de l'étude. Le recrutement de la population était basé sur le volontariat, ce qui laisse supposer que les sages-femmes ayant répondu à l'étude portaient un intérêt particulier pour ce sujet. Les sages-femmes ayant participé avaient probablement une expérience professionnelle ou personnelle à partager.

Un autre biais à prendre en compte est le biais de désirabilité sociale. Ce dernier consiste en ce que le soignant cherche à se présenter sous un jour le plus favorable qu'il soit à l'enquêtrice, afin d'être conforme aux attentes sociales. Ce phénomène n'est pas forcément conscient de la part des sages-femmes mais à prendre en compte tout de même.

Enfin, l'âge des sages-femmes interrogées s'étendait de 37 à 62 ans. La part des sages-femmes ayant moins de 35 ans n'est donc pas représentée dans cette étude. Nous pouvons supputer que cette tranche d'âge n'a pas le même rapport avec le sujet et que leur point de vue n'est donc pas représenté. En lien avec cela, l'étendue dans le nombre d'années d'exercice libéral par les sages-femmes de l'échantillon reste intéressante puisqu'elle se situe entre quelques mois et plus de trente ans.

Limite des entretiens

Un biais commun à ce type d'étude concerne les aléas susceptibles d'advenir au cours des entretiens tels que les problèmes de réseau lors des entretiens téléphoniques, les bruits ou injonctions extérieures. La réalisation des entretiens au téléphone n'a pas permis de rendre en compte certaines attitudes des sages-femmes.

Il est à noter que l'attitude adoptée par l'enquêtrice, son ton de voix, sa façon d'interagir avec les sujets de l'étude a également pu influencer les réponses.

Les sages-femmes interrogées ont pu commettre des erreurs causées par un biais de mémorisation ou une mauvaise compréhension des questions.

Limite liée au sujet de la recherche

L'émergence de l'intérêt sociétal pour la sexualité des femmes et ses difficultés est récente. Bien que le #MeToo date de 2017 et ait permis une révolution féministe avec

la libération de l'écoute et de la parole autour des violences sexuelles faites aux femmes, l'abord des dyspareunies semble encore un sujet peu étudié et les études sont peu nombreuses.

B) Discussion des résultats, perspectives

En quoi l'approche et la perception des dyspareunies par les sages-femmes est-elle une question intéressante ? La santé sexuelle est un terme qui est défini depuis plusieurs siècles, avec une première définition institutionnelle dès 1974. Cette dernière a évolué, notamment à la fin du XXe siècle, mais la notion de bien-être s'y retrouve toujours et fini par y être inscrite en 2002 (28). Afin d'harmoniser les différents acteurs et ressources impliqués dans ce domaine, le HCSP a été saisi par la direction générale de la Santé en 2015 afin de proposer une stratégie nationale de santé sexuelle (29). La prise en compte du bien-être dans la sexualité souligne l'importance de sa place dans la vie des femmes et des hommes.

Les sages-femmes, de par le rôle intime qu'elles ont auprès des femmes, durant la grossesse ou lors du suivi gynécologique, ont une place majeure dans la prise en charge de la sexualité. Les dyspareunies ne sont pas une difficulté insignifiante ou rare puisqu'elles font partie de la sexualité de près d'environ 8 à 21% des femmes (5). Interroger les sages-femmes sur le dépistage et sur la prise en charge qu'elles opèrent auprès des femmes permet de mieux appréhender leur perception de cette pathologie et le ressenti qu'elles ont vis-à-vis des solutions qu'elles sont en mesure de proposer.

Ainsi, les sages-femmes interrogent généralement les femmes sur leur sexualité aussi bien dans le suivi gynécologique que le suivi de grossesse, mais pas toujours sur d'éventuelles difficultés liées à cette dernière. L'étude montre aussi que la grossesse, période de transparence psychique et de bouleversements corporels, n'est pas

considérée par certaines sages-femmes comme la période la plus adéquate pour parler des difficultés dans la sexualité, alors même qu'il s'agit d'une période où les femmes sont les plus suivies. C'est ainsi que les dyspareunies se trouvent rarement être un motif de consultation de la part des femmes, sauf lorsqu'elles sont adressées aux sages-femmes pour cela. Le symptôme n'étant pas toujours clairement énoncé par les femmes ou identifié par les sages-femmes est susceptible de conduire à une prise en charge parfois retardée ou inadaptée.

L'ensemble de ces éléments est révélateur d'un certain malaise et d'un phénomène de fuite d'une partie des sages-femmes pour qui la prise en charge se révèle parfois compliquée à assumer. En revanche, une autre partie des sages-femmes est en mesure de proposer une prise en charge très variée, incluant aussi bien la part psychologique que physique dans les dyspareunies.

1) L'importance de la formation

Le manque de formation en sexologie est la raison principale évoquée par les professionnels de santé afin de justifier le faible diagnostic et traitement des difficultés liées à la sexualité féminine (30) (31). En ce sens, plusieurs entretiens ont révélé que les sages-femmes se retrouvent parfois en difficulté lorsqu'elles dépistent des dyspareunies ou lorsque les femmes leurs en parlent. Cette pathologie aux multiples origines et intriquant de nombreux facteurs, notamment psychologiques, nécessite des connaissances variées. C'est ainsi que plusieurs praticiennes ont remis en question le rôle de la formation initiale de sage-femme, en soulignant le fait qu'elles aient dû faire des formations complémentaires afin de pouvoir mieux prendre en charge les dyspareunies. Ne pas prendre en compte la sexualité et ses difficultés dans la

formation des sages-femmes semble être une aberration puisque toutes les femmes consultant chez une sage-femme sont plus ou moins proches d'une sexualité : l'existence même d'une grossesse est le témoin d'une sexualité et le suivi gynécologique avec la prescription d'une contraception est généralement le reflet d'une sexualité active. La sage-femme devrait-elle donc être en mesure d'assurer tout le suivi obstétrical et gynécologique des femmes sans avoir de connaissances approfondies sur la sexualité et la prise en charge de ses difficultés ?

Le rapport proposé par le HCSP souligne l'importance de former et sensibiliser les professionnels de terrain : « *la santé sexuelle [...] est insuffisamment prise en compte dans la formation des professionnels* » (29). Nous pouvons supposer que c'est pour cela que les dyspareunies sont assez peu recherchées. En effet, il est évident qu'un professionnel qui n'est pas à l'aise dans ses connaissances avec la sexualité et dans les outils et solutions qu'il peut proposer ne va pas aller questionner ses patient.e.s sur ce sujet. C'est parfois l'expérience et les années d'exercice qui permettent aux sages-femmes de se sentir à l'aise avec ce sujet.

Une évolution de la formation initiale dans le domaine de la sexologie et de ses difficultés vers une amélioration des connaissances et des solutions existantes semble être une piste d'amélioration possible dans la prise en charge des dyspareunies. C'est en cela que la sensibilisation des professionnels de santé, dès la formation initiale, à l'importance de la sexualité dans la prise en charge globale des patientes semble nécessaire (32). Questionner les jeunes professionnelles en devenir semble aussi intéressant, afin de leur permettre de se positionner, d'être attentifs à leur sexualité et le rapport qu'ils entretiennent avec cette dernière, d'évaluer leur capacité à parler d'un tel sujet. Une meilleure sensibilisation et accessibilité aux formations complémentaires disponibles aux sages-femmes libérales pourrait également aller en ce sens.

2) Un rôle central dans l'éducation sexuelle

Malgré une volonté d'émancipation des femmes dans leur sexualité, avec la maîtrise de la conception grâce à la contraception et l'accès à l'avortement, il semble que les femmes soient encore trop peu informées sur leur sexualité. En 2017 encore, M. Christophe Premat, homme politique et politologue français, attirait l'attention de la Ministre des affaires sociales et de la santé sur « *les possibilités de renforcer le rôle des sages-femmes en matière de prévention et d'éducation sexuelle* » (33). En effet, les sages-femmes ont selon lui un rôle majeur à jouer dans la prévention et l'éducation sexuelle, notamment auprès des adolescentes et des jeunes femmes. Ceci va dans le sens de la loi du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception, faisant obligation à toutes les écoles, à tous les collèges et à tous les lycées, de dispenser à leurs élèves des séances d'éducation à la sexualité. Il est intéressant de se questionner également sur les informations relatives à la sexualité disponibles pour les jeunes femmes et hommes qui se trouvent déscolarisés.

Malgré l'obligation d'éducation sexuelle durant le parcours scolaire, il semble toutefois que des progrès soient possibles. Ce parcours d'éducation sexuelle au cours de la scolarité semble montrer ses limites puisque les femmes en âge de procréer présentent encore certaines lacunes concernant les mécanismes impliqués dans leur sexualité, ainsi que leurs droits en termes de santé sexuelle. En effet, plusieurs interviewées ont souligné chacune à leur façon le rôle de réassurance et d'éducation à la sexualité qu'elles ont auprès des femmes. Cette éducation et apprentissage chez les femmes survient parfois alors qu'elles ont débuté une sexualité depuis plusieurs années, voire décennies.

« Les Pipelettes » est une initiative récemment développée par Prévention Sage-femme, une fédération d'associations, qui permet de mobiliser les sages-femmes dans leur rôle de prévention en santé sexuelle. Il s'agit d'un espace interactif en ligne, disponible 24h sur 24 et 7j sur 7 permettant aux jeunes femmes, de 15 à 25 ans notamment, de poser toutes leurs questions concernant la santé sexuelle, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, etc. Ce service est anonyme et gratuit et disponible depuis le début de l'année 2021.

La Stratégie nationale de santé sexuelle dont l'agenda s'étend de 2017 à 2030 va également en ce sens avec un axe entier concernant la santé sexuelle des adolescents, les actions à mettre en place afin de favoriser l'éducation des jeunes et la formation des professionnels concernés par ce public et cette problématique, notamment dans la santé.

Le témoignage d'Emmanuelle Piet, médecin en PMI livre que « *la médecine peut offrir aux femmes un espace pour penser leur sexualité et surtout la transformer en une sexualité où leur capacité d'agir se réveille et s'exerce* » (34). La sage-femme, aussi bien dans son exercice libéral que dans les CPEF, est donc au cœur de la sexualité des femmes et se doit d'être à l'aise avec le sujet de la sexualité, des mécanismes qu'il implique et des difficultés qui peuvent advenir.

Enfin, nous pouvons supposer que délivrer des informations claires concernant la sexualité pourrait être un levier dans le dépistage des violences faites aux femmes, un phénomène massif et resté méconnu longtemps. L'enquête « Violences et rapport de genre » menée par l'INED en 2016, a permis de mesurer le nombre de personnes ayant subi des violences sexuelles (viols, tentatives de viol, attouchements du sexe, des seins ou des fesses, baisers imposés par la force, pelotage) au cours de leur vie.

Ces violences ont concerné 14,5% des femmes et 3,9% des hommes âgés de 20 à 69 ans (35). Il est évident qu'un rapport sexuel non consenti s'apparente à un viol et est vecteur de douleurs psychologiques, physiques et organiques. Les dyspareunies sont donc probablement un symptôme fréquent chez les femmes n'ayant pas une sexualité satisfaisante, voire une sexualité vécue dans la violence. L'approche de la sage-femme dans la recherche des dyspareunies pourrait donc permettre d'améliorer le dépistage des violences faites aux femmes.

VI Conclusion

Pour conclure, ces entretiens nous ont permis de mieux connaître la perception des sages-femmes sur les dyspareunies, ainsi que les dépistages et prises en charge qu'elles étaient en mesure d'opérer.

Il s'est avéré que les sages-femmes sont plutôt à l'aise avec l'idée d'interroger les femmes sur leur sexualité, même si elles ne le font pas systématiquement, aussi bien pendant la grossesse et le post-partum que lors du suivi gynécologique. Il est vrai que le temps de la grossesse ne s'est pas révélé être le moment opportun pour évoquer la sexualité, puisque la femme enceinte est dans un projet de maternité. En revanche, aborder la sexualité durant le post-partum semble quelque chose de plus évident pour une majorité de sages-femmes.

Nous supposons que la formulation des questions par les sages-femmes ne laisse pas toujours la possibilité aux femmes d'aborder d'éventuelles difficultés. Comme si, par l'énonciation même d'une difficulté dans sa vie sexuelle la femme venait mettre la sage-femme face à la limite de ses compétences et de ses connaissances. En effet, le manque de formation est un point important soulevé par les sujets de l'étude. Une piste d'amélioration non négligeable reste une accentuation de la sensibilisation à la santé sexuelle dès la formation initiale et l'amélioration de l'accessibilité à la formation continue pour les professionnels. Les lieux de formation continue pourraient permettre aux professionnels d'échanger autour de ce sujet complexe, de trouver des ressources afin d'améliorer leurs prises en charge et de partager leurs ressentis.

La prise en charge des dyspareunies par les sages-femmes libérales se manifeste par de multiples propositions et pistes d'action. Tout d'abord, il est primordial de souligner que différents professionnels du domaine médical, paramédical et psychologique vont

être acteurs auprès des sages-femmes dans cette prise en charge. Le travail pluridisciplinaire est au cœur de la prise en charge des dyspareunies. Ainsi, les sages-femmes vont adresser leurs patientes chez le gynécologue, l'ostéopathe, le sexologue, etc, ainsi que vers d'autres professions de médecine conventionnelle lorsqu'elles estiment que le travail n'est plus de leur compétence ou qu'une prise en charge parallèle peut être intéressante. L'acupuncture, l'hypnose, la cohérence cardiaque et la sophrologie sont des ressources pour les sages-femmes. Il est également important pour une partie des sages-femmes de prendre en compte la part psychologique dans les douleurs, elles vont ainsi être dans l'accompagnement émotionnel, l'écoute, et sauront adresser à des psychologues, psychothérapeutes et psychiatres quand elles le jugent nécessaire.

Malgré tous les outils dont les sages-femmes disposent, elles relatent globalement un sentiment d'impuissance lorsqu'elles sont interrogées sur le vécu de leur prise en charge. Plusieurs éléments semblent susceptibles d'expliquer ce phénomène. Tout d'abord, les sages-femmes interrogées évoquent un manque de confiance en elles, probablement relatif au manque de formation dont certaines sages-femmes font part. Ensuite, certains contextes dans lesquels les dyspareunies sont évoquées laissent suggérer une mise en difficulté des sages-femmes et de la prise en charge qu'elles sont en mesure de proposer.

Les dyspareunies sont donc une pathologie mêlant généralement physique et psychologique, ce qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire ainsi que de solides connaissances et ressources.

VI/ Bibliographie

1. Besson F. À quoi ressemblait le sexe au Moyen Âge? Slate.fr. 2018
2. Sexualités vécues, France 1920-1970. Anne-Claire Rebreyend.pdf.
3. OMS | Santé sexuelle. WHO. World Health Organization. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
4. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Disponible sur: <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=dyspareunie>
5. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health. 6 juill 2006;6:177.
6. CNGOF, Douleurs lors des rapports sexuels : quand faire l'amour fait mal.
7. Debuigny J. Dyspareunies du post-partum: prévention, dépistage et prise en charge par les sages-femmes libérales. :68.
8. Seehusen DA, Baird D, Bode DV. Dyspareunia in Women. Am Fam Physician. 1 oct 2014;90(7):465-70.
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
10. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? :13.
11. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. U. 2016;4e éd.:235-312.
12. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;N° 102(3):23-34.
13. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - L'analyse thématique de contenu. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Analyse_them.html?fbclid=IwAR2yZrF9q0Txv6g_JqW02Ff2K2RnFZxrBjLLN6aBpZbgYehABppEvjveg-Y
14. Enquête-nationale-auprès-des-sages-femmes-en-activité-MIPROF-2015.pdf Disponible sur: <http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/Enqu%C3%AAt-e-nationale-aupr%C3%A8s-des-sages-femmes-en-activit%C3%A9-MIPROF-2015.pdf>
15. Bazin A, Gasc C, Mégret C, Guillaume S. L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux. Spirale. 5 nov 2013;N° 66(2):163-75.
16. Douard S. De la vie à deux à la vie à trois : impact de la naissance du premier enfant sur la reprise de la sexualité du couple. 18 mars 2014;58.
17. Bidart C. Parler de l'intime : les relations de confiance. Mana Rev Sociol Anthropol. mars 1997;3:19-55.
18. Universalis E. DÉNÉGATION. Encyclopædia Universalis. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/denegation/>

19. Universalis E. PROJECTION, psychanalyse. Encyclopædia Universalis. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/projection-psychanalyse/>
20. Gros M. Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave - Une réflexion centrée sur le soignant. Cerap. 2010. Disponible sur: <https://www.cerap.org/fr/sant%C3%A9-soin-formation/autour-de-la-relation-soignant-patient-dans-le-cas-de-maladie-grave-une>
21. Tostain M. Culture et identité sexuelle : figures historiques et mythiques de la transgression de l'ordre naturel des sexes. :16.
22. Maudet M. Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle. Population. 2017;Vol. 72(4):701-28.
23. Mimoun S. En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques. :11.
24. En savoir plus sur Médecine anthroposophique | trouver d'excellents thérapeutes | RME. En savoir plus sur Médecine anthroposophique | trouver d'excellents thérapeutes | RME. Disponible sur: <https://emr.ch/fr/methode/medecine-anthroposophique>
25. Technologie [Internet]. INDIBA S.A. France. Disponible sur: <https://www.indiba.com/fr/technologie/>
26. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Disponible sur: <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=empathie>
27. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux. 2002;no 29(2):213-37.
28. Définitions de la santé sexuelle - UNESCO Chaire Santé sexuelle et Droits humains. 2020 Disponible sur: <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-definitions/>
29. SPF. Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/sante-sexuelle-definitions-concepts-droits-fondamentaux](#)
30. Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. Midwifery. avr 2011;27(2):195-202.
31. Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? Sexologies. 1 avr 2013;22:56-64.
32. Hostachy F. État des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum : étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-de-Dôme. 17 juin 2014;92.
33. 20170221-question-ecrite-102934.pdf Disponible sur: <http://paternet.fr/wp-content/uploads/pdf/2017/20170221-question-ecrite-102934.pdf>
34. Andro A, Bachmann L, Bajos N, Hamel C. La sexualité des femmes : le plaisir contraint. Nouv Quest Fem. 2010;Vol. 29(3):4-13.
35. INED, Document de travail, document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf

Annexe

Annexe 1 : Guide d'entretien

Thèmes à aborder	Questions principales	Questions de relance
Formation de la sage-femme	<ul style="list-style-type: none">-Quel âge avez-vous ?-Quelle est l'année de votre diplôme ?-Où avez-vous suivi votre formation de sage-femme ?-Avez-vous d'autres diplômes universitaires ? Lesquels ?-Depuis combien d'années exercez-vous en libéral?	<ul style="list-style-type: none">- Quelles activités pratiquez-vous ?
Abord des dyspareunies	<ul style="list-style-type: none">-Racontez-moi le déroulé de votre dernière consultation de grossesse. - Racontez-moi le déroulé de votre dernière consultation de gynécologique avec une femme.	<ul style="list-style-type: none">- Le sujet de la sexualité a-t-il été abordé pendant cette consultation ? - Par qui ? - Cela faisait-il suite à une interrogation de la patiente ?
Ressenti vis-à-vis des dyspareunies Prise en charge des dyspareunies	<ul style="list-style-type: none">-La dernière fois qu'une patiente vous a parlé de dyspareunies, qu'avez-vous ressenti ? -Comment avez-vous suivi cette patiente ? -Le type de dyspareunie diagnostiqué influence-t-il votre prise en charge ?	<ul style="list-style-type: none">- Le sujet vous semble-t-il abordé par les femmes ?- Avec quels mots ? -Quels outils utilisez-vous ?-Comment avez-vous dirigé la patiente présentant des dyspareunies ? - De quelle façon ?-Appliquez-vous une prise en charge définie pour chaque type de dyspareunie ?
Ressenti vis-à-vis de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none">- Comment vivez-vous la prise en charge de ces douleurs ?	<ul style="list-style-type: none">-Pourquoi ?

Résumé

L'objectif de l'étude était d'analyser la perception et le ressenti des sages-femmes libérales sur les dyspareunies. Nous nous sommes également intéressés aux dépistages réalisés et prises en charge proposées par les sages-femmes.

Pour ce faire, nous avons réalisé 10 entretiens semi-directifs individuels avec des sages-femmes recrutées sur la base du volontariat, par email. Les sages-femmes incluses dans l'étude devaient exercer en libéral, dans le bassin isérois.

Les résultats de cette étude ont montré que les dyspareunies sont peu recherchées par les sages-femmes. En effet, elles se sentent généralement impuissantes dans la prise en charge qu'elles peuvent proposer même si elles savent faire preuve d'empathie et d'écoute attentive envers les femmes atteintes. Lorsque leurs moyens sont insuffisants, elles savent recourir à d'autres compétences de la santé physique (sexologue, rééducation périnéale) et psychologique (psychologue, sophrologie) pour la prise en charge.

Pour conclure, les résultats de notre étude concordent avec les données de la littérature sur le vécu et l'approche d'un sujet complexe comme celui-ci.

Mots-clés : vécu, prise en charge, dyspareunie, sage-femme